

Русанова Нина Евгеньевна

**РЕПРОДУКТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО
РАЗВИТИЯ**

Специальность 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством

Специализация: «Экономика народонаселения и демография»

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора экономических наук

Москва-2010

Работа выполнена в Учреждении Российской академии наук
Институте социально-экономических проблем народонаселения РАН

Научный консультант

доктор экономических наук, член-корреспондент РАН
Римашевская Наталия Михайловна

Официальные оппоненты:

Доктор экономических наук, профессор Храпылина Любовь Петровна
Доктор экономических наук, профессор Ермаков Сергей Петрович
Доктор экономических наук, профессор Зверева Наталья Викторовна

Ведущая организация:

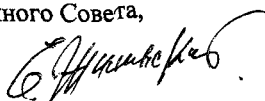
Учреждение Российской Академии наук Институт социально-политических исследований РАН

Защита состоится 19 октября 2010 г. в 13 час. 00 мин. на заседании
Диссертационного Совета Д 002.091.01 в Институте социально-экономических
проблем народонаселения РАН по адресу: 117218 г. Москва, Нахимовский
проспект, д. 32, ИСЭПН РАН, комн. 906

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института социально-
экономических проблем народонаселения РАН

Автореферат разослан « 18 » сентября 2010 г.

Ученый секретарь Диссертационного Совета,
кандидат экономических наук



Е.В. Жилинский

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертационного исследования обусловлена усилением влияния репродуктивных компонентов на рождаемость при современном типе воспроизводства населения, отсутствием концептуальных подходов к определению роли репродуктивных факторов как специфического ресурса демографического развития, недостаточным учетом новых репродуктивных технологий в демографической политике России. В Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г. подчеркивается «...возрастание роли человеческого капитала как основного фактора экономического развития при инновационной модернизации экономики» и необходимость в связи с этим «... неотложных мер, направленных на рост численности населения, повышение уровня рождаемости, укрепление репродуктивного здоровья, государственную поддержку лечения бесплодия, профилактику и снижение числа аборт». ¹ Ежегодно почти у 600 тыс. россиянок выявляются репродуктивные расстройства, восстановление которых в соответствии с Концепцией демографической политики РФ на период до 2025 г. предполагает, среди прочих методов, использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). ²

В ходе первого этапа реализации демографической политики (2007-2010 гг.) наметились позитивные тенденции решения некоторых проблем, в частности, улучшается доступность и качество высокотехнологичной медицинской помощи, сокращается количество аборт. Однако уровень рождаемости в России пока не обеспечивает естественного воспроизводства населения, в том числе из-за того, что регулирование ее биологических факторов (способности к оплодотворению, зачатию и вынашиванию плода) не полностью соответствует целям и критериям общественного прогресса. Хотя число родов уже несколько лет превышает число аборт, в 2008 г. было прервано 1385,6 тыс. беременностей, а контрацепция остается неэффективной. ³ Практическое внедрение ВРТ в России пришлось на кризисный период 90-х гг. XX в., и лишь после переориентации экономики на инновационную модернизацию началось формирование реального рынка высокотехнологичных

¹ Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года. С. 6, 20, 31 // URL: <http://www.ifap.ru/ofdocs/rus/rus006.pdf> (дата обращения: 10.03.2010)

² См.: Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года // URL: <http://demoscope.ru/weekly/knigi/koncepciya/koncepciya25.html> (дата обращения: 10.03.2010)

³ Здоровоохранение в России. 2009: Стат.сб./Росстат. М., 2009. С. 109, 110

услуг, а затем появилась возможность действенного регулирования репродуктивных компонентов рождаемости в России.

Основной целью такого регулирования становится повышение рождаемости, но одновременно модифицируются брачно-семейные и трудовые отношения, миграционные потоки, отраслевая структура экономики, формируются новые социальные, правовые, этические нормы. Особенно это касается ВРТ, т.к. аборт и контрацепция снижают рождаемость, почти не затрагивая другие социально-экономические и демографические процессы. ВРТ обеспечивают положительный гуманистический и социально-экономический эффекты, давая возможность родить детей тем, кто не может из-за здоровья, увеличивая рождаемость в стране, формируя рынок нового конкурентного товара с высоким спросом.

ВРТ содержат новые возможности и новые проблемы, что в России связано с отсутствием традиций их практического использования, однако многие страны уже накопили почти тридцатилетний опыт, на основании которого делаются общемировые и национальные рекомендации. Исходя из этого, в диссертации обоснованы авторские концептуальные подходы, оценивающие роль репродуктивных факторов в решении важной задачи изменения негативных тенденций демографического развития России.

Степень научной разработанности проблемы. До сих пор в России не проводилось комплексного анализа демографических аспектов репродукции человека, хотя отдельные вопросы рассматривались в отечественных и зарубежных научных изданиях. Основное внимание было уделено абортам и контрацепции в контексте снижения рождаемости и ухудшению репродуктивного здоровья, а репродуктивные возможности повышения рождаемости анализировались лишь с позиций медицины и соответствующих отраслей права, психологии, этики.

В современном подходе к проблеме репродуктивных возможностей развития населения выделяются два исходных пункта исследований, сфокусированных в общей точке «рождаемость» – медицина и общество. Медицинские разработки обосновывали необходимость включения новых репродуктивных методов в существующие социально-экономические отношения, а общественные потребности, напротив, ставили задачи поиска новых путей регулирования рождаемости; на пересечении этих направлений возникала необходимость смежных исследований. Однако совместное внимание экономики и демографии к этой комплексной и актуальной проблеме требует усиления методологических и аналитических разработок, касающихся

развития ВРТ, их воздействия на возрастную-половую структуру и качество населения, а в конечном счете – на воспроизводство человеческого капитала.

Отсутствие завершенной теории, раскрывающей сложности и многообразие взаимосвязей биологических и социальных возможностей воспроизводства населения, предопределило необходимость использования демографических подходов к изучению проблемы. Среди работ отечественных демографов следует отметить исследования В.А. Борисова, А.Г. Волкова, Л.Е. Дарского, Р.И. Сифман, Б.Ц. Урланиса, посвященные репродуктивным причинам и факторам снижения рождаемости (демографическая роль контрацепции, аборт, послеродовая стерильность), А.И. Антонова, В.А. Беловой, В.В. Бодровой, А.Г. Вишневого, С.В. Захарова, В.М. Медкова, А.Б. Синельникова, исследующие репродуктивные установки и формирование потребности в детях. Зарубежный опыт и историю исследований обобщали работы А.Я. Боярского, М.В. Птухи, Д.К. Шелестова, проблемам репродуктивного здоровья посвящены публикации И.П. Катковой, В.И. Сакевич, компонентам демографической и социальной политики – исследования Н.В. Зверевой, В.В. Елизарова, С.П. Ермакова, И.Е. Калабихиной, Л.П. Храпылиной. Гендерные и социологические аспекты рассматривались в работах Е.А. Баллаевой, Н.М. Римашевской, юридические – в исследованиях Т.А. Малевой, А.А. Пестриковой, К.Н. Свитнева. Отдельным вопросам социологии бесплодия и ВРТ посвящены разработки О.Е. Бредниковой, О.Г. Исуповой, Н.А. Нартовой. Активную позицию в изучении морально-этических аспектов проблемы занимают представители духовенства, оценивая их с позиций религиозной допустимости.

Зарубежные разработки связаны с демографическими исследованиями Д. Ван де Каа, Р. Лестига, А. Леридона, в также рабочей группы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по проблемам репродуктивной функции человека, бесплодию, методам контрацепции, репродуктивного здоровья разных возрастных групп, осуществляемых с начала 1960-х гг. После 2005 г. в контексте разработки политики для стареющего населения Европы и США активизировалось изучение влияния ВРТ на демографические и экономические показатели; этому посвящены работы Д. Блума, Ф. Галло, Дж. Гранта, С. Зиббе, М. Коннолли, С. Свенссона, С. Хуренса, и др.

Российские исследования медицинских аспектов репродуктивных проблем рассматривались в работах А.С. Акопяна, М.Б. Аншиной, А.С. Гаспарова, Э.Р. Дуринян, В.С. Корсака, И.Е. Корнеевой, В.И. Кулакова, Т.А. Назаренко, Г.В. Тер-Ованесова (коррекция женской и мужской репродуктивной функции), Н.Г.

Мишиевой (позднее материнство), А.А. Баранова, Е.А. Богдановой, Ю.А. Гуркина, Е.С. Долженко (репродуктивное здоровье детей и подростков), О.Г. Фроловой (аборты, контрацепция), Л.И. Кузьмичева, Б.В. Леонова (ВРТ), О.С. Анохина, О.Е. Коновалова, О.С. Филиппова (эпидемиология бесплодия).

Несмотря на большой вклад отечественных и зарубежных ученых в развитие исследуемой проблемы, сохраняется потребность в изучение механизмов и стратегий реализации репродуктивных возможностей демографического развития, а также их качественных характеристик, поскольку сегодня определяются лишь общие количественные параметры, т.е. направления изменения числа рождений в зависимости от распространенности абортов, контрацепции и ВРТ на разных этапах развития населения. Динамика использования ВРТ формулирует новые вопросы теоретического и практического характера. Требуют проработки потенциальные возможности воздействия биомедицинских событий на основные составляющие демографических процессов, прежде всего на рождаемость и репродуктивное поведение. Вне поля зрения осталось влияние современных технологий на возрастную структуру рождаемости, здоровье и территориальную подвижность населения, брачно-семейные отношения и морально-этические традиции, а также экономические аспекты ВРТ.

Актуальность, дискуссионность и неразработанность теоретико-методологических положений в их взаимосвязи предопределили выбор темы исследования, его **цель и задачи**. Цель исследования – научно обосновать концептуальные подходы к оценке комплексного влияния репродуктивных факторов на демографическое развитие и определить оптимальные направления их включения в государственную политику народонаселения России.

В соответствии с указанной целью сформулированы следующие **задачи** диссертационной работы:

1. На основе изучения теоретических подходов и истории исследований разработать методологию и информационную базу для анализа воздействия репродуктивных компонентов на демографические процессы во взаимосвязи с социально-экономическим развитием.
2. В области демографических категорий, отражающих репродуктивные процессы, выделить категории, рассматривающие взаимосвязь биологических и социальных компонентов в регулировании рождаемости.
3. Исследовать влияние ВРТ, абортов и контрацепции на репродуктивное поведение населения и репродуктивный потенциал России.
4. Оценить значение ВРТ в преодолении бесплодия российского населения.

5. Обобщить мировой и российский опыт по использованию ВРТ в системе мер повышения рождаемости.

6. Исследовать основные направления включения ВРТ в современную демографическую политику России с учетом инновационной модернизации экономики.

Объектом исследования является бездетные и бесплодные категории населения, а также социально-демографические группы, откладывающие рождение детей. **Предмет** исследования – социально-экономические отношения, возникающие в процессе управления репродуктивным поведением женщин России с разным репродуктивным статусом (фертильные, ограниченно фертильные, бесплодные).

Теоретическая и методологическая основа диссертационного исследования – фундаментальные концепции и положения, представленные в классических и современных трудах отечественных и зарубежных ученых по демографии, экономической теории, репродуктологии, медицине, социологии, этике, психологии, правоведения, истории, экономико-математического моделирования.

Информационно-эмпирическая база исследования комплексна и содержит данные разных уровней обобщения. Это федеральные законодательные акты, Указы Президента России, Постановления Правительства РФ, отраслевые нормативно-методические материалы и информационные документы Министерства здравоохранения и социального развития РФ (МЗиСР РФ), материалы аналитических докладов и научных конференций, проводимых международными организациями [ПРООН, ЮНЕСКО, ВОЗ, Международного фонда по народонаселению (UNFPA), Международной организации по миграции (МОМ)], данные государственной и отраслевой статистики РФ и других стран, общественных профессиональных организаций (Российской ассоциации репродукции человека (РАРЧ), Международной федерации обществ по фертильности (IFFS), Европейского общества репродукции и эмбриологии человека (ESHRE) и проч.), «больничной» статистики отдельных медицинских учреждений, данные Всемирных отчетов, обзоров и мониторингов ВРТ за 1989-2007 гг., Европейского мониторинга ВРТ за 1997-2003 гг., российского мониторинга ВРТ за 1995-2007 гг., материалы периодической печати и Интернет-источников. а также результаты опросов и обследований, проведенных лично автором. Это обеспечило достоверность приведенных в диссертации сведений и послужило основой для обоснования авторских предложений и рекомендаций. **База**

данных включает информацию, полученную в результате проведенных автором в 1995-2009 гг. социологических обследований пациенток отделения сохранения и восстановления репродуктивной функции женщины Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи (НЦАГиП); информацию, касающуюся социально-психологических характеристик и мотивации потребности в ВРТ со стороны разных групп населения, полученную с помощью анализа анкет, комментариев и Интернет-опросов посетителей отечественных и зарубежных тематических сайтов;⁴ данные об экономических показателях деятельности клиник ВРТ, полученные из общедоступных источников: проспектов, прайс-листов, отчетов о деятельности, размещенных клиниками в Интернете, печатных и аудио-визуальных СМИ (радио, телевидение).

Для решения поставленных задач применялись традиционные методы научного исследования: логический, сравнительный и статистический анализ, математическое моделирование, анкетирование и фокусированное интервьюирование, а также системный, стратегический и программно-целевой подходы к изучаемым процессам и явлениям.

Научная новизна основных результатов, полученных автором, представлена в следующих наиболее существенных положениях:

1. На основе проведенного историко-демографического анализа разработаны концептуальные подходы к определению роли репродуктивных факторов как специфического ресурса демографического развития. Изменение количественных и качественных характеристик населения России предполагает использование ВРТ для роста числа рождений у разных категорий населения, применение инновационных способов профилактики и прерывания беременности за счет бюджетного и внебюджетного финансирования в соответствии с этапами реализации демографической политики.

2. Впервые показаны механизмы взаимосвязи биологического и социального в области регулирования рождаемости с помощью инновационных репродуктивных технологий; исследовано их влияние на репродуктивный потенциал и репродуктивное поведение населения России.

3. Предложено авторское понятие «репродуктивное регулирование рождаемости» как воздействие на биологические, а не только на социальные компоненты репродуктивного и самосохранительного поведения населения для ограничения или стимулирования рождаемости в различных социально-

⁴ Инструментарий обследований дан в Приложении

демографических группах: дети и подростки, население в репродуктивном возрасте и старше. Показано, что способы предупреждения, прерывания и стимулирования беременности влияют на демографическое поведение, изменяя календарь рождений (удлинение периода «откладывания» рождений, повышение возраста материнства), формируя новые формы миграционной подвижности («репродуктивный туризм» с целью доступа к услугам репродуктивной медицины) и занятости (суррогатное материнство, репродуктивное донорство), модифицируя брачно-семейные и правовые отношения (появление «генетических» и «биологических» родителей); такие перемены все более адекватно воспринимаются обществом. Дана оценка эффективности мер репродуктивного регулирования рождаемости на современном этапе развития народонаселения, характеризующемся высокой степенью индивидуализации демографического выбора.

4. Доказано, что ВРТ должны стать одним из элементов демографической политики России, позволяя решить задачу государственной важности, одновременно имеющую исключительное значение для каждого человека: увеличить число родившихся, тем самым повысив рождаемость в стране, и дать возможность деторождения независимо от состояния здоровья. Затраты государственного бюджета на повышение рождаемости за счет расширения репродуктивного потенциала, направленные на включение в него бесплодного населения, сопоставимы с затратами на традиционные меры семейной политики, но сопровождаются ощутимым улучшением качественных показателей рождаемости благодаря рождению только желанных детей.

5. Обоснована необходимость совершенствования государственного контроля за ВРТ в целях усиления их гуманистической направленности и соответствия социально-демографическим потребностям общества. Количественные и качественные характеристики рождаемости при современном типе воспроизводства населения все больше зависят от абортов и контрацепции, которые могут снижать число рождений, и ВРТ, позволяющих увеличить их. Значимость влияния ВРТ на демографические процессы прямо связана с инновационными возможностями государства, разрабатывающего инструменты такого воздействия с целью практического регулирования демографического развития (способы прерывания и профилактики беременности, программы ВРТ).

6. Предложены методологические подходы к исследованию количественного влияния ВРТ на рождаемость по неполным данным. Показано, что информацию, полученную из обязательной официальной и добровольной

отраслевой статистики, необходимо дополнять результатами социологических исследований целевых групп населения. С учетом российской специфики модифицирована базовая модель, оценивающая количественные параметры влияния ВРТ на экономико-демографическое развитие европейских стран; рассчитан вклад рождений с помощью ВРТ в суммарную рождаемость России в 1995-2006 гг.

Теоретическая и практическая значимость результатов исследования заключается в формировании новых научных взглядов на роль репродуктивных компонентов в комплексном развитии населения. Автором введена в научный аппарат категория «репродуктивное регулирование рождаемости» и обоснован концептуальный подход к такому регулированию с учетом инновационных перспектив социально-экономического развития. Положения и выводы диссертации применимы при конкретизации приоритетных мер современной демографической политики России на втором и третьем этапах ее реализации, когда «в связи со значительным уменьшением численности женщин репродуктивного возраста потребуется принять дополнительные меры, стимулирующие рождение в семьях второго и третьего ребенка».⁵

Теоретико-методологические подходы, представленные в диссертации, можно использовать в учебном процессе при подготовке специалистов в области экономики народонаселения и демографии, государственного и муниципального управления, социальной работы, туризма, организации здравоохранения. Практические результаты исследования применимы при планировании хозяйственной деятельности репродуктивных клиник, фармацевтических и страховых компаний, при дальнейшей разработке семейного и трудового законодательства, законов об охране здоровья граждан и правах ребенка.

Апробация результатов исследования. Основные положения и выводы диссертации были обсуждены и одобрены на международных, всероссийских, региональных и отраслевых конгрессах, конференциях, семинарах, в том числе: на генеральных конференциях Международного союза по изучению народонаселения IUSSP (Сальвадор, Бразилия, 2001; Тур, Франция, 2005), на конференциях Европейской ассоциации по изучению народонаселения EAPS (Гаага, Нидерланды, 1999; Хельсинки, Финляндия, 2001; Варшава, Польша, 2003; Ливерпуль, Великобритания, 2006; Барселона, Испания, 2008; Вена, Австрия, 2010), на Первом Российском экономическом конгрессе (Москва, 2009), на периодических Валентеевских чтениях (Москва, МГУ, Центр по

⁵ См.: Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года

изучению проблем народонаселения, 2007, 2010), на ежегодных научно-практических конференциях экономического факультета МГУ «Ломоносовские чтения» в 2009 и 2010 гг., на тематических конференциях и научных семинарах ИСЭПН РАН в 1998-2009 гг., на XIX и XX ежегодных конференциях РАРЧ (Иркутск, 2009; Нижний Новгород, 2010) и др.

На основе исследований автором были разработаны и апробированы в учебном процессе программы по курсам «Демография» для бакалавров Московской школы экономики МГУ им. Ломоносова, магистров экономического факультета МГУ им. Ломоносова, специалистов факультета «Экономика и управление» Гуманитарно-прикладного института МЭИ (ТУ). Результаты исследования использовались при подготовке экспертно-аналитических материалов для государственных органов, некоммерческих организаций и общественных объединений.

Структура диссертационной работы определяется целью и задачами исследования и имеет следующий вид:

Введение

Глава I. Репродуктивные возможности населения: теория, история, методология исследования

- 1.1. Репродуктивные компоненты современной российской рождаемости
- 1.2. Теория и история изучения репродуктивных возможностей населения
- 1.3. Информационно-эмпирическая база, методы и методология исследования

Глава II. Регулирование репродуктивного потенциала

- 2.1. Социальная обусловленность изменения репродуктивного потенциала
- 2.2. Бездетность добровольная и вынужденная. Бесплодие
- 2.3. Исследование демографических аспектов бесплодия в России

Глава III. Регулирование репродуктивного поведения

- 3.1. Искусственное снижение рождаемости: инфантицид, аборт и контрацепция
- 3.2. Вспомогательные репродуктивные технологии и повышение рождаемости: мировой опыт и российская практика

Глава IV. Вспомогательные репродуктивные технологии и задачи общества

- 4.1. Потребность в ВРТ
- 4.2. Правовое регулирование ВРТ и организация репродуктивной помощи в России
- 4.3. Доступность ВРТ
- 4.4. Экономические аспекты ВРТ
- 4.5. Морально-этические и социально-психологические аспекты ВРТ

Глава V. Демографические перспективы вспомогательных репродуктивных технологий

- 5.1. ВРТ и перспективы рождаемости
 - 5.1.1. «Чайлд-фри»
 - 5.1.2. Позднее материнство
 - 5.1.3. Суррогатное материнство
- 5.2. ВРТ в демографической политике России

Заключение

Список использованной литературы

Приложения

2. ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обосновывается актуальность темы диссертации, рассматривается степень изученности проблемы, определяется структура работы, формулируются цели и задачи, научная новизна и научно-практическое значение исследования. В главе I «**Репродуктивные возможности населения: теория, история, методология исследования**» обосновывается взаимосвязь экономико-демографического, медико-биологического и социолого-психологического подходов к изучению зависимости уровня рождаемости от абортов, контрацепции и ВРТ; вводятся понятия «репродуктивные факторы» и «репродуктивное регулирование рождаемости».

Одной из причин депопуляции в России остается низкая рождаемость, но в последние годы число рождений растет благодаря сокращению частоты абортов, усилению их профилактики и распространению ВРТ. Степень влияния этих компонентов различна из-за общественных традиций, отражающих возможности практического контроля за зачатием и беременностью, с одной стороны, и социально-экономические потребности в этом, с другой. Уже законы Древней Греции разрешали детоубийство и вытравливание плода, в Древнем Риме и Византии появились первые труды по бесплодию, а все ранние демографические концепции исходили из неограниченных репродуктивных возможностей индивида. При становлении индустриального общества потребности регулирования воспроизводства населения перешли в разряд практических задач, а выяснение физиологии зачатия позволяло разрабатывать методы их решения. Цель регулирования была односторонней - ограничение биологических возможностей количественного роста числа рождений без учета его качественных характеристик, и лишь на рубеже XIX-XX вв. появились концепции, учитывающие реальные возможности человеческой репродукции. Наиболее известна евгеника, «позитивная» ветвь которой призывала к «содействию воспроизводству людей с ценными признаками», но «негативная» уже к 30-м гг. XX в. дискредитировала себя как основа расовых теорий.

Единственным полем для исследования репродуктивных проблем остались социальная гигиена и гинекология, которые изучали аборты, контрацепцию, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Больничная статистика позволяла отслеживать динамику, которая отражала влияние бесплодия на число рождений в некоторых группах населения. Было выяснено, что плодовитость зависит от факторов наследственных, социальных и сезонных колебаний (весенний и осенний максимум зачатий). Относительное снижение рождаемости связывалось с профилактикой и прерыванием беременности.

В СССР закрытие демографических институтов оставило вне поля зрения большинство подходов к репродуктивным аспектам рождаемости, и лишь возрождение советской демографии в 60-х гг. XX в., дискуссия о ее предмете определили состав и место репродуктивных компонентов в системе знаний о народонаселении. В Демографическом энциклопедическом словаре (Москва, 1985 г.) разделялись понятия «плодовитость» (фертильность) как физиологическая способность к рождению детей и «рождаемость» как реализация плодovitости. Понятия «бездетность», «бесплодие», «инфертильность», «субфертильность» (пониженная плодovitость), «стерильность», «абстиненция» (отсутствие сексуальных отношений), «аборт», «контрацепция» раскрывали разные стороны плодovitости, но рассматривались как факторы снижения рождаемости, поскольку эффективных способов повышения фертильности еще не было.

Анализ немедицинских аспектов репродуктивных процессов активизировался в последней трети XX в. в работах по юридическим, этическим, психологическим и экономическим проблемам бесплодия. В 1972-1984 гг. программа Всемирного обследования рождаемости (World Fertility Survey - WFS), проведенного в 42 развивающихся и 14 развитых странах мира предусматривала получение информации о репродуктивном поведении и репродуктивных установках населения. На примере развивающихся стран было выявлено негативное влияние бесплодия на рождаемость и прирост населения и показано, что при улучшении способности к деторождению эти показатели могут вырасти на 15%, а суммарный коэффициент рождаемости (СКР) – на 30%. В начале 2000-х гг. в рамках проекта ПРООН/ЮНФПА/ВОЗ/Мирового банка и исследовательской компании «Measure DHS+» (США) исследование бесплодия и бездетности в развивающихся странах «Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries» подтвердило эти тенденции.

Новое звучание проблеме источников повышения рождаемости придали процессы демографического старения на рубеже XX-XXI вв. В 2006-2008 гг. некоммерческая корпорация RAND (США) выпустила серию докладов, посвященных демографическому и экономическому вкладу ВРТ, где аргументировалась гипотеза, что ВРТ должны стать полноценным компонентом демографической политики, т.к. без них нельзя увеличить рождаемость. Сравнительные исследования RAND базировались на опыте стран, наиболее полно использовавших демографические возможности ВРТ, в частности, Дании, где доступ к ВРТ можно считать абсолютным. Экстраполяция датских показателей на Великобританию показала, что при

аналогичном доступе британский СКР может вырасти на 0,04 п.п. Это сравнимо с традиционными мерами политики по увеличению рождаемости, повышающими СКР на 0,07 п.п. и снижающими влияние старения населения на 1,7%, но без государственного финансирования ВРТ доступны не всем.

Необходимость современного изучения демографических аспектов репродукции обуславливает особенности понятийно-терминологического аппарата, свойственные быстро развивающимся областям знания. Большинство понятий толкуется очень широко, без точного соответствия дефинициям, которые различны не только в медицинских и демографических исследованиях, но и в разных языках, являясь результатом адаптации к социально-культурным условиям стран. В русском языке ситуация усугубляется трудностями перевода, например, *fertility* означает и фертильность, и рождаемость, понятие «фекундативность» (*fecundity* – «способность к зачатию») почти не используется, а *infertility* и *sterility* переводятся как «бесплодие». Это потребовало стандартизации терминологии, и в 2006 г. Международный комитет по мониторингу ВРТ (ISMART) издал первый словарь терминологии ВРТ, где обобщающее понятие «вспомогательная медицинская репродукция (ВМР) [Medically Assisted Reproduction (MAR)]» охватило почти все современные методы лечения бесплодия.

Важной методологической проблемой изучения репродуктивных факторов остается точность учета. Если число аборт и применение контрацепции обычно недоучитываются, то регистрация ВРТ по обращаемости в медицинские учреждения увеличивает реальную потребность в них, а по числу проведенных циклов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) – уменьшает, поскольку часть информации намеренно искажается. Информация по ВРТ не входит в перечень обязательной государственной медицинской статистики, но собирается национальными профессиональными объединениями от клиник, имеющих лицензии на ВРТ и желающих обнародовать результаты. Эти данные наиболее информативны, но здесь имеет место недоучет, несопоставимость и «запаздывание» информации на полтора-два года. Европейский и Всемирный мониторинги ВРТ проводятся ESHRE и ISMART добровольно, по унифицированным формам, общедоступны, их данные сравнимы и потому могут считаться наиболее пригодными для анализа.

Социально-биологическая природа рождаемости позволяет выделить демографические категории, отражающие роль биологических, а не социальных компонентов в регулировании рождаемости. Это:

- репродуктивные факторы рождаемости, т.е. совокупность факторов, определяющих физиологическую способность индивида или родительской пары к воспроизведению потомства: естественная плодовитость (фертильность), фекундативность (способность к зачатию), вспомогательная медицинская репродукция, бесплодие (инфертильность), пониженная плодовитость (субфертильность), невынашиваемость беременности, искусственное прерывание беременности (аборт), профилактика беременности (контрацепция);
- репродуктивное регулирование рождаемости, т.е. контроль за биологическими, а не социальными компонентами рождаемости.

Перспективы репродуктивного регулирования рождаемости связаны с усилением роли ВРТ, которые позволяют не просто контролировать число и качество рождений, но воздействовать на другие демографические процессы: смертность, рождаемость, миграцию (схема 1). Стремительная эволюция ВРТ сделала их фактором демографической трансформации, степень влияния которого зависит от готовности общества решать связанные с ними правовые, экономические, психологические и морально-этические проблемы.



Схема 1. ВРТ в развитии народонаселения

В главе II «Регулирование репродуктивного потенциала» рассмотрены социальные проблемы изменения численности и структуры населения, способного к воспроизводству. Показано, что репродуктивное регулирование рождаемости детерминировано принципами брачно-семейных и сексуальных отношений. Это позволяет государству регулировать соотношения брачных и репродуктивных компонентов, и уже древние общества ограничивали или

повышали рождаемость, допуская либо запрещая браки с разной степенью родства.

Репродуктивные компоненты использовались в семейной политике разных стран. В СССР Указ «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства» от 8 июля 1944 г. был направлен на регулирование репродуктивного потенциала общества в условиях послевоенного гендерного дисбаланса. Почти полуторное превышение числа женщин репродуктивного возраста над числом мужчин при официальной моногамии означало примерно такое же сокращение числа семей и резкое снижение рождаемости. Поэтому Указ освобождал мужчин от алиментов на внебрачных детей, как бы поощряя их побочные связи. Женщины лишались прав на алименты от неофициального отца ребенка, получая взамен право на государственное пособие, что тоже косвенно поощряло внебрачные связи. За счет женщин 20-44 лет и мужчин 20-49 лет состоящих в браке, но имеющих менее троих детей, расширился круг плательщиков налога на холостяков, одиноких и малосемейных граждан.

Указ впервые установил меры демографической политики, направленные одновременно на стимулирование реализации естественной фертильности, укрепление семьи путем объединения ее сексуальных и репродуктивных функций и расширение границ репродуктивного потенциала за счет всего фертильного населения. Но этого оказалось недостаточно, и задача восстановления численности населения отошла к ограниченному контингенту замужних женщин 18-49 лет, количество которых зависело от количества мужчин того же возраста, понесших огромные военные потери, а фертильность часто была снижена до субфертильности из-за ухудшения здоровья во время войны. В 1947 г. государство сделало попытку удержать репродуктивно-активное население в стране, запретив браки с иностранцами, но ситуация не улучшилась: в 1948 г. общая численность мужчин и женщин репродуктивного возраста составила лишь 96,9% от довоенной, число родившихся – 68,7%, гендерные диспропорции не сократились.

Дальнейшая демографическая история радикально изменила взгляд государства, и в противовес дискриминирующему бесплодных Указу уже в 1946 г. Наркомздравом СССР и РСФСР для ликвидации демографических последствий войны было решено разрабатывать меры борьбы с бесплодием в браке. Эффективность этих мер ограничивалась медицинскими возможностями

коррекции репродуктивных нарушений, касающихся женского послеабортного бесплодия, и главной оставалась государственная политика в отношении аборт и контрацепции, подразумевавшая право на отказ от материнства. Концепция репродуктивных прав подменялась концепцией «родительских» прав, воздействуя не на причину – бесплодие, а на следствие – бездетность; ВРТ и усыновление фактически противопоставлялись друг другу. Инфертильное и субфертильное население априори исключалось из репродуктивного потенциала до тех пор, пока не возникло противоречие между сужающимися возможностями естественного воспроизводства и возрастающими потребностями государства в населении с определенными качественными и количественными характеристиками.

Разделение сексуальной и репродуктивной функции семьи окончательно освободило репродуктивные компоненты от связи с любой формой брака. Потребность в детях стала самостоятельным фактором рождаемости, однако основные концепции, объясняющие ее формирование (теория репродуктивного поведения, «детоцентризм», культурологический подход и проч.), лишь косвенно учитывали влияние репродукции человека, констатируя наличие инфертильного или субфертильного населения.

К началу второго демографического перехода, соответствующего инновационной постиндустриальной экономике (последняя треть XX в.), биологические компоненты репродуктивного регулирования активно применялись на практике. Выбор степени, времени и способа реализации потенциальной фертильности означал, что индивид может полностью отказаться от деторождения, оставаясь бездетным всю жизнь, либо произвести на свет конкретное число детей, искусственно ограничивая фертильность с помощью абортов или контрацепции; может стать родителем в юном возрасте либо отложить появление потомства на пострепродуктивный период; может привязать деторождение к определенной форме брака либо вообще никак не связывать рождение детей с семейным союзом; может заниматься лечением бесплодия либо прибегнуть к помощи репродуктивных доноров; может выбрать традиционную беременность либо пригласить суррогатную мать. Любой выбор позволяет реализовать репродуктивные права человека.

Бесплодие долго оставалось проблемой, которую в лучшем случае можно было констатировать, но почти нельзя решить. Социализация проблемы бесплодия началась в СССР в 20-е гг. XX в. после войн и революций, ухудшивших демографическую ситуацию и изменивших репродуктивные нормы супружества. С уровня индивида (личностного) она поднялась до уровня

семьи (группового), чему способствовала новая мораль и облегчение регистрации браков и разводов. Еще в начале XX в. отсутствие детей относилось к «личным трудностям», которые выявлялись лишь после свадьбы и практически не угрожали семьям. Хотя церковь разрешала расторжение бесплодных браков, развод был непопулярен, а невозможность деторождения восполнялась «побочными» детьми, усыновлением, «воспитанниками» и проч. Сохранение семьи было важно и по экономическим причинам - общественное производство не требовало массового женского труда, но использовало труд детский, поэтому материальное благополучие зависело от доходов мужа и числа работоспособных детей. Экономика России послереволюционной нуждалась в женском, но не в детском труде, и новой идеей стало сочетание общественной занятости с материнством; бездетность при таком подходе социальной проблемой не была, а бесплодие болезнью не считалось. Лишь в 1989 г. ВОЗ определила бесплодие как болезнь с правом человека на излечение от нее. К этому времени бесплодие в развитых странах фиксировалось у 15-17% населения, но проблема его медицинской коррекции была принципиально решена; в начале XXI в. по данным ВОЗ в медицинской помощи при зачатии нуждались 60-80 млн чел. в мире, среди них более 5 млн россиян.

В работе представлены результаты медико-социальных обследований бесплодия, проведенных с участием автора. До настоящего времени не проводилось масштабных обследований бездетности и бесплодия, освещающих демографические и социологические аспекты проблемы. Отдельные компоненты включались в программы изучения конкретных задач гинекологии или репродуктологии, но они проходили в разных регионах и главной целью имели выяснение медицинских вопросов. Для получения сравнимой информации и построения долгосрочного динамического ряда данных потребовалось проведение обследований на единой базе, отражающей наиболее важные стороны изучаемого явления. С 1995 г. такой базой стало отделение сохранения и восстановления репродуктивной функции женщины НЦАГиП. Организационная специфика учреждения позволяет сформировать качественную выборку респондентов, поскольку общероссийский статус привлекает пациентов со всей страны, государственная форма собственности позволяет получать бюджетные квоты и оказывать бесплатные услуги, лечебно-научные традиции дают возможность исследовать самые актуальные проблемы.

В 1995-1996 гг. было проведено социологическое обследование 150 женщин 18-47 лет, у которых репродуктивные нарушения проявились еще в детстве, и могли привести к бесплодию в репродуктивном возрасте. Эти

женщины ранее лечились от бесплодия в отделении репродукции, у 60% опрошенных оно завершилось благополучно. Обследование показало, что большинство респонденток считают себя практически здоровыми, исключая репродуктивные расстройства, но невозможность забеременеть воспринимается более серьезно, чем другие хронические заболевания.

Более сложным оказалось отношение пациенток к браку. Физиологически ни у кого не было никаких субъективных препятствий для супружества, и большинство ответили, что их здоровье никак не влияет на решение вопроса о замужестве. Однако те же женщины не допускали брак без детей, считая их рождение главным событием в жизни и допуская внебрачные рождения. Предельное число желаемых детей - трое, но большинство хотели бы двоих.

Отдельным медико-социальным аспектам бесплодия было посвящено проведенное в 1998-2000 г. обследование 170 женщин с патологией репродуктивной функции. Одной из его целей стало выяснение «демографической специфики» бесплодия как фактора естественного воспроизводства населения. Результаты показали, что: (●)чаще всего по поводу репродуктивных расстройств обращаются женщины в возрасте 30-34 лет (34,1%) и 25-29 лет (24,1%), т.е. в период максимальной фертильности; (●)проблема бесплодия возникает обычно в официально зарегистрированных семьях: лишь у 13% брак не был оформлен; (●)респонденты считают свои доходы достаточными для того, чтобы иметь детей: 35% назвали их высокими, 54% - на уровне необходимого минимума; (●)почти все молодежные группы бездетны, но начиная с 30 лет усиливаются намерения родить второго (у каждой пятой 30-летней, каждой четвертой 35-летней и каждой третьей 40-летней) и третьего ребенка (у каждой девятой 30-летней, каждой десятой 35-летней и каждой пятой 40-летней). Именно эти группы свидетельствовали о скрытых репродуктивных ресурсах – каждая десятая двухдетная женщина старше 30 лет предпринимала активные попытки рождения третьего ребенка; (●)желаемое число детей - 2 или 3, (минимальное - 1, максимальное - 10); (●)3/4 женщин узнали о своих репродуктивных проблемах после начала сексуальной жизни, и для 22% респондентов это стало причиной комплекса неполноценности, причем 7% расценили ситуацию как препятствие для вступления в брак, а 1% посчитали бесплодие уважительной причиной для расторжения брака; (●)большинство опрошенных не приемлют брак без детей, считают рождение детей главным в жизни и допускают внебрачные рождения; (●)наиболее современные методы лечения бесплодия, основанные на репродуктивном донорстве, позитивно воспринимаются лишь 58%

респондентов, 27% отрицают их; (●)несмотря на высокую стоимость лечения, 62% опрошенных готовы оплачивать его без гарантии на успех. 61% считают, что лечение должно быть частично платным, т.к. бесплодие в современном обществе - это проблема государства, а не только семьи. О полностью бесплатном лечении говорили 21% женщин, о полностью платном - 7%;(●)отдельной проблемой становится формирование индивидуального банка спермы, т.к. почти у половины респондентов частота репродуктивных контактов неблагоприятна для зачатия - как правило, из-за частых (до 10 раз в год) перерывов в супружеской жизни сроком более недели (у 2/3 женщин).

Результаты обследования подтвердили, что бесплодие дестабилизирует супружеские отношения, и борьба с ним воспринимается как осознанная необходимость. Затраты на лечение прямо не зависят от дохода, но нехватка средств может стать причиной прекращения лечения - на практике лишь треть желающих после рождения первенца повторно обращается в клинику.

Другим лимитирующим фактором является возраст - часто истинное состояние репродуктивного здоровья выясняется после официального оформления брака или длительного фактического супружества, т.е. в 25-30 лет. Как правило, в крупные специализированные медицинские центры обращаются после многолетнего безуспешного лечения по месту жительства, качество которого, по мнению опрошенных, близка к 0 (по 10-балльной шкале; оценка НЦАГиП - 9-10 баллов); затем следует несколько месяцев обследования и год-два уходит на беременность и роды. В результате первый ребенок появляется, когда матери больше 30 лет.

Большинство женщин адекватно воспринимает репродуктивные проблемы, психологически готовы к лечению, не связывают материнство с общим самочувствием, выбором профессии, вступлением в брак. Вопрос о создании семьи благодаря множественности вариантов его решения не ставится в прямую зависимость от возможности иметь детей, но внебрачные дети оказываются предпочтительнее бездетной семьи.

В 2004 г. проблемы позднего материнства рассматривались при обследовании 300 женщин 34-58 лет, обратившихся в НЦАГиП в связи с желанием иметь детей. Основными причинами обращения был повторный брак (42%), часто с мужчиной старшего репродуктивного или пострепродуктивного возраста, имеющим детей. 80% браков были зарегистрированы, половина из них длилась более 15 лет. 60% женщин имели высшее образование, из них 10% - ученую степень. Почти все, даже имеющие хронические заболевания, считали себя практически здоровыми,

Бездетных только половина (из них несколько человек из-за гибели единственных детей, 20% - из-за бесплодия длительностью 18-20 лет). Большинство имели единственных детей и хотели общих в повторном браке, а бездетные 37-40 лет только в этом возрасте решили, что *«именно сейчас настала пора»* или *«раньше не было средств на ЭКО»*. Большинство не считали свои доходы низкими, но никто не рассматривал медицинскую страховку или бюджетные средства как источник оплаты лечения.

Все были хорошо осведомлены о здоровье детей и матерей при поздних родах, осознавали опасность генетических отклонений у детей и возможность контролировать их. Треть опрошенных отметила семейные традиции позднего материнства (у мамы, тети, бабушки), но «поздним» иногда назывался возраст 30 лет. Взаимоотношения поздних детей с родителями вообще проблемой не считались, большинство надеялись вырастить и воспитать ребенка самостоятельно, в крайнем случае, с помощью близких родственников и друзей. Решение о поздней беременности обычно принималось вместе с мужем, иногда интересовались мнением родственников (они чаще «за»), реже - взрослых детей (чаще «против»).

Самыми сложными оказались вопросы репродуктивного донорства – до 50% ответов «не знаю». Донорство спермы воспринималось более позитивно, чем донорство яйцеклетки, а при планировании ребенка в первом браке после ухода из семьи выросших детей любое репродуктивное донорство категорически отвергалось.

Анализ показал, что женщины старшего репродуктивного возраста являются ресурсом повышения рождаемости. Из-за физиологического снижения фертильности для этого часто требуется ВМР, но в силу организационных и финансовых проблем беременность переносится на самую последнюю часть репродуктивного периода, когда лечения менее эффективно.

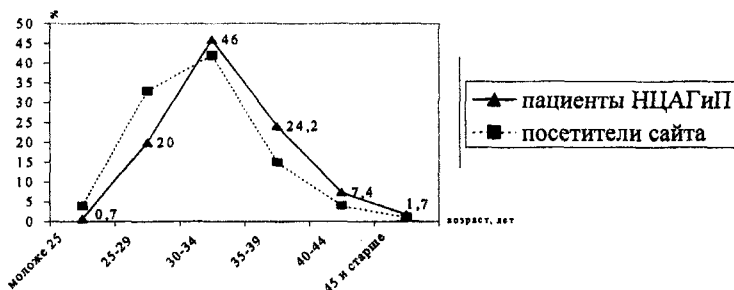


Рис. 1. Сравнительная возрастная структура посетителей сайта *Probirka.ru* и пациентов НЦАГиП

В 2009 г. был составлен «социальный портрет» пациентов репродуктивной медицины - информация о потребности в ВРТ была получена из Интернет-опроса 200 посетителей тематического сайта *Probirka.ru*, о доступности – из 285 медицинских карт пациентов НЦАГиП. Выяснилось, что «пик» потребности и доступности совпадает и приходится на возраст 30-34 года, но 4/5 пациентов репродуктивной клиники (79,3%), т.е. тех, кто уже получает репродуктивную помощь, старше 30 лет. Среди посетителей сайта таких почти 2/3 (62%), там 4/5 респондентов еще не перешагнули 35-летний рубеж (рис. 1).

Несмотря на раннее индивидуальное осознание проблемы бесплодия и поиски способов ее решения, процесс затягивается, и к началу эффективного лечения треть пациентов переходит в старший репродуктивный возраст с пониженными шансами на успех. Репутация клиники более важна, чем соотношение «цена-качество»: во многих случаях выбор определяется профессиональными традициями, историей учреждения, личностью врача.

Глава III «Регулирование репродуктивного поведения» раскрывает место репродуктивных факторов в репродуктивном поведении населения и основные направления их регулирования. Показано, что при высокой рождаемости и высокой смертности репродуктивные факторы играют роль регуляторов и качества населения, и его численности. Они направлены на снижение числа родившихся при обязательном сохранении жизни матери и ее фертильности для будущих рождений; проявляются через инфантицид, позже – через аборт и контрацепцию. Исторически такое регулирование начинается в период индустриализации (XVII-XVIII вв.), когда рождение детей становится областью сознательного выбора индивида, а автономизация личности предопределяет ориентацию на малодетность. В таких условиях способность зачать и выносить ребенка представляет интерес только для конкретного индивида, который сам решает проблемы, связанные с излишней или недостаточной фертильностью.

Подтверждена неэффективность запрета аборт, способствующего криминализации процесса и росту материнской смертности. В России, прошедшей за советское время и периоды максимальной доступности аборт, и почти полный их запрет, к началу второго демографического перехода в последней четверти XX в., беременности вдвое чаще прерывались, чем завершались родами. На фоне устойчивого снижения рождаемости это потребовало государственной политики, направленной на уменьшение числа аборт, что при их легитимности было возможно лишь через перечень медицинских и социальных показаний к прерыванию беременности и

формирование общественного порицания аборт; политика оказалась достаточно успешной - в 2008 г. на 100 родов приходился 81,1 аборт.⁶

Медицинские показания учитывают и здоровье матери с ребенком, и репродуктивный потенциал общества. Так, потребности увеличения рождаемости и повышение уровня медицинского обслуживания в 2007 г. дали шанс материнства онкологическим больным, ВИЧ-инфицированным, женщинам старше 40 лет и проч., исключив их из перечня медицинских показаний для аборта. Социальные показания еще ярче отражают стремление общества регулировать репродуктивные компоненты, поэтому утверждаются на правительственном уровне. В 2003 г. в их перечне было четыре пункта - решение суда о лишении или об ограничении родительских прав, беременность в результате изнасилования, пребывание женщины в местах лишения свободы, инвалидность I-II группы у мужа или смерть мужа во время беременности, а в 2007 г. - лишь беременность в результате инцеста и изнасилования. Дополнительной мерой стало письменное добровольное согласия на аборт в государственной или муниципальной клинике.

Обследования показывали, что субъективно аборт рассматривался женщинами как способ контроля за числом рождений. «Стратегическая оценка политики, программ и услуг в области контрацепции и абортов» (1208 респондентов в 2009 г. в Ивановской, Московской и Свердловской областях по методологии ВОЗ с участием автора) выявила абсолютное преобладание отрицательного отношения к аборту: из 346 опрошенных в Московской области лишь одна назвала аборт морально необременительной процедурой. Остальные считали это вынужденной мерой в отношении беременности, которую нельзя сохранить из-за временных трудностей, и допускали его лишь в асоциальной среде как *«наименьшее из зол, т.к. лучше прервать беременность, чем позволить родиться ненужному родителям ребенку»*.

Исследование подтвердило мнение о вреде аборта для здоровья, но знаний о современных способах прерывания беременности недостаточно, в том числе и у медицинских работников-«поставщиков» услуг; «потребители» плохо представляют послеабортные последствия, ограничиваясь бесплодием. Было выявлено устаревшее оборудование, неудобное расположение и график работы клиник, косвенно ограничивающие доступ. Хотя аборты бесплатны по обязательному медицинскому страхованию (ОМС), многие вынуждены платить из-за отдаленности клиник, нарушения конфиденциальности и проч. Острее всего это ощущают социально уязвимые группы: молодежь, мигранты, лица с

⁶ Демографический ежегодник. 2009: Стат.сб./Росстат. М., 2009. С. 181

психическими отклонениями, ВИЧ-инфицированные, занятые в коммерческом сексе, но криминальные аборт не допускает никто.

Контрацептивные традиции России специфичны, т.к. исторически аборт как первая доступная форма индивидуального контроля фертильности создал условия для формирования установки на прерывание, а не профилактику беременности. Врачи не всегда способствуют позитивному отношению к современной контрацепции, несмотря на рекомендации ВОЗ и желание женщин сохранить фертильность до нужного времени, а не свести ее к нулю.

ВРТ, начав с лечения бесплодия, создали принципиальную возможность деторождения при медицинской или социальной субфертильности (например, у онкологических больных, работников профессий повышенного риска, одиноких женщин и проч.). Состав допущенных к применению ВРТ в каждой стране регулируется репродуктивным законодательством, отраслевыми стандартами органов здравоохранения, рекомендациями профессиональных объединений. В России их перечень определяет Приказ МЗ РФ «О применении вспомогательных репродуктивных технологий в терапии женского и мужского бесплодия» №67 от 26 февраля 2003 г., который содержит более 10 программ, основанных на ЭКО.

По данным Всемирного мониторинга 2007 г. самый высокий уровень применения ВРТ в Дании (1251 цикл, т.е. попыток зачатия с помощью ЭКО, на 100000 женщин 15-44 лет в год), что вдвое выше среднеевропейского и в пять раз - американского. В Дании самое больше число циклов и для женщин до 35 лет, что показывает стремление государства «омолодить» рождаемость.

Анализ ВРТ в России стал возможен после создания национального регистра ВРТ в 1996 г. Сравнения с другими странами выявили благоприятные тенденции, главная из которых – рост числа циклов ВРТ, намного превышающий аналогичный и в Европе в целом, и в Дании (рис. 2). Основная причина в том, что европейская репродуктология сформирована, а в России становление рынка ВРТ находится в самой активной фазе. В 2007 г. на 1 млн. населения приходилось 187,5 цикла ВРТ, после которых родилось 7184 ребенка (0,45% от общего числа родившихся). По сравнению с 1995 г. число циклов ВРТ в расчете на 1 млн населения в России выросло в 7,53 раза (за 1997-2005 гг. – в 7,51 раз), в Европе - в 1,53 раза, в Дании – в 1,46 раза. В 2005 г. в Дании на 1000 женщин фертильного возраста приходилось 10 циклов ВРТ; при уровне бесплодия 15% это означает, что 150 женщинам из 1000 требуется репродуктивная помощь, в которую входят 10 циклов ВРТ, т.е. в среднем 0,07 цикла на женщину. В России в 2006 г. на 1000 женщин фертильного возраста

приходилось 0,54 цикла ВРТ, т.е. 0,0036 цикла на женщину - в 19,4 раза меньше, чем в Дании; именно во столько раз реальная доступность ВРТ для россиянок ниже, чем для датчанок.

В России и в Европе больше всего ВРТ-рождений происходит у 30-34-летних (ок. 35%). На втором месте в России те, кому еще не исполнилось 30 лет (ок. 26%), а в Европе - 35-39-летние (ок. 34%). Общим является одинаково низкий уровень ВРТ-рождений в старших возрастах - ок. 15% в 40 лет и старше, но российские показатели несколько выше у тех, кому больше 45 лет - до 3,5% - отчасти из-за отсутствия возрастных ограничений на ВРТ.

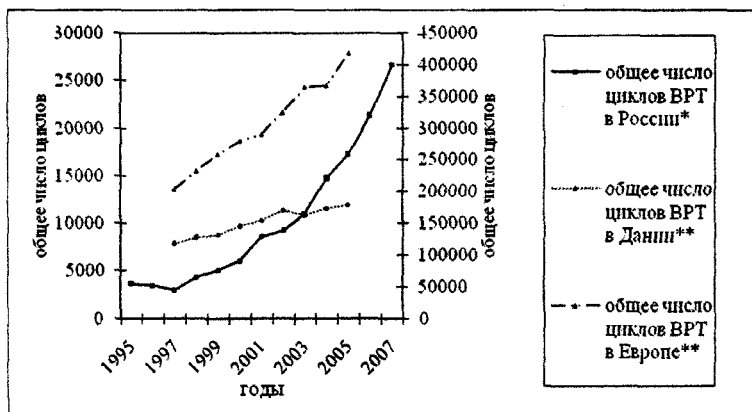


Рис. 2. Общее число циклов ВРТ, проведенных в России, Европе и Дании в 1995-2007 гг. (* - по данным Национального регистра ВРТ РФ; ** - по данным ESHRE)

В главе IV «Вспомогательные репродуктивные технологии и задачи общества» оценивается общественная приемлемость ВРТ. Лишь в Коста Рике Конституция официально запрещает все ВРТ, в других странах общим является повышение уровня регулирования от профессионального до государственного по мере расширения масштабов программ. При невозможности контролировать социально-демографические последствия ВРТ государство полностью запрещает их или ограничивает, передавая контроль на отраслевой или профессиональный уровень. Например, разрешается «терапевтическое» клонирование с целью получить стволовые клетки из эмбрионов для трансплантации, и запрещается клонирование «репродуктивное» с целью родить ребенка; вводится запрет либо мораторий на клонирование в государственных клиниках, но допускаются исследования в частных; возможны двойные стандарты, защищающие права эмбриона для ЭКО, и одновременно разрешающие «выращивать» эмбрионы для трансплантационного материала.

Выбор способа регулирования ВРТ мало связан с демографической ситуацией, численностью населения, темпами роста, рождаемостью. Если в стране отсутствует полноценное репродуктивное законодательство, то оно еще не сформировано, и государство контролирует ситуацию, назначая агентства, через которые клиники направляют отчеты в ICMART. Во многих странах репродуктивное законодательство или отраслевые стандарты не только не успевают за развитием современных технологий, но начинают противоречить им, несмотря на экономико-демографическую необходимость. Самый яркий пример – Италия, где ужесточение репродуктивного законодательства в 2002-2004 гг., штрафы за нарушение до 300000€ оживили «репродуктивный туризм», и за три года число итальянских пар, оплативших ЭКО за границей, выросло почти вчетверо, и более 16 млн \$, необходимых для оплаты процедур, оказались на рынках других стран.

Хотя применение ВРТ законодательно поддерживается в России с 1993 г., практических мер для его обеспечения долгое время не хватало. Доступ к информации о ВРТ ограничивался рекламой клиник, национальных баз данных по программам не было, средства для оплаты пациенты искали сами. До сих пор нет реальной гарантии защиты репродуктивных прав, и пробелы в законодательстве заполняются инициативой заинтересованных организаций, которые руководствуются мировой практикой и рекомендациями РАРЧ, например, локальные базы данных по репродуктивным донорам и суррогатным матерям создают клиники и посреднические агентства.

Инновационная природа ВРТ предопределяет их соответствие целям модернизации экономики России и кризисоустойчивость. Российский рынок ВРТ успешно преодолел социально-экономический и финансовый кризисы 90-х гг. XX в.; несмотря на мировой экономический кризис, число центров ВРТ в России в 2008 г. увеличилось до 80. За 1994-2007 гг. улучшились основные показатели развития рынка: число клиник выросло в 7,8 раз - с 9 до 70, число проведенных циклов ВРТ - в 7,2 раза (с 3690 до 26670), число родившихся после ВРТ в 19,3 раза (с 372 до 7184), их доля в общей численности новорожденных в 16,7 раз (с 0,027% до 0,45%).

Анализ ВРТ как товара демонстрирует их роль в создании одновременно товарного и ресурсного рынков: например, суррогатное материнство предполагает легитимный репродуктивный труд, потребность в котором прямо зависит от спроса на эту программу. Спрос на ВРТ до рождения первого ребенка почти не зависит от дохода, о чем говорит потребность со стороны тех, чьи доходы, по собственной оценке, *«не хватает даже на самое*

необходимое) (таких респондентов ок. 10% в вышеназванных обследованиях автора). По данным упомянутого Интернет-опроса на сайте *Probirka.ru*, 90% бездетных женщин не отказываются от намерений, если средства на оплату ВРТ заканчиваются, а ребенок не родился, и ищут новые источники финансирования, более дешевые клиники или способы бесплатного доступа к программе. Если после рождения первенца затраты на повторное рождение чрезмерны для семьи, то попытки могут прекратиться, несмотря на репродуктивные установки. Наиболее острым вопросом для пациентов остается одинаковая стоимость «услуги» при удаче и неудаче, что, по законам рынка, воспринимается как «*вопиющая несправедливость*».

Рыночное поведение репродуктивных клиник характеризуется механизмами несовершенной конкуренции, которая позволяет влиять на рыночную цену. На начальных этапах развития российского рынка ВРТ репродуктивные клиники действовали по принципам, близким к открытой монополии, с характерным для нее недостатком выпуска необходимой обществу продукции, что проявлялось через малое число программ и малое число ВРТ-новорожденных. Монополизация позволяла клиникам диктовать цены и выгодные экономико-правовые нормы. Острота проблемы снизилась лишь после трансформации рынка ВРТ в олигополистический, с доминированием клиник среднего размера и появлением нескольких лидирующих крупных центров.

Хотя треть клиник выполняет 200-499 циклов ВРТ в год (29,7% в 2003 г. и 32,7% в 2007 г.), число более крупных клиник, способных диверсифицировать программы ВРТ за счет инновационных разработок, растет. В 2004 г. появилась клиника, выполняющая больше 1000 циклов в год, в 2006 г. – больше 2000 циклов; одновременно сокращалось число клиник, специализирующихся на наиболее простых программах ВРТ – за 2003-2007 гг. их доля уменьшилась почти вдвое (с 13,5% до 7,3%). Суммарный удельный вес крупных клиник (выполняющих более 500 циклов в год) вырос с 21,6% в 2003 г. до 30,9% в 2007 г. Это благоприятно влияет на цену услуги, которая за анализируемый период изменилась мало, оставаясь на уровне 3-4 тыс \$ в рублевом эквиваленте за один цикл ЭКО; примерно таков же размер квоты из федерального бюджета.

Эволюция рынка ВРТ расширила возможности влияния на стоимость услуги в системе общественного здравоохранения. Сочетание рыночных методов управления охраной здоровья с методами прямого государственного регулирования позволило разделить рынок ВРТ на «бюджетный» и «коммерческий» сегменты. Финансовые границы сегментов зависят от

заинтересованности государства в практическом использовании ВРТ, которое через бюджетные квоты на оплату лечения снижает коммерческий спрос и уменьшает стоимость услуги (равновесную цену спроса и предложения). Размер «бюджетного» сегмента определяется рамками бюджетного финансирования, где объем квотирования зависит от себестоимости медицинских компонентов программ ВРТ, а количество и адресность квот – от параметров эффективности (возраста и медицинских показаний). «Коммерческий» сегмент предполагает оплату за счет любых средств, кроме бюджетных, поэтому допускает дополнительные немедицинские услуги, связанные с повышением комфортности (сегмент «элит»), и подразумевает более широкий круг пациентов. Репродуктивные клиники используют все инструменты маркетинга для привлечения пациентов, оказывают сопутствующие услуги (транспортные, гостиничные и проч.), предлагают льготы, скидки, некоторые организуют туризм по типу «все включено».

Этим рынок ВРТ схож с рынком стоматологии и эстетической медицины, но, в отличие от них, удовлетворяет не только индивидуальную потребность, улучшая качество жизни, но и общественную, увеличивая рождаемость. В отличие от большинства олигополистических рынков, вышедших из совершенной конкуренции после объединения малых фирм, разделивших сферы влияния, рынок ВРТ постоянно расширяется за счет подготовки кадров в лечебно-научных подразделениях ведущих центров. Здесь рыночные интересы клиник совпадают с интересами общества, а государство получает еще одну возможность сдерживания недобросовестной конкуренции и контроля за соблюдением этических рекомендаций по ВРТ.

Бесплодие не сопряжено с непосредственной угрозой жизни, и программы ВРТ в России, в отличие от аборт, долгое время не входили в ОМС, а стандарты добровольного медицинского страхования исключают бесплодие из-за высокого риска. Это усиливает коммерциализацию рынка ВРТ, делая его привлекательным для клиник, способных проводить 1000-1500 циклов в год, позиционирующих себя в сегменте «элит» с соответствующей ценовой политикой. В 2008 г. типовой бизнес-план такой клиники предполагал 25,5 млн руб. инвестиций со сроком окупаемости в 24 месяца и продвижением услуг через врачей и пациентов; проект считается среднедоходным, с умеренным риском, средней рентабельностью и коротким сроком окупаемости, т.е. доступным малому и среднему бизнесу.

Еще не полностью использованы ресурсы «репродуктивного туризма», особенно внешнего, несмотря на либеральность российского законодательства.

Невнимание клиник к туристической составляющей негативно влияет на показатели их финансово-хозяйственной деятельности, поскольку «уводит» пациентов в другие центры ВРТ.

На рынке ВРТ присутствуют основные элементы маркетингового комплекса «5P», но эффективность их различна. Программы ВРТ стремительно совершенствуются, находясь под контролем общества. Ценовые стратегии учитывают общественную значимость программ ВРТ, часть которых финансирует государство; оно же регулирует цены в государственных клиниках, обозначая этим их нижний рыночный предел. Частные клиники могут повышать цены за счет комфортности размещения, удобного графика приема, транспортной доступности и проч. Каналы распространения определяются тем, что товар «программа ВРТ» - это услуга, в которой не разделяются материальные и нематериальные компоненты, причем «ценность» врача доминирует. Спрос и предложение ВРТ постоянно растут, поэтому у клиник возникает задача не потерять «свою» долю рынка.

Особое значение имеют фарма-экономические аспекты ВРТ. Сама организация фармакологического обеспечения лечения бесплодия играет негативную роль, т.к. лекарства производят лишь несколько зарубежных фирм. При плановой экономике государство централизованно закупало их и обеспечивало пациентов препаратами по фиксированным ценам, но рыночные механизмы ликвидировали эти льготы; теперь лекарства поступают на рынок медикаментов, и возмещение затрат на них может быть одним из вариантов материальной помощи государства.

Анализ потребностей в ВРТ, проведенный по данным официальной статистики и Интернет-опроса посетителей сайта *Probirka.ru* в 2009 г. подтвердил основные результаты более ранних обследований и показал, что текущие медико-социальные проблемы бесплодия обусловлены, прежде всего, неэффективной организацией репродуктивной помощи. Решение их должно быть направлено на то, чтобы репродуктивные нарушения были своевременно выявлены, бесплодные получили квалифицированную консультацию и доступ к наиболее эффективному лечению. Срок лечения от бесплодия не должен занимать весь детородный период женщины, а средства на лечение не должны ограничивать реализацию потребности в детях. Поскольку потребность во вспомогательной репродукции обусловлена здоровьем и социальным статусом, можно выделить три группы:

1. Дети и подростки; цель - сохранение естественной фертильности и выявление репродуктивных нарушений; методы - преимущественно

пропагандистские, связанные с эффективной контрацепцией, предупреждением ИППТ, при необходимости - медицинская помощь.

2. Население в возрасте максимальной биологической фертильности (20-35 лет); цель - рождение желанных детей, сохранение репродуктивной функции, коррекция репродуктивных нарушений; методы - медицинское наблюдение в период беременности, акушерская и гинекологическая помощь, специализированная помощь при бесплодии, эффективная контрацепция, безопасные аборты.

3. Население старшего репродуктивного и пострепродуктивного возраста; цель - рождение детей при желании их иметь, коррекция влияния угасания фертильности на соматическое здоровье; методы - медицинские.

Социальная потребность в ВРТ пока минимальна, но устойчиво растет, и общество, отказывающееся от гендерной дискриминации, должно учитывать это. Например, при допуске женщин к профессиональным вредностям, следует предусмотреть возможности сохранения ими полноценной репродуктивной функции, а при стимулировании женского предпринимательства - совмещение бизнеса с беременностью.

Несмотря на весьма высокую степень медицинского просвещения, при обнаружении проблем с деторождением большинство пар сначала ищут причину в женском бесплодии, чему способствует и традиционное для российских мужчин невнимание к репродуктивному здоровью. Многие репродуктивные проблемы усугубляются спецификой современных форм семейной жизни с раздельным проживанием супругов («гостевые» браки, периодические отъезды «на заработки»). При обращении в лечебное учреждение по месту жительства лечение от бесплодия не проводится, и пациенты направляются в специализированный центр более высокого уровня. Для такого направления нужен набор анализов, удорожающих и удлиняющих лечение. Качество помощи в крупных центрах, несмотря на цену, обычно удовлетворяет пациентов, но проблемой становится выбор врача, контакт с которым из-за специфики лечения выходит за рамки профессиональных рекомендаций. Женщины хотят доверять врачу, т.к. намерены следовать его советам и после рождения ребенка. Лечение от бесплодия по-разному воспринимается женщиной, иногда ухудшается общее самочувствие, и тогда особо остро воспринимаются неудачи, возникает сожаление о напрасно потраченных деньгах, и в итоге женщина оставляет попытки родить хотя бы одного ребенка. Проведенное лечение в целом благоприятно отражается на

жизненном тоне и психологическом климате семьи, даже если цель (рождение ребенка или хотя бы беременность) не достигнута.

Одна из причин проблем с доступностью репродуктивной помощи в России - территориально-организационная структура сети клиник, треть из которых находятся в Москве и Санкт-Петербурге, а остальные - в крупных региональных центрах. Поскольку создание клиник ВРТ в небольших городах нерентабельно, вариантом становится децентрализация их через «транспортные», «спутниковые» и «вахтовые» центры, появившиеся в России еще в 90-е гг. XX в. Децентрализация позволяет разделить программы ВРТ на несколько этапов, часть которых проводится в местном учреждении, часть - в базовом центре, и этим снизить стоимость.

В большинстве стран специальные государственные программы покрывают до 100% затрат на ВРТ, если пациенты соответствуют определенным критериям (возраст, состояние здоровья и проч.). В России лишь с 2001 г. началось государственное финансирование ВРТ через выделение квот за счет бюджета МЗ РФ на проведение ЭКО и дополнительных квот из бюджетов низших уровней. Критерии федерального отбора официально не регламентируются, т.к. «Стандарты высокотехнологичной медицинской помощи» по ЭКО, утвержденные Приказами МЗиСР РФ в 2006 г., фиксируют только категорию пациентов («взрослые»), но разные бюджеты могут вводить другие параметры отбора.

Квота определяет количество больных, которых орган управления здравоохранением субъекта РФ может направить в профильные федеральные специализированные медицинские учреждения для лечения с использованием высокотехнологичных видов медицинской помощи за счет бюджетных средств, нормативы финансовых затрат на оказание ВМП, и учреждения, которые эту помощь оказывают. Нынешний размер федеральной квоты, направляемой в государственные клиники, составляет ок. 4000\$ в рублевом эквиваленте по официальному курсу, что соответствует среднемировой цене одного цикла ЭКО. Бюджеты низших уровней могут увеличивать размер федеральной квоты, добавляя средства, например, на транспортные расходы, или финансировать ЭКО в клиниках любой формы собственности, расположенных на своей территории. Государство поддерживает и спрос, и предложение услуг по ВРТ, но приоритет отдается производителю: пациент (потребитель) может выбрать бесплатную программу только в тех учреждениях, которые уже получили оплату от государства. Это принципиально отличает квоты на ЭКО от

«родовых сертификатов», предусматривающих самостоятельный выбор клиники пациенткой, и нарушает конкуренцию.

Правовая доступность ВРТ определяется законодательным регулированием, и с этих позиций в России, где не запрещено ни одной ВРТ, ситуация одна из самых благоприятных. В большинстве стран протест против ВРТ возник одновременно с внедрением их в практику и был основан на том, что яйцеклетки после ЭКО надо рассматривать с позиций морального статуса человека, обеспечивая эмбриону правовую защиту на самых ранних стадиях развития, т.е. именно тогда, когда применяются ВРТ.

В разных странах существуют похожие пробелы в законодательстве и способы их решения. При отсутствии специальных законов роль сдерживающих факторов в изменении показаний для ЭКО играют мораль и этика, особенно там, где сильны традиционные институты семьи и религии. «Абсолютистская» позиция требует запрета любых манипуляций с эмбрионом, поскольку считает его имеющим душу с момента оплодотворения. С этой точки зрения дальнейшее развитие ВРТ опасно для генофонда и здоровья человечества из-за неясных отдаленных последствий, поэтому необходимы жесткие критерии, ограничивающие репродуктивные технологии. Противоположная позиция предусматривает широкое внедрение ВРТ как альтернативы естественной репродукции. «Градуалистическая» позиция, характерная для ведущих специалистов и представителей власти, предполагает правовую защиту эмбриона на стадии, когда он приобретает свойства личности, допускают ВРТ в терапевтических и исследовательских целях при строгом контроле. Возникает концепция «адресных ВРТ», учитывающих специфику категории пациентов, их религиозные убеждения, нормы и традиции.

Независимо от того, благоприятны тенденции рождаемости в стране или нет, высокий уровень жизни или низкий, бесплодие воспринимается людьми как фактор, не только не облегчающий их жизнь, но создающий дополнительные трудности, на преодоление которых направляются все усилия. Бесплодие повышает индивидуальную потребность в детях и их внутрисемейную значимость, меняет ценностные ориентации семьи и индивида; появление детей становится целью жизни. Приемный ребенок, который «излечивает» бездетность, но не бесплодие, является решением проблемы для тех, у кого социальное желание стать родителями перевешивает стремление оставить биологических потомков.

Бесплодие распространено во всех слоях общества и остается морально-этической и психологической проблемой даже там, где государство всеми

средствами помогает справиться с ним. Обществу невыгодно формировать особую категорию родившихся с помощью ВРТ и претендующих на дополнительную социальную опеку в течение жизни, поэтому важен перевод ВРТ в категорию «психологически обычных» процедур и подготовка населения к возможности стать пациентом репродуктивной клиники. Направления решения этой задачи связаны с различными способами осознания проблемы личного или семейного бесплодия в зависимости от пола, возраста, образования, социального статуса – более образованные и материально обеспеченные пары обычно не только более активны в своих действиях, но и рассматривают больше вариантов «управления бесплодием».

В главе V «Демографические перспективы вспомогательных репродуктивных технологий» выявлены особенности категорий населения с разными репродуктивными установками и репродуктивным статусом в контексте включения ВРТ в демографическую политику России. Одной из таких групп являются «чайлдфри» («*child-free*», ЧФ), т.е. добровольно бездетные, способные к воспроизводству, но отказывающиеся иметь детей. Это отличает ЧФ от бездетности вынужденной («*childless*» или «*childlessness*»), когда детей «недостает», они желанны, однако имеется бесплодие или деторождение откладывается на более поздний срок.

ЧФ получили право на существование во многом благодаря процессу демографической модернизации, который расширил свободу социального и семейного выбора, равенства партнеров, самореализации и проч. Это один из современных вариантов построения жизни, еще не накопивший статистической базы, которая показывает долю молодых ЧФ, сохранивших свои принципы до 50 лет. По косвенным зарубежным оценкам доля ЧФ в населении не превышает нескольких процентов, а в России к ним относят себя более 1,5 тыс. чел., объединившихся через Интернет. Анализ тематических сайтов показывает, что абсолютное большинство ЧФ моложе 30 лет, они заинтересованы в эффективной контрацепции и допускают изменение репродуктивных намерений с возрастом.

Это усиливает тенденцию к позднему материнству, обозначившуюся в России в 1990-е гг. Доля родившихся у матерей 35 лет и старше в 2008 г. составила 8,9%, что на треть больше, чем в 1992 г.; абсолютное значение увеличилось в полтора раза до 152642 чел. Рост произошел во всех возрастных группах, а в самых старших группах он двукратный – 206% у 45-49-летних, 213% у тех, кому больше 50 лет. Суммарный количественный вклад этих групп невелик (1290 чел. в 2008 г.), но значение для улучшения качества жизни

несомненно – по данным упомянутых опросов, почти все женщины, так поздно ставшие матерями, стремились к этому много лет.

Российское репродуктивное законодательство, формально не имеющее возрастных цензов, создает условия для деторождения у «поздних» матерей, и, чем старше женщина, тем больше ее репродуктивные намерения зависят от ВРТ - доля женщин старше 35 лет в программах ВРТ колеблется от 30-40% (ЭКО) до 60-70% (донорство яйцеклеток). Такие рождения связаны с дополнительными правовыми, моральными и финансовыми проблемами, поскольку именно в старшем возрасте чаще требуется репродуктивное донорство и суррогатное материнство. Масштаб проблемы расширяется, о чем свидетельствует постоянный рост числа обращений женщин 36-50 лет по поводу бесплодия – например, в НЦАГиП этот показатель за 2000-2005 гг. увеличился почти в три раза; доля таких женщин среди общего числа пациенток увеличилась с 18% до 37%.

Вариантом репродуктивного выбора является суррогатное материнство, которое больше других ВРТ зависит от правового обоснования, поскольку возникают вопросы признания родительских прав с участием третьих лиц. Иногда суррогатное материнство является единственным способом деторождения, но его социально-экономические и морально-правовые последствия неоднозначны, т.к. любые действия здесь не должны ущемлять права ребенка, выношенного суррогатной матерью, и ее собственных детей. Проблемы вытекают из традиционного приоритета женщины, выносившей ребенка, и требований, которые она может предъявить после родов.

Социальные проблемы связаны с влиянием самого факта суррогатного материнства на семью. Коммерческие компоненты регулируются законами, запрещающими или разрешающими выплаты суррогатным матерям, что существенно меняет количество таких женщин и их мотивацию. В настоящее время суррогатное материнство применяется только по медицинским показаниям, и недопустимо ни при каких вариантах «социального бесплодия», вызванного отказом здоровой женщины вынашивать ребенка. Коммерческое суррогатное материнство можно трактовать как вид женской занятости, что подтверждает рост предложений стать суррогатной матерью. На фоне дискуссий о морально-этических аспектах данной ВРТ сами женщины, вынашивающие чужого ребенка, относятся к этому как к обычной работе с соответствующей оплатой, и часто готовы выполнять ее неоднократно. По своей природе такая оплата - скорее разновидность экономической ренты, т.е. плата за строго ограниченный количественно ресурс, чем заработная плата как

модифицированная форма стоимости рабочей силы. В отсутствии государственного регулирования цен на услуги суррогатной матери участницы программы договариваются об оплате самостоятельно, т.е. все расходы несут юридические родители - в отличие от других ВРТ, которые в той или иной степени финансируются государством.

Таблица 1

Основные показатели модели рождаемости (I этап расчета)

Показатели	Формула расчета	
TFR - уровень рождаемости, определяемый СКР	$TFR = \sum_a ASFR_a * \Delta a$, где «а» – возрастная группа, Δa – число женщин в группе «а»	1.1
ASFR _a - частный коэф. рождаемости для возрастной группы «а»	$ASFR_a = b_a / n_a$, где n_a - число женщин возр. «а», и b_a - число рождений у женщин возр. «а»	1.2
Общее число рождений для возрастной группы «а»	$b_a = b_{na} + b_{ARTa}$, т.е. сумма естественных рождений b_{na} и ВРТ-рождений b_{ARTa}	1.3
Число женщин фертильного возраста для возрастной группы «а»	$n_a = n_{fa} + n_{sfa}$, где n_{fa} - число фертильных и n_{sfa} – субфертильных женщин	1.4
ASFR _{Fa} и ASFR _{SFa} - повозрастные коэф. «естественной» и ВРТ-рождаемости для возрастной группы «а»	$ASFR_{Fa} = b_{na} / n_{fa}$ (для фертильных женщин); $ASFR_{SFa} = b_{ARTa} / n_{sfa}$ (для субфертильных женщин)	1.5
Доля фертильных и субфертильных женщин в общем числе женщин ферт. возраста для возр. группы «а»	$f_a = n_{fa} / n_a$ - доля фертильных женщин $sf_a = n_{sfa} / n_a$ - доля субфертильных женщин	1.6
ASFR _a - частный коэф. рождаемости (фактический коэф. повозрастной рождаемости) для возр. группы «а»	$ASFR_a = f_a * ASFR_{Fa} + sf_a * ASFR_{SFa}$	1.7
GBR - специальный коэффициент рождаемости	$GBR = GBR_F + GBR_{SF}$, где GBR_F – коэф. рожд. фертильных женщин и GBR_{SF} – коэф. рожд. субфертильных женщин	1.8

Источник. Grant J., Hoorens S., Gallo F., Cave J. Should ART be part of a population policy mix? Assessing of the demographic impact of Assisted Reproductive Technologies. P. 49-56 (http://www.rand.org/pubs/research_briefs/2007/RAND_RB9200.pdf); Медков В.М. Демография. М.: Инфра-М. 2008. С. 318-334

Количественные параметры реального вклада ВРТ в отечественную рождаемость рассчитаны с помощью математической модели, определяющей величину влияния эффекта ВРТ на СКР, исходя из реального числа детей, родившихся после ВРТ (табл. 1). В модели принимается во внимание только женская фертильность, не учитывается очередность ВРТ-рождений и фекундативность каждого возраста, а субфертильные и инфертильные женщины объединены в одну группу.

В итоге коэффициенты рождаемости по всем возрастным группам, рассчитанные по формуле (1.7), позволяют представить СКР как сумму двух компонентов: СКР фертильных женщин и СКР субфертильных женщин, причем предполагается, что ВРТ не затрагивают $ВКР_F$, а касаются только $ВКР_{SF}$, хотя это может быть неточным, потому что, например, фертильные пары могут принять решение отложить рождение своего первенца, полагая, что в более позднем возрасте они смогут для этого использовать ВРТ (рис. 3).

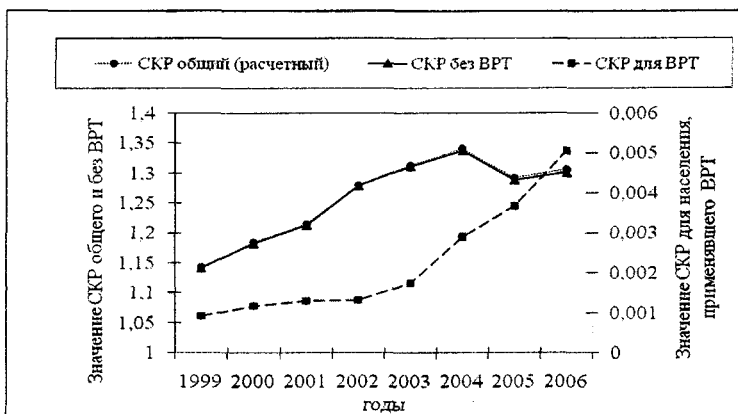


Рис. 3. Компоненты СКР в России

Динамика СКР за 1997-2006 гг. иллюстрирует противоположные тенденции «естественной» рождаемости и ВРТ-рождаемости (рис. 4), хотя количественный вклад последней минимален – 0,387% СКР против 0,051% в 1997 г.

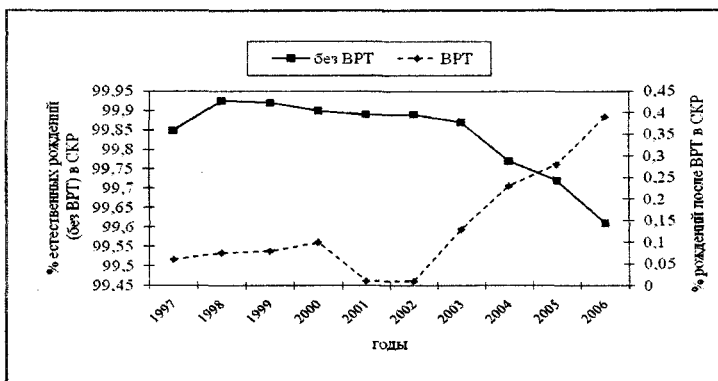


Рис. 4. Динамика компонентов СКР в России за 1997-2006 гг.

Сплошная линия отражает гипотетическую ситуацию, при которой ВРТ-рождения в России полностью отсутствуют, т.е. реальные числа ВРТ-родившихся вычитаются из общего числа родившихся. Видно, что практическое влияние ВРТ-рождений на величину СКР пока минимально, но имеет четко выраженную тенденцию к росту, и с 2006 г. становится уже статистически заметным – 0,01; за 1999-2006 гг. вклад числа ВРТ-родившихся в СКР вырос в 5 раз – с 0,0009 до 0,005. Это хорошо видно на графиках реальной повозрастной рождаемости, в которых отдельно учтены родившиеся в естественных циклах и при помощи ВРТ (рис. 5). Если естественная рождаемость характеризуется графиком с традиционной для низкой рождаемости левосторонней асимметрией и почти приближается к нулевой отметке в старших репродуктивных возрастах, то ВРТ-рождаемость с увеличением возраста не только не снижается, но растет. Особенно заметен рост после 2005 г., когда увеличилось число программ ВРТ с репродуктивным донорством, необходимым в старших возрастах.

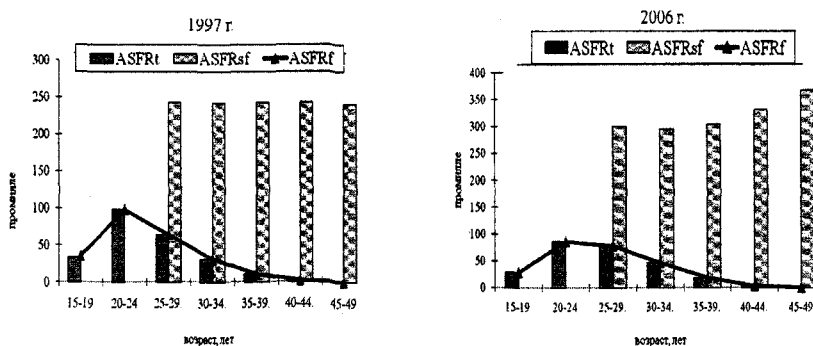


Рис. 5. Изменение реальной повозрастной рождаемости фертильных (ASFR_f) и субфертильных (ASFR_{sf}) женщин России в 1997-2006 гг. (ASFR_t – повозрастная рождаемость женщин без выделения фертильных и субфертильных)

Тенденцию роста влияния ВРТ-рождений на суммарную рождаемость подтверждает динамика специальных коэффициентов рождаемости фертильного и субфертильного населения (рис. 6). Даже без учета изменения структуры фертильности населения в репродуктивном возрасте очевидно, что на фоне небольших колебаний вокруг сложившегося минимума естественной рождаемости динамика субфертильной рождаемости устойчиво-положительная.

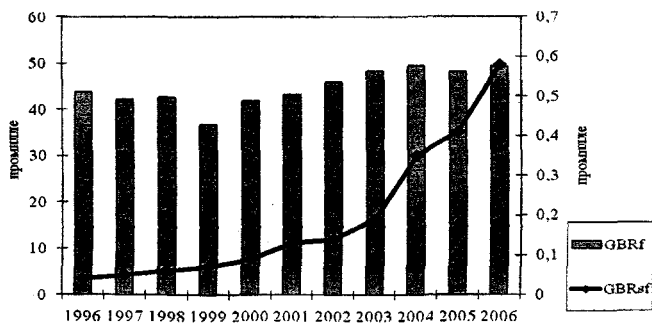


Рис. 6. Специальные коэффициенты рождаемости фертильного (GBR_f) и субфертильного (GBR_{sf}) населения России

Модель рождаемости позволяет проанализировать эффективность государственной ВРТ-политики через соотношение расходов на реализацию конкретных мер демографической политики, и «прибыли» от них (табл. 2).

Таблица 2

Основные показатели модели рождаемости (II этап)

Показатели	Формула расчета	
Общая стоимость ВРТ (C _T)	$C_T = C \cdot \sum_a T_c(a)$, где C — стоимость одного цикла ЭКО	II.1
Общее число циклов ВРТ, которое изменяется по возрастным группам (a) T _c (a)	$T_c(a) = \Delta\sigma(a) \cdot n_c(a)$, где n _c (a) — среднее число циклов, необходимых для появления ребенка (растет с возрастом); Δσ(a) — дополнительное число детей, родившихся с помощью ВРТ	II.2

В базовой модели стоимость одного цикла ЭКО составила £2,77161, а величина Δσ(a) выведена по средним эмпирическим данным о снижении возрастной фертильности. Российские показатели взяты из Национальных регистров ВРТ (число ВРТ-рождений в возрастной группе) и общедоступных преискурантов клиник — средняя стоимость одного цикла с учетом лекарств и диагностики в 2007 г. примерно соответствовала базовой (по курсу ЦБ РФ 138580,5 руб.). Это позволило сравнить затраты на «дополнительные» рождения для фертильного и субфертильного населения (табл. 3).

Опыт многих стран показывает, что ВРТ как мера политики по повышению рождаемости, может создать положительный доминирующий репродуктивный эффект. Если оценить эффективность политики через соотношение числа аборт и циклов ВРТ, даже не закончившихся живорождением, то репродуктивная доминанта покажет, к чему реально

стремится общество – сокращению репродуктивных возможностей развития населения (преобладают аборт) или их расширению (преобладают ВРТ). Государство играет основную роль в управлении этими процессами: например, в Польше, где полностью запрещены аборты, но разрешены некоторые ВРТ, с 1998 г. абсолютно доминирует положительный репродуктивный эффект. Общей тенденцией является рост положительной репродуктивной доминанты – с каждым годом в большинстве европейских стран соотношение числа абортов и циклов ВРТ уменьшается, и при максимальном доступе к ВРТ приближается к 1 (Бельгия, Дания, Финляндия). В России в 2007 г. делалось почти в 56 раз больше абортов, чем циклов ВРТ, но в 1997 г. соотношение было 846.

Таблица 3

Сравнительные затраты на дополнительные рождения в 2007 г. в России

	Показатель	Значение
1.	Число циклов ВРТ, единиц	26670
2.	Средняя стоимость одного цикла, руб.	138580,5
3.	Суммарные затраты на все циклы ВРТ, руб.	3695941935
4.	Число ЭКО-родившихся, чел.	7184
5.	Число квот из федерального бюджета, единиц	7000
6.	Суммарные расходы федерального бюджета на квоты по ЭКО	970063500
7.	Число родившихся в многоплодных беременностях, чел.	1437
8.	Размер «материнского капитала», руб.	250000
9.	Число принятых заявлений на «материнский капитал», единиц	320600
10.	Суммарные затраты на «материнский капитал», руб.	8015000000
10.1	Из них «материнский капитал» для ЭКО-родившихся в многоплодных беременностях, руб.	359250000
11.	Суммарные затраты на «материнский капитал» (без ЭКО-рождений), руб.	7655750000
12.	Суммарные затраты государства на ЭКО-рождения с учетом «материнского капитала», руб.	1329313500
13.	Средние затраты на одного ЭКО-родившегося с учетом «материнского капитала», руб.	185038,1

Источник. Рассчитано по: Доклад о результатах и основных направлениях деятельности МЗиСР РФ как субъекта бюджетного планирования на 2008 г. и на период до 2010 г. (<http://www.minzdravsoc.ru/ministry/budget>); Отчет центров ВРТ за 2007 г., с. 15; Данные прайс-листов клиник, предлагающих услуги ЭКО

Усиление влияния ВРТ на развитие населения позволяет рассмотреть их стратегические перспективы в формате SWOT-анализа. Хотя короткая история ВРТ в России ограничивает возможности прогноза, можно определить основные направления, которые обуславливают будущее ВРТ в стране, выделить их сильные и слабые стороны, обозначить угрозы. Матрица SWOT-

анализа российского рынка ВРТ несколько отличается от европейской прежде всего из-за морально-этических традиций населения и финансовых намерений государства (табл. 4).

Таблица 4.

Матрица SWOT-анализа ВРТ в России

<p style="text-align: center;">Сильные стороны</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ВРТ способны увеличить рождаемость и снизить демографическое старение. 2. Начиная с первых ВРТ-рождений, технологии ВРТ совершенствуются. При необходимости государство законодательно обеспечивает преимущества наиболее эффективным методам ВРТ, например, ограничивая число переносимых эмбрионов. 3. Криоконсервация позволяет сохранять эмбрионы для будущих зачатий, не подвергая пациента дополнительным процедурам. 4. Общество может регулировать показатели населения через ВРТ, но законы не должны тормозить прогресс в этой области. 5. Эффективная роль отраслевых сообществ, которые быстрее государственных структур реагируют на проблемы ВРТ. 6. Быстрое внедрение мировых достижений. 	<p style="text-align: center;">Слабые стороны</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Одна из главных проблем – многоплодие, подвергающее риску новорожденных и мать. 2. Диагноз бесплодие, сам по себе стресс, иногда дополняется выявлением генетических патологий, которые усугубляют ситуацию и удорожают лечение, поэтому нужна психологическая помощь. 3. Коммерциализация отрасли не всегда благоприятна, т.к. иногда доминируют интересы прибыли, а не здоровья. 4. Формирование мнения о том, что ВРТ «всесильны» и позволяют откладывать рождения на любой срок.
<p style="text-align: center;">Возможности</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Разработка программ «экономичных» ВРТ для стран, где ценовая доступность является основным препятствием к ВРТ. 2. Когда удешевить ЭКО невозможно по медицинским показаниям, необходима социальная поддержка государства. 3. Перспективы использования стволовых клеток и биотехнологий. 	<p style="text-align: center;">Угрозы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Два типа угроз – медицинские и социальные. Высока вероятность злоупотреблений со стороны персонала клиник (манипуляции с репродуктивным материалом для ускорения результата или удовлетворения требований пациента). 2. Формирование общественного мнения по поводу ВРТ сильно зависит от позиции СМИ. 3. Рост числа и доли женщин, сознательно откладывающих рождения на поздний возраст. 4. Сильная зависимость от финансовых возможностей пациентов и желания страховых компаний работать с ВРТ как высокорисковыми проектами. 5. Нехватка высококвалифицированных специалистов и законы, ограничивающие их профессиональное передвижение

В **Заключении** представлены выводы из проведенного исследования.

1. Новая парадигма изучения социальных явлений, связанных с состоянием населения, предусматривает рассмотрение социально-демографических процессов в биомедицинском контексте, поскольку от высоких технологий зависит и жизнь, и здоровье современного человека. Влияние репродуктивных компонентов (абортов, контрацепции и ВРТ) на комплексное развитие народонаселения проявляется через изменение основных количественных и качественных показателей развития населения и создает возможности для выработки подходов к решению текущих и перспективных демографических проблем (табл. 5).

Таблица 5

Репродуктивные факторы демографического развития: роль в истории

Показатели естественного воспроизводства	Роль в обществе	На что направлены	Проявляются через
Высокая рождаемость и высокая смертность (традиционный тип воспроизводства); очень молодое население	Скорее регулятор качества населения, чем его численности	Снижение числа родившихся путем их физического уничтожения при обязательном сохранении жизни матери	Детоубийство
Высокая рождаемость и низкая смертность; молодое население	Регулятор численности населения (особенно при демографическом взрыве)	Снижение числа родившихся при обязательном сохранении жизни матери	Аборт+ Детоубийство+ Примитивная контрацепция
Низкая рождаемость и низкая смертность; начало старения населения	Скорее регулятор численности населения, чем его качества	Рост числа родившихся при обязательном сохранении жизни матери	Примитивное лечение бесплодия
Низкая рождаемость и высокая смертность; стареющее население	Регулятор численности населения	Рост числа родившихся при увеличении числа потенциальных матерей	Лечение бесплодия+ ВРТ
Рождаемость ниже, чем смертность (депопуляция); очень старое население	Регулятор численности и качества населения	Рост числа родившихся при увеличении числа потенциальных матерей	Лечение бесплодия+ ВРТ

2. Методология исследования заключается в дополнении традиционных методов научного анализа понятийным аппаратом, адаптирующим инновационные биомедицинские понятия к социально-экономическим и демографическим процессам. Необходима комплексная информационная база, включающая официальные источники статистических данных, добровольную отчетность профессиональных отраслевых объединений и информацию, полученную в ходе целевых социологических обследований.

3. На основании изучения научных категорий, отражающих репродуктивные процессы в демографическом развитии, введены категории «репродуктивные факторы» и «репродуктивное регулирование рождаемости», с помощью которых можно исследовать взаимосвязи социальных и биологических компонентов регулирования рождаемости.

4. ВРТ расширяют репродуктивный потенциал России за счет включения в него категорий населения, репродуктивные способности которых нарушены из-за бесплодия, ограниченной фертильности или по социальным причинам. Современные способы профилактики и прерывания беременности позволяют сохранить репродуктивный потенциал за счет сохранения индивидуальной способности к деторождению после аборт и контрацепции.

5. Новые репродуктивные технологии воздействуют на репродуктивное поведение населения, поскольку позволяют выбрать время и способ зачатия, пол ребенка, устранить врожденные и наследственные заболевания новорожденных.

6. В настоящее время ВРТ являются самым эффективным способом преодоления бесплодия, репродуктивных расстройств и нарушений здоровья, ограничивающих деторождение. Эффективность их влияния зависит от доступности программ ВРТ для населения, определяется уровнем развития рынка ВРТ и участием государства в его регулировании. В России этот рынок находится в начальной стадии, но развивается интенсивно, имеет перспективы маркетингового регулирования. Рыночные противоречия ВРТ как товара с положительным внешним эффектом, спрос на который зависит от индивидуальной потребности в детях и доходов населения, могут быть разрешены сегментированием рынка на «бюджетный» и «элитный» сегменты с соответствующими источниками финансирования.

7. Разработка и масштабное внедрение ВРТ произошло в период, когда развитие населения вступило в фазу «второго демографического перехода», одним из главных признаков которого является индивидуализация демографического поведения, модифицирующая традиционные нормы регулирования качественных и количественных характеристик населения. Границы общественно допустимой вариативности решения вопросов о появлении потомства расширяются от полного факта продолжения рода до стремления продлить детородную функцию далее естественных границ репродуктивного возраста. Одновременно появляется возможность соединения разнообразных индивидуальных репродуктивных интересов, даже прямо противоположных (например, многодетность и добровольная

бездетность, раннее и позднее материнство), и стратегических целей демографического развития.

8. Многолетний зарубежный опыт применения ВРТ для повышения рождаемости свидетельствует о необходимости совершенствования государственного контроля за ВРТ в целях усиления их гуманистической направленности и соответствия социально-демографическим потребностям общества. Государство должно корректировать стандарты бюджетного финансирования ВМП в соответствии с изменяющимися реалиями репродуктивного, матримониального и самосохранительного поведения, например, изменяя возрастные границы, требования к семейному статусу, диагнозам пациентов, которым полагаются бесплатные программы ЭКО, расширять число таких программ.

9. Политика в области аборт и контрацепции во всех странах привела к сокращению частоты искусственного прерывания беременности, однако государство, декларируя соблюдение репродуктивных прав и сохранение здоровья населения, должно гарантировать доступность и безопасность этих процедур. Хотя в России в условиях депопуляции наибольшего внимания требует ВМП, и особенно ВРТ как ресурс повышения рождаемости, необходимо пересмотреть отношение к развитию современных направлений репродуктивного регулирования, сокращающих число рождений, с учетом возможностей специализированных клиник разных форм собственности, семейных врачей и проч.

10. В контексте современного развития народонаселения ВРТ способствуют повышению степени индивидуализации демографического поведения, создавая альтернативу естественной репродукции. Именно социальные, а не медицинские причины ВРТ, вызывают наибольшую общественную дискуссию и во многом определяют перспективы репродуктивных возможностей демографического развития. Становясь частью общественных отношений, ВРТ постепенно изменяют и сами эти отношения. Как меры, направленные на улучшение количественных и качественных характеристик населения, ВРТ могут входить в комплекс демографической политики, но степень их влияния зависит от социально-экономической ситуации в стране, уровня культуры и особенностей менталитета. Инновационные репродуктивные технологии постепенно охватывают все население, сохраняя его способность к воспроизводству на протяжении всей жизни, чем вносят серьезный вклад в повышение рождаемости.

Публикации автора. Основное содержание диссертационной работы отражено в 54 публикациях автора общим объемом 138,6 п.л. (из них лично автором – 36,2 п.л.):

Монографии

1. Гендерные стереотипы в меняющемся обществе: опыт комплексного социального исследования / ред.-сост.: Н.М. Римашевская, Л.Г. Лунякова.: Ин-т соц.-экон. проблем народонаселения РАН: Научн. Совет по проблемам гендерных отношений РАН. М.: Наука, 2009. 273 с. (17,0 п.л./1,1 п.л.)
2. Русанова Н.Е. Репродуктивные возможности демографического развития. М.: Спутник+, 2008. 333 с. (20,81 п.л.)

Статьи, опубликованные в изданиях, рекомендованных ВАК

3. Русанова Н. Новая женская профессия: суррогатная мама. // Человек и труд. 2009. №9. (0,4 п.л.)
4. Русанова Н.Е. Бездетная семья в России: политика государства и выбор супругов. // Труд и социальные отношения. 2009. №8. (0,5 п.л.)
5. Русанова Н.Е. «Репродуктивный туризм» в России: возможности и проблемы. // Сервисplus. 2009. №3 (0,5 п.л.)
6. Русанова Н.Е. Суррогатное материнство в современной демографии. // Народонаселение. 2009. №1. (0,5 п.л.)
7. Русанова Н.Е. Новые тенденции рождаемости в России. // Народонаселение. 2007. №3. (0,9 п.л.)
8. Русанова Н.Е., Исупова О.Г. ВРТ как рынок: социально-психологические потребности пациентов ЭКО и критерии выбора клиники // Проблемы репродукции. 2010. №1. (0,4/0,2 п.л.)
9. Русанова Н.Е., Исупова О.Г. Вспомогательные репродуктивные технологии в демографической политике: опыт Европы и перспективы России // Народонаселение. 2009. №4. (0,5/0,25 п.л.)
10. Ерофеева Л.В., Русанова Н.Е. Аборты в России на рубеже XX-XI вв.: медико-демографические аспекты // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2009. №4. (0,4/0,2 п.л.)
11. Исупова О.Г., Русанова Н.Е. Социальный портрет пациентов репродуктивной медицины // Социс. 2010. №4. (0,5/0,25 п.л.)
12. Русанова Н.Е., Ерофеева Л.В. Проблемы бесплодия и рождаемость // Народонаселение. 2002. №1. (0,8/0,4 п.л.)
13. Sotnikova E.I., Efremova L.D., Rusanova N.E. Contraceptive behavior of women in Russia. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. Vol. 3 sup. 1 June 1998. (0,1 п.л.)

Научные публикации и статьи:

14. Русанова Н.Е. Бесплодие и уровень рождаемости. В сб. Россия: 10 лет реформ. Социально-демографическая ситуация. М.: РИЦ ИСЭПН, 2002. (0,5 п.л.)

15. Русанова Н.Е. Вспомогательные репродуктивные технологии и человеческий потенциал. // Качество человеческого потенциала. Материалы международной научной конференции ИСЭПН РАН 23 октября 2009 г. Ред.-состав. Е.М. Аврамова, Л.Г. Луныкова. М.: ИСЭПН РАН, 2010 (0,5 п.л.)
16. Русанова Н.Е. Женщины и «репродуктивная миграция». Материалы международной конференции «Миграция и развитие». Пятое Валентеевские чтения. М.: МГУ им. М.В. Ломоносова, 2007, т. 1. (0,2 п.л.)
17. Русанова Н.Е. Маркетинговые возможности вспомогательных репродуктивных технологий в России // Маркетинг услуг. 2009. №4. (0,4 п.л.)
18. Русанова Н.Е. Медико-социальные проблемы суррогатного материнства. Материалы III Всероссийского социологического конгресса «Социология и общество: пути взаимодействия». М.: ИС РАН, РОС, 2008. (ISBN 978-6-89697-157-3) (0,2 п.л.)
19. Русанова Н.Е. Позднее материнство против свободы от детей // Сибирская столица. 2007. №42. (0,2 п.л.)
20. Русанова Н.Е. Репродуктивное здоровье как фактор демографического развития. Тезисы докладов и выступлений на II Всероссийском социологическом конгрессе «Российское общество и социология в XXI веке: социальные вызовы и альтернативы». Секция «Социология здоровья». М., 2003. (0,2 п.л.)
21. Русанова Н.Е. Репродуктивные характеристики современной семьи. Материалы международной научной конференции «Население, семья, уровень жизни», посвященной Году семьи и 20-летию ИСЭПН РАН, Сборник материалов. М.: М-Студио, 2008. (0,5 п.л.)
22. Русанова Н.Е., Андрушина Е.В., Бубнова Е.М., Каткова И.П., Катков В.И., Куликова О.А. Демографическая ситуация. Россия-2000. Социально-демографическая ситуация. X ежегодный доклад. Под ред. Римашевской Н.М., М., 2001 (1,0/0,2 п.л.)
23. Русанова Н.Е., Бубнова Е.М., Бреева Е.Б. Естественное движение населения. Россия-1996. Социально-демографическая ситуация. VI ежегодный доклад. Под ред. Римашевской Н.М., Маркова В.И. М.: ИСЭПН РАН, 1997 (1,0/0,35 п.л.)
24. Русанова Н.Е., Бубнова Е.М., Каткова И.П., Сакевич В.И., Бреева Е.Б., Шебунова А.А., Римашевская Н.М., Ильин В.А. Естественное движение населения. Россия-1997. Социально-демографическая ситуация. VII ежегодный доклад. Под ред. Римашевской Н.М., Яковлевой Е.Н. М.: ИСЭПН РАН, 1998 (1,5/0,2 п.л.)
25. Русанова Н.Е., Долженко Е.С. Репродуктивное здоровье детей и сохранение репродуктивного потенциала общества. Дети и молодежь – будущее России. Материалы Российской научно-практической конференции. Вологда, 2002. (0,3/0,15 п.л.)
26. Русанова Н.Е., Дуринян Э.Р. Планирование семьи в бесплодном браке. В сб. «Депопуляция в России: причины, тенденции, последствия и пути выхода». М., 1996 (0,2/0,1 п.л.)

27. Русанова Н.Е., Дуринян Э.Р. Рождаемость и бездетность в России. В сб. Социодемографическая динамика в России. Закономерности, проблемы, перспективы. Под ред. Римашевской Н.М. М., 1999 (0,3/0,15 п.л.)
28. Русанова Н.Е., Ерофеева Л.В. Депопуляция и охрана репродуктивного здоровья. Диалог и взаимодействие цивилизаций востока и запада: альтернативы на XXI век. Материалы IV Кондратьевской конференции. М., 2001. (0,2/0,1 п.л.)
29. Русанова Н.Е., Ерофеева Л.В. Проблемы бесплодия и рождаемость. Планирование семьи. 2002, №2 (0,3/0,15 п.л.)
30. Русанова Н.Е., Ефремова Л.Д. Российская модель контрацептивного поведения. В сб. Социодемографическая динамика в России. Закономерности, проблемы, перспективы. Под ред. Римашевской Н.М. М., 1999 (0,2/0,1 п.л.)
31. Русанова Н.Е., Мишиева Н.Г. Позднее материнство и проблемы воспроизводства населения. Политика народонаселения: настоящее и будущее: IV Валентеевские чтения. Секция «Политика в области семьи и рождаемости». М., МГУ им. М.В. Ломоносова, 2005. Сб. докладов (Кн. 2). М: МАКС Пресс, 2005 (0,6/0,3 п.л.)
32. Русанова Н.Е., Троицкая И.А. Естественное движение населения. Россия-1995. Социально-демографическая ситуация. V ежегодный доклад. Под ред. Римашевской Н.М., Маркова В.И. М.: ИСЭПН РАН, 1996 (1,0/0,5 п.л.)
33. Исупова О.Г., Русанова Н.Е. Социальные характеристики пациентов клиник по лечению бесплодия. Материалы XX международной конференции РАРЧ «Репродуктивные технологии сегодня и завтра». Нижний Новгоро, 2010. (0,2/0,1 п.л.)
34. Исупова О.Г., Русанова Н.Е. Демографические и экономические аспекты ВРТ: Российская реальность и зарубежный опыт. Материалы XIX международной конференции РАРЧ «Репродуктивные технологии сегодня и завтра». Иркутск, 2009. (0,2/0,1 п.л.)
35. Исупова О.Г., Русанова Н.Е. Маркетинговые характеристики рынка вспомогательных репродуктивных технологий // Российский экономический конгресс. Сборник докладов участников М., ИЭ РАН, 2009. ISBN 987-5-9940-0219-3 (0,5/0,25 п.л.)
36. Isupova O., Rusanova N. Infertility and Reproductive Technologies: Contradictory Russian Development and Possible Population Impact. // European Population Conference «Population and Environment», Vienna, Austria, 1-4 September 2010. Programme and Abstracts. Vienna: Vienna Institute of Demography, 2010 (02/0,1 п.л.)
37. Rusanova N. ART: New Roles and New Problems. // European Population Conference «Migration and Migrants in Europe», Barcelona, Spain, 9-12 July 2008. Programme and Abstracts. Barcelona: Centre d'Estudis Demografics, 2008 (0,1 п.л.)
38. Rusanova N. Late Maternity: Natural Fertility and ART. // European Population Conference «Migration and Migrants in Europe», Barcelona, Spain, 9-12 July 2008. Programme and Abstracts. Barcelona: Centre d'Estudis Demografics, 2008 (0,1 п.л.)

- 39.**Rusanova N. Reproductive health, reproductive potential and fertility problems. // European Population Conference «European populations: challenges and opportunities», Warsaw, Poland, 26-30 August 2003. Book of abstracts. Warsaw, 2003 (0,1 п.л.)
- 40.**Rusanova N., Efremova L. Contraception and abortions in modern Russia // European Population Conference «European Populations: Unity in diversity». The Hague, The Netherlands, 30 August-3 September 1999. Book of Abstracts. The Hague, 1999 (0,2/0,1 п.л.)
- 41.**Rusanova N., Margiani F. Depopulation and reproductive losses. // European Population Conference «European Populations: Variations on Common Themes». Helsinki, Finland, 6-9 June 2001. Book of abstracts. Helsinki, 2001. (0,2/0,1 п.л.)
- 42.**Rusanova N., Nazarenko E., Durinian E. Fertility problems and assisted reproduction (Medico-social aspects of female endocrine infertility) // European Population Conference «European Populations: Unity in diversity». The Hague, The Netherlands, 30 August-3 September 1999. Book of Abstracts. The Hague, 1999 (0,2/0,1 п.л.)
- 43.**Sotnikova E.I., Efremova L.D., Rusanova N.E. Contraceptive behavior of the female population in Russia. Contraceptive Choices and Realities. Ed. by RHW van Lunsen, V. Unzeitig and G. Creatsas. New York, London, 2000 (0,4/0,13 п.л.)