



## Приватизация в здравоохранении

Москва  
2011

---

**Материалы данного выпуска взяты из**  
«Reproductive Health Matters»  
Volume 18 № 36 November 2010  
ISSN 0968-8080

**Ответственный редактор:**

И.С.Савельева

**Отв. секретарь:**

Ж.А.Городничева

**Редколлегия:**

Е.М.Вихляева, О.С.Филиппов,  
Л.В.Посисеева, В.Е.Радзинский,  
М.Г.Глезер, И.П.Каткова,  
Е.В. Дмитриева, Л.В.Ерофеева,  
К.Г.Серебренникова, О.Ф.Серова,  
Е.Е.Григорьева

**Перевод:** Ю. Лазарева

**Финансовая поддержка:**

Reproductive Health Matters

**Проект выполняется при участии**

Региональной общественной организации  
«Московское научное общество по проблемам  
женского здоровья»

127473 Москва, ул. Достоевского, 31/33,  
корпус А, 7 этаж

Тел./факс: +7499 972 96 12

Официальный сайт: <http://www.gzrf.ru>

E-mail: [pjz2008@gzrf.ru](mailto:pjz2008@gzrf.ru)

**РОО «Московское научное общество  
по проблемам женского здоровья»**

Президент – профессор М.Г.Глезер

Вице-президент – И.С.Савельева

**Выпускающий редактор:**

Т.В.Соловьева

Заявки на получение бесплатной копии  
русской версии журнала направлять  
по адресу:

**[RHM\\_journal@mail.ru](mailto:RHM_journal@mail.ru)**

© Reproductive Health Matters 2010

**Фотография на обложке/  
титульной странице:**

Национальная демонстрация в  
поддержку общественных услуг  
Лондон, май 2010.

**Фотограф:** Марж Береп

**Производство:** Carol Brickley, Boldface

**Набор текста:** SPI Technologies

**Типография:** Witherby's Lithoflow

**RHM website:** [Curr@nt](mailto:Curr@nt); Boldface

**RHM – зарегистрированная  
благотворительная организация,  
работа которого поддерживается  
грантами в 2010 от:**

Ford Foundation (USA), John D and  
Catherine T MacArthur Foundation  
(USA), William and Flora Hewlett  
Foundation (USA) and Ford Foundation  
(China).

**RHM индексируется в:**

*Contemporary Women's Issues,*  
*Cumulative Index to Nursing and Allied*  
*Health Literature, Current Awareness in*  
*Biomedicine, Current Contents, Excerpta*  
*Medica (EMBASE), Family and Society*  
*Studies Worldwide, Feminist Periodicals,*  
*Health Promotion Information, Index*  
*Medicus, International*  
*Bibliography of the Social Sciences,*  
*Kinsey Institute for Research in Sex and*  
*Reproduction (website only), List of Free*  
*Materials in Reproductive Health,*  
*Medline, Ohio Database of Women's*  
*Studies, Popline, Public Affairs*  
*Information Service (PAIS), PubMed,*  
*Research Alert, Social & Behavioural*  
*Sciences, Social Science Research*  
*Network, Social Sciences Citation Index,*  
*Sociofile, Sociological Abstracts, SOPODA,*  
*and Studies on Women Abstracts.*

# Содержание

## Индекс авторов

### Редакционная статья

- 6 *Мардж Берер* Кто несет ответственность за здоровье в приватизированной системе здравоохранения?

### Публикации: Приватизация

- 17 *ТК Сандари Рэвиндран* Приватизация медицинских услуг в системе охраны репродуктивного здоровья в Пакистане: три клинических случая
- 32 *Дженифер Кидвел Дрейк, Лу Хуонг Тай Тэн, Чатима Сураратдека и др.* Применение исключительно рыночных методов в решении вопросов планирования семьи во Вьетнаме: мнения заинтересованных сторон
- 43 *Джоанна Миштал* Неолиберальные реформы и приватизация услуг по охране репродуктивного здоровья в Польше в период постсоциализма

### Публикации: Законодательство в области искусственных абортов и барьеры к получению услуг по безопасному аборту

- 56 *Рид Боланд* Законодательство по искусственным абортam II триместра в различных странах мира: актуальность, тенденции и рекомендации
- 79 *Икбал Шах, Элизабет Ахман* Безопасный аборт в 2008 г.: глобальные и региональные уровни и тенденции
- 91 *Эдуардо Диаз Амадо, Мария Кристина Кальдерон Гарсия, Катерин Ромеро Кристанчо и др.* Препятствия и проблемы, последовавшие за частичной декриминализацией абортов в Колумбии

### Абстракты статей, опубликованных в английском оригинале журнала

- 101 *Амель Фахми, Мейвахед Т. Эль-Моулхи, Ахмед Р. Рагаб* Женское обрезание (насильственное повреждение половых органов) и вопросы сексуальности в Египте
- 101 *Ю Гао, Лесли Барклей, Сю Килди и др.* Препятствия на пути увеличения показателей родов в медицинских учреждениях в сельской провинции Шанкси, Китай
- 102 *Даниель Гроссман, Келсей Холт, Мелани Песа и др.* Самостоятельная стимуляция аборта среди женщин в США
- 103 *Сьют Лин Ханг* Доступность безопасных и законных абортов для девушек-подростков из бедных районов Гонконга
- 103 *Рафаелла Шиавон, Мария Елена Коллада, Эрика Тронкосо и др.* Характеристики частных услуг по выполнению абортов в г. Мехико после их легализации
- 104 *Розалия Циортино, Нени Ридаринени, Брахмапутра Маржади* Дилемма между социальными аспектами и требованиями, диктуемыми рынком: исследование благотворительных медицинских служб «Мухаммадия»
- 105 *Хейди Стёкл, Шарлотт Уоттс, Джеси Казени Килонзо Мбвамбо* Физическое насилие со стороны партнера во время беременности в Танзании: распространенность и факторы риска

**Мардж Берер** — главный редактор, журнал «Проблемы репродуктивного здоровья», Лондон, Великобритания.

**Т.К. Шандари Рэвиндран** — профессор, Медицинский центр научных исследований им. Ачута Менона, Институт медицинских наук и технологий имени Сри Читры Тирунэла, Тривандрум, Керала, Индия, электронный адрес: ravindrans@usa.net

**Дженнифер Кидвел Дрейк** — старший партнер программы, РАТН, Сизтл, штат Вашингтон, США. Электронный адрес: jdrake@path.org

**Лу Хуонг Тай Тэнх** — участник Программы, РАТН, Ханой, Вьетнам.

**Чатима Сураратдека** — старший партнер по Полиси здравоохранения и экономике, РАТН, штат Вашингтон, США.

**Ха Фэн Тай Ту** — консультант, РАТН, Ханой, Вьетнам.

**Жанет Г Вейл** — старший участник программы, РАТН, штат Вашингтон, США.

**Джоанна Миштал** — ассистент профессора, Департамент Антропологии, Университет Центральной Флориды, Орlando, США. Электронный адрес: jmishtal@mail.ucf.edu

**Рид Боланд** — научная ассоциация, Гарвардская школа Общественного Здравоохранения, Бостон Массачусетс, США. Электронный адрес: rboland@hsph.harvard.edu

**Икбал Шах** — координатор, Профилактика небезопасного аборта, Специальная программа: научно-исследовательская и развития тренингов в области репродукции человека, департамент репродукции человека и научных исследований, ВОЗ, Женева, Швейцария. Электронный адрес: shahi@who.int

**Елизабет Аман** — консультант, Профилактика небезопасного аборта, Специальная программа: научно-исследовательская и развития тренингов в области репродукции человека, департамент репродукции человека и научных исследований, ВОЗ, Женева, Швейцария.

**Эдуардо Диаз Амадо** — врач, департамент философии и Центр истории медицины и заболеваний,

Даремский университет, Дарем, Великобритания. Электронный адрес: eduardo.diaz-amado@durham.ac.uk

**Мария Кристина Кальдерон Гарсия** — юрист, представитель организации Охраны здоровья и жизни женщины, Богота, Колумбия.

**Катерин Ромеро Кристанчо** — юрист, независимый консультант, Богота, Колумбия.

**Елена Прада Салас** — социолог и демограф, независимый консультант, Богота, Колумбия.

**Элайэн Баррето Хаузер** — акушер-гинеколог, независимый консультант, Богота, Колумбия.

**Амель Фахми** — Офисный сотрудник, ЮНФПА-Египет, Каир, Египет.

**Мейвахед Т. Эль-Моулхи** — главный исследователь, независимый консультант организации «Население и репродуктивное здоровье», Каир, Египет. Электронный адрес: mouelhy@link.net

**Ахмед Р. Рагаб** — профессор по репродуктивному здоровью, Международный исламский центр по научным исследованиям населения, Университет Аль-Азар, Каир, Египет.

**Ю Гао** — научный сотрудник, Университет Северных Рек, отдел сельского здоровья, здравоохранение, медицинский факультет, Университет Сиднея, Лизмор, Новый Южный Уэльс, Австралия. Электронный адрес: yu.gao@ncahs.health.nsw.gov.au

**Лесли Барклей** — директор и профессор, университет Северных Рек, отдел сельского здоровья, здравоохранение, медицинский факультет, Университет Сиднея, Лизмор, Новый Южный Уэльс, Австралия.

**Сью Килди** — профессор, руководитель акушерской службы, Австралийский Католический университет и акушерская клиника, Южный Брисбен, штат Квинсленд, Австралия.

**Мин Хао** — профессор, Отделение акушерства и гинекологии, директор акушерско-гинекологической клиники, Вторая клиника медицинского университета Шэньси, Тайюань, Провинция Шэньси, Китай.

**Сьюзанн Белтон** – главный лектор, Школа исследований в области здравоохранения Менжис, Дарвин, Австралия.

**Даниель Гроссман** – старший сотрудник, организация Охраны репродуктивного здоровья Ibis, Окленд, штат Калифорния, США. Электронный адрес: [dgrossman@ibisreproductivehealth.org](mailto:dgrossman@ibisreproductivehealth.org)

**Келсей Холт** – управляющий проекта, организация Охраны репродуктивного здоровья Ibis, Кембридж, штат Массачусетс, США.

**Мелани Песа** – главный сотрудник программы, медицинский проект Gynuity, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, США.

**Диана Лара** – управляющий проекта, организация Охраны репродуктивного здоровья Ibis, Окленд, штат Калифорния, США.

**Маджи Вич** – координатор научной программы, медицинский проект Gynuity, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, США.

**Денис Кирдова** – научный помощник, организация Охраны репродуктивного здоровья Ibis, Кембридж, штат Массачусетс, США.

**Маржи Голд** – профессор в области семейной и социальной медицины, медицинский центр Монтефиори, медицинский колледж им. Альберта Эйнштейна, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, США.

**Беверли Уиникоф** – президент, медицинский проект Gynuity, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, США.

**Келли Бланчард** – президент, организация Охраны репродуктивного здоровья Ibis, Кембридж, штат Массачусетс, США.

**Сует Лин Ханг** – ассистент профессора, департамент социальной работы, Баптистский университет Гонг Конга, Коулун, Гонг Конг. Электронный адрес: [slhung@hkbu.edu.hk](mailto:slhung@hkbu.edu.hk)

**Рафаелла Шиафон** – директор, Iras Мексика, Мехико, Мексика. Электронный адрес: [schiavon@iras.org](mailto:schiavon@iras.org)

**Мария Елена Колладо** – партнер программы, Iras Мексика, Мехико, Мексика.

**Эрика Тронкосо** – сотрудник, осуществляющий мониторинг и оценку в программе, Iras Мексика, Мехико, Мексика.

**Жозе Эзеквиель Сото Санчес** – координатор Проекта, Planeación y Análisis Aplicado AC, Мехико, Мексика.

**Габриела Отеро Зоррилла** – координатор проекта, Planeación y Análisis Aplicado AC, Мехико, Мексика.

**Тиа Палермо** – координатор, Институт демографических исследований CUNY, Университет Нью-Йорка, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, США.

**Розалия Сциортино** – советник в области здравоохранения, AusAID, Джакарта, Индонезия и Адьюнкт-профессор, Институт народонаселения и социальных исследований, Университет Махидола, Бангкок, Тайланд. Электронный адрес: [rosaliasciortino@yahoo.com](mailto:rosaliasciortino@yahoo.com)

**Нени Ридаринени** – журналист, «Republika», Джокьякарта, Индонезия.

**Брахмапутра Маржади** – руководитель, департамент здравоохранения, медицинский отдел, Университет Вияя Кусума Сурабая, Сурабая, Индонезия.

**Хейди Стёкл** – научный сотрудник, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, департамент глобального здравоохранения и развития, Центр по изучению гендерного насилия и здоровья, Лондон, Великобритания. Электронный адрес: [heidi.stoeckl@lshtm.ac.uk](mailto:heidi.stoeckl@lshtm.ac.uk)

**Шарлотт Уоттс** – профессор, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, департамент глобального здравоохранения и развития, Центр по изучению гендерного насилия и здоровья, Лондон, Великобритания.

**Джеси Казени Килонзо Мбвамбо** – главный научный сотрудник, Медицинский университет научных исследований Muhimbili, департамент психиатрии и пограничных состояний, Dar es Salaam, Танзания.



www.gzrf.ru

©2011 Проблемы репродуктивного здоровья.  
Авторские права защищены.  
Проблемы репродуктивного здоровья 2010;18(36): 1–9  
0968-8080/10 \$ – см. титульную страницу  
PII: S0968-8080(10)36547-5



www.rhmjournal.org.uk

## Кто несет ответственность за здоровье в приватизированной системе здравоохранения?

Мардж Берер

Главный редактор журнала «Проблемы репродуктивного здоровья», Лондон, Великобритания.  
Электронный адрес: mberer@rhmjournal.org.uk

**М**ировая экономика контролируется неолиберальными экономическими законами и практиками в отсутствие эффективной альтернативы в течение уже более чем полувека. Неолиберальная экономика в настоящее время пронизывает не только деятельность коммерческих и финансовых структур, но также и оказание практически всех форм бытового обслуживания, включая здравоохранение. Как отмечает Joanna Mishtal, неолибералы испытывают неприязнь к государственному финансированию услуг. Эта неприязнь оказывает значительное влияние на глобальную политику в области здравоохранения; последствия подобного отношения являются темой данного выпуска журнала «Вопросы репродуктивного здоровья». Описывая темы этих статей, я рассматриваю их с точки зрения, согласно которой мы живем в мире, где производится столько избыточного богатства, что больше нет необходимости кому бы то ни было жить в бедности. Тем не менее бедность остается эндемичной: в 2008 г. 2,6 млрд. человек существовали менее, чем на 2 доллара США в день [1], а на наиболее бедные слои населения приходится основное бремя заболеваний.

Системы здравоохранения, относящиеся к государственному сектору, во многих странах ведут буквально борьбу за выживание. Причин этому множество, и они достаточно комплексны. При том, что государственная политика руководствуется принципами неолиберальной идеологии, мы пришли к ситуации, при которой считается почти само собой разумеющимся, что государство не может брать на себя полную ответственность за бытовые услуги, включая и здравоохранение, именно потому, что неодно-

ратно предпринимавшиеся попытки сделать это не возымели успеха. Тем не менее отдельные страны преуспели в планомерном расширении и совершенствовании своих услуг в области государственного здравоохранения, в том числе касающихся охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Сюда относятся как страны с высоким и средним уровнем доходов: от Великобритании, Франции, Нидерландов и всей Скандинавии до Таиланда, Бразилии, Мексики, Вьетнама, и даже более бедные страны, такие как Шри-Ланка. Этому факту нередко не придается достаточно внимания. В равной степени не получили широкого понимания, не говоря о перенимании опыта, пути и причины, по которым данным странам удалось достичь успеха.

Почему же большинство правительств в более бедных странах не преуспели в обеспечении качественной медицинской помощи для населения страны? Две простые причины сразу же бросаются в глаза на странице, посвященной расходам на здравоохранение: во-первых, эти страны не инвестировали достаточно средств в человеческие и иные ресурсы. Так: «По оценкам ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения. — Прим. ред.), минимальный размер ежегодных расходов (на удовлетворение потребностей в медицинской помощи) составляет 40 долларов США на человека, помимо основных потребностей, необходимых для выживания. В 2001 г. в городе Абуджа, Нигерия, главы стран Африки обязались направлять не менее 15% средств государственного бюджета на нужды сектора здравоохранения. Тем не менее в 2007 г. средний подушевой размер государственных инвестиций в Африке составил 34 доллара США, при этом на здравоохранение расходовалось в сред-

нем 9,6% средств бюджета (в сравнении с 1 374 долларами США и 17,1% в странах обеих Америк). Сюда входят и 15 стран Африки, инвестирующих всего 2–10 долларов США на человека, что даже близко не удовлетворяет потребностей населения в здравоохранении. Более того, во многих странах с низким и средним уровнем доходов доля государственных расходов на здравоохранение снижается с каждым долларом, получаемым ими в качестве помощи для развития здравоохранения от иностранных государств» [2].

Следовательно, очевидным ответом является отсутствие финансовых вложений либо по причине отсутствия средств, либо потому, что иным расходам отводится более приоритетная значимость. Помимо этого, в случае предоставления помощи либо кредитов извне снижаются и без того неадекватные расходы на здравоохранение в пределах самой страны. Это приводит к обострению двух проблем в странах: во-первых, источники внешнего финансирования получают возможность контролировать законы и практики здравоохранения внутри страны, а во-вторых, после снижения или прекращения внешней помощи, которое практически неизбежно наступает, в таких странах возникают серьезные проблемы дефицита средств. С подобной ситуацией в настоящее время сталкивается, например, Вьетнам применительно к программе планирования семьи (Drake и др., 2010). Достигнув условного статуса «страны со средним уровнем доходов», это государство имеет дефицит бюджета на средства контрацепции в размере 33 млн. евро, поскольку два основных источника, предоставлявших прежде донорскую помощь в форме поставок данных препаратов, полностью прекратили подобную форму оказания помощи.

Но существует также и третья причина: тот факт, что в течение как минимум нескольких десятилетий большинство государств не имели возможности свободно принимать решения в отношении собственной политики в области здравоохранения. Особенно это касается стран с низким уровнем доходов, контролируемых условиями кредитов и целевой помощи, выделяемой на развитие, а также международных торговых договоров, диктующих им жесткие условия, согласно которым они обязаны «открыть» или «либерализовать» свои системы здравоохранения и прочие сферы бытового обслуживания для приватизации.

То, что произошло в Китае (Gao V., et al. [3]), типично для происходившего и продолжающегося происходить во многих странах, как богатых, так и бедных: «Ответственность за финансирование здравоохранения была переложена на местные власти, а не на центральное правительство. Однако в большинстве мест, особенно в наиболее бедных регионах, местные власти оказались не в состоянии покрыть фиксированные расходы на больницы, и последние были вынуждены взимать плату с пациентов, чтобы компенсировать разницу. В 1985 г. правительство децентрализовало управление больницами, предоставляя их директорам больше самостоятельности в вопросах управления персоналом, а также в области финансов. Для увеличения доходности, компенсации неадекватных инвестиций со стороны местных властей, да и просто в целях обеспечения выживания на местах реализовывались определенные меры, предназначенные для того, чтобы стимулировать сотрудников работать более эффективно и приносить прибыль. Эти меры не только заставили сотрудников работать интенсивнее, но также провоцировали их на избыточное назначение высокотехнологичных обследований и препаратов. Такие области оказания услуг, как охрана здоровья населения в целом и охрана материнского и детского здоровья, не получали должного внимания, поскольку они не позволяли получать прибыль».

## Приватизация в здравоохранении

Намерения, лежавшие изначально в основе приватизации, возможно, были рациональными и честными, и нельзя отрицать тот факт, что очень многие правительства не смогли обеспечить выполнение своих обязательств. Показатели состояния здоровья населения еще 50 лет назад во многих регионах развивающегося мира были ужасающими.

Цель, по крайней мере, в соответствии с заявлениями, заключалась в том, чтобы помочь странам улучшить здоровье населения. Однако могут ли неоллибералы – экономисты от здравоохранения сказать, что они гордятся результатами, достигнутыми в здравоохранении благодаря приватизации? Могут ли они утверждать, что неоллиберальные экономические законы преуспели в обеспечении равных возможностей применительно к экономическому и социальному развитию, наличию квалифицированных медицинских работников и укомплектованных персона-

лом, полноценно функционирующих служб? Привели ли они к организации адекватно финансируемых и качественно управляемых систем здравоохранения, не говоря уже о равенстве в доступе к хорошему здоровью или наличию качественного, доступного для всех, в том числе и с точки зрения цены, здравоохранения?

Ответ будет в лучшем случае неоднозначным. Изменения, несомненно, произошли; во многих странах, безусловно, отмечаются значительные улучшения, хотя все детальные исследования демонстрируют огромные различия как между отдельными странами, так и внутри стран. Было бы поучительно ознакомиться с комплексными анализами подробно по отдельным странам, кумулятивных финансовых затрат на улучшение состояния здоровья населения и здравоохранения в течение последних нескольких десятилетий, чтобы оценить, были ли неолиберальные законы наилучшим выбранным путем. Как, к примеру, объяснить ситуацию в странах, где огромные объемы инвестированных средств были израсходованы с 1980 г. практически без каких-либо признаков улучшения, например, в показателях материнской смертности?

Я полагаю, что со стороны Всемирного Банка и его партнеров осуществление контроля над международной торговлей и экономикой отдельных государств, навязывание политики в области здравоохранения, определенной Банком, в странах, которым они предоставляют денежные средства, является злоупотреблением властью. Самонадеянно делая акцент на неолиберальную экономику в области здравоохранения, Банк систематически пренебрегает мнением ВОЗ – межправительственной организации, сфера компетенции которой как раз и находится в области общественного здравоохранения, и Всемирной ассамблеи здравоохранения – ежегодной встречи министров здравоохранения всех стран, направленной на выработку глобальной политики в области здравоохранения и достижение договоренности относительно ее реализации – организации по сути уникальной.

На индивидуальном уровне неолиберальная политика в области здравоохранения превратила людей с серьезными потребностями в области здравоохранения из пациентов в клиентов и заказчиков (потребителей) под видом предложения им «выбора» поставщика медицинских услуг вместо того, чтобы обеспечивать соблюдение их прав, и, что наиболее важно, их права на здо-

ровье. В то же время как богатые, так и бедные, как сильные, так и слабые государственные системы здравоохранения были вынуждены стать рынками, которые (если публикуемые здесь материалы могут являться своего рода мерилем), по-видимому, становятся все более фрагментированными по мере роста и увеличения продолжительности приватизации.

Согласно определению, данному Sundari Ravindran, приватизация в здравоохранении – это «*Понятие приватизации касается не только существования частного сектора в здравоохранении, что представляет собой всеобщее явление. Оно относится к преднамеренным вмешательствам путем принятия законов, направленных на расширение оказания медицинских услуг в частном секторе, и финансирования поддержки такового расширения, к введению или расширению частного финансирования здравоохранения (например, оплата за наличный расчет, частное страхование) и прочих рыночных механизмов в рамках медицинских услуг, относящихся к государственному сектору, а также к постепенному устранению государства от ответственности за всеобщий доступ к медицинским услугам*» (из статьи вышеупомянутого автора совместно с Sharon Fonn, представленной в форме доклада на форуме «Реполитизация сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека», Ланкави, Малайзия, август 2010 г.).

В статье, опубликованной в текущем выпуске журнала, она поясняет, цитируя Albrecht [4]: «*Приватизация медицинских услуг, относящихся к государственному сектору, может быть определена как передача государством права собственности и/или управленческих функций от государственных частным коммерческим организациям. Приватизация может происходить в одной или более областей государственной деятельности, включая финансирование, оказание услуг, укрепление потенциала, управление и инвестиции*».

Таким образом, приватизация заключается в передаче государством ответственности за здоровье населения своей страны различным организациям и агентствам, которые могут как работать совместно, так и не делать этого и которые могут принять и затем претворять в жизнь совместный план, направленный на достижение ряда последовательных, комплексных целей в отношении охраны здоровья населения и всеобщей доступности медицинской помощи, но могут и не делать этого. Скорее, будучи, по определению, частными организациями, эти организации и агентства бу-



дут всячески стараться разработать свой собственный «рыночный сегмент» и обслуживать «своих клиентов». Даже руководствуясь самыми лучшими намерениями, они не будут нести ответственность за здоровье всего населения в целом. Неолиберальные законы в области здравоохранения отводят государству роль руководителя, контролирующего реализацию комплексных программ, однако министерства здравоохранения могут быть настолько слабыми, что они не смогут выполнять эту роль эффективно, и это может стать одной из причин, по которым их системы общественного здравоохранения также будут слабыми. Это становится еще более проблематичным в тех случаях, когда государственная ответственность за оказание медицинской помощи перекладывается на местные власти, где недостаточное финансирование системы и отсутствие опыта в области организации и управления являются зачастую скорее правилом, чем исключением. Мне представляется, что это верный путь к провалу.

По данным вопросам применительно к теме услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья было написано немного. Журнал «Вопросы репродуктивного здоровья» опубликовал ряд статей, посвященных теме приватизации в здравоохранении, например, в антенатальной помощи и области услуг, касающихся абортов, относящихся к (легально или нелегально) наиболее приватизированным областям услуг, оказываемых женщинам. Но при изучении политики и законов в области здравоохранения нередко не уделяется достаточно внимания определенным типам медицинских услуг, а системы здравоохранения рассматриваются в целом. Тем не менее, опыт происходящего с услугами в области сексуального и репродуктивного здоровья на государственном и местном уровне показывает, что, несмотря на несомненно высокое бремя заболевания, эти услуги нередко не получают приоритетного внимания, если не способны принести достаточно доходов, а еще лучше — прибыли.

Статьи, размещенные в данном выпуске журнала (из Польши, Индонезии, Китая и Пакистана), свидетельствуют о том, что приватизация не способствует укреплению слабых систем общественного здравоохранения и может усугубить существующие неравенства в оказании медицинской помощи так, что наиболее бедные регионы и жители сельских районов, наряду с женщинами, могут по-прежнему получать услуги на более низком уровне.

*«Наиболее бедные слои населения в странах с низким и средним уровнем доходов имеют ограниченный доступ к медицинским услугам вследствие ограниченной покупательной способности, проживания в регионах с недостаточно развитой сетью услуг, а также из-за недостаточной медицинской грамотности. Это приводит к значительным проблемам в оказании медицинской помощи среди населения с непропорционально большим бременем заболеваний».*

## Мифы

Существуют несколько мифов относительно различий между государственным и частным здравоохранением, которые необходимо опровергнуть. Согласно одному из них услуги государственного здравоохранения совершенно доступны для бедных, поскольку они бесплатны. Тем не менее в большинстве стран они более не являются бесплатными, даже если когда-то это было так, прежде всего потому, что в государственном секторе недостаточно средств для оказания бесплатной помощи пациентам. Таким образом, несмотря на то, что услуги государственного здравоохранения предназначены, прежде всего, для обслуживания наиболее бедных слоев населения, а частные медицинские службы — для обслуживания представителей среднего класса и наиболее обеспеченного населения, возможно, что по крайней мере некоторые государственные учреждения являются, либо стали также слишком дорогостоящими, чтобы малообеспеченные граждане могли воспользоваться их услугами, особенно в случае необходимости экстренной помощи. Во многих странах большая часть услуг в государственном секторе финансируется в значительной степени за счет оплаты со стороны пациента (широко распространенная практика работы Всемирного Банка, хотя в настоящее время она дискредитирована, и Банк от нее отрешивается).

При том, что сами по себе размеры оплаты пациентами, как правило, не слишком велики, за исключением нескольких стран, основные затраты возникают тогда, когда пациенту предлагается купить лекарственные препараты и расходные материалы в частной аптеке и/или воспользоваться диагностическими услугами вне государственного медицинского учреждения (которых может не быть в учреждении из-за отсутствия ответственного за это сотрудника, или

оборудование не работает, или может потребоваться длительное время, чтобы выполнить необходимые анализы и получить результаты). В рамках «всеобщего охвата» нередко бесплатно предоставляются лишь наиболее базовые услуги, и пациент может иметь возможность пользоваться бесплатными услугами в учреждении, расположенном относительно далеко (причем без гарантий, что оборудование будет работать, или необходимый сотрудник будет присутствовать), либо обратиться к частному поставщику услуг или за частной консультацией, производя при этом оплату государственному учреждению (ТК Sundari Ravindran, в личной беседе, октябрь 2010 г.).

Для того, чтобы помочь населению частично или полностью компенсировать эти затраты, правительства некоторых стран разработали систему субсидий, таких, например, как оплата за обращение в больницу для родоразрешения, о чем сообщается Гао и др. Также были опробованы программы группового медицинского страхования, однако ни одна из этих схем не позволила успешно покрыть потребности нуждающегося в данной помощи населения, либо сопряженные с оказанием помощи расходы. Существует множество исследований, посвященных изучению ситуаций, возникающих в случае необходимости экстренной помощи в малообеспеченной семье, например, необходимости проведения кесарева сечения, и последующего попадания семьи в долги. В тех случаях, когда системы общественного здравоохранения получают ресурсы в недостаточном объеме, как это происходит в Польше, согласно описанию Mishtal: *«Обеднение системы здравоохранения способствует развитию коррупции, что, в свою очередь, усиливает неравенство в обеспечении доступа к медицинской помощи. Польские врачи активно используют систему неформальных наличных платежей, что позволяет пациентам попасть к врачам в обход листов ожидания и получать помощь более высокого качества. Хотя неформальные платежи не были редкостью и во времена социалистического строя, взяточничество выросло настолько сильно с 1989 г., что в настоящее время эта практика является практически обязательной, вследствие чего многие услуги теперь более доступны для богатых, чем для бедных».*

Создается впечатление, что данное явление является общераспространенным. Гао и др. отмечают его наличие в родовспомогательных услугах и, как отмечается в «Подведении итогов по

приватизации», в Зимбабве из 1 024 человек, живущих с ВИЧ-инфекцией, опрошенных в четырех провинциях, 73% были сделаны предложения со стороны медицинских работников дать взятку, чтобы получить помощь. Из них 57% пациентов пытались получить доступ к лекарственным препаратам, 24% – к диагностическим услугам и 19% – к включению в программы оказания помощи при ВИЧ-инфекции. Одна треть из тех, кому было предложено дать взятку, не желали или не могли заплатить, и 63% из них было отказано в получении помощи, или были оказаны услуги ненадлежащего качества [6].

Еще один миф заключается в том, что медицинские услуги, предоставляемые в рамках частного сектора, обеспечивают более широкий диапазон услуг и более высокое качество лечения и помощи. Тем не менее, складывается впечатление, что зачастую это не так, поскольку медицинские работники в этих учреждениях могут быть не достаточно хорошо обучены или не обладать достаточными ресурсами, чтобы обеспечить высококачественную помощь, или же, возможно, даже не имеют дело с достаточным числом пациентов, чтобы поддерживать или развивать свои навыки. Исследователи Schiavon и др. отметили низкое качество предоставляемой помощи, несмотря на высокие цены, во многих небольших клиниках, предлагающих услуги по проведению аборт, например, в г. Мехико. Они обратили внимание на по-прежнему применяющийся при аборте устаревший метод расширения и выскабливания (кюретаж), низкое качество обезболивания, неоправданное применение ультразвука и общей анестезии, а также принуждение к пребыванию в стационаре женщин, которые могли бы получить необходимую помощь амбулаторно.

Согласно третьему мифу в приватизированных системах здравоохранения существуют только два сектора. На самом же деле их три, особенно (но не только) в развивающихся странах: *«Сектор частного здравоохранения... состоит как из формального оказания помощи в учреждениях западного типа (таких, как клиники и больницы), так и из неформального сектора, зачастую связанного с оказанием услуг непрофессионалами, включая самолечение медицинскими препаратами из аптек, амбулаторных пунктов, а также купленными у уличных торговцев; лечение травами или средствами альтернативной медицины у традиционных целителей; и знахарские или народные методы лечения»* [7].

Продолжающаяся тенденция возврата к домашним родам с традиционной повитухой среди женщин, которые говорят, что они рожали бы в медицинском учреждении, если бы могли, либо отказывающихся от обращения в клинику или больницу из-за плохих условий, представляет собой важный пример, свидетельствующий о неспособности официальных медицинских учреждений как государственного, так и частного сектора обеспечить адекватный уровень и доступность услуг по родовспоможению и послеродовому уходу, не говоря уже об экстренной акушерской помощи в наиболее бедных странах мира, либо в наиболее изолированных районах отдельных стран. Значительная часть стран Южной Африки (южнее Сахары) и Южной Азии являет собой наиболее яркий пример подобной неспособности.

Таким образом, для изучения происходящего в системах здравоохранения необходимо включать неформальный сектор как один из элементов «частной» помощи, поскольку столь большое число малообеспеченных людей зависит от него. Особенно это касается лекарственных препаратов. Лишь небольшая доля пациентов из наиболее бедных слоев населения обращается в официальные частные медицинские учреждения для получения услуг, поскольку подобная медицинская помощь может находиться далеко за пределами их возможностей [7].

Одна из причин того, почему неформальный сектор по-прежнему сильно развит в сельских районах, заключается в том, что официальные частные медицинские учреждения находятся, как правило, в городских районах. Об этом свидетельствуют исследования, проведенные Sciortino и др. в Индонезии, а также Sundari Ravindran – в Пакистане. Лица, обращающиеся в неформальный частный сектор, тем не менее, нередко не получают необходимого им лечения, и поэтому им приходится искать возможности получения помощи в одном из других секторов. Такие данные представлены в исследовании, проведенном Grossman и др. в небольшой группе женщин в США, использовавших продающиеся без рецепта травы и препараты для стимуляции самопроизвольного аборта, а после того, как они не оказывали желаемого эффекта, обращавшихся в клиники для проведения аборта. В журнале «Вопросы репродуктивного здоровья» неоднократно публиковались статьи, посвященные различным путям, которые порой приходится проходить женщинам, прежде чем получить необо-

димую им помощь для искусственного прерывания беременности. Нередко вначале женщины прибегают к неформальным услугам, поскольку они дешевле, но затем, в конечном счете, общая сумма расходов оказывается даже выше [8].

### **Являются ли социальные инициативы «третьим путем»?**

Существует ли альтернатива? Благотворительный или некоммерческий частный сектор здравоохранения, как принято считать, представляет собой своего рода «третий путь» в здравоохранении, отличаясь как от государственного сектора с его ограниченными ресурсами и наименьшим вниманием к пациентам, так и от ориентированного на получение прибыли частного сектора с его стремлением к высоким гонорарам и привлечению богатой клиентуры, находясь где-то посередине – т.е. руководствуясь помимо необходимости зарабатывания денег социально ориентированными целями и намерениями.

В настоящее время отмечается рост числа частных медицинских организаций, носящих название «социальных инициатив». Подобные учреждения описаны Bhattacharyya и др. как «разработавшие новаторские подходы к увеличению наличия, доступности и качества медицинских услуг, предоставляемых малообеспеченным слоям населения благодаря новаторским моделям оказания медицинской помощи» [5]. Подобные социальные инициативы считают себя новаторами, а также: «...организациями, разрабатывающими более простые и дешевые услуги, что позволяет привлечь новые слои клиентов, ранее исключенных из традиционных рынков (и)... стремящимися разработать модели социальных изменений, выходящие за рамки привычных схем и легко поддающиеся тиражированию, в том числе позволяя включать инновационные финансовые стратегии» [5].

Тем не менее, когда Bhattacharyya и др. решили изучить наилучшие из этих организаций, они обнаружили, что: «Несмотря на то, что эти организации достаточно известны, информация о социальном влиянии этих организаций была различной, причем имелось больше данных о наличии и доступности, чем о качестве предоставляемой помощи» [5].

Одна из описанных данными авторами социальных инициатив – «Гринстар – социальный маркетинг» (Пакистан), рассмотренная также более подробно в статье Sundari Ravindran, в те-

кущем выпуске журнала. Достижения этой организации более сомнительны, чем кажутся с первого взгляда.

Еще один пример социальной инициативы, приведенной в статье Bhattacharyya и др. — «Ассоциация развития населения и сообщества» (Population and Community Development Association — PDA) в Таиланде. В данном случае действительно успешно были использованы новаторские методы, что позволило затронуть темы, прежде считавшиеся «табу», такие, как контрацепция, информированность по вопросам ВИЧ-инфекции, и был «достигнут беспрецедентный успех в привлечении положительного внимания общественности». Авторы описывают успех PDA следующим образом. «К числу их инициатив в области социального маркетинга относятся “Ночи презервативов” и конкурсы красоты “Мисс Анти-СПИД” в кварталах красных фонарей Бангкока. PDA также были организованы программы обучения, в том числе по принципу “равный равному”, посвященные изменению поведения в школах, тюрьмах страны, в области коммерческих сексуальных услуг и среди населения в целом. Их сеть распространения презервативов охватывает одну треть Таиланда. Их деятельность, направленная на планирование семьи, способствует снижению роста населения в Таиланде с 3,3% в 1970-е гг. до 0,6% в 2005 г. Данной организацией совместно с государством была разработана программа обучения по вопросам СПИДа, способствующая снижению числа новых случаев ВИЧ-инфицирования на 90% в 2004 г.» [5].

Согласно данным, размещенным на веб-сайте PDA, в последнее время организация «активно занимается проблемой бедности в сельских районах путем расширения возможностей наиболее бедных слоев общества в рамках Партнерства развития деревень. Партнерством был создан Банк развития деревень, ориентированный на выдачу микрокредитов... в PDA есть 800 сотрудников, работающих более чем с 12 тыс. добровольцев. Организация имеет 18 региональных центров развития и филиалов развития, расположенных в 15 сельских провинциях Таиланда. Также осуществляется руководство деятельностью начальной и средней школ Ламплаймат-Паттана (Lamplaimat-Pattana), что является своего рода революцией — частное образование для бедных. PDA — пионер в реализации устойчивых «народных» проектов, характеризующихся широким вовлечением сельчан не только в качестве получателей помощи, но также и в роли партне-

ров, участников планирования, управляющих и руководителей проектов. Программы PDA основаны на убеждении, согласно которому местные жители лучше всего приспособлены к роли равных партнеров в формировании и обеспечении собственного развития» [9].

Однако данную организацию вряд ли можно считать примером приватизации в здравоохранении. Несомненно, новаторские формы работы, проводимой такими неправительственными организациями (НПО), как PDA, реже возникают вначале в результате инициатив, осуществляемых государством. Чаще всего они появляются именно в секторе НПО или, по крайней мере, сектора НПО, существовавшего в прошлом. В настоящее время такого рода небольшие инновационные НПО национального или локального масштаба находятся под угрозой исчезновения. На смену им приходит новое поколение НПО, которые, несмотря на свой некоммерческий характер, действуют как бизнес-организации и в современной ситуации приватизированного здравоохранения стремятся захватить по возможности больший участок «рынка», направляя нередко немалые средства, получаемые в качестве оплаты за предоставляемые ими услуги (возможно, тем не менее, меньшие, чем гонорары частных учреждений), на расширение и рост собственных услуг. Эти крупные, нередко контролируемые развитыми странами НПО новой формации занимают все новые территории в непрерывно увеличивающемся числе развивающихся стран благодаря донорскому финансированию таким же образом, как во многих местах это происходит и с коммерческими медицинскими организациями, все более конкурируя друг с другом и являясь основной движущей силой в приватизации систем здравоохранения.

Sciortino и др. приводят отрезвляющий пример из Индонезии, демонстрирующий, как благотворительные цели, преследуемые неправительственными медицинскими организациями, могут быть сведены на нет необходимостью конкуренции в стремительно приватизируемой системе здравоохранения. Ниже представлены результаты проведенного авторами анализа изменений в услугах, предоставляемых Muhammadiyah — крупной благотворительной медицинской организацией: «Для того, чтобы выжить и преуспеть среди частных и государственных конкурентов, отделения первичной медико-санитарной помощи Muhammadiyah, состоящие преимущественно из

*центров охраны материнского и детского здоровья и перинатальных клиник (те из них, которые не были закрыты), были переориентированы на предоставление лечебной помощи в условиях стационара, а также более дорогостоящего и порой ненужного лечения. Также произошли изменения в составе обслуживаемого контингента в сторону снижения числа менее обеспеченного населения, поскольку давление со стороны рынка приводит к преобразованию данной благотворительной организации в коммерческую, что негативно сказывается на охране репродуктивного здоровья, снижая доступность услуг для наиболее нуждающихся».*

PDA, напротив, не была создана в рамках систематических попыток приватизации деятельности по планированию семьи или профилактике ВИЧ-инфекции. Задача этой организации с самого начала состояла в поддержке государственной политики в области здравоохранения. На самом деле Таиланд является одной из многих стран за пределами развитого мира, где в государственном секторе здравоохранения с 2002 г. достигнут практически всеобщий охват медицинской помощью. Финансирование осуществлялось за счет налогообложения, индексируемого в зависимости от уровня доходов [10]; и система здравоохранения обеспечивает, вероятно, большее равноправие, чем в большинстве других стран. Национальная система здравоохранения Великобритании также финансировалась за счет налогов с момента ее создания в конце Второй мировой войны, когда страна находилась в крайне затруднительном финансовом положении вследствие войны. Бремя заболеваний, с которыми приходилось иметь дело после начала предоставления бесплатной помощи, позволяет посмотреть на современные проблемы в области здравоохранения с иной точки зрения. Зная это, не следует воспринимать серьезно заявления, утверждающие, что государственная система здравоохранения невозможна ни с организационной, ни с финансовой точки зрения, поскольку дело, в конечном счете, сводится к установлению статуса государственного приоритета в данном вопросе и изысканию человеческих и иных ресурсов, необходимых для достижения успеха.

### **Обратима ли приватизация, и необходимо ли это?**

В том случае, если государства не смогут осуществлять руководящую роль применительно к

здравоохранению, а государственный сектор в странах с приватизированными системами здравоохранения не будет финансироваться достаточно для удовлетворения потребностей всех не охваченных различными частными услугами, как благотворительными, так и предоставляемыми на коммерческой основе, неформальный сектор будет продолжать «подбирать остатки», а приватизация не сможет обеспечить право на охрану здоровья, недополучая средства и поддержку так же, как это происходило и продолжает происходить с государственной системой здравоохранения. Лишь в немногих исследованиях сообщается об успешном регулировании частного сектора со стороны государства, и я подозреваю, что еще реже возникают ситуации, когда частный сектор здравоохранения стремится помогать государственному сектору стать сильнее вместо того, чтобы стремиться занять его место. Частный сектор здравоохранения не сдаст свои позиции добровольно. Он должен быть отвергнут и ниспровергнут. Я полагаю, что приватизация в здравоохранении, как и оплата со стороны клиентов за услуги, в не столь далеком будущем будет рассматриваться как еще одна не приведшая к успеху неолиберальная политика, и государственные системы здравоохранения станут неподходящей областью деятельности для осуществления контроля принципами, применяемыми в торговле и частном предпринимательстве. Призыв «Здоровье для всех», сформулированный Halfdan Mahler, не является ни устаревшим, ни невозможным и должен оставаться целью для всего международного сообщества. Единственный способ достичь этой цели – путь предоставления адекватно финансируемых, высококачественных, доступных для всех услуг государственного здравоохранения, оплачиваемых за счет подоходного налога и государственных средств, а не в местах оказания услуг.

Ни в одной из опубликованных здесь статей, посвященных теме приватизации, не были проведены полный анализ государственного сектора здравоохранения описываемых стран и оценка ситуации всех относящихся к охране сексуального и репродуктивного здоровья услуг в рамках этой комплексной картины. Тем не менее, отдельные выпуски журнала «Вопросы репродуктивного здоровья» были посвящены политике в области здравоохранения применительно к сексуальному и репродуктивному здоровью и

репродуктивным правам в рамках реформирования здравоохранения (2002 г.), интеграции услуг (2003 г.), человеческим ресурсам (2006 г.), перераспределению задач (2009 г.), коммерциализации в пластической хирургии (2010 г.), а также — в текущем и следующем выпусках — приватизации. Все эти статьи поднимают важные вопросы равноправия в здравоохранении и дают объективный взгляд на позитивные и негативные тенденции в современных системах здравоохранения, а также текущих потребностей. Учитывая выявленные проблемы слабых систем здравоохранения и глубокие недостатки, связанные с приватизацией услуг, а также вызванные ею неравенства, несомненно, что срочно необходимо провести более комплексные исследования. Журнал «Вопросы репродуктивного здоровья» призывает исследователей выполнить подобную работу и будет рад рассмотреть возможность их публикации не только в мае следующего года, но и в последующие годы. Тем временем следует предпринять действия на глобальном и национальном уровнях для преодоления гегемонии неоллиберальной политики в области здравоохранения и отказаться от приватизации в государственных системах здравоохранения.

### **Инициатива «Совместные действия и обучение по вопросам государственной и глобальной ответственности за здоровье»**

Недавно сформированная Инициатива «Совместные действия и обучение по вопросам государственной и глобальной ответственности за здоровье» (Joint Action and Learning Initiative on National and Global Responsibilities for Health — JALI) призывает к достижению всемирного соглашения в вопросах охраны здоровья, которое впервые выразило бы совместное видение реализации права человека как наиболее высокий достижимый стандарт здравоохранения и обеспечения удовлетворения всех основных потребностей человека в отношении здоровья. Журнал «Вопросы репродуктивного здоровья» будет поддерживать эту инициативу и приветствовать аналогичную поддержку от других заинтересованных сторон во всем мире [11].

### **Тема: национальные законы и политика в отношении аборт и доступ к услугам**

В данном выпуске представлены семь статей, посвященных теме государственных законов и политики в отношении абортов. Я рада опубли-



**Мерлин оказывает экстренную медицинскую помощь. Диссикуоу, Нана-Гребизи, Центральная Африканская Республика, 2008 г.**

ковать глубинный анализ, проведенный Reed Boland и посвященный законам об абортax во всем мире — наиболее всеобъемлющий и современный источник информации по данной теме на настоящий момент, а также статью Shah и Åhman, посвященную оценке числа небезопасных абортов во всем мире в 2008 г.

Прочие статьи из Бразилии, Колумбии, США, Гонконга и Мехико посвящены таким темам, как причины, препятствующие доступу к услугам для женщин вследствие нежелания медицинских учреждений/работников, несмотря на изменение законодательства (например, в Колумбии), а также препятствия, создаваемые различными рекомендациями и высокой стоимостью услуг, например, как описывает Suet Lin Hung на примере Гонконга, невозможность для девушек-подростков из маргинальных социальных групп обращаться в государственные учреждения для проведения абортов, предназначенных как раз для того, чтобы им помочь.

Важно отметить, что, хотя приватизация как таковая не является основной темой данных статей, все они касаются этого вопроса в той или иной форме.

### Тема: насилие против женщин

В данный выпуск журнала (английская версия) также включены три статьи, являющиеся результатом исследований по распространенности и последствиям насилия во время беременности. Vacchus и др. представляют результаты оценки случаев бытового насилия, проведенной в отделениях, предоставляющих услуги по перинатальной помощи и охране сексуального здоровья в больнице в Великобритании. Stöckl и др. описывают результаты крупного исследования домохозяйств в Танзании, посвященного изучению вопроса физического насилия со стороны партнера во время беременности. A Devries

и др. представляют отчет по результатам анализа данных относительно распространенности насилия со стороны сексуального партнера во время беременности в 19 странах. Эти данные достаточно разноречивы. Так, Devries и др. высказывают предположение, что насилие во время беременности более распространено, чем несколько широко известных медицинских проблем, нередко возникающих во время беременности, проведение скрининга на выявление которых является обычной практикой. Vacchus и др. предлагают хорошо проверенную модель для проведения скрининга на выявление насилия в двух типах медицинских клиник, где женщины регулярно наблюдаются. При этом авторы предупреждают, что подобные программы скрининга достаточно сложны, изменчивы, и с их помощью сложно получить достоверные результаты. Mawaheb El-Mouelhy и др. представляют результаты исследования, посвященного изучению вопросов взаимосвязи сексуальности и калечащего увечья женских половых органов в Египте. В статье отмечается, что в вопросах сексуального удовольствия, несмотря на различия в понимании этой концепции мужчинами и женщинами, сексуальные проблемы — включая отсутствие удовольствия от секса и неудовлетворенность сексом по различным причинам — были широко распространены среди опрошенных женщин и мужчин.

### В заключение (что несколько не умаляет значимости данной темы)

Lisa Hallgarten представляет замечательный новый ресурс, подготовленный коллегами из шести НПО и озаглавленный «Программа одна: Руководства и действия по достижению единого подхода к вопросам сексуальности, гендерным вопросам, ВИЧ-инфекции и обучения в области прав человека».

---

### Литература

1. Poverty Data: A Supplement to World Development Indicators. World Bank, December 2008. At: <<http://siteresources.worldbank.org/DATASATISTICS/Resources/WDI08supplement1216.pdf>>. Accessed 31 October 2010.
2. Gostin L.O., Heywood M., Ooms G., et al. National and global responsibilities for health [Editorial]. *Bulletin of World Health Organization* 2010; 88: 719–719A.
3. Gao V., Barclay L., Kildea S., et al., English version, 2010; 18(36): 35–46.
4. Albrecht T. Privatization processes in health care in Europe: a move in the right direction, a «trendy» option, or a step back? *European Journal of Public Health* 2009; 19(5): 448–51.
5. Bhattacharyya O., Khor S., McGahan A., et al. Innovative health service delivery models in low and middle income countries — what can we learn from the private

- sector? Health Research Policy and Systems 2010; 8: 24.
6. Zimbabwe: HIV patients forced to pay up or go without. IRIN PlusNews, 5 October 2010.
  7. Limwattananon S. Private-Public Mix in Woman and Child Health in Low-Income Countries: An Analysis of Demographic and Health Surveys. Technical Partner Paper No. 1. Rockefeller Foundation-Sponsored Initiative on the Role of the Private Sector in Health Systems in Developing Countries. New York: Rockefeller Foundation; October 2008.
  8. See, for example: Ahmed S., Islam A., Khanum P.A., et al. Induced abortion: what's happening in rural Bangladesh? Reproductive Health Matters 1999; 7(14): 19–29.
  9. Limwattananon S., Tangcharoensathien V., Prakongsai P. Equity in maternal and child health in Thailand. Bulletin of World Health Organization 2010; 88(6): 420–7.
  10. Population and Community Development Association. At: <[www.pda.or.th/eng/](http://www.pda.or.th/eng/)>. Accessed 31 October 2010.
  11. Gostin L.O., Friedman E.A., et al. The Joint Action and Learning Initiative on National and Global Responsibility for Health. October 2010 (Draft, unpublished).

© 2011 «Проблемы репродуктивного здоровья»

*EDITORIAL Who has responsibility for health in a privatised health system?*

*Marge Berer*

*Reproductive Health Matters 2010; 18(36): 1–9.*





www.gzrf.ru

©2011 Проблемы репродуктивного здоровья.  
Авторские права защищены.  
Проблемы репродуктивного здоровья 2010;18(36): 13–24  
0968-8080/10 \$ – см. титульную страницу  
PII: S0968-8080(10)36536-0



www.rhmjournal.org.uk

## Приватизация медицинских услуг в системе охраны репродуктивного здоровья в Пакистане: три примера

ТК Сандари Рэвиндран

Профессор, Центр изучения проблем здравоохранения Ахунта Менон, Шри Хитра Институт медицинских наук и технологий, Тривандрум, Кергала, Индия

**Краткое содержание.** Приватизация в системе здравоохранения Пакистана явилась частью Программы структурного регулирования, начатой в 1998 г. после острого валютного кризиса в стране. В данной статье рассмотрены три примера приватизации, имевшие место в области оказания услуг, управления и расширения возможностей системы здравоохранения: 1) крупномасштабные контракты на передачу услуг здравоохранения, прежде финансирувавшихся государством, частным некоммерческим организациям, 2) сети социального маркетинга/лицензирования на предоставление услуг по охране репродуктивного здоровья и 3) партнерство между государственными и частными организациями, включающее создание консорциума частных организаций и Правительства Пакистана. Проведена оценка вклада данных инициатив в содействие равному доступу к высококачественным комплексным услугам в области репродуктивного здоровья. В статье сделан вывод, согласно которому данные формы приватизации в секторе здравоохранения Пакистана в лучшем случае сделали доступным для небольшой доли населения ограниченный диапазон отдельных услуг в области охраны репродуктивного здоровья, качество которых нередко ниже оптимального, с низкими результатами в плане здоровья и выживания, особенно для женщин. Проведенный анализ позволил выявить проблемы, глубоко укоренившиеся в системе здравоохранения и в значительной степени способствующие данной ситуации. Необходимы устойчивые инвестиции в укрепление системы здравоохранения с направлением ресурсов как из государственного, так и из частного секторов на обеспечение равенства в доступе к услугам здравоохранения под руководством государства и при активном участии членов гражданского общества и ответственности перед ними. © 2011 «Проблемы репродуктивного здоровья». Авторские права защищены.

**Ключевые слова:** политика и программы в области репродуктивного здоровья, приватизация, социальные льготы, партнерства между государственными и частными организациями, Пакистан

Приватизация государственного сектора услуг здравоохранения может быть определена как передача государством права собственности и/или управленческих функций от государственных к коммерческим либо некоммерческим организациям. Приватизация может происходить в одной или нескольких областях влияния государства, включая финансирование, оказание услуг, укрепление потенциала, управленческую и инвестиционную деятельность [1]. Как и во многих странах с низким уровнем доходов, на приватизацию сектора здравоохранения Пакистана оказали влияние,

помимо других факторов, серьезный валютный кризис (в 1998 г.), кредиты международных финансовых организаций и сопутствующие им «рекомендации». В 1998 г. в стратегическом заявлении Всемирного Банка в области здравоохранения, обращенном к Пакистану, был представлен ряд рекомендаций касательно увеличения роли частного сектора в здравоохранении [2]. Затем последовали юридические и организационные изменения, способствовавшие снижению роли государства в секторе здравоохранения.

В данной статье рассматривается вопрос о том, в какой степени приватизация способство-

вала обеспечению равного доступа к высококачественным комплексным услугам по охране репродуктивного здоровья в Пакистане. Равенство в доступе к медицинской помощи подразумевает равный доступ к базовому пакету услуг при равных потребностях, причем понятие «потребности» относится как к «потенциалу получения пользы»\*, так и к «тяжести заболевания», а понятие «доступ» касается препятствий, преимущественно финансовых и географических, с которыми приходится сталкиваться потенциальным потребителям [3]. Аспекты качества, рассмотренные в данной статье, касаются базового соблюдения правил асептики и инфекционного контроля, а также соответствующего обучения и технической компетентности медицинских работников. Комплексные услуги по охране репродуктивного здоровья включают услуги по охране материнского здоровья (в том числе помощь при родах и экстренные акушерские вмешательства), контрацепции и выполнению искусственных абортов, лечению бесплодия, заболеваний репродуктивных путей и инфекций, передаваемых половым путем, рака молочной железы, различных форм рака репродуктивной системы, а также обучение и консультирование по вопросам сексуальности и репродуктивного здоровья [4].

Информация, использованная в данной статье, взята из опубликованных и представленных в Интернете источников на английском языке, выявленных в ходе поиска с применением систем Google и Medline по ключевым словам применительно к Пакистану: «приватизация здравоохранения», «контракты в системе здравоохранения», «сети поставщиков услуг в области здравоохранения», «социальное лицензирование», «равенство доступа к помощи в родах». Затем был проведен поиск на веб-сайтах всех основных двусторонних и многосторонних донорских и базирующихся в США международных

неправительственных организаций (НПО), работающих в области охраны репродуктивного здоровья, после чего был проведен анализ значимых найденных описаний проектов и экспертных отчетов.

### **Приватизация в системе здравоохранения Пакистана**

Сектор здравоохранения Пакистана характеризуется прискорбно неадекватными ресурсами в плане персонала, инфраструктуры и подушевых расходов на здравоохранение, следствием чего являются высокие показатели смертности и слабые результаты мероприятий по охране здоровья (табл. 1). В 2000–2009 гг. на 10 тыс. населения приходилось лишь восемь врачей, всего четыре медицинские сестры и акушерки (подсчитывались вместе), а также шесть больничных коек. Для сравнения: в странах с доходами ниже среднего уровня данное соотношение составляет в среднем 10 врачей, 14 медицинских сестер вместе с акушерками и 39 больничных коек на 10 тыс. населения. Детская смертность в возрасте до пяти лет в Пакистане в 2008 г. была 89 на 1000 человек, а коэффициент материнской смертности в 2007–2008 гг. – 276 на 100 тыс. живорожденных детей. Обе эти величины выше средних показателей для стран с доходами ниже среднего уровня [5]. Финансирование сектора здравоохранения Пакистана осуществляется преимущественно за счет личных расходов домохозяйств, на долю которых приходилось 70% от всех расходов на здравоохранение в 2007 г. Донорское финансирование составляло 3,5% от общей суммы расходов на здравоохранение, в то время как государственные расходы на здравоохранение составляли 26,5% [5]\*.

Государственная система оказания медицинской помощи включает широкий диапазон услуг, начиная от выездных услуг на уровне общества и базовых медицинских центров, предоставляющих профилактическую и лечебную помощь, и до высокоспециализированной медицинской помощи, в том числе по направлению в стационарах, расположенных преимущественно в крупных городах и подчиняющихся непосред-

\* Понятие «потенциал получения пользы» относится к степени, в которой медицинские услуги приносят пользу определенной группе населения. В популяциях с относительно хорошим здоровьем «потенциал получения пользы» более ограничен в сравнении с теми, в которых здоровье населения слабее. Потенциал получения пользы может также различаться в двух популяционных группах с одним «уровнем» здоровья, когда проблемы со здоровьем, характерные для одной из популяций, легче поддаются коррекции благодаря вмешательствам со стороны системы здравоохранения, чем у другой популяции [3].

\* Цифры относительно доли государственных расходов на здравоохранение основаны на пересмотренных оценках ВОЗ в Статистическом отчете по состоянию здоровья населения мира за 2010 г. [5].

**Таблица 1. Пакистан: выбранные показатели здоровья<sup>а</sup>**

Показатель	
Продолжительность жизни на момент рождения, в годах (2008 г.)	
Мужчины	63
Женщины	64
Показатель младенческой смертности на 1000 родов (2008)	
Мальчики	75
Девочки	69
Показатель смертности до 5-летнего возраста на 1000 родов (2008 г.)	
Мальчики	89
Девочки	89
Показатель материнской смертности на 100 000 живорождений (2004–2007 гг.)	276
Процент родов, которые были проведены квалифицированным медперсоналом (2005–2006 гг.)	39
Число врачей на 10 000 населения (2000–2009 гг.)	8
Число медсестер и акушеров на 10 000 населения (2000–2009 гг.)	4
Число сотрудников службы общественного здравоохранения на 10 000 населения (2000–2009 гг.)	4
Количество больничных коек на 10 тысяч населения (2000–2009 гг.)	6
Общий расход на здравоохранение в % от ВВП по годам:	
2000	3,0
2007	2,7
Расходы государства на здравоохранение в % от общего расхода на здравоохранение по годам:	
2000	21,3
2007	26,5
Расходы наличными из домашнего бюджета в % от общего расхода на здравоохранение по годам <sup>а</sup> :	
2000	78,7
2007	70,0
Внешние источники финансирования в % от общего расхода на здравоохранение по годам:	
2000	0,8
2007	3,3
Расходы на здоровье на душу населения в Пакистанской Народной Партии в долларах по годам:	
2000	48,0
2007	64,0

<sup>а</sup> Представлены данные Всемирной статистики здравоохранения, 2010 г.

ственно региональному секретарю по вопросам здравоохранения [2].

Существует крупный неформальный частный сектор здравоохранения (в сравнении с формальным), включающий традиционных повитух, принимающих значительную долю всех родов [2]. К формальному частному сектору здравоохранения относятся небольшие и средние больницы и родильные дома, а также находящиеся на государственной службе врачи и парамедики, работающие в клиниках в нерабочие часы. Некоммерческий сектор здравоохранения состоит преимущественно из НПО, занимающихся планированием семьи и предоставляющих другие услуги по охране репродуктивного здоровья [6].

Приватизация в секторе здравоохранения Пакистана стала частью общего проекта приватизации экономики, начавшегося в 1998 г. В том же году в Пакистане были проведены испытания ядерного оружия, вследствие чего на страну были наложены экономические санкции. В стране начался серьезный валютный кризис, поскольку приток инвестиций, а также двусторонней и многосторонней помощи резко снизился. Всемирный Банк, Международный валютный фонд и Банк развития Азии предоставили кредиты, чтобы помочь Пакистану выйти из кризиса, а также реструктурировать двусторонние и коммерческие займы. В ответ стране было предъявлено требование реализовать Программу структурного регулирования, включающую приватизацию экономики [7].

В том же году Всемирный Банк составил для Пакистана стратегию развития здравоохранения, в которой было рекомендовано ограничить участие государства в здравоохранении оказанием исключительно базового минимума медицинских услуг при полном возмещении затрат на все остальные услуги. Данную систему предполагалось вводить поэтапно. Еще одна важная рекомендация гласила, что сектор здравоохранения должен был начать формирование партнерств с частным сектором для получения технической поддержки, а также оказания медицинских услуг, финансируемых государством. В документе особо была оговорена передача значительной части ответственности за услуги, касающиеся охраны репродуктивного здоровья, в сферу компетенции НПО в рамках контрактов, финансируемых государством, а также заключение контрактов с частными поставщиками услуг на их предоставление [2].

Вскоре после появления стратегического руководства в провинциях Пенджаб и Хайбер-Пахтонхва (бывшая Северо-Западная приграничная область) были приняты несколько новых законов и правил. Больницы, в которых ведется также обучение медицинских работников, получили большую «автономию», в том числе право самостоятельно назначать цены за услуги, чтобы стать более финансово жизнеспособными. Кроме того, во всех медицинских учреждениях, относящихся к государственному сектору, была введена оплата за услуги. В Пенджабе, Хайбер-Пахтонхва и других провинциях государство также отдало на субподряд НПО управление и оказание услуг в государственных медицинских учреждениях. Также государство вступило в партнерство с международными и отечественными НПО и двусторонними донорами для получения технической поддержки в управлении и оказании услуг. Была введена возможность социального лицензирования с целью содействия оказанию медицинских услуг частными медицинскими организациями. Каждое из данных мероприятий имело определенные последствия для оказания услуг в области охраны репродуктивного здоровья.

В данной статье рассмотрены три примера приватизации медицинских услуг и/или управления в медицинском секторе, а также проведен анализ того, насколько каждый из этих аспектов способствовал обеспечению равного доступа к качественным комплексным услугам в области репродуктивного здоровья.

### Три примера

#### • Передача на субподряд услуг, финансируемых государством, частному некоммерческому сектору

Одним из хорошо известных экспериментов в передаче на субподряд финансируемых государством услуг здравоохранения частным некоммерческим организациям в Пакистане является Инициатива главного министра по первичной медико-санитарной помощи. Пилотный проект был запущен в одном из районов провинции Пенджаб – Рахим Яр Хан – в марте 2003 г. Администрация заключила меморандум о взаимопонимании с Программой поддержки сельских районов провинции Пенджаб – национальной

НПО\* – на руководство деятельностью всех 104 базовых медицинских учреждений в этом районе [8]. По окончании 2003 г. пилотный проект был распространен на 12 районов, а в 2005 г. – на 23 района провинции [9].

В 2007 г. пришедшее к власти после выборов новое федеральное правительство начало реализацию Народной инициативы в области первичного здравоохранения, основанной на модели Рахим Яр Хан. В настоящее время эта модель действует в 69 районах четырех провинций Пакистана [10]. Инициатива главного министра по первичной медико-санитарной помощи действует в течение нескольких лет и является единственной в Пакистане подобной инициативой, деятельность которой была проанализирована и оценена экспертами. В соответствии с Меморандумом о взаимопонимании у Программы поддержки сельских районов провинции Пенджаб появились возможность административного и финансового контроля, а также право распоряжаться всеми зданиями и оборудованием всех базовых медицинских учреждений, а от государства – также ежемесячное финансирование в том же объеме, как и выделялось прежде на руководство этими отделениями. Задачей программы являлись предоставление базовой лечебной помощи и координация с рядовыми работниками деятельности по охране материнского и детского здоровья, планированию семьи и оказанию прочих услуг в области профилактической медицины и поддержанию здоровья [8].

В рамках Программы поддержки сельских районов провинции Пенджаб было внедрено несколько инновационных изменений. Базовые медицинские учреждения были сгруппированы по 2-3 вместе, и управление их деятельностью поручили одному руководящему медицинскому работнику. Заработная плата руководящих медицинских работников увеличилась с 12 до 30 тыс. рупий, и в их обязанности вменялось проживание поблизости от места работы. Районный

\* Программа поддержки сельских районов провинции Пенджаб является, по-видимому, скорее, квазигосударственным органом, чем организацией гражданского общества. Она была зарегистрирована в 1997 г., стартовый фонд управления целевым капиталом был предоставлен администрацией провинции Пенджаб. Трое из 12 членов совета данной организации являются представителями областной администрации, а большинство сотрудников, включая главного исполнительного директора – чиновники из государственных учреждений [16].

отдел по управлению проектом нес ответственность за координацию работы всех базовых медицинских учреждений в районе. Физическая инфраструктура была усовершенствована благодаря дополнительному финансированию от администрации района. В порядке эксперимента в одном из участков района Рахим Яр Хан на должности руководящих медицинских работников были приняты женщины, каждая из которых контролировала пять базовых медицинских учреждений [11].

В настоящее время имеются результаты трех исследований, посвященных изучению Инициативы главного министра по первичной медико-санитарной помощи, проведенных в 2005, 2006 и 2009 гг. [8, 11, 12], соответственно. В каждом из исследований использовались различные методики, однако все они были основаны на сборе первичных данных в учреждениях и на опросах пользователей. В исследовании 2009 г. были включены интервью с ключевыми лицами — источниками информации системы здравоохранения.

В первых двух исследованиях отмечено значительное увеличение объема использования услуг, предоставляемых в базовых медицинских учреждениях, благодаря тому, что эти учреждения работали по регулярному расписанию, и в них стало возможным приобретать лекарственные препараты, чего не было прежде. Поскольку базовые медицинские учреждения обслуживают население сельских районов, это может рассматриваться как достижение равенства в доступе к услугам [8, 12].

Однако в доступности услуг по охране репродуктивного здоровья были отмечены значительные пробелы [8, 12]. Так, в исследовании 2006 г. констатировалось, что, хотя базовые медицинские учреждения предназначались для предоставления комплексных услуг по охране материнского и детского здоровья, планированию семьи, а также оказанию лечебной помощи при гинекологических проблемах, в реальности в них оказывались лишь антенатальная помощь и в некоторой степени родовспоможение и послеродовая помощь. Роды принимались только до 14.30 ежедневно, т.к. в это время базовые медицинские учреждения закрывались. В большинстве базовых медицинских учреждений отсутствовало оборудование для родовспоможения даже при неосложненных родах, и женщины — руководящие медицинские работники — неред-

ко приносили с собой собственные инструменты и медикаменты. Выполнялись лишь немногие тесты, касающиеся репродуктивного здоровья, например, тесты на беременность. Даже базовые анализы на определение уровня гемоглобина не проводились. Средства контрацепции и соответствующие услуги отсутствовали, как и помощь после искусственных абортов во всех учреждениях Программы поддержки сельских районов провинции Пенджаб района Лахор. В программе не осуществлялся учет данных материнской смертности и заболеваемости, а также учет по проблемам репродуктивного здоровья, в связи с которыми пациенты обращались за лечением или помощью [12].

Единственная информация о качестве услуг относится к исследованию 2005 г., в котором отмечается, что наличие лекарственных препаратов, качество взаимоотношений между медицинскими работниками и клиентами, а также качество клинической помощи были низкими как в отданных на субподряд базовых медицинских учреждениях района Рахим Яр Хан, так и в государственных медицинских учреждениях в контрольном районе [8].

В исследовании 2009 г. проведено сравнение различных «моделей» первичного здравоохранения в Пакистане и рассмотрены сложности, с которыми приходится сталкиваться Программе поддержки сельских районов провинции Пенджаб. Отсутствие интеграции государственных программ на уровне базовых медицинских учреждений представляло значительную проблему. Планирование семьи, например, являлось вертикальной программой, осуществляемой непосредственно под руководством федерального Министерства социального обеспечения населения, в то время как иммунизация была частью другой вертикальной программы, реализуемой под руководством федерального Министерства здравоохранения. Руководители Программы поддержки сельских районов провинции Пенджаб не обладали соответствующей властью для руководства сотрудниками данных программ. Это отрицательно сказывалось на оказании услуг, направленных на профилактику и поддержание здоровья, включая услуги по контрацепции, в рамках базовых медицинских учреждений [11].

Также практически отсутствовало сотрудничество со стороны руководителей государственных служб здравоохранения с Программой поддержки сельских районов провинции Пенджаб в

таких вопросах, как утверждение дополнительных должностей, прием на работу сотрудников на вакантные должности и обеспечение наличия лекарственных препаратов. Руководители районной службы здравоохранения относились в лучшем случае безразлично, а в худшем – враждебно – к Программе поддержки сельских районов провинции Пенджаб, поскольку они считали, что программа была навязана им сверху, без того, чтобы должным образом проконсультироваться с ними. Один из ключевых информаторов – руководитель государственной службы здравоохранения сообщил в интервью, что, имея тот же объем ресурсов и власти (как у Программы поддержки сельских районов провинции Пенджаб), они (государственный департамент здравоохранения) смогли бы лучше организовать работу базовых медицинских учреждений. Еще один из опрошенных заявил, что факт массового перехода медицинских работников из государственного в частный сектор объясняется причиной низкого качества деятельности базовых медицинских учреждений, и что предлагаемые субподряды не способны решить эту проблему. Он обратил внимание на дальнейшую фрагментацию системы оказания медицинской помощи между базовыми медицинскими учреждениями, находящимися под руководством частных НПО, и специализированными больницами, находящимися под руководством государственного департамента здравоохранения. Например, механизмы направления пациентов из одних учреждений в другие не были оптимизированы, что приводило к нарушению непрерывности и преемственности оказания помощи клиентам [11].

Также отмечались сложности в формировании «команд» на уровне базовых медицинских учреждений. Парамедики и административные работники, оклад которых не был повышен, выражали недовольство в связи с трехкратным увеличением заработной платы руководящих медицинских работников [11].

Авторам не удалось найти информации по поводу того, какие шаги были предприняты для решения этих проблем в провинции Пенджаб. Если подобные шаги не были предприняты, возникает вопрос относительно целесообразности стремительного распространения данной модели, ежегодные расходы на реализацию которой составляют около 270 миллионов пакистанских рупий (около 30 млн. долларов США) [10].

#### • Сети социального маркетинга/лицензирования

Программы социального лицензирования в области здравоохранения в странах с низким и средним уровнем доходов состоят преимущественно из сетей частнопрактикующих медицинских работников или других медицинских учреждений, предлагающих стандартный набор услуг в рамках общего бренда. Название бренда служит гарантией доступности определенного пакета услуг, соответствующих в понимании населения стандартам высокого качества, по четко обозначенным ценам. Подобные сети могут оставаться таковыми, либо развиваться в программы лицензирования (франчайзинга), в последнем случае имеется контролирующая организация (франчайзер), обеспечивающая непрерывный мониторинг медицинских организаций, оказывающих услуги в рамках франчайзингового соглашения, и их техническую поддержку [13].

Green Star Marketing и Key Social Marketing – две основные сети социального франчайзинга для частных медицинских услуг в Пакистане, занимающиеся предоставлением услуг, которые они относят к охране репродуктивного здоровья. Министерство Великобритании по международному развитию и Агентство США по международному развитию (АМР) в период с 2003 по 2009 г. ежегодно расходуют соответственно приблизительно 1,5 млн. английских фунтов и 10 млн. долларов США на поддержку этих сетей [14]. Кроме этого, частью финансирования являются собственные расходы лиц, пользовавшихся данными услугами, на приобретение лекарств и оплату услуг в медицинских учреждениях.

#### Green Star Marketing

Проект Green Star Marketing Pakistan (первоначальное название – Social Marketing Pakistan) был начат как проект международной организации, занимающейся оказанием услуг в области народонаселения (Population Services International – PSI) при поддержке АМР США, а в 1991 г. он был преобразован в некоммерческую местную НПО. В 2010 г. в рамках Green Star Marketing предлагается 17 продуктов, включая пероральные контрацептивы, презервативы, инъекционные контрацептивы, средства экстренной контрацепции и внутриматочные средства (ВМС) в городских районах всех, за исключением нескольких, 105 районов четырех провинций Пакистана [15].

В сети Green Star представлены четыре типа медицинских работников: частные медицинские

работники – мужчины и женщины, фармацевты и специалисты по женскому здоровью, занимающиеся работой с населением. Представители каждой из этих групп проходят обучение в системе Green Star Marketing по вопросам репродуктивного здоровья и всем методам контрацепции [16]. Женщины-врачи проходят обучение по оказанию услуг в области контрацепции, включая введение ВМС и назначение гормональных контрацептивов. С 2001 г. некоторые женщины-врачи проходили обучение по выполнению женской хирургической стерилизации [15]. Предполагается, что врачи-мужчины должны мотивировать мужчин брать на себя ответственность за планирование семьи и поддерживать своих жен в выборе метода контрацепции. Задача фармацевтов – консультировать и направлять клиентов с низким уровнем доходов, которые нередко обращаются к фармацевту прежде, чем посетить врача. Специалисты по женскому здоровью – женщины, занимающиеся работой с населением, посещая клиентов на дому или в небольших частных клиниках, предоставляют услуги по консультированию и неклиническим методам контрацепции. Как правило, они обслуживают наиболее бедные районы и также направляют женщин к женщинам-врачам, работающим в той же системе [16].

Медицинские учреждения, являющиеся франшизополучателями в системе Green Star, получают продукцию данного бренда по льготной стоимости. Также Green Star обеспечивает своим участникам доступ к новым медицинским технологиям, управленческой поддержке и рекламе бренда. Сеть включает более 17 тыс. медицинских работников, предоставляющих услуги в рамках частного сектора в 40 городах по всей территории Пакистана [17]. В декабре 2005 г. была начата реализация новой программы, направленной на продвижение использования контрацептивов. К замужним женщинам репродуктивного возраста, проживающим в радиусе 5 км от медицинского учреждения системы Green Star, медицинские работники приходили на дом и приглашали их принять участие в *Clinic Sahoolat* – мероприятии, проводящемся каждые шесть месяцев и позволяющем получить бесплатные услуги по планированию семьи от специально подготовленного медицинского работника Green Star [18].

В 2006 г. сеть Green Star Marketing стала партнером консорциума PAIMAN (см. следующий

раздел) и начала создавать клиники GoodLife для оказания помощи по охране материнского и детского здоровья помимо услуг, связанных с контрацепцией.

### **Key Social Marketing**

Проект Key Social Marketing финансируется Министерством Великобритании по международному развитию в рамках Futures Group International – организации, специализирующейся на социальном маркетинге и базирующейся в США. Futures Group объединилась с двумя фармацевтическими компаниями для маркетинга своих пероральных, включая таблетки для экстренной контрацепции, и инъекционных гормональных контрацептивов под единым логотипом социального маркетинга Key («ключ»), но по коммерческим (не субсидируемым) ценам [19].

К франшизополучателям Key Social Marketing относятся врачи, специалисты по женскому здоровью, занимающиеся работой с населением, фармацевты и отдельные НПО. Данная программа социального лицензирования (франчайзинга) включает очень большую сеть – 10 тыс. частнопрактикующих врачей, 25 тыс. фармацевтов, 1000 специалистов по женскому здоровью, занимающихся работой с населением, и отдельные НПО, осуществляющие свою деятельность преимущественно в городских районах страны [20]. Специалисты по работе в сообществе системы Key Social Marketing предоставляют информацию по методам контрацепции женщинам с низким уровнем доходов через Mohalla Sangat (женские групповые встречи на уровне сообщества) [19].

### **Оценка деятельности обеих сетей**

Деятельность обеих сетей – и Green Star Marketing, и Key Social Marketing – не единожды подвергалась экспертной оценке. Экспертные отчеты и исследования показывают, что данные франчайзинговые сети способствовали увеличению доступа к услугам контрацепции [17]. В сравнении с частными медицинскими учреждениями, не входящими во франчайзинговые сети, в данных учреждениях отмечался общий рост числа пациенток, а также тех женщин, которые пользуются контрацепцией [21].

Поскольку в обеих франчайзинговых сетях были предприняты значительные усилия по привлечению пациенток в сообществах, можно было бы ожидать роста более высокого охвата среди групп населения с низким уровнем дохо-



**Консультирование по вопросам контрацепции, Пенджаб, Пакистан**

дов. Тем не менее имеющиеся данные представляют достаточно разноречивую картину. В ходе давней (1997 г.) оценки деятельности сети Green Star было отмечено, что 74% пациенток Green Star принадлежали к группам с низким уровнем доходов, хотя и проживали в городских районах [22]. В исследовании 2000 г. было установлено, что 90% пациенток сети Key Social Marketing были женщины с низким уровнем доходов [19]. В то же время в 2004 г., в ходе исследования, посвященного изучению систем социального лицензирования (франчайзинга) в области услуг по охране репродуктивного здоровья в трех странах, в том числе систем Green Star и Key Social Marketing в Пакистане, было отмечено, что обе эти сети, работающие по принципу франчайзинга, в последние годы оказывали услуги более обеспеченным пациенткам. Возможно, это объясняется тем, что медицинские учреждения-франшизополучатели расположены преимущественно в городских районах [21].

Диапазон услуг, предоставляемых обеими франчайзинговыми сетями, крайне невелик. Предполагалось, что сеть Green Star Marketing будет предоставлять комплексный пакет услуг по охране репродуктивного здоровья не только в области контрацепции, но также и помощь после искусственных абортов, синдромное лечение ИППП, антенатальную помощь и помощь в послеродовом периоде, экстренную акушерскую помощь, а также неонатальную помощь. На практике же предоставляются преимущественно услуги по контрацепции. Прочие вопросы, касающиеся репродуктивного здоровья, редко обсуждались с клиентками, и материалы по информации, обучению и коммуникации, касающиеся других вопросов репродуктивного здоровья, не предоставлялись. В сети Key Social Marketing предлагаются только пероральные и инъекционные контрацептивы, причем и те, и другие под собственным брендом. Никакие другие услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья не предоставляются [18].

Результаты отчетов по деятельности обеих сетей за 2006 г. свидетельствуют о низком качестве оказываемых услуг. Возможно, причина проблемы кроется в различном и порой не соответствующем стандартным требованиям уровне подготовки медицинских работников. В экспертном отчете за 2006 г. [18] описано, как при демонстрации методики введения ВМС «Мультилоуд» – продукции, предлагаемой Green Star – преподаватель «загрязнял одноразовые «чистые» перчатки, прикасался к инструментам для введения, не обрабатывал влагалище и шейку матки антисептическим раствором перед обследованием матки и введением ВМС». В сети Key Social Marketing обучение было отдано на субподряд четырем организациям, и при таком числе преподавателей качество обучения не могло быть стандартизировано [18].

Качество консультирования в клиниках Green Star также было не очень высоким [18]. Например, не предоставлялось достаточно информации о побочных эффектах контрацептивов. Кроме того, отмечалась тенденция к побуждению клиентов отдавать предпочтение внутриматочной контрацепции (ВМС) в сравнении с другими методами. Интервью с мужьями клиенток показали, что мужчины были обеспокоены тем фактом, что у их жен наблюдались проблемы со здоровьем в связи с использованием



ВМС. Притом, что стоимость контрацепции составляла всего 35–50 рупий, стоимость гинекологического лечения при возникновении побочных эффектов, включая вторичное бесплодие, могла превышать 2 000 рупий. В том же отчете [18] было отмечено, что посещения женщин на дому сотрудниками Key Social Marketing для распространения информации и консультирования женщин превратились в рутинную и механическую деятельность, состоящую из проигрывания информационных аудиокассет, составленных Key, с последующим разъяснением в случае каких-либо сомнений.

Отсутствие соблюдения правил асептики было отмечено в качестве проблемы в обеих сетях. Наблюдения показали, что сотрудники Green Star не соблюдали практики инфекционного контроля. Во многих клиниках, которые посещались в ходе оценки деятельности сети, используемые инструменты не прошли необходимую подготовку. Автоклавы были запорты, что свидетельствовало об их нечастом использовании. Мытье рук до и после надевания перчаток не практиковалось медицинскими работниками. В один из дней, когда в клинике Green Star проходил прием клиенток в рамках *Clinic Sahooat*:

*«Врач занималась своими рутинными (амбулаторными) пациентами... женщина-парамедик отвела клиентку на введение ВМС. После ее осмотра наружилось, что на тележке не было инструментов... (женщина-парамедик) начала искать инструменты в шкафу, не снимая перчаток. В это время клиентка лежала раздетой на кушетке и прикрывалась собственной шалью от смущения... инструменты (наконец найденные) были замочены в воде из-под крана в почкообразном лотке... Во время регулирования размера спирали “Мультилоуд” нить вышла из регулирующей трубки, и спираль вместе с нитью оказались на руках (женщины-парамедика). Совет использовать новую спираль был проигнорирован, и та же самая спираль была введена в матку женщины» [18].*

Меры по профилактике инфекции в клиниках Key Marketing Services во время выполнения процедур квалифицированными женщинами-врачами соответствовали стандартам качества, однако в клиниках, в которых сотрудники получали лишь базовое обучение, и не все имели врачебный диплом, ситуация была иной. Многие женщины, обращавшиеся в подобные клиники, страдали от инфекционных заболеваний репродуктивных органов [18].

#### ● Пакистанская инициатива для матерей и новорожденных

Еще один крупномасштабный проект, финансируемый АМР США – Пакистанская инициатива для матерей и новорожденных (РАИМАН), реализуемая через консорциум, возглавляемый консалтинговым агентством АМР США Научно-исследовательским и учебным институтом «Джон Сноу, Инкорпорейтед» (JSI). Задачей деятельности РАИМАН является содействие Правительству Пакистана в совершенствовании охраны материнского здоровья и здоровья новорожденных в Пакистане «путем жизнеспособных и наглядных инициатив» [23].

Консорциум РАИМАН объединяет девять партнеров: JSI и три других международных консалтинговых организаций, базирующихся в США, два университета и три пакистанских НПО, включая Green Star Marketing [24]. Проект, начатый в 2004 г. в десяти районах четырех провинций Пакистана, в 2010 г. уже охватывал 24 из 105 районов в четырех провинциях, а также четырех агентствах (что аналогично районам) в территориях, находящихся под федеральным управлением\* [25]. Период действия проекта был продлен с пяти до шести лет с окончанием в сентябре 2010 г.; общий бюджет проекта за шестилетний период составил, судя по отчетам, 92 млн. долларов США [23].

В рамках проекта РАИМАН были реализованы следующие основные мероприятия, направленные на улучшение доступа к услугам по охране материнского и детского здоровья: организация медицинских учреждений, предоставляющих услуги по охране материнского здоровья и здоровья новорожденных детей, а также услуги контрацепции, в городских районах в рамках партнерства между государственными и частными организациями, подготовка кадрового состава акушеров для работы в сообществе и оказание им помощи в создании родильных центров на уровне сообщества, обучение традиционных повитух с целью совершенствования качества оказания помощи женщинам в перинатальный период, предоставление автомобилей скорой по-

\* Помимо четырех провинций со 105 районами, существуют четыре территории, находящиеся под федеральным управлением, одной из которых является область поселения племен, находящаяся под федеральным управлением; она разделена на семь родовых агентств и шесть приграничных районов меньшего размера.

мощи, ремонт и обновление медицинских учреждений, а также обучение государственных медицинских работников основным хирургическим навыкам и реанимационным мероприятиям. Хотя в проекте предусматривались три уровня оценочных индикаторов (достигнутые результаты, объем проделанной работы и уровень активности), при составлении отчетов и мониторинге достигнутого прогресса использовались только данные по уровню активности и объему проделанной работы [25].

Информация о достижении целей проекта имеется по результатам промежуточной оценки, проведенной в десяти исходных районах реализации проекта [26], и ежегодной оценки за период с октября 2008 г. по сентябрь 2009 г. [23]. В 2009 г. были проведены два исследования, посвященные оценке качества обучения акушерок и традиционных повитух для работы в сообществе [2, 26].

По результатам промежуточной оценки было выявлено, что в десяти исходных районах проекта в период между 2005 и 2008 гг. было достигнуто пять из шести целей проекта. Число родов в присутствии традиционных повитух выросло с 36 до 38%; число женщин с не менее чем тремя дородовыми посещениями увеличилось с 27 до 35%; число беременных женщин, получивших не менее трех доз столбнячного анатоксина во время последней беременности, выросло с 40 до 43% (цель не была достигнута); число женщин с послеродовыми посещениями в течение первых суток после родов увеличилось с 34 до 39%. Также с 0 до 26 выросло число усовершенствованных учреждений, соответствующих стандартам качества по безопасности оказания помощи во время родов и ухода за новорожденным.

По данным ежегодного отчета за 2008–2009 гг., цели проекта были полностью достигнуты почти по всем 96 показателям объема выполненной работы за период 2004–2009 гг. Единственным исключением была передача 50 автомобилей скорой помощи для службы «скорой помощи» в сообществе. Ни одна машина скорой помощи не была передана в течение первых пяти лет; это должно было произойти в течение шестого года реализации проекта [23]. За период 2004–2009 гг. в рамках системы Green Star Marketing были открыты 600 клиник с частнопрактикующими медицинскими работниками – франшизополучателями GoodLife.

Работа *Clinic Sahoolats* принесла пользу 3 020 женщинам; в 31 государственном медицинском

учреждении была усовершенствована инфраструктура, что позволило оказывать услуги по охране материнского здоровья и здоровья новорожденных. Курсы повышения квалификации по акушерским навыкам посетили 714 медицинских работников государственных учреждений; 2 140 традиционных повитух прошли обучение по оказанию помощи в родах с соблюдением требований чистоты; и 1 623 женщины записались на новые 18-месячные курсы для работающих в сообществе акушерок [23].

Однако индикаторы, отображающие объем проделанной работы, возможно, не отражают всей полноты информации. Одним из примеров может служить достижение цели: усовершенствование 31 государственного медицинского учреждения, из которых 18 были реконструированы таким образом, чтобы предоставлять комплексную экстренную акушерскую помощь и помощь новорожденным. Согласно данным промежуточной оценки деятельности проекта в 2008 г. учреждения, предназначенные для оказания комплексной экстренной акушерской помощи и помощи новорожденным, в четырех из десяти районов были ограничены в предоставлении заявленных услуг из-за нехватки персонала, отсутствия сотрудников, не проживающих по месту предоставления услуг, на работе после 14 часов и недостаточного объема крови для переливания. Опрошенные медицинские работники сообщили, что сульфат магния – жизненно важный препарат для оказания помощи при эклампсии и преэклампсии – отсутствовал во всех этих центрах. Также в отдельных учреждениях отмечалась нехватка антибиотиков. В 2008 г. учреждения, предоставляющие комплексную экстренную акушерскую помощь и помощь новорожденным, обслуживали лишь 6,6% женщин с акушерскими осложнениями в регионах, обслуживаемых проектом. О том, насколько ситуация улучшилась впоследствии, можно будет судить по результатам итоговой оценки деятельности проекта [25].

Обучение 550 частнопрактикующих медицинских работников, которые должны были возглавить клиники GoodLife, также было оценено в 2008 г. Клиническая практика не была включена в процесс обучения. Использование партограммы и активного ведения третьей стадии родов – обе процедуры относятся к базовым навыкам, необходимым для безопасного ведения родов – не были включены в программу обучения. Также в отчете отмечалось отсутствие данных по мно-

гим из клиник GoodLife относительно предоставления услуг по родоразрешению и экстренной акушерской помощи [25].

При промежуточной оценке были отмечены проблемы управленческого характера, связанные со структурой консорциума PAIMAN, а также значительным числом и географической разбросанностью проводимых мероприятий. Сотрудники партнерских организаций не являлись непосредственными участниками проекта, и, следовательно, в проекте отсутствовала стабильная команда. Кроме того, из-за большого числа партнеров наблюдалось сложное разделение труда, а координация действий при реализации отдельных мероприятий оставляла желать лучшего. Например, четыре партнера занимались осуществлением мероприятий по изменению поведения и коммуникации на разных уровнях и в различных учреждениях, и четыре партнера отвечали за обучение различных групп медицинских работников по определенным темам [25].

При оценке прошедших обучение традиционных повитух и акушерок для работы в сообществе было обнаружено отсутствие у них необходимых для предоставления качественной помощи во время беременности и в родах навыков. В 2009 г. был проведен сравнительный анализ уровня подготовки 275 традиционных повитух, прошедших обучение в рамках проекта PAIMAN, распределенных методом случайной выборки, по охране материнского здоровья и оказания помощи новорожденным, и аналогичных показателей у 274 повитух, прошедших обучение по вопросам «общего здоровья». По результатам этого анализа было установлено, что повитухи, прошедшие специализированное обучение (по материнскому здоровью и здоровью новорожденных), показали значительно лучшие результаты в сравнении с контрольной группой с точки зрения уровня знаний и навыков. В то же время у большинства прошедших обучение повитух было отмечено отсутствие некоторых важных навыков. Например, менее половины из них проверяли размер матки во время антенатального визита при абдоминальном осмотре или проверяли движения ребенка, и менее половины контролировали сердцебиение ребенка [26].

Также в 2009 г. оценивали результаты обучения 174 работающих в сообществе акушерок, сдавших экзамены в 2008 г. или начале 2009 г.

[27]\*. Несмотря на то, что согласно взятым обязательствам после завершения курса каждая из них должна была создать домашний акушерский центр в своем сообществе, 69 из 174 (40%) на момент проведения оценки не проживали в тех сообществах, в которых они работали. В материалах оценки говорится об огромных ресурсах, потраченных таким образом впустую, и рекомендуется усовершенствовать стратегию набора учащихся на курсы. Также была проведена оценка уровня знаний и навыков 106 акушерок, работающих в сообществе, состоящем из шести районов. Все они дополнительно получили необходимое оборудование для открытия домашних акушерских центров. Только половина прошедших обучение выполняла требование, указанное при обучении: провести не менее 15 родов. Ни в одном из шести регионов не были полностью выполнены стандарты обучения для каждой акушерки, планирующей работать в сообществе. Был отмечен низкий уровень знаний респондентов при ответе на вопросы о признаках осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде: ни одна из 106 акушерок, работающих в сообществе, не смогла назвать правильно все эти признаки. При том, что большинство акушерок этой группы могли определить наличие анемии у женщин, лишь одна треть смогла провести полный абдоминальный осмотр беременной женщины, и лишь 9% акушерок, работающих в сообществе, могли правильно выполнить все семь определенных этапов в проведении неосложненных родов [27].

Консорциумом PAIMAN были предприняты значительные усилия по обеспечению равенства при доступе к услугам по охране материнского здоровья. Прежде всего, работа проводилась в нескольких центрах в племенных территориях, находящихся под федеральным управлением – территории со слабой инфраструктурой медицинских учреждений и низким охватом медицинской помощью. Во-вторых, были инвестированы значительные средства в расширение возможностей и улучшение навыков медицинских работников государственных учреждений в ока-

\* По данным ежегодного отчета по проекту за 2008–2009 гг., в течение трех учебных лет (2006–2008 гг.) было набрано 1 150 абитуриентов для обучения на курсе работающих в сообществе акушерок. Тем не менее в итоговом экспертном отчете говорится о том, что только 174 акушерки окончили курс обучения к середине 2009 г. Причины такого значительного расхождения данных неясны.

зании экстренной акушерской помощи, что позволило обучить традиционных повитух и сформировать кадровый потенциал акушерок, которые будут работать в сельских районах. В-третьих, было проведено усовершенствование медицинских учреждений, позволившее предоставлять комплексные услуги экстренной акушерской помощи и помощи новорожденным. В-четвертых, были успешно созданы новые частные клиники в городских районах, предоставляющие услуги по государственным расценкам.

Несмотря на достойные похвалы усилия, существующая на данный момент информация заставляет усомниться в том, способствовали ли эти усилия совершенствованию доступа к медицинской помощи, направленной на охрану материнского здоровья, для женщин. Качество подготовки акушерок для работы в сообществе и традиционных повитух не соответствует установленным стандартам. В нескольких медицинских учреждениях, прошедших реконструкцию с целью предоставления комплексной экстренной акушерской помощи, подобные услуги не оказывались из-за сбоя системы. На данный момент невозможно утверждать, что качество помощи, предоставляемой в клиниках GoodLife и их аутрич-программах по работе в сообществе, значительно выше, чем наблюдалось при промежуточной оценке в 2008 г. и в процессе более ранних оценок деятельности Green Star клиник. Ввиду этих фактов возникает вопрос, оправданы ли затраты на реализацию данной программы в объеме, превышающем 15 млн. долларов США в год [23]?

Среди прочих вызывающих сомнение вопросов – право собственности и подотчетность проекта. Руководство проектом осуществляется через международную неправительственную организацию, и проект подотчетен донорской организации. Представители гражданского общества и даже лица, проживающие в районах реализации проекта, могут иметь ограниченное право голоса в решениях относительно осуществляемой деятельности, места и времени проведения мероприятий, даже несмотря на то, что эти мероприятия осуществляются в рамках государственного сектора.

Несомненно, более подробная информация станет известна по окончании итоговой оценки, что позволит комплексно проанализировать вклад PAIMAN в оказание помощи Правительству Пакистана с целью улучшения состояния охраны материнского здоровья и здоровья новорожденных в стране.

## Обсуждение и выводы

Сектор здравоохранения Пакистана характеризуется нехваткой ресурсов как с точки зрения инфраструктуры, так и в плане кадровых ресурсов. Личные расходы на оплату медицинских услуг являются основным источником финансирования здравоохранения, на их долю приходится 70% и более всех расходов на здравоохранение в течение 1998–2009 гг. На этом фоне происходит стремительная приватизация медицинских учреждений. С одной стороны, услуги, предоставляемые в государственных клиниках, в значительной степени финансируются частным образом благодаря плате, взимаемой с клиенток, с другой стороны, государство выделяет средства неправительственным организациям на руководство деятельностью государственных медицинских учреждений в значительной части страны через Народную инициативу в области первичной медико-санитарной помощи. На долю сетей социального лицензирования (франчайзинга) частнопрактикующих медицинских работников приходится треть предоставляемых в стране услуг по контрацепции. Консорциум PAIMAN, возглавляемый международной НПО и финансируемый АМР США, хотя и осуществляет деятельность менее чем в одной четверти регионов Пакистана, играет важную роль с точки зрения влияния на качество и доступность услуг по охране материнского здоровья и здоровья новорожденных.

Способствовала ли приватизация в Пакистане улучшению доступа к высококачественным комплексным услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья?

С точки зрения доступности, сети социального лицензирования предоставляют преимущественно услуги по контрацепции и, в меньшей степени, добровольной хирургической стерилизации, антенатальной помощи и в еще меньшей степени родовспоможению. Базовые медицинские центры, работающие по контракту с НПО, не предоставляли услуг по контрацепции в отдельных районах, поскольку данные функции находились в сфере ведения Министерства социального обеспечения населения, что свидетельствует о недостатках координации между секторами. Доступность услуг по родовспоможению также не отличалась высоким качеством. Проект PAIMAN ориентирован на антенатальную помощь и родовспоможение, однако не включает услуги по контрацепции. Поскольку

многие медицинские работники, обученные в рамках PAIMAN, не овладели базовыми навыками для оказания безопасной помощи в родах и экстренной акушерской помощи, *де факто* доступность услуг по родовспоможению, возможно, не повысилась до намеченного уровня. В имеющихся литературных источниках отсутствуют упоминания о каких-либо иных услугах в отношении охраны репродуктивного здоровья. Услуги для мужчин, одиноких женщин и подростков отсутствуют как таковые. В соответствии с поправкой, внесенной в Конституцию в начале 2010 г., доступность услуг по охране репродуктивного здоровья может быть еще более ограничена вследствие перенесения ответственности за их организацию на уровень провинций. Имеются отдельные свидетельства, указывающие на то, что в провинциях Балочистан и Хайбер-Пахтонхва вопросы репродуктивного здоровья и планирования семьи не считаются приоритетом, и на их решение отводится меньше ресурсов. (В ходе личной беседы, Khawar Mumtaz, Shirkat Gah, Карачи, Пакистан.)

Что касается обеспечения равного доступа, укрепление базовых медицинских центров, обслуживающих сельское население, представляет собой шаг в правильном направлении, однако не способствует улучшению доступа при отсутствии совершенствования координации между отдельными программами и уровнями системы здравоохранения. Относящиеся к системе социального лицензирования (франчайзинга) клиники сосредоточены в городских районах и недоступны большинству проживающих в сельских районах женщин. В одном исследовании [21] было отмечено, что работающие в условиях франчайзинга клиники Пакистана ориентированы на относительно более обеспеченную клиентуру. Нерешенная проблема в использовании для расширения охвата коммерческого сектора, включая работающие по принципу коммерческого предоставления услуг центры социального лицензирования, заключается в том, что их интерес к прежде неохваченным слоям населения ограничен. Это касается групп населения, неспособных оплачивать предоставляемые услуги, а также проживающих в сельских и экономически неразвитых районах, где спрос на оплачиваемые услуги, несомненно, будет ниже. Попытки PAIMAN облегчить доступ к базовой и экстренной акушерской помощи, по-видимому, не достигают поставленных целей вследствие кадро-

вых и финансовых ограничений, а также управленческих проблем в государственном секторе. В настоящий момент слишком рано говорить о том, насколько успешным будет данный проект в отношении более легкого доступа, особенно для наиболее бедных и наименее охваченных (маргинализированных) групп женщин.

Результаты оценки работы клиник, работающих в условиях франчайзинга, вызывают серьезное беспокойство относительно качества оказываемой помощи. Выбор контрацептивов ограничен, количество инфекционных заболеваний вследствие несоблюдения общих мер предосторожности носит угрожающий характер. Что касается усовершенствованных в рамках проекта PAIMAN учреждений для предоставления комплексной экстренной акушерской помощи, отсутствие или неиспользование жизненно важных препаратов, таких как сульфат магния, ограниченная доступность продуктов крови, отсутствие стандартных процедур направления в соответствующие учреждения при акушерских осложнениях, как было отмечено в промежуточной оценке результатов проекта, являются основными недостатками, не позволяющими успешно предотвращать материнскую смертность и заболеваемость. Не соответствующий стандартам качества уровень обучения частнопрактикующих медицинских работников, традиционных повитух и акушерок для работы в сообществе может привести к низкому качеству оказываемой во время беременности и родов помощи, если не будет осуществлено корректное переобучение, что было бы дорогостоящим проектом.

На основании имеющихся ограниченных, однако, избобличающих доказательств, можно утверждать, что приватизация в секторе здравоохранения Пакистана не обеспечивает оказание высококачественных комплексных услуг по охране репродуктивного здоровья. Напротив, приватизация привела к созданию ограниченного диапазона фрагментированных услуг, порой несоответствующих стандартам качества, доступных преимущественно городским жителям и не приносящих качественных результатов с точки зрения потребностей женщин в отношении охраны их репродуктивного здоровья.

Один из выводов, которые можно сделать на основании рассмотренных примеров, заключается в том, что благодаря отдельным вмешательствам невозможно усовершенствовать ограниченную область системы здравоохранения, не

решая при этом глубоко укоренившиеся системные проблемы. Наиболее общими из них являются вопросы кадрового обеспечения и оплаты труда, наличие оборудования и расходных материалов, а также отсутствие координации между различными медицинскими программами, различными уровнями медицинских учреждений и государственными ведомствами. Это представляет серьезное препятствие для обеспечения функциональности медицинских учреждений на любом уровне независимо от того, кто управляет их деятельностью. Аналогично трудности, с которыми сталкиваются PAIMAN и сети социального лицензирования в отношении обеспечения высококачественного обучения и оказания помощи пациентам, не могут рассматриваться в изоляции от качества профессиональной подготовки медицинских работников и отсутствия механизмов обеспечения качества на всех уровнях и во всех учреждениях системы здравоохранения.

Подводя итоги, авторы со всей уверенностью заявляют, что невозможно достичь равного доступа к высококачественным комплексным услугам по охране репродуктивного здоровья, действуя в ускоренном формате. Необходимы устойчивые инвестиции в укрепление системы здравоохранения, осуществляемые под контролем государства. При этом потоки государственных и частных средств должны направляться на обеспечение равенства доступа к услугам здравоохранения, в рамках единого плана, согласно которому государственный и частный секторы здравоохранения работают в тандеме, а не противостоят друг другу в своих намерениях. Подобные реформы стали бы одним из элементов политической программы, направленной на достижение баланса между экономическим ростом и равенством и осуществляемой при активном участии гражданского общества, общественности и пациентов, а также подотчетной им.

## Литература

- Albrecht T. Privatization processes in health care in Europe: a move in the right direction, a «trendy» option, or a step back? *European Journal of Public Health* 2009; 19(5): 448–51.
- World Bank. Pakistan: towards a health sector strategy. Washington DC: World Bank, 1998. Report No. 16695-PAK.
- Zere E., Mandlhate C., Mbeeli T., et al. Equity in health care in Namibia: developing a needs-based resource allocation formula using principal components analysis. *International Journal for Equity in Health* 2007; 6: 3. At: <[www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-6-3.pdf](http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-6-3.pdf)>. Accessed 2 May 2010.
- UN Population Fund. Implementing the reproductive health vision: progress and future challenges for UNFPA. Evaluation findings, Issue 28. Office of Oversight and Evaluation, New York: UNFPA, August 1999.
- World Health Organization. *World Health Statistics* 2010. Geneva: WHO, 2010.
- Asian Development Bank's experience of public-private partnerships for poverty alleviation in Pakistan. Talk by Marshuk Ali Shah, Country Director, Pakistan Resident Mission, Asian Development Bank, 1 October 2004. At: <[www.adb.org](http://www.adb.org)>. Accessed 12 August 2008.
- World Bank. Pakistan country assistance evaluation. Washington DC: World Bank, 2006.
- World Bank. Partnering with NGOs to strengthen management: an external evaluation of the Chief Minister's Initiative on Primary Health Care in Rahim Yar Khan District, Punjab. Washington DC: World Bank, South Asia Human Development Sector, 2006.
- Chief Minister's Initiative for Primary Health Care. Primary healthcare services in the rural Punjab: a public-private partnership. Minutes of 40th MRM of DSU, CMIPHC. Lahore: CMIPHC, 2008.
- People's Primary Health Care Initiative. At: <[http://202.83.164.26/wps/portal/!ut/p/c0/04\\_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0oshQN68AZ3dnlwML82BTAYNXTz9JE0NfQwNLE\\_2CbEdFACM6vXU!/?WCM\\_PORTLET=PC\\_7\\_UFJPCGC20OUQE02ET9FMPJ3000\\_WCM&WCM\\_GLOBAL\\_CONTEXT=/wps/wcm/connect/CabDivCL/division/aboutdivision/pphi](http://202.83.164.26/wps/portal/!ut/p/c0/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0oshQN68AZ3dnlwML82BTAYNXTz9JE0NfQwNLE_2CbEdFACM6vXU!/?WCM_PORTLET=PC_7_UFJPCGC20OUQE02ET9FMPJ3000_WCM&WCM_GLOBAL_CONTEXT=/wps/wcm/connect/CabDivCL/division/aboutdivision/pphi)>. Accessed 26 September 2010.
- US Agency for International Development. Review and assessment of various primary health care models in Pakistan. Islamabad: USAID-Pakistan, 2009.
- Khan S.Y., Anwar M. A case study on public-private partnership working for rural women's reproductive health in Pakistan. Paper presented at: Public-private sector partnerships working for reproductive health: strategies for meeting the Millennium Development Goals. Society for International Development, Colombo, 28 February – 1 March 2006.
- Israel R.C., Nagano R. Promoting reproductive health for young adults through social marketing and mass media: a review of trends and practices. FOCUS on Young Adults Research series. Newton: Education Development Centre Inc, 16 July 1997.
- World Health Organization. Health Systems Profile Pakistan. Alexandria: Regional Health Systems Observatory, WHO-EMRO, 2007.

15. Green Star Marketing website. At: <www.greenstar.org.pk/product-profile.htm>. Accessed 27 September 2010.
16. Population Services International. The Green Star Network: social marketing reproductive health services in Pakistan. 2000. At: <www.psi.org/resources/pubs/GreenStar.pdf>. Accessed 10 September 2008.
17. Gardiner E., Schawnenflugel D., Grace C. Market development approaches in Pakistan: a case study. In: Gardiner E., Schawnenflugel D., Grace C., editors. Market Development Approaches Scoping Report. Surrey: HLSP Institute, 2006. At: <www.eldis.org/health-systems/mda>. Accessed 10 September 2008.
18. US Agency for International Development. Mid-term assessment of social marketing program (2003–2008). Washington DC: USAID, 2006.
19. Case study: Key Social Marketing. At: <www.psp-one.com/content/resource/detail/2608/>. Accessed 5 July 2010.
20. Commercial Marketing Strategies. Provider networks: increasing access and quality care. Washington: CMS, 2002.
21. Stephenson R., Ong Tsui A., Sulzbach S., et al. Franchising reproductive health services. In: Reproductive Health in Today's World. Health Services Research 39:6, Part II, December 2004.
22. Batley R., Hussein M., Khan A.R., et al. Pakistan: study of non-state providers of basic services. Birmingham: International Development Department, University of Birmingham, 2004.
23. US Agency for International Development. Annual report. Pakistan Initiative for Mothers and Newborns (PAIMAN). October 2008–September 2009. Washington DC: USAID, 2009.
24. PAIMAN website. At: <://www.paiman.org.pk/aboutpaiman/overview.php>. Accessed 2 February 2009.
25. US Agency for International Development. Mid-term evaluation of the USAID/ Pakistan Maternal, Newborn and Child Health Program. Washington DC: USAID, 2008.
26. Miller P., Rashida G., Wajid A., et al. Effect of dai training on maternal and neonatal care: an operations research study. Islamabad: JSI and Population Council, 2010.
27. Wajid A., Rashid Z., Mohammad Mir A. Initial assessment of community midwives in rural Pakistan. Islamabad: JSI and Population Council, 2010.

© 2011 «Проблемы репродуктивного здоровья»

*Privatisation in reproductive health services in Pakistan: three case studies*

*TK Sundari Ravindran*

*Reproductive Health Matters 2010; 18(36): 13–24.*

## Применение исключительно рыночных методов в решении вопросов планирования семьи во Вьетнаме: мнения заинтересованных сторон

Дженнифер Кидвел Дрейк<sup>a</sup>, Лу Хуонг Тай Тэнх<sup>b</sup>, Чатима Сураратдека<sup>c</sup>,  
Ха Фэн Тай Ту<sup>d</sup>, Жанет Г Вейл<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Старший партнер Программы, PATH, Сиэтл, штат Вашингтон, США. Электронный адрес:

jdrake@path.org;

<sup>b</sup> Участник Программы, PATH, Ханой, Вьетнам;

<sup>c</sup> Старший партнер по Полиси Здравоохранения и Экономике, PATH, штат Вашингтон, США;

<sup>d</sup> Консультант, PATH, Ханой, Вьетнам;

<sup>e</sup> Старший участник Программы, PATH, штат Вашингтон, США

**Краткое содержание.** Во Вьетнаме отмечается высокая распространенность применения современных средств контрацепции (68%), при этом значительная часть услуг оказывается в рамках государственного сектора. По мере того, как страна стремится к достижению статуса государства со средним уровнем доходов, доноры прекращают поставки контрацептивов во Вьетнам, что, по прогнозам, не замедлит отрицательно сказаться на бюджете программ планирования семьи (ПС). В ответ на это Министерство здравоохранения приняло решение сделать приоритетным направлением своей деятельности предоставление бесплатных или льготных контрацептивов для малообеспеченных и социально уязвимых групп населения, развивая при этом социальный маркетинг и продажу контрацептивов на свободном рынке. В целях поддержки планирования подобного подхода, основанного на «исключительно рыночных методах», было проведено описательное исследование среди 38 заинтересованных организаций – представителей государственного и частного сектора, работающих в области ПС, с целью выяснения их мнения относительно предложений. Отмечен высокий уровень поддержки государственного управления в координации деятельности государственных и частных организаций, а также руководства всей системой ПС. Выявлены ключевые пробелы в отношении информированности о том, каким образом реформы могут способствовать равному доступу к ПС и финансовой устойчивости в ценообразовании. Опыт работы государства при подобном переходе может представлять ценность в качестве примера для других стран.  
© 2010 «Проблемы репродуктивного здоровья». Авторские права защищены.

**Ключевые слова:** услуги по планированию семьи, равенство и доступ, политика и программы здравоохранения, приватизация, Вьетнам

Вьетнам, население которого в 2010 г. составляло, по приблизительным оценкам, 87 млн. человек, приближается к достижению статуса страны со средним уровнем доходов. В течение последнего десятилетия был достигнут значительный прогресс в области здравоохранения, причем многие из целей государственной стратегии в области народонаселения, утвержденной на период 2001–2010 гг., достигнуты раньше запланированного. Среди подоб-

ных достижений – увеличение ожидаемой продолжительности жизни для женщин более чем на пять лет (в настоящее время ее средняя продолжительность составляет более 73 лет), снижение младенческой смертности более чем на 50% – до 16 на 1 000 живорожденных детей, 40% снижение показателей недостаточного питания среди детей младше пяти лет и увеличение средней продолжительности школьного обучения на одну треть [1].



Согласно данным последней проведенной в 2008 г. оценки показатель распространенности современных средств контрацепции во Вьетнаме составлял 68% [2]. На долю внутриматочных средств (ВМС) приходилось 55% методов планирования семьи (ПС), применявшихся замужними женщинами, оральных контрацептивных таблеток (ОК) – 13, презервативов – 11, добровольной хирургической стерилизации – 5, инъекционных контрацептивов и имплантатов – 1% [2]. По данным исследования, направленного на изучение демографических показателей и уровня здоровья населения, в 2002 г. (наиболее свежий имеющийся источник) почти 86% средств контрацепции приобретались в государственном секторе, остальные – в частном секторе. Большинство ВМС (почти 94%) были куплены в государственном секторе, в то время как 57% презервативов – в частном секторе. Приблизительно две трети ОК были приобретены в государственном секторе, и одна треть – в частном [3].

Данные по неудовлетворенным потребностям в отношении ПС отсутствуют; несомненный пробел – отсутствие данных по использованию средств контрацепции среди незамужних женщин. Разница в использовании средств контрацепции и показателям абортот в различных регионах может являться индикатором, свидетельствующим о неудовлетворенной потребности. Так, в 2008 г. показатель использования современных средств контрацепции варьировал от 59% женщин в Центральном Нагорье до 72% – в густонаселенном регионе дельты Красной реки [2]. В целом показатели абортот для проживающих в сельских районах женщин были выше, чем для городских женщин (0,65 абортот на одну женщину 15–49 лет в течение пятилетнего периода, предшествовавшего проведению исследования, в сравнении с 0,49 [1]). Тем не менее рост показателей использования средств контрацепции может не привести к снижению числа абортот, если высокие показатели последних отражают неадекватность доступа к услугам по консультированию и ограниченный выбор методов контрацепции [4]. Доступность и качество услуг в общинных центрах здоровья во Вьетнаме были названы в качестве важных факторов, способствующих продолжению использования современных средств контрацепции, особенно в сельских районах [5]. На настоящий момент неясно, сталкиваются ли мигранты во Вьетнаме также с неудовлетворенной потреб-

ностью в ПС в связи с соблюдением сельских традиций деторождения, либо проживанием вне доступа к системам регистрации и агентствам ПС. По данным одного из источников, показатели использования контрацепции среди женщин в мигрантских популяциях ниже, чем среди аналогичных групп коренных жителей [6]. Еще один источник указывает, что среди мигрантов, переезжающих из сельских районов в городские, показатели деторождения ниже, чем в аналогичных группах городского населения, не меняющего место жительства [7]. Вместе с тем оценки того, связано ли это с более высокими показателями использования средств контрацепции или большим числом абортот, проведено не было.

Сеть клинических центров Министерства здравоохранения, предоставляющих услуги по ПС, включает центральные и провинциальные больницы, центры репродуктивного здоровья на уровне провинций, районные больницы и медицинские центры, межрайонные поликлиники и медицинские центры на уровне районов (коммун). В большинстве коммун имеются собственные медицинские центры, ответственные за предоставление ВМС, ОК и презервативов. Клинические услуги также оказываются волонтерами, в т.ч. членами общественной организации «Женский Союз». Эти добровольцы совершают визиты на дом не реже одного раза в месяц, предлагая и предоставляя информацию и средства контрацепции, в основном ОК и презервативы, направляя желающих установить ВМС женщин в мобильные центры или медицинские учреждения для проведения процедуры. Средства контрацепции, как правило, предоставляются в государственном секторе бесплатно; однако в одном исследовании было отмечено, что 30% из опрошенных 2 944 женщин оплачивали медицинские услуги, анализы, либо базовые медицинские препараты [8]. Оплаченная сумма различалась в зависимости от метода; стоимость ВМС составляла около 0,5 евро, менее 0,1 евро – для инъекционных контрацептивов и почти 30 евро – для имплантатов. Тем не менее, по данным общенационального опроса населения, проведенного в 2008 г., лишь 0,04% указали высокую стоимость в качестве причины неиспользования контрацепции [2].

Несколько финансируемых за счет доноров неправительственных организаций (НПО) и организаций, занимающихся социальным марке-

тингом, также предоставляют услуги по ПС во Вьетнаме. VINAFFPA – филиал Международной федерации ПС – предоставляет на территории страны прямые услуги женщинам в 22 клиниках. Несмотря на то, что организация (VINAFFPA) зарегистрирована как НПО, ее руководство занимает государственные должности, а большинство предлагаемых ею средств контрацепции предоставляются государством безвозмездно. Стоимость оплаты услуг зависит от уровня доходов клиента; размер оплаты должен быть утвержден местными властями. Официально роль VINAFFPA заключается в дополнении государственной программы. НПО Marie Stopes International (MSI) имеет десять клиник, в которых предоставляются услуги, мобильные программы, а также осуществляет партнерские связи с 300 коммерческими организациями в рамках модели социального лицензирования (франчайзинга), направленной на улучшение оказания услуг и расширение охвата женщин с низким уровнем доходов [9]. Также в стране функционируют две международные организации, занимающиеся социальным маркетингом – Population Services International (PSI) и DKT International. PSI предоставляет закупаемые донорскими организациями презервативы для ВИЧ-инфицированных; DKT – ОК, инъекционные контрацептивы, средства экстренной контрацепции и презервативы через частные сети аптек и врачей [10]. DKT является важным источником ОК на рынке; на долю закупок этой организацией в 2009 г. приходилось 20% таблеток, продаваемых на рынке на коммерческой основе [22]. В 2009 г. DKT был начат пилотный проект, финансируемый за счет государственных дотаций, по предоставлению ВМС.

Коммерческий сектор характеризуется существенной фрагментированностью. Информация о числе частных клиник, больниц, фармацевтов или предоставляющих услуги по ПС врачей отсутствует. Профессиональные ассоциации медицинских работников были сформированы недавно и не являются значимым ресурсом для представления интересов своих членов перед внешними организациями или формирования сети между своими членами. В стране имеется один местный/национальный производитель ОК. Все остальные гормональные и клинические методы импортируются множеством дистрибьюторов у более чем 20 международных и региональных производителей.

## Последствия экономического перехода для программ планирования семьи

По мере того, как Вьетнам приближается к достижению статуса страны со средним уровнем доходов, два основных донора – группа банков KfW (Банк развития Правительства Германии) и Фонд ООН в области народонаселения (UNFPA) – прекратили предоставлявшуюся ими ранее в течение длительного времени помощь в приобретении запасов контрацептивов. По приблизительным государственным оценкам, вся международная донорская помощь в период между 1996 и 2006 гг. составляла 84% общего бюджета, расходуемого на контрацепцию. В период с 2006 по 2010 г. прогнозируемые расходы на контрацепцию из государственного бюджета достигали приблизительно 35 млн. евро, из которых нехватка средств составляла почти 14 млн. евро. В период с 2011 по 2015 г. ожидается нехватка средств в государственном бюджете в размере 33 млн. евро [12].

В данном контексте отдел планирования семьи Министерства здравоохранения (Главный отдел по народонаселению и ПС – GOPFP) выразил желание изучить возможности «исключительно рыночного подхода» к ПС во Вьетнаме и сосредоточить ресурсы государственного сектора для определенных групп населения [13]. Данный подход ориентирован на то, чтобы объединить государственный и частный секторы (группы социального маркетинга, НПО и коммерческие организации) в координации усилий по определению сегментов населения, для обслуживания которых они лучше всего приспособлены. В рабочем варианте государственной Стратегии по репродуктивному здоровью населения на 2011–2013 гг. говорится о том, что будет:

*«...Уделено приоритетное внимание предоставлению бесплатных или льготных контрацептивов для малообеспеченных, групп населения, находящихся в социально или экономически невыгодных особо трудных условиях, а также продвижению социального маркетинга и продаже контрацептивов на свободном рынке».*

Планирование семьи является одной из немногих медицинских услуг, по-прежнему предоставляемых во Вьетнаме в рамках государственного сектора (преимущественно) бесплатно. Это было возможно благодаря международной донорской поддержке [14]. В 1986 г. была принята политика Doi Moi (реформы и обновление), ориентированная на контролируемые экономи-



**Измерение артериального давления после перевязки маточных труб (хирургической стерилизации) в НПО клинике по охране репродуктивного здоровья, Ханой**

ческие реформы и направленная на ускорение перехода от полностью субсидируемой экономики к частично субсидируемой, частично рыночной экономике и роста частного сектора. Благодаря этой политике государство стало поддерживать частную практику предоставления медицинских услуг, коммерческую продажу лекарственных препаратов и взимание оплаты в государственных больницах [15, 16]. Большинство медицинских услуг и товаров, предлагаемых в государственных медицинских учреждениях, подлежат оплате пользователями [17]. Начиная с 2003 г. государство учредило Фонд здравоохранения для малоимущих групп населения (НСФР) по предоставлению бесплатной медицинской помощи этой группе населения. НСФР имеет ряд несомненных достоинств, одним из которых является тот факт, что Фонд поддерживается дотациями из центрального бюджета [18]. Кроме того, эта программа позволяет достаточно эффективно выявлять малообеспеченных лиц, следовательно, предоставление услуг лицам, не относящимся к целевым категориям (утечка ресурсов), ограничено [18]. Оценка масштаба охвата программы (доли малообеспеченных лиц, включенных в программу) различается. По одной из оценок, охват составлял 84% малообеспеченных

лиц [19], в то время как в другом анализе было отмечено, что критериям отбора соответствовали 31% нуждающегося в помощи населения, и лишь 14% всего населения (т.е. половина соответствующих критериям) получили необходимую помощь [29]. Среди слабых сторон программы – беспокойство относительно того, что информированность о программе среди лиц, соответствующих критериям для получения помощи, достаточно низка, задержки в выдаче льготных карт, особенно в отдаленных районах, и устаревшая система компенсации расходов на оплату услуг [19, 21]. Охват популяции мигрантов и их вовлечение в систему социального страхования могут также представлять проблему, поскольку их место проживания может быть не зарегистрировано в государственных органах; выше вероятность того, что они работают в неофициальном секторе занятости [7]. В 2005 г. было определено, что средства НСФР будут охватывать как государственные, так и частные клиники. Один из анализов позволяет предположить, что совершенствование интеграции частного сектора является приоритетной задачей, в том числе и благодаря стимуляции, заключению контрактов на основе качества выполняемой работы, регулированию деятельности и проведению обучения [18]. Опыт

работы с НСФР показывает, что тщательное планирование исключительно рыночного подхода к ПС необходимо для поддержки внушительных результатов, достигнутых во Вьетнаме в отношении распространенности контрацепции в последние десятилетия. Особенно это касается защиты групп населения, уже сталкивающихся со сложностями в доступе к услугам в рамках современной системы здравоохранения. В настоящее время PATH работает вместе с GORFP над планированием реализации исключительно рыночного подхода и совершенствованием организационного процесса. Например, ими было проведено описательное исследование, направленное на разработку плана перехода, намеченного в рабочем варианте Стратегии по репродуктивному здоровью населения, а также вовлечение значимых заинтересованных сторон и лиц, представление их интересов, и учет значимых возможностей и препятствий. В данной статье представлены результаты анализа заинтересованных сторон в области ПС и их отношения к подходу, ориентированному на использование исключительно рыночных методов.

## Методы

Авторами были разработаны два типа анкет. Первая анкета представляла собой полуструктурированный опросник, позволяющий выявить отдельные влиятельные организации в области ПС и их роли. Участникам был представлен список организаций (определенных в ходе обзора литературы и информационных встреч), им было предложено сообщить о типах и частоте контактов с каждой из организаций. Затем следовал ряд открытых вопросов относительно влиятельных организаций, занимающихся ПС.

Вторая анкета представляла собой структурированный опросник (преимущественно с использованием ответов по шкале Ликерта), позволяющий определить отношение заинтересованных лиц к национальной программе ПС и исключительно рыночному подходу. В анкету были включены вопросы о существующей программе ПС, политике и стратегиях, рычагах, способствующих успеху этих программ в государственном и частном секторе, либо препятствующих таковому, проблемах и воспринимаемых преимуществах исключительно рыночного подхода, роли, обязанностях и возможностях государственного сектора в установлении координа-

ционных механизмов и реализации исключительно рыночного подхода, а также о потенциальных мероприятиях, которые могли бы способствовать повышению доступности, качества и устойчивости ПС во Вьетнаме. Понятие «исключительно рыночный подход» было определено как «Государственное руководство общей системой планирования семьи путем мобилизации и координации всех секторов – государственного, частного и коммерческого – с целью выявления популяции клиентов в области планирования семьи, наиболее соответствующей каждому из них, и поддержки оказания контрацептивной помощи соответствующими методами в зависимости от ответственности каждого из секторов за определенные группы населения».

Основные источники информации в области ПС во Вьетнаме изначально были выявлены в ходе обзора литературы, посвященной государственным законодательным документам, правилам и руководствам, касающимся услуг по ПС, а также на предварительных информационных встречах, состоявшихся на территории страны. Дополнительные источники информации были определены по методу «снежного кома». Интервью проводились в период с января по апрель 2010 г. двумя интервьюерами – этническими вьетнамцами, прошедшими обучение по сбору данных, процессу получения информированного согласия и методикам проведения интервью у специалистов по исследованиям в области политики здравоохранения. Интервью проводились на вьетнамском языке, за исключением одного интервью на английском языке (интервьюеры свободно говорили на английском языке). В целях защиты конфиденциальности заинтересованных лиц источники информации представлены по категориям заинтересованных лиц; для этого нужно было опросить не менее двух представителей для каждой из категорий заинтересованных лиц.

Данные Первой анкеты были записаны и переведены на английский язык для анализа данных с применением базы данных в форме электронной таблицы. Авторы использовали программу PolicyMaker 4.0 [22] для оценки позиций поддержки и оппозиции в отношении исключительно рыночного подхода со стороны ключевых заинтересованных лиц и разработки стратегий управления политикой при смене политического курса, включая выявление возможностей и препятствий, значимых для ключевых заинтересо-

ванных сторон. До проведения интервью командой проекта были разработаны для программы PolicyMaker и введены в нее сводные политические цели, касающиеся исключительно рыночного подхода во Вьетнаме, с целью определения содержания законодательных документов для анализа (табл. 1). После завершения интервью, используя предыдущие знания, ответы на вопросы анкеты и сделанные во время интервью записи, интервьюеры обсудили и ввели информацию с учетом полномочий респондентов, их должностей (уровня поддержки либо оппозиции, или отсутствия таковых), возможностей и препятствий в отношении обозначенного предварительно содержания политического документов. В программе PolicyMaker под полномочиями понимается уровень власти, которой обладает респондент над определением того, будут ли приняты, либо реализованы законы. Полномочия классифицируются как высокие, средние или низкие. Лицо с высоким уровнем полномочий, как правило, обладает значительным, но не полным влиянием на судьбу законодательного документа, в то время как лицо с низким уровнем полномочий имеет ограничен-

ное влияние. Например, ответы на Первую анкету в отношении ключевых заинтересованных сторон в области ПС позволили определить уровень полномочий каждого из респондентов. Ответы на Вторую анкету в отношении проблем и основных преимуществ исключительно рыночного подхода дали возможность выяснить позицию каждого из респондентов. Затем в ходе анализа и совместного обсуждения авторами были определены стратегии, позволяющие усовершенствовать достижимость целей, прописанных в документах. Ввод данных, производившийся на английском языке, осуществлялся в форме последовательных итераций; впоследствии, по мере обсуждений в команде исследователей, данные были пересмотрены и подвергались изменениям. После завершения всех интервью командой проекта были также определены ключевые вопросы из Второй анкеты, наиболее важные с точки зрения достижения целей, прописанных в документах. Ответы участников вводились в базу данных в форме электронной таблице, после чего был проведен базовый статистический анализ.

**Таблица 1. Содержание политики для подхода к общему рынку во Вьетнаме**

Задачи	Механизм
Сформировать лидерство общественного сектора в координации взаимодействия государственного и частного секторов	Создать координационную группу
Расширение роли государственного сектора от поставщика услуг на первичном уровне до руководства всей системой ПС	Идентифицировать правила и стимулы, которые будут определять ситуацию с ПС и поведение представителей частного и государственного сектора здравоохранения для гарантии качества и доступности услуг населению
Создать равноправный доступ к услугам по ПС и препаратам	Разработать операционный план соответствия государственных и частных поставщиков услуг к их сегменту рынка, с государственными инвестициями для самых нуждающихся групп населения
Развивать и поддерживать финансовую стабильность программ ПС	Сформировать план финансовых ресурсов, который включал бы участие частного сектора и калькуляцию цен

## Результаты

Комиссией по определению исследований РАТН данное исследование было определено как не посвященное изучению отдельных людей. Используя анкеты, группа исследователей опросила 38 лиц, принадлежащих к 11 категориям заинтересованных сторон (табл. 2).

## Заинтересованные в планировании семь стороны

Когда респондентам было предложено назвать отдельных лиц и/или организации, к компетенции которых относится принятие решений или оказание влияния на лиц, ответственных за решения в области ПС, в десятку наиболее часто встречавшихся ответов вошли государственные организации, начиная с GOPFP, а также ЮНФПА и «НПО». Фонд по народонаселению ООН (ЮНФПА) был назван 71% респондентов как организация, финансирующая программы ПС, в то время как государство было названо только 45% респондентов. Среди других часто встречавшихся в ответах групп – «Женский Союз», заинтересованные государственные организации на уровне провинций, общенациональные государственные организации, отвечающие за планиро-

**Таблица 2. Число опрошенных заинтересованных лиц (n = 38) по категориям**

Заинтересованное лицо	n
Государственные чиновники в области программирования	3
Государственные чиновники в области планирования и финансирования	5
Доноры	3
Региональные чиновники	3
Общественные группы/организации	5
Неправительственные организации – работники учреждений по предоставлению услуг и дистрибьюторы	5
Представители коммерческих услуг/ учреждений	2
Представители государственного здравоохранения	2
Сотрудники коммерческих предприятий/ дистрибьюторы	4
Члены профессиональных организаций	2
Представители НПО, работающие в научных учреждениях и системе охраны репродуктивного здоровья	4

вание и финансы, а также другие отделы национальных программ в рамках Министерства здравоохранения, отвечающие за оказание услуг по ПС и помощи при ВИЧ/СПИДе.

### Восприятие исключительно рыночного подхода со стороны заинтересованных сторон

Анализ ответов (анкета № 2) респондентов свидетельствует о наличии достаточно сильной поддержки исключительно рыночного подхода во Вьетнаме. Так, 28 респондентов согласились, и еще девять – полностью согласились с тем, что партнерство между государственными и частными организациями позволило бы обеспечить равный и устойчивый доступ к услугам по ПС во Вьетнаме; не согласился с данным утверждением лишь один респондент. Кроме того, большинство респондентов считали, что исключительно рыночный подход позволил бы значительно улучшить доступность, качество и устойчивость ПС для групп населения (табл. 3); в то же время 8 респондентов затруднились с ответом. Также в ответ на предложение назвать наиболее полезный или целесообразный аспект исключительно рыночного подхода для Вьетнама 23 респондента не ответили на вопрос, а 27 респондентов не дали ответа на вопрос о наименее полезном или целесообразном аспекте.

**Таблица 3. Степень, при которой 38 респондентов считали, что комплексный подход к рынку улучшит программы по ПС среди населения с низким доходом во Вьетнаме**

Степень	Доступность	Качество	Устойчивое развитие
Значительно	23	22	22
Умеренно	5	8	8
Незначительно	2	0	0
Совсем нет/ничуть	0	0	0
Не знает	8	8	8

### Препятствия и возможности на пути реализации политических задач

Анализ каждой из целей программы, перечисленных в таблице 2, позволил получить более подробную информацию относительно сети заинтересованных участников, ключевых препятствий и возможностей реализации программы.

#### • Цель 1: формирование лидерства в координации взаимодействия государственного и частного секторов

Все респонденты, за исключением одного, полностью согласились либо согласились с тем, что укрепление роли государства в координации и мобилизации государственного и частного секторов является эффективным методом, позволяющим усовершенствовать программы ПС. Все респонденты были разделены с точки зрения поддержки этой цели (20 активно поддерживающих, 12 умеренно поддерживающих и четверо слабо поддерживающих), за исключением двух, не поддерживающих данную цель программы или выражающих несогласие с ней. Пять респондентов (представители донорских организаций, государственных отделов планирования и финансирования, администрации провинции) выразили беспокойство относительно организационных проблем, связанных с созданием координационных механизмов, и/или факта существования уже в настоящее время множества межведомственных групп, ставящих перед собой иные цели (например, координационные группы по охране репродуктивного здоровья или в других областях здравоохранения). Восемнадцать респондентов, включая представителей государственных отделов пла-

нирования и финансирования, а также общественных групп наряду с частнопрактикующими работниками, производителями и дистрибьюторами заявили, что вовлечение частного сектора в разработку политики и планирование должно стать приоритетом.

Десять респондентов – представителей различных категорий заинтересованных сторон – полагали, что ключевым препятствием на пути обеспечения государственного руководства для комплексного координационного механизма является переход программы ПС от автономной программы, действующей наряду с Министерством здравоохранения (Национальной комиссией по народонаселению и ПС), в сферу ведения отдела в рамках министерства – GOPFP. Следовательно, возможности GOPFP в плане формирования группы, которая включала бы представителей других государственных министерств, например, Министерства финансов или Министерства планирования и инвестиций, могут несколько снизиться. Кроме того, роли GOPFP и Отдела по охране материнского и детского здоровья – отдела Министерства здравоохранения, отвечающего за оказание клинических услуг в области ПС – все еще находились на стадии уточнения.

● **Цель 2: расширение роли государственного сектора от поставщика услуг на первичном уровне до руководства всей системы планирования семьи**

Противников данной идеи среди респондентов выявлено не было. Из одиннадцати заинтересованных лиц со стороны государственных организаций десять поддерживали данную цель, один из респондентов не определился с ответом. Все остальные категории респондентов выразили поддержку. Что касается возможностей, 27 респондентов, представляющих различные категории, отметили, что со стороны государства необходимы четкие правила в отношении вовлечения частного сектора в планирование семьи. Одним из препятствий, упомянутым более чем 20 заинтересованными лицами – представителями различных категорий, явилась необходимость повышения качества услуг по ПС, а именно совершенствования навыков консультирования и отношения медицинских работников в государственном секторе, а также снижение числа необоснованных процедур в частном секторе.

● **Цель 3: содействие обеспечению равного доступа к услугам по планированию семьи и соответствующей продукции**

В отличие от предыдущих целей, у данной цели было отмечено относительно меньшее число сторонников, и большинство респондентов не определились с ответом. Относительное отсутствие активной поддержки с их стороны было связано с важным препятствием, выявленным в процессе анализа: 14 респондентов, представляющих различные типы категорий заинтересованных сторон, полагали, что внедрение исключительно рыночного подхода во Вьетнаме маловероятно. Среди них девять сослались в качестве причины на официальную государственную точку зрения либо возможности руководителей. В некоторой степени это связано с выявленным структурным препятствием – тем фактом, что GOPFP может иметь ограниченные возможности в плане привлечения участников, а его взаимоотношения с другими отделами Министерства здравоохранения находились в стадии формирования. Кроме того, по мнению респондентов, для успешной реализации политики необходимо вовлечение местных властей на уровне провинции.

Респонденты – представители государственных учреждений также выразили беспокойство в связи с тем, что частный сектор не обслуживает группы населения с низким уровнем доходов. Другие респонденты, напротив, полагали, что частные поставщики услуг способствовали улучшению доступа к ПС для населения с низким уровнем доходов; по мнению 33 респондентов, некоммерческие частные учреждения помогли улучшить доступ для этой группы населения в значительной, умеренной или в некоторой степени (табл. 4). Соответственно 22 и 21 респондент считали, что коммерческие поставщики услуг и производители/дистрибьюторы содействовали в умеренной или в некоторой степени, а, соответственно, 15 и 12 – что их содействие было незначительным, либо отсутствовало (табл. 4).

Для реализации этой цели 16 из 38 респондентов предположили, что для разработки целевой стратегии ПС необходимо исследование сегментов рынка потребителей услуг в этой области.

● **Цель 4: содействие финансовой устойчивости программ планирования семьи**

В отношении этой цели также отмечалось относительно меньше респондентов, выразивших

**Таблица 4. Степень, при которой 38 респондентов считали, что данные действующие лица могут улучшить доступ к системе ПС среди населения с низким доходом во Вьетнаме**

	Значительно улучшит	Умеренно	Незначительно	Мало	Совсем нет/ ничуть	Не знает
Представители некоммерческого частного сектора	2	19	12	4	0	1
Представители коммерческого частного сектора	0	9	13	10	5	1
Дистрибьюторы некоммерческого частного сектора	1	12	9	8	3	5
Производители/дистрибьюторы некоммерческого частного сектора	0	8	13	7	5	5

активную поддержку, и несколько респондентов не высказались ни в поддержку данной цели, ни против нее. Среди респондентов – представителей коммерческого сектора, НПО и производителей/дистрибьюторов четверо назвали ценовую конкуренцию между государственным и частным секторами в качестве препятствия к достижению данной цели. Среди информационных пробелов, отмеченных в качестве препятствий – информация о платежеспособности населения, коммерческой продукции и ценообразовании, пути определения размера оплаты, взимаемой в государственных учреждениях.

## Стратегии

Программа PolicyMaker предоставляет ряд заранее определенных стратегий, некоторые из которых были заранее отобраны и адаптированы авторами. На основании выявленных возможностей и препятствий, а также масштаба и уровня поддержки со стороны респондентов для каждой из целей авторами были определены следующие три стратегии для совершенствования возможностей достижения целей программы.

### • Создание новой организации или новых форм партнерства

Говоря более конкретно, предлагаемые новые формы партнерства включают создание координационной группы по вопросам исключительно рыночного подхода, возглавляемой GOPFP и включающей заинтересованных лиц – представителей государственных отделов планирования и финансов, администрации провинций, ключевых общественных групп, НПО и донорских организаций. Кроме того, возможно формирование

новой рабочей группы коммерческих производителей на основании установления контактов с производителями фармацевтической продукции, осуществляющими продажи во Вьетнаме.

### • Повышение организационных возможностей приверженцев программы путем роста материальных или технических ресурсов

Конкретные действия могли бы заключаться в выявлении регулирующих механизмов и организаций, необходимых для регулирования частного сектора, в том числе и качества оказываемых услуг, и решения конкретных вопросов, касающихся повышения качества, в государственном секторе. Подобная работа была бы направлена на формирование связей с государственными чиновниками на государственном уровне и на уровне провинций.

### • Предоставление информации и доказательств приверженцам программы

Данная стратегия могла бы быть направлена на ключевых, занимающих высокие должности в правительстве, заинтересованных в реализации программы лиц и доноров. Среди возможных действий – помощь в определении расходов, связанных с предоставлением услуг по ПС, выявление сегментов рынка, рекомендация целевых методов и механизмов, оказание содействия в разработке прогнозов по потребностям в определенных предметах потребления, составление характеристик коммерческого рынка, включая ценообразование и доступность продукции, выявление неудовлетворенных потребностей и, наконец, организация встречи координационной группы, созданной в рамках первой цели, с целью разработки плана действий на основе



имеющейся информации. Кроме того, проведение обучения государственных чиновников и других ключевых заинтересованных лиц по вопросам концепций, связанных с исключительно рыночным подходом, позволило бы обратить особое внимание на доказательства, свидетельствующие о роли частного сектора в достижении равного доступа к услугам по ПС.

## Обсуждение

В результате проведенного авторами анализа была выявлена мощная поддержка исключительно рыночного подхода в ПС среди ключевых заинтересованных лиц во Вьетнаме (включая представителей как государственного, так и частного сектора), а также получено подтверждение того, что государство является основной силой в разработке политики и программ ПС. Основным потенциальным препятствием на пути внедрения исключительно рыночного подхода явилась реальная или предполагаемая оппозиция со стороны правительства, несмотря на декларируемую в документах поддержку подобной политики, отраженную в новом рабочем варианте Стратегии деятельности в области народонаселения и репродуктивного здоровья. На самом деле опрошенные заинтересованные лица – представители государственных органов выразили поддержку двум из четырех компонентов смены направленности политики, а именно содействию координации между государственным и частным секторами и установлению государственного управления на рынке услуг по ПС. Почти все заинтересованные лица упомянули о необходимости разработки и внедрения механизмов координации, а также четких правил в отношении участия частного сектора на рынке услуг по ПС, что, по мнению авторов, свидетельствует о дополнительной поддержке Целей № 1 и 2.

Фокусирование основного внимания на тех элементах исключительно рыночного подхода, в поддержку которых высказывалось наибольшее число ключевых сторонников, может позволить значительно продвинуться в тех областях, где отмечается большая неопределенность, и которые также являются основой разрабатываемой Стратегии деятельности в области народонаселения и репродуктивного здоровья. К таким областям следует отнести обеспечение равного доступа путем сегментации рынка и создание целевых направлений работы, а также содействие дости-

жению финансовой независимости путем вовлечения частного сектора наряду с пересмотром систем финансирования и ценообразования. Подобный подход позволил бы также уделить время сбору информации и проведению исследований, определенных в качестве стратегий в рамках Целей № 3 и 4. Кроме того, учитывая важность государственного участия в вопросах ПС, информирование других заинтересованных сторон о недвусмысленной поддержке Целей № 1 и 2 со стороны государства может помочь в решении некоторых из этих проблем и в мобилизации важных заинтересованных лиц для достижения других целей. Учитывая факт выявления низкого уровня информированности и понимания в отношении исключительно рыночного подхода, обучение и повышение информированности по основным концепциям может быть адаптировано к восприятию каждой из целей, сформулированных в программе, различными заинтересованными сторонами.

Необходимо признать, что данный анализ обладает несколькими ограничениями. Ввод данных в программу PolicyMaker, включая определение стратегий проекта, в значительной степени допускает поправки и ориентированность на определенного пользователя в зависимости от интерпретации авторами ответов, полученных в ходе интервью. Представленные здесь результаты и выводы, следовательно, являются достаточно субъективными и могли быть сделаны под влиянием пристрастного мнения членов рабочей группы. Авторы выражают надежду, что подобная вероятность в некоторой степени снижена благодаря тому факту, что в проведении анализа участвовало множество специалистов с различными опытом и взглядами. Время покажет, будут ли данные стратегии и действия поддержаны и реализованы заинтересованными сторонами. Кроме того, некоторые ключевые фигуры могли быть упущены из виду вследствие определения фиксированного перечня участников для Первой анкеты в начале проекта. Вместе с тем, никакие другие заинтересованные лица не были упомянуты в ответах на открытые вопросы, полученные от наших 38 респондентов. Также проведенный анализ был чувствителен ко времени, отражая мнения заинтересованных лиц в определенный момент времени. Известно, что возможности и должности заинтересованных лиц могут меняться со временем, приводя к появле-

нию новых возможностей и препятствий, требующих, соответственно, пересмотра стратегий и/или перспектив.

Приоритетной задачей для Правительства Вьетнама являются предоставление бесплатных услуг наиболее бедным слоям населения, представителям меньшинств, мигрантам и лицам,

проживающим в отдаленных районах, а также повышение доступности для молодежи. Планируется как введение оплаты за услуги в государственных учреждениях, так и развитие рынка коммерческих услуг. Этот опыт может явиться ценным примером для последующего внедрения в других местах.

## Литература

1. UN Population Fund. Population and Development in Vietnam: Towards a New Strategy, 2011–2020. Hanoi: UNFPA, 2009.
2. General Statistics Office of Vietnam. The 2008 Population Change, Labour Force and Family Planning Survey: Major Findings. Hanoi: Statistical Publishing House, 2009.
3. Committee for Population, Family and Children (Viet Nam) and ORC Macro. Viet Nam Demographic and Health Survey. Calverton MD: Committee for Population, Family and Children and ORC Macro, 2003.
4. Teerawichitchainan B., Amin S. The role of abortion in the last stage of fertility decline in Vietnam. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2010; 36(2): 80–9.
5. Do M.P., Koenig M.A. Effect of family planning services on modern contraceptive continuation in Vietnam. *Journal of Biosocial Sciences* 2007; 39: 201–20.
6. UN Population Fund. Internal Migration in Vietnam: The Current Situation. Hanoi: UNFPA, 2007.
7. Hung V.H., Jampaklay A., Chamratrithirong A., et al. Do rural-urban migrants have higher fertility than urban non-migrants in Vietnam? *Journal of Population and Social Studies* 2009; 18(1): 23–48.
8. General Office for Population and Family Planning, Military Medicine Institute, Viet Nam. Evaluation of the self-paying ability to pay for clinical contraceptives. 2009.
9. Viet Nam page. Marie Stopes International website. At: <[www.mariestopes.org/Countries\\_we\\_work\\_in/Countries/Viet\\_Nam.aspx](http://www.mariestopes.org/Countries_we_work_in/Countries/Viet_Nam.aspx)>. Accessed 21 September 2010.
10. DKT International – Vietnam monthly sales and distribution report, December 2008. At: <[http://dktvietnam.org/web/cmdkt/ebizeditor/filemanager/browse/sample\\_html/docs/bao\\_cao\\_sales\\_hang\\_thang/2008/Monthly%20Sales%20Report%20Dec.08.pdf](http://dktvietnam.org/web/cmdkt/ebizeditor/filemanager/browse/sample_html/docs/bao_cao_sales_hang_thang/2008/Monthly%20Sales%20Report%20Dec.08.pdf)>. Accessed 21 September 2010.
11. IMS Health Inc. Retail audits in national pharmacy and five key city hospital channels. 2010.
12. Viet Nam Ministry of Health. National Strategy on Contraceptive Commodity Security for the Period of 2008–2015: 7th Draft. Hanoi: Viet Nam Ministry of Health, 2008.
13. Government of Viet Nam. Strategy on Population–Reproductive Health in Viet Nam for the Period 2011–2020. Draft submitted to the Prime Minister. Hanoi, 2010.
14. Long N.H., Huong T.T.S., Huong D.B., et al. Health care fund for the poor in Viet Nam: how evidence and politics come together. In: *Promoting Health and Equity: Evidence, Policy and Action. Cases from the Western Pacific Region*. Manila: WHO Western Pacific Regional Office, 2009: 63–79.
15. Tuan T., Dung V.T., Neu I., et al. Comparative quality of private and public health services in rural Vietnam. *Health Policy and Planning* 2005; 20(5): 319–27.
16. Thuan N.T., Lofgren C., Lindholm L., et al. Choice of healthcare provider following reform in Vietnam. *BMC Health Services Research* 2008; 8: 162.
17. Health Financing Background page. WHO Representative Office in Viet Nam website. 2009. At: <[www.wpro.who.int/vietnam/sites/dhs/health\\_financing/](http://www.wpro.who.int/vietnam/sites/dhs/health_financing/)>. Accessed 21 September 2010.
18. Axelson H., Bales S., Minh P.D., et al. Health financing for the poor produces promising short-term effects on utilization and out-of-pocket expenditure: evidence from Vietnam. *International Journal for Equity in Health* 2009; 8: 20.
19. Phong N.K. Viet Nam: review of financing of healthcare, including health promotion. In: *Promoting Sustainable Strategies to Improve Access to Health Care in the Asian and Pacific Region*. Bangkok: Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2009.
20. Wagstaff A. Health Insurance for the Poor: Initial Impacts of Vietnam's Health Care Fund for the Poor. World Bank Policy Research Working Paper 4134. Washington DC: World Bank, 2007.
21. Dao H.T., Waters H., Le Q.V. User fees and health service utilization in Vietnam: how to protect the poor? *Public Health* 2008; 122(10): 1068–78.
22. Reich M.R. Applied political analysis for health policy reform. *Current Issues in Public Health* 1996; 2: 186–91.

© 2011 «Проблемы репродуктивного здоровья»

*Stakeholder perceptions of a total market approach to family planning in Viet Nam*  
Jennifer Kidwell Drake, Luu Huong Thi Thanh, Chutima Suraratdecha, Ha Phan Thi Thu, Janet G Vail  
*Reproductive Health Matters* 2010; 18(36): 46–55.

## Неолиберальные реформы и приватизация услуг по охране репродуктивного здоровья в Польше в период постсоциализма

Джоанна Миштал

Ассистент профессора, Департамент антропологии, Университет Центральной Флориды, Орlando, США. Электронный адрес: jmishtal@mail.ucf.edu

**Краткое содержание.** Падение государственного социалистического режима в Польше в 1989 г. явилось критическим моментом для пересмотра политики и законов в области охраны репродуктивного здоровья и доступа к планированию семьи. Существенную роль сыграло укрепление позиции католической церкви. Также в Польше был взят курс на неолиберальные экономические реформы, что привело к значительному снижению расходов на социальные услуги и государственное финансирование здравоохранения. Прекращение закупок контрацептивов, приватизация в здравоохранении, а также усиление взяточничества среди получающих низкую оплату за свой труд медицинских работников создали новые проблемы для женщин с точки зрения доступа к услугам. Более того, принятый в 1993 г. запрет на аборт привел к практически полной приватизации данных услуг, доступных в настоящее время нелегально по высокой цене.

В данной статье рассмотрены результаты антропологических исследований, проведенных в Гданском районе в 2007 г., и проанализированы ограничения на доступ к планированию семьи, аборт, перинатальной помощи, вспомогательным репродуктивным технологиям и прочим гинекологическим услугам. Особое внимание уделено срочной необходимости организации услуг по планированию семьи, финансируемых государством, реформирования закона об абортах и регулирования приватизированных услуг. Повышение заработной платы медицинским работникам, трудящимся в государственном секторе, а также повышение качества оказываемых услуг позволило бы обуздать неформальные платежи. Государство должно поддерживать законность потребностей женщин в отношении здоровья, их репродуктивную и сексуальную независимость.

© 2011 «Проблемы репродуктивного здоровья». Авторские права защищены.

**Ключевые слова:** услуги по охране репродуктивного здоровья, услуги по планированию семьи, приватизация, законы и политика в отношении абортов, политика и программы в области здравоохранения, Польша

Одной из наиболее примечательных черт государственного социалистического режима в Польше, просуществовавшего с 1947 по 1989 г., являлось отделение церкви от государства, что было особенно благоприятно для женщин. Несмотря на исторически сильную роль польской католической церкви, социалистическая система всеобщего государственного здравоохранения открыто поддерживала планирование семьи (ПС). В 1956 г., после смерти Сталина и во

время так называемой постсталинской оттепели, когда контроль со стороны Советского Союза был частично ослаблен, в Польше были легализованы аборт по социально-экономическим причинам, которые полностью финансировались в государственных больницах. Добровольная хирургическая стерилизация (ДХС), однако, не была легализована — она была объявлена незаконной в 1932 г. и продолжает оставаться таковой и поныне [1, 2]. В 1959 г. был принят закон,

обязавший врачей информировать женщин непосредственно после рождения ребенка, либо аборта относительно существующих возможностей контрацепции. Государственная система здравоохранения стала покрывать 70% стоимости контрацептивов, отпускаемых по рецепту, тем самым признавая законной потребность женщин в услугах по ПС. Данные субсидии включали преимущественно пероральные контрацептивные таблетки и внутриматочные средства (ВМС), в то время как презервативы продавались без рецепта в аптеках и оплачивались пользователями [3]. Продажа пероральных контрацептивов возросла в шесть раз по мере того, как все больше женщин начинали их использовать, однако производство не успевало за растущим спросом, тем самым создавая дефицит.

В 1989 г. государственный режим социализма в Польше потерпел крах в результате экономических трудностей, распада Советского Союза, а также десятилетнего роста оппозиционного движения со стороны «Солидарности» – националистического профсоюза, находящегося под сильным влиянием католической церкви. Смена режима привела к ряду политических и экономических преобразований. Пагубным для доступности услуг по охране репродуктивного здоровья явилось усиление политической роли католической церкви, быстро приведшее к запрету на аборт и введению в закон пункта, допускающего его несоблюдение по религиозным, этическим и другим принципам. Закон также ограничивал доступ к препаратам, продающимся по рецепту, таким как гормональные средства контрацепции, и к антенатальному тестированию на выявление пороков развития плода, поскольку некоторые врачи стали заявлять о своих религиозных убеждениях, препятствующих оказанию этих прежде законных медицинских услуг. Кроме того, церковь успешно отменила в 2002 г. включение контрацепции в программу медицинского страхования и начала призывать врачей к отказу по личным убеждениям от назначения средств контрацепции, чтобы ограничить их применение [5]. Поскольку ДХС продолжает оставаться незаконной, врачам, выполняющим данную операцию нелегально, угрожает тюремное заключение на срок до десяти лет. Закон о ДХС нередко интерпретируется в такой ограничительной форме, что даже женщинам с серьезными противопоказаниями относительно беременности приходится сталкиваться с отказом в

проведении этой процедуры [2]. Католическая церковь считает ДХС грехом, и любые усилия, направленные на ее декриминализацию, несомненно, столкнутся с оппозицией.

Начальный постсоциалистический период сопровождался также экономическими преобразованиями, оказавшими дальнейшее разрушительное влияние на женское здоровье. По мере того, как верхние эшелоны «Солидарности» под руководством Леха Валенсы получали власть, новое правительство стало вводить неолиберальные экономические принципы, обеспечивающие рыночным силам приоритет перед экономической и социальной политикой и приведшие к урезанию мер социальной поддержки, приватизации, децентрализации и снижению возможностей регулирования [6]. Продолжительность отпуска по уходу за ребенком была сокращена с почти двух лет до менее чем четырех месяцев, основная часть детских дошкольных учреждений была приватизирована, а наличные выплаты семьям сокращены. Сравнительные исследования социальных служб Восточной Европы демонстрируют, что в Польше урезание льгот семьям и матерям было одним из наиболее значительных [7]. Также произошло существенное снижение расходов на здравоохранение: субсидии на лекарственные препараты снизились со 100% в 1989 до 35% в 2004 г. – наиболее низкого показателя в Европейском союзе (ЕС), и многие важные услуги были вычеркнуты из перечня обязательного страхования [8]. Согласно Всемирному отчету о состоянии здоровья населения за 2006 г. расходы Правительства Польши на здравоохранение составили 9,8% от общей суммы государственных расходов. В странах ЕС этот показатель ниже только у одной Латвии. Программы частного медицинского страхования лишь начинают создаваться, поэтому основная часть населения рассчитывает только на государственную систему здравоохранения, а частная медицинская помощь оплачивается пользователями. В отчете за 2009 г. отмечено, что по расходам на здравоохранение Польша продолжает оставаться внизу списка стран ЕС [9].

Одновременно с сокращением расходов на здравоохранение Польша продолжает продвигаться по пути к приватизации системы здравоохранения. Во времена государственного социализма в Польше была принята «модель Семашко», названная по имени Николая Семашко – советского врача и первого наркома

здравоохранения, разработавшего коммунистическую систему финансируемого государством и централизованного здравоохранения. «Модель Семашко» была направлена на обеспечение гарантированного доступа к общественному здравоохранению для всего населения и принята в нескольких странах социалистического лагеря. Хотя руководство медицинскими учреждениями в Польше осуществляли государственные служащие, в 1970-е гг. возник в ограниченном масштабе частный сектор. Его появление стало возможным вследствие экономических трудностей, когда дальнейшие государственные расходы на здравоохранение стали невозможными, и государство с большей готовностью позволяло ограниченному числу частных поставщиков услуг помочь решить проблему растущих очередей в государственных медицинских учреждениях.

Начиная с 1989 г. государство проводило политику постепенной децентрализации системы здравоохранения. Также отмечалось усиление процессов приватизации. Здравоохранение разделилось на государственное и частное, при этом также существовала «серая» область неформальных платежей. Формально в Польше существовала система бесплатного государственного здравоохранения, реализуемого через Национальный фонд здравоохранения (Narodowy Fundusz Zdrowia). Однако из-за снижения объема государственных ассигнований и нехватки медицинских работников, эмигрировавших в поисках более высокой заработной платы [10], государственные учреждения были переполнены, в них существовали списки ожидания, длинные очереди, имелся скудный запас необходимых медицинских расходных материалов, кроме того, применялись устаревшие технологии. Нередко принято считать, что качество оказываемой в государственной клинике помощи ниже, чем за деньги в частной клинике [11].

В качестве основной причины неудовлетворенных медицинских потребностей поляки называют чрезмерно длинные очереди – в три раза чаще, чем в среднем среди граждан ЕС [12]. Тем не менее опрос общественного мнения показал, что 59% поляков полагаются в значительной степени на государственную систему здравоохранения и никогда не обращаются за частной медицинской помощью, обосновывая это отсутствием необходимости и высокой стоимостью частных услуг [13].

Хотя основная часть населения по-прежнему обращается в государственные учреждения, больницы становятся приватизированными в различной степени, включая приватизацию менеджмента путем заключения контрактов со сторонними компаниями, заключение субдоговоров на отдельные услуги с частными организациями, рост необходимости оплаты из собственного кармана для пациентов, а также полную приватизацию, при которой все учреждения становятся частными [9, 14]. В 1999 г. 44% лиц, обращавшихся за медицинской помощью в государственные учреждения в рамках новых схем приватизации здравоохранения, платили за услуги из собственного кармана [15]. Частные врачи активно продвигают свои услуги, прежде всего, из-за скудных доходов в рамках государственной системы; в 2004 г. заработная плата врача в государственном учреждении была ниже среднемесячной заработной платы в размере 2323 злотых (516 евро) [16, 17]. Медицинские сестры также получали низкую заработную плату и периодически устраивали крупные забастовки, в т.ч. голодовки, перекрывание дорог и проживание в палаточных городках перед правительственными зданиями, протестуя против низких заработных плат и урезания расходов на здравоохранение, однако правительство отказывалось идти на какие-либо уступки. Подобные условия привели к тому, что многие польские медицинские работники эмигрируют, преимущественно в Великобританию и Ирландию. В течение первого года после вхождения Польши в ЕС приблизительно 4 тыс. польских врачей подали заявки на право работать в Государственной службе здравоохранения Великобритании [10]. Подобное массовое переселение отрицательно сказалось на системе здравоохранения Польши: в настоящее время на 100 тыс. населения приходится лишь 203 врача, что значительно ниже, чем в соседних странах: например, 356 врачей на 100 тыс. населения в Чешской Республике, 313 – в Словакии и 348 – в Германии [9]. Обнищание системы здравоохранения ведет к коррупции, которая, в свою очередь, способствует неравенству в доступе к помощи. Польские врачи активно применяют систему неформальных наличных платежей (*korprotówki*), позволяющих пациентам получать помощь в обход листов ожидания, а также рассчитывать на лучшее качество оказываемой помощи. Хотя неформальные платежи нередко встречались и во

времена государственного социалистического строя, взяточничество с 1989 г. возросло столь значительно, что в настоящее время эта практика является почти обязательной, вследствие чего многие услуги более доступны для богатых, чем для бедных слоев населения [11, 18, 19]. Распространено мнение, согласно которому качество услуг зависит от предложения взятки, из которых 70% предлагаются в денежной форме, остальные – в форме подарков, таких как алкоголь или шоколадные конфеты. Подобная практика особенно распространена в отношении хирургических процедур в акушерстве, как, например, кесарево сечение, а также во время родов [20]. Таким образом, хотя эти процедуры в больницах теоретически полностью субсидируются государством, в реальности для получения достойного качества помощи ожидается взятка. Врачи, занимающие руководящие посты в администрации больниц, тоже получают финансовую выгоду, оказывая лечебную помощь своим частным пациентам на территории больницы и взимая с них более высокую оплату за услуги, что разрешено во многих государственных больницах. Государственные медицинские учреждения, как следует из всего вышесказанного, являются источниками капитала для частного предпринимательства врачей [11, 21].

Последствием подобной коррупции стало привилегированное положение более обеспеченных пациентов с точки зрения доступа к медицинской помощи. При более высоких показателях безработицы и более низком уровне доходов среди женщин возникает вопрос, влияет ли данная ситуация на диспропорциональный доступ для женщин к услугам репродуктивной медицинской помощи?

## **Методы и участники**

В настоящей статье использованы первичные данные, собранные в период с мая по август 2007 г. в г. Гданьске и близлежащих городах Гдыне и Сопоте – второй по населенности городской области Польши после Варшавы, с населением свыше 1 миллиона человек, расположенной на побережье Балтийского моря. Гданьск и его окрестности были выбраны постольку, поскольку средний уровень доходов в этой области наиболее близок к средним показателям по 13 основным городским центрам Польши, а также имеется разнообразная экономическая база.

В ходе исследования были рассмотрены три аспекта репродуктивного здоровья: уровень знаний по вопросам контрацепции и применение контрацептивов, знания относительно подпольных аборт и отношение к таковым, а также решения в отношении деторождения, лежащие в основе низких показателей рождаемости. Хотя вопрос доступа к ПС в свете постсоциалистических реформ не рассматривался напрямую, он также возникал в ходе сбора данных. Автором был выполнен комплексный обзор литературы: научных журналов, книг, отчетов ВОЗ и ООН, а также государственных документов Польши. Также было проведено количественное исследование, в которое были включены 418 женщин в возрасте от 18 до 40 лет, обращающихся в четыре основных медицинских учреждения, и качественные опросы в подгруппе, состоящей из 55 женщин, выбранных случайным образом во время назначенных визитов в каждую из четырех клиник, в ходе которых участники исследования подходили к ним, чтобы пригласить их принять участие в опросе.

Сбор данных происходил при личном общении. Количественный опрос состоял из 168 вопросов, а качественный – из 24 пунктов. Каждое интервью занимало 30–60 мин. В ходе беседы не собирались идентификационные данные, и все опрошенные были заверены в соблюдении конфиденциальности. Женщины были отобраны в четырех многопрофильных медицинских учреждениях, предоставлявших общие и специализированные медицинские услуги и служивших основными центрами для обращения за медицинской помощью для населения в целом. Данные клиники осуществляли прием пациентов с государственной или частной медицинской страховкой наряду с теми, кто готов был заплатить из собственного кармана. Центры для участия в исследовании были отобраны из перечня, включавшего 19 региональных клиник, путем обращения в каждую четвертую клинику в списке. Процедуры ведения опроса были одинаковыми во всех четырех учреждениях. Респонденты отбирались среди пациентов, ожидавших назначенного визита к врачу в основном зале ожидания в каждом из учреждений. После определения по внешнему виду их соответствия возрастным критериям каждой из женщин предлагалось письменное описание проекта с приглашением принять в нем участие. Все интервью происходили в отдельной закрытой комнате на террито-

рии учреждения, как правило, в тот же день, что и назначенный визит к врачу. Интервью проводились на польском языке, впоследствии они были записаны и переведены на английский язык. Женщины получали небольшое вознаграждение в размере 20 злотых (приблизительно 5 евро) за время, потраченное на беседу. Количественные данные были проанализированы с использованием программного обеспечения SPSS, а расшифровки качественных интервью – с применением программного обеспечения ATLAS ti. Текст каждого респондента был закодирован по тематическим категориям, по которым были выделены основные темы и подтемы.

Женщины принадлежали к различным социально-экономическим группам, ежемесячный доход большинства из них составлял 600–1200 злотых в месяц (150–300 евро). Их средний возраст – 29 лет, 45% не были замужем, среднее число рожденных детей составляло 0,92; 65% работали на неполную ставку, 90% сообщили о своей принадлежности к католическому вероисповеданию. Данное исследование обладает рядом ограничений. В целом, уровень образования респондентов был выше среднего по стране, что отражает характер выборки – опрос городского населения. Хотя клиники, выбранные для данного исследования, типичны для городских медицинских центров по всей территории Польши, они не являются случайно выбранными в масштабе страны; следовательно, результаты не могут быть обобщены.

### **Ограничения с точки зрения доступа к современным контрацептивам**

Польская Конституция 1997 г. гарантирует всем право на охрану здоровья, а также гарантирует гражданам, независимо от их материального положения, равный доступ к медицинским услугам, финансируемым из государственных средств [22]. Тем не менее, существует лазейка, позволяющая государству выборочно исключать услуги из финансируемой государством «корзины медицинских льгот», а недавние реформы ограничили доступ на основании способности оплачивать услуги. Религиозное красноречие 1990-х гг. привело в 1993 г. не только к запрету на аборт. Продвижение естественных методов ПС способствовало исключению в 1999 г. пяти типов контрацептивных таблеток из перечня субсидируемых лекарств, поскольку их использование стало

рассматриваться как выбор женщины, а не как медицинская необходимость, что затруднило продолжение их применения для многих женщин [23]. Внутриматочные средства (ВМС) и препараты для экстренной контрацепции также более не субсидируются. Только четыре препарата, обладающие контрацептивным действием, остаются в перечне субсидируемых лекарств исключительно благодаря возможности их применения для лечения отдельных эндокринных или иных состояний, таких как акне или эндометриоз, и их назначение возможно только для пациентов с данной патологией [24].

В 2007 г. эти изменения были отражены в рассказах опрошенных автором женщин, которым было трудно получить доступ ко многим базовым услугам, ранее финансируемым государством, особенно контрацептивам и антенатальному тестированию на пороки развития плода. Из 418 опрошенных женщин 56% использовали современные средства контрацепции в течение предыдущего года (таблетки – 13%, ВМС – 8, презервативы – 35%), и выяснилось, что на тип средства контрацепции, используемого почти каждой 5-ой из них, повлияло отсутствие государственного финансирования. В ходе интервью в ответ на вопрос относительно того, почему они выбрали тот или иной метод контрацепции в течение предыдущего года, 70 из 418 женщин (17%) сказали, что определяющим фактором при выборе была дешевизна метода; среди них 43 женщины использовали презервативы, 20 – прерванный половой акт, а 16 женщин – метод периодического воздержания (*kalendarzyk*) (некоторые женщины использовали более одного из этих методов). Четыре женщины не пользовались никакими методами контрацепции. Другие опрошенные указывали причины неэкономического характера, включая рекомендации врача или подруг, простоту применения и низкий уровень побочных эффектов.

Методы контрацепции, не нуждающиеся в назначении специальных препаратов, как правило, менее эффективны, чем более дорогие оральные контрацептивы или ВМС. Действительно, доминирующей точкой зрения среди женщин, опрошенных в ходе качественных интервью, было мнение, согласно которому гормональные контрацептивы являются одним из наиболее эффективных и простых методов предотвращения беременности и поэтому наиболее предпочтительны. Среди 54 женщин из 418 опрошенных (13%), использовавших гормональ-

ные средства контрацепции в течение предыдущего года, восемь прекратили использовать данный метод из-за его стоимости. В ходе качественных интервью также выяснилось, что некоторые женщины не рассматривали таблетки в качестве возможного варианта из-за их цены.

*«Я никогда не принимала таблетки, но я бы хотела попробовать. Однако я не могу покупать их, поскольку они не покрываются государственной медицинской страховкой».* (№ 18, 32 года, смотритель)

*«Некоторое время я применяла гормональный пластырь. Это стоило 50 злотых в месяц, поэтому постепенно я просто перестала его применять и больше никогда не поднимала этот вопрос в беседе с врачом. Я считаю, что пластырь – это прекрасно, если можешь это себе позволить».* (№ 51, 39 лет, физиотерапевт)

При том, что презервативы являются важным методом для предотвращения распространения инфекций, передаваемых половым путем, для женщин, заинтересованных преимущественно в предотвращении беременности, именно высокая стоимость таблеток и сопутствующих визитов к врачу побудила некоторых из них использовать презервативы и менее эффективные методы, а других – вообще не использовать средства контрацепции. Некоторые женщины использовали гормональные контрацептивы с постоянными партнерами, а при менее регулярных половых контактах применяли только презервативы или прерванный половой акт, чтобы избежать постоянных расходов на приобретение таблеток.

*«Это дорого – использовать таблетки, если заниматься сексом лишь иногда. Презервативы лучше для эпизодических партнеров...».* (№ 10, 34 года, безработная)

Мнение, что эпизодические половые контакты не требуют постоянного использования средств контрацепции, было распространено и отражало восприятие таблеток как дорогого метода, так и точку зрения, согласно которой гормоны вредны для организма и нет необходимости принимать их «зря». Негормональные ВМС могли бы служить надежным методом длительной контрацепции без контакта с гормонами, однако данный вариант также был бы сложен с точки зрения бюджета многих женщин, участвовавших в данном исследовании, большинство которых имели частичную трудовую занятость.

ВМС «Мирена», доступные в Польше, были достаточно дорогими и требовали установки гинекологом, к которому необходимо было получить направление от врача первичного звена. Необходимость дополнительной оплаты, как официальной, так и неофициальной, представляет собой препятствие, служащее, вероятно, причиной низких показателей применения ВМС в Польше. В данном исследовании лишь 8% из опрошенных 418 женщин использовали ВМС.

Затраты на средства контрацепции в Польше продолжают расти вследствие отказов в назначении контрацептивов со стороны врачей, ссылающихся на противоречие личным убеждениям, вследствие чего женщинам приходится нести дополнительные расходы, обращаясь к другим врачам, пока они не находят сочувствующего специалиста, готового предложить им данную услугу [5]. Это может быть особенно проблематично и дорого для женщин в сельских районах, где иногда есть только один врач. Некоторые врачи ограничивают выписывание рецепта на таблетки количеством, необходимым на один месяц, тем самым заставляя женщин оплачивать повторные посещения [25]. Несколько женщин, участвовавших в данном исследовании, сообщили, что им пришлось сдавать дополнительные анализы «на цитологию» от двух до четырех раз в год, что еще более увеличивало расходы:

*«Я применяла таблетки некоторое время назад, но я просто не могла постоянно ходить к врачу снова и снова для повторных осмотров и лабораторных анализов каждые три месяца, чтобы пополнить свои запасы, поэтому я сдаюсь. Это было слишком дорого и проблематично».* (№ 16, 28 лет, служащая приемной)

Врачи обосновывают повторные сдачи анализов необходимостью наблюдать за потенциальным поражением печени вследствие вредного воздействия гормональных контрацептивов, но вместо того, чтобы поднять вопрос о необходимости тестов, женщины, как правило, прекращали использовать таблетки или вовсе не начинали их использовать.

## **Демографическая политика, направленная на повышение рождаемости**

В последние годы усилия со стороны активистов в области репродуктивного здоровья и политиков, направленные на пропаганду расшире-



ния субсидий на контрацептивы, часто получали категорический отпор со стороны государства, причем выдвигались аргументы демографического характера касательно падения уровня рождаемости. Действительно, общий коэффициент фертильности в Польше резко снизился с 2,1 в 1989 г. до 1,27 в 2008 г., хотя со времен Второй мировой войны он постоянно находился на уровне воспроизводства населения или выше. Самый низкий коэффициент фертильности – 1,22 – был зарегистрирован в 2002 г., с тех пор отмечается постепенный рост, хотя весьма незначительный [26, 27]. Демографический кризис, как часто принято называть данную ситуацию, наблюдаемый со времени падения государственного социалистического режима, воспринимается государством как пагубный для экономического роста. В 1999 г. государством была принята программа Profamily, направленная на увеличение рождаемости, в рамках которой семьям предоставлялись определенные материальные льготы. Цель программы заключалась в том, чтобы остановить снижение фертильности и создать условия для быстрого экономического роста, помочь создать больше рабочих мест и, следовательно, способствовать росту рождаемости [28]. Ограничения, накладываемые на услуги по ПС, соответствуют консервативным явлениям относительно повышения рождаемости. На самом же деле программа Profamily не привела к росту рождаемости и не позволила преодолеть экономические сложности, вызванные значительным снижением помощи в рамках социального обеспечения и здравоохранения. По сути экономические сокращения в сочетании с дискриминацией со стороны работодателей в отношении беременных женщин и женщин с маленькими детьми сыграли решающую роль в отношении решений, принимаемых женщинами – отложить деторождение или отказаться от такового, в результате чего показатели фертильности снизились до «чрезвычайно низких», по определению демографов, ниже 1,5 [29].

Распространенность применения средств контрацепции в Польше значительно выросла с 1991 г., когда, по данным проводившегося в государственном масштабе исследования, современные контрацептивы использовали всего 19% женщин в стране [30]. Постоянно низкие показатели рождаемости, высокий уровень абортот и значительный рост использования контрацептивов, несмотря на проблемы с их доступностью и

высокой стоимостью средств контрацепции, свидетельствуют о том, что планирование семьи является и, по-видимому, останется важным приоритетом для польских женщин, в том числе многих, считающих себя католичками, использующих современные средства контрацепции, несмотря на запрет церкви и приводящих прагматичные причины в качестве необходимости контроля фертильности – как финансовые затруднения, так и желание лучше заботиться об имеющихся детях [31].

### **«Приватизация» услуг по выполнению абортот**

Услуги, связанные с выполнением искусственного прерывания беременности (ИПБ), были полностью приватизированы после введения запрета на абортот в 1993 г. Врачи, выполнявшие абортот после 1993 г., начали впоследствии предлагать свои услуги подпольно за высокую плату. Данный запрет представляет собой легальную форму «приватизации», приведшей к миграции пациентов и врачей в нерегулируемый частный сектор. В настоящее время по закону абортот запрещены во всех случаях, за исключением трех обстоятельств: когда жизнь или здоровье женщины находится в опасности, когда антенатальный тест показывает серьезный неизлечимый порок плода, угрожающий его жизни, а также если беременность наступила в результате изнасилования, либо инцеста, по поводу которого было подано заявление в полицию, и срок беременности составляет менее 12 недель. С 1956 г. лишь 3% абортот были выполнены по этим причинам. Следовательно, 97% всех абортот, очевидно, попадали в разряд подпольных [32, 33]. Даже в случае наличия показаний к легальным абортот сложно реализовать это право, поскольку отказ по убеждениям нередко заявляется руководителями больниц от имени всех сотрудников.

Кроме того, запрет на абортот привел к снижению доступности легальных абортот в государственных учреждениях, поскольку врачи предпочитают получать высокую оплату и избегать внимания общественности [34]. Таким образом, женщинам, соответствующим критериям для выполнения процедур, финансируемых государством, оказывается проще и быстрее получить помощь нелегальным образом. В Европейском Суде по правам человека недавно рассматрива-

лось дело Alicja Tysiąc, которой было отказано в легальном аборте. Женщина доносила беременность до срока и в результате потеряла зрение по официальному признанию. Польша была признана виновной в отсутствии механизмов, гарантирующих право женщины на аборт в рамках существующего законодательства [35].

Во времена государственного социалистического строя ИПБ также проводились частным образом, но, поскольку врачи не были обязаны сообщать о них, достоверные данные о количестве подобных процедур отсутствуют. Ограничения на проведение аборттов начались в 1980-е гг. с укреплением позиций «Солидарности», и женщины, которые могли себе это позволить, стали все чаще искать возможности сделать аборт в частном порядке. Это проложило путь для «подпольщиков в белых халатах», занимающихся аборттами с 1993 г. и состоящих в основном из опытных гинекологов [5]. В то время как Польская Федерация женщин и планирования семьи оценивает количество подпольных аборттов в 80–200 тыс. в год, государство признает лишь легальные абортты – в последние годы таковых насчитывалось менее 200 в год. Более того, предполагается, что среди польских женщин процветает туризм с целью аборттов [24], хотя на этот счет существуют лишь отдельные разрозненные данные.

Стоимость нелегальных аборттов составляет приблизительно 1000–3000 злотых. Реклама подобных аборттов размещается в газетах, включая крупнейшую польскую ежедневную газету *Gazeta Wyborcza*, а также в местных изданиях меньшего масштаба, таких как *Dziennik Baltycki* в районе г. Гданьска. Объявления лаконичны и нередко содержат лишь номер мобильного телефона и ключевые фразы, понятные принимавшим участие в данном исследовании женщинам, такие как «весь комплекс услуг», «вакуум», «анестезия», «стимуляция менструации», «комплексные процедуры» и «анонимно». Позвонив, можно обсудить цену и место проведения, а также назначить процедуру на тот же или следующий день. Почти все женщины, с которыми мне довелось говорить, хорошо знали, как работает эта подпольная система проведения аборттов, в том числе: где найти медицинского работника, сколько это стоит, и каковы различия между различными географическими местоположениями, а также как чаще всего выглядят клиники. Почти все опрошенные женщины лично знали кого-либо, кому приходилось обращаться за подполь-

ным аборттом, и многие считали процедуру относительно доступной.

*«Аборты могут быть дорогими, но их всегда можно найти в газетах... Просто выбираешь и звонишь».* (№ 5, 32 года, менеджер)

*«Несколько моих друзей делали абортты в частных центрах. В этих центрах, как правило, достаточно красиво. Стоимость – около 2000 злотых... Если бы мне понадобился врач, я бы пошла к своему гинекологу и сначала спросила у нее. Она не обязательно будет делать это сама, но она может меня направить (куда надо). Все абортты делают в пределах района».* (№ 12, 32 года, секретарь)

Несмотря на красивое оформление клиник, подпольные абортты весьма стигматизированы и могут быть связаны с множеством переживаний. Женщины рассказывали и о таких историях:

*«Я пошла к (своему врачу), которая назначала мне (контрацептивные) таблетки, в надежде, что она мне даст направление, но она сказала мне, что надо выбрать врача по объявлению в газете. Тогда я взяла газету и стала звонить. Я позвонила по двум объявлениям, где было написано “вакуумный метод”. Один из врачей был в Катовице и хотел 1200, а другой был в Кракове и хотел 1400, оба были готовы меня принять в тот же день. У меня было своих 1000, а остальное пришлось занять у двух подруг... Я выбрала клинику в Кракове, поскольку он разрешил мне приехать с подругой... В клинике мне сказали, что мы должны встретиться с их водителем в условленном месте, и мне нужно держать пустой полиэтиленовый пакет для покупок в руке. Подъехал мужчина на старой машине и сказал, что мы можем садиться. Мы сели, хотя нам было страшно. Ситуация была тревожной и таинственной. Водитель старался быть любезным, пока вез нас за город в частный дом к врачу. Вывеска на воротах гласила “Врач-гинеколог”, что меня немного успокоило. Офис был очень элегантным... а пожилая женщина-анестезиолог была вполне приветливой. Она сказала, что процедура так же проста, как удаление зуба. Она специально приехала для этого из своей больницы... Я так и не узнала имена врачей. Когда я пришла в себя после наркоза, врач попросил мой номер телефона на случай осложнений и сказал, что мне надо вернуться для повторного осмотра. Позднее я решила, что мне не нужно приходить еще раз. Мою подругу и меня отвезли на тот же угол улицы, а оттуда я поехала домой на автобусе. Я была рада, что все это осталось позади».* (№ 31, 22 года, студентка)

**ginekologia,  
położnictwo**

● AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA  
endokrynologia ginekologiczna, ginekologia ogólna, dziecięca, prowadzenie ciąży - KTG, USG, badania hormonów, posiewy, kolposkopia, cytologia, biopsje, wymrażanie nadżerek, spirale. Polish-British qualifications. Hoża 34/17, tel. 621 50 84 www.endo-gin.pl

● AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA  
antykoncepcja po, nowe zabiegi, porady gin. pol., 0-501 739 630 lub 853 63 80. Amb „Gemini” ul. Stwosza 40, Pulawska 222

**AAAAAAAAA GABINET SPECJALIŚCI  
ZABIEGI, TANIÓ, 0-603 683 610**

**AAAAAAAAA GINEKOLOG PEŁNY ZAKRES  
TEL. 813 66 59 LUB 0-603 621 448**

**AAAAAAAAA GINEKOLOG ZABIEGI  
0-602 362 759, 784 64 77**

● Aaaaaaa ginekolog, promocja wizyta 39 zł RKK Med, E. Plater 25/4, USG, ciąża, spirale, antykoncepcja po, tel. 0-602 212 203 zapisy.

**AAAAAAA GINEKOLOG NARKOZA 783 64 28**

● Aaa dr Derengowska ginekolog 833 86 47  
● Aa ginekolog najtaniej 0-606 58 72 27

**AA - POGOTOWIE ANTYKONCEPCYJNE  
I PILNE PORADY GINEKOLOGICZNE  
24 GODZ. - ŚRÓDMIEŚCIE .. .. 654 02 00**

● A do Z Ginekolog - Prywatna Klinika zabiegi - profesjonalizm, 0-501 780 971  
● B. Nizińska tel. 66 68 227; 0-609 839 430

**CODZIENIE  
617 69 36, 0-503 140 350**

**DR MED. K. WIECZOREK  
PEŁEN ZAKRES USŁUG  
0-601 222 903**

Рисунок 1. Рекламные объявления, Газета Wyborcza, июнь, 2002

Действовать в обход запрета было намного легче для женщин, располагавших денежными средствами, чем для имеющих низкий уровень дохода женщин. Последние заявляли, что они взяли бы эти деньги в долг, если бы возникла такая необходимость, либо постарались бы договориться об оплате в рассрочку. Женщины говорили, что врачи в небольших городах берут меньше денег, но тогда им нужно ехать на поезде или автобусе, кроме того, может потребоваться временное жилье, если действовать подобным образом.

Медицинское сообщество в целом неохотно высказывается в поддержку либерализации законодательства, оставляя защиту интересов женщин исключительно местным и международным неправительственным организациям (НПО) (в ходе личной беседы, Wanda Nowicka, президент Федерации женщин и планирования семьи, март 2010 г.).

### Аntenатальная помощь и помощь в родах, рак шейки матки и вспомогательные репродуктивные технологии

Аntenатальное тестирование и перинатальная помощь также были урезаны в 1989 г. Антенатальное тестирование более не финансируется государством, а представляет собой дополнительные расходы для оплаты самими клиентами, за исключением случаев прямой рекомендации врача. Поскольку тяжелые пороки развития плода, выявленные при антенатальном тестировании, являются основанием для законного аборта, церковь выступает против антенатального тестирования. В 1999 г. католическое лобби успешно поддержало законопроект, согласно которому действия врачей, «приведшие к повреждению организма плода, либо нарушению его здоровья, либо угрожающие его жизни» в результате антенатального тестирования, подлежали уголовной ответственности и карались тюремным заключением сроком на два года [36]. Следовательно, врачи все более неохотно направляют женщин на антенатальное тестирование, опасаясь последствий в случае выкидыша у женщины, даже если она согласна на такой риск. Некоторые врачи отказываются направлять женщин на тестирование на основе личных убеждений. Что касается перинатальной помощи, министр здравоохранения Ewa Korasz недавно подписала указ об исключении из финансируемых государством процедур обезболивание во время родов. Соответственно, эпидуральное обезболивание, наряду с ароматерапией, рассматриваются теперь как дополнительные мероприятия во время родов. Федерация женщин и планирования семьи выступила против этого с открытым письмом, не возмевшим, однако, действия, утверждая, что подобное решение лишает многих женщин достижений медицины, которые могли бы быть доступны для них, и является нарушением прав пациента и прав человека [37].

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) в Польше не регулируется никакими законами, и в течение уже многих лет продолжаются бурные дебаты по поводу того, следует ли ввести государственное субсидирование и регулирование ЭКО или нет. На данный момент частные клиники предоставляют услуги по лечению бесплодия как гражданам Польши, так и иностранным пациентам. Государственное регулирование лечения с применением ЭКО парализовано из-за оппозиции со стороны католической церкви, возражающей против вспомогательных репродуктивных технологий, в принципе, и против государственного финансирования подобных услуг, в частности. Следовательно, услуги по ЭКО в настоящее время предоставляются в частном порядке, не регулируются никакими законами и не получают субсидирования со стороны государства.

Низкий уровень расходов на здравоохранение и миграция медицинских работников в частные учреждения также приводят к неоправданно долгим срокам ожидания при посещении гинеколога в государственной клинике – в 2007 г. от 9 до 66 дней, а также низких показателей пользования данным типом услуг в отдельных частях страны [26]. Поскольку государство не требует от частных больниц полного спектра услуг, гинекологическая помощь не всегда включена в перечень предоставляемых услуг. Беспокойство вызывает также тот факт, что в Польше один из самых высоких показателей заболеваемости раком шейки матки и наиболее высокая смертность от данного заболевания в ЕС. Менее 20% случаев рака шейки матки диагностируется на предзлокачественной стадии. Несмотря на высокий уровень рака шейки матки в Польше, достигающий масштаба эпидемии, государство по-прежнему не выделяет ресурсов на скрининг в масштабе всего населения, вместо этого проведя в 2007 г. оппортунистический скрининг, охвативший лишь 24% целевой аудитории женщин. В 2008 г. государство начало расширять рамки проведения скрининга, однако сложности, связанные с пропагандированием услуги, сохраняются [38].

## Обсуждение

Инициативы, направленные на прекращение урезания предоставляемых услуг в области охраны репродуктивного здоровья, со стороны неправительственного сектора и осуществляемые



**Забастовка медсестер,  
Варшава, 21 июня 2007 г.**

преимущественно под руководством Польской Федерации женщин и планирования семьи, проводятся активно и постоянно. Однако это сталкивается с противодействием со стороны решающего влияния католической церкви в политике Польши, а также с неолиберальным нежеланием предоставлять государственное финансирование услуг.

В конце 1990-х гг. среди женщин отмечалось больше хронических заболеваний, чем среди мужчин, а также общее ухудшение здоровья, по собственному восприятию, в сравнении с мужчинами всех возрастных групп, как в городских, так и в сельских районах [39, 40]. В отчете Статистического Бюро ЕС отмечается, что намного больше польских женщин, в сравнении с мужчинами, считают свое здоровье «очень плохим» или «плохим» [12]. Рассказы женщин, принимавших участие в данном исследовании, свидетельствуют о том, что, хотя намного больше женщин используют современные средства контрацепции, высокая стоимость контрацептивов, продаваемых по рецепту вследствие прекращения государственного финансирования планирования семьи, играет значимую роль в их способности получить доступ к эффективной контрацепции. Более того, криминализация абортс привела к приватизации данной услуги, доступной в настоящее время лишь за высокую плату и в подпольных условиях.

Это вызывает беспокойство в свете международных стандартов охраны репродуктивного здоровья. Хотя церковь в Польше возражает против выделения субсидий на средства контрацепции, ВОЗ включает контрацептивы в Перечень основных медицинских препаратов как удовлетворяющие «приоритетные потребности населения в плане медицинской помощи», которые должны быть доступны «по цене, приемлемой для отдельных лиц и для сообщества» [41]. Снижение доступности контрацептивов может способствовать росту числа ИПБ [42, 43]. Даже в том случае, если большинство аборт в Польше относительно безопасны (данные, способные подтвердить, либо опровергнуть это утверждение, отсутствуют), в других юридически ограниченных ситуациях наименее обеспеченные женщины часто обращаются к наименее квалифицированным специалистам, либо проводят самостоятельную стимуляцию аборта, тем самым подвергая свое здоровье большому риску [44].

Значимость подобных ограничений также следует понимать в контексте экономического положения женщин. Начиная с 1989 г. Государственный социалистический режим поддерживал образование для женщин, и к 1989 г. польские женщины были более образованы, чем мужчины; во всех категориях образования, за исключением профессионально-технических училищ, наблюдалось больше выпускников-женщин. Более того, к 1989 г. 80% женщин Польши были трудоустроены, многие из них занимали высокие должности, особенно в здравоохранении, где основную долю врачей составляли именно женщины [45]. Более высокий уровень образования и значительный трудовой стаж должны были бы стать преимуществом для польских женщин в новых условиях рыночной экономики. Однако женщины во всем постсоциалистическом регионе оказываются в проигрышном положении по мере появления новых форм расслоения общества по гендерным и классовым принципам. По данным Всемирного Банка: «Переход от плановой к рыночной экономике сопровождался одним из наиболее масштабных и стремительных из когда-либо отмечавшихся примеров роста неравенства» [46]. Польша переживает «феминизацию бедности», поскольку женщины стремительно становятся «новыми экономически низшими слоями общества»: вероятность их попадания ниже черты бедности в два раза выше, чем для мужчин, они

составляют основную долю безработных, поскольку с 1989 г. показатели их трудоустройства снизились с 80 до 65% [47]. Еще больше усугубляет ситуацию сокращение декретного отпуска для женщин, числа детских дошкольных учреждений и социальных служб во всем регионе [48].

Женщины в сельских районах находятся в особенно сложной ситуации. Многие из них возвращаются к традиционным стратегиям выживания – рассчитывать на сети родственных связей в плане ресурсов, более активно производить одежду и продукты питания в домашних условиях и, в целом, выживать за счет неформальных экономических обменов, столь распространенных во времена государственного социалистического строя и сейчас, по иронии судьбы, возвращающихся в роли ключевых механизмов, позволяющих поддерживать существование и справляться с трудностями [49]. Сельским женщинам также сложнее обходить запрет на аборты из-за более низкого уровня доходов и меньшего числа поставщиков нелегальных услуг в районах их проживания.

Более того, практика дискриминации со стороны работодателей по отношению к беременным женщинам и женщинам с маленькими детьми сыграла критическую роль в решениях, принимаемых польскими женщинами относительно откладывания деторождения [31]. Низкие коэффициенты рождаемости являются весьма значимыми, поскольку позволяют предположить, что, несмотря на юридические и финансовые барьеры, контролирование рождаемости имеет высокое значение для женщин в Польше. Тем не менее, снижение рождаемости как раз и является предлогом для обоснования заявлений, выступающих против ПС и являющихся причиной отрицательного отношения к услугам, касающимся охраны репродуктивного здоровья, как недостаточным государственным финансированием.

## Заключение

В данном исследовании обращено внимание на необходимость включения комплексных услуг по ПС в число мероприятий медицинской помощи, получающих государственное финансирование, а также либерализации закона, запрещающего аборты, в Польше. Описана необходимость регулирования приватизированных услуг и повышения доступности перинатальной и гинекологической помощи. Рост заработной

платы для медицинских работников в государственных учреждениях и улучшение качества оказываемых ими услуг способствовали бы снижению неформальных платежей, тем самым уменьшая общее бремя расходов. Существующая в настоящее время политика способствует стигматизации решений, принимаемых женщинами, и отрицает законность их потребностей в отношении собственного здоровья, репродуктивной и сексуальной независимости. Политика Польши в данном вопросе противоречит установленным международным стандартам меди-

цинской помощи, направленной на охрану репродуктивного здоровья. Государству следует прислушаться к рекомендациям польских НПО, специализирующихся на охране репродуктивного здоровья, в реформировании политики. Хотя Польша и относится к числу государств, подписавших Хартию основных прав Европейского союза и Конвенцию о правах человека, политика государства, направленная против женщин, разрушает саму суть гендерного равенства, а также репродуктивной и социальной справедливости.

## Литература

1. Fuszara M. Legal regulation of abortion in Poland. *Signs* 1991; 117.
2. Rutkiewicz M. Towards a human rights-based contraceptive policy; a critique of the anti-sterilization law in Poland. *European Journal of Health Law* 2001; 8: 225–42.
3. Mazur P. Contraception and abortion in Poland. *Family Planning Perspectives* 1981; 13(4): 196.
4. Okólski M. Abortion and contraception in Poland. *Studies in Family Planning* 1983; 14(11): 269.
5. Mishtal J. Matters of conscience: the politics of reproductive health and rights in Poland. *Medical Anthropology Quarterly* 2009; 23(2): 173–6.
6. Ost D. The defeat of solidarity: anger and politics in postcommunist Europe. Ithaca: Cornell University Press, 2005.
7. Fodor E., Glass C., Kawachi J., et al. Family policies and gender in Hungary, Poland, and Romania. *Communist and Post-Communist Studies* 2002; 35(4): 477–83.
8. Screwing the brand names. *The Economist*. 16 November 2004.
9. World Health Organization European Region. *European Health Report, 2009*. Figure 3.4 and Table 6. At: <[www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/82386/E93103.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf)>. Accessed 10 August 2010.
10. McLaughlin D., Smith D. Doctors go west in Polish brain drain. *The Observer* 2005; 15: 21.
11. Leven B. Corruption and reforms: a case of Poland's medical sector. *Communist and Post-Communist Studies* 2005; 38: 447–55.
12. Baert K., De Norre B. Perception of health and access to health care in the EU-25 in 2007. *Eurostat Statistics in Focus* 2009; 24.
13. Sawińska M., Adelt J. Wybieramy leczenie za darmo (We choose free health care). Warsaw: Ośrodek Badań Opinii Publicznej (Center for Public Opinion Research), 2004.
14. Maarse H. The privatization of health care in Europe: an eight-country analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2006; 31(5): 981–1014.
15. Tymowska K. Health care under transformation in Poland. *Health Policy* 2001; 56: 85–98.
16. Czupryniak L., Loba J. Route of corruption in Poland's health care system. *Lancet* 2004; 364(9448): 1856.
17. Central Statistical Office. *Praca ludności: wynagrodzenia; 2006*. At: <[www.stat.gov.pl/english/dane\\_spolgosp/praca\\_ludnosc/zatr\\_wyn/2006/1q/index.htm](http://www.stat.gov.pl/english/dane_spolgosp/praca_ludnosc/zatr_wyn/2006/1q/index.htm)>. Accessed 17 March 2010.
18. Chawla M., Berman P., Windak A., et al. Provision of ambulatory health services in Poland: a case study from Krakow. *Social Science & Medicine* 2004; 58: 227–35.
19. McMenamin I., Timonen V. Poland's health reform: politics, markets and informal payments. *Journal of Social Policy* 2002; 31: 103–18.
20. Kubiak A. Pacjenci i lekarze o korupcji w publicznej służbie zdrowia: research report. Warsaw: Fundacja Batorego, 2001.
21. Watson P. Unequalizing citizenship: the politics of Poland's health care change. *Sociology* 2006; 40(6): 1079–96.
22. Constitution of Poland. 4/2 1997, Article 68, point 1/2. At: <[www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm](http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm)>. Accessed 19 March 2010.
23. Mishtal J. How the church became the state: the Catholic regime and reproductive rights and policies in Poland. In: Massino J., Penn S., editors. *Collected Volume on Women's Lives, Gender Relations and State Policy in Central and Eastern Europe under State Socialism*. New York: Palgrave Macmillan, 2009.
24. Report on Reproductive Health Supplies in ASTRA Countries. Warsaw, ASTRA – Central and Eastern European Women's Network for Sexual and Reproductive Health and Rights, 2008.
25. Zielińska E., Nowicka W. *Zdrowie kobiet w Polsce*. Fundacja Feminoteka. Warsaw, 2009. p.10–11,19. At: <[www.federa.org.pl/Informacje/Wanda%20podstona/Raport%20Zdrowie%20Kobiet%20EZ\\_WN%202009.pdf](http://www.federa.org.pl/Informacje/Wanda%20podstona/Raport%20Zdrowie%20Kobiet%20EZ_WN%202009.pdf)>. Accessed 18 March 2010.
26. Strzelecki Z., Galazka A., Kowalska I. Demographic situation in Poland: 20065–20076. Report No.1. Warsaw: State Committee on Population, 2007.
27. UN Population Division. Total fertility rate. At: <<http://>>

- data.un.org/Data.aspx?d=PopDiv&f=variableID%3A54#PopDiv>.
28. Magistrate for Family Affairs. Warsaw: Profamily Politics of the State, 1999: 5–9.
29. Mishtal J. Understanding low fertility in Poland: demographic consequences of postsocialist neoliberal restructuring. *Demographic Research* 2009; 21(20): 599–626.
30. UN Economic Commission for Europe Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Contraceptive Use, 2005*. At: <[www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2005/2005\\_World\\_Contraceptive\\_files/WallChart\\_WCU2005.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2005/2005_World_Contraceptive_files/WallChart_WCU2005.pdf)>. Accessed 19 March 2010.
31. Mishtal J., Dannefer R. Reconciling religious identity and reproductive practices: the Church and contraception in Poland. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2010; 15(4): 232–42.
32. Johannisson E., Kovacs L., Resch B.A., et al, editors. *Assessment of Research and Service Needs in Reproductive Health in Eastern Europe*. New York: Parthenon, 1996.
33. Nowakowska U., Korzeniowska M. Women's reproductive rights. In: Nowakowska U, editor. *Polish women in the 90s*. Warsaw: Women's Rights Center, 2000: 219–48.
34. Nowicka W., Girard F. Clear and compelling evidence: the Polish tribunal on abortion rights. *Reproductive Health Matters* 2002; 10(19): 22–30.
35. World Health Organization. *Highlights on Health, Poland: Mortality*. 2005: 1.
36. Nowicka W. Struggles for and against legal abortion in Poland. In: Klugman B., Budlender D., editors. *Advocating for Abortion Access*. Johannesburg: Women's Health Project, 2001: 232–33/242.
37. Nowicka W. List otwarty o bezpłatne znieczulenie farmakologiczne przy porodzie [Open letter]. *Federation for Women and Family Planning*, 16 February 2010. At: <[www.federa.org.pl/?page=news&newsid=951&lang=1](http://www.federa.org.pl/?page=news&newsid=951&lang=1)>. Accessed 15 March 2010.
38. Anttila A., Ronco G. Description of the national situation of cervical cancer screening in the member states of the European Union. *European Journal of Cancer* 2009; 45: 2685–708.
39. Szaflarski M. Gender, self-reported health, and health related lifestyles in Poland. *Health Care for Women International* 2001; 22: 210.
40. Wróblewska W. Women's health status in Poland in the transition to a market economy. *Social Science and Medicine* 2002; 54: 707–26.
41. World Health Organization. *Essential Medicines*. 2008. At: <<http://apps.who.int/medicine-docs/en/d/Js4875e/5.2.html>>.
42. Russell A., Sobo E., Thompson M., editors. *Contraception across Cultures*. Oxford: Berg, 2002.
43. Titkow A. Poland. In: David H.P., editor. *From Abortion to Contraception*. Westport: Greenwood Press, 1999: 165–90.
44. Alan Guttmacher Institute. *Clandestine Abortion: A Latin American Reality*. New York: AGI, 1994.
45. *Statistical Yearbook of the Republic of Poland*. Warsaw: Ministry of Education, 2004; 196, 247, 371.
46. Milanovic B. Explaining the increase in inequality during the transition. *Policy Research Working Paper*. Washington, DC: World Bank, 1998. Report #WPS1935, Vol. 1.
47. Domanski H. Is the East European 'underclass' feminized? *Communist and Post-Communist Studies* 2002; 35(4): 393.
48. Kocourkova J. Leave arrangements and childcare services in Central Europe. *Community, Work and Family* 2002; 5(3): 301–18.
49. Pine F. Retreat to the household? Gendered domains in postsocialist Poland. In: Hann C.M., editor. *Postsocialism: Ideals, Ideologies and Practices in Eurasia*. New York: Routledge, 2002: 95–113.

© 2011 «Проблемы репродуктивного здоровья»

*Neoliberal reforms and privatisation of reproductive health services in post-socialist Poland*

Joanna Mishtal

*Reproductive Health Matters* 2010; 18(36): 56–66.



## Законы об абортах во II триместре в различных странах мира: актуальность, тенденции и рекомендации

Рид Боланд

Научная ассоциация, Гарвардская школа Общественного здравоохранения, Бостон Массачусетс, США. Электронный адрес: rboland@hsph.harvard.edu

**Краткое содержание.** *Существуют важные и неодолимые причины, по которым женщины обращаются за проведением абортов во II триместре, составляющих значительную долю всех выполняемых абортов. В разных странах мира законодательство относительно легальности подобных абортов существенно различается. Во многих случаях имеют место значительные ограничения: чем больше срок беременности, на котором происходит обращение за проведением абортов, тем больше запретов, как правило, отмечается в законодательстве. Тем не менее нередко в законах не прописаны подробности относительно абортов во II триместре или позднее. В данной статье представлен сравнительный обзор законов, принятых в 191 стране мира, на основе имеющейся информации. Законы разделены на категории по юридическим показаниям, включая сохранение жизни женщины, медицинские показания, беременность вследствие сексуального преступления, пороки развития плода, социально-экономические причины и по желанию женщины. Учитывая наличие серьезных причин, по которым женщины обращаются за абортом во II триместре, а также отсутствие юридической возможности для проведения этих абортов, в данной статье представлены рекомендации относительно изменения законов и предписаний, позволяющих лучше реагировать на потребности женщин. Принимая во внимание тот факт, что в большинстве стран не все аборты, в особенности аборты во II триместре, могут быть декриминализованы в ближайшем будущем, возможно проведение менее комплексного реформирования законодательства и существующих правил и распоряжений. Сюда относятся рекомендации, направленные на обеспечение возможности проведения безопасных абортов на максимально более ранних сроках беременности, а также совершенствование доступа к безопасным абортам путем устранения ненужных юридических и регуляторных ограничений. © 2011 «Проблемы репродуктивного здоровья». Авторские права защищены.*

**Ключевые слова:** законы и политика в отношении абортов, аборты во II триместре

**Х**отя подавляющее большинство абортов проводится в I триместре беременности, значительная доля выполняется лишь во II триместре\*. Данные по распространенности абортов во II триместре сложно получить из-за отсутствия статистики в странах, в которых

аборты запрещены законом [1]. Тем не менее, по приблизительным оценкам, их доля составляет 10–15% от всех абортов [2, 3]. Например, исследования указывают на долю в объеме 13% в США и Нигерии, 10% – в Канаде и Сингапуре и 25% – в Индии и Южной Африке [2, 3]. Это значитель-

\* Отражая тенденции медицинской практики второй половины XX века, в большинстве стран мира, в которых произошла либерализация законов об абортах, эти законы основаны на сроках беременности, при которых применяются определенные методы абортов, например, в I триместре (до 13 недель) или во II триместре (вплоть до 28 недель). Подобное разделение постепенно устаревает вследствие появления новых методов, в особенности таблеток для медикаментозного аборта, и изменений в медицинской практике. Однако характерно, что законы меняются медленнее, чем медицинская практика. В настоящее время чаще всего аборты широко разрешены в I триместре и реже – во II триместре, а после 28 недель беременности преимущественно запрещены, с учетом ряда исключений.



ная величина в свете того факта, что ежегодно выполняется около 42 млн. аборт (2003 г.), из которых 21,6 млн. (2008 г.) являются небезопасными [4]. Небезопасные аборты во II триместре представляют собой серьезную проблему для общественного здравоохранения; на их долю приходится около двух третей из 5 млн. имеющих место, по приблизительным оценкам, ежегодных госпитализаций вследствие осложнений, вызванных небезопасными абортами [4, 5]. Также они являются причиной непропорциональной доли случаев материнской смертности, связанных с абортами, даже несмотря на то, что в отдельных случаях они могут быть ложно классифицированы как произошедшие вследствие иных причин [6, 7].

Исторически в литературных источниках имели место лишь несколько дискуссий, посвященных теме абортов во II триместре, и исследования относительно причин, по которым женщины решаются на этот шаг, весьма ограничены. Тем не менее в последние годы эта ситуация начала меняться. В 2008 г. в журнале «Вопросы репродуктивного здоровья» было опубликовано приложение, посвященное теме абортов во II триместре [8], включающее, в том числе, материалы состоявшейся в 2007 г. международной конференции по абортам во II триместре<sup>1</sup>. Результаты исследований, проведенных в Англии и Уэльсе, Мозамбике, Нидерландах, Испании, Южной Африке, США и Вьетнаме, демонстрируют, что факторы, влияющие на потребность в проведении абортов во II триместре, присутствуют практически во всех этих странах и общественных группах [9–16]. Например, некоторые женщины не осознают, что они беременны, или же отрицают наличие беременности вплоть до II триместра. Другие сталкиваются с давлением со стороны родственников или партнеров, что приводит к задержке принятия ими решения, либо же они сами еще не решили, как поступить. Некоторые принимают решение не сохранять желанную беременность, столкнувшись с изменениями личных обстоятельств, либо после диагностики серьезного порока развития плода. После принятия решения сделать аборт возможно воздействие других факторов, также приводящих к задержке. Это могут быть недостаток денежных средств для оплаты аборта, отсутствие информации о том, где может быть выполнена данная процедура, необходимость дальних переездов, в том числе в другую страну, для проведения аборта, беспокойство в связи с происходя-

щим во время аборта, а также задержка при диагностике беременности или назначении даты посещения клиники. Кроме того, стигматизация, связанная с абортом во II триместре, может также вызвать задержку. Эти факторы особенно значимы для молодых женщин, женщин с низким уровнем образования, женщин из малообеспеченных слоев общества и из сельских районов. Наконец, угрозы здоровью и жизни зачастую не возникают до II или III триместра беременности, и многие тесты, позволяющие выявлять пороки развития плода, не могут быть выполнены вплоть до почти середины II триместра [10, 17–19].

### Юридический статус абортов во II триместре

В свете существующей необходимости выполнения абортов во II триместре одним из наиболее важных факторов, определяющих, могут ли они быть проведены безопасно и своевременно, являются законодательство в отношении подобных абортов и накладываемые на них ограничения. Несмотря на наличие значительного объема академической литературы, посвященной легальности абортов в различных странах, основная часть подобных материалов посвящена законности абортов в I триместре [20–26]. При анализе легальности абортов нередко не указываются показания или требования к аборт, выполняемым на более поздних сроках беременности. В данной статье рассматриваются вопросы легальности процедуры во II триместре. Материалы основаны, за исключением нескольких случаев, на точных формулировках конкретных законов и там, где это возможно, соответствующих постановлений, предписаний и распоряжений, существующих в тех 191 странах, по которым имеется информация\*. Проведен структурный анализ легальности абортов во II триместре

\* В данной статье понятие «закон» включает также и существующие постановления. Различие между законами, постановлениями и распоряжениями не всегда понятно. В целом, как правило, законы утверждаются законодательным органом и представляют собой общие руководящие правила относительно того, что разрешено и что не разрешено, а также определенные требования, которые должны быть выполнены. Постановления, с другой стороны, как правило, устанавливаются административными органами, такими как министерства, и чаще всего касаются реализации законов и, так

в соответствии с наиболее распространенными показаниями к подобным абортам, встречающимся в самих законах: сохранение жизни женщины, вопросы поддержания физического и психического здоровья, беременность вследствие полового преступления, пороки развития плода, социально-экономические причины и желание самой женщины.

Так же, как и в случае с абортами в I триместре, в законе не указано, до какой степени безопасные аборт присутствуют на практике. Это может очень значительно варьироваться на основании таких факторов, как готовность со стороны медицинских учреждений/работников, наличие услуг и отношение к данному вопросу (как официальное, так и со стороны общественности) в целом. Так, например, при близком сходстве законов об абортах в Великобритании и Гане в Великобритании существуют услуги по выполнению аборт, соответствующие существующим потребностям, в то время как в Гане они отсутствуют [27]. Хотя проведение подобных анализов находится за пределами возможностей данной статьи, в языке формулировки законов содержится важная информация об их теоретических пределах и степени применимости. Эти формулировки являются отправной точкой для последующего анализа применимости законов в отдельных странах и возможностей их совершенствования в целях улучшения доступа.

Необходимо с самого начала отметить, что существуют значительные препятствия, затрудняющие анализ текста юридических документов касательно аборт во II триместре. В отдельных случаях язык запутан или просто неясен. Это представляет особую проблему при попытке определить верхний предел (с точки зрения срока беременности), установленный для юридически разрешенных аборт. Во многих законах не установлены пределы по срокам, независимо от

показаний, в то время как в иных указаны (порой различные) пределы по срокам для отдельных показаний, но не для всех. В других законах временной предел должен быть вычислен логически на основании требования, согласно которому аборт должен быть выполнен до «жизнеспособности» — понятие, касающееся шансов на выживание для недоношенного ребенка при желанной беременности, не имеющее единого общепринятого определения [28–32] и, вероятно, значимости в отношении искусственного аборт. Поэтому в данной статье вышеуказанное понятие встречается при цитировании определенных законов, однако без попытки анализа его конкретного значения.

Интерпретация медицинских показаний к выполнению аборт также может представлять сложность. Формулировки подобных показаний значительно различаются в отдельных странах, в особенности учитывая многообразие языков и юридических традиций в данном вопросе. Иногда, как во многих законах, основанных на общем праве, должен присутствовать риск здоровью. Например, в законодательстве Великобритании, послужившем образцом для реформирования законов во многих бывших британских колониях, аборт разрешены в тех случаях, когда «продолжение беременности повлекло бы за собой риск, превышающий риск при прерывании беременности, нарушения физического или психического здоровья беременной женщины...». Иногда, например, в странах, где существуют традиции гражданского права, в законодательстве должна присутствовать угроза здоровью. Так, в Уголовном кодексе Буркина-Фасо аборт разрешены в тех случаях, когда «продолжение беременности... представляет собой опасность/угрозу для здоровья женщины...». А в иных странах достаточно лишь медицинских показаний. Например, в Вануату необходимо наличие «достаточных меди-

сказать, процедурных вопросов. В контексте аборт закон может просто определять показания к юридическим основаниям для выполнения процедуры аборт. Постановления могут касаться определения наличия показаний, а также вопросов согласия со стороны родителей или супруга, перечня лиц, имеющих право на проведение аборт, требований к учреждениям, информированного согласия, отказа от выполнения процедуры по личным убеждениям, ведения отчетности, конфиденциальности, процедур аттестации медицинских учреждений и т.д. Тем не менее на практике возможны значительные вариации. В некоторых странах многие из этих аспектов внесены в сами законы об абортах, оставляя на долю предписаний относительно незначительные вопросы, такие как назначение определенных учреждений, либо печать форм для отчетности по абортам. В других — законы об абортах составлены в относительно краткой форме, устанавливая лишь обстоятельства, при которых аборт могут проводиться с юридической точки зрения, и оставляя все остальные вопросы на долю постановлений и распоряжений. В иных же — как правило, в странах с наибольшим числом запретов в отношении аборт — подзаконные постановления вообще отсутствуют.

цинских обоснований», в Джибути – «терапевтических обоснований», а в Пакистане существует требование относительно «необходимости лечения». Подобные концепции не обязательно несут в себе одинаковый смысл.

Более того, степень риска или угрозы для здоровья может различаться. В некоторых законах установлено, что должны всего лишь присутствовать риск или угроза, в то время как в других указывается, что должны иметь место серьезный риск или угроза, или же аборт должен быть единственным способом, позволяющим предотвратить серьезный и/или необратимый ущерб для здоровья. В Уголовном кодексе Аргентины аборт разрешен «в целях предотвращения опасности для жизни или здоровья матери, если эта опасность не может быть предотвращена иными способами». Согласно заключению авторов проведенного недавно исследования, посвященного изучению медицинских показаний, «непоследовательность в интерпретации данного понятия и реализации медицинских показаний, а также в зависимости от места проживания женщин, медицинских работников, к которым они обращаются, и их способности защитить себя перед должностными лицами, может привести к различиям в практике и дискриминации» [33]. Кроме того, при том что в некоторых законах используется лишь термин «здоровье», это может как охватывать, так и не охватывать психическое здоровье, наряду с физическим, согласно принятому в настоящее время Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) определению здоровья как «состояния полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствия заболевания или недомогания» [34]. Тем не менее последующий анализ основан на консервативном подходе; иными словами, психическое здоровье, по всей вероятности, включено только в том случае, если юридически в тексте использован именно этот термин.

Информация, представленная в данной статье, была собрана в ходе проведенного практически во всех случаях лично автором изуче-

ния полных текстов законов на языке оригинала или в достоверных переводах\*. Насколько известно автору статьи, рассмотренные тексты соответствуют текущим законам, действующим по данным на начало 2010 г. Интерпретация законов в случае нечетких формулировок отражает обоснованные предположения автора. В таблице 1 представлена сводная схема юридических показаний к проведению аборта во II триместре в 191 стране. В тех случаях, когда условия применения закона не ясны или подразумеваются, но не сформулированы четко, как, например, в тех случаях, когда временной предел указан для отдельных показаний, но не для всех, или же когда аборт определяется как процедура, выполняемая лишь до определенного момента во время беременности, это отмечено в таблицах\*\*.

### **Аборты с целью сохранения жизни беременной женщины**

Практически во всех странах и юрисдикциях мира, имеющих специальные законы об абортах\*\*\*, разрешено проведение аборта с целью

\*\* Данная статья посвящена проблеме абортов как одной из тем общественного здравоохранения. В ней не обсуждаются многие важные вопросы прав человека, касающиеся абортов, поскольку они уже были освещены в последние годы во множестве статей и отчетов [36–38]. Рассматривание темы абортов как вопроса, непосредственно связанного со здоровьем, не обязательно приводит к утверждению широты прав человека на аборт, хотя может косвенно указывать на отстаивание права на здоровье. Законы касаются не только соблюдения прав; чаще речь идет о юридическом закреплении определенных установок с целью достижения желаемых результатов. Именно такая точка зрения на законы об абортах представлена в данной статье.

\*\*\* Например, в Австралии и Мексике законы об абортах принимаются индивидуально на уровне отдельных штатов и территорий. В Северной Ирландии до сих пор действует закон об абортах, существовавший в Великобритании до принятия Акта об абортах 1967 г., затронувшего лишь Великобританию. В Макао и Гонконге законы отличаются от существующих во всем остальном Китае, оставшихся, по большей части, от колониальных времен. В настоящей статье при использовании понятия «страна» необходимо учитывать, что в это понятие могут быть включены определенные юрисдикции.

\* Полный текст законов об абортах во всех странах мира находится на веб-сайте Ежегодного обзора законов о народонаселении [35]. Следовательно, ссылки на отдельные законы в данной статье не представлены. Автор несет ответственность за поддержание веб-сайта и обновление информации, особенно по теме абортов.

сохранения жизни беременной. Подобные законы содержат данное показание явно либо в соответствии с общими принципами уголовного права относительно необходимости интерпретируются как разрешающие такие аборт. В большинстве случаев эти законы не устанавливают верхнего временного предела, и, следовательно, можно сделать вывод, что согласно этим законам выполнение подобных абортов разрешено на протяжении всей беременности\*. В остальных случаях верхний предел достигает II триместра. Из 191 рассмотренного закона в 188 случаях аборт в целях сохранения жизни женщины разрешены. В Чили, Сальвадоре и Никарагуа аборт во время беременности не разрешены ни по каким причинам\*\*.

Из этих 188 законов различных стран в 58 аборты разрешены лишь для сохранения жизни беременной при любом сроке беременности, в остальных аборты также разрешены и на основании других причин. Все эти 58 стран, за исключением Ирландии, являются развивающимися странами, среди них – наиболее густонаселенные и беднейшие страны мира, например, Афганистан, Нигерия, Мьянма, Филиппины, Танзания и Уганда. Кроме того, в большинстве названных стран проводится очень мало легальных абортов. Эти законы, как правило, сформулированы в общих словах, и не описаны подробно процедуры, в рамках которых беременная или врач могут обратиться с просьбой о выполнении аборта, а также не указаны конкретные требования к учреждениям или персоналу для их проведения. Многие из законов не были пересмотрены с колониальных времен.

### Аборты по медицинским показаниям

Приблизительно в 113 странах разрешено выполнение аборта по медицинским показани-

\* Временные пределы (продолжительность беременности или гестационный срок) в данной статье основаны на количестве недель с первого дня последней менструации.

\*\* Хотя аборт на основании «необходимости» в данных странах теоретически возможен, как правило, предполагается, что аборты нелегальны, поскольку во всех странах в течение последних десятилетий были преднамеренно приняты законы, устраняющие какие-либо легальные основания для проведения абортов [20].

ям (по состоянию здоровья) во II триместре. В 25 из 113 стран аборты разрешены только для спасения жизни беременной или для сохранения ее здоровья, среди них – Алжир, Аргентина, Бурунди, Малайзия, Марокко, Пакистан, Перу и Руанда.

Эти 113 стран разделяются на две категории. К первой из них относятся страны, в которых аборты разрешены с большой вероятностью только по состоянию физического здоровья. В таких странах в формулировке законов используется либо фраза «риск для здоровья», либо «опасность для здоровья», либо «по медицинским причинам», либо указывается риск или опасность «для физического здоровья». В данную категорию входит около 69 стран, приблизительно 67% из которых являются развивающимися. Как было отмечено ранее, не всегда понятно, включает ли понятие «здоровье» также и психическое здоровье. Предположительно, подобная интерпретация более вероятна в стране, в которой закон об аборте был пересмотрен после формулирования определения ВОЗ в 1946 г., чем в стране, закон в которой был принят ранее того\*.

Вторая категория – страны, в которых аборты разрешены конкретно на основании причин, связанных с психическим здоровьем. В эту группу входят около 45 стран, из которых немногим более половины являются развивающимися.

Лишь приблизительно в 25% законов в 113 странах установлены пределы по времени для выполнения абортов. Эти пределы варьируются от 16 недель (в 4 странах) до 32 недель (в одной стране) и в 7 странах – по достижении «жизнеспособности плода». За исключением тех стран, где аборты по медицинским причинам разре-

\* Следует отметить, что по крайней мере одна международная организация – Комитет по правам человека – использует определение понятия «здоровье», сформулированное ВОЗ, при интерпретации закона, принятого до утверждения определения ВОЗ. В деле «КЛ против Перу» было принято решение, что в Перу было нарушено Международное соглашение по гражданским и политическим правам, когда женщине, беременной плодом с анэнцефалией, было отказано в аборте в некоторой степени на основании того, что в законодательстве Перу имеются исключения, связанные с состоянием здоровья, а записи показали, что она испытывала психологические страдания в результате поставленного диагноза [39].

шены в любое время в течение беременности, в остальных временной предел не указан, поэтому неясно, разрешены ли аборт при любом сроке в течение II триместра или нет. Как и в большинстве стран, где аборт разрешены исключительно для сохранения жизни беременной, во многих из этих стран законы сформулированы в общих словах и не указаны требования к учреждениям, персоналу или необходимости согласия на проведение абортов.

### **Аборты по причине пороков развития плода**

Следующим по распространенности юридическим показанием к проведению аборта во II триместре являются нарушение (порок) или аномалии развития плода. Это может отражать совершенствование и рост применения технологий, способных выявлять генетические или физические отклонения от нормы, что становится все более распространенным и в развивающихся странах. Так же, как и с показанием «по состоянию здоровья», интерпретация показания «порок развития плода» может быть затруднительной. Наибольшее значение имеет определение достаточно серьезного порока развития плода, чтобы служить обоснованием для проведения аборта. Этот вопрос поднимался отдельными государственными министерствами и медицинскими профессиональными ассоциациями. Например, в меморандуме Министерства здравоохранения и социального обеспечения Нидерландов определено, что прерывание беременности при сроке более 24 недель обосновано в случаях, при которых «невозможно обоснованно предполагать, что нерожденный ребенок сможет выжить вне организма матери», или же при наличии «аномалий развития плода, приводящих к серьезным и неизлечимым функциональным заболеваниям, при которых, однако, возможно предполагать наличие шанса на выживание, тем не менее, как правило, этот шанс весьма ограничен» [40]. В отчете Королевской коллегии акушеров и гинекологов Великобритании (RCOG) за 2010 г. рекомендуется учитывать ряд факторов, включая вероятность эффективного лечения, вероятную степень самоосознания со стороны ребенка и способности общаться с другими, страдания, которые предстояло бы пережить, вероятность способности ребенка жить самостоятельно и быть в

состоянии обеспечить себя по достижении совершеннолетия, а со стороны общества — степень, до которой потребовалось бы выполнение лицами без нарушений жизненно важных функций действий, необходимых для поддержания здоровья и жизнеобеспечения [41]. Королевской коллегией было принято решение отказаться от конкретного перечисления типов пороков развития плода, являющихся основанием для аборта, и на самом деле это не прописано практически ни в каких законах, так же как и в случае с показаниями «по состоянию здоровья».

Точные формулировки законов в разных странах различаются. Практически во всех странах нарушения развития плода должны считаться серьезными. Например, в Великобритании и во многих ее бывших колониях должен присутствовать «значительный риск того, что, если бы ребенок родился, ему бы пришлось страдать от серьезных физических или психических отклонений, приводящих к инвалидизации». Во многих странах пороки развития также должны быть неизлечимыми. Во Франции и в ряде ее бывших колоний, а также в странах, находящихся под влиянием французского законодательства, необходима «значительная вероятность того, что нерожденный ребенок будет страдать от достаточно серьезного состояния, считающегося неизлечимым на момент диагностики». В отдельных странах, однако, например в Израиле, Непале и Словакии, не присутствует ни одно из данных требований. Приводят ли такие различия в формулировках к различиям на практике, на данный момент не представляется ясным.

Приблизительно в 69 странах специально разрешены аборт по названной причине во II триместре; среди них развивающиеся и развитые страны представлены приблизительно в равной пропорции. Почти во всех странах, разрешающих подобные аборт во II триместре, также разрешены аборт во II триместре по медицинским показаниям; лишь в нескольких странах, например, в Камбодже, Иране, Мексике и Панаме, это не совпадает. В отличие от рассмотренных ранее законов, законы в большинстве этих стран, как правило, весьма подробны по форме и содержат требования к учреждениям, персоналу и процедурам согласия. Более того, в 42% указанных стран установлены пределы по срокам для абортов по причине по-

роков развития плода, варьирующиеся от 16 недель (в пяти странах) до 24 недель (в десяти странах), а также до «жизнеспособности плода» (в двух странах) и до 32 недель (в одной стране). Доля стран, устанавливающих подобные временные пределы, значительно выше, чем для установления пределов на проведение аборт по состоянию здоровья женщины. Однако даже если аборт не может быть выполнен по причине пороков развития плода при сроке, превышающем верхний временной предел, он может быть оправдан по медицинским показаниям с точки зрения состояния здоровья матери.

### **Аборты при беременности, наступившей вследствие сексуального преступления**

Следующим по распространенности показанием для абортов во II триместре – после сохранения жизни, здоровья и пороков развития плода – является ситуация, в которой беременность наступила вследствие сексуального преступления. Как правило, это понятие подразумевает изнасилование, а также в некоторых случаях (но не во всех) инцест. Данное показание присутствует приблизительно в 49 странах, половина из которых относится к числу развивающихся. Почти 80% из них – те же страны, в которых аборт разрешен при пороках развития плода, и практически во всех также разрешены аборты по медицинским показаниям. В 57% этих стран установлены пределы по срокам для подобных абортов. Сроки варьируются от 16 недель (в четырех странах) до «жизнеспособности плода» (в двух странах), причем средний предельный срок ниже, чем при абортах по состоянию здоровья или по причине пороков развития плода (см. табл. 1). Нижний временной предел может отражать убеждение, согласно которому женщина (или девушка) должна быть в состоянии обратиться за выполнением аборта при беременности, наступившей вследствие полового преступления, раньше, чем при других причинах. Тем не менее имеется ряд доказательств, свидетельствующих о том, что женщины могут задерживаться с сообщением об изнасиловании и, следовательно, с возможностью сделать аборт на ранних сроках беременности [42]. В ряде стран также недостаточно одного заявления женщины о том, что беременность наступила вследствие сексуального преступления. Например, в Боли-

вии должно быть заведено судебное дело, в Гонконге женщина должна подать заявление полицейскому офицеру, а в Зимбабве – подана жалоба властям. Не менее чем в 12 странах требуется одобрение со стороны комиссии, состоящей из двух или более врачей.

### **Аборты на основании социально-экономических причин и/или по желанию женщины**

В тридцати двух странах аборты во II триместре разрешены на основании целого ряда социально-экономических причин. Во всех этих странах также разрешены аборты по другим причинам; 81% составляют развитые страны, либо бывшие республики Советского Союза или страны социалистического блока, в течение длительного времени имевшие либеральные законы в отношении абортов. В эту группу стран входят Великобритания, Индия, Япония, Российская Федерация, ЮАР и Украина. В 69% этих стран установлены определенные пределы по срокам для подобных абортов, и сроки варьируются от 16 недель (в двух странах) до 22 недель (в десяти странах) или до «жизнеспособности плода» (в двух странах).

В некоторых из стран, где разрешены аборты по данным основаниям, включая Данию, Гайану, Норвегию, Российскую Федерацию, ЮАР и большинство бывших республик Советского Союза, аборты по желанию женщины разрешены в I триместре беременности, в других, в том числе Великобритании, Исландии, Индии и Замбии – не разрешены. В отдельных странах аборты во II триместре разрешены на основании ограниченного числа определенных социально-экономических причин, например, если беременная страдает психическими расстройствами (Бутан, Венгрия, Новая Зеландия, Норвегия), беременность наступила вследствие неудачного использования средств контрацепции (Гайана, Индия), женщина ВИЧ-инфицирована (Гайана) или старше определенного возраста (Эстония, Израиль), беременность наступила вследствие внебрачных связей (Израиль), или беременность не была обнаружена ранее (Венгрия), а также в случаях, когда беременная либо будущий отец страдают генетическим заболеванием (Республика Корея, Тайвань), или беременная не способна заботиться о ребенке (Дания, Эстония, Эфиопия, Гайана), а также в случае, если

беременная моложе определенного возраста (Австрия, Эстония, Эфиопия, Финляндия, Гонконг, Израиль, Лихтенштейн). Указанный определенный возраст варьирует от «моложе 14» до «моложе 18» лет, либо – «до достижения возраста замужества». Последний пункт следует иметь в виду в свете аргументов за и против согласия родителей, необходимого для выполнения аборта во многих странах.

В десяти странах аборт в II триместре разрешен по желанию женщины. В сравнении с этим в 54 странах аборт по желанию разрешен только в I триместре [21]. В четырех странах из десяти для абортов во II триместре не установлен верхний предел по срокам. В Швеции указан срок 18 недель, в Сингапуре – 24 недели, а в Нидерландах и Соединенных Штатах – «жизнеспособность», но во всех этих странах после данного срока разрешены аборт на основании особых причин. Восемь из десяти стран относятся либо к развитым, либо к странам бывшего социалистического блока. За несколькими исключениями, такими как Индия и ЮАР, в странах, где разрешены аборт в II триместре по социально-экономическим причинам, либо по желанию женщины сделать аборт во II триместре относительно просто и безопасно [43, 44].

В Китае специального закона об абортах нет вообще; в Канаде аборт был декриминализован в 1988–1989 гг., когда Верховным судом было принято решение, согласно которому положения Уголовного кодекса Канады являлись нарушением Хартии прав и свобод Канады, а парламентом не были утверждены новые положения [45]. В обеих странах можно считать, что аборт выполняется по желанию женщины без юридических ограничений. Тем не менее подобная практика может все же быть ограниченной, включая наличие услуг по выполнению абортов во II триместре\*. В 2002 г. на территории столицы Австралии аборт также был декриминализован без указания продолжительности срока беременности.

\* В Канаде, например, перед сельскими женщинами по-прежнему стоят проблемы доступности и возможности обращения за выполнением абортов без необходимости ехать куда-то очень далеко. Данная проблема рассматривается в монографии S.Rodgers «Отказ в аборте: ограничения законодательства» (рукопись подготовлена в марте 2007 г.), ссылка в работе Berer [8].

## Другие юридические факторы

Анализ разрешенных показаний и крайних сроков для абортов во II триместре позволяет получить лишь часть информации относительно юридической доступности процедуры. Во многих законах об абортах указаны дополнительные условия, необходимые для проведения абортов, которые могут значительно повлиять на доступность процедуры. Одно из таких условий касается лиц, имеющих право выполнять аборт. Лишь в нескольких странах иным лицам, помимо врачей, разрешено проводить аборт во II триместре, а в отдельных случаях, например, в Болгарии, Греции, Ливии, Мадагаскаре, на Сейшельских островах и в Турции, требуется, чтобы врач непременно был акушером/гинекологом или прошел специальное обучение. Однако в настоящее время это постепенно меняется для медикаментозных абортов, выполняемых как в I, так и во II триместрах\*, поскольку специально подготовленные медицинские сестры, акушерки или другие работники со средним медицинским образованием могут проводить эти аборт самостоятельно [46]. Более того, во многих законах разрешен отказ от выполнения аборта со стороны отдельных медицинских работников, хотя иногда, за исключением случаев, представляющих опасность для женщины (например, в Великобритании, на Сейшельских островах, в Сингапуре и Зимбабве).

Второе ограничение касается порой длительных процедур получения разрешения на аборт. Во многих странах, например, в Англии, Барбадосе, Болгарии, Бурунди и Камбодже, необходимо согласие на аборт, выдаваемое двумя или более врачами, либо специальной комиссией. Зачастую эти ограничения возрастают с увеличением срока беременности, как, например, в Барбадосе, Финляндии, Гайане и ЮАР. В некоторых случаях закон требует также согласия родителей, если женщина не достигла совершеннолетия (например, в Хорватии, Польше, Саудовской Аравии, Турции), либо супруга, если она замужем (Экваториальная Гвинея, Япония, Кувейт). В случае отсутствия такого согласия женщина, как правило, не может получить помощь со стороны закона. Хотя в ряде стран по

\* Под медикаментозным абортом подразумевается аборт в I или II триместре, осуществляемый путем сочетанного приема мифепристона и мизопростола, либо только мизопростола [17].

решению суда, либо медицинской комиссии аборт может быть разрешен в случае отказа родителей (например, в Дании, Италии, в нескольких штатах США), это также может привести к задержке. Кроме того, в отдельных странах необходим определенный период ожидания («на размышление»), прежде чем женщине может быть сделан аборт (Бельгия, Германия, Сент-Люсия, Нидерланды).

Еще одно ограничение касается мест, где разрешено проведение процедуры аборта. В нескольких странах, таких как Люксембург, Монтсеррат, Новая Зеландия, Сингапур и Тунис, необходимо лицензирование или получение специального разрешения на осуществление деятельности для учреждений, занимающихся проведением абортов. В других, таких как Кувейт, Руанда, Того и Замбия, выполнение абортов разрешено лишь в больницах или аналогичных учреждениях. В иных же, например, в Эфиопии, Израиле, Сербии, Тайване, Таиланде и Турции, установлены подробные требования, которым должно соответствовать учреждение для того, чтобы иметь возможность осуществлять проведение абортов. Еще одним требованием является запрет на рекламу абортов (например, в Албании, Эритрее, Греции).

Целью этих ограничений может являться создание препятствий на пути предоставления и получения услуг, касающихся абортов, как, например, во многих штатах США [52]. С другой стороны, подобные требования могут быть предназначены для того, чтобы защитить женщин, например, путем предотвращения выполнения абортов в небезопасных условиях, как это говорится в руководствах, принятых, например, в Эфиопии и во Вьетнаме. Более того, не следует делать вывод, что если в странах не обозначены особые условия для проведения абортов во II триместре, то доступ к данному виду абортов легче. Напротив, в этих странах нередко вообще выполняется очень мало легальных абортов по любым причинам. Страны с подобными требованиями, как правило, приняли решение о разрешении абортов.

Тем не менее необходимо поднять вопрос о том, какие требования продолжают оставаться необходимыми, учитывая рост безопасности и простоты проведения абортов во II триместре, особенно медикаментозных абортов в различных ситуациях.

## Тенденции

В таблице 2 представлены изменения в законодательстве стран по абортам во II триместре, принятые в период после 1990 г. По крайней мере в 30 странах были значительно расширены показания к проведению абортов [20, 21]. К их числу относятся Албания, Бутан, Ботсвана, Камбоджа, Колумбия, Эфиопия, Фиджи, Гана, Гайана, Индонезия, Монако, Непал, Португалия, Сент-Люсия, ЮАР, Испания, Свазиленд, Швейцария и Таиланд. В пяти странах Западной Африки, бывших французских колониях, законы об абортах стали более либеральными в ходе комплексной реформы законодательства о репродуктивном здоровье. Так, в новой Конституции Кении, принятой в ходе референдума в августе 2010 г., аборты разрешены по показаниям, связанным с сохранением жизни и здоровья; существует вероятность того, что впоследствии будет принят закон, разрешающий аборты и по дополнительным показаниям. Почти все эти изменения касаются статуса абортов во II триместре, будь то путем расширения показаний к выполнению абортов без установления верхнего предела по срокам, либо утверждения конкретных показаний к проведению абортов в определенных временных пределах, или благодаря обоим этим усилиям [20, 21]. Кроме того, во многих странах зарегистрировано применение мифепристона и/или мизопростала для проведения аборта, часто только для первых девяти недель беременности [53, 54]; однако нередко данные препараты используются и во II триместре, несмотря на отсутствие подобных рекомендаций (Beverly Winikoff, «Расширение доступа к медикаментозному аборту путем применения «off label», т.е. не по назначению», доклад на конференции, март 2010 г.) [1], например, в Великобритании и США, а также по всей Скандинавии.

В то же время в отдельных странах произошли изменения, направленные на снижение верхнего предельного срока для абортов во II триместре. В 2009 г., следуя за аналогичными изменениями во многих бывших республиках Советского Союза, в Туркменистане верхний предельный срок для абортов по социальным показаниям был снижен с 28 до 22 недель. В Испании, хотя новый закон об абортах стал более либеральным, разрешив аборты по желанию женщины в течение первых 14 недель беременности, также был введен предел сроком в



22 недели для аборт, выполняемых в случае угрозы здоровью беременной. В 2003 г. в Российской Федерации число социально-экономических показаний к проведению абортов при сроке беременности с 12 до 22 недель было снижено более чем с десяти до четырех: в случае, если женщина лишается родительских прав по суду, в случае изнасилования, если муж является инвалидом или умирает, либо если женщина попадает в тюрьму [20, 55].

Аналогично в некоторых странах имеются более строгие процедурные ограничения на проведение абортов при более поздних сроках беременности. Например, в 2009 г. в Германии были добавлены новые процедурные требования в отношении предоставления информации, а также период на размышление в случае обращения за выполнением аборта при наличии пороков развития плода. Утверждалось, что некоторые из сторонников данных изменений хотели создать препятствия для выполнения подобных абортов, в то время как другие были обеспокоены тем, что женщины не получали необходимого консультирования при выявлении пороков развития плода. В 2007 г. Верховный Суд США поддержал запрет на одну из форм хирургического аборта («расширение и удаление»), используемых во II триместре, после успешной кампании против данного метода, проведенной анти-абортным движением [56].

Не вполне ясно, что стоит за движением, целью которого является ограничение абортов после I триместра. Сторонники подобных изменений нередко утверждают, что достижения медицинских технологий позволяют недоношенным детям выживать в более раннем возрасте, и, следовательно, предельный срок для абортов должен быть установлен менее чем в 24 недели беременности. Однако, как указывают авторы проведенного недавно в Англии и Уэльсе исследования, посвященного абортам после I триместра, эти критики редко задаются вопросом об этичности ограничения доступа к абортам или признают непреодолимые причины, по которым женщины делают аборты после I триместра [10]. В любом случае научные обоснования в поддержку данных изменений отсутствуют [28, 32]. Одна из немногих организаций, внимательно изучивших имеющиеся доказательства – Комиссия по науке и технологиям при парламенте Великобритании пришла в

2007 г. к выводу, что нет никаких оснований, свидетельствующих в пользу снижения разрешенного законом срока для проведения абортов [29].

## Обсуждение и рекомендации

Основные результаты данного обзора представлены в Рамке 1. Учитывая наличие серьезных причин, по которым женщины делают аборты во II триместре, а также тот факт, что законы во многих странах не разрешают подобные аборты, возникает важный вопрос: каким образом можно изменить существующие законы и правила, чтобы лучше реагировать на потребности женщин, а также максимально снизить задержки при обращении за выполнением аборта? В 2007 г. Международной конференцией по абортам во II триместре, организованной Международным консорциумом по медикаментозным абортам (ICMA), были приняты рекомендации, ориентированные на будущее [57]. Среди прочего в них говорится о декриминализации абортов и предоставлении возможности их проведения по желанию женщины. Помимо этого, в них говорится о том, что медицинские показания к выполнению аборта должны включать не только физическое, но и психическое здоровье, что требования о необходимости судебного или административного разрешения на аборт в случае сексуального преступления следует устранить, что не должно существовать верхнего предела по срокам для выполнения абортов, а также что следует отменить регулирующие условия, целью которых должно стать создание препятствий на пути к доступности абортов.

Утвержденный ВОЗ в 2003 г. документ «Безопасные аборты: руководство по техническим аспектам и политике для систем здравоохранения»\* содержит подробный анализ барьеров на пути к доступности и рекомендации по их устранению [17]. Например, в нем предлагается снизить или устранить административные или регуляторные препятствия в таких вопросах, как получение разрешения от врача или комиссии, ограниченные по времени сроки/периоды ожи-

\* В настоящее время данное руководство пересматривается и обновляется Отделом репродуктивного здоровья и научных исследований / Специальной программой ВОЗ по репродукции человека.

**Рамка 1. Ключевые выводы законов из 191 страны, регулирующих выполнение аборта во II триместре**

1. Формулировка многих законов не всегда ясна, и во многих законах умалчиваются максимальные сроки и условия, при которых выполняется аборт во II триместре беременности.
2. Почти во всех странах разрешено делать аборт во II триместре в интересах сохранения здоровья жизни беременной женщины. Приблизительно в 67% стран разрешено делать аборт в этом сроке только по данному показанию; все они, за исключением Ирландии – развивающиеся страны.
3. Более чем в половине стран разрешены аборт во II триместре по причине сохранения здоровья, при этом определения показаний таких состояний варьируют, более чем в каждой четвертой стране аборт разрешен по причине нарушения психического состояния (здоровья).
4. Более чем в каждой третьей – разрешено выполнять аборт во II триместре на основании ухудшения состояния плода, и снова определение таких состояний варьирует.
5. Более чем в каждой четвертой стране разрешены аборт во II триместре, если беременность наступила вследствие сексуального насилия.
6. Только в 20% стран разрешены аборт во II триместре по широкому социально-экономическим показаниям, и только в 5% от общего количества стран разрешены по желанию. Эти страны составляют приблизительно половину населения в мире, однако, главным образом, потому, что они включают Китай.
7. В развитых странах спектр показаний для выполнения аборта во II триместре гораздо шире, чем в развивающихся странах.
8. Почти ни в одной стране не установлен максимальный срок для выполнения аборта с целью сохранения жизни беременной; только несколько стран установили сроки выполнения аборта по показаниям со стороны здоровья матери. Половина стран, в которых разрешены аборт по причине ухудшения состояния плода и беременности, наступившей после сексуального насилия, установили максимальные сроки выполнения аборта во II триместре беременности в диапазоне от 16 до 32 недель. В большинстве стран аборт II триместра разрешен по социально-экономическим показаниям или по желанию без ограничения сроков выполнения аборт поздних сроков.
9. Многие страны разрабатывают требования для медицинских работников, медицинских организаций и процедур по выполнению аборт во II триместре, и только некоторые из них связаны с проведением аборт в этих сроках. Определенная их часть предназначена для того, чтобы создать барьеры доступности данной процедуры, другие стремятся защитить здоровье женщины.
10. Хотя общая тенденция в последние годы направлена на либерализацию законов об аборт, включая частично или весь II триместр беременности, также были проведены как успешные, так и неудачные попытки анти-абортных активистов сократить максимальные сроки выполнения аборт во II триместре в некоторых странах.

дания, согласие супруга либо родителей, требования к учреждениям или необходимость пользоваться услугами исключительно врача, оплату за услуги, лицензирование и обязанность сообщать об изнасилованиях. Более широкая цель данного руководства и его рекомендаций, касающихся технических аспектов и политики, заключается в обеспечении научно обоснованных рекомендаций, позволяющих сделать все аборт безопасными.

Несмотря на то, что надеяться на декриминализацию всех аборт, особенно во II триместре, в большинстве стран в ближайшем будущем может быть нереалистично с политической точки зрения, менее комплексные законодательные и регулятивные изменения\* вполне возможны. К таковым относятся рекомендации, направленные на обеспечение выполнения аборт на максимально ранних сроках беременности, а также совершенствование возможностей доступа к безопасным аборт для женщин путем устранения клинически необоснованных юридических и регулятивных ограничений.

Во всех странах необходимо разрешить аборт в целях сохранения жизни женщины, по широкому спектру медицинских оснований, связанных с физическим и психическим здоровьем, а также в случаях изнасилования, инцеста и пороков развития плода в течение I и II триместров беременности. Более того, страны могли бы внести поправки в требования к учреждениям и медицинским работникам, чтобы они были научно обоснованными, отражали передовую практику на текущий момент и были направлены исключительно на охрану здоровья женщины. Передовая практика в отношении искусственного аборт претерпела значительные изменения за последние 20 лет; в связи с этим законы и предписания должны обладать определенной внутренней гибкостью, чтобы реагировать на эти изменения как с точки зрения безопасности, так и для минимизации стоимости для женщин и для систем здравоохранения. Например, медицинские сестры, акушерки и другой средний медицинский персонал после прохождения соответствующего обучения могут получить разрешение на проведение

\* На самом деле Отделением по западному полушарию Международной федерации планирования семьи сформулированы образцы правил оказания легальных услуг по выполнению аборт [58].

медикаментозного аборта как в I, так и во II триместрах в медицинских клиниках без специального оборудования. В этих случаях должна обеспечиваться реальная возможность направления в специализированные учреждения для получения экстренной медицинской помощи той небольшой доли женщин, которые могут в ней нуждаться [47]. Кроме того, не должно быть требования относительно согласия комиссии или более чем одного врача на проведение аборта.

Согласие супруга никогда не должно быть обязательным. Следует также серьезно рассмотреть вопрос об отмене согласия родителей на аборт для несовершеннолетних девушек, особенно в тех случаях, когда могли иметь место изнасилование и инцест.

Более того, не должно присутствовать требование о подаче заявления, либо проведении расследования в случае изнасилования, а также необходимости наличия согласия должностных лиц или суда на проведение аборта по данной причине. В целом, законы и правила должны быть основаны на научных доказательствах, быть четкими и ясными и способствовать доступу к легальным абортам. Это свидетельствовало бы о готовности государства разрешить легальные аборт и позволило бы женщинам, руководителям медицинских служб, медицинским работникам и представителям юридической профессии понимать параметры и требования закона. Это также позволило бы вводить усовершенствованные, постоянно развивающиеся методы выполнения аборт в практику оказания услуг без промедления (в настоящее время такие проблемы возникают вследствие действия устаревших законов и предписаний), а также поддержать обучение для медицинских работников с целью максимального снижения частоты применения устаревших и менее безопасных методов.

Правила должны содержать призыв к скорейшему направлению медицинским работником пациенток, обращающихся за проведением аборт, к специалисту для выполнения процедуры и к скорейшему выполнению самой процедуры после направления. В настоящее время все большее распространение получает мнение, согласно которому и медицинские работники, отказывающиеся от выполнения аборт по личным убеждениям, а также их учреждения все же обязаны обеспечить своим пациенткам воз-

можность выполнения аборт [48, 51]. Более того, государство должно контролировать реализацию на практике и осуществлять мониторинг параграфов закона, касающихся отказа от выполнения процедуры по личным убеждениям, чтобы женщины действительно могли иметь доступ к услугам, на которые они имеют законодательное право.

Задача государства — создать службы, основанные на оказании поддержки женщинам и обеспечивающие приватность, конфиденциальность, а также основанное на сочувствии и неосуждении лечение, принимая во внимание переживания и потребности женщин, особенно подростков, молодежи и малообеспеченных клиенток. Государство должно предоставлять достаточную информацию женщинам, медицинским работникам и общественности в целом, касающуюся законодательных вопросов и возможности получения безопасной информации об абортах и соответствующих услугах. Государствам также следует рассмотреть возможность предоставления аборт бесплатно или обеспечить, чтобы стоимость услуг не препятствовала ни одной женщине, нуждающейся в абрте, получить необходимые услуги.

Обучение медицинских работников безопасным процедурам выполнения аборт, в том числе во II триместре, удовлетворению эмоциональных потребностей женщин, обращающихся за проведением аборт, путем предоставления верной информации, а также непредвзятое консультирование (по просьбе женщины) должны стать обязательной частью необходимой программы подготовки для врачей и медицинских сестер в любой стране, где аборт легальны хотя бы по одному показанию. Наконец, совершенствование доступа к диагностике беременности на ранних стадиях, развитие полового просвещения и расширение доступа к средствам контрацепции, особенно для недостаточно охваченных данными услугами групп, таких как подростки и одинокие женщины и мужчины, малообеспеченные слои населения и сельские жители, будут способствовать значительному снижению числа нежеланных беременностей. Недавно были опубликованы руководства ЮНЕСКО по данному вопросу [59]. Подобные меры позволили бы удовлетворить комплексные потребности женщин в безопасных и легальных абортах в I и II триместрах беременности.

**Таблица 1. Легальные показания для выполнения аборта во II триместре беременности по странам, 2010 г.**

Страна	Показания для процедуры аборта во II триместре	Допустимые сроки
Афганистан	Угроза жизни матери	«но»
Республика Албания	Угроза жизни и здоровья матери, ухудшение состояния плода, насилие или сексуальное преступление	Угроза жизни матери, ухудшение состояния плода («лв»), угроза здоровью матери, насилие/ сексуальное преступление, социальные причины (22 нед.)
Алжирская НДР	Угроза жизни матери, физическому или психическому состоянию	«ж»
Андорра	Угроза жизни матери (подразумевается, по необходимости)	«но»
Республика Ангола	Угроза жизни матери (подразумевается, по необходимости)	«но»
Ангилья	Угроза жизни матери, физич. или психич. состоянию, ухудшение состояния плода	Угроза жизни матери («лв»), физическое или психическое здоровье, ухудшение состояния плода (предполагается, 28 нед.)
Антигуа и Барбуда	Угроза жизни матери	«но» («лв», предполагается)
Аргентина	Угроза жизни и здоровью матери, насилие над слабоумной женщиной	«но»
Армения (не ясно)	Угроза жизни и здоровью матери (вероятно, включая психич. состояние и ухудшение состояния плода), социально-эконом. причины (вероятно, включая насилие)	22 нед. (угроза жизни матери может быть основной необходимой причиной, разрешающей процедуру на любом сроке)
Аруба	Угроза жизни матери (подразумевается, по необходимости)	«но»
Австралия (варьируют в зависимости от штата, здесь указаны преобладающие положения)	Угроза жизни матери, физическому или психическому состоянию здоровья, социально-эконом. причины	«но»
Австрия	Угроза жизни матери, физическому или психическому состоянию здоровья, ухудшение состояния плода, женщины в возрасте до 14 лет	«но» («лв», предполагается)
Азербайджан (не ясно)	Угроза жизни и здоровью матери (вероятно, включая психическое состояние и ухудшение состояния плода), социальные причины (вероятно, включая насилие)	Угроза жизни и здоровью матери («лв»); социальные причины (22 нед.)
Багамы	Хирургическое или медикаментозное лечение	«но»
Бахрейн	По желанию	«но»
Бангладеш	Угроза жизни матери	«но»
Барбадос	Угроза жизни матери, физическому или психическому состоянию здоровья, ухудшение состояния плода	20 нед., если необходимо немедленно сохранить жизнь беременной женщины или предотвратить серьезные нарушения ее физич. или психич. состояния здоровья («но», «лв», предполагается)
Беларусь (не ясно)	Угроза жизни и здоровью матери (вероятно, включая психическое состояние и ухудшение состояния плода), насилие, социальные причины	Угроза жизни и здоровью («лв»), изнасилование, социальные причины (22 нед.)
Королевство Бельгия	Угроза жизни и здоровью матери, ухудшение состояния плода	«но» («лв», предполагается)
Белиз	Угроза жизни матери, физическому или психическому состоянию здоровья, ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины	Угроза жизни («лв»), физич. или психич. состоянию здоровья, ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины («но», 28 нед. предполагаемый)
Республика Бенин	Угроза жизни и здоровью матери, насилие, инцест, ухудшение состояния плода	«но»
Королевство Бутан	Угроза жизни матери, насилие, инцест, женщина с неустойчивой психикой	«но»
Боливия	Угроза жизни и здоровью матери, различные виды сексуальных преступлений, включая изнасилование и инцест	«но»
Босния и Герцеговина	Угроза жизни и здоровью матери, сексуальные преступления, ухудшение состояния плода, психосоциальные причины	Угроза жизни и здоровью матери, сексуальное преступление, ухудшение состояния плода, психосоциальные причины («но», «лв» предполагается)
Республика Ботсвана	Угроза жизни матери, физическому или психическому состоянию здоровья, изнасилование, инцест, ухудшение состояния плода	16 нед. (угроза жизни матери м.б. основной необходимой причиной, разрешающей процедуру на любом сроке)

Продолжение на стр. 69

Страна	Показания для процедуры аборта во II триместре	Допустимые сроки
Бразилия	Угроза жизни матери, различные виды сексуальных преступлений, включая изнасилование и инцест	«но»
Бруней	Угроза жизни матери	«но» («лв» предполагается)
Болгария (не ясно)	Угроза жизни и здоровью матери (вероятно, включая психическое состояние), ухудшение состояния плода	Угроза жизни матери («но», «лв» предполагается), состояние здоровья (20 нед.), ухудшение состояния плода («но», «лв» предполагается)
Буркина-Фасо	Угроза жизни и здоровью матери, ухудшение состояния плода	Угроза жизни и здоровью матери, ухудшение состояния плода («но», «лв» предполагается)
Бурунди	Угроза жизни и здоровью матери	«но»
Камбоджа	Угроза жизни матери, изнасилование, ухудшение состояния плода	«но», («лв» предполагается)
Камерун	Угроза жизни и здоровью матери, изнасилование	«но»
Канада	По желанию	«но»
Каймановы острова	Угроза жизни матери	«но»
Центральноафриканская Республика	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости)	«но»
Чад	Угроза жизни и здоровью матери, ухудшение состояния плода	«но»
Чили	Ни при каких обстоятельствах (аборт по причине необходимости мало вероятен)	«но»
Китай	По желанию	«но»
Колумбия	Угроза жизни матери, физическому или психическому состоянию здоровья, сексуальное преступление или инцест, искусственное оплодотворение или подсадка оплодотворенной яйцеклетки без согласия женщины	«но»
Коморские острова	Серьезные медицинские причины	«но»
Конго (Браззавиль)	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости)	«но»
Конго, Демократическая Республика	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости)	«но»
Острова Кука	Угроза жизни матери	«но»
Коста-Рика	Угроза жизни и здоровью матери	«но»
Хорватия	Угроза жизни и здоровью матери, сексуальные преступления, включая изнасилование и инцест, ухудшение состояния плода	«но», («лв» предполагается)
Куба (не ясно)	По желанию	не ясно
Кипр	Угроза жизни матери, физич. или психич. состоянию здоровья, изнасилование, ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины	«но»
Чешская Республика (не ясно)	Угроза жизни и здоровью матери (вероятно, включая психическое состояние здоровья), ухудшение состояния плода	Угроза жизни или здоровью матери (вероятно, включая психическое здоровье) («но», «лв» предполагается); ухудшение состояния плода (24 нед.)
Дания	Угроза жизни матери, физич. или психич. состоянию здоровья, сексуальные преступления, включая изнасилование или инцест, ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины, включая неспособность ухаживать за ребенком (включая слишком юный возраст или незрелость)	Жизнеспособность, за иск. ухудшение состояния плода («лв») (угроза жизни матери может быть основной необходимой причиной, разрешающей процедуру на любом сроке)
Джибути	Терапевтические причины	«но»
Доминика	Угроза жизни матери	«но» («лв» предполагается)
Доминиканская Республика	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости)	«но»
Восточный Тимор	Угроза жизни матери	«но»
Эквадор	Угроза жизни и здоровью матери, изнасилование слабоумной женщины	«но»
Египет	Угроза жизни и здоровью матери	«но»
Сальвадор	Ни на каких основаниях (аборт по причине необходимости мало вероятен)	
Экваториальная Гвинея	Угроза жизни и здоровью матери	«но»

Страна	Показания для процедуры аборта во II триместре	Допустимые сроки
Эритрея	Угроза жизни и здоровью матери	«но»
Эстония	Угроза жизни матери, ухудшение состояния плода, возраст женщины менее 15 лет и более 45 лет, наличие состояния или болезни, которые могут помешать воспитанию ребенка	21 нед. (угроза жизни матери может быть основной необходимой причиной, разрешающей процедуру на любом сроке)
Эфиопия	Угроза жизни и здоровью матери, изнасилование, инцест, ухудшение состояния плода, неспособность заботиться о ребенке из-за физического или психического состояния здоровья или юного возраста (младше 18 лет)	28 нед., подразумевается (угроза жизни матери м.б. основной необходимой причиной, разрешающей процедуру на любом сроке)
Фиджи	Угроза жизни матери, физическое или психическое состояние здоровья, изнасилование, инцест, ухудшение состояния плода	Психическое здоровье, изнасилование или инцест (20 нед.), угроза жизни матери, тяжелое медицинское состояние, ухудшение состояния плода («но»)
Финляндия	Угроза жизни и здоровью матери, заболевание или физические аномалии/дефекты, ухудшение состояния плода, женщины младше 18 лет или «особые причины»	Угроза жизни матери, заболевание или физич. аномалии/дефекты («но», «лв» предполагаемый), ухудшение состояния плода (24 нед.), женщина на сроке до 18 нед. или «особые причины» (20 нед.)
Франция	Угроза жизни и здоровью матери, ухудшение состояния плода	«лв»
Габон	Угроза жизни матери (подразумевается, по необходимости)	«но»
Гамбия	Угроза жизни матери	«но», («лв» предполагается)
Грузия (не ясно)	Угроза жизни и здоровью матери (вероятно, включая психич. состояние здоровья и ухудшение состояния плода), социально-эконом. причины (вероятно, включая изнасилование)	«но», («лв» предполагается)
Германия	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние, ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины	«но», («лв» предполагается)
Гана	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние, изнасилование, ухудшение состояния плода	«но»
Великобритания	Угроза жизни матери, физическое или психическое состояние, ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины	Угроза жизни матери, ухудшение состояния плода («но», «лв» предполагается), физич. или психич. здоровье (24 нед.), если нет необходимости предотвратить серьезные нарушения физич. или психич. состояния здоровья, тогда «но», «лв» предполагается, социально-эконом. причины (при рассмотрении риска физич. или психич. здоровью) (24 нед. «но», «лв», предполагается)
Греция	Угроза жизни матери, физическое или психическое состояние, сексуальные преступления, включая изнасилование и инцест, ухудшение состояния плода	Угроза жизни матери, физич. или психич. здоровье («но», «лв» предполагается), изнасилование или инцест (19 нед.), ухудшение состояния плода (24 нед.)
Гренада	Медикаментозное или хирургическое лечение	«но»
Гватемала	Угроза жизни матери	«но»
Гвинея	Угроза жизни и здоровью матери, изнасилование, инцест, ухудшение состояния плода	«но»
Гайана	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, ухудшение состояния плода, из-за того, что, будучи невменяемой, женщина не способна ухаживать за ребенком, насилия, инцеста, ВИЧ (+), беременность наступила, несмотря на правильное применение контрацептивных средств женщиной или ее партнером, социально-эконом. причин	Угроза жизни матери, физич. или психич. здоровье («но», «лв» предполагается), др. показания (16 нед.)
Гаити	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости)	«но»
Гондурас	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости)	«но»
Гонконг	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, сексуальные насилия, включая изнасилование или инцест, женщины младше 16 лет, ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины	Угроза жизни матери («но», предполагается), другие показания (24 нед.)
Венгрия (не ясно)	Угроза жизни и здоровью матери, по любой причине, если женщина не имела никакой/ограниченные легальные возможности, или она не знала про беременность из-за болезни, медицинской ошибки, или отказа власти, ухудшение состояния плода	Угроза жизни и здоровью матери, («лв»), по любой причине, если женщина не имела никакой/ограниченные легальные возможности, или она не знала про беременность из-за болезни, медицинской ошибки, или отказа власти; (18 нед., ухудшение состояния плода (24 нед.), если только плод нежизнеспособен вне матки («лв»)

Страна	Показания для процедуры аборта во II триместре	Допустимые сроки
Исландия	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, неспособность ухаживать за ребенком, физического или психич. недомогания, изнасилование или другое сексуальное насилие, ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины	Угроза жизни матери, физич. или психич. здоровье, ухудшение состояния плода («ж») (угроза жизни матери может быть основной необходимой причиной, разрешающей процедуру на любом сроке), другие показания (16 нед.)
Индия	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, изнасилование, ухудшение состояния плода, ошибка контрацепции, социально-эконом. причины	Угроза жизни матери («лв»), другие показания (20 нед.)
Индонезия	Угроза жизни матери	«но»
Иран	Угроза жизни матери, ухудшение состояния плода	4 мес. (угроза жизни матери может быть основной необходимой причиной, разрешающей процедуру на любом сроке)
Ирак	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости)	«но»
Ирландия	Угроза жизни матери	«но»
Израиль	Угроза жизни матери, физическое или психическое состояние здоровья, изнасилование, инцест, ухудшение состояния плода, незамужние женщины юного возраста или женщины старше 40 лет, беременность, наступившая в результате внебрачных отношений	«но»
Италия	Угроза жизни матери, физическое или психическое состояние здоровья, ухудшение состояния плода	Угроза жизни матери («но», предполагается), другие показания («ж»)
Кот-д'Ивуар	Угроза жизни матери	«но»
Ямайка (не ясно)	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости)	«но»
Япония	Угроза жизни и здоровью матери, изнасилование, социально-эконом. причины	«ж» (Угроза жизни матери может быть основной необходимой причиной, разрешающей процедуру на любом сроке)
Иордания	Угроза жизни и здоровью матери	«но»
Казахстан	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, изнасилование, ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины	Угроза жизни матери, физич. или психич. здоровье, ухудшение состояния плода («лв»), изнасилование, социально-эконом. причины (22 нед.)
Кения	Угроза жизни и здоровью матери	«но»
Кирибати	Угроза жизни матери	«но» (предполагается)
Республика Корея	Угроза жизни матери, физическое состояние здоровья, беременная женщина или будущий отец страдают наследственным или генетическим заболеванием, слабоумием или психическим заболеванием, изнасилование, инцест	«ж» (Угроза жизни матери может быть основной необходимой причиной, разрешающей процедуру на любом сроке)
Кувейт	Угроза жизни и здоровью матери, ухудшение состояния плода	Угроза жизни и здоровью матери («но», предполагается), ухудшение состояния плода (4 мес.)
Кыргызстан (не ясно)	Угроза жизни и здоровью матери (вероятно, включая психич. состояние здоровья и ухудшение состояния плода), изнасилование, социально-эконом. причины	Угроза жизни и здоровью матери («лв»), изнасилование, социально-эконом. причины (22 нед.)
Лаос	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости)	«но»
Латвия	Угроза жизни и здоровью матери (включая ухудшение состояния плода)	Угроза жизни и здоровью матери (22 нед.) (угроза жизни матери м.б. основной необходимой причиной, разрешающей процедуру на любом сроке)
Ливан	Угроза жизни матери	«но»
Лесото	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости)	«но»
Либерия	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, изнасилование, инцест, другие сексуальные преступления, ухудшение состояния плода	По крайней мере, в течение 24 нед.
Ливия	Угроза жизни матери	«но»
Лихтенштейн	Угроза жизни и здоровью матери, женщина младше 14 лет на момент запроса и не состоит в браке за отцом ребенка	«но»
Литва	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, ухудшение состояния плода	«лв»
Люксембург	Угроза жизни или здоровью матери, ухудшение состояния плода	«но» (предполагается)

Страна	Показания для процедуры аборта во II триместре	Допустимые сроки
Макао	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, изнасилование, инцест, ухудшение состояния плода	Угроза жизни матери, физич. или психич. здоровье («но», «лв» предполагается), изнасилование или инцест, ухудшение состояния плода (24 нед.), если плод нежизнеспособен («лв»)
Македония	Угроза жизни или здоровью матери, сексуальное преступление, включая изнасилование, ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины	«но» («лв», предполагается)
Мадагаскар	Угроза жизни матери	«но»
Малави	Угроза жизни матери	«но» («лв», предполагаемый)
Малайзия	Угроза жизни матери, физическое или психическое состояние здоровья	Угроза жизни матери («но», «лв» предполагается, физич. или психич. здоровье)
Республика Мали	Угроза жизни матери, изнасилование, инцест	(«лв», «ж» предполагается)
Мальта	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости)	«но»
Мавритания	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости)	«но»
Маврикий	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости)	«но»
Мексика (варьируют в зависимости от штата, здесь указаны преобладающие положения)	Угроза жизни матери, изнасилование, ухудшение состояния плода	«но»
Молдавия (не ясно)	Угроза жизни и здоровью матери, изнасилование (вероятно, включая инцест), ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины	Угроза жизни и здоровью матери («лв»), изнасилование, ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины (21 нед.), за искл. случаев выраженных врожденных дефектов/аномалий (28 нед.)
Княжество Монако	Угроза жизни матери, физическое состояние здоровья, ухудшение состояния плода	Угроза жизни матери, физич. здоровье, ухудшение состояния плода («но», «лв» предполагается)
Монголия	Угроза жизни матери, заболевания	«но» («лв» предполагается)
Черногория	Угроза жизни и здоровью матери, сексуальные преступления, ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины	Угроза жизни и здоровью матери, ухудшение состояния плода (32 нед.) (угроза жизни матери может быть основной необходимой причиной, разрешающей процедуру на любом сроке), сексуальное преступление, социально-эконом. причины (20 нед.)
Монтсеррат	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, ухудшение состояния плода	Угроза жизни матери («лв»), физич. или психич. состояние здоровья, ухудшение состояния плода («но», «ж» предполагается)
Марокко	Угроза жизни и здоровью матери	«но»
Мозамбик	Угроза жизни и здоровью матери	«но»
Союз Мьянма	Угроза жизни матери	«но» («лв» предполагается)
Намибия	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, внебрачные сексуальные отношения, ухудшение состояния плода	«но»
Науру	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья	Угроза жизни матери («но», «лв» предполагается), физич. или психич. состояние здоровья «но»
Федеральная Демократическая Республика Непал	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, изнасилование или инцест, ухудшение состояния плода	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, ухудшение состояния плода («но», «лв» предполагаемый), изнасилование или инцест (18 нед.)
Нидерланды	По желанию, угроза жизни матери, ухудшение состояния плода	По желанию («ж»), ухудшение состояния плода, угроза жизни матери («лв» предполагается)
Новая Зеландия	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, женщина тяжело больна, изнасилование или инцест, ухудшение состояния плода	Угроза жизни матери («но», «лв» предполагается), физич. или психич. состояние здоровья («но», «ж» предполагается), изнасилование или инцест, женщина тяжело больна, ухудшение состояния плода (20 нед.)
Никарагуа	Абсолютный запрет (Ни на каких основаниях)	
Нигер	Угроза жизни и здоровью матери, ухудшение состояния плода	«но»
Нигерия	Угроза жизни матери	«но» («лв» предполагается)



Страна	Показания для процедуры аборта во II триместре	Допустимые сроки
Северная Ирландия (часть Соединенного Королевства, но имеет свои законы в области абортa)	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья	«но»
Норвегия	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, сексуальные преступления, включая изнасилование или инцест, ухудшение состояния плода, женщина страдает тяжелым психическим заболеванием или слабоумием, социально-эконом. Причины, особенно важные основания	Угроза жизни или здоровью матери («но», «лв» предполагается), психич. состояние здоровья, сексуальное насилие, изнасилование или инцест, женщина страдает тяжелым психич. заболеванием или слабоумием, ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины (18 нед.), особенно важные основания («ж»)
Оман	Угроза жизни матери	«но»
Пакистан	Угроза жизни матери, необходимость лечения	Угроза жизни матери («но», «лв» предполагается), необходимость лечения (пока органы не сформировались)
Панама	Угроза жизни матери, ухудшение состояния плода	«но» («лв» предполагается)
Папуа Новая Гвинея	Угроза жизни матери	«но» (до родов предполагается)
Парагвай	Угроза жизни матери	«но»
Перу	Угроза жизни здоровью матери	«но»
Филиппины	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости)	«но»
Польша (не ясно)	Угроза жизни и здоровью матери, ухудшение состояния плода	Угроза жизни и здоровью матери, ухудшение состояния плода («но», «лв» предполагается)
Португалия	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, сексуальные преступления, инцест, ухудшение состояния плода	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья («но», «лв» предполагается), сексуальное насилие (16 нед.), ухудшение состояния плода (24 нед.), если плод нежизнеспособен, тогда «лв»
Катар	Угроза жизни и здоровью матери, ухудшение состояния плода	Угроза жизни матери («но», «лв» предполагается), состояние здоровья или ухудшение состояния плода (4 мес.)
Румыния	По желанию лечение, лечение в интересах матери или плода	По желанию (14 нед.), лечение (24 нед.), лечение в интересах матери или плода («но», «лв», предполагается)
Российская Федерация (не ясно)	Угроза жизни матери, медицинские показания (включая ухудшение состояния плода и, вероятно, психическое состояние здоровья), изнасилование, социально-эконом. причины	Угроза жизни матери, медицинские показания («лв»), изнасилование, социально-эконом. причины (22 нед.)
Руанда	Угроза жизни и здоровью матери	«но»
Сент-Китс и Невис	Угроза жизни матери	«но» («лв» предполагается)
Сент-Люсия	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья	«но» («лв» предполагается)
Сент-Винсент и Гренадины	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, изнасилование или инцест, ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины	«но»
Самоа	Угроза жизни матери	«лв»
Республика Сан-Марино	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости)	«но»
Саудовская Аравия	Угроза жизни и здоровью матери	Угроза жизни матери («но», «лв» предполагается), состояние здоровья (4 мес.)
Сенегал	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости)	«но»
Сербия	Угроза жизни и здоровью матери, сексуальные преступления, включая изнасилование или инцест, ухудшение состояния плода	Угроза жизни или здоровью матери («но», «лв» предполагается), сексуальное насилие, ухудшение состояния плода (20 нед.)
Сейшельские Острова	Угроза жизни матери, физическое или психическое состояние здоровья, исключительные основания	«но» («лв» предполагается)
Республика Сьерра-Леоне	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости)	«но»
Сингапур	По желанию, угроза жизни матери, физическое или психическое состояние здоровья	По желанию (24 нед.). Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья («но», «лв», предполагается)
Словакия	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, ухудшение состояния плода	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья («но», «лв» предполагается), генетические повреждения (24 нед.), плод нежизнеспособен или сильно поврежден («но», «лв» предполагается)

Страна	Показания для процедуры аборта во II триместре	Допустимые сроки
Словения (не ясно)	Угроза жизни и здоровью матери (вероятно, включая психич. состояние здоровья и ухудшение состояния плода)	«но» («лв» предполагается)
Соломоновы острова	Угроза жизни матери	«но» («лв» предполагается)
Южная Африка	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, изнасилование или инцест, ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины	Угроза жизни матери, ухудшение состояния плода («но», «лв» предполагается), физич. или психич. состояние здоровья, изнасилование или инцест, социально-эконом. причины (20 нед.)
Испания	Угроза жизни и здоровью матери, ухудшение состояния плода	Угроза жизни матери («но», «лв» предполагается), состояние здоровья, ухудшение состояния плода (22 нед.), за искл. любого срока, если ухудшение не совместимо с жизнью, или у плода имеется экстремальное неизлечимое заболевание
Шри-Ланка	Угроза жизни матери	«но» («лв» предполагается)
Судан	Угроза жизни матери	«но»
Королевство Свазиленд	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, изнасилование, инцест, сексуальные отношения со слабоумной женщиной, ухудшение состояния плода	«но»
Швеция	По желанию, угроза жизни и здоровью матери, особые причины	По желанию (18 нед.), угроза жизни или здоровью матери («лв»), особые причины («ж»)
Швейцария	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья	«но» («лв» предполагается)
Сирия	Угроза жизни матери	«но»
Тайвань	Угроза жизни и здоровью матери, у одного из супругов есть наследственная болезнь, инцест, ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины	Угроза жизни и здоровью матери («но», «лв» предполагается), у одного из супругов есть наследст. болезнь, ухудшение состояния плода, инцест, социально-эконом. причины (24 нед.)
Таджикистан (не ясно)	Угроза жизни и здоровью матери (вероятно, включая психич. состояние здоровья и ухудшение состояния плода), изнасилование, социально-эконом. причины	Угроза жизни и здоровью матери («лв»). изнасилование или социально-эконом. основания (22 нед.)
Объединенная Республика Танзания	Угроза жизни матери	«но» («лв» предполагается)
Таиланд	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, сексуальные преступления, изнасилование или инцест, ухудшение состояния плода	«но»
Республика Того	Угроза жизни и здоровью матери, изнасилование, инцест, ухудшение состояния плода	«но»
Королевство Тонга	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости)	«но»
Тринидад и Тобаго	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости)	«но»
Тунис	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, ухудшение состояния плода	«но» («лв» предполагается)
Турция	Угроза жизни и здоровью матери, ухудшение состояния плода	«но» («лв» предполагается)
Туркменистан (не ясно)	Угроза жизни и здоровью матери (вероятно, включая психич. состояние здоровья и ухудшение состояния плода), социальные причины (вероятно, включая изнасилование)	Угроза жизни и здоровью матери («лв»); социальные причины (22 нед.)
Тувалу	Угроза жизни матери	«но» («лв» предполагается)
Объединенные Арабские Эмираты	Угроза жизни матери	«но»
Уганда	Угроза жизни матери	«но»
Украина (не ясно)	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины (вероятно, вкл. изнасилование)	22 нед. (угроза жизни матери может быть основной необходимой причиной, разрешающей процедуру на любом сроке)
Соединенные Штаты Америки	Угроза жизни и здоровью матери, по желанию	Угроза жизни и здоровью матери («лв»), по желанию («ж»)
Восточная Республика Уругвай	Угроза жизни и здоровью матери, изнасилование	«но» («лв» предполагается)
Узбекистан (не ясно)	Угроза жизни и здоровью матери (может вкл. психич. состояние здоровья и ухудшение состояния плода), социально-эконом. причины (вкл. изнасилование)	24 нед. (угроза жизни матери может быть основной необходимой причиной, разрешающей процедуру на любом сроке)
Республика Вануату	Медицинские причины	«но»
Боливарианская Республика Венесуэла	Угроза жизни матери	«но»

Страна	Показания для процедуры аборта во II триместре	Допустимые сроки
Социалистическая Республика Вьетнам	По желанию	«но»
Республика Йемен	Угроза жизни матери	«но»
Республика Замбия	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины	«но»
Республика Зимбабве	Угроза жизни матери, физич. состояние здоровья, изнасилование или инцест, ухудшение состояния плода	«но»

**Примечание.** Ключевые сокращения: *лв* = в любое время; *жс* = жизнеспособность; *но* = не определено; *не ясно* = для анализа не были доступны все законы; *недели* = срок беременности в неделях.

**Таблица 2. Изменения в законных (легальных) показаниях для выполнения аборта во II триместре, с 1990 г. по 2010 г., по странам**

Страна / дата внесения изменений в законодательство о выполнении аборт во II триместре	Законодательно разрешенные показания для выполнения аборт во II триместре до внесения изменений в законодательство	Показания для выполнения аборта во II триместре после внесения изменений в законодательство
Республика Албания, 1989 и 1995	Не ясно. Угроза жизни и здоровью матери, вероятно (широко интерпретируется)	Угроза жизни матери, физическое состояние здоровья, ухудшение состояния плода («лв»), изнасилование, сексуальное преступление, социальные причины (22 нед.)
Королевство Бельгия, 1990	Угроза жизни матери («но»)	Угроза жизни и здоровью матери, ухудшение состояния плода, («но», «лв» предполагается)
Республика Бенин, 2003	Угроза жизни матери («но»)	Угроза жизни и здоровью матери, изнасилование, инцест, ухудшение состояния плода («но»)
Королевство Бутан, 2004	Не ясно. Угроза жизни матери, вероятно	Угроза жизни матери, изнасилование, инцест, женщина страдает слабоумием («но»)
Республика Ботсвана, 1991	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости) («но»)	Угроза жизни матери, физическое или психическое состояние здоровья, изнасилование, инцест, ухудшение состояния плода (16 нед.) (Угроза жизни матери может быть основной необходимой причиной, разрешающей процедуру на любом сроке)
Буркина-Фасо, 1996	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости) («но»)	Угроза жизни и здоровью матери, ухудшение состояния плода («но», «лв» предполагается), изнасилование или инцест (10 нед.)
Королевство Камбоджа, 1997	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости) («но»)	Угроза жизни матери, изнасилование, ухудшение состояния плода («но», «лв», предполагается)
Республика Чад, 2002	Угроза жизни матери («но»)	Угроза жизни и здоровью матери, ухудшение состояния плода («но»)
Республика Колумбия, 2006	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости) («но»)	Угроза жизни матери, физическое или психическое состояние здоровья, сексуальное преступление («но»)
Республика Джибути, 1994	Не ясно. Угроза жизни матери, вероятно (подразумевается по необходимости)	Терапевтические причины (медицинские показания) («но»)
Республика Сальвадор, 1997	Угроза жизни матери, изнасилование, ухудшение состояния плода («но»)	Ни на каких основаниях (аборт по желанию мало вероятен)
Республика Экваториальная Гвинея, 1991	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости) («но»)	Угроза жизни и здоровью матери («но»)
Федеративная Демократическая Республика Эфиопия, 2005	Угроза жизни и здоровью матери («но»)	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, изнасилование, инцест, ухудшение состояния плода, возраст до 18 лет инцест, ухудшение состояния плода, (28 нед., предполагается) (угроза жизни матери может быть основной необходимой причиной, разрешающей процедуру на любом сроке)
Фиджи, 2009	Не ясно. Угроза жизни матери, физическое или психическое состояние здоровья, вероятно (широко интерпретируется)	Психическое состояние здоровья, изнасилование или инцест (20 нед.), угроза жизни матери, тяжелое медицинское состояние, ухудшение состояния плода («но»)
Республика Гана, 1985	Медикаментозное или хирургическое лечение	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, изнасилование, инцест, ухудшение состояния плода («но»)
Великобритания, 1990	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, ухудшение состояния плода, социально-эконом. причины	Угроза жизни матери, ухудшение состояния плода, («но», «лв» предполагается), физич. или психич. состояние здоровья (24 нед.), если нужно предотвратить тяжелое повреждение физич. или психич. здоровья, тогда «но», «лв», предполагается, социально-эконом. причины (при рассмотрении риска физич. или психич. состоянию здоровья) (24 нед. или «но», «лв», предполагается)

Страна / дата внесения изменений в законодательство о выполнении аборт в II триместре	Законодательно разрешенные показания для выполнения аборт в II триместре до внесения изменений в законодательство	Показания для выполнения аборт во II триместре после внесения изменений в законодательство
Кооперативная Республика Гайана, 1995	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости) («но»)	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, ухудшение состояния плода из-за того, что, будучи невменяемой, женщина не способна ухаживать за ребенком, насилия, инцеста, ВИЧ (+), беременность наступила несмотря на правильное применение контрацептивных средств женщиной или ее партнером, социально-эконом. причин. Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья («но», «лв», предполагается), др. показания (16 нед.)
Иран, 2005	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости) («но»)	Угроза жизни матери, ухудшение состояния плода (4 мес.) (угроза жизни матери м.б. основной необходимой причиной, разрешающей процедуру на любом сроке)
Ирландия, 1992	Ни на каких основаниях (аборт по причине необходимости мало вероятен)	Угроза жизни матери («но»)
Макао, 2004	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья («но», «лв» предполагается), сексуальное насилие [12], ухудшение состояния плода [16]	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья («но», «лв» предполагается), сексуальное насилие, ухудшение состояния плода (24 нед.), за иск., когда плод нежизнеспособен («лв»)
Республика Мали, 2002	Угроза жизни матери (подразумевается по причине необходимости) («но»)	Угроза жизни матери, изнасилование, инцест («но»)
Княжество Монако, 2009	Угроза жизни матери (подразумевается по причине необходимости) («но»)	Угроза жизни матери, физическое состояние здоровья, ухудшение состояния плода («но», «лв» предполагается)
Федеральная Демократическая Республика Непал, 2002	Не ясно. Угроза жизни матери, вероятно («но»)	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, ухудшение состояния плода («но», «лв» предполагается), изнасилование или инцест (18 нед.)
Республика Никарагуа, 2007	Терапевтические причины («но»)	Абсолютный запрет (ни при каких основаниях)
Нигер, 2006	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости) («но»)	Угроза жизни и здоровью матери, ухудшение состояния плода («но»)
Пакистан, 1997	Угроза жизни матери («но»)	Угроза жизни матери («но», «лв» предполагается), необходимость лечения (пока формируются органы)
Португалия, 2007	Угроза жизни матери («но», «лв» предполагается), физич. или психич. состояние здоровья, изнасилование (12 нед.), ухудшение состояния плода (16 нед.)	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья («но», «лв» предполагается), изнасилование или инцест (16 нед.), ухудшение состояния плода (24 нед., если плод нежизнеспособен, тогда «лв»)
Российская Федерация, 2003	Угроза жизни матери, медицинские показания (вкл. психич. состояние здоровья и, вероятно, ухудшение состояния плода) («лв»), изнасилование, социально-эконом. причины (22 нед.)	Угроза жизни матери, медицинские показания (включая психическое состояние здоровья и, вероятно, ухудшение состояния плода) («лв»); изнасилование, социально-эконом. причины (22 нед.)
Сент-Люсия, 2004	Медикаментозное или хирургическое лечение	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья («но», «лв» предполагается)
Южно-Африканская Республика, 1996	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, изнасилование или инцест, ухудшение состояния плода («но»)	Угроза жизни матери, ухудшение состояния плода («но», «лв» предполагается); физич. или психич. состояние здоровья, изнасилование или инцест, социально-эконом. причины (20 нед.)
Испания, 2010	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья («но», «лв» предполагается), ухудшение состояния плода (22 нед.)	Угроза жизни и здоровью матери («но», «лв» предполагается), ухудшение состояния плода (22 нед.), за иск. любого срока, если ухудшение несовместимо с жизнью
Королевство Свазиленд, 2005	Угроза жизни матери (подразумевается по необходимости) («но»)	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья, изнасилование, инцест, ухудшение состояния плода («но»)
Швейцария, 2002	Угроза жизни и здоровью матери (вероятно, интерпретируется в некоторых округах) («но»)	Угроза жизни матери, физич. или психич. состояние здоровья («но», «лв» предполагается)
Таиланд, 2006	Угроза жизни и здоровью матери, сексуальное насилие («но»)	Угроза жизни матери, физическое или психическое состояние здоровья, изнасилование или инцест, ухудшение состояния плода («но»)
Республика Того, 2006	Не ясно. Угроза жизни и здоровью матери, возможно («но»)	Угроза жизни и здоровью матери, изнасилование, инцест, ухудшение состояния плода («но»)
Туркменистан, 2009 (не ясно)	Угроза жизни и здоровью матери (возможно, вкл. психич. состояние здоровья и ухудшение состояния плода) («лв»), социальные причины (вероятно, включая изнасилование) (28 нед.)	Угроза жизни и здоровью матери (возможно, включая психич. состояние здоровья и ухудшение состояния плода) («лв»), социальные причины (вероятно, вкл. изнасилование) (22 нед.)

**Примечание.** Ключевые сокращения: лв = в любое время; жс = жизнеспособность; но = не определено; не ясно = для анализа не были доступны все законы; недели = срок беременности в неделях.

## Литература

1. International Conference on Second Trimester Abortion. Conference Report. 29–31 March 2007, London. At: <[www.medicalabortionconsortium.org/activities/conference-report-29-31-march-2007-london-uk-5.html](http://www.medicalabortionconsortium.org/activities/conference-report-29-31-march-2007-london-uk-5.html)>. Accessed 25 February 2010.
2. Lohr P.A., Hayes J.L., Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008;(1):CD006714. At: <<http://apps.who.int/rhl/reviews/CD006714.pdf>>. Accessed 25 February 2010.
3. South Africa. Department of Health. Termination of pregnancy update: cumulative statistics through 2004. Pretoria: Department of Health; 2005.
4. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th update. Geneva: WHO; 2010 (Forthcoming).
5. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006; 368: 1887–92.
6. Unuigbo J.A., Oronsaye A.U., Orhue A.A.E. Abortion-related morbidity and mortality in Benin City, Nigeria: 1973–85. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1988; 26(3): 435–9.
7. Walker D., Campero L., Espinoza H., et al. Deaths from complications of unsafe abortion: misclassified second trimester deaths. *Reproductive Health Matters* 2004; 12(24 Suppl): 27–38.
8. Berer M. Second trimester abortion: public policy, women's health [Editorial]. *Reproductive Health Matters* 2008; 16(31 Suppl): 3–13.
9. Tuyet Hoang T.D., Thuy Phan, Trang Huynh N.K. Second trimester abortion in Viet Nam: changing to recommended methods and improving service delivery. *Reproductive Health Matters* 2008; 16(31 Suppl): 145–50.
10. Ingham R., Lee E., Clements S.J., et al. Reasons for second trimester abortions in England and Wales. *Reproductive Health Matters* 2008; 16(31 Suppl): 18–29.
11. Ustá M.B., Mitchell E.M.H., Gebreselassie H., et al. Who is excluded when abortion access is restricted to twelve weeks?: evidence from Maputo, Mozambique. *Reproductive Health Matters* 2008; 16(31 Suppl): 14–7.
12. Font-Ribera L., Pérez G., Espelt A., et al. Determinants of induced abortion delay. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S* 2009; 23(5): 415–9.
13. Loeber O., Wijnen C. Factors influencing the percentage of second trimester abortions in the Netherlands. *Reproductive Health Matters* 2008; 16(31 Suppl): 30–6.
14. Harries J., Orner P., Gabriel M., et al. Delays in seeking an abortion until the second trimester: a qualitative study in South Africa. *Reproductive Health* 2007; 4: 7. At: <[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2039724/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2039724/)>. Accessed 14 May 2010.
15. Drey E.A., Foster D.G., Jackson R.A., et al. Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 107(1): 128–35.
16. Gallo M.F., Nghia N.C. Real life is different: a qualitative study of why women delay abortion until the second trimester in Vietnam. *Social Science & Medicine* 2007; 64(9): 1812–22.
17. World Health Organization. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva: WHO; 2003.
18. Singh D., Singh J.R., Kumar V. Prenatal diagnosis for congenital malformations and genetic disorders. *Emedicine*; 2008. At: <<http://emedicine.medscape.com/article/1200683-overview>>. Accessed 25 February 2010.
19. Wilson R.D. Amended Canadian guideline for prenatal diagnosis (2005): change to 2005-techniques for prenatal diagnosis. *JOGC Clinical Practice Guidelines* 2005; (168). At: <[www.sogc.org/guidelines/public/168E-CPG-November2005.pdf](http://www.sogc.org/guidelines/public/168E-CPG-November2005.pdf)>. Accessed 25 February 2010.
20. Boland R., Katzive L. Developments in laws on induced abortion: 1998–2007. *International Family Planning Perspectives* 2008; 34(3): 110–20. At: <[www.guttmacher.org/pubs/journals/3411008.html](http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3411008.html)>. Accessed 25 February 2010.
21. Rahman A., Katzive L., Henshaw S.K. A global review of laws on induced abortion, 1985–1997. *International Family Planning Perspectives* 1998; 24(2): 56–64. At: <[www.guttmacher.org/pubs/journals/2405698.html](http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2405698.html)>. Accessed 25 February 2010.
22. Henshaw S.K. Induced abortion: a world review. *Family Planning Perspectives* 1990; 22: 76–89. At: <[www.guttmacher.org/pubs/journals/2405698.html](http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2405698.html)>. Accessed 26 February 2010.
23. Cook R.J., Dickens B.M. Issues in Reproductive Health Law in the Commonwealth. London: Commonwealth Secretariat; 1986.
24. Cook R.J., Dickens B.M. Emerging Issues in Commonwealth Abortion Laws. London: Commonwealth Secretariat; 1982.
25. United Nations Population Division. Department of Economic and Social Affairs. Abortion policies: a global review. New York: UN; 2002. At: <[www.un.org/esa/population/publications/abortion/index.htm](http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/index.htm)>. Accessed 26 February 2010.
26. Center for Reproductive Rights. The world's abortion laws 2008, poster. New York: CRR; 2007. At: <[http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/pub\\_fac\\_abortion-laws2008.pdf](http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/pub_fac_abortion-laws2008.pdf)>. Accessed 26 February 2010.
27. Morhee R.A.S., Morhee E.S.K. Overview of the law and availability of abortion services in Ghana. *Ghana Medical Journal* 2006; 40(3): 80–86. At: <[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1790853/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1790853/)>. Accessed 26 February 2010.
28. Seri I., Evans J. Limits of viability: definition of the gray zone. *Journal of Perinatology* 2008; (28): S4–S8. At: <[www.nature.com/jp/journal/v28/n1s/full/jp200842a.html](http://www.nature.com/jp/journal/v28/n1s/full/jp200842a.html)>. Accessed 26 February 2010.
29. United Kingdom House of Commons Science and Technology Committee. Scientific developments relating to the Abortion Act 1967, 12th report of session 2006–07,

- Vol. 1 (HC 1045-1). September 2007. At: <[www.parliament.uk/pa/cm200607/cmselect/cmsstech/1045/1045i.pdf](http://www.parliament.uk/pa/cm200607/cmselect/cmsstech/1045/1045i.pdf)>. Accessed 26 February 2010.
30. British Medical Association. Fetal viability: a briefing paper from the BMA. 2005. At: <[www.bma.org.uk/ethics/reproduction\\_genetics/AbortionTimeLimits.jsp?page=6](http://www.bma.org.uk/ethics/reproduction_genetics/AbortionTimeLimits.jsp?page=6)>. Accessed 15 August 2010.
31. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Fetal awareness: review of research and recommendations for practice. London: RCOG; 2010.
32. Pro-Choice Forum. Late abortion: a review of the evidence. A briefing. Canterbury: Pro-Choice Forum; 2008. At: <[www.prochoiceforum.org.uk/pdf/PCF\\_late\\_abortion08.pdf](http://prochoiceforum.org.uk/pdf/PCF_late_abortion08.pdf)>. Accessed 26 February 2010.
33. Ortega Ortiz A. Review of: Causal salud: interrupción legal de embarazo, ética y derechos humanos. Bogotá: FLASOG; 2008. *Reproductive Health Matters* 2009; 17(33): 181–2.
34. World Health Organization. Constitution, 22 July 1946, Preamble. At: <[www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)>. Accessed 26 February 2010.
35. Annual Review of Population Law. Abortion Laws of the World. At: <[www.hsph.harvard.edu/population/abortion/abortionlaws.htm](http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/abortionlaws.htm)>. Accessed 26 February 2010.
36. Zampas C., Gher J.M. Abortion as a human right: international and regional standards. *Human Rights Review* 2008; 8(2): 249–94.
37. Cook R.J., Dickens B. Human rights and abortion laws. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1999; 65: 81–7.
38. Ipas. Human rights, unwanted pregnancy and abortion-related care: reference information and illustrative cases. 2002. At: <[www.ipas.org/Publications/asset\\_upload\\_file568\\_2443.pdf](http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file568_2443.pdf)>. Accessed 15 August 2010.
39. United Nations Human Rights Committee. *KL v. Peru*. 2005.
40. Netherlands. Ministry of Health Welfare and Sport. [Termination of life neonates] (Parliamentary document). 2006.
41. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England, Scotland and Wales: report of a working party. London: RCOG; 2010.
42. Díaz Amado E., Calderón García M.C., Romero Crisancho K., et al. Obstacles and challenges following the partial decriminalisation of abortion in Colombia. *Reproductive Health Matters* 2010; 18(36): 118–26.
43. Sedgh G., Henshaw S., Singh S., et al. Induced abortion: rates and trends worldwide. *Lancet* 2007; 370: 1338–45.
44. Henshaw S.K., Singh S., Haas T. The incidence of abortion worldwide. *International Family Planning Perspectives* 1999; 25(Suppl.): S30–S38.
45. Canada. Supreme Court. *R. v. Morgenthaler*. 1988.
46. Berer M. Provision of abortion by mid-level providers: international policy, practice and perspectives. *Bulletin of World Health Organization* 2009; 87: 58–63.
47. Information for health care providers. Information Package on Medical Abortion. International Consortium for Medical Abortion website. At: <[www.medicalabortion-consortium.org/articles/for-health-care-providers/health/?bl=en](http://www.medicalabortion-consortium.org/articles/for-health-care-providers/health/?bl=en)>. Accessed 21 August 2010.
48. Cook R.J., Dickens B.M. The scope and limits of conscientious objection. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2000; 71: 71–7.
49. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Ethics. The limits of conscientious refusal in reproductive medicine (Opinion No. 385). 2007. At: <[www.acog.org/from\\_home/publications/ethics/co385.pdf](http://www.acog.org/from_home/publications/ethics/co385.pdf)>. Accessed 14 August 2010.
50. International Federation of Gynecology & Obstetrics. Resolution on «Conscientious Objection». 2006. At: <[www.ifo.org/projects/conscientious](http://www.ifo.org/projects/conscientious)>. Accessed 14 August 2010.
51. Casas L. Invoking conscientious objection in reproductive health care: evolving issues in Peru, Mexico and Chile. *Reproductive Health Matters* 2009; 17(34): 78–87.
52. Center for Reproductive Rights. Defending human rights: abortion providers facing threats, restrictions, and harassment. New York: Center for Reproductive Rights; 2009.
53. Gynuity Health Projects. Mifepristone approval. At: <<http://gynuity.org/resources/info/list-of-mifepristone-approval/>>. Accessed 12 August 2010.
54. Gynuity Health Projects. Misoprostol approved. At: <<http://gynuity.org/resources/info/map-of-misoprostol-approval/>>. Accessed 12 August 2010.
55. Parfitt T. Russia moves to curb abortion rates. *Lancet* 2003; 362(1988): 968.
56. United States Supreme Court. *Gonzales v. Carhart*, Case No. 05-380. 2007. At: <[www.supremecourtus.gov/opinions/06pdf/05-380.pdf](http://www.supremecourtus.gov/opinions/06pdf/05-380.pdf)>. Accessed 12 August 2008.
57. International Conference on Second Trimester Abortion. Recommendations, 29–31 March 2007. *Reproductive Health Matters* 2008; 16(31 Suppl.): 205–6.
58. International Planned Parenthood Federation. Western Hemisphere Region. Legal abortion: a comparative analysis of health regulations. 2009. At: <[www.ippfwhr.org/sites/default/files/Legal\\_Abortion.pdf](http://www.ippfwhr.org/sites/default/files/Legal_Abortion.pdf)>. Accessed 14 August 2010.
59. United Nations Education, Scientific and Cultural Organization. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. Paris: UNESCO; 2009.

© 2011 «Проблемы репродуктивного здоровья»

*Second trimester abortion laws globally: actuality, trends and recommendations*

*Reed Boland*

*Reproductive Health Matters* 2010; 18(36): 67–89.



www.gzrf.ru

©2011 Проблемы репродуктивного здоровья.  
Авторские права защищены.  
Проблемы репродуктивного здоровья 2010;18(36): 90–101  
0968-8080/10 \$ – см. титульную страницу  
PII: S0968-8080(10)36537-2



www.rhmjournal.org.uk

## Безопасный аборт в 2008 г.: глобальные и региональные уровни и тенденции

Икбал Шах<sup>а</sup>, Елизабет Аман<sup>б</sup>

<sup>а</sup> Координатор, Профилактика небезопасного аборта, Специальная программа: Научно-исследовательская и развития тренингов в области репродукции человека, Департамент Репродукции человека и научных исследований, ВОЗ, Женева, Швейцария. Электронный адрес: shahi@who.int

<sup>б</sup> Консультант, Профилактика небезопасного аборта, Специальная программа: Научно-исследовательская и развития тренингов в области репродукции человека, Департамент Репродукции человека и научных исследований, ВОЗ, Женева, Швейцария

**Краткое содержание.** *Несмотря на существование безопасных и высокоэффективных методов проведения аборта, небезопасные аборты продолжают быть широко распространены практически во всех развивающихся странах. По последним оценкам Всемирной организации здравоохранения, число небезопасных абортов в мире за 2008 г. составило 21,6 млн., что свидетельствует о росте по сравнению с 19,7 млн. в 2003 г. Причиной данного увеличения является практически исключительно рост числа женщин репродуктивного возраста во всем мире. Не было отмечено значительного снижения числа небезопасных абортов во всем мире или в каком-либо из основных регионов мира; коэффициент числа небезопасных абортов во всем мире – 14 на 1000 человек в возрасте 15–44 лет – остался неизменным с 2003 по 2008 г. Тем не менее в 2008 г. по сравнению с 2003 г. отмечено умеренное снижение числа небезопасных абортов в большинстве субрегионов. Вместе с тем, рост показателей в Центральной Африке, Западной Азии и Центральной Америке связан с совершенствованием охвата и наличием более надежной информации в 2008 г. по сравнению с 2003 г. В Восточной и Центральной Африке были отмечены наиболее высокие показатели небезопасных абортов среди всех субрегионов. Приблизительно 47 тыс. женщин ежегодно погибают от осложнений, вызванных небезопасными абортами. Практически во всех этих случаях трагического исхода можно было бы избежать при условии более легкого доступа к информации, касающейся вопросов сексуальности, фертильности, наличия средств контрацепции и особенно услуг по выполнению безопасных абортов. © 2011 «Проблемы репродуктивного здоровья». Авторские права защищены.*

**Ключевые слова:** небезопасные аборты, материнская смертность, развивающиеся страны

**М**иллионы небезопасных абортов по-прежнему происходят ежегодно во всем мире, несмотря на высокую распространенность средств контрацепции и существование безопасных и эффективных методов выполнения абортов. Это имеет место не только потому, что все методы контрацепции порой оказываются неэффективными, но и из-за их неправильного или нерегулярного применения, что приводит к наступлению нежеланных беременностей; а также потому, что миллионы женщин во всем мире не имеют доступа к услугам безопасных абортов,

когда они принимают решение прервать беременность. Там, где аборты запрещены законом, некоторые женщины сохраняют беременность и рожают нежеланных детей; большинство же женщин, однако, решаются на то, чтобы сделать небезопасный аборт.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), принятому в 1992 г., небезопасный аборт представляет собой «процедуру прерывания незапланированной беременности, выполняемую либо лицом, не имеющим необходимых навыков, либо в условиях, не соот-

ветствующих минимальным медицинским стандартам, либо выполняются оба эти условия» [1]. Данное определение касается навыков лица, выполняющего аборт, и условий, в которых выполнялась процедура. Оно было разработано в конце 1980-х гг., в те времена, когда большинство применявшихся методов выполнения абортов были хирургическими и/или инвазивными, т.е. включали в себя введение инструментов в матку для выполнения процедуры, направленной на прерывание беременности. С тех пор методы проведения процедуры аборта значительно изменились, и рекомендуемые ВОЗ в настоящее время методы относятся к числу наиболее безопасных клинических вмешательств, существующих в сегодняшней медицине [2].

Лица, выполняющие небезопасные аборты, продолжают полагаться преимущественно на рискованные или традиционные методы; исследования демонстрируют множество небезопасных методов выполнения аборта и действий, предпринимаемых в целях прерывания беременности. Однако с появлением таблеток для медикаментозного аборта в тех странах, где аборты по-прежнему остаются запрещенными или ограниченными, женщины используют эти таблетки для самостоятельной стимуляции аборта [3]. К типичным характеристикам небезопасного аборта с применением таблеток для медикаментозного аборта относятся случаи, когда женщина использует препарат в слишком низкой или слишком высокой дозировке, либо использует таблетки сомнительного качества и/или приобретенные в ненадежных источниках. Тем не менее имеются данные, свидетельствующие о том, что применение медикаментозных методов аборта способствовало снижению как числа серьезных осложнений, так и случаев материнской смертности в странах, где подобные препараты имеются в наличии [4–6].

Независимо от того, какой метод искусственного прерывания беременности (ИПБ) используется, аборт может оказаться неполным, или могут возникнуть серьезные осложнения; в последнем случае потребуется дополнительная помощь. Существует достаточно много причин, в связи с которыми состояние женщины после ИПБ может ухудшиться, вплоть до состояния необходимости экстренной медицинской помощи, представляя тем самым угрозу жизни и здоровью женщины. К таким причинам можно отнести следующие: если женщина обращается за

помощью для лечения осложнений, а имеющихся возможностей медицинского учреждения недостаточно для оказания необходимой помощи; женщина не обращается вовремя за медицинской помощью из-за юридических ограничений, стигматизации или финансовых затруднений.

Важно добавить, что не все небезопасные аборты приводят к осложнениям. По приблизительным оценкам, каждой четвертой женщине потребуется медицинская помощь после небезопасного аборта [7]. Согласно данным последних оценок, проведенных ВОЗ, примерно 47 тыс. из 358 тыс. случаев материнской смертности, зарегистрированных в 2008 г., были вызваны осложнениями после небезопасных абортов [8]. В то же время у некоторых женщин отмечаются наносящие вред здоровью долгосрочные последствия, включая бесплодие, из-за нелеченной инфекции. У многих других болезнь будет носить краткосрочный характер [7].

В данной статье представлены наиболее поздние результаты исследований, посвященных небезопасным абортам, за 2008 г., составленные ВОЗ. Также рассмотрены тенденции в частоте и уровне показателей небезопасных абортов, и представлено сравнение по регионам между странами, по которым отсутствуют данные о небезопасных абортах, и отсутствием такого включения.

## Методы

ВОЗ имеет собственную базу данных по небезопасным абортам и сопутствующей смертности, в которой на момент написания данной статьи содержится почти 4 тыс. документов, касающихся преимущественно развивающихся стран. Информация, значимая для понимания и измерения масштаба небезопасных абортов, включает данные отчетов клиник и материалы опросов, результаты исследований учреждений, предоставляющих услуги ИПБ, а также изучения поведения при обращении за выполнением аборта, оказания медицинской помощи после аборта и результаты судебных расследований.

В тех случаях, когда искусственные аборты значительно ограничены (запрещены), подобные случаи могут оцениваться лишь косвенно, с использованием имеющейся, пусть и неполной, информации о заболеваемости и смертности вследствие небезопасных абортов [9]. Для проведения подобных анализов были изучены тысячи



документов в поисках значимых материалов, содержащих новые данные или информацию. Источником данных материалов служили библиографические базы данных, веб-сайты значимых организаций, а также поиск по странам наиболее современных данных, включая сайты министерства здравоохранения и прочие официальные сайты. После анализа ключевых элементов, таких как дизайн исследования, охват, определенные переменные, касающиеся результатов, были включены данные как опубликованных, так и неопубликованных исследований. Аборты при значительных юридических ограничениях считались небезопасными, так же как и аборты, выполненные вне правовых рамок.

Сначала с учетом поправок на неправильно составленные отчеты, неполного включения информации в эти отчеты были получены показатели и коэффициенты небезопасных абортов для отдельных стран; затем, после сопоставления по числу женщин или живорожденных детей, информация была систематизирована по субрегионам, регионам и, глобально, во всем мире.

Для решения проблемы ошибочного включения случаев искусственного аборта в отчетность как самопроизвольного, для оценки используется общее число случаев спонтанного и искусственного аборта с последующей коррекцией с учетом вероятности доли самопроизвольного аборта, как подробно описано ниже. В тех случаях, когда искусственные аборты происходят в определенной стране как в рамках закона, так и вопреки закону, официально разрешенные аборты исключались из общего числа небезопасных абортов.

Данные о госпитализации в связи с ИПБ предоставляют ложно-избыточную информацию относительно числа самопроизвольных абортов. В большинстве случаев клинически невозможно отличить самопроизвольный аборт от искусственного. Следовательно, для представления достоверной информации о доли самопроизвольных абортов в отчетах клиник оценка должна основываться на биологической модели. Соотношение числа женщин, не получающих помощь, к числу госпитализированных женщин предстоит оценить в ходе специальных исследований [10, 11]. После небезопасного аборта лишь некоторым женщинам потребуется помощь в стационаре, и они смогут за ней обратиться. Подобное решение определяется не только выраженностью симптомов (таких как кровотечение,

боль, повышение температуры, инфекционные осложнения), но и наличием медицинских услуг и доступу к ним, (вероятных) правовых аспектов искусственного аборта, страха в связи с возможной утечкой информации. Тревоги в связи с обращением за помощью увеличивают риск для здоровья женщин и могут привести к необратимой инвалидизации либо смерти.

Распространенность небезопасных абортов в государственном масштабе была оценена на основании отчетов больниц с использованием метода «симуляции осложнений при госпитализации» (hospitalization complications method – HCM) [10, 11]. Коэффициент соотношения числа абортов к числу родов в больницах корректируется с учетом числа самопроизвольных абортов, происходящих на сроке 13–22 нед. беременности, которые могли бы потребовать стационарного лечения. Женщины, у которых аборт происходит до 13 нед. беременности, редко нуждаются в стационарном лечении. Используя модифицированные данные из статистической таблицы продолжительности жизни для разных возрастов, Singh и Wulf [12] установили, что число беременностей, заканчивающихся самопроизвольным абортом в период между 13 и 22 нед., составляет приблизительно 3,41% от всех беременностей, завершающихся живорождением. Затем авторы предположили, что доля госпитализируемых женщин с самопроизвольным абортом приблизительно равна доле женщин, рожающих в больнице в данной стране. Полученный таким образом показатель небезопасных абортов в больнице – верхушка айсберга, далее корректируется с учетом доказательств, свидетельствующих о том, что наиболее небезопасные искусственные аборты не вызывают осложнений, требующих госпитализации. Таким образом, применяя коэффициент от 2 до 7 [10–14] к уровню небезопасных родов в конкретной больнице, можно получить приблизительную оценку показателя небезопасных абортов в государственном масштабе. Этот коэффициент используется для пересчета данных перечисленных выше исследований, выполненных в различных регионах и областях, на основании сходства со страной с известным уже данным коэффициентом. В целом, величина коэффициента умножения подразумевает, что чем ниже риск для здоровья женщины, связанный с небезопасными абортами в стране, тем выше будет данный коэффициент. Наконец, вычисленный коэффи-

циент абортот преобразуется в показатель абортот с учетом числа женщин в возрасте 15–44 лет (по данным Отдела народонаселения ООН) и числа родов за данный календарный год [15].

Женщины нередко неохотно признаются в том, что они делали искусственный аборт, особенно когда возможность его выполнения ограничена законом. Тем не менее исследования показывают, что значительное занижение сведений происходит даже в тех случаях, когда абортот и разрешены, и доступны в рамках законодательства [16–19]. По-видимому, случаи прерывания беременности на ранних сроках и события, произошедшие некоторое время назад, чаще оказываются не внесенными в отчеты [20]. В случае, когда абортот проводится подпольно, женщины чаще занижают сведения об искусственных абортот при опросах, несмотря на заверения о конфиденциальности, а также вследствие стигматизации, связанной с данным событием, либо могут сообщать только о фактах самопроизвольного выкидыша [21, 22]. Следовательно, данные опросов следует корректировать с учетом занижения фактов самопроизвольных абортот там, где таковые сведения включены в статистику. Во избежание дилеммы и сложности в распознавании самопроизвольных абортот в отличие от искусственных было сочтено более надежным начать с объединенных цифр с последующим вычетом самопроизвольных абортот, число которых оценивается в 10% от данных числа родов (20), из объединенных показателей распространенности в пределах страны, чтобы сделать поправку на число самопроизвольных абортот.

Проведенные исследования по проблемам абортот показали, что при личных интервью и при самостоятельном заполнении анкет опросов женщины занижают число собственных абортот. Результаты проведенных в США исследований свидетельствуют о том, что при личном интервью сообщается менее чем о половине искусственных абортот, выполненных за предшествующие пять лет [17, 20, 23, 24]; в процессе самостоятельного заполнения анкет (с голосовой и компьютерной помощью) факт искусственного абортот признали немногим более половины женщин [23]. Хотя при использовании более деликатных методов интервьюирования полученные результаты могут быть несколько лучше; как правило, при оценке числа небезопасных абортот на основании опросов используется умножа-

ющий коэффициент в размере 2, т.е. предполагается, что факт совершения абортот признает лишь каждая вторая женщина.

Приблизительные оценки по отдельным странам были подкреплены информацией из других источников относительно общих показателей рождаемости, применения современных и традиционных методов контрацепции, а также других имеющихся факторов, позволяющих определить уровень рождаемости. Последние из уже существующих оценок основаны на сведениях, имеющихся на 30 апреля 2010 г. Оценки были сделаны для географических регионов в соответствии с классификацией ООН. Дополнительные подробности относительно данных, методов и процедур вычисления на 2010 г. содержатся в материалах ВОЗ [8].

### **Небезопасные абортот в 2008 г.**

По оценкам ВОЗ, в 2008 г. в мире имели место 21,6 миллионов (млн.) небезопасных абортот, преимущественно в развивающихся странах [8]. Число небезопасных абортот, хотя и значительное, не является достоверной величиной для сравнения масштаба проблемы по регионам и с течением времени вследствие различий в численности населения по регионам и субрегионам, а также различий в приросте населения в каждом из регионов с течением времени. Подходящими индикаторами для подобных сравнений являются показатель небезопасных абортот, т.е. число небезопасных абортот на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет, а также коэффициент небезопасных абортот, т.е. число небезопасных абортот на 100 живорожденных детей. В таблице 1 представлены общие данные по приблизительному числу, показателям и коэффициентам небезопасных абортот согласно данным UNPD (United Nations Population Development).

Во всем мире в 2008 г. приблизительное ежегодное число небезопасных абортот увеличилось примерно на 2 млн. в сравнении с 19,7 млн. в 2003 г.; это связано с общим ростом числа женщин репродуктивного возраста. Практически все небезопасные абортот (98%) происходили в развивающихся странах; и эти показатели были значительно выше в менее развитых странах и в южной (южнее Сахары) части Африки – соответственно 27 и 31 – в сравнении со средними показателями по всем менее развитым регионам (16 на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет). Коэф-

**Таблица 1. Ожидаемое ежегодное количество небезопасных аборт, частота и соотношение в соответствии с географическим регионом, 2008 [8]**

Географический регион	Количество небезопасных абортов (округленное)	Частота небезопасных абортов (на 1000 женщин 15–44 лет)	Соотношение небезопасных абортов на 100 живорожденных
<b>В мире</b>	21 600 000	14	16
<b>В наиболее развитых регионах<sup>а</sup></b>	360 000	1	3
<b>В менее развитых регионах</b>	21 200 000	16	17
<b>В развивающихся регионах</b>	4 990 000	27	18
<b>В регионах Суб-Сахары Африки</b>	5 510 000	31	17
<b>Африка</b>	6 190 000	28	17
Восточная Африка	2 430 000	36	20
Средняя Африка	930 000	36	18
Северная Африка	900 000	18	18
Южная Африка	120 000	9	10
Западная Африка	1 810 000	28	16
<b>Азия*</b>	10 780 000	11	14
Восточная Азия <sup>а</sup>	0	0	0
Юго-Центральная Азия	6 820 000	17	17
Юго-Восточная Азия	3 130 000	22	28
Западная Азия	830 000	16	16
<b>Европа</b>	360 000	2	5
Восточная Европа	360 000	5	12
Северная Европа	0	0	0
Южная Европа	0	0	0
Западная Европа	0	0	0
<b>Латинская Америка и страны Карибского бассейна</b>	4 230 000	31	39
Карибские страны	170 000	18	22
Центральная Америка	1 070 000	29	34
Южная Америка	2 990 000	32	43
Северная Америка	0	0	0
<b>Океания<sup>а</sup></b>	18 000	8	7
Австралия/Новая Зеландия	0	0	0

**Примечание:** цифры могут не соответствовать общему количеству из-за округления.

<sup>а</sup> Япония, Австралия и Новая Зеландия были исключены из расчетов в своих регионах, но были включены в общее количество по развитым странам.

<sup>б</sup> Расчеты не производились в регионах, где частота случаев была незначительной.

\* Список стран ООН по уровню развития и географическому расположению можно найти на сайте: [http://esa.un.org/undp/wpp2008/xls\\_2008/WPP2008\\_LOCATIONXLS](http://esa.un.org/undp/wpp2008/xls_2008/WPP2008_LOCATIONXLS)

коэффициенты небезопасных абортов, однако, были достаточно низкими (соответственно 18 и 17 на 100 родов). В регионах с высокой рождаемостью и большим числом родов, например, в Восточной, Средней и Западной Африке, коэффициенты абортов были ниже, несмотря на большое число абортов, поскольку знаменатель (число родов для вычисления показателя) достаточно велик. В регионах с низкой рождаемостью и

меньшим числом родов ситуация была обратной, как, например, в Латинской Америке и Юго-Восточной Азии.

В Африке, в различных субрегионах, отмечаются значительные различия между тенденциями. Коэффициенты небезопасных абортов на 1000 женщин 15–44 лет широко варьируют: от девяти в Южной Африке до 36 в Восточной и Центральной Африке. Показатели небезопасных

абортов выше в Восточной и Центральной Африке (36 на 1000), чем в любом другом субрегионе, а в Западной Африке являются одними из наиболее высоких. Общий коэффициент фертильности остается значительно больше пяти детей на одну женщину в Восточной, Центральной и Западной Африке, а общий уровень использования контрацептивов остается низким: соответственно 26, 19 и 15%. Во всех остальных субрегионах Африки, равно как в Азии и Латинской Америке, распространенность применения контрацептивов составляет более 50% [26]. В центральном поясе по всей Африке показатели небезопасных аборт могут оставаться высокими, пока уровень использования контрацептивов не вырастет до более чем 30%, как это было отмечено в исследовании Streatfield в Матлабе, Бангладеш, посвященном изучению взаимосвязи между показателями применения контрацептивов, общей рождаемости и аборт [27].

В южном и северном субрегионах Африки ситуация выглядит совершенно иначе. К регионам Северной и Южной Африки относятся страны с высокой распространенностью использования контрацептивов и частичной доступностью безопасных аборт. Благодаря этому показатели небезопасных аборт в этих субрегионах достаточно низки. Аборт в Южной Африке разрешены по широкому диапазону обоснований, и услуги по выполнению безопасных аборт приобретают все большую доступность, хотя небезопасные аборт все еще не полностью искоренены. В Тунисе, например, аборт давно разрешены законом и безопасны; в стране имеются службы, занимающиеся выполнением ИПБ. Распространенность контрацепции в Южной и Северной Африке среди замужних женщин составляет соответственно 58 и 50%; при этом пары используют, в основном, современные методы. Таким образом, в этих двух субрегионах общие показатели рождаемости ниже трех детей на одну женщину, и показатели небезопасных аборт составляют соответственно 25 и 50% от отмечаемых в Восточной Африке. Тем не менее ограничительные законодательные условия продолжают оставаться причиной небезопасных аборт в Северной Африке.

В 2008 г. при 4,2 млн. небезопасных аборт число и показатели аборт в Латинской Америке и Карибском регионе немного выросли. Это связано, прежде всего, с появлением новой и более полной информации по Центральной Аме-

рике в 2008 г. в сравнении с 2003 г. Так, показатели за 2008 г. составили 29 на 1000 женщин 15–44 лет в Центральной Америке, в Карибском регионе ниже – 18 на 1000 женщин. Следует учесть, что в этот регион включена Куба, где аборт возможны по желанию женщины и услуги легко доступны. С другой стороны, хотя показатели продолжают оставаться высокими, распространенность небезопасных аборт – 32 на 1000 женщин 15–44 лет в Южной Америке – по видимому, стабилизировалась. Применение современных контрацептивов в Латинской Америке варьирует от 58 до 65%, из них приблизительно 50% приходится на долю добровольной хирургической стерилизации (ДХС). Использование современных обратимых методов в объеме 29–35% может означать, что для увеличения интервала между родами также используются аборт, что позволяет достичь общего коэффициента рождаемости в размере 2,2 детей на одну женщину в Южной Америке и 2,4 – в других странах региона [15].

Показатель небезопасных аборт в Азии на 2008 г. оценивается приблизительно в 11 на 1000 женщин 15–44 лет. Оценки по Азии в целом включают демографически крупный регион Восточной Азии, где, как правило, имеется возможность безопасных аборт. В субрегионе Южной-Центральной Азии отмечается наибольшее число небезопасных аборт из всех областей из-за большой численности населения в данном регионе. В 2008 г., по приблизительным оценкам, в Южно-Центральном регионе имело место более 6,8 млн. небезопасных аборт, или 17 на 1000 женщин репродуктивного возраста, что представляет серьезную проблему. В Индии, наиболее густонаселенной стране региона, аборт были легализованы в 1971 г.; тем не менее по-прежнему признается, что около двух третей всех аборт происходит вне специализированных медицинских учреждений [28], приводя к большому числу небезопасных аборт. Маловероятно, чтобы эти цифры снизились, пока женщины не станут лучше информированными относительно своего права на законный и безопасный аборт, а также не будут знать, куда обращаться за проведением безопасного аборт (включая эффективные программы медикаментозных аборт) и помощью после аборт. Особенно это касается миллионов малообеспеченных и молодых женщин. Кроме того, распространенность обратимых методов контрацепции в

данном субрегионе умеренна, составляя 54%, и две трети случаев применения средств контрацепции приходится на долю женской ДХС. Как и в Латинской Америке, высокая распространенность небезопасных абортсв связана, вероятно, с желанием женщин отложить рождение следующего ребенка, прежде чем сделать операцию ДХС. Из всех субрегионов Азии показатель небезопасных абортсв в Юго-Восточной Азии наиболее высок и составляет 22 на 1000 женщин 15–44 лет. Лишь 8% пар в данном субрегионе полагаются на традиционные методы планирования семьи (ПС), в то время как 53% используют современные, преимущественно обратимые, методы контрацепции. Представляется, однако, что для поддержания коэффициента рождаемости на уровне 2,3 детей на одну женщину используются абортсв.

Общий коэффициент рождаемости в Западной Азии составляет 2,9 детей на одну женщину, а распространенность контрацепции находится на уровне 54%, из которых более чем каждая третья пара использует традиционные методы, что свидетельствует о недостаточном применении современных средств контрацепции. По приблизительным оценкам, коэффициент небезопасных абортсв для Западной Азии составляет 16 – это ниже, чем в Северной Африке, где отмечается аналогичный общий коэффициент рождаемости и распространенности контрацептивов, хотя применение современных средств контрацепции выше в Северной Африке, где оно составляет 45%.

Низкий уровень небезопасных абортсв, уже давно отмечаемый в отдельных субрегионах Европы, в 2008 г. значительно снизился по сравнению с 2003 г. Небезопасные абортсв по-прежнему наблюдаются только в Восточно-европейском регионе, например, в Польше, где законы существенно ограничили доступ, и выросло число ограничений для выполнения безопасных абортсв [29]. Число небезопасных абортсв в России, самой населенной стране региона, с трудом поддается оценке, поэтому цифры по всему Восточно-европейскому региону могут быть выше, чем предполагается, особенно после введения несколько лет назад нового закона с ограничениями на ИПБ по социальным показаниям и на поздних сроках. Менее надежные (или заниженные) цифры небезопасных абортсв в России могут оказать значительное влияние на показатели по всему Восточно-европей-

скому региону в связи с большой численностью населения страны.

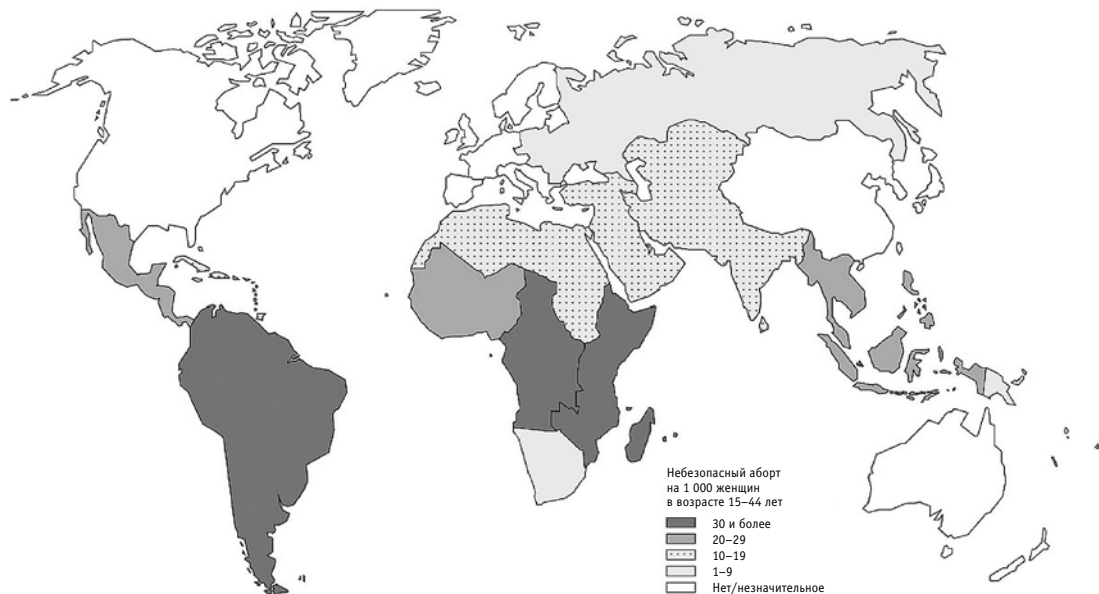
При том, что существование проблемы небезопасных абортсв в Океании, за исключением Австралии и Новой Зеландии, признается, данные чрезвычайно скудны, и, следовательно, оценки весьма приблизительны. Тем не менее маловероятно, чтобы в Океании был достигнут общий коэффициент рождаемости ниже четырех детей на одну женщину при низком уровне использования контрацептивов, составляющем 27% (21% для современных методов) и всего 8 небезопасных абортсв на 1000 женщин; следовательно, показатель небезопасных абортсв может быть значительно выше.

На карте-схеме (рис. 1) представлен обзор показателей небезопасных абортсв в субрегионах и продемонстрировано, что наиболее высокие показатели отмечаются в Южной Америке и регионах вдоль всего пояса Африки. Тем не менее большое число небезопасных абортсв отмечается во всех развивающихся регионах, за исключением Восточной Азии. В Южной Африке наблюдается наименьший диапазон показателей абортсв. В развитых странах небезопасные абортсв имеют место только в Восточно-европейском регионе.

### **Все страны мира в сравнении со странами, в которых есть данные о небезопасных абортсв**

В отдельных регионах и странах есть примеры, свидетельствующие о наличии небезопасных абортсв или их полном отсутствии, в то время как в других – некоторые или все абортсв несомненно являются небезопасными. Есть страны, где небезопасные абортсв в незначительном или, напротив, крупном масштабе сосуществуют с безопасными абортсвами, например, в Индии. Некоторые небезопасные абортсв имеют место в странах, где проводится реформирование законодательства об абортсвах, цель которого – сделать абортсв безопасным: Камбоджа, ЮАР, Эфиопия и Непал. В других же безопасные абортсв могут быть широко доступны; однако из-за некоторых условий, таких как слабый доступ, стоимость, ограничительные требования, например, необходимость согласия родителей, отсутствие конфиденциальности и/или социальные причины, женщины могут прибегать к небезопасным абортсвам.

**Рисунок 1. Ожидаемое ежегодное количество небезопасных абортов на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет по субрегионам ООН, 2008 [8]**



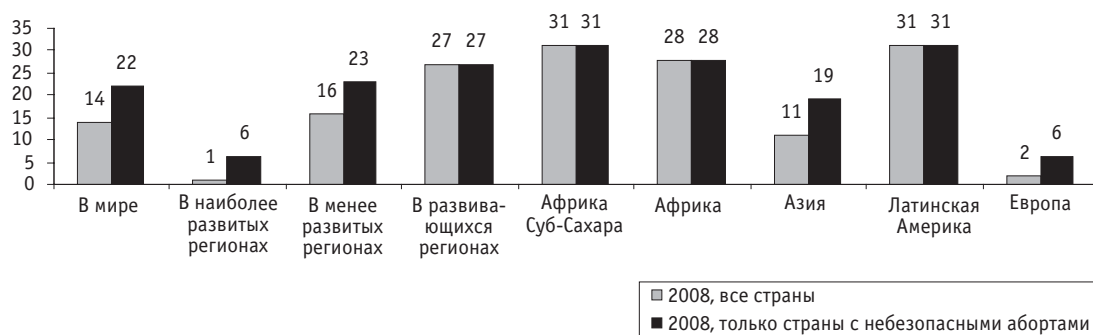
Показатели, представленные в таблице 1, были вычислены с учетом всех стран в каждом регионе, независимо от наличия или отсутствия доказательств, свидетельствующих о небезопасных абортах. Приблизительные оценки за 2008 г. были получены также исключительно для тех стран региона, по которым имелись доказательства, свидетельствующие о наличии небезопасных абортов, что, вероятно, является более значимым индикатором, особенно для таких регионов, как Азия и Европа, включающих демографически крупные субрегионы с безопасными абортами. Были проведены два типа оценок: [1] для всех стран в пределах субрегиона (как показано в таблице 1); и [2] для стран этого субрегиона, по которым имеются свидетельства о небезопасных абортах, исключая из знаменателя – показатели абортов на 1000 женщин, и коэффициент абортов на 100 живорожденных детей – населения стран, по которым отсутствуют свидетельства о небезопасных абортах. При меньшем, однако, более верном знаменателе показатели небезопасных абортов выше, что лучше отражает глобальную ситуацию с небезопасными абортами (рис. 2).

Показатель небезопасных абортов во всем мире стремительно растет – от 14 до 22 на 1000 женщин 15–44 лет, как показано на данном рисунке, а в менее развитых регионах он достигает 23, если исключить страны Восточной Азии и другие страны с безопасными абортами. При исключении стран, по которым отсутствует информация о небезопасных абортах, в более развитых регионах показатель небезопасных абортов возрастает от 1 до 6 на 1 000 женщин 15–44 лет. Для менее развитых стран и южных (южнее Сахары) регионов Африки оба эти показателя совпадают, поскольку аборты в значительной степени ограничены законом, и большинство абортов классифицируются как небезопасные. Незначительные различия для Африки и Латинской Америки связаны с тем, что в Тунисе и на Кубе аборты разрешены законом и проводятся по желанию женщины.

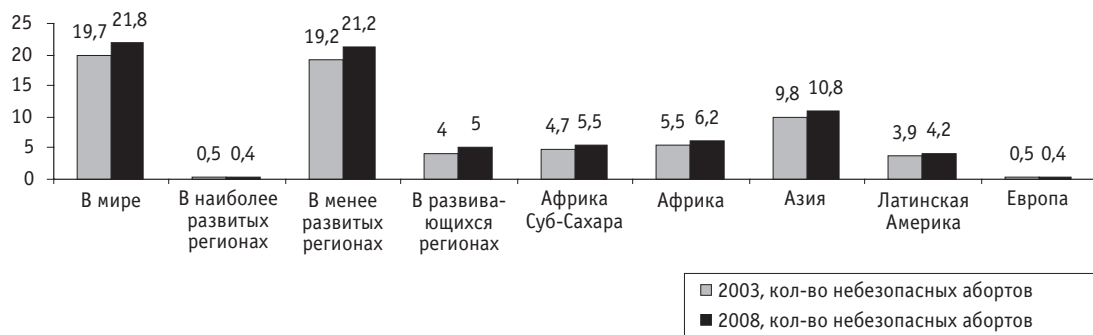
### **Тенденции в отношении небезопасных абортов: 2003–2008 гг.**

Число небезопасных абортов выросло с 19,7 млн. в 2003 г. до 21,6 млн. в 2008 г. (рис. 3), вместе с тем общий показатель небезопасных

**Рисунок 2. Уровень небезопасных абортов на 1000 женщин 15–44 лет для всех стран в регионе и только для стран, в которых представлены доказательные данные по небезопасным абортam, 2008 г. [8]**



**Рисунок 3. Ожидаемое количество небезопасных абортов, глобально и по большим регионам, 2003 и 2008 гг. [8, 30]**



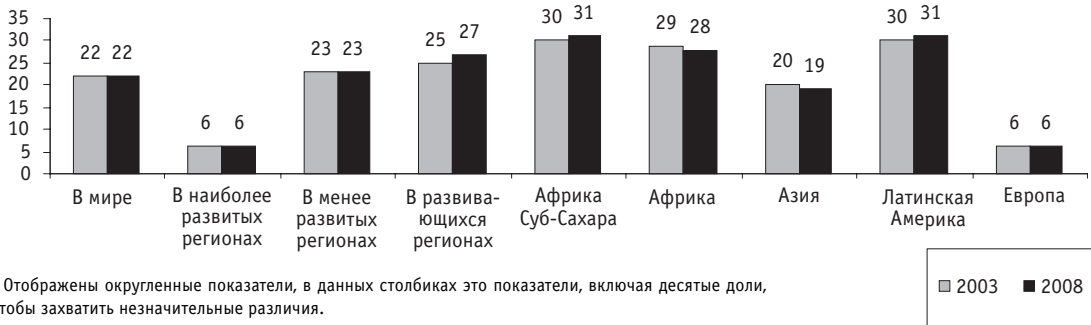
абортов остался неизменным. Рост числа абортов связан с увеличением численности женщин 15–44 лет – от 1 465 354 000 человек в 2003 г. до 1 553 217 000 человек в 2008 г. [15].

Во всех регионах в 2008 г. отмечаются несколько более высокие цифры; тем не менее наибольший прирост населения произошел в наименее развитых странах, в южной (южнее Сахары) Африке и во всей Африке, где число женщин репродуктивного возраста стремительно выросло. В Азии число небезопасных абортов увеличилось приблизительно на один миллион, в то время как в Латинской Америке рост в период между 2003 и 2008 гг. был умеренным. На рис. 3 изображен масштаб проблемы в различных регионах мира. Однако лучшее представление о региональных и временных тенденциях можно получить, используя стан-

дартизированную систему измерения показателей абортов.

Глобальные, региональные и субрегиональные показатели (рис. 4 и 5) основываются на данных по странам в регионах, где имеются свидетельства о небезопасных абортam. Изменения между показателями небезопасных абортов в основных регионах в период между 2003 и 2008 гг. были невелики (рис. 4); тем не менее контраст между развивающимися и развитыми регионами огромен: от более чем 30 на 1000 женщин 15–44 лет в Южной (южнее Сахары) Африке и Латинской Америке до 20 на 1 000 женщин в Азии (за исключением Восточной Азии) и до 6 на 1000 женщин в более развитых регионах, представленных лишь Восточной Европой. Показатели небезопасных абортов в Африке были несколько ниже в 2008 г., чем в 2003 г., в основном за счет

**Рисунок 4. Ожидаемое количество небезопасных абортов<sup>а</sup> на 1000 женщин 15–44 лет только для стран с доказательными данными по небезопасным абортам, 2003 и 2008 гг.**



<sup>а</sup> Отображены округленные показатели, в данных столбиках это показатели, включая десятые доли, чтобы захватить незначительные различия.

**Рисунок 5. Уровень небезопасных абортов на 1000 женщин 15–44 лет по регионам, только для стран с доказательными данными по небезопасным абортам, 2003 и 2008 гг. [8, 30]**



<sup>а</sup> Отображены округленные показатели, в данных столбиках это показатели, включая десятые доли, чтобы захватить незначительные различия.

изменений, отмеченных в Южной и Северной Африке (рис. 5).

### Тенденции в субрегионах и отдельных областях

Средние величины тенденций, представленные глобальными показателями и группировкой показателей по континентам, поглощают различия между субрегионами, однако эти различия имеют важное значение. Умеренное снижение показателей небезопасных абортов было отмечено в 2008 г. в сравнении с 2003 г. [30] в большинстве субрегионов (рис. 5). Рост показателей небезопасных абортов, отмеченный в Центральной Африке, Западной Азии и Центральной Америке, был связан с лучшим охватом и более надежной информацией в 2008 г. по

сравнению с 2003 г. Опубликованные в 2007 г. осторожные данные оценки за 2003 г. во многих случаях оказались заниженными. Наиболее высокие показатели из всех субрегионов в 2008 г. были отмечены в Восточной и Центральной Африке – 36 на 1000 женщин 15–44 лет. Тем не менее в Восточной Африке наблюдалось снижение (по сравнению с 39 на 1000 женщин 15–44 лет в 2003 г.), в то время как показатели за 2008 г. по Центральной Африке корректируют заниженные в 2003 г. данные. В Западной Африке показатели были немного ниже – 28 на 1000 женщин 15–44 лет в оба периода измерения. Как в Северной, так и в Южной Африке имели место значительные улучшения: с 22 и 14 на 1000 женщин 15–44 лет в 2003 г. соответственно до 18 и 9 на 1000 женщин 15–44 лет в 2008 г.



В Южной и Центральной Азии констатировалось умеренное снижение: с 18 на 1000 женщин 15–44 лет в 2003 г. до 17 на 1000 женщин в 2008 г., что является одним из наиболее низких показателей среди субрегионов с небезопасными абортами. Тем не менее это снижение является значительным из-за огромной численности населения на данной территории. В Юго-Восточной Азии отмечаются наиболее высокие показатели (намного выше 20) из всех субрегионов Азии как в 2003 г., так и в 2008 г. (за исключением Вьетнама и Сингапура, где аборт разрешен законом). Благодаря более качественным и полным данным по Западной Азии отмеченные показатели были заметно выше, чем в 2003 г., хотя они все же остаются скромными. В Восточной Азии отсутствуют или крайне малы показатели небезопасных абортов, поэтому данный регион не представлен на рис. 5.

Показатели за 2008 г. в Южной Америке ниже, чем в 2003 г., продолжая тенденцию, наблюдаемую с 2000 г. и демонстрирующую последовательное снижение числа небезопасных абортов в данном регионе. Как было указано выше, в Центральной Америке и Карибском регионе одинаково высокие показатели небезопасных абортов (Куба и Карибские острова, где искусственные аборт легальны и безопасны, исключены из данных подсчетов).

## Обсуждение

Несмотря на значительный рост применения контрацептивов и прогресс в безопасных технологиях ИПБ, небезопасные аборт продолжают иметь место в доминирующей части развивающегося мира, приводя ежегодно к смерти и травмам многих женщин. В ситуациях, когда имеющиеся услуги по контрацепции неспособны удовлетворить потребности в ПС, и когда применяемые средства контрацепции не выполняют свои функции, женщины и пары прибегают к ИПБ для регуляции своей фертильности. Там, где доступ к безопасным аборт ограничен, женщины вынуждены обращаться к неквалифицированным лицам или использовать различные методы и препараты без поддержки медицинских работников.

На основании данных 2007 г. относительно распространенности контрацепции [26] и типичных показателей неудачи при использовании контрацепции было установлено, что еже-

годно приблизительно у 33 млн. женщин, использующих тот или иной метод контрацепции, возникает незапланированная беременность [30]. Кроме того, потребности в ПС у не менее чем 100 млн. замужних женщин с неудовлетворенной потребностью и более чем 400 млн. незамужних женщин репродуктивного возраста, включая подростков, не удовлетворяются в должной степени.

Однако сама по себе контрацепция не сможет и не позволит снизить потребность женщин в абортах, являющихся частью жизненного опыта женщин в такой же мере, как и их способность забеременеть. Как минимум безопасные услуги по выполнению ИПБ должны быть доступны в каждой стране в соответствии с законодательством. Кроме того, совершенно необходимо, чтобы страны, межправительственные и неправительственные организации уделяли должное внимание вопросам небезопасных абортов как крупной проблемы общественного здравоохранения. Там, где законы, социальные и политические нормы ограничивают аборт и делают их противозаконными, женщины, тем не менее, продолжают обращаться за выполнением абортов, даже рискуя при этом своим здоровьем и своей жизнью. Число небезопасных абортов не снизится, если доступ женщин к безопасным абортам и эффективным услугам ПС не станет более легким. Наиболее важно срочно заняться этим вопросом в странах, где подобные услуги наименее доступны.

Авторы выражают надежду, что информация, представленная в данной статье, поможет информированному обсуждению темы небезопасных абортов во всем мире и приведет к согласованным усилиям, направленным на то, чтобы все аборт стали безопасными.

## Примечание

Авторы несут исключительно личную ответственность за взгляды, высказанные в данной статье. Они не обязательно отражают решения, политику или взгляды Всемирной организации здравоохранения.

## Выражения благодарности

*Авторы выражают исключительную благодарность за изображение карты на рис. 1 Svetlin Kolev.*

## Литература

1. World Health Organization. The prevention and management of unsafe abortion: report of a technical working group. (WHO/MSM/92.5). Geneva: WHO, 1992.
2. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: WHO, 2003 and forthcoming.
3. Ramachandar L., Pelto P.J. Medical abortion in rural Tamil Nadu, South India: a quiet transformation. *Reproductive Health Matters* 2005; 13(5): 54–64.
4. Harper C.C., Blanchard K., Grossman D., et al. Reducing maternal mortality due to elective abortion: potential impact of mifepristone in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2007; 98(1): 66–9.
5. Miller S., Lehman T., Campbell M., et al. Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2005; 112(9): 1291–6.
6. Sherris J., Bingham A., Burns M.A., et al. Misoprostol use in developing countries: results from a multicountry study. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005; 88(1): 76–81.
7. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006; 368(9550): 1887–92.
8. World Health Organization. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Geneva: WHO, 2010.
9. Llovet J.J., Ramos S. Induced abortion in Latin America: strategies for future social research. *Reproductive Health Matters* 1998; 6(11): 55–65.
10. Singh S., Prada E., Mirembe F., et al. The incidence of induced abortion in Uganda. *International Family Planning Perspectives* 2005; 31(4): 183–91.
11. Singh S., Prada E., Kestler E. Induced abortion and unintended pregnancy in Guatemala. *International Family Planning Perspectives* 2006; 32(3): 136–45.
12. Singh S., Wulf D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *International Family Planning Perspectives* 1994; 20(1): 4–13.
13. Huntington D. Abortion in Egypt: official constraints and popular practices. Paper presented at IUSSP Seminar on Cultural Perspectives on Reproductive Health, Rustenburg, South Africa, 16–19 June 1997.
14. Ferrando D. El aborto inducido en el Perú. Hechos y cifras. Lima: Centro Flora Tristan and Pathfinder International, 2002.
15. UN Department for Economic and Social Information and Policy Analysis. World population prospects: the 2008 revision. New York: UN, 2009.
16. Wilcox A.J., Horney L.F. Accuracy of spontaneous abortion recall. *American Journal of Epidemiology* 1984; 120(5): 727–33.
17. Jones E.F., Forrest J.D. Underreporting of abortion in surveys of US women: 1976 to 1988. *Demography* 1992; 29(1): 113–26.
18. Udry R.J., Gaughan M., Schwingl P.J., et al. A medical record linkage analysis of abortion underreporting. *Family Planning Perspectives* 1996; 28(5): 228–31.
19. Anderson B.A., Vatus K., Puur A., et al. The validity of survey responses on abortion: evidence from Estonia. *Demography* 1994; 31(1): 115–32.
20. Jones R.K., Kost K. Underreporting of induced and spontaneous abortion in the United States: an analysis of the 2002 National Survey of Family Growth. *Studies in Family Planning* 2007; 38(3): 187–97.
21. Osís M.-J., Ardí E., Faúndes A., et al. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. *Revista de Saúde Pública* 1996; 30(5): 444–51.
22. Canto de Cetina T.E., Colven C.E., Hernández Cano J.M., et al. Aborto incompleto: características de las pacientes tratadas en el Hospital O'Horan de Mérida, Yucatán. *Salud Pública de México* 1985; 27(6): 507–13.
23. Fu H., Darroch J.E., Henshaw S.K., et al. Measuring the extent of abortion underreporting in the 1995 National Survey of Family Growth. *Family Planning Perspectives* 1998; 30(3): 128–33, 138.
24. Moreau C., Bajos N., Bouyer J. Question comprehension and recall: the reporting of induced abortions in quantitative surveys on the general population. *Population (English ed.)* 2004; 3–4: 439–54.
25. Rasch V. Self-reports of induced abortion: an empathetic setting can improve the quality of data. *American Journal of Public Health* 2000; 90(7): 1141–4.
26. United Nations Population Division. *World Contraceptive Use 2007*. New York: UN, 2009.
27. Streatfield P.K. Role of abortion in fertility control. *Journal of Health, Population and Nutrition* 2002; 19(4): 265–7.
28. Ministry of Health & Family Welfare, India. *Annual report 2006–2007*. New Delhi: MoHFW, Government of India, 2008.
29. Nowicka W., editor. *Reproductive rights in Poland*. Warsaw: Federation for Women and Family Planning, 2008.
30. World Health Organization. *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. 5th ed. Geneva: WHO, 2007.



## Препятствия и проблемы, последовавшие за частичной декриминализацией аборт в Колумбии

Эдуардо Диаз Амадо<sup>a</sup>, Мария Кристина Кальдерон Гарсия<sup>b</sup>, Катерин Ромеро Кристанчо<sup>c</sup>,  
Елена Прада Салас<sup>d</sup>, Элайэн Баррето Хаузер<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Врач, Департамент философии и Центр истории медицины и заболеваний, Даремский университет, Дарем, Великобритания. Электронная почта: eduardo.diaz-amado@durham.ac.uk;

<sup>b</sup> Юрист, представитель of La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Богота, Колумбия;

<sup>c</sup> Юрист, независимый консультант, Богота, Колумбия;

<sup>d</sup> Социолог и демограф, независимый консультант, Богота, Колумбия;

<sup>e</sup> Акушер-гинеколог, независимый консультант, Богота, Колумбия

**Краткое содержание.** В результате сопровождавшегося множеством споров процесса по решению Конституционного суда аборт были частично декриминализованы в Колумбии в 2006 г. в следующих ситуациях: беременность угрожает жизни или здоровью женщины, в случаях тяжелых пороков развития плода, несовместимых с жизнью, а также в случаях изнасилования, инцеста или нежеланного оплодотворения. Тем не менее, обращаясь за услугами по выполнению абортов, колумбийские женщины по-прежнему сталкиваются с препятствиями. Это подтверждается историями 36 женщин, которым в 2006–2008 гг. было либо отказано в законном прерывании беременности, или же на их пути были созданы необоснованные препятствия, приведшие к задержке искусственного прерывания беременности; эти случаи проанализированы в данной статье. Авторы утверждают, что причиной возникновения препятствий явились принципиальные разногласия в отношении абортов и непонимание этических, юридических и медицинских требований, вытекающих из решения Суда. С целью избежать таких препятствий, как требование санкционирования со стороны судьи, отказ в проведении процедуры в учреждениях по личным убеждениям медработников, отказ признать заявление об изнасиловании или отказ в медицинском страховании при законном прерывании беременности, представляющих собой дискриминацию по отношению к женщинам, предлагаются три основные стратегии: официальное признание решения Суда всеми гражданами Колумбии, профессиональный подход со стороны всех принимающих участие в оказании услуг в соответствии с законом и мониторинг его реализации со стороны государственных и негосударственных организаций. © 2011 «Проблемы репродуктивного здоровья». Авторские права защищены.

**Ключевые слова:** законодательство и политика в отношении абортов, услуги по проведению абортов и лица/учреждения, выполняющие данную процедуру, Колумбия

Несмотря на тот факт, что в Латинской Америке законодательство в отношении абортов является одним из наиболее ограничительных в мире, число абортов остается относительно высоким, и данный регион занимает лидирующую позицию с точки зрения небезопасных абортов. Многие аборт выполняются нелегально и представляют собой серьезную угрозу здоровью и жизни, особенно это касается наиболее бедных женщин [1–5]. В течение пос-

ледних 20 лет тема абортов приобрела большую значимость в государственной политической повестке дня Латинской Америки, и сегодня данный вопрос активно обсуждается в обществе [2, 5–7]. В то время как отдельные страны (Чили, Сальвадор, Доминиканская Республика и Никарагуа) ужесточили в своих законах ограничения в отношении абортов, другие (Мехико, Перу) начали устанавливать более либеральную правовую систему [8, 9]. Такова ситуация в Колумбии,

где частичная декриминализация абортсв в 2006 г. по решению Конституционного суда [10] привела к процессу, в результате которого произошло примечательное соединение этики, закона и политики [7]. В течение двух лет, последовавших за решением Суда, однако, стало ясно, что применение и реализация закона на практике будут представлять собой непростую задачу [11–15]. В данной статье представлена краткая история приведшего к принятию решения процесса и проанализированы истории 36 женщин, столкнувшихся после 2006 г. с необоснованными препятствиями при проведении законного прерывания беременности, возникшими вследствие нерешенных этических, медицинских и юридических разногласий в контексте нового закона.

### Декриминализация абортсв в Колумбии

Несмотря на существовавшие до 2006 г. законы, касавшиеся абортсв, отношение к их практике в колумбийском обществе оставалось достаточно толерантным, и места, где абортсв доступны, были хорошо известны [9, 16]. Незаконность абортсв способствовала процветанию подпольной индустрии, в которой многие женщины получали неквалифицированную помощь с последующими тяжелыми случаями осложнений, с которыми еженедельно приходилось сталкиваться медицинским работникам [13]. Данная хорошо известная ситуация, в которой понятие «незаконно», как правило, означает «небезопасно», привела к тому, что абортсв стали ведущей причиной материнской заболеваемости и смертности [3, 4, 17]. Официальная статистика по абортсв в Колумбии демонстрирует масштаб проблемы, вместе с тем, является неполной. В 1980-е г., по данным учета госпитализаций для лечения связанных с абортсв осложнений, ежегодно происходило 250–350 тыс. абортсв [18]. Проведенное в конце 1990-х гг. исследование показало, что треть проживающих в городах женщин прибегали к абортсв, а абортсв были более распространены среди молодых и менее обеспеченных женщин [19]. После 2006 г., по приблизительным оценкам, ежегодно совершалось 320–450 тыс. абортсв [14, 17]. Тем не менее независимо от статистики:

*«Абсолютная криминализация абортсв превращает их в проблему для общественного здравоохранения и способствует социальному неравенству» [20].*

В период между 1975 и 2006 гг. был предпринят ряд попыток, направленных на решение проблемы небезопасных абортсв. На рассмотрение Конгресса было вынесено пять законопроектов с предложением гарантировать безопасное прерывание беременности; все они были забаллотированы [21]. Затем, 10 мая 2006 г., женщина-адвокат возбудила дело в Конституционном суде, заявляя, что запрет на абортсв является неконституционным\*, и Суд принял решение о частичной декриминализации абортсв [10, 22]. При этом Суд рассмотрел четыре основных аргумента:

- международное законодательство в отношении прав человека является частью конституционных обязательств Колумбии;
- правовая защита «нерожденных» должна быть сопоставлена с другими правами, принципами и ценностями, обозначенными в Конституции;
- права женщин и гендерное равенство защищены согласно Конституции;
- и, наконец, принцип *пропорциональности* накладывает ограничения на законодательство в отношении криминализации абортсв [23].

Суд вынес решение, в соответствии с которым абортсв более не являлись уголовным преступлением в трех случаях: если беременность представляла угрозу для жизни или здоровья беременной женщины, если у плода имелись тяжелые пороки развития, несовместимые с жизнью, или если беременность наступала в результате насилия, инцеста или нежеланного оплодотворения. Вслед за решением Суда Министерством социального обеспечения были разработаны юридические нормы, регулирующие данную новую услугу, которую система здравоохранения Колумбии обязана была предоставлять.

Решению суда способствовало несколько факторов [5, 21]. Во-первых, социальная активность женских организаций. Во-вторых, новая политическая и юридическая обстановка, сформировавшаяся благодаря принятию в 1991 г. Политической Конституции, уделявшей большое внимание плюрализму и основным правам человека [24]\*\*. В-третьих, сам Конституционный суд сыграл ключевую роль. Даже несмотря на то, что в 1994 г.

\* Согласно статьям 122–124 Уголовного кодекса, действующего с 2000 г. [23].

\*\* Раздел II Конституции посвящен теме прав человека и основан на Всеобщей Декларации прав человека [24].

Суд подтвердил конституционность юридического запрета на аборт, в ряде принятых при рассмотрении других дел решений и благодаря своей тесной связи с обществом Колумбии с момента создания в 1991 г. Суд косвенно содействовал открытому обсуждению данного вопроса в обществе в течение многих лет [23, 25]. Кроме того, заседавшие в Суде в 2006 г. судьи считались более прогрессивными, и тот факт, что они позволили провести либеральные дебаты на тему декриминализации абортов, сыграл ключевую роль. Наконец, что немаловажно, в обществе, в том числе среди медицинских работников, крепла поддержка в отношении законности абортов в определенных ситуациях [2, 13].

Тем не менее, несмотря на решение Суда, на практике право колумбийских женщин на законный аборт все еще не всегда признается теми, кто несет ответственность за предоставление услуг по выполнению абортов.

### Примеры, иллюстрирующие сложности при обращении за законными абортами

В период с мая 2006 по апрель 2008 г. 46 женщин обратились в *La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres* (Сеть защиты жизни и здоровья женщин, или *La Mesa*)<sup>\*</sup> в поисках информации или помощи при обращении за законным прерыванием беременности. Сорок из них были направлены неправительственными организациями, остальные — медицинскими работниками, либо представителями государственных служб. В 36 из 46 случаев женщины столкнулись с отказом в законном прерывании беременности, либо такое состоялось после длительного бюрократического процесса, потребовавшего нескольких направлений к медицинским работникам или юристам. В конечном счете, 29 женщин прервали беременность; шесть приняли решение о сохранении беременности (трое — прежде, чем обратиться за абортом в систему здравоохранения, и трое — после однократного отказа); по одному из случаев информация отсутствует. В десяти других случаях аборты не состоялись; информа-

<sup>\*</sup>Группа колумбийских учреждений и отдельных лиц, предоставляющих юридическую поддержку женщинам, которые сталкиваются с трудностями при обращении за законным абортом, а также ряд других услуг. См.: <[www.despenalizaciondelaborto.org.co/-Que-es-la-Mesa-por-la-Vida-y-la-](http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/-Que-es-la-Mesa-por-la-Vida-y-la-)>

ция относительно причин в записях отсутствует.

Данные ситуации были зарегистрированы представителями *La Mesa*, хотя это не было сделано специально в целях исследования. По мере роста числа случаев в *La Mesa* была созвана междисциплинарная группа независимых исследователей, члены которой являются авторами данной статьи. Цель создания этой группы — анализ информации, который позволил бы понять, с какими препятствиями сталкиваются колумбийские женщины, обращающиеся за законным прерыванием беременности.

В таблице 1 представлены сводные характеристики 36 женщин, столкнувшихся с отказом, и причины, по которым они обращались за выполнением аборта. Возраст 25% из них составлял 11–17 лет; самой старшей женщине — 41 год. Почти у двух третей не было детей, в то время как 37% имели от одного до четырех детей. Большинство были незамужними (67%), проживали в городе (82%) и принадлежали к наиболее бедным социальным слоям (65%).

**Таблица 1. Характеристики женщин (n = 36), которые отрицали неоднократное выполнение легального аборта или имели необоснованные задержки**

Возраст, лет	n
11–14	4
15–17	6
18–41	26
<b>Образование</b>	
Начальное	10
Техническое	4
Среднее специальное или высшее	22
<b>Социально-экономический статус</b>	
Низкий	21
Средний или высокий	15
<b>Количество детей</b>	
0	22
1–2	13
3–4	1
<b>Причины, по которым выполнялся аборт</b>	
Насилие	18
Пороки развития плода	9
Угроза здоровью/жизни	8
Социально-экономические причины <sup>a</sup>	1

<sup>a</sup> Незаконно, согласно постановлению Суда.

По каким причинам женщинам чинились препятствия? В 18 из 36 случаев, независимо от социально-экономического уровня женщины, легальное прерывание было осложнено, поскольку медицинские работники выдвигали необоснованные требования относительно предоставления законного или иного разрешения, например, подписи или печати. В 13 из этих 18 случаев услуги по выполнению аборта не предоставлялись в местных медицинских учреждениях; медицинские работники оказывали чрезмерное давление на женщину, призывая сохранить беременность; возникали необоснованные задержки в проведении аборта; а заявления женщин относительно имевшего место изнасилования порой подвергались сомнению. В четырех случаях последовал отказ от выполнения процедуры по личным убеждениям от имени учреждения (что не разрешено для учреждений, а только для отдельных лиц), или же в качестве причин для отказа медицинскими работниками выдвигались заявления о незнании решения Суда.

Нередко также отмечались случаи «выжидательной тактики». В таблице 2 представлено число дней необоснованной задержки, с которыми пришлось столкнуться 22 женщинам, в зависимости от причин обращения за выполнением аборта.

В 11 случаях женщины сталкивались с длительными задержками при обращении за аборт по причине изнасилования. В значительной степени задержка была связана с тем, что женщины откладывали подачу заявления об изнасиловании на значительное время. Лишь одна женщина сообщила об изнасиловании в тот же день, когда оно произошло; остальные десять женщин заявляли об изнасиловании спустя 19–134 дня, в среднем через 72 дня. Поэтому особенно важно, чтобы при обращении за аборт процедура выполнялась без дальнейших задержек. Тем не ме-

нее число дополнительных дней между первым обращением женщины за аборт и собственно выполнением аборта варьировало от 2 до 44 дней, составляя в среднем 16 дней. В целом, общее число дней между совершением изнасилования и аборт колебалось от 37 до 150 дней, составляя в среднем 79 дней (данные не показаны).

### Препятствия: вопрос принципиальных разногласий

Отсутствие своевременных высококачественных услуг по выполнению аборт после принятия решения Суда явилось не только последствием управленческой неэффективности в организации системы здравоохранения. Описанные выше барьеры отражали значительно более широкий спектр проблем: во-первых, отсутствие базового понимания решения Суда в колумбийском обществе; во-вторых, сохранение непризнанных и нерешенных этических, медицинских и юридических разногласий в отношении аборт, вследствие которых реализация и исполнение решения стали сложной и комплексной задачей. Во Введении к Конституции 1991 г. Колумбия определяется как «социальное государство, управляемое законом... демократическое, основанное на всеобщем участии и плюрализме, на уважении к человеческому достоинству, труду и солидарности между всеми гражданами...» [24].

Более того, конституционный принцип уважения к независимости, представленный в статье 16, подтверждает, что «все граждане имеют право на свободное личное развитие без ограничений, за исключением накладываемых правами других лиц, а также предписанных законодательством» [24].

В соответствии с этими принципами граждане Колумбии имеют право выражать собственные взгляды в принятии решения относительно

**Таблица 2. Срок задержки до того, как женщине выполнен аборт (n = 22 женщины)**

Срок задержки (в днях)	Насилие (n = 14)	Пороки развития плода (n = 6)	Угроза здоровью/жизни (n = 2)
0–5	3	1	
6–10	3	2	1
11–15	2	1	
16–20	2	1	
21–25	2		1
Более 25 дней	2	1	

своего тела (своей неприкосновенности) и своей жизни. Это означает, что гражданам Колумбии следует научиться признавать, что *то, как отдельным лицам надлежит поступать* в соответствии с их личным восприятием понятия Добра (что относится к сфере этики), не обязательно является тем, *как необходимо поступать всем лицам* (что относится к сфере законности) [7]. Следовательно, законное прерывание беременности является *возможностью*, предоставленной по закону всем колумбийским женщинам, тем самым накладывая *обязательство* на обозначенных законом лиц в отношении предоставления данной услуги. Путаница между этическими убеждениями и правовыми обязательствами в отношении решения Суда лежит в основе глубоких противостояний и разногласий в отношении медицинской независимости и независимости женщин, защиты жизни плода и защиты жизни женщин, а также незнания закона либо его нарушения.

### **Медицинская независимость и независимость женщин**

По мнению Суда, запрет на аборт был неоправданной мерой в тех случаях, когда сохранение беременности может представлять неприемлемый риск для здоровья или жизни женщины [10]. Сюда относятся все обстоятельства, при которых сохранение беременности может повлиять на здоровье женщины или причинить ему вред. В то же время Суд признал, что технические аспекты, касающиеся абортов, находились вне сферы его компетенции, и принимать решения в отношении этих вопросов должны профессиональные медицинские работники. Однако, хотя медицинские показания к выполнению аборта, по некоторым мнениям, являются одним из наиболее значимых результатов решения Суда, применение данного решения вызвало множество проблем.

*«Непоследовательность в... интерпретации и реализации медицинских показаний... может привести к разногласиям в практике и к дискриминации... (и) создать препятствия, мешающие женщинам осуществлять основные права и свободы, ...а также нарушать их право на равную защиту перед законом» [26].*

Важно понимать, что применение исключений в отношении здоровья зависит от принятия права на здоровье как одного из прав человека, и что носителем этого права является определен-

ное лицо [27]. Хотя гарантирование права на здоровье является проблематичным, предоставление адекватных медицинских услуг по выполнению безопасного аборта должно быть гарантированным для всех женщин, в том числе и для имеющих медицинские показания к ИПБ, которые следует понимать как включающие наряду с физическим и психическое здоровье [28]. Выступавшие с критикой в адрес решения Суда персоналии выдвигали в качестве аргумента предположение, согласно которому включение определенного состояния здоровья могло стать скользкой дорожкой на пути к искусственным абортам по желанию женщины, однако в реальности этого не произошло. Другие оппоненты утверждали: «для того, чтобы получить возможность сделать аборт на законных основаниях, женщины могут говорить неправду или придумывать причины, по которым их здоровье может быть подорвано». Вместе с тем Суд постановил, что в случаях изнасилования и инцеста необходимо полагаться на честность и ответственность беременной женщины [10, 23], и это в равной степени должно относиться и к медицинским показаниям.

### **Защита жизни плода и защита жизни женщины**

Концепция морального статуса живого организма является определяющей с точки зрения моральных обязательств по отношению к этому организму [29]. При обсуждении темы абортов некоторые полагают, что принципиальные различия в моральном статусе между эмбрионом/плодом и взрослым человеком отсутствуют; другие убеждены, что моральным статусом в полной мере обладают исключительно организмы, имеющие рассудок, моральные чувства и осознающие собственное существование [30]. В решении Суда говорится, что человеческую жизнь необходимо рассматривать как динамический процесс, включающий различные стадии развития, что подразумевает наличие степеней и нюансов, определяющих, каким образом и до какой степени следует осуществлять правовую защиту жизни плода.

В некоторых из 36 случаев, рассмотренных авторами статьи, женщинам, по-видимому, было отказано в законном аборте потому, что медицинские работники, либо учреждения, ответственные за выполнение абортов, считали, что права эмбриона/плода перевешивали права жен-

щины. В одном случае врач оскорбил женщину, назвав ее «убийцей», когда она обратилась за выполнением аборта по причине порока развития плода. Более того, в подтверждение того, что «счастливая жизнь» возможна в любом случае, тот же врач ссылаясь на пример цирковых лилипутов. Следовательно, по его заявлению, даже при наличии отклонений в развитии ее ребенок мог бы прожить успешную жизнь. Подобные медицинские работники выступают в роли «обвинителя», выражая несогласие с решением женщины. Несомненно, подобное введение женщин в заблуждение недопустимо.

Понятие «порок развития, несовместимый с жизнью» является, с клинической точки зрения, столь же сложным, как и «риск для здоровья». Известно, что существуют серьезные пороки развития, несовместимые с жизнью вне материнского организма, такие как анэнцефалия. В то же время также существуют серьезные пороки развития и патологические состояния, тяжесть которых, говоря техническим языком, сложно точно диагностировать во время беременности. Понимая, что определение данного понятия находится вне пределов компетенции Суда, последний оставил решение этого вопроса на усмотрение врачей. Если бы Суд точно обозначил значение понятия «порок развития, несовместимый с жизнью» и «исключение по состоянию здоровья», у врачей было бы меньше возможностей для привнесения личных субъективных мнений при решении подобных случаев. Напротив, наличие руководств, основанных на научных доказательствах и международных нормах, способствовало бы снижению риска дискриминации.

Кроме того, при рассмотрении защиты жизни женщин необходимо учитывать не только медицинские, но и социальные аспекты. Принимая во внимание условия бедности и насилия, в которых живут многие в Колумбии, также следует учитывать отсутствие адекватной социальной и системной поддержки. В одном из рассмотренных случаев, например, женщина была изнасилована членом вооруженной группировки в известной зоне конфликтов в сельском районе, и ей пришлось ехать в столицу, чтобы обратиться за прерыванием беременности, поскольку по месту ее проживания подобные услуги не предоставлялись. Будучи в столице, она «потерялась» в бюрократизме системы здравоохранения [31], что еще более усугубило ее стра-

дания. Подобные случаи свидетельствуют о том, что недостатки системы здравоохранения могут стать своего рода насилием по отношению к женщинам.

### **Незнание или неправильное толкование закона**

Сама юридическая система может, как это ни парадоксально, стать источником несправедливости. Неэффективность, коррупция и бюрократия являются факторами, усугубляющими ситуацию, особенно в случаях сексуального насилия. Один случай связан с обращением женщины в Суд после того, как ей было отказано в проведении законного аборта в местной больнице по причине изнасилования; судья также отказал в удовлетворении прошения женщины. Лишь после того, как судья был уведомлен юристом о том что, отказавшись выслушать женщину, он может быть виновен в неправомерности и неэтичности исполнения своих обязанностей, судья согласился принять ее прошение. В другом случае медицинская компания, работающая по принципу предварительной оплаты, отказалась проводить законный аборт на основании того, что в их контракт не были включены подобные услуги. В данном случае женщине было сложно выяснить, кто именно или какая компания должны были в таком случае предоставлять эту услугу.

Требование относительно предоставления «подлинных» и иных документов может привести к отказу в предоставлении помощи. Это является неверным толкованием закона, поскольку предоставление подобных документов не требуется по закону. В рассмотренных здесь случаях запрос медицинских работников в отношении предоставления согласия на аборт от судьи, либо иной документации может восприниматься как возможность защитить себя от каких-либо правовых претензий. В то же время это является неоправданным бременем для женщин, имеющих законное право на выполнение аборта.

Поскольку многие медицинские работники по-прежнему не знакомы с решением Суда, они могут легко совершать ошибки и отказывать женщинам в услугах, на которые последние имеют право по закону. Более того, медработники могут быть еще более уязвимыми, если коллеги в их медицинских учреждениях оказывают на них неоправданное давление, призывая к отказу в за-



конном прерывании беременности. По этой причине необходимо, чтобы медицинские работники обладали полной информацией о решении Суда и сопутствующих закону правовых документов.

## Что следует делать?

### Признание решения в обществе

Теперь колумбийские женщины обладают конституционным правом на получение качественных медицинских услуг, если они принимают решение сделать аборт по любому из трех показаний, легализованных Конституционным судом. Это означает, что государственные власти должны контролировать соблюдение закона, медицинские страховые компании — обеспечивать финансирование услуг, а медицинские учреждения и медицинские работники — оказывать услуги по выполнению аборт.

В то же время необходимо информировать население о правовых определениях Суда, чтобы люди могли требовать выполнения положенных им по праву процедур. Авторы глубоко убеждены, что женщины должны иметь право принимать самостоятельные решения при условии выполнения трех ключевых условий информированного согласия: адекватной и полной информации, понимания и добровольности [32]. Министерство социального обеспечения, секретарь по вопросам здравоохранения и медицинские учреждения (как государственные, так и частные) обязаны обеспечить доступность населения к информации по данному вопросу.

Уже был предпринят ряд инициатив, направленных на ознакомление широкой общественности с содержанием решения Суда. В 2006 г. Министерство социального обеспечения и Национальный университет Колумбии стали проводить мероприятия по улучшению информированности в отношении содержания решения Суда и контролировать выполнение решения медицинскими учреждениями [21]. Кроме того, в *La Mesa* были проведены семинары и разработаны информационные материалы для медицинских работников, юристов и представителей социальной сферы. Создание юридической службы, ориентированной на оказание помощи женщинам, столкнувшимся с отказом в ИПБ на законных основаниях, с неоправданными задержками и низким качеством оказываемых ус-

луг (врачами, другими сотрудниками или государственными властями), в которую и поступили рассмотренные в данной статье 46 случаев, является еще одной реализованной организацией *La Mesa* инициативой.

### Совершенствование профессиональной этики

В медицинских профессиях, наряду с юридическими, существуют определенные этические обязательства. Решение Суда гарантирует право на отказ от выполнения аборта по личным убеждениям, однако это право распространяется лишь на отдельных лиц [10]. Более того, авторы поддерживают аргумент, в соответствии с которым *«Истинный отказ по личным убеждениям требует соблюдения баланса между правами отказывающегося и правом пациентов, в данном случае женщин, на здоровье»* [33].

Недопустимо, чтобы врачи могли использовать право на отказ по личным убеждениям в качестве оправдания для уклонения от исполнения своих профессиональных обязанностей. Создание кому бы то ни было препятствий в доступе к медицинским услугам, на которые имеется право, является нарушением этических и правовых правил профессионального поведения. В связи с этим Американская Коллегия акушеров и гинекологов (ACOG) утверждает, что: *«Хотя уважение к личным убеждениям является важным фактором, отказы по личным убеждениям должны быть ограничены, если они представляют собой навязывание религиозных или моральных убеждений пациентам, отрицательно влияют на здоровье пациента, основываются на научной дезинформации или же создают, либо усугубляют расовые или социально-экономические неравенства»* [34].

### Мониторинг текущей ситуации

Поскольку у женщин, находящихся в сложной ситуации обращения за законным аборт, нередко имеются медицинские проблемы или, возможно, отрицательный опыт переживаний, оказание услуг по выполнению аборт должно контролироваться государственными и негосударственными организациями, а медицинские учреждения обязаны обеспечивать предоставление основанных на поддержке услуг. Министерство социального обеспечения установило несколько норм и правил по законным услугам выполнения аборт. Ниже представлены три наиболее важных из них:

- Указ 4444/2006 разъясняет, каким образом медицинские учреждения должны обеспечивать выполнение аборт, определяет понятие отказа по личным убеждениям и включает в себя руководства Всемирной организации здравоохранения по безопасным абортам\*;
- Резолюция 4905/2006 и Технические нормы оказания услуг по добровольному прерыванию беременности представляют собой руководство для медицинских работников, позволяющее гарантировать качественное медицинское внимание женщинам, обращающимся за законным прерыванием беременности;
- в соглашении 350/2006 говорится, что услуги по выполнению аборт должны быть включены в базовые программы оказания медицинской помощи, доступные всем гражданам Колумбии [21].

Государственные и частные учреждения, профессиональные и неправительственные организации также играют важную роль. Эта роль заключается в оказании помощи Министерству социального обеспечения в определении его позиции, мониторинге практической деятельности через руководителя национальной системы здравоохранения, представительстве Генерального инспектора, омбудсмена и секретарей по вопросам здоровья, а также расследовании случаев нарушений этики и законодательства силами Национальной полиции, Генеральной прокуратурой и профессиональными этическими трибуналами.

Наконец, правовой механизм *Tutela* (попечительская деятельность) – Указа о защите основных конституционных прав [31] – является важным инструментом для колумбийских женщин, позволяющим им отстаивать свои права на законное прерывание беременности. Конституционный суд разъяснил отдельные аспекты принятого в 2006 г. решения. В документе под грифом Т-988/2007 медицинским работникам определено, что они не должны предъявлять каких-либо дополнительных или противозаконных требований к обращающимся за законным прерыванием беременности женщинам. В документе под

\* Однако этот декрет был приостановлен Советом государства, самым высоким административным судом, так как главный инспектор бросил вызов этому в 2008 году на том основании, что Министерство социальной защиты не было наделено правом регулировать Решение суда.

грифом Т-209/2008 Суд подробно разъяснил, каким образом и в каких случаях возможна реализация права на отказ по личным убеждениям. А в документе под грифом Т-946/2008 Суд постановил, что профессиональная компетентность судей, отказавшихся защитить права женщины, которой было отказано в законном прерывании беременности, подлежит проверке. Данное требование может рассматриваться как напоминание о том, что любые власти, не выполняющие свои законные обязанности в отношении выполнения законных аборт, будут подвергаться преследованию.

## Заключение

В течение двух лет, последовавших за решением Суда, в *La Mesa* обращались женщины, которым было отказано в законном абрте, или же им пришлось преодолевать барьеры, вследствие чего аборт был проведен позже необходимого срока. Эти случаи ясно показали, что объявление в 2006 г. Решения С-355 не обеспечило его реализацию полностью или в должной мере. Таким группам, как *La Mesa* и другим, поддерживающим этот закон, нужно отстаивать право на адекватные услуги по выполнению аборт и развитие социальной и профессиональной практики в отношении аборт, основанные на истинном уважении к обстоятельствам и выбору женщин.

Решение Суда не явилось окончанием споров относительно аборт в Колумбии. В то же время частичная декриминализация аборт поставила ряд новых вопросов для колумбийского общества, поскольку легальные услуги по выполнению аборт стали частью базовых медицинских услуг.

В последние два года отмечаются некоторые признаки улучшения ситуации, например, женщины и медицинские работники лучше информированы о новом законе, а в некоторых медицинских учреждениях снизилось число бюрократических препятствий, с которыми приходится сталкиваться женщинам. Тем не менее остается множество барьеров. В отдаленных районах и небольших городах, например, ситуация порой улучшается в меньшей степени, чем в крупных городах, из-за более слабо развитой инфраструктуры, меньшего доступа к информации и менее эффективных действий по защите интересов женщин.

В будущем важно достичь лучшего понимания причин, по которым необходимо различать необходимость законной реализации Решения C-355/2006 и этических споров и дебатов относительно аборт, которые, вероятно, будут продолжаться. Во-вторых, значение и ограничения понятия «отказ по личным убеждениям» и интерпретация «исключений по медицинским показаниям» требуют дальнейшего открытого обсуждения в обществе. Наконец, помимо декриминализации собственно абортов, необходимо проделать большой объем работы для того, чтобы добиться снижения числа нежеланных беременностей путем предоставления лучшего сексуального просвещения, снижения гендерного неравенства и уровня бедности, совершенствования услуг по охране сексуального и ре-

продуктивного здоровья, а также содействия реализации демократических и плюралистических ценностей, заявленных в Конституции 1991 г.

## Примечания

Взгляды, представленные в данной статье, принадлежат исключительно авторам и не отражают мнений какого-либо учреждения, с которым они могут быть ассоциированы. Цифры и статистические данные, использованные в статье, были представлены Elena Prada Salas на Третьем научно-исследовательском совещании по вопросам нежеланной беременности и небезопасных абортов «Проблемы общественного здоровья в Латинской Америке и Карибском регионе», г. Мехико, 7–10 октября 2008 г.

## Литература

1. Human Rights Watch. Derecho internacional de los derechos humanos y aborto en América Latina, 2005. At: <[www.hrw.org/spanish/informes/2006/wrd0106/wrd0106sp.pdf](http://www.hrw.org/spanish/informes/2006/wrd0106/wrd0106sp.pdf)>. Accessed 2 August 2010.
2. Yam E.A., Dries-Daffner I., García S.G. Abortion opinion research in Latin America and the Caribbean: a review of the literature. *Studies in Family Planning* 2006; 37(4): 225–40.
3. Rance S. Aborto inseguro. In: Tealdi J.C. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: Universidad Nacional, 2008: 555–8.
4. Alan Guttmacher Institute. *Aborto Clandestino en América Latina*. AGI: New York, 1996. At: <[www.guttmacher.org/pubs/ib12sp.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/ib12sp.pdf)>. Accessed 20 July 2010.
5. Kane G. Abortion law reform in Latin America: lessons for advocacy. *Gender & Development* 2008; 16(2): 361–75.
6. Ortiz Ortega A. Law and the politics of abortion. In: Baintenmann H., Chenaut V., Varley A. *Decoding gender, law and practice in contemporary Mexico*. New Brunswick: Rutgers University Press, 2007: 197–211.
7. Díaz Amado E. Abortion: ethically inconclusive, legally and politically feasible. *Revista Latinoamericana de Bioética* 2009; 9(1): 114–23.
8. Estrada D. Majority favours legalising abortion – but not for all cases. In: *IPS News*. 23 June 2010. At: <<http://ipsnews.net/news.asp?idnews=51928>>. Accessed 4 August 2010.
9. Boland R. The current status of abortion laws in Latin America: prospects and strategies for change. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 1993; 21(1): 67–71.
10. Constitutional Court of Colombia. Decision C-355. 10 May 2006.
11. Mazo S. Un año de la despenalización parcial... y se siguen vulnerando los derechos de las mujeres. *Demus* 2007. At: <[www.demus.org.pe/Menu/Articulos/aborto\\_colombia.htm](http://www.demus.org.pe/Menu/Articulos/aborto_colombia.htm)>. Accessed 20 February 2008.
12. Abortion legal, dos años después. *El Tiempo*. 10 May 2008.
13. Ceaser M. Court ends Colombia's abortion ban. *Lancet* 2006; 367(20 May): 1645–6.
14. Moloney A. Unsafe abortions common in Colombia despite law change. *Lancet* 2009; 373(14 Feb): 534.
15. Las cuentas y cuentos del aborto [Editorial]. *El Espectador*. 12 March 2009.
16. Sanchez Torres F. Background and current status of bioethics in Colombia. *Bulletin of Pan American Health Organization* 1990; 24(4): 510–4.
17. Human Rights Watch. Colombia: mujeres enfrentan prisión por abortos. Human Rights Watch cuestiona las leyes restrictivas sobre el aborto. 2005. At: <[www.hrw.org/spanish/docs/2005/06/22/colomb11205.htm](http://www.hrw.org/spanish/docs/2005/06/22/colomb11205.htm)>. Accessed 1 July 2010.
18. Singh S., Wulf D. Estimating abortion levels in Brazil, Colombia and Peru, using hospital admissions and fertility survey data. *International Family Planning Perspectives* 1991; 17(1): 8–13, 24.
19. Zamudio L., Rubiano N., Wartenberg L. The incidence and social and demographic characteristics of abortion in Colombia. In: Mundigo A, Indriso C, editors. *Abortion in the Developing World*. London: Zed Press, 1999: 407–46.
20. González Vélez A. Current situation with abortion in Colombia: between illegality and reality. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21(2): 624–8.
21. Convenio 405 de 2006 Ministerio de la Protección Social / Universidad Nacional de Colombia. Implicaciones éticas, jurídicas y médicas de la sentencia C-355 de la Corte Constitucional. Un avance para el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos

- de las colombianas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2007.
22. Women's Link Worldwide. Excerpts of the Court's ruling that liberalized abortion in Colombia. Spain: VYB Editores, 2007.
23. Undurraga V., Cook R. Constitutional incorporation of international and comparative human rights law: the Colombian Constitutional Court decision C-355/2006. In: Williams SH, editor. Constituting Equality. Gender Equality and Comparative Constitutional Law. Cambridge MA: Cambridge University Press, 2009: 215–47.
24. Constitución Política de Colombia 1991. Bogotá: Panamericana, 1993.
25. Posada C. Abortion: a social, legal and juridical debate of the first order in Colombia. *Reproductive Health Matters* 1997; 5(9): 147–8.
26. Ortega Ortiz A. Causal Salud: Interrupción Legal del Embarazo, Ética y Derechos Humanos [Book review]. *Reproductive Health Matters* 2009; 17(33): 181–2.
27. De Currea V. La salud como derecho humano. Bilbao: Universidad de Deusto, 2005.
28. González A.C., Durán J., coordinators. Health exception. Lawful termination of pregnancy, ethics and human rights. Bogotá: FLA-SOG-La Mesa-andar, 2008.
29. Warren M. Moral Status: Obligations to Persons and Other Living Things. *Issues in Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
30. Engelhardt TH. *The Foundations of Bioethics*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1996.
31. Abadia C.E., Oviedo D.G. Bureaucratic itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Social Science & Medicine* 2009; 68(6): 1153–60.
32. Beauchamp T., Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press, 2009.
33. Casas L. Invoking conscientious objection in reproductive health care: evolving issues in Peru, Mexico and Chile. *Reproductive Health Matters* 2009; 17(34): 78–87.
34. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion. The limits of conscientious refusal in reproductive medicine. ACOG Committee on Ethics, Opinion Number 385, 2007.
35. UN Human Rights Committee. Report on Violations of Women's Human Rights. 99th Session. Geneva, 12–30 July 2010.

©2011 «Проблемы репродуктивного здоровья»

*Obstacles and challenges following the partial decriminalisation of abortion in Colombia*  
Eduardo Díaz Amado, Maria Cristina Calderón García, Katherine Romero Crisancho,

Elena Prada Salas, Eliane Barreto Hauzeur

*Reproductive Health Matters* 2010; 18(36): 118–26.

# Абстракты статей, опубликованных в английском оригинале журнала

## Женское обрезание (насильственное повреждение половых органов) и вопросы сексуальности в Египте

Амель Фахми<sup>а</sup>, Мейвахеб Т. Эль-Моулих<sup>б</sup>, Ахмед Р. Рагаб<sup>с</sup>

<sup>а</sup> Офисный сотрудник, ЮНФПА-Египет, Каир, Египет

<sup>б</sup> Главный исследователь, независимый консультант организации «Население и репродуктивное здоровье», Каир, Египет. Электронный адрес: mouelhy@link.net

<sup>с</sup> Профессор по репродуктивному здоровью, Международный исламский центр по научным исследованиям населения, Университет Аль-Азар, Каир, Египет

**Краткое содержание.** Насильственное повреждение женских половых органов, официально носящее название «женское обрезание», а в просторечии – tahara (чистота), все еще распространено в Египте. Целью данного исследования было изучение роли женской сексуальности в поддержке женского обрезания, по-прежнему наблюдаемой со стороны женщин и мужчин, а также их восприятия последствий этого вмешательства с точки зрения сексуальности. Исследование было проведено в 2008–2009 гг. в двух сельских районах Верхнего Египта и в крупном трущобном районе Каира. Качественные данные были собраны по 102 женщинам и 99 мужчинам в ходе обсуждения в фокус-группах и личных опросов. Респонденты считали клитор важным органом с точки зрения сексуального влечения и источником такового. Целью женского обрезания является снижение сексуального влечения женщин и повышение их целомудренности, но большинство респондентов не считали, что процедура ведет к снижению удовольствия, получаемого женщинами от секса. В то же время мужчины и женщины по-разному воспринимали сексуальное удовольствие. При том, что мужчины, особенно молодые мужчины, рассматривали сексуальное удовлетворение как краеугольный камень счастья в браке, женщины считали себя сексуально удовлетворенными при условии гармоничных отношений в семье и удовлетворительного социально-экономического положения. Тем не менее было отмечено наличие сексуальных проблем, в том числе отсутствие удовольствия от секса и неудовлетворенность сексуальными отношениями по различным причинам. Авторы делают

вывод, согласно которому необходима политическая воля для борьбы с женским обрезанием, а законные меры должны реализовываться в сочетании с комплексным просвещением по вопросам сексуальности, в том числе раскрытием ложных убеждений относительно женского обрезания. © 2010 *Вопросы репродуктивного здоровья. Авторские права защищены.*

*Reproductive Health Matters 2010;18(36):181–190*  
*Female genital mutilation/cutting and issues of sexuality in Egypt*  
*Amel Fahmy, Mawaheb T El-Mouelhy,*  
*Ahmed R Ragab*

## Препятствия на пути увеличения показателей родов в медицинских учреждениях в сельской провинции Шанкси, Китай

Ю Гао<sup>а</sup>, Лесли Барклей<sup>б</sup>, Сюю Килди<sup>с</sup>, Мин Хао<sup>д</sup>, Сююзанн Белтон<sup>е</sup>

<sup>а</sup> Научный сотрудник, Университет северных рек, отдел сельского здоровья, здравоохранение, медицинский факультет, Университет Сиднея, Лизмор, Новый Южный Уэльс, Австралия. Электронный адрес: yu.gao@ncshs.health.nsw.gov.au

<sup>б</sup> Директор и профессор, университет северных рек, отдел сельского здоровья, здравоохранение, медицинский факультет, Университет Сиднея, Лизмор, Новый Южный Уэльс, Австралия

<sup>с</sup> Профессор, руководитель акушерской службы, Австралийский католический университет и акушерская клиника, Южный Брисбен, штат Квинсленд, Австралия

<sup>д</sup> Профессор, Отделение акушерства и гинекологии, директор акушерско-гинекологической клиники, Вторая клиника медицинского университета Шэньси, Тайюань, Провинция Шэньси, Китай

<sup>е</sup> Главный лектор, Школа исследований в области здравоохранения Менжис, Дарвин, Австралия

**Краткое содержание.** Данное исследование было посвящено изучению причин сохраняющихся высоких показателей домашних родов в сельской провинции Шанкси, в северной части Китая, несмотря на наличие национальной программы, ориентированной на увеличение числа родов в медицинских учреждениях. Авторами были проведены полуструктурированные интервью с 30 женщинами, рожающими

дома, в пяти сельских районах, а также проанализированы данные аудита больниц, наблюдений и бесед с местными медицинскими работниками, состоявшихся в рамках более крупного исследования. Было выявлено множество барьеров, включая экономические и географические факторы, а также низкое качество медицинской помощи женщинам. Основные причины, по которым женщины отказывались рожать в медицинских учреждениях: финансовые трудности ( $n = 26$ ), низкое качество антенатальной помощи ( $n = 13$ ), транспортные проблемы ( $n = 11$ ), неудовлетворенность оказываемой в больницах медицинской помощью, выражаемая в страхе перед пребыванием в больнице ( $n=10$ ), удобство пребывания в домашних условиях и непрерывность помощи, предоставляемой традиционными акушерками ( $n = 10$ ), и убеждение, что роды пройдут нормально ( $n = 6$ ). Все эти барьеры необходимо преодолеть, чтобы улучшить доступ к родам в больнице и повысить их приемлемость для населения. В целях обеспечения эффективной реализации государственной политики, направленной на повышение показателей родов в условиях стационара, государству необходимо улучшить качество антенатальной помощи и родовспоможения, повысить финансовые субсидии, что позволит уменьшить оплату из личных средств, устранить транспортные барьеры, а также, при отсутствии возможности родов в больнице в удаленных районах, рассмотреть возможность организации выезда квалифицированных специалистов на домашние роды и интеграции традиционных акушеров в систему здравоохранения. ©2010 Вопросы репродуктивного здоровья. Авторские права защищены.

*Reproductive Health Matters 2010;18(36):35–45  
Barriers to increasing hospital birth rates in rural  
Shanxi Province, China  
Yu Gao, Lesley Barclay, Sue Kildea, Min Hao,  
Suzanne Belton*

## Самостоятельная стимуляция аборта среди женщин в США

Даниель Гроссман<sup>а</sup>, Келсей Холт<sup>б</sup>, Мелани Песа<sup>с</sup>, Диана Ларад, Маджи Вич<sup>е</sup>, Денис Кирдова<sup>ф</sup>, Маржи Голд<sup>г</sup>, Беверли Уиникофф<sup>д</sup>, Келли Бланчард<sup>и</sup>

- <sup>а</sup> Старший сотрудник, организация Охраны репродуктивного здоровья Ibis, Окленд, штат Калифорния, США. Электронный адрес: [dgrossman@ibisreproductivehealth.org](mailto:dgrossman@ibisreproductivehealth.org)
- <sup>б</sup> Управляющий проекта, организация Охраны репродуктивного здоровья Ibis, Кембридж, штат Массачусетс, США
- <sup>с</sup> Главный сотрудник программы, медицинский проект Gynuity, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, США
- <sup>д</sup> Управляющий проекта, организация Охраны репродуктивного здоровья Ibis, Окленд, штат Калифорния, США
- <sup>е</sup> Координатор научной программы, медицинский проект Gynuity, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, США
- <sup>ф</sup> Научный помощник, организация Охраны репродуктивного здоровья Ibis, Кембридж, штат Массачусетс, США
- <sup>г</sup> Профессор в области семейной и социальной медицины, медицинский центр Монтефиори, медицинский колледж им. Альберта Эйнштейна, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, США
- <sup>д</sup> Президент, медицинский проект Gynuity, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, США
- <sup>и</sup> Президент, организация Охраны репродуктивного здоровья Ibis, Кембридж, штат Массачусетс, США

**Краткое содержание.** Опубликованные недавно в прессе материалы и описания случаев попыток прерывания беременности женщинами путем самостоятельной стимуляции аборта в США привлекли внимание общественности к данной теме. В настоящем исследовании рассмотрены причины, по которым женщины предпринимают попытки самостоятельной стимуляции аборта. Авторами было осуществлено исследование среди женщин, ожидающих приема в клиниках Бостона, Сан-Франциско, Нью-Йорка, а также в штате Техас с целью выявления женщин, предпринимавших попытки самостоятельной стимуляции. Было проведено 30 подробных интервью с последующим индуктивным анализом данных. Средний возраст женщин во время самостоятельной стимуляции аборта составил 19 лет. В период с 1979 по 2008 г. женщины использовали ряд методов, в том числе медикаментозных, мальтозные напитки, отвары трав, физические манипуляции и, все чаще, — мизопростол. Среди причин, побудивших женщин к самостоятельной стимуляции, — желание избежать клиник-абортариев, препятствия на пути доступа к клиническим услугам, особенно вследствие юного возраста и финансовых барьеров, а также предпочтение в отношении самостоятельной стимуляции. Используемые методы, как правило, были легко доступны, однако по большей части неэффективны, а порой и небезопасны. Из 23 женщин, у которых была подтверждена беременность, у трех произошел успешный аборт, после которо-

го не потребовалась клиническая помощь. Только в одном случае в США были отмечены медицинские осложнения. Большинство не намеревались повторно выполнять самостоятельную стимуляцию и рекомендовали обращаться в лечебные учреждения. Необходимо предпринять усилия с целью информирования женщин об услугах по выполнению аборт в клинических учреждениях и повышения их доступности, особенно в отношении медикаментозных абортов, что может повысить их привлекательность для женщин, которым импонирует самостоятельная стимуляция, поскольку она является естественной, не связана с применением инвазивных методов и нарушением приватности. ©2010 *Вопросы репродуктивного здоровья*. Авторские права защищены.

*Reproductive Health Matters 2010;18(36):136–146*  
*Self-induction of abortion among women in the United States*

Daniel Grossman, Kelsey Holt, Melanie Peca, Diana Lara, Maggie Veatch, Denisse Cyrdova, Marji Gold, Beverly Winikoff, Kelly Blanchard

---

## Доступность безопасных и законных абортов для девушек-подростков из бедных районов Гонконга

Сьют Лин Ханг

Ассистент профессора, департамент социальной работы, Баптистский университет Гонг Конга, Коулун, Гонг Конг. Электронный адрес: slhung@hkbu.edu.hk

**Краткое содержание.** В данной статье представлены результаты количественного исследования, проведенного в 2007–2008 гг. и посвященного изучению опыта абортов среди девушек-подростков из бедных районов Гонконга. 29 молодых женщин в возрасте от 13 до 24 лет с одним или более искусственных абортов в анамнезе, выполненных в период от 13 до 19 лет, были опрошены и приняли участие в групповых занятиях, направленных на расширение возможностей. Среди них было 10 безработных, четверо студенток, остальные работали, выполняя низкооплачиваемую и низко квалифицированную работу. Аборты в стране разрешены законом и выполняются в государственных и частных учреждениях, однако они

предоставляются за плату от 310 до 10 тыс. гонконгских долларов, и их проведение возможно только до 24 недель беременности. Многие молодые женщины обращаются в нелегальные клиники с низким качеством услуг и в клиники, расположенные в материковой части Китая, поскольку стоимость там ниже, они не хотят сообщать своим родителям, от которых потребовалось бы согласие, и/или они хотят защитить своих сексуальных партнеров, которые могут подвергнуться судебному преследованию, если девушка не достигла совершеннолетия. Необходимо усовершенствовать услуги, предоставляемые молодым женщинам-подросткам в Гонконге, особенно беременным и выходящим из бедных районов. Также существует потребность в профессионалах, предоставляющих услуги по охране здоровья подростков и социальной защите, а обществу в целом необходимо пересмотреть взгляды на подростковую беременность, сексуальность и аборты и изменить отношение к ним. ©2010 *Вопросы репродуктивного здоровья*. Авторские права защищены.

*Reproductive Health Matters 2010;18(36):102–110*  
*Access to safe and legal abortion for teenage women from deprived backgrounds in Hong Kong*  
Suet Lin Hung

---

## Характеристики частных услуг по выполнению абортов в г. Мехико после их легализации

Рафаэлла Шиава<sup>а</sup>, Мария Елена Колладо<sup>б</sup>, Эрика Тронкосо<sup>с</sup>, Жозе Эзеквиель Сото Санчес<sup>д</sup>, Габриэла Отеро Зоррилла<sup>е</sup>, Тиа Палермо<sup>ф</sup>

<sup>а</sup> Директор, Iras Мексика, Мехико, Мексика. Электронный адрес: schiavonr@iras.org

<sup>б</sup> Партнер программы, Iras Мексика, Мехико, Мексика.

<sup>с</sup> Сотрудник, осуществляющий мониторинг и оценку в программе, Iras Мексика, Мехико, Мексика.

<sup>д</sup> Координатор Проекта, Planeación y Análisis Aplicado AC, Мехико, Мексика

<sup>е</sup> Координатор проекта, Planeación y Análisis Aplicado AC, Мехико, Мексика

<sup>ф</sup> Ординатор, Институт демографических исследований CUNY, Университет Нью-Йорка, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, США

**Краткое содержание.** В 2007 г. в г. Мехико были легализованы аборты в I триместре, что привело к стремительному расширению

предоставляемых услуг по выполнению абортов. В 2008 г. для получения информации о влиянии закона на услуги по выполнению абортов в частном секторе авторы опросили 135 врачей – сотрудников частных клиник, выявленных в результате длительного и утомительного процесса поиска. В подавляющем большинстве клиник предоставлялся ряд услуг по охране репродуктивного здоровья, в том числе аборт. Более чем в 70% случаев по-прежнему использовался метод расширения и выскабливания; менее чем в одной трети случаев предлагались вакуумная аспирация или медикаментозный аборт. Среднее число абортов в каждом учреждении составляло всего около трех в месяц; лишь в немногих учреждениях выполнялось более 10 абортов ежемесячно. Более 90% сообщили, что они предлагают услуги по выполнению абортов в течение менее чем 20 месяцев. Многие женщины по-прежнему обращаются за выполнением абортов частным образом, несмотря на доступность бесплатных или недорогих услуг в государственных учреждениях. В то же время, продолжение использования метода расширения и выскабливания, высокая стоимость (в среднем 157–505 долларов), низкий уровень контролирования боли, неоправданное использование ультразвука, применение общей анестезии и пребывание в больнице в течение последующей за абортом ночи, указывают, что услуги по выполнению абортов в частном секторе являются дорогостоящими и при этом далеки от оптимальных. Теперь, когда аборт легализован, эти результаты свидетельствуют о необходимости обучения медицинских работников частного сектора, занимающихся выполнением абортов, рекомендованным методам проведения аборта, а также совершенствования качества частных абортов и сопутствующих услуг. ©2010 *Вопросы репродуктивного здоровья*. Авторские права защищены.

*Reproductive Health Matters 2010;18(36):127–135*  
*Characteristics of private abortion services*  
*in Mexico City after legalization*  
*Raffaella Schiavon, Maria Elena Collado,*  
*Erika Troncoso, José Ezequiel Soto Sánchez,*  
*Gabriela Otero Zorrilla,*  
*Tia Palermo*

## **Дилемма между социальными аспектами и требованиями, диктуемыми рынком: исследование благотворительных медицинских служб «Мухаммадия»**

Розалия Сциортино<sup>а</sup>, Нени Ридаринени<sup>б</sup>, Брахмапутра Маржади<sup>с</sup>

<sup>а</sup> Советник в области здравоохранения, AusAID, Джакарта, Индонезия и Адьюнкт-профессор, Институт народонаселения и социальных исследований, Университет Махидола, Бангкок, Таиланд. Электронный адрес: rosaliasciortino@yahoo.com

<sup>б</sup> Журналист, «Republika», Джокьякарта, Индонезия

<sup>с</sup> Руководитель, департамент здравоохранения, медицинский отдел, Университет Вияя Кусума Сурабая, Сурабая, Индонезия

**Краткое содержание.** Подробное изучение исламской благотворительной медицинской службы «Мухаммадия», осуществляющей свою деятельность на островах Ява и Суматра в Индонезии, было выполнено в 2008 г. с целью оценки влияния приватизации здравоохранения на данную социально ориентированную организацию, предоставляющую медицинские услуги, особенно с точки зрения доступности для наиболее бедных слоев населения. Результаты, представленные в данной статье, относятся преимущественно к влиянию на услуги «Мухаммадия» в области охраны материнского и детского здоровья и контрацепции. Для того, чтобы выжить и процветать среди частных и государственных конкурентов, центры первичной помощи «Мухаммадия», состоящие преимущественно из центров охраны материнского и детского здоровья и родовспомогательных клиник, в тех случаях, когда они не были полностью закрыты, были переориентированы на предоставление терапевтических услуг в условиях стационара – более дорогостоящих и порой не являющихся необходимыми видами лечения. Также произошла смена обслуживаемого контингента пациентов с уменьшением доли малообеспеченных слоев населения, по мере того, как давление рынка преобразует эту благотворительную программу в коммерческую, создавая предубеждение против охраны репродуктивного здоровья и снижая доступность для тех, кто больше всего нуждается в подобных услугах. Необходимо, чтобы государство уделяло больше внимание руководству в области регулирования частного сектора, наряду с серьез-



ными размышлениями относительно будущего первичной и профилактической помощи, поддержки здорового образа жизни, в том числе комплексной помощи по охране репродуктивного здоровья. Игнорирование этих фундаментальных элементов организации первичной помощи в Индонезии может ухудшиться по мере развития приватизации и роста конкуренции, что повысит необходимость получения прибыли. ©2010 *Вопросы репродуктивного здоровья. Авторские права защищены.*

*Reproductive Health Matters 2010;18(36):25–34  
Caught between social and market considerations:  
a case study of Muhammadiyah charitable  
health services  
Rosalia Sciortino, Neni Ridarineni,  
Brahmaputra Marjadi*

### **Физическое насилие со стороны партнера во время беременности в Танзании: распространенность и факторы риска**

Хейди Стёкла<sup>а</sup>, Шарлотт Уоттс<sup>б</sup>, Джеси Казени Килонзо Мбвамбо<sup>с</sup>

<sup>а</sup> Научный сотрудник, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, департамент глобального здравоохранения и развития, Центр по изучению гендерного насилия и здоровья, Лондон, Великобритания. Электронный адрес: heidi.stoeckl@lshtm.ac.uk

<sup>б</sup> Профессор, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, департамент глобального здравоохранения и развития, Центр по изучению гендерного насилия и здоровья, Лондон, Великобритания

<sup>с</sup> Главный научный сотрудник, Медицинский университет научных исследований Muhimbili, департамент психиатрии и пограничных состояний, Dar es Salaam, Танзания

**Краткое содержание.** Насилие со стороны интимных партнеров, в том числе насилие во время беременности, является важной темой, касающейся прав человека и общественного здравоохранения. В данной статье представлены результаты крупномасштабных опросов, проведенных в домохозяйствах Мбея и Дар-эс-

Салам, Танзания, в период 2001–2002 гг., в рамках Исследования, направленного на изучение женского здоровья и бытового насилия против женщин и проводимого ВОЗ в ряде стран. 7% ( $n = 88$ ) и 12% ( $n = 147$ ) женщин, имевших когда-либо партнеров и бывших когда-либо беременными, из Дар-эс-Салама ( $n = 1,298$ ) и Мбея ( $n = 1,205$ ), соответственно, сообщили о том, что подвергались физическому нападению во время беременности со стороны партнеров. Из тех, кто испытывал насилие со стороны партнеров во время беременности, 38% ( $n = 33$ ) и 23% ( $n = 34$ ) отметили удары в область живота. Более трети женщин, испытывавших насилие в каждом из населенных пунктов, сообщили, что это началось во время беременности. В обоих городах насилие было в значительной степени связано с неблагоприятным, с точки зрения здоровья матери, поведением и нежелательным исходом беременности, в том числе употреблением спиртных напитков во время беременности, смерть ребенка, а также с ситуациями, при которых партнер не позволял или не одобрял обращение за антенатальной помощью. Среди факторов, в значительной степени связанных с повышением вероятности насилия со стороны партнера, — отсутствие регистрации брака на данный период времени, наличие детей от других отцов, неверность партнера и его нежелание использовать средства контрацепции. Несмотря на то, что в антенатальных службах в некоторых развитых странах были апробированы вмешательства, направленные на снижение частоты насилия со стороны партнеров во время беременности, по-прежнему необходимы эффективные решения, которые могут быть реализованы в условиях ограниченных ресурсов, как это имеет место в Танзании. ©2010 *Вопросы репродуктивного здоровья. Авторские права защищены.*

*Reproductive Health Matters 2010;18(36):171–180  
Physical violence by a partner during pregnancy  
in Tanzania: prevalence and risk factors  
Heidi Stöckl, Charlotte Watts,  
Jessie Kazeni Kilonzo Mbwambo*

**© Reproductive Health Matters 2008**  
**All rights reserved.**

This journal and the individual contributions contained in it are protected under copyright by Elsevier Ltd., and the following terms and conditions apply to their use:

**Photocopying**

Single photocopies of single articles may be made for personal use as allowed by national copyright laws. Permission of Elsevier Ltd. and payment of a fee is required for all other photocopying, including multiple or systematic copying, copying for advertising or promotional purposes, resale and all forms of document delivery. Non-profit use should be indicated, including by educational institutions for classroom use. Special rates are available and fees may be waived upon application.

Permissions may be sought directly from Elsevier Ltd. via their homepage (<http://www.elsevier.com>) by selecting «Customer support» and then «Permissions». Alternatively you can send an e-mail to: [permissions@elsevier.com](mailto:permissions@elsevier.com), or fax to: +(44) 1865 853-333.

In the USA, users may clear permissions and make payments through the Copyright Clearance Center, Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, USA; phone: (+1) (978) 7508400, fax: (+1) (978) 7504744, and in the UK through the Copyright Licensing Agency Rapid Clearance Service (CLARCS), 90 Tottenham Court Road, London W1P 0LP, UK; phone: (+44) 20 7631 5555; fax: (+44) 20 7631 5500. Other countries may have a local reprographic rights agency for payments.

**Derivative Works**

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. Permission of Elsevier Ltd. is required for resale or distribution outside the institution.

Permission of Elsevier Ltd. is required for all other derivative works, including compilations and translations. Non-profit use should be indicated as appropriate.

**Electronic Storage or Usage**

Permission of Elsevier Ltd. is required to store or use electronically any material contained in this journal, including any article or part of an article.

Except as outlined above, no part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior written permission of the publisher.

Address permissions requests to: Elsevier Science Global Rights Department, at the mail, fax and e-mail addresses noted above.

**Notice**

No responsibility is assumed by Elsevier Ltd. for any injury and/or damage to persons or property as a matter of products liability, negligence or otherwise, or from any use or operation of any methods, products, instructions or ideas contained in the material herein. Because of rapid advances in the medical sciences, in particular, independent verification of diagnoses and drug dosages should be made.

Although all advertising material is expected to conform to ethical (medical) standards, inclusion in this publication does not constitute a guarantee or endorsement of the quality or value of such product or of the claims made of it by its manufacturer.

**Advertising**

Advertising orders and enquiries can be sent to: USA, Canada and South America: Mr Tino DeCarlo, Advertising Department, Elsevier Inc., 360 Park Avenue South, New York, NY 10010-1710, USA; phone: +1-212 633 3815; fax: +1-212 633 3820; e-mail: [t.decarlo@elsevier.com](mailto:t.decarlo@elsevier.com).

Japan: Advertising Department, Elsevier K.K., 9-15 Higashi-Azabu 1-chome, Minato-ku, Tokyo 106-0044, Japan; phone: +81-3 5561 5033; fax: +81-3 5561 5047.

Europe and rest of the world: Commercial Sales Department, Elsevier Ltd., The Boulevard, Langford Lane, Kidlington, Oxford OX5 1GB, UK; phone: +44-1865 843 016; fax: +44-1865 843 976; e-mail: [media@elsevier.com](mailto:media@elsevier.com)

## AUTHOR GUIDELINES

### Submissions

Submissions are welcome on the main themes of future issues of the journal and all other reproductive health matters, including sexuality, HIV/AIDS and population policy, written in a stimulating and thoughtful way, for a well-informed, multi-disciplinary, international audience, in keeping with the editorial policy of the journal.

### Submissions should ideally be received by:

- 1 September for May publication; and
- 1 March for November publication.

Submissions are considered twice a year following the closing date for each journal issue.

### Authorship

Contributions about both developed and developing countries are welcome. For papers about developing countries, preference will be given to papers by authors from those countries or written with authors from those countries.

Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for the content, based on: 1) substantial contributions to the conception, design, analysis and interpretation; 2) drafting the article or revising its content; and 3) final approval of the version to be published.

One author should be appointed by the authors as corresponding author; she/he will be responsible for communicating with the editor and co-authors about revisions at all stages of editing and final approval of the text, proofreading and assigning copyright to RHM.

### Maximum suggested length of submissions

Features.....	5000 words
Research methodology.....	5000 words
Current research/policy/services.....	5000 words
Commentary.....	5000 words
Page from history.....	5000 words
Letters to the editor.....	600 words
Bookshelf.....	1500 words

### Acceptance and editing of papers

All submissions will be reviewed first by the editor. Every paper being considered for publication will be reviewed by two peer reviewers before it can be accepted. If the editor thinks a paper needs substantial re-writing prior to peer review, suggestions for re-writing will be made upon confirmation by the authors that the revised paper will be re-submitted.

One or more rounds of revision and editing by the authors is almost always required. Copyediting for style and language may be done by the editor, with the approval of the authors. Closer to publication, some cuts may be necessary because of length or repetition of points made in other papers. All co-authors must check, correct and approve the final version through the corresponding author. The corresponding author will receive a copy of the typeset text in PDF form via e-mail for proofreading and correction. Prior to printing, the editor reserves the right to make changes if text overruns a page.

### Peer review

RHM operates a system of open peer review, so that authors and reviewers know each others' names. However, there are legitimate reasons why a review might better be done anonymously and the editor is happy to honour such a request.

### Copyright

Copyright of papers published by RHM must be assigned to Reproductive Health Matters unless otherwise agreed in writing, i.e. if copyright already belongs to a prior publisher.

### Copies of the published paper

All co-authors will be sent a PDF of the published paper by e-mail, from which they can print as many copies as they wish, for personal use. All co-authors will also receive a year's free subscription that includes the journal issue in which their paper is published. Authors are encouraged to post final PDF copies of their papers on personal and workplace websites, with credit to RHM.

**Full guidelines available on:**  
**<[www.rhmjournal.org.uk](http://www.rhmjournal.org.uk)>**

## SUBMISSION GUIDELINES

### Manuscript submission

- One electronic file, containing ALL the items listed below, by e-mail – in PC-compatible Microsoft Word. The file name should be the corresponding author's surname (e.g. khan.doc).

### Covering letter

The covering letter should be signed by all co-authors; it should state that the manuscript has been read and approved by all authors and name the corresponding author. Details of prior or duplicate publication or submission elsewhere of any part of the work must be provided.

Authors are responsible for obtaining permission to reproduce any copyrighted material in their papers and a copy of any permission must accompany the letter of submission.

### Title page

- Title about 8–10 words.
- Names of all co-authors, in desired order for publication.
- Corresponding author and all co-authors – name, title, institution, postal address, phone, fax and e-mail.
- 2–3 possible peer reviewers from the country and area of expertise of the paper – name, institution, country, e-mail.

### Abstract (150–200 words)

The abstract should be a highly condensed version of the paper; its structure should tightly follow that of the paper itself, concentrating on main findings/points and conclusions. It should be clear, concise, readable and reflect what is most important in the paper. Remember that the abstract may appear in international databases and be read by people who will never see the paper. It will appear at the end of the paper in French and Spanish, translated by RHM.

- For studies: subject and purposes, when and where it was done, subjects, methods, main results and conclusions.
- For commentary and discussion papers: subject, main points, conclusions or recommendations.

### Keywords

- Up to five keywords + country/countries.

### Text

- All text Normal style, font Arial 11; left aligned; British English; single spaced; no indent or tabs on first lines of paragraphs or with quotes; blank lines between paragraphs; quotes in italics as separate paragraphs.

### Tables and figures

- Tables and figures should be numbered consecutively, in order of appearance, and placed at the end of the paper, with a clear indication in the text where they should appear. They should be designed to fit across one column if possible (7cm) or at most two columns (14.6cm), with a maximum height of 20cm. Aim for clarity and simplicity. Refer to all tables and figures in the text like this (Figure 2).
- Please use the table function in Word 7 to present tables. Tables and figures may have to be re-designed
- avoid complicated designs and three-dimensional displays. Use only black, grey and white shading or simple patterns.

### Acknowledgements

- Advice or technical help with the paper, the study, data collection or interpretation, translator's name, sources of funding, etc. Any named person should have given their permission to be acknowledged.
- Credit of any previous publication, presentation at a conference or in a thesis/dissertation, of part or all of the work. State if the paper was revised, updated, expanded or shortened for RHM.
- Acknowledge a translator.

### References and footnotes **NEW!**

- References should be in Vancouver style. Cite a maximum of three authors, et al. Do not use italics, underlining or quote marks. Spell out journal names. Use initial caps for book titles/journal names.
- Use the endnote function for references. Reference numbers should be placed after punctuation marks, e.g. commas and full stops. Each reference should be assigned a number when it is first cited. Re-use the original number assigned to that reference each time it is cited in the text subsequently.
- Footnotes are comments or additional information on the text. If they include a reference, this should appear in the reference list. Any footnotes to the text should be superscripted in the text, using the footnote function. Use the following sequence: \*, †, \*\*, ‡.
- Personal communications should be cited in the text, not as references, i.e. (Joe Bloggs, Personal communication, date).
- If an article or book you have cited is on the web, include the complete URL as part of the reference.
- Please DO NOT hyperlink URLs. Turn off the hyperlink function when working on the paper.

### Examples of references

**Book chapter:** Porter RJ, Melly BS. Providing medical abortion. In: Bloom BL, editor. *Improving Abortion Services*. London: SRH Publishers, 1995. p.361–80.

**Journal article:** Russell AA, Copper MN, Davent P, et al. In vitro fertilisation. *Reproductive Health Matters* 1988;55(2):687-91.

**Internet:** World Peace Organisation. Promoting Global Peace. Dream City: WPO, 2002. At: <[www.20%world-peace.org.uk](http://www.20%world-peace.org.uk)>. Accessed 26 September 1996.

Check papers in a recent RHM journal issue for reference style where unsure

### Visuals

Photographs or other camera-ready visuals (including slides) to illustrate articles are welcome - in black & white or colour with good contrast. Include a caption, the photographer's name and any agency that must be credited. Electronic images should be high resolution and sent in jpeg format.

In general, RHM follows the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (International Committee of Medical Journal Editors, 1994).