Социальные науки и детство
2026. *7*(3), 114–128.
https://doi.org/10.17759/ssc.2026070306
ISSN 2713-0584 (online)

Social Sciences and Childhood
2026. *7*(3), 114–128.
https://doi.org/10.17759/ssc.2026070306
ISSN 2713-0584 (online)

БЕЗОПАСНОСТЬ И ПРАВО |

SAFETY AND LAW

Научная статья | Original paper

Правовые модели регулирования абортов и их значение для политики в сфере семьи, материнства и детства

Е.В. Серебрянская[1], **А.Ю. Телицына**[1] ✉
[1] Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Российская Федерация
✉ atelitsyna@hse.ru

Резюме

Контекст и актуальность. В условиях демографических вызовов регулирование искусственного прерывания беременности нередко рассматривается как один из инструментов семейной и демографической политики. Однако международный опыт показывает, что юридические ограничения и фактическая доступность медицинской помощи могут расходиться, а последствия разных моделей регулирования зависят от состояния здравоохранения, социальной поддержки семьи, доступности контрацепции и качества сопровождения женщин в ситуации репродуктивного выбора. **Цель.** Выявить основные правовые модели регулирования абортов и определить их значение для политики в сфере семьи, материнства и детства. **Методы и материалы.** Использован качественный сравнительно-правовой анализ нормативных актов и исследований по России, Польше, Сальвадору, Мальте, США, Германии, Великобритании, Нидерландам, Канаде и скандинавским странам; дополнительно применены элементы статистического описания российской динамики абортов и рождаемости. **Результаты.** Выделены запретительная, ограничительная, умеренно-разрешительная, либеральная и фрагментированная модели. Показано, что запретительные и резко ограничительные режимы не устраняют потребность в прерывании беременности, но могут усиливать неравенство доступа, риски нелегальных практик и нагрузку на систему здравоохранения. Умеренно-разрешительная модель требует оценки не только норм закона, но и фактических барьеров: сроков ожидания, доступности медицинских организаций, консультирования и региональной практики. Либеральные модели демонстрируют, что низкие показатели абортов могут достигаться не столько за счет наказаний, сколько через профилактику нежелательной беременности, доступ к контрацепции и семейную поддержку. **Выводы.** Для политики в сфере семьи, материнства и детства ключевое значение имеют не только правовые запреты, но и комплекс

© Серебрянская Е.В., Телицына А.Ю., 2026

CC-BY-NC

мер, направленных на снижение числа кризисных беременностей, поддержку материнства, укрепление здоровья женщин и детей и обеспечение информированного социального сопровождения.

Ключевые слова: искусственное прерывание беременности, правовое регулирование абортов, демографическая политика, семья, материнство, детство, репродуктивное здоровье

Финансирование. Исследование осуществлено в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ (HSE-BR-2025-049).

Для цитирования: Серебрянская, Е.В., Телицына, А.Ю. (2026). Правовые модели регулирования абортов и их значение для политики в сфере семьи, материнства и детства. *Социальные науки и детство, 7*(3)*,* 114—128. https://doi.org/10.17759/ssc.2026070306

Legal models of abortion regulation and their significance for family, motherhood and childhood policy

E.V. Serebryanskaya[1], **A.Yu. Telitsyna**[1] ✉
[1] HSE University, Moscow, Russian Federation
✉ atelitsyna@hse.ru

Abstract

Context and relevance. Against the background of demographic challenges, abortion regulation is often discussed as one of the instruments of family and demographic policy. However, international experience shows that legal restrictions and actual access to medical care may diverge, while the consequences of different regulatory models depend on the state of health care, family support, access to contraception, and the quality of social counselling for women facing reproductive choices. **Objective.** To identify the main legal models of abortion regulation and assess their relevance for family, motherhood and childhood policies. **Methods and materials.** The article uses qualitative comparative legal analysis of legislation and research concerning Russia, Poland, El Salvador, Malta, the United States, Germany, the United Kingdom, the Netherlands, Canada and the Nordic countries; elements of descriptive statistical analysis are also used to examine abortion and fertility trends in Russia. **Results.** The article distinguishes prohibitive, restrictive, moderately permissive, liberal and fragmented models. It shows that prohibitive and strongly restrictive regimes do not eliminate the demand for abortion but may increase inequalities in access, risks of unsafe practices and pressure on health-care systems. A moderately permissive model requires assessment not only of legal provisions but also of practical barriers, including waiting periods, availability of providers, counselling and regional implementation. Liberal models indicate that low abortion rates may be achieved not primarily through penalties, but through prevention of unintended pregnancy, access to contraception and family support. **Conclusions.** For family, motherhood and childhood policy, the key issue is not legal prohibition alone but a comprehensive set of measures aimed at

reducing crisis pregnancies, supporting motherhood, strengthening the health of women and children, and ensuring informed social support.

Keywords: abortion, abortion law, demographic policy, family, motherhood, childhood, reproductive health

Funding. The study was implemented in the framework of the Basic Research Program at HSE University (HSE-BR-2025-049).

For citation: Serebryanskaya, E.V., Telitsyna, A.Yu. (2026). Legal models of abortion regulation and their significance for family, motherhood and childhood policy. *Social Sciences and Childhood, 7*(3)*,* 114—128. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/ssc.2026070306

Введение

Регулирование искусственного прерывания беременности относится к числу наиболее чувствительных направлений социальной политики, поскольку одновременно затрагивает охрану здоровья женщин, защиту материнства и детства, демографические цели государства, семейную политику и вопросы медицинской помощи. Сравнительный анализ показывает, что правовые модели оказываются значительно более сложными в своей реализации: они различаются по срокам, основаниям, процедурам консультирования, уголовно-правовым последствиям, региональной практике и фактической доступности услуг.

К факторам, обусловливающим кризисный характер беременности и решение о ее прерывании, относятся: материальные трудности, отсутствие поддержки партнера и семьи, жилищные трудности, ограничения доступа к современной контрацепции, дефицит информирования, страх перед ухудшением социального положения, а также недостаточная доступность ранней помощи беременным женщинам. Поэтому государственная политика, ориентированная на защиту семьи и детства, должна оцениваться не только через жесткость правовых ограничений, но и через способность создавать условия, при которых рождение ребенка воспринимается как социально поддерживаемое решение.

Международные исследования последних лет фиксируют преобладающую тенденцию к либерализации абортного законодательства, обозначившуюся после Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года, но одновременно показывают неоднородность этого процесса: формальное разрешение аборта может сопровождаться процедурами, которые затрудняют доступ, а формально единая модель может по-разному работать в разных регионах страны (Erdman, Bergallo, 2024; Mayall, Ajayi, Gruer, 2025; Sedgh et al., 2012). Руководство Всемирной организации здравоохранения по помощи при абортах рассматривает безопасность, своевременность, доступность и недискриминационный характер медицинских услуг как обязательные компоненты такой помощи[1].

Цель статьи — выявить основные правовые модели регулирования искусственного прерывания беременности и определить их значение для политики в сфере семьи, материнства и детства. Исследовательский вопрос звучит следующим образом: какие последствия разные модели регулирования имеют для доступности медицинской помощи, общественного здоровья, демографической политики и мер поддержки семьи.

[1] *Abortion care guideline: executive summary*. (2022). World Health Organization. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240045163 (viewed: 13.06.2026).

Материалы и методы

Методология и источники данных. Исследование выполнено на основе методов систематического обзора литературы и качественного сравнительно-правового анализа. В качестве информационной базы выступили нормативно-правовые акты, судебные решения, международные рекомендации, статистические материалы и научные публикации. Анализ охватывал документы и данные, актуальные по состоянию на 2024 год, а также научные работы, опубликованные преимущественно за последние 15 лет, что обеспечивает репрезентативность выборки источников.

В качестве страновых кейсов были отобраны государства, представляющие различные правовые режимы: Польша, Сальвадор и Мальта как примеры запретительных и близких к ним режимов; США после решения по делу «Доббс против Женской организации здравоохранения» как пример фрагментированной модели; Германия и Великобритания как умеренно-разрешительные модели; Нидерланды, Канада и скандинавские страны как примеры более либерального подхода.

Процедура и критерии анализа. Для обеспечения сопоставимости данных были сформулированы следующие критерии сравнения: допустимые сроки искусственного прерывания беременности; перечень оснований для проведения процедуры; наличие и степень уголовно-правовой ответственности; процедурные условия доступа к медицинской помощи; степень централизации правового регулирования; фактическая доступность медицинских организаций; характер связи регулирования с демографической и семейной политикой. Для российского контекста дополнительно использованы элементы описательной статистики, позволяющие сопоставить динамику числа абортов и суммарного коэффициента рождаемости за период 2010—2024 годов. На основе проведенного сравнительного анализа была систематизирована типология из пяти базовых правовых моделей регулирования, варьирующихся от запретительных до либеральных, что позволило структурировать дальнейшее изложение результатов.

Ограничения исследования. К методологическим ограничениям относится тот факт, что статистические показатели абортов в разных странах формируются по неодинаковым методикам учета. Кроме того, данные о нелегальных или трансграничных практиках всегда носят оценочный характер. В связи с этим выводы настоящей работы носят преимущественно качественный и сравнительно-аналитический характер, фокусируясь на оценке политико-правовых и социальных последствий различных моделей регулирования, а не на строгом количественном измерении причинно-следственных связей.

Результаты

Сравнительный анализ позволяет выделить несколько базовых моделей регулирования. Они не всегда существуют в «чистом» виде, но помогают описать различия между правовым запретом, ограниченным разрешением, процедурно регулируемым доступом и либеральным медицинским подходом. Обобщенная характеристика представлена в табл. 1.

Таблица 1 / Table 1

Правовые модели регулирования искусственного прерывания беременности и их социально-политическое значение
Legal models of abortion regulation and their socio-political significance

Модель / Model	**Критерий / Criterion**	**Примеры / Examples**	**Значение для политики семьи, материнства и детства / Policy significance**
Запретительная / Prohibitive	Полный или почти полный запрет; исключения отсутствуют либо крайне узки / A total or near-total ban; exceptions are non-existent or extremely narrow	Сальвадор, Мальта до реформы 2023 года / El Salvador, Malta prior to the 2023 reform	Высокие риски криминализации и ухода практик в теневую сферу; необходимость оценки последствий для здоровья женщин и детей / High risks of criminalization and the shift of practices into the shadow economy; the need to assess the consequences for the health of women and children
Ограничительная / Restrictive	Допуск только по отдельным основаниям: угроза жизни, изнасилование, тяжелые патологии / Admission granted only on specific grounds: threat to life, rape, severe medical conditions	Польша после решения 2020 года / Poland after the 2020 decision	Формальные исключения могут быть труднодоступны на практике; усиливается значение маршрутизации медицинской помощи / Formal exceptions may be difficult to obtain in practice; the importance of medical care routing is increasing
Умеренно-разрешительная / Moderately permissive	Аборт по желанию до установленного срока при процедурных условиях / Abortion upon request up to the established time limit, subject to procedural conditions	Россия, Германия, Великобритания / Russia, Germany, Great Britain	Ключевое значение имеют качество консультирования, доступность организаций и отсутствие чрезмерных административных барьеров / The quality of consulting, the accessibility of organizations, and the absence of excessive administrative barriers are of key importance
Либеральная / Liberal	Регулирование преимущественно как медицинской услуги; минимум процедурных	Канада, Нидерланды, скандинавские страны / Canada, the Netherlands,	Снижение числа кризисных беременностей достигается через профилактику, контрацепцию, просвещение и социальную поддержку /

	барьеров / Regulation primarily as a medical service; minimal procedural barriers	the Scandinavian countries	Reducing the number of crisis pregnancies is achieved through prevention, contraception, education, and social support
Фрагментированная / Fragmented	Единая страна включает разные режимы на уровне регионов или штатов / A single country encompasses different regimes at the regional or state level	США после Dobbs v. Jackson / The USA after Dobbs v. Jackson	Риск территориального неравенства доступа и нагрузки на регионы с более доступной медицинской помощью / Risk of territorial inequality in access and of the burden placed on regions with more accessible medical care

Примечание: таблица составлена авторами на основе сравнительного анализа нормативных актов и научной литературы.
Note: compiled by the authors based on comparative analysis of legislation and research literature.

Запретительная модель исходит из максимального уголовно-правового ограничения. В странах с жесткими запретами возникают практики выезда за медицинской помощью, использование нелегальных препаратов и повышенная зависимость результата от имущественного положения женщины. Поэтому для сферы материнства и детства такая модель может создавать парадоксальный эффект: декларируя защиту нерожденной жизни, она одновременно повышает риски небезопасной помощи и социального неравенства.

Ограничительная модель допускает процедуру только в исключительных случаях. Польский опыт после решения Конституционного трибунала 2020 года показывает, что даже сохранение формальных исключений не гарантирует фактического доступа. Исследование А. Матышяк и Л. ван дер Вельде показывает, что жесткие ограничения могут не повышать, а снижать рождаемость, если они увеличивают воспринимаемые риски беременности и деторождения, особенно среди молодых женщин и женщин, впервые планирующих материнство (Matysiak, van der Velde, 2025).

Фрагментированная модель особенно заметна на примере США после решения Верховного суда по делу Dobbs v. Jackson Women’s Health Organization. Передача регулирования на уровень штатов привела к сосуществованию в одной стране различных правовых режимов. Для политики семьи и детства это важно потому, что территориальная неоднородность создает разные условия для женщин и семей в зависимости от места проживания, уровня дохода и транспортной доступности медицинских услуг.

Умеренно-разрешительная модель, характерная для России и ряда европейских стран, допускает аборт по желанию женщины до определенного срока и расширяет основания на более поздних сроках по медицинским или иным установленным законом обстоятельствам. Однако сравнительный анализ показывает, что внутри этой модели решающим становится не только текст закона, но и фактическая организация помощи. Обязательные консультации, периоды ожидания, территориальная доступность медицинских организаций и отношение медицинского персонала могут как выполнять поддерживающую функцию, так и превращаться в барьер.

Либеральные модели показывают, что отсутствие жесткой криминализации не обязательно ведет к росту числа абортов. В Нидерландах и скандинавских странах низкие показатели часто связываются с профилактикой нежелательной беременности, доступностью современных средств контрацепции, просвещением и своевременным консультированием. Для государственной политики это означает, что снижение числа абортов может достигаться не только через запретительные механизмы, но и через социальную инфраструктуру поддержки ответственного родительства.

Российская модель и демографический контекст.

Российская Федерация относится к умеренно-разрешительной модели. Статья 56 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает, что каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве, а искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при сроке беременности до двенадцати недель при наличии информированного добровольного согласия [2]. Закон также предусматривает социальные и медицинские основания для проведения процедуры на более поздних сроках.

Советская и постсоветская динамика сформировала специфическую ситуацию: длительное время аборт использовался как один из основных способов регулирования рождаемости в условиях дефицита современной контрацепции и недостаточного развития профилактической работы (Денисов, Сакевич, 2014). Поэтому современное снижение числа абортов не может автоматически рассматриваться как результат только правовых ограничений. Оно связано с изменением медицинских практик, распространением контрацепции, изменением репродуктивного поведения и статистической методологии.

По данным число абортов на 1000 женщин в возрасте 15—49 лет в России снижалось с 28,1 в 2010 году до 13,0 в 2024 году, тогда как суммарный коэффициент рождаемости после максимума середины 2010-х годов также снижался и составил около 1,4 в 2024 году. Абсолютное число зарегистрированных прерываний беременности также сократилось: около 1,186 млн в 2010 году, 661 тыс. в 2018 году, 504 тыс. в 2022 году, 467 тыс. в 2023 году и 338 тыс.[3]

Такая разнонаправленная динамика показывает, что сокращение числа абортов само по себе не гарантирует устойчивого роста рождаемости.

---

[2] *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»*. (2011). Министерство здравоохранения Российской Федерации. URL: https://minzdrav.gov.ru/documents/7025 (дата обращения: 10.09.2024).

[3] Дорофеева, Е. (2026, Январь 23). Суммарный коэффициент рождаемости продолжил снижаться в 2025 году. *Ведомости.* URL: https://www.vedomosti.ru/society/articles/2026/01/23/1171174-summarnii-koeffitsient-rozhdaemosti-prodolzhil-snizhatsya (дата обращения: 01.06.2026);
Сколько абортов делают в России? Официально — 468 тысяч в год, но есть нюансы. Разбираемся, как устроена эта статистика. (2025). Если быть точным. URL: https://tochno.st/materials/skolko-abortov-delaiut-v-rossii-oficialno-468-tysiac-v-god-no-est-niuansy-razbiraemsia-kak-ustroena-eta-statistika (дата обращения: 01.06.2026).

Таблица 2 / Table 2

Проверка связи между динамикой числа абортов и суммарным коэффициентом рождаемости в России, 2010—2024 гг.
Testing the relationship between the dynamics of the number of abortions and the total fertility rate in Russia, 2010—2024

Этап анализа / Analysis phase	**Проверяемая связь / Verifiable connection**	**Полученный результат / The result obtained**	**Интерпретация / Interpretation**
1. Корреляция исходных рядов / Correlation of the original series	Связь между числом абортов и суммарным коэффициентом рождаемости / The relationship between the number of abortions and the total fertility rate	Коэффициент Пирсона: r = 0,953; коэффициент Спирмена: ρ = 0,964 / Pearson coefficient: r = 0,953; Spearman coefficient: ρ = 0,964	Формально наблюдается очень сильная положительная связь между показателями. Однако оба ряда имеют выраженный нисходящий тренд, поэтому высокая корреляция может отражать не содержательную зависимость, а совместное движение во времени / Formally, a very strong positive relationship is observed between the indicators. However, both series exhibit a pronounced downward trend; therefore, the high correlation may reflect a co-movement over time rather than a substantive dependency
2. Анализ первых разностей / First-difference analysis	Связь между годовым изменением числа абортов и годовым изменением СКР / The relationship between the annual change in the number of abortions and the annual change in the TFR	Корреляция статистически незначима: p > 0,05 / The correlation is not statistically significant: p > 0,05	После устранения трендовой составляющей связь между годовыми изменениями показателей не подтверждается. Это означает, что изменение числа абортов в конкретный год не связано статистически значимо с изменением рождаемости в тот же год / Once the trend component is removed, no relationship is found between the annual changes in the indicators. This means that the change in the number of abortions in a given year is not statistically significantly associated with the change in the birth rate in that same year

3. Проверка лагового эффекта / Testing for the lag effect	Связь между изменением числа абортов в году *t* и изменением СКР в году *t + 1* / The relationship between the change in the number of abortions in year t and the change in the TFR in year *t + 1*	Корреляция статистически незначима; коэффициент близок к нулю / The correlation is statistically insignificant; the coefficient is close to zero	Предположение о запаздывающем демографическом эффекте в пределах одного года не подтверждается. Снижение числа абортов не демонстрирует статистически значимой связи с ростом СКР в следующем году / The hypothesis of a lagged demographic effect within a one-year timeframe is not supported. The decline in the number of abortions shows no statistically significant association with an increase in the total fertility rate (TFR) in the following year

Обсуждение результатов

Полученные результаты подтверждают выдвинутую гипотезу: модели, сочетающие правовое регулирование с развитой инфраструктурой поддержки, обеспечивают более устойчивое снижение числа кризисных беременностей, чем запретительные меры. Проведенный статистический анализ (см. табл. 2) показал, что после устранения трендовой составляющей сокращение числа абортов не имеет статистически значимой связи с ростом рождаемости, что позволяет уточнить связь между абортным законодательством и демографической политикой. Правовая модель должна рассматриваться вместе с фактической доступностью медицинской помощи.

Сопоставление умеренно-разрешительной модели с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, опубликованными в 2022 году и обновленными в 2024 году, выявляет разрыв между декларируемой доступностью и фактической практикой. Как показывают данные по России и ряду европейских стран, легальность процедуры не гарантирует ее недискриминационного характера. Формирование «неформальных барьеров» — таких как стигматизация со стороны медицинского персонала, морализаторский характер обязательных консультаций или практика «охлаждающего эффекта» из-за введения периодов ожидания — трансформирует медицинскую услугу в стрессовый опыт. Это согласуется с выводами Autorino, Mattioli и Mencarini (2020), которые на итальянских данных показали, что отказ врачей от проведения абортов по соображениям совести заставляет женщин чаще получать помощь за пределами своего региона и увеличивает время ожидания процедуры, а также с результатами Krawutschke, Pastrana и Schmitz (2024), которые на материале экспертных интервью в Германии зафиксировали, что отказ по убеждениям структурно сокращает число доступных врачей — особенно для поздних сроков прерывания беременности, наиболее уязвимых к процедурным барьерам. Это подтверждает тезис о том, что процедурные требования часто используются для неявного ограничения доступа, перекладывая бремя принятия решения исключительно на женщину, лишенную полноценной

психосоциальной поддержки. Запретительный подход не является универсальным демографическим инструментом. Наши выводы согласуются с результатами исследований Levine и Staiger (2004), которые на данных стран Восточной Европы показали, что переход от умеренных ограничений к доступности аборта по заявлению не приводил к изменению числа рождений, несмотря на существенный рост числа абортов, то есть более мягкое регулирование в первую очередь меняло число беременностей, а не итоговую рождаемость, и Matysiak и van der Velde (2025), которые на примере ужесточения абортного законодательства в Польше в 2020 г. зафиксировали краткосрочное снижение рождаемости на 6,6% — сильнее всего среди молодых женщин и первородящих, — объяснив это ростом воспринимаемых рисков беременности, из-за чего часть женщин предпочла вовсе избегать зачатия, а не искать способы прервать уже наступившую беременность. Схожий вывод об отсутствии однородного эффекта ограничений на рождаемость дает и глобальный анализ временных рядов Fernández и Juif (2023), поставивший под сомнение представление о том, что либерализация или ужесточение абортного законодательства однозначно снижают либо повышают рождаемость.

Бельгийский случай подробно описан в качественном исследовании Wallays, Van Ryckeghem, De Kort и Van de Velde (2025), выполненном на основе интервью с женщинами, проходившими процедуру аборта во Фландрии: шестидневный обязательный период ожидания, введенный бельгийским законом, авторы фиксируют как источник путаницы и задержек в траектории обращения за помощью, а сами участницы исследования описывали его как патронизирующий, поскольку он исходит из предположения, что женщина не способна самостоятельно продумать решение заранее. Применительно к Италии показательны данные Minerva (2015), по которым доля гинекологов-отказников по соображениям совести составляет около 70%, и последующая экологическая работа Charrier, Bo, Koumantakis и Zotti (2022), которая на основе данных Минздрава Италии за 1997—2019 гг. связала долю таких отказников с долей абортов, выполненных несвоевременно — позже 14 дней с момента обращения.

Зарубежные и российские данные свидетельствуют, что рождаемость определяется более широким комплексом факторов: доходами семей, жилищными условиями, стабильностью занятости, доступностью дошкольной инфраструктуры, качеством медицинской помощи, мерами поддержки многодетных и молодых семей, а также уверенностью родителей в будущем. Поэтому правовое регулирование абортов должно быть встроено в более широкую систему семейной политики, а не подменять ее.

Консультационная модель может иметь конструктивное значение, если она ориентирована на помощь, а не на давление. Эффективное консультирование должно включать информирование о мерах поддержки, медицинских рисках, возможностях сопровождения беременности, социальной помощи, защите от насилия и своевременном и профессиональном семейном консультировании.

Наиболее перспективными направлениями политики в сфере материнства и детства являются повышение доступности современных средств контрацепции, развитие консультаций по планированию семьи, поддержка беременных женщин в трудной жизненной ситуации, расширение возможностей раннего социального сопровождения, помощь студенткам и молодым семьям, профилактика домашнего насилия, психологическая поддержка и развитие инфраструктуры ухода за детьми. Эффективная политика должна

связывать репродуктивное регулирование с мерами поддержки материнства, отцовства и ответственного родительства.

Первоначально высокая корреляция между числом абортов и СКР объясняется, по всей вероятности, общим нисходящим трендом обоих показателей. После проверки первых разностей и возможного лагового эффекта строгий эконометрический анализ не позволяет достоверно зафиксировать связь. Однако описательная статистика и отсутствие параллельного роста СКР при падении числа абортов указывают на то, что снижение числа абортов само по себе не ведет к повышению суммарного коэффициента рождаемости.

Из этого следует важный управленческий вывод: если целью политики является поддержка семьи, материнства и детства, то ограничительные меры должны оцениваться с точки зрения их реального влияния на рождение желанных детей, здоровье женщин, социальную устойчивость семьи и благополучие ребенка. Снижение числа абортов как изолированная цель не исчерпывает демографическую политику. Более значимым является снижение числа кризисных беременностей и обстоятельств, при которых женщина воспринимает рождение ребенка как социально и экономически невозможное.

Ключевое различие между постсоветской и скандинавской моделями заключается в смене парадигмы реагирования на кризисную беременность. Если в странах с советским наследием аборт исторически выполнял функцию «резервного механизма» планирования семьи в условиях дефицита контрацепции, то либеральные модели (Нидерланды, Швеция) демонстрируют переход к парадигме превентивного репродуктивного здоровья. Снижение числа абортов в этих странах достигается не через ужесточение контроля над телом женщины, а через институционализацию сексуального просвещения и субсидирование контрацепции. Для российского контекста это означает, что дальнейшее снижение абортов возможно не административным путем, а исключительно через преодоление исторической инерции и интеграцию вопросов контрацепции в систему базового медицинского страхования и массового просвещения.

Заключение

Сравнительный анализ показывает, что правовые модели регулирования абортов имеют различное значение для политики семьи, материнства и детства. Запретительные и резко ограничительные модели создают риски ухода практик в теневую сферу, усиления социального неравенства и роста нагрузки на систему здравоохранения. Фрагментированные модели приводят к территориальной неоднородности доступа и различию правового положения женщин и семей внутри одной страны. Умеренно-разрешительные модели требуют постоянного мониторинга фактической доступности помощи, качества консультирования и региональной практики. Либеральные модели демонстрируют, что снижение числа абортов может достигаться через профилактику нежелательной беременности и социальную поддержку, а не только через правовые ограничения.

С точки зрения политики семьи, материнства и детства результаты сравнительного анализа позволяют выделить ряд прикладных выводов. Наиболее значимый из них состоит в том, что снижение числа абортов должно быть связано с уменьшением числа нежелательных и кризисных беременностей. Для этого необходимо развивать систему раннего информирования, доступной консультационной помощи, медицинского сопровождения и социальной поддержки, что позволит рассматривать женщину не как объект

административного воздействия, а как участника семейной политики, которому должны быть доступны ресурсы для принятия ответственного решения.

Особое значение имеет профилактика социального неблагополучия семей с детьми по причинам бедности, нестабильной занятости, отсутствия жилья, учебной нагрузки или угрозы семейного насилия, ограничительные меры не устраняют источник проблемы. В зависимости от ситуации более результативными могут быть адресные формы поддержки: срочная материальная помощь, временное жилье, юридическое сопровождение, психологическая помощь, содействие в сохранении обучения или занятости, а также маршрутизация в службы защиты семьи и ребенка.

Для политики в сфере семьи и детства важно отслеживать не только число абортов, но и число обращений за консультациями, причины кризисной беременности, долю женщин, получивших социальную помощь, повторные обращения, доступность медицинских организаций, а также последующее положение семей, принявших решение о рождении ребенка в рамках региональной практики.

Важен и межведомственный характер политики. Вопрос искусственного прерывания беременности связан с образованием, социальной защитой, молодежной политикой, занятостью, жилищной поддержкой, профилактикой насилия и развитием инфраструктуры ухода за детьми. Поэтому наиболее продуктивной является модель, в которой медицинское регулирование дополняется мерами социальной политики: доступностью яслей и детских садов, поддержкой студенток и молодых матерей, развитием служб помощи семье, ответственным отцовством и снижением стигмы обращения за помощью.

Особую роль играет разграничение демографической и семейно-ориентированной эффективности. Рост рождаемости как статистический показатель не всегда тождествен повышению благополучия семей и детей. Политика, ориентированная на детство, должна учитывать качество жизни ребенка, устойчивость семейных отношений, безопасность среды, здоровье матери и возможность родителей выполнять воспитательные функции. Поэтому любые изменения правового режима целесообразно оценивать не только по числу рождений или абортов, но и по более широкому набору социальных индикаторов.

Для России наиболее значимым является не механическое заимствование зарубежных моделей, а учет собственного исторического опыта, демографической ситуации и задач семейной политики. Снижение числа абортов должно рассматриваться как результат комплексной профилактики кризисных беременностей, поддержки материнства, доступности медицинской помощи, развития инфраструктуры для семей с детьми и повышения уверенности граждан в возможности совмещать родительство, образование, занятость и достойный уровень жизни.

Правовое регулирование искусственного прерывания беременности может быть элементом демографической и семейной политики, но не должно рассматриваться как ее главный или единственный инструмент. Наиболее устойчивые результаты для сферы семьи, материнства и детства достигаются тогда, когда правовые нормы сочетаются с мерами социальной поддержки, медицинского сопровождения, профилактики, просвещения и защиты благополучия ребенка.

Ограничения. Статья основана на сравнительно-правовом и описательном анализе и не претендует на построение эконометрической модели влияния абортного законодательства на

рождаемость. Данные о нелегальных и трансграничных практиках в большинстве стран имеют оценочный характер, а национальные статистические системы используют разные методики учета прерываний беременности.

Limitations. The article is based on comparative legal and descriptive analysis and does not aim to construct an econometric model of the impact of abortion law on fertility. Data on illegal and cross-border practices are mostly estimates, and national statistical systems use different methods for recording abortions.

Список источников / References

1. Денисов, Б.П., Сакевич, В.И. (2014). Аборты в постсоветской России: есть ли основания для оптимизма? *Демографическое обозрение*, *1*(1), 144—169. https://doi.org/10.17323/demreview.v1i1.7698
   Denisov, B.P., Sakevich, V.I. (2014). Abortions in post-Soviet Russia: Is there any reason for optimism? *Demographic Review*, *1*(1), 144—169. (In Russ.). https://doi.org/10.17323/demreview.v1i1.7698
2. Autorino, T., Mattioli, F., Mencarini, L. (2020). The impact of gynecologists' conscientious objection on abortion access. *Social Science Research*, *87*, Article 102403. https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2020.102403
3. Charrier, L., Bo, M., Koumantakis, E., Zotti, C.M. (2022). The impact of conscientious objection on voluntary abortion in Italy in the last two decades. *European Journal of Public Health*, *32*(S3), Article ckac129.670. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.670
4. Erdman, J.N., Bergallo, P. (2024). Abortion law illiberalism and feminist politics in comparative perspective. *Annual Review of Law and Social Science*, *20*, 273—291. https://doi.org/10.1146/annurev-lawsocsci-041822-030149
5. Fernández, J.J., Juif, D. (2023). Does abortion liberalisation accelerate fertility decline? A worldwide time-series analysis. *European Journal of Population*, *39*, Article 36. https://doi.org/10.1007/s10680-023-09687-y
6. Krawutschke, R., Pastrana, T., Schmitz, D. (2024). Conscientious objection and barriers to abortion within a specific regional context – an expert interview study. *BMC Medical Ethics*, *25*, Article 14. https://doi.org/10.1186/s12910-024-01007-1
7. Levine, P.B., Staiger, D. (2004). Abortion policy and fertility outcomes: The Eastern European experience. *The Journal of Law and Economics*, *47*(1), 223—243. https://doi.org/10.1086/380475
8. Matysiak, A., van der Velde, L. (2025). *The short-term fertility impact of abortion law restrictions: A research note*. Warsaw: University of Warsaw, Faculty of Economic Sciences. https://doi.org/10.33138/2957-0506.2025.12.475
9. Mayall, K., Ajayi, L., Gruer, C. (2025). Global progress in abortion law reform: A comparative legal analysis since the International Conference on Population and Development (1994-2023). *Sexual and Reproductive Health Matters*, *33*(1), Article 2499324. https://doi.org/10.1080/26410397.2025.2499324
10. Minerva, F. (2015). Conscientious objection in Italy. *Journal of Medical Ethics*, *41*(2), 170—173. https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101656

11. Sedgh, G., Singh, S., Shah, I.H., Ahman, E., Henshaw, S.K., Bankole, A. (2012). Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*, *379*(9816), 625—632. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61786-8
12. Wallays, A., Van Ryckeghem, L., De Kort, L., Van de Velde, S. (2025). Women's trajectories to abortion care in Flanders, Belgium: A qualitative study. *SSM – Qualitative Research in Health*, *8*, Article 100636. https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2025.100636

Информация об авторах

Елизавета Валентиновна Серебрянская, студентка образовательной программы «Государственное и муниципальное управление», факультет социальных наук, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО «НИУ ВШЭ»), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0009-0006-6161-2109, e-mail: evserebryanskaya@edu.hse.ru

Александра Юрьевна Телицына, доцент департамента политики и управления, факультет социальных наук, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО «НИУ ВШЭ»), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0186-3989, e-mail: atelitsyna@hse.ru

Information about the authors

Elizaveta V. Serebryanskaya, Student, Public Administration and Municipal Management Programme, Faculty of Social Sciences, HSE University, Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0009-0006-6161-2109, e-mail: evserebryanskaya@edu.hse.ru

Alexandra Yu. Telitsyna, Associate Professor, Department of Policy and Management, Faculty of Social Sciences, HSE University, Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0186-3989, e-mail: atelitsyna@hse.ru

Вклад авторов

Серебрянская Е.В. — идея исследования; сбор и анализ нормативных и статистических материалов.

Телицына А.Ю. — сравнительно-правовой анализ; подготовка текста рукописи.

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

Elizaveta V. Serebryanskaya – research idea; collection and analysis of legal and statistical materials.

Alexandra Yu. Telitsyna – comparative legal analysis; manuscript preparation.

All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Исследование не включало сбор персональных данных и взаимодействие с участниками исследования; отдельное этическое одобрение не требовалось.

Ethics statement

The study did not include personal data collection or interaction with research participants; separate ethics approval was not required.

Поступила в редакцию 08.07.2026 Received 2026.07.08
Поступила после рецензирования 10.09.2026 Revised 2026.09.10
Принята к публикации 15.09.2026 Accepted 2026.09.15
Опубликована 30.09.2026 Published 2026.09.30