

## Обязательные периоды ожидания и предвзятое консультирование в странах Восточной и Центральной Европы

### **Ограничение доступа к аборту, нарушение прав человека и закрепление пагубных гендерных стереотипов**

Многие государства Восточной и Центральной Европы были в числе первых стран мира, легализовавших аборт. На протяжении многих лет законодательство и политика в большинстве стран Восточной и Центральной Европы в целом ряде случаев предусматривали право женщин на доступ к услугам по прерыванию беременности. На ранних сроках беременности аборт производится по любым основаниям (так называемый «аборт по требованию»). На более поздних сроках доступ к аборту предоставляется женщине, жизнь или здоровье которой находятся в опасности, а также при наличии угрозы тяжкого вреда плоду или его гибели.<sup>1</sup>

Однако за последние годы по странам Восточной и Центральной Европы прокатилась волна законодательных инициатив ограничительного характера, связанных с попытками органов законодательной и исполнительной власти закрепить новые условия, обязательные для женщин, которые хотят получить доступ к легальным услугам по прерыванию беременности. Обязательные периоды ожидания, предвзятое консультирование и информирование являются наиболее распространёнными примерами предварительных условий, введённых в действие за последнее время.<sup>2</sup>

Несмотря на то, что закрепление данных предварительных условий на уровне законодательства и политики в странах Восточной и Центральной Европы иногда преподносится как направленное на защиту здоровья женщин и обеспечение принятия ими информированного решения, данные меры – как явствует из их социально-политического контекста – на самом деле преследуют цель воспрепятствовать доступу женщин к услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья, несмотря на то, что они уже длительное время пользуются юридическими правами на доступ к таким услугам.<sup>3</sup> Введение обязательных периодов ожидания перед абортом, предвзятого консультирования и информирования не привело к улучшению охраны женского здоровья и более эффективному осуществлению прав женщин. Ни одно исследование, основанное на научных данных, не смогло доказать, что новые требования способствуют благополучию женщин. Напротив, введение данных требований в таких странах Восточной и Центральной Европы, как Македония, Россия и Словакия, только привело к созданию ряда препятствий с точки зрения получения доступа к легальным услугам по прерыванию

#### **Что такое обязательный период ожидания перед абортом?**

Обязательный период ожидания перед абортом – это минимальный срок, установленный законом, который должен пройти, прежде чем женщине, обратившейся за проведением аборта, будет оказана данная услуга. В целом, обязательные периоды ожидания применяются исключительно к абортам по требованию и не распространяются на случаи, когда прерывание беременности необходимо по медицинским показаниям либо когда беременность наступила в результате сексуального насилия. В большинстве европейских стран, где действуют периоды ожидания, их длительность составляет от двух до семи дней. В тех случаях, когда наряду с периодами ожидания предусматривается обязательное консультирование и информирование перед проведением аборта, они отсчитываются с момента прохождения консультации или получения соответствующей информации.<sup>4</sup>

### **Что такое предвзятое консультирование и информирование об аборте?**

Требования относительно обязательного консультирования и информирования установлены в целом ряде европейских стран, в том числе в странах Западной и Южной Европы. Несмотря на некоторые различия с точки зрения содержания данных требований и их формы, соответствующее законодательство и политика, как правило, предусматривают, что женщина должна пройти консультацию или получить определённую информацию, прежде чем ей будут оказаны услуги по прерыванию беременности. В большинстве случаев обязательное консультирование и информирование не является предвзятым. Так, во многих европейских странах законодательство и политика предусматривают, что консультирование и информирование по вопросам прерывания беременности должны быть недирективными и объективными. Таким образом, до последнего времени требования о том, что консультирование или информирование по вопросам прерывания беременности должны быть предвзятыми, были редкостью для Европы.<sup>5</sup> Однако новые требования относительно информирования и консультирования, введённые в ряде стран Восточной и Центральной Европы, являются (каждое по-своему) предвзятыми.

Консультирование и информирование по вопросам прерывания беременности являются предвзятыми, если они преследуют цель склонить женщину к отказу от аборта. По своей природе требования относительно предвзятого консультирования и информирования являются директивными: они предусматривают, что женщина должна пройти консультацию или получить информацию, призванные склонить её отказаться от услуг по проведению аборта и сохранить беременность. Нередко они предполагают предоставление информации, стигматизирующей аборт, которая является неточной или искажённой с точки зрения медицины. В качестве примера предвзятого консультирования и информирования можно привести такие случаи, когда медицинские работники преувеличивают риски, сопряжённые с прерыванием беременности, консультанты характеризуют аборт как убийство или лишение жизни «нерождённого ребёнка» или же принудительно показывают женщинам фотографии плода и навязывают информацию об этапе его развития.

беременности, нарушению прав женщин, а также поощрению пагубных гендерных стереотипов и дискриминационных установок. Поскольку данные требования усугубляют стигму в отношении аборта, создают новые препятствия для женщин, пытающихся получить доступ к законным услугам в области репродуктивного здоровья, и лишают женщин возможности принимать самостоятельные решения, их введение не защищает, а ставит под угрозу здоровье и благополучие женщин.

### **Принцип недопустимости регрессивных мер: запрет регрессивных мер в отношении доступа женщин к услугам в сфере репродуктивного здоровья**

По международному праву в области защиты прав человека, целенаправленное введение реакционных мер – как на уровне законодательства, так и политики, - которые прямо или косвенно препятствуют осуществлению права или ограничивают его осуществление, практически во всех случаях является недопустимым.<sup>6</sup> В соответствии с Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП), данный принцип применяется и к праву на здоровье: он исключает возможность применения реакционных мер в сфере здравоохранения. В данной связи законодательство, политика и практика, которые предусматривают новые ограничения с точки зрения осуществления права на здоровье либо создают новые препятствия к доступу граждан к услугам в области здравоохранения, незамедлительно заставляют усомниться в соблюдении требований международного права в области прав человека и соответствующих стандартов.<sup>7</sup>

Именно такой реакционной тенденцией в области законодательства является введение новых обязательных периодов ожидания перед абортом, предвзятого консультирования и информирования в целом ряде стран Восточной и Центральной Европы. До введения этих мер женщины в соответствующих странах не были обязаны соблюдать указанные предварительные условия, чтобы получить доступ к услугам по прерыванию беременности. Таким образом,

новые требования свидетельствуют о введении более жёстких ограничений в отношении доступа женщин к легальным услугам в области репродуктивного здоровья по сравнению с теми, которые существовали до этого.

Несмотря на то, что обязательные периоды ожидания, требования относительно консультирования и информирования существуют в ряде европейских стран помимо Восточной и Центральной Европы, практически во всех случаях закрепление данных мер в их законодательстве не было реакционной тенденцией. Напротив, в подавляющем большинстве стран данные меры были введены в рамках реформы законодательства, связанной с декриминализацией доступа женщин к услугам по прерыванию беременности и отменой ранее действовавших ограничений.<sup>8</sup> Введение подобных предварительных условий, от соблюдения которых зависит доступ женщины к услугам по прерыванию беременности, само по себе является проблематичным; как более подробно указано в следующих разделах, реакционный характер данных мер и дополнительные ограничения, которые они преследуют в отдельных странах Восточной и Центральной Европы, в сочетании с предвзятостью новых требований относительно консультирования и информирования вызывают особую обеспокоенность по целому ряду вопросов.

## Какие права человека находятся под угрозой?

Когда доступ женщин к легальным услугам по прерыванию беременности ставится в зависимость от соблюдения обязательных периодов ожидания и требований относительно предвзятого консультирования и информирования, это затрагивает широкий спектр гарантий защиты прав человека. В частности, под угрозой оказываются следующие права:

- **Неприкосновенность личности и право на неприкосновенность частной жизни:** Право на неприкосновенность личности в совокупности с правом на неприкосновенность частной жизни гарантирует уважение автономии личности и её физическую, психическую и моральную неприкосновенность. Данные права предусматривают, что законодательство и политика должны обеспечить уважение достоинства и автономии женщины при принятии ею решений в сфере медицины и получении доступа к услугам в области репродуктивного здоровья. Кроме того, они требуют соблюдения принципа всестороннего и информированного согласия и предусматривают, что женщина должна иметь возможность принимать медицинские решения свободно и добровольно, не подвергаясь уговорам и угрозам.<sup>9</sup>
- **Здоровье:** Право на здоровье охватывает право на получение доступа к достаточной, своевременной и качественной информации, услугам, товарам и удобствам в области репродуктивного здоровья в отсутствие дискриминации и принуждения. Право на здоровье может быть нарушено, если информация о репродуктивном здоровье представляется в искажённом виде или является неточной, а также если отсутствует своевременный доступ к качественным услугам в области репродуктивного здоровья. Для того, чтобы женщины могли реализовать своё право на здоровье, необходимо, чтобы им была предоставлена возможность принятия решений, связанных с репродуктивным здоровьем, на основании всестороннего и информированного согласия, а также чтобы информация и услуги в области репродуктивного здоровья были научно обоснованными и предоставлялись в отсутствие дискриминации, с уважением к достоинству и автономии женщины.<sup>10</sup>
- **Информация:** Право на доступ к информации является основной предпосылкой осуществления всех других прав. В сфере репродуктивного здоровья право на информацию гарантирует право на получение доступа к информации об охране репродуктивного здоровья (в том числе – об услугах по прерыванию беременности), которая является корректной с точки зрения медицины и подкреплена научными данными. Право на информацию предполагает не только возможность получения доступа к точной информации о состоянии своего здоровья, но и право по собственному усмотрению отказаться от ознакомления с такой информацией.<sup>11</sup>
- **Запрет дискриминации и равенство:** Право женщин не подвергаться дискриминации и пользоваться равными правами предусматривает, помимо прочего, необходимость пересмотра и отмены законодательства и политики, которые приводят к их дискриминации на уровне закона или на практике, в том числе такого законодательства и политики, которые закрепляют пагубные гендерные стереотипы и предрассудки. В сфере здравоохранения данные права также предполагают, что доступ женщин к услугам в области

репродуктивного здоровья, в которых они нуждаются в силу своей половой принадлежности, не должен затрудняться препятствиями правового или политического характера.<sup>12</sup> Кроме того, они предусматривают необходимость обеспечить равноправие женщин при использовании достижений научного прогресса и принятии решений о количестве детей и частоте их появления на свет.<sup>13</sup>

Международные и европейские механизмы по защите прав человека неоднократно рассматривали вопрос о том, каким образом ограничение доступа женщин к безопасным и легальным услугам по прерыванию беременности нарушает перечисленные права, и призывали правительства разных стран устранить барьеры, которые не позволяют женщинам получать доступ к данным услугам.

Так, Комитет по правам человека ООН, который осуществляет надзор за выполнением государствами положений Международного пакта о гражданских и политических правах,<sup>14</sup> подчеркнул, что «в случаях, когда имеются условия для законного проведения процедур, связанных с прерыванием беременности, необходимо устранить любые препятствия к доступу женщин к указанным процедурам».<sup>15</sup> КПЧ также призвал одно из государств-участников Пакта «устранить все процессуальные препятствия, из-за которых женщины вынуждены прибегать к нелегальным услугам по прерыванию беременности, что может поставить под угрозу их жизнь и здоровье».<sup>16</sup> Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин (Комитет КЛДЖ), надзирающий за выполнением государствами положений Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ),<sup>17</sup> чётко указал, что государство должно «обеспечить доступ к безопасному аборту, не подвергая женщин обязательным консультациям и периодам ожидания, которые не являются необходимыми по медицинским показаниям».<sup>18</sup>

Европейский Суд по правам человека постановил, что «как только законодатель принимает решение легализовать аборт, он должен воздержаться от создания нормативно-правовой базы, ограничивающей реальные возможности женщин воспользоваться данной процедурой»,<sup>19</sup> и подчеркнул, что европейские государства имеют «позитивное обязательство по созданию процессуальной базы, позволяющей беременной женщине осуществить своё право на доступ к законному аборту».<sup>20</sup> Суд признал важность своевременного предоставления женщинам доступа к актуальной и достоверной информации для обеспечения их возможностей пользоваться автономией личности и законными услугами по прерыванию беременности. ЕСПЧ осудил умышленное сокрытие информации, связанной с прерыванием беременности, и манипуляции ею.<sup>21</sup>

Парламентская ассамблея Совета Европы (ПАСЕ) выразила обеспокоенность в связи с мерами, «ограничивающими действенный доступ к безопасным, доступным, приемлемым и надлежащим услугам по прерыванию беременности» и постановила, что обязательные периоды ожидания и требования о прохождении повторных медицинских консультаций перед абортом могут препятствовать доступу к безопасным процедурам по прерыванию беременности либо вообще исключать возможность проведения аборта.<sup>22</sup> Поэтому ПАСЕ призвала государства-участников Совета Европы «гарантировать эффективное осуществление женщинами своего права на доступ к безопасному и легальному аборту», а также «отменить ограничения, которые препятствуют, де-юре или де-факто, их доступу к безопасному аборту».<sup>23</sup> Аналогичным образом, Специальный докладчик ООН по вопросу о праве каждого пользоваться наивысшим достижимым уровнем физического и психического здоровья (Специальный докладчик по вопросу о праве на здоровье) указал, что требования о прохождении консультаций и обязательные периоды ожидания могут сделать услуги по прерыванию беременности недоступными и усугубить стигматизацию аборта.<sup>24</sup>

## **Требования относительно прохождения предвзятого консультирования и информирования**

Законодательство и политика, введённые в ряде стран Восточной и Центральной Европы за последние годы,<sup>25</sup> направлены на то, чтобы склонить женщину отказаться от услуг по прерыванию беременности путём её принуждения к прохождению перед абортом консультации или получению информации, которые являются предвзятыми и директивными. Несмотря на некоторые различия с точки зрения характера, формы и содержания новых требований относительно консультирования и информирования в зависимости от конкретного государства, все нормативно-правовые акты реакционного характера, принятые за последние годы, преследуют цель ограничить доступ женщин к аборту и предполагают предоставление информации, стигматизирующей аборт, неточной и искажённой с точки зрения медицины.

В некоторых случаях сама формулировка законодательства является откровенно и неприкрыто предвзятой и директивной. Так, в 2010 году Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации опубликовало Методическое письмо «Психологическое доабортное консультирование», направленное на сокращение доступа женщин к услугам по проведению аборта на территории Российской Федерации путём предоставления предвзятой и стигматизирующей информации.<sup>26</sup> Методическое письмо характеризует аборт как «убийство живого ребёнка», а женщин, столкнувшихся с нежелательной беременностью, - как безответственных.<sup>27</sup> Консультанты должны «пробудить материнские чувства [женщины]», убедить её в «аморальности, безнравственности, жестокости аборта», а также «подвести женщину к самостоятельному выводу, что «если ребёнок родился, то и средства вырастить найдутся»».<sup>28</sup>

В других случаях предвзятое намерение законодателя может и не прослеживаться столь явно в тексте нормативно-правовых актов, устанавливающих новые требования относительно консультирования и информирования, однако это вытекает из характера самих требований. Так, требования относительно предвзятого консультирования, закреплённые в Македонии на уровне законодательства в 2013-2014 гг., предусматривают, что женщины должны проходить обязательное ультразвуковое исследование и консультирование перед абортom, в ходе которого им показывают «ультразвуковое изображение плода». Новые требования также предусматривают, что женщине должны рассказать обо «всех анатомических и физиологических особенностях плода на соответствующем этапе внутриутробного развития», а также о последствиях аборта для плода.<sup>29</sup> Кроме того, закон устанавливает, что учреждения здравоохранения должны обеспечить, чтобы женщинам, которые обращаются за прерыванием беременности, была предоставлена информация и консультация о «потенциальном вреде» аборта для здоровья женщины, включая психологическое здоровье, а также о «потенциальных преимуществах» сохранения беременности.<sup>30</sup>

В других странах предвзятый и директивный характер новых требований об информировании может быть менее очевидным, однако история принятия законодательства и пояснительные письма законодателя чётко указывают на то, что их цель – убедить беременную женщину сохранить беременность ради защиты «нерождённого ребёнка». Так, законодательство, принятое в Словакии в 2009 году, предусматривает, что женщине должна быть предоставлена информация с указанием на «физические и психологические риски», связанные с абортom;<sup>31</sup> «текущую стадию развития эмбриона или плода» и «альтернативы абортu», такие как усыновление, а также информация о поддержке беременных со стороны общественных и религиозных организаций.<sup>32</sup> Данная информация должна быть предоставлена всем женщинам, которые обращаются за прерыванием беременности, и они не вправе отказаться от ознакомления с нею.<sup>33</sup> Несмотря на то, что, на первый взгляд, данные требования сопряжены с меньшим вмешательством, их введение преследует предвзятую и директивную цель: отговорить женщину от прерывания беременности «ради жизни нерождённого ребёнка».<sup>34</sup>

Требования, которые предусматривают обязательное консультирование и информирование, уже представляют угрозу для прав женщин, так как принуждают женщин проходить консультации или получать информацию против их воли и ставят под вопрос свободу выбора женщины и её способность принимать самостоятельные решения. Однако требования, которые предусматривают директивное и предвзятое консультирование и информирование, имеют особенно тяжкие последствия с точки зрения возможностей женщин осуществлять права человека, как будет показано ниже.

#### **(i) Право на получение точной и научно обоснованной информации об абортe, а также доступного и качественного обслуживания в области репродуктивного здоровья**

Право женщин на здоровье предполагает их доступ к имеющимся в наличии, приемлемым и качественным услугам и информации в сфере репродуктивного здоровья.<sup>35</sup> Право женщин на информацию предусматривает, что им должен быть предоставлен доступ к научно обоснованной информации по вопросам репродуктивного здоровья.<sup>36</sup> Право на уважение частной жизни также предусматривает, что беременные женщины должны иметь доступ к актуальной и достоверной информации по вопросам репродуктивного здоровья, которая позволит принять информированное решение о том, следует ли им прибегнуть к законным услугам по прерыванию беременности.<sup>37</sup>

В данной связи Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, надзирающий за соблюдением МПЭСКП государствами-участниками,<sup>38</sup> подчеркнул, что государства должны обеспечить доступ женщин к качественной

информации, приемлемой с научной и медицинской точек зрения, а также воздержаться от «проверки, сокрытия или преднамеренного искажения» такой информации, в том числе по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья.<sup>39</sup>

Приемлемым считается такое обслуживание в области репродуктивного здоровья, которое предоставляется с уважением к потребностям женщины. Комитет КЛДЖ считает приемлемым медицинское обслуживание, «на которое женщина даёт осознанное согласие и при котором обеспечивается уважение её достоинства личности, гарантируется конфиденциальность и учитываются её потребности и чаяния».<sup>40</sup>

Требования, предусматривающие предвзятое консультирование и информирование, противоречат перечисленным обязательствам. Устанавливая, что женщины должны получить информацию, которая с точки зрения медицины является искажённой, или же подвергая женщин оценочным суждениям и стигматизирующим установкам, данные требования подрывают право на получение информации об аборте, которая является точной с научной и приемлемой с медицинской точек зрения и предоставляется в уважительной манере, с учётом потребностей и чаяний женщины. В действительности предвзятое консультирование и информирование предполагают предоставление информации об аборте, которая является неточной с медицинской точки зрения и необоснованной с точки зрения науки, либо же соответствующие требования обязывают медицинских работников уделять чрезмерное внимание рискам, сопряжённым с прерыванием беременности, и описывать данную процедуру как вредную и опасную.<sup>41</sup> Это приводит к умышленному искажению или преувеличению рисков, связанных с абортом, который, согласно авторитетным медицинским данным, является в высшей степени безопасной медицинской процедурой, если его производить надлежащим образом.<sup>42</sup>

### **Рекомендации Всемирной организации здравоохранения относительно информирования и консультирования по вопросам прерывания беременности**

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) подчёркивает, что консультирование женщин по вопросам аборта должно быть добровольным, конфиденциальным и недирективным.<sup>43</sup> ВОЗ считает, что женщина, которая принимает решение о судьбе беременности, «нуждается в уважении и понимании. Чтобы принять решение без побуждения, принуждения и дискриминации, женщина нуждается в информации, которую ей следует предоставить в понятной форме».<sup>44</sup>

ВОЗ подчёркивает, что беременным женщинам, принимающим решение о проведении аборта, должно быть предложено недирективное консультирование; однако оно ни при каких обстоятельствах не может быть обязательным. Согласно рекомендациям, «многие женщины решают прервать беременность до обращения за медицинской помощью. Следует уважать это решение и не подвергать женщину обязательному консультированию».<sup>45</sup>

Далее, ВОЗ подчёркивает, что информация, которая предоставляется женщине, обратившейся за услугами по проведению аборта, должна быть непредвзятой, недирективной и предоставляться исключительно на основании информированного согласия. ВОЗ обращает внимание на то, что медицинские работники должны предоставить информацию, которая является «соответствующей», а также «полной, точной, доступной для понимания, и представленной так, чтобы помочь женщине свободно дать информированное согласие, уважать её достоинство ... и учитывать её нужды и чаяния».<sup>46</sup> Указывается, что «медицинские работники должны быть обучены поддерживать женщину в информированном и добровольном принятии решения».<sup>47</sup> Рекомендации подчёркивают, что «государства должны воздерживаться от ... намеренного искажения информации по вопросам здоровья»,<sup>48</sup> и закрепляют, что «женщины имеют право на получение полной информации о вариантах медицинской помощи от надлежащим образом подготовленного медицинского работника, в том числе информации о вероятных преимуществах и потенциальных недостатках предложенных вмешательств и доступных альтернатив», тогда как «цензура, изъятие и намеренное искажение информации о медицинской помощи по прерыванию беременности может препятствовать доступу к ней или откладывать её, что создаёт угрозу здоровью женщин».<sup>49</sup>

## **(ii) Принцип всестороннего и информированного согласия**

Принцип всестороннего и информированного согласия является неотъемлемой частью прав на здоровье, неприкосновенность личности и частной жизни, а также права на информацию.<sup>50</sup> Информированное согласие предполагает, что пациент принимает решение по медицинским вопросам, не подвергаясь уговорам и угрозам, а также что согласие на медицинские процедуры, включая аборт, даётся пациентом свободно и добровольно после получения понятной, надлежащей, точной и научно обоснованной информации о цели, ожидаемых преимуществах, возможных рисках и побочных последствиях предложенного лечения, а также об альтернативных способах лечения.<sup>51</sup> Принцип информированного согласия также предполагает, что пациенты должны иметь возможность отказаться от получения такой информации, но при этом пройти процедуру, за которой обратились.<sup>52</sup> Так, Специальный докладчик по вопросу о праве на здоровье указал, что «пациент не только имеет право на получение информации при предоставлении своего согласия [на медицинскую процедуру], но и право отказаться от её получения при предоставлении согласия, при этом необходимо, чтобы раскрытие соответствующей информации было предложено пациенту надлежащим образом».<sup>53</sup>

Требования, предусматривающие предвзятое консультирование и информирование по вопросам прерывания беременности, противоречат принципу информированного согласия:

- Во-первых, предусматривая консультирование или информирование женщин в качестве предварительного условия для прерывания беременности, они идут вразрез с требованием о том, что пациент проходит консультацию свободно и добровольно, а также вправе отказаться от получения информации о своём здоровье и пройти лечение без ознакомления с нею.
- Во-вторых, в тех случаях, когда информирование и консультирование являются предвзятыми, а соответствующие требования предусматривают, что медицинские работники должны склонить женщину к отказу от аборта, в том числе путём предоставления информации, которая является стигматизирующей, а также неточной и искажённой с медицинской точки зрения, они нарушают обязательства по обеспечению того, чтобы информация и консультации по вопросам здоровья были соответствующими, точными, научно обоснованными и недирективными, а решения по медицинским вопросам принимались пациентом в отсутствие побуждения, принуждения и дискриминации.

## **(iii) Право на неприкосновенность частной жизни, автономию и неприкосновенность при принятии решений по вопросам репродуктивного здоровья**

Уважение частной жизни, автономии и неприкосновенности личности предусматривает, что индивиды должны иметь возможность пользоваться свободой выбора и принимать самостоятельные решения относительно своего организма и здоровья, не подвергаясь необоснованным ограничениям.<sup>54</sup> Таким образом, в тех случаях, когда женщины желают получить доступ к легальным услугам по прерыванию беременности или задумываются о получении такого доступа, необходимо уважать их решения и способность их принимать. Некоторые женщины (в зависимости от их потребностей) могут счесть необходимым обратиться за информационной или консультационной поддержкой в процессе принятия решения,<sup>55</sup> другие женщины обращаются за услугами по прерыванию беременности, определившись со своими намерениями ещё до обращения за медицинской помощью,<sup>56</sup> а третьи могут и вовсе не захотеть обсуждать свои решения и личные обстоятельства с медицинскими работниками или консультантами.<sup>57</sup> Поскольку государства обязаны предложить женщинам качественную недирективную поддержку информационного и консультационного характера,<sup>58</sup> нормативно-правовые акты, которые предусматривают вмешательство в процесс принятия личного решения, требуя, чтобы женщина прошла консультацию по вопросам прерывания беременности или получила обязательную, шаблонную информацию, не учитывающую её индивидуальные желания, потребности и обстоятельства, посягают на автономию женщин и их способность принимать решения.<sup>59</sup>

В тех случаях, когда обязательное консультирование и информирование является предвзятым и директивным, значительно повышается угроза автономии и неприкосновенности личности, а также конфиденциальности личной жизни. Необходимость пройти директивную консультацию, получить или прослушать информацию, стигматизирующую аборт либо неточную и искажённую с точки зрения медицины, может стать травматическим и унижающим опытом для многих женщин или же привести к иному пагубному воздействию. В случае женщин, беременность которых наступила

в результате сексуального насилия, у которых имеет место внутриутробная гибель плода либо жизнь которых в опасности, предвзятое консультирование или информирование могут достичь уровня особо жестокого обращения.<sup>60</sup> Такое консультирование и информирование могут привести к ретравматизации женщин, ставших жертвами сексуального насилия.

### **Медицинская этика**

Если услуги в области здравоохранения не соответствуют основным принципам медицинской этики, они нарушают право на приемлемое медицинское обслуживание и информацию.<sup>61</sup> Если женщин обязывают получать от медицинских работников информацию или проходить консультации, которые стигматизируют аборт и включают неверные или искажённые сведения, то это нарушает общепризнанные фундаментальные принципы медицинской этики.

Данные принципы устанавливают, что при оказании медицинской помощи медицинские работники должны исходить из интересов пациента, соблюдать права и уважать выбор пациентов.<sup>62</sup> Они предусматривают, что отношения между медицинскими работниками и пациентами должны основываться на уважении, профессионализме и конфиденциальности. При общении с пациентами медицинские работники должны действовать честно и исходя из научно обоснованных данных; они не вправе предоставлять женщинам предвзятую информацию об аборте. Согласно рекомендации Международной федерации акушеров-гинекологов (FIGO), «общество и члены медицинского коллектива, осуществляющего консультирование женщин, не имеют права навязывать свои религиозные и культурные убеждения относительно аборта пациентам с другими взглядами».<sup>63</sup>

## **Обязательные периоды ожидания**

В последнее время в странах Восточной и Центральной Европы обязательные периоды ожидания, которые должны пройти, прежде чем женщина сможет сделать аборт, зачастую вводятся одновременно с новыми требованиями относительно предвзятого консультирования и информирования.<sup>64</sup> Как правило, такие периоды ожидания призваны усилить действие предвзятого консультирования и информирования, направленных на то, чтобы убедить женщину не прерывать беременность. Длительность новых периодов ожидания может быть разной, в зависимости от страны. Так, в Словакии женщины обязаны выждать 48 часов, прежде чем им будет сделан аборт по требованию, в России – от 48 часов до 7 дней, в зависимости от срока беременности,<sup>65</sup> а в Македонии – 3 дня.<sup>66</sup>

Как указывалось выше, обязательные периоды ожидания могут привести к существенным осложнениям практического характера для женщин, нарушить их права человека или поставить под угрозу их физическое и психическое здоровье. Если обязательные периоды ожидания сочетаются с требованиями относительно предвзятого консультирования и информирования, то их последствия могут быть ещё более тяжкими.

### **(i) Право на своевременное, безопасное и доступное медицинское обслуживание в сфере репродуктивного здоровья**

Право женщин на здоровье предусматривает, что им должен быть предоставлен своевременный доступ к безопасному, доступному и качественному обслуживанию по прерыванию беременности, а их права на неприкосновенность частной жизни и неприкосновенность личности требуют, чтобы им предоставили возможность – а не мешали – своевременно осуществить своё право на получение легального обслуживания по прерыванию беременности.<sup>67</sup> Тем не менее, в нарушение данных требований обязательные периоды ожидания часто лишают женщин возможности получить доступ к своевременным и доступным услугам по проведению безопасного аборта.

Обязательные периоды ожидания приводят к регулярным задержкам в предоставлении женщинам доступа к легальному обслуживанию по прерыванию беременности, в результате чего аборт проводится на более поздних сроках беременности.<sup>68</sup> Несмотря на то, что аборт является исключительно безопасной медицинской процедурой,



риск осложнений, который весьма невелик при правильном проведении аборта, растёт со сроком беременности.<sup>69</sup> Кроме того, порой обязательные периоды ожидания и задержки, к которым они приводят, могут поставить под вопрос возможность женщины получить доступ к легальному обслуживанию по прерыванию беременности, между тем как беременность может достигнуть срока, на котором аборт уже не делают. Это в свою очередь может привести к тому, что женщина решится прибегнуть к нелегальному – и потенциально опасному – аборту. Женщины даже могут быть вынуждены выехать за пределы страны проживания, чтобы сделать аборт.

Учитывая данные сложности, ВОЗ считает, что обязательные периоды ожидания не должны распространяться на услуги по прерыванию беременности.<sup>70</sup> ВОЗ указывает на то, что «обязательные периоды ожидания приводят к несвоевременному оказанию медицинской помощи, что может поставить под угрозу возможность женщины получить доступ к разрешённой законом медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности».<sup>71</sup> Особо подчёркивается, что «когда решение [о проведении аборта] принято женщиной, аборт следует выполнять как можно быстрее»<sup>72</sup> и без задержек.<sup>73</sup>

Обязательные периоды ожидания также часто повышают затраты, связанные с получением доступа к услугам по прерыванию беременности. Они предусматривают, что женщина должна, по меньшей мере, дважды съездить в медицинское учреждение: в первый раз – чтобы обратиться за услугой по прерыванию беременности, во второй – чтобы её получить. В тех случаях, когда начало обязательного периода ожидания приурочено к предоставлению обязательного консультирования или информирования, женщинам может потребоваться совершить более двух поездок.<sup>74</sup> Это может существенно повысить личные и финансовые издержки, связанные с получением доступа к легальным услугам по прерыванию беременности, что может по-разному повлиять на определённые категории женщин. К примеру, женщины, проживающие в сельской местности, могут столкнуться с необходимостью совершения дальних поездок в медицинское учреждение; малообеспеченные женщины могут быть лишены доступа к необходимым транспортным и финансовым ресурсам; родители-одиночки или одинокие опекуны могут испытывать сложности со временем для повторного посещения медицинского учреждения ввиду семейных обязательств. Кроме того, в случае женщин и подростков, сталкивающихся с угрозой домашнего насилия, необходимость неоднократного посещения медицинских учреждений может иметь особо тяжкие последствия, в частности, если их партнёры или другие члены семьи не поддерживают решение сделать аборт.<sup>75</sup>

Кроме того, есть данные о том, что в некоторых случаях обязательные периоды ожидания, в последние годы введённые в странах Восточной и Центральной Европы, способствуют возникновению угрозы физическому и психическому здоровью женщины. Несмотря на то, что в большинстве случаев обязательные периоды ожидания не применяются к ситуациям, когда жизнь или здоровье женщины в опасности, в тех странах, где они были введены совсем недавно, медицинские работники не всегда обладают всей полнотой информации относительно истинного объёма предусмотренных законом исключений: из страха подвергнуться взысканию они могут не решиться на проведение медицинского аборта в случаях, которые являются исключительными. Так, вскоре после того, как в Македонии был введён обязательный период ожидания, врачи по ошибке потребовали его соблюдения от двух женщин, у одной из которых была замершая беременность, а у другой во время беременности возникла гематома, и заставили их прождать несколько дней, прежде чем сделать аборт, несмотря на угрозу их жизни и здоровью.<sup>76</sup> Недавно Комитет по правам человека выразил обеспокоенность в связи с новым законодательством Македонии, касающимся аборт, и призвал государство устранить процессуальные препятствия к их проведению.<sup>77</sup>

## **(ii) Право на уважение самостоятельных решений**

Наряду с требованиями относительно предвзятого консультирования и информирования введение обязательных периодов ожидания лишает женщину свободы выбора и подрывает её способность принимать самостоятельные решения, касающиеся собственного организма и жизни. Фактически, обязательные периоды ожидания предполагают, что если женщине не вменить в обязанность определённый «срок на размышление», то она примет скоропалительное решение, не взвесив надлежащим образом все вытекающие последствия. Иногда данное допущение дискриминационного характера относительно способности женщин принимать решения чётко прослеживается в соответствующих нормативных актах и иных документах. Так, в Словакии в пояснительных материалах к соответствующему законодательству указывается, что обязательный период ожидания вводится с целью предоставить женщинам время, чтобы обдумать решение о прерывании беременности, с тем чтобы сделать его «более компетентным» и «свободным».<sup>78</sup>

ВОЗ признала, что обязательные периоды ожидания «унижают женщину как лицо, способное принимать решения»,<sup>79</sup> и рекомендовала государствам отменить периоды ожидания, с тем чтобы «гарантировать, что при оказании медицинской помощи по прерыванию беременности уважается право женщины принимать решения».<sup>80</sup> Позицию ВОЗ поддержал Комитет КЛДЖ, который недавно призвал правительство Венгрии «обеспечить доступ к безопасному аборту, не требуя от женщин прохождения обязательной консультации и не подвергая их периоду ожидания, который не является необходимым по медицинским показаниям, в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения».<sup>81</sup>

## Дискриминация, стереотипы и стигма

Международное право в области прав человека и соответствующие стандарты запрещают дискриминацию в отношении женщин при осуществлении ими прав человека и гарантируют равенство женщин на уровне закона и на практике.<sup>82</sup> Под дискриминацией понимается любая мера, которая прямо или косвенно приводит к различию, исключению или ограничению по признаку пола или гендера и не позволяет женщинам пользоваться предоставленными им правами человека.<sup>83</sup> Во избежание нарушения запрета дискриминации и обеспечения равноправия женщин при осуществлении прав человека государства обязаны отменить дискриминационное законодательство и политику<sup>84</sup> и воздержаться от введения нового законодательства и политики, которые приводят к дискриминации женщин на уровне закона или на практике.<sup>85</sup> Таким образом, государства обязаны обеспечить, чтобы их законодательство и политика не закрепляли и не отражали дискриминационные стереотипы и установки.<sup>86</sup>

В контексте здравоохранения данные обязательства предусматривают, что не должны возводиться препятствия, ограничивающие доступ женщин к обслуживанию в сфере репродуктивного здоровья, в котором они нуждаются в силу своей половой принадлежности, включая легальные услуги по прерыванию беременности.<sup>87</sup> Кроме того, они устанавливают, что государства должны обеспечить такое обслуживание в сфере репродуктивного здоровья, которое не поощряет и не усугубляет пагубные гендерные стереотипы и установки.<sup>88</sup>

Обязательные периоды ожидания и требования относительно предвзятого консультирования и информирования не только имеют практические последствия с точки зрения доступа женщин к легальным услугам по прерыванию беременности; их закрепление на уровне законодательства и политики также приводит к институционализации и поощрению целого ряда пагубных гендерных стереотипов<sup>89</sup> и установок относительно способностей и поведения женщин:

- Во-первых, данные требования отражают традиционную установку, в соответствии с которой женщины по своей природе эмоциональны, а мужчины – рациональны. Они отражают представление о том, что женщины не обладают рациональным мышлением, способностью принимать взвешенные решения и делать ответственный моральный выбор, а также что они склонны к скоропалительным и импульсивным решениям. В свою очередь, данное представление порождает предположение о том, что женщины нуждаются в помощи при принятии важных жизненных решений и их необходимо защитить от собственных импульсивных и эмоциональных реакций. Чтобы обеспечить женщин такой «защитой», вводятся в действие обязательные периоды ожидания и требования относительно консультирования и информирования.<sup>90</sup>
- Во-вторых, преследуя цель убедить женщин сохранить беременность, данные меры отражают представление о том, что основная роль женщины в обществе – это роль матери, а также установку, согласно которой женщины по своей природе склонны к материнству. В результате решение женщины прервать беременность считается «противным» её природе, а следовательно – иррациональным и пагубным.<sup>91</sup> Требования относительно предвзятого консультирования и информирования часто направлены на то, чтобы оказать на женщин давление с целью склонить их к отказу от аборта, вызвав у них чувство стыда и заставив почувствовать неодобрение общества, а также внушив им представление, что женщина, которая прерывает беременность, совершает ошибку. Прививая и усугубляя стигму в отношении аборта, предвзятое и директивное консультирование и информирование могут причинить женщине травму и страдания.<sup>92</sup> Так, последние исследования влияния предвзятого консультирования в Венгрии свидетельствуют о том, что в ряде случаев консультанты пытаются вызвать у женщин, которые хотят прервать беременность, чувства вины и стыда.<sup>93</sup>

- В-третьих, обязательные периоды ожидания, предвзятое консультирование и информирование, направленные на защиту «нерождённой жизни», приводят к дискриминации женщин и ущемляют их человеческое достоинство. Комитет КЛДЖ признал, что меры, отражающие «стереотип, в соответствии с которым защита плода стоит выше здоровья матери», нарушают положения КЛДЖ.<sup>94</sup>

Авторитетные международные источники в сфере медицины подтверждают изложенную выше позицию. Наряду с выводом ВОЗ о том, что обязательные периоды ожидания «унижают женщину как лицо, способное принимать решения»,<sup>95</sup> FIGO подчеркнула, что ограничения в отношении доступа к аборту часто отражают установку, в соответствии с которой «прерывание беременности вредит самим женщинам, так как впоследствии они будут сожалеть о принятом решении и испытывать угрызения совести».<sup>96</sup> FIGO отметила, что данное представление основывается на «ложном стереотипе о том, что женщины принимают сумбурные, переменчивые и импульсивные решения, руководствуясь сиюминутными эмоциями, и нуждаются в руководстве со стороны более твёрдых и проницательных блюстителей их интересов, как правило, мужского пола».<sup>97</sup>

## Вывод

Обязательные периоды ожидания перед абортом и требования относительно предвзятого консультирования и информирования, которые были введены в последние годы в ряде стран Восточной и Центральной Европы, вызывают серьёзную обеспокоенность. Данные меры противоречат международному праву в области прав человека и принципу информированного согласия, угрожают здоровью и благополучию женщины, подрывают её способность принимать решения и способствуют распространению ряда пагубных гендерных стереотипов и установок. Соответствующие государства должны принять оперативные меры по отмене или изменению реакционного законодательства и политики и восстановить доступ женщин к легальным услугам по прерыванию беременности в отсутствие дискриминации, стигмы и предубеждений.

## сентябрь 2015 • Обязательные периоды ожидания и предвзятое консультирование в странах Восточной и Центральной Европы

- 1 См., к примеру, INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION EUROPEAN NETWORK, ABORTION LEGISLATION IN EUROPE [Европейская сеть Международной федерации планируемого родительства, «Легализация аборта в Европе»], 2012 г., [http://www.ippfen.org/sites/default/files/Final\\_Abortion%20legislation\\_September2012.pdf](http://www.ippfen.org/sites/default/files/Final_Abortion%20legislation_September2012.pdf). В ряде стран допускается проведение аборта на более поздних сроках беременности (как правило, вплоть до 22-ой недели) по ряду социальных оснований, а также в тех случаях, когда беременность наступила в результате сексуального насилия. Там же. См. также CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, The World's Abortion Laws 2015 [Центр репродуктивных прав, «Мировое законодательство об аборте»] (Издательство Wallchart, 2015 г.), <http://worldabortionlaws.com/>.
- 2 Подобные инициативы были предложены и введены в действие в таких странах, как Македония, Россия, Словакия, Грузия, Румыния, Литва и Латвия. См. Закон «О прерывании беременности» (Официальный вестник Республики Македонии, № 87/2013 и № 164/2013), статьи 6 и 21 [здесь и далее – «Закон № 87/2013»]; Министерство здравоохранения, Инструкция относительно содержания и способа предоставления консультации беременной женщине перед прерыванием беременности: на основании части 4 статьи 6 Закона «О прерывании беременности» (Официальный вестник Республики Македонии, № 87/2013 и № 164/2013) (6.10.2014) [здесь и далее – «Инструкция-2014»]; Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Российская газета, статья 56 (23.11.2011 г.) [здесь и далее – «Закон об основах охраны здоровья граждан в РФ»]; Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Методическое письмо «Психологическое доабортное консультирование», 13.10.2010 г. № 15-0/10/2-9162 (2010 г.) [здесь и далее – «Методическое письмо «Психологическое доабортное консультирование»]; Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 572н: «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (2012 г.) [здесь и далее – «Приказ № 572/2012»]; Zákon č. 345/2009 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov [Закон № 345/2009 Собрания законодательства Словацкой Республики «О внесении изменений и дополнений в Закон № 576/2004 Собрания законодательства «О здравоохранении и сопутствующих услугах», а также о внесении изменений и дополнений в отдельные законодательные акты», в действ. ред.], пункты 6b, 6c [здесь и далее – «Закон № 345/2009»]; Vyhľadka MZ SR č. 417/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o informáciách poskytovaných žene a hlásenia o poskytnutí informácií, vzor písomných informácií a určuje sa organizácia zodpovedná za prijímanie a vyhodnocovanie hlásenia [Приказ Министерства здравоохранения Словацкой Республики № 417/2009 Собрания законодательства, устанавливающий подробный перечень сведений, предоставляемых женщине, порядок уведомления о предоставлении информации и форму предоставления письменной информации, а также определяющий организацию, ответственную за приём и оценку уведомлений] [здесь и далее – «Приказ № 417/2009»]. Ранее аналогичные инициативы были приняты в Венгрии в 2000 г. и в Латвии в 2002 г. См. Закон № LXXIX 1992 года «Об охране жизни плода», в действ. ред. (1992 г.) (Венгрия); Seksuālās un Reproductīvās Veselības Likums [Закон о половом и репродуктивном здоровье], ст. 25 (2002 г.) (Латвия). В 2014 году грузинский парламент принял изменения в законодательство в сфере здравоохранения, увеличивающие длительность уже существующего обязательного периода ожидания перед абортom с трёх до пяти дней. См. Закон «О здравоохранении» в редакции Закона № 2646/2014, ст. 139(2)(b) (2000 г.). В 2013 году парламент Румынии отверг законодательную инициативу о введении обязательного пятидневного периода ожидания и требований о прохождении предвзятой консультации. См. Проект закона о создании, функционировании и организации консультации по вопросам кризисной беременности (2012 г.) (Румыния). На дату подготовки настоящей публикации (август 2015 г.) на рассмотрении в Государственной Думе РФ находится законопроект, в соответствии с которым до выдачи направления на проведение аборта медицинская организация должна предложить женщине ультразвуковое исследование или возможность прослушать сердцебиение плода. Кроме того, женщине должны предложить пройти консультацию в кабинете медико-социальной помощи, в ходе которой ей разъясняются «негативные последствия» аборта. Несмотря на то, что женщины вправе отказаться от УЗИ и консультации, такой отказ должен быть оформлен в письменном виде до выдачи направления на проведение аборта. См. Проект Федерального закона «О внесении изменения в статью 56 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (2015 г.). Аналогичным образом, Министерство здравоохранения Литвы подготовило законопроект о введении 72-часового обязательного периода ожидания перед абортom по требованию, однако он ещё не вынесен на рассмотрение парламента. См. Lietuvos Respublikos Reprodukcinės sveikatos įstatymas [Проект Закона Литовской Республики «О репродуктивном здоровье»] (2014 г.). На дату подготовки настоящей публикации (август 2015 г.) в латвийском парламенте рассматривается законопроект об увеличении длительности существующего обязательного периода ожидания перед абортom с трёх до пяти дней, а также о введении обязательных консультаций с психотерапевтом для женщин, впервые обращающихся за проведением аборта. См. Законопроект о внесении изменений в Закон «О половом и репродуктивном здоровье» (2015 г.) (Латвия).
- 3 См., к примеру, ASTRA NETWORK, Status of Sexual and Reproductive Health and Rights in Central and Eastern Europe [Сеть АСТРА, «Ситуация в области полового и репродуктивного здоровья и соответствующих прав в странах Восточной и Центральной Европы»] (2014 г.), [http://www.astra.org.pl/pdf/publications/ASTRA\\_Factsheet\\_2014.pdf](http://www.astra.org.pl/pdf/publications/ASTRA_Factsheet_2014.pdf); Health Education and Research Association et al., Information for the Consideration to the Human Rights Committee in its Adoption of a List of Issues Regarding the Third Periodical Report of the Republic of Macedonia under the International Covenant on Civil and Political Rights [Ассоциация просвещения и исследований по вопросам здравоохранения и др., Информация, вынесенная на рассмотрение Комитета по правам человека перед принятием Перечня вопросов, подлежащих обсуждению в связи с рассмотрением Третьего периодического доклада Республики Македонии, представленного на основании Международного пакта о гражданских и политических правах] (14-ая [I] сессия), пп. 4, 17-19, (2015 г.), [http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/MKD/INT\\_CCPR\\_CSS\\_MKD\\_20731\\_E.docx](http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/MKD/INT_CCPR_CSS_MKD_20731_E.docx); Новости ЕПФ, Европейский парламентский форум по народонаселению и развитию, Russia Signs Cooperation Agreement with Orthodox Church [Россия заключает соглашение о сотрудничестве с Православной церковью] (19 июня 2015 г.), <http://www.epfweb.org/node/359> (на англ.); Patriarch Seeks Abortion Ban in Russia in Parliament Speech, RUSSIA TODAY, [В ходе выступления в Госдуме Патриарх высказался за запрет абортов, Россия Сегодня] 22 января 2015 г., <http://www.rt.com/politics/225087-russia-church-abortion-ban/> (на англ.); Центр репродуктивных прав и др., «Дополнительная информация по Словакии, Принятие Перечня вопросов Комитетом по ликвидации дискриминации в отношении женщин в рамках заседания Рабочей группы в преддверии сессии», 9-13 марта 2015 г. [http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/KLDDJ/Shared%20Documents/SVK/INT\\_KLDDJ\\_NGO\\_SVK\\_19477\\_E.pdf](http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/KLDDJ/Shared%20Documents/SVK/INT_KLDDJ_NGO_SVK_19477_E.pdf) (на англ.); см. также Amir Hodžić & Nataša Bijelić, Neo-conservative Threats to Sexual and Reproductive Health in the European Union, CENTER FOR EDUCATION, COUNSELLING AND RESEARCH [Амир Ходжич и Наташа Бижелич, «Неоконсервативные угрозы половому и репродуктивному здоровью в Европейском Союзе», Центр образования, консультирования и исследований] (2014 г.), [http://www.cesi.hr/attach/\\_n/neo-conservative\\_threats\\_to\\_srh\\_in\\_eu.pdf](http://www.cesi.hr/attach/_n/neo-conservative_threats_to_srh_in_eu.pdf).
- 4 См., к примеру, Закон № 345/2009, сноска 2, ст. 6b(3) (Словакия) (48 часов); Уголовный кодекс, в действ. ред., ст. 218a(1) (1998 г.) (Германия) (3 дня); Закон № LXX-IX 1992 г. «Об охране жизни плода», в действ. ред., ст. 9(1)(f) (1992 г.) (Венгрия) (3 дня); Seksuālās un Reproductīvās Veselības Likums [Закон о половом и репродуктивном здоровье] ст. 25 (2002 г.) (Латвия) (72 часа); Закон № 87/2013, сноска 2, ст. 6 (Македония) (3 дня); Уголовный кодекс, № 48/1995, в ред. Закона № 16/2007, ст. 142(4) (б) (Португалия) (3 дня); Органический закон № 2/2010 «О половом и репродуктивном здоровье и добровольном прерывании беременности», ст. 14 (Испания) (3 дня); Закон «О здравоохранении», в ред. Закона № 2646/2014, ст. 139(2)(b) (2000 г.) (Грузия); Приказ Министра труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии № 01-74/ «Об утверждении правил искусственного прерывания беременности» (2014 г.) (Грузия) (5 дней с возможностью сокращения данного срока, если приближается окончание установленного законом срока для проведения аборта); Закон «О прерывании беременности», ст. 3 (1981 г.) (Нидерланды) (5 дней); Закон «О прерывании беременности» (1990 г.) (Бельгия); Уголовный кодекс, в действ. ред., ст. 350 (Бельгия) (6 дней); Закон № 8045/1995 «О прерывании беременности», в действ. ред., ст. 6 (1995 г.) (Албания) (7 дней с возможностью сокращения данного срока, если приближается окончание установленного законом срока для проведения аборта); Закон № 194/1978 «О социальной защите материнства и добровольном прерывании беременности», ст. 5 (1978 г.) (Италия) (7 дней); Закон «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», сноска 2, ст. 56 (Россия) (48 часов и 7 дней). На дату подготовки настоящей публикации (август 2015 г.) на рассмотрении парламента Франции находится ряд законопроектов, которые могут привести к отмене положений французского законодательства, предусматривающих обязательный период ожидания в течение недели перед абортom по требованию. См. Projet de Loi de Modernisation de Notre Système de Santé [Проект закона о модернизации системы здравоохранения], принят в первом чтении 14 апреля 2015 г., <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0505.asp> (на фр.).
- 5 В ряде европейских стран предусмотрено, что помимо предоставления информации, необходимой для соблюдения стандартных требований о даче информированного согласия, медицинские работники должны предоставить женщине сведения об «альтернативах» проведению аборта, таких как усыновление, а также о формах социальной помощи, которая предоставляется беременным, семьям, матерям и их детям. См., к примеру, Закон № 8045/1995 «О прерывании беременности», в действ. ред., ст. 4 (1995 г.) (Албания); Закон «О прерывании беременности» (1990 г.) (Бельгия); Уголовный кодекс, ст. 350 (Бельгия); Закон № 194/1978 «О социальной защите материнства и добровольном прерывании беременности», ст. 2 и ст. 5 (1978 г.) (Италия); Органический закон № 2/2010 «О половом и репродуктивном здоровье и добровольном прерывании беременности», ст. 17.2 (2010 г.) (Испания) (сведения о социальной и иной помощи беременным предоставляются в запечатанном конверте). Тем не менее, в отдельных странах, а именно в Венгрии и Германии, законодательство и политика пошли ещё дальше, принуждая женщин пройти консультацию, недвусмысленно направленную на защиту «нерождённой» жизни или жизни плода, а также на то, чтобы убедить женщину не прерывать беременность. В Германии закон предусматривает обязательное прохождение консультации женщинами, которые хотят сделать аборт в отсутствие медицинских показаний, если их беременность не связана с совершением полового преступления. Такая консультация проводится в аккредитованном учреждении, специализирующемся на «конфликтах, связанных с беременностью». О прохождении консультации выдаётся справка. Закон предусматривает, что «консультирование преследует цель охраны нерождённой жизни. Оно должно быть направлено на то, чтобы убедить женщину не прерывать беременность и открыть для неё

- перспективы жизни с ребёнком; помочь женщине сделать ответственное и осознанное решение. В результате проведения консультации женщина должна быть поставлена в известность о том, что нерождённый ребёнок имеет самостоятельное право на жизнь на всех сроках беременности и что, следовательно, прерывание беременности по закону может производиться лишь в исключительных случаях, когда вынашивание ребёнка связано с осложнениями, которые являются настолько тяжёлыми и чрезвычайными для женщины, что выходят за разумные пределы самопожертвования. В рамках консультации женщина должна получить совет и помощь, которые позволят разрешить конфликтную ситуацию, связанную с беременностью, и исправить чрезвычайное положение». Консультирование предполагает предоставление информации юридического, медицинского и социального характера по каждому конкретному случаю, в том числе информации о правах на получение определённых льгот и помощи, которые предоставляются матерям и их детям. Врач, который производит аборт, не вправе консультировать женщину; однако до производства аборта он должен предоставить женщине дополнительные сведения о процедуре прерывания беременности, включая возможные последствия для её физического и психического здоровья. См. STRAFGESETZBUCH [Уголовный кодекс], в дейст. ред., ст. 218a, 218c, 219 (1998 г.) (Германия); Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) [Закон о содействии предупреждению конфликтов, связанных с беременностью, и их разрешению], в дейст. ред., ст. 5-7 (1992 г.) (Германия); Федеральное министерство по делам семьи, пожилых граждан, женщин и молодёжи, Консультирование по вопросам беременности, п. 218: Информация о Законе «О содействии предупреждению конфликтов, связанных с беременностью, их разрешению и нормативно-правовой базе, основанной на статье 218 УК Германии» (2014 г.) (Германия). В Венгрии законодательство предусматривает прохождение двух консультаций перед аборт (кроме случаев, когда беременность наступила в результате преступления): первая консультация направлена на то, чтобы убедить женщину сохранить беременность; вторая – на предоставление информации о процедуре прерывания беременности и методах контрацепции. Закон так определяет цель и содержание первой консультации: «Получив официальный запрос о проведении аборта, уполномоченное лицо (предпочтительно – в присутствии отца плода), с уважением к чувствам и достоинству беременной женщины, в интересах сохранения жизни плода, информирует женщину о [...]: а) возможности вырастить ребёнка с использованием государственной, негосударственной финансовой и натуральной помощи; б) существовании организаций и учреждений, которые оказывают моральную и материальную поддержку в случае сохранения ребёнка, а также об их деятельности; в) возможностях и порядке усыновления ребёнка; д) приемлемых формах разрешения кризиса за счёт посредничества муниципальных органов власти или органов соцобеспечения, с одновременным предоставлением информации об условиях, установленных отдельным законодательным актом относительно возможности помещения ребёнка в инкубатор и дачи согласия на его усыновление; е) зачатия, развитии плода, рисках, связанных с аборт, и его возможных последствиях для будущей беременности; ф) необходимости прохождения консультации и её повторного прохождения в течение трёх дней». В тех случаях, когда беременность наступила в результате совершения преступления, закон устанавливает, что женщина должна быть поставлена в известность о возможности и порядке усыновления ребёнка. См. Закон № LXXIX 1992 г. «Об охране жизни плода», в дейст. ред., ст. 9 (1992 г.) (Венгрия).
- 6 См. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, «Замечание общего порядка № 3: Природа обязательств государств-участников (пункт 1 статьи 2)», (5-ая сессия, 1990 г.), п. 9. Док. ООН № E/1991/23 (1990 г.) [здесь и далее – «Комитет ЭСКП, Замечание общего порядка № 3»]; Международная комиссия юристов, Маастрихтские руководящие принципы, касающиеся нарушения экономических, социальных и культурных прав, Руководящий принцип 14(е): Нарушения посредством действий (1997 г.), <http://www.refworld.org/docid/48abd5730.html> (на англ.); Комиссия по правам человека ООН, Лимбургские принципы осуществления Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, принцип 72, Док. ООН № E/CN.4/1987/17 (1987 г.).
- 7 См. Комитет ЭСКП, Замечание общего порядка № 3, сноска 6, п. 9; Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, «Замечание общего порядка № 14: Право на наивысший достижимый уровень здоровья (статья 12)», (22-ая сессия, 2000 г.), пп. 32, 48, 50, Док. ООН № E/C.12/2000/4 (2000 г.) [здесь и далее – «Комитет ЭСКП, Замечание общего порядка № 14»].
- 8 См., к примеру, Закон «О прерывании беременности» (1990 г.) (Бельгия); Уголовный кодекс, ст. 350 (Бельгия); Закон № 194/1978 «О социальной защите материнства и добровольном прерывании беременности» (1978 г.) (Италия); Закон «О прерывании беременности» (1981 г.) (Нидерланды); Уголовный кодекс, № 48/1995, в ред. Закона № 16/2007 (Португалия); Органический закон № 2/2010 «О половом и репродуктивном здоровье и добровольном прерывании беременности» (Испания); STRAFGESETZBUCH [Уголовный кодекс], в дейст. ред. (1976 г.) (ФРГ). В действительности Закон об аборте, принятый в объединённой Федеративной Республике Германии в 1995 году, предусматривающий, что женщина обязана получить директивную консультацию не менее чем за три дня до производства аборта, стал реакционной мерой для женщин из бывшей ГДР, которые до этого имели право на доступ к аборту по требованию в отсутствие обязательного периода ожидания и необходимости прохождения директивной консультации. См. D.A. Jeremy Telman, Abortion and Women's Legal Personhood in Germany: A Contribution to the Feminist Theory of the State, 24 REVIEW OF LAW & SOCIAL CHANGE 91 [Д.А. Джереми Тельман, «Аборт и правосубъектность женщин в Германии: вклад в феминистскую теорию государства», журнал «Обзор законодательства и общественных изменений», № 24, стр. 91] (1998 г.). См. также сноску 5.
- 9 См. Конвенция «О защите прав человека и основных свобод», принята 4 ноября 1950 г., статьи 3 и 8 (1) (вступила в силу 3 сентября 1953 г.) [здесь и далее – «ЕКПЧ»]; Хартия Европейского Союза об основных правах, 30 марта 2010 г., статьи 3 и 7, 2010 г.; Международный пакт о гражданских и политических правах, принят 16 декабря 1966 г., статьи 7 и 17, Резолюция Генеральной ассамблеи ООН № 2200A (XXI), 21-ая сессия, Доп. номер 16, Док. ООН № A/6316 (1966 г.), (вступил в силу 23 марта 1976 г.) [здесь и далее – «МПППП»]; «Р. и С. против Польши», жалоба № 57375/08 ЕСПЧ, пп. 90, 95-96, 128, 132, 135 (2012 г.); «R.R. против Польши», жалоба № 27617/04 ЕСПЧ, пп. 122, 135, 180-81, 208 (2011 г.); «V.C. против Словакии», жалоба № 18968/07 ЕСПЧ, пп. 106, 138, 143-45 (2011 г.); «Tysiac против Польши», жалоба № 5410/03 ЕСПЧ, пп. 107-108 (2007 г.); Комитет по правам человека, «Замечание общего порядка № 28: статья 3 (Равноправие мужчин и женщин)», (68-ая сессия, 2000 г.), п. 20, Док. ООН № CCPR/C/21/Rev.1/Add.10 (2000 г.) [здесь и далее – «КПЧ ООН, Замечание общего порядка № 28»]; см. также Американская конвенция по правам человека, принята 22 ноября 1969 г., ст. 5, Сборник договоров ОАГ № 36, OEA/Ser.L/V/II.23, док. № 21 (вступила в силу 18 июля 1978 г.).
- 10 См. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, принят 16 декабря 1966 г., ст. 2(2), 3, 12(1), 12(2)(с), Резолюция Ген. Ассамблеи ООН № 2200A (XXI), Доп. номер 16, Док. ООН № A/6316 (1966 г.) (вступил в силу 3 января 1976 г.) [здесь и далее – «МПЭСКП»]; Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, принята 18 декабря 1979 г., ст. 12, Резолюция Ген. Ассамблеи ООН № 34/180, 34-ая сессия, доп. номер 46, 193, Док. ООН № A/34/46 (вступила в силу 3 сентября 1981 г.) [здесь и далее – «КЛДЖ»]; Комитет ЭСКП, Замечание общего порядка № 14, сноска 7, п. 3, 8, 11-12, 21, 34-37, 43(a), 44(a), 50-53; Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, «Общая рекомендация № 24: статья 12 Конвенции (Женщины и здоровье)» (20-ая сессия, 1999 г.), пп. 21-23, 29, 31(b)-(e), Док. ООН № A/54/38/Rev.1 (1999 г.) [здесь и далее – «Комитет КЛДЖ, Общая рекомендация № 24»]; «Alyne da Silva Pimentel Teixeira против Бразилии», Комитет КЛДЖ, обращение № 17/2008, пп. 8(2)(a)-(b), Док. ООН № КЛДЖ/С/49/D/17/2008 (2011 г.); «A.S. против Венгрии», Комитет КЛДЖ, обращение № 4/2004, пп. 11.3, Док. ООН № КЛДЖ/С/36/D/4/2004 (2006 г.).
- 11 См. ЕКПЧ, сноска 9, ст. 10; МПППП, сноска 9, ст. 19(2); Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины, принята 4 апреля 1997 г., ст. 10(2); Сборник договоров Совета Европы № 164 (вступила в силу 1 декабря 1999 г.) [здесь и далее – «Конвенция по правам человека и биомедицине»]; «R.R. против Польши», жалоба № 27617/04 ЕСПЧ, пп. 123-25, 127, 159 (2011 г.); Комитет ЭСКП, Замечание общего порядка № 14, сноска 7, п. 3, 11, 12(b)(iv), 14, 21, 23, 35-37, 50; Комитет КЛДЖ, Общая рекомендация № 24, сноска 10 выше, пп. 13, 18, 23, 28, 31(b), (e); Специальный докладчик по вопросу о пытках и иных видах жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания (Хуан Э. Мендес), Доклад, Совет по правам человека, п. 47, Док. ООН № A/HRC/22/53 (1 февраля 2013 г.).
- 12 МПППП, сноска 9, ст. 2, 3, 26; МПЭСКП, сноска 10, ст. 2(2); 3; КЛДЖ, сноска 10, ст. 2, 5, 12, 15, 16; «L.C. против Перу», Комитет КЛДЖ, обращение № 22/2009, пп. 7.12, 8.11 (2011 г.); Комитет ЭСКП, Замечание общего порядка № 14, сноска 7, пп. 18-19; Комитет КЛДЖ, Общая рекомендация № 24, сноска 10, п. 2, 11, 31(a)-(b); Комитет КЛДЖ, «Общая рекомендация № 28: основные обязательства государств-участников по статье 2», (47-ая сессия, 2010 г.), п. 4, 9, 16-22, Док. ООН № КЛДЖ/С/GC/28 (2010 г.) [здесь и далее – «Комитет КЛДЖ, Общая рекомендация № 28»]; Комитет ЭСКП, «Замечание общего порядка № 20: Запрет дискриминации в контексте экономических, социальных и культурных прав (пункт 2 статьи 2 МПЭСКП)», пп. 7-10, 20, Док. ООН № E/C.12/GC/20 (2009); Комитет КЛДЖ, «Общая рекомендация № 25: Временные специальные меры», пп. 4-5, 7(1), 14, Док. ООН № HRI/GEN/1/Rev.7 (2004 г.) [здесь и далее – «Комитет КЛДЖ, Общая рекомендация № 25»].
- 13 См. МПЭСКП, сноска 10, ст. 15(1)(b); КЛДЖ, сноска 10, ст. 16(1)(e); Верховный комиссар ООН по правам человека, Доклад о семинаре по вопросу о праве пользоваться достижениями научного прогресса и их практическими применениями, пп. 5, 10, 12, 43, Док. ООН № A/HRC/26/19 (2014 г.); Совет по правам человека, Резолюция № 20/11: Поощрение осуществления культурных прав каждого человека и уважения культурного разнообразия, пп. 2-3, 5, Док. ООН № A/HRC/RES/20/11 (2012 г.); см. также Yvonne Donders, The Right to Enjoy the Benefits of Scientific Progress: In Search of State Obligations in Relation to Health, 14(4) MED. HEALTH CARE PHLOS [Ивонна Дондерс, «Право пользоваться достижениями научного прогресса: В поисках обязательств государств в отношении здоровья», журнал «Медицина, здравоохранение и философия», № 14(4)], стр. 371, 371-81 (2011 г.), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3190088/>.
- 14 МПППП, сноска 9.
- 15 КПЧ ООН, Заключительные замечания: Аргентина, п. 14, Док. ООН № CCPR/CO/70/ARG (2000 г.); см. также Комитет ЭСКП, Заключительные замечания: Аргентина, п. 22, Док. ООН № E/C.12/ARG/CO/3 (2011 г.); Комитет ЭСКП, Заключительные замечания: Польша, п. 28, Док. ООН № E/C.12/POL/CO/5 (2009 г.); Комитет КЛДЖ, Заключительные замечания: Индия, п. 41, Док. ООН № КЛДЖ/С/IND/CO/3 (2007 г.); Комитет КЛДЖ, Заключительные замечания: Польша, п. 25, Док. ООН № КЛДЖ/С/POL/CO/6 (2007 г.).
- 16 См. КПЧ ООН, Заключительные замечания: Бывшая Югославская Республика Македония, п. 11, Док. ООН № CCPR/С/MKD/CO/3 (2015 г.) (предварительный текст, без редактур).

- 17 КЛДЖ, сноска 10.
- 18 Комитет КЛДЖ, Заключительные замечания: Венгрия, п. 31(с), Док. ООН № КЛДЖ/С/HUN/CO/7-8 (2013 г.).
- 19 «Tusięc против Польши», жалоба № 5410/03 ЕСПЧ, п. 116 (2007 г.).
- 20 «R.R. против Польши», жалоба № 27617/04 ЕСПЧ, п. 200 (2011 г.).
- 21 «R.R. против Польши», жалоба № 27617/04 ЕСПЧ, пп. 197, 199 (2011); «P. и S. против Польши», жалоба № 57375/08 ЕСПЧ, пп. 102, 108, 111 (2012 г.).
- 22 ПАСЕ, Резолюция о доступе к безопасному и легальному аборту в Европе, 15-ая сессия, Док. № 1607, пп. 2-3 (2008 г.).
- 23 Там же, пп. 7.2, 7.4.
- 24 Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья (Ананд Гровер), Промежуточный доклад, п. 24, Док. ООН № A/66/254 (3 августа 2011 г.) [здесь и далее – «Доклад Специального докладчика по вопросу о праве на здоровье – 2011»].
- 25 См. сноска 2 и сопроводительный текст. За последнее время инициативы в области законодательства и политики, которые предусматривают предвзятое консультирование или информирование, были подготовлены или приняты в следующих странах: Македония, Румыния, Россия и Словакия.
- 26 Методическое письмо «Психологическое доабортное консультирование», сноска 2. После опубликования письма Минздрава в ряде субъектов федерации были вынесены приказы и распоряжения, предусматривающие психологическое доабортное консультирование. См., к примеру, Приказ Министерства здравоохранения Нижегородской области от 24 декабря 2014 г. № 3064 (2014 г.); Приказ Министерства здравоохранения Краснодарского края от 12 февраля 2015 г. № 695; Приказ Департамента здравоохранения Приморского края от 13 апреля 2015 г. № 258-о; Приказ Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности от 11 июня 2015 г. № 435; Распоряжение Правительства Белгородской области от 24 февраля 2015 г. № 107-рп; Распоряжение Кабинета Министров Чувашской Республики от 24 февраля 2015 г. № 109-р; Распоряжение Главы Республики Адыгея от 12 марта 2015 г. № 33-рп; см. также Приказ № 572/2012, сноска 2; «В Самарской области на предотвращение абортотв выделены 15 млн. рублей», 21 ноября 2013 г., <http://dasa-mara.ru/1794-v-samarskoj-oblasti-na-predotvraschenie-abortov-vydeleny-15-mln-rublej.html>.
- 27 Методическое письмо «Психологическое доабортное консультирование», сноска 2, стр. 11, 21.
- 28 Методическое письмо «Психологическое доабортное консультирование», сноска 2, стр. 16, 20, 46.
- 29 Инструкция-2014, сноска 2; Закон № 87/2013, сноска 2, ст. 6. Инструкция также предусматривает, что в рамках обязательной консультации работник здравоохранения должен дать женщине прослушать сердцебиение плода. Письмо Ассоциации просвещения и исследований по вопросам здравоохранения и др., (20 июля 2015 г.) (в архиве Центра репродуктивных прав).
- 30 Закон № 87/2013, сноска 2, ст. 6, 9, 21; Инструкция-2014, сноска 2.
- 31 См. Закон № 345/2009, сноска 2, ст. 6б; Приказ № 417/2009, сноска 2. Женщинам, которые обращаются за проведением аборта по требованию, необходимая информация также должна быть предоставлена в письменной форме. Образец письменной информации содержится в приказе Министерства здравоохранения, которым вводится в действие Закон № 345/2009. Предусматривается, что в письменной информации о последствиях искусственного прерывания беременности должно быть сказано о невозможности «исключить последующее ограничение или утрату способности забеременеть» и что «после искусственного прерывания беременности женщина может испытывать тревогу, чувства вины, печали или депрессию». Также должна быть предоставлена письменная информация о стадии развития плода: как следует из письма Министерства здравоохранения, это информация о «результатах проведенного ультразвукового исследования, сроке беременности, а также стадии развития эмбриона или плода». Приказ № 417/2009, сноска 2, Приложение. Вопреки положениям Приказа, Королевский колледж акушерства и гинекологии (Великобритания) рекомендует «довести до сведения женщины, что доказательств причинно-следственной связи между абортом и последующим ... бесплодием отсутствуют». ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNEACOLOGISTS, THE CARE OF WOMEN REQUESTING INDUCED ABORTION: EVIDENCE-BASED CLINICAL GUIDELINE NUMBER 7 [Королевский колледж акушерства и гинекологии, «Обслуживание женщин, обращающихся за проведением искусственного аборта: Научно обоснованное клиническое руководство № 7»], стр. 43-46 (2011 г.) [здесь и далее – «Королевский колледж акушерства и гинекологии»], [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline\\_web\\_1.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf) (на англ.). Согласно руководству, «все данные опубликованных исследований свидетельствуют о том, что бесплодие не является последствием искусственного прерывания беременности, прошедшего без осложнений» в легальной обстановке. См. Королевский колледж акушерства и гинекологии, сноска 31, стр. 44 (ссылки на источники опущены).
- 32 См. Закон № 345/2009, сноска 2, ст. 6(b).
- 33 Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov [Закон № 576/2004 Собрания законодательства «О здравоохранении и сопутствующих услугах, а также о внесении изменений и дополнений в отдельные законодательные акты»], в ред. Закона № 345/2009 Собрания законодательства (Словакия), ст. 6(4), 6б; Приказ № 417/2009, сноска 2.
- 34 См. Dôvodová správa, tlač 1030 (2009 г.) [Пояснительная записка к Закону № 345/2009] (Словакия). «Предлагаемые изменения направлены на то, чтобы сообщить женщине, обратившейся за проведением аборта, об альтернативах в пользу сохранения жизни нерожденного ребенка». Там же, часть А. В ходе обсуждения законопроекта член Парламента Словакии, один из наиболее активных его сторонников, пояснил, что «данное изменение направлено на то, чтобы предоставить квалифицированную информацию женщине, которая может оказаться в сложной жизненной ситуации. Данная информация должна склонить её принять решение в пользу жизни [...]. Государство не обязано сохранять нейтралитет по данному вопросу. Государство вправе заявить о том, что выбирает жизнь, что предпочитает жизнь прекращению жизни и протягивает руку помощи». (Daniel Lipšic [Даниэль Липшиц], член Парламента, протокол обсуждения Закона № 345/2009 (выпуск 1030) Национальным Советом Словацкой Республики, 35-ая сессия.) (21 апреля 2009 г.) <http://www.psp.cz/eknih/2006nr/stenprot/035schuz/s035024.htm> (на словацком).
- 35 Комитет ЭСКП, Замечание общего порядка № 14, сноска 7, п. 12; Доклад Специального докладчика по вопросу о праве на здоровье-2011, сноска 24, пп. 29-30.
- 36 См. источники в сноске 11 и сопутствующем тексте.
- 37 См. «R.R. против Польши», жалоба № 27617/04 ЕСПЧ, пп. 197, 199 (2011 г.).
- 38 МПЭСКП, сноска 10.
- 39 Комитет ЭСКП, Замечание общего порядка № 14, сноска 7, пп. 12(b)(iv), 12(d), 21, 34.
- 40 Комитет КЛДЖ, Общая рекомендация № 24, сноска 10, п. 22.
- 41 Так, в ходе обязательного консультирования перед абортом женщинам предоставляется следующая информация: неправильные сведения о наличии причинно-следственной связи между абортом и психологической травмой либо повышенным риском рака груди или бесплодия. См., к примеру, PATENT ASSOCIATION, RESEARCH REPORT: THE PRACTICE OF “COUNSELLING AIMING AT KEEPING THE FETUS” [Ассоциация PATENT, Аналитический доклад: Практика «Консультирования в целях сохранения плода»] (2014 г.) [здесь и далее – «Ассоциация PATENT, Аналитический доклад»]; Ian Vandewalker, Abortion and Informed Consent: How Biased Counseling Laws Mandate Violations of Medical Ethics, 19 MICHIGAN JOURNAL OF GENDER & LAW [Айэн Вандевокер, «Аборт и информированное согласие: Как законодательство о предвзятом консультировании приводит к нарушению медицинской этики», Мичиганский журнал по вопросам гендера и права, выпуск № 19], стр. 19 (2012 г.). Всемирная организация здравоохранения пояснила, что «у подавляющего большинства женщин надлежащим образом проведенный искусственный аборт не имеет отдаленных последствий для здоровья в целом и репродуктивного здоровья в частности [...] по данным солидных эпидемиологических исследований, самопроизвольные и искусственные аборты не повышают риск рака молочной железы. Отрицательные психологические последствия отмечаются у очень небольшого числа женщин и скорее являются продолжением предсуществующих обстоятельств, чем результатом искусственного аборта». ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВОЗ), БЕЗОПАСНЫЙ АБОРТ: РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ПОЛИТИКИ И ПРАКТИКИ, стр. 50 (издание 2-ое, 2012 г.) [здесь и далее – «ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012»] (ссылки на источники опущены). Королевский колледж акушерства и гинекологии указал, что «все опубликованные исследования свидетельствуют о том, что бесплодие не является последствием искусственного прерывания беременности, прошедшего без осложнений» в легальной обстановке. См. Королевский колледж акушерства и гинекологии, сноска 31, стр. 44 (ссылки на источники опущены).
- 42 См. Королевский колледж акушерства и гинекологии, сноска 31, стр. 37-38; ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012, сноска 41, стр. 21; FIGO COMMITTEE FOR THE STUDY OF ETHICAL ASPECTS OF HUMAN REPRODUCTION AND WOMEN'S HEALTH, ETHICAL

- ISSUES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY [КОМИТЕТ FIGO ПО ИССЛЕДОВАНИЮ ЭТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ВОСПРОИЗВОДСТВА ЧЕЛОВЕКА И ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ, «ПРОБЛЕМЫ ЭТИКИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ»], стр. 131 (2012 г.) [здесь и далее – «FIGO, Проблемы этики в акушерстве и гинекологии»].
- 43 См. ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012, сноска 41, стр. 36; См. также ВОЗ, HEALTH WORKER ROLES IN PROVIDING SAFE ABORTION CARE AND POST-ABORTION CONTRACEPTION [РОЛЬ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ БЕЗОПАСНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПО ПЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛАБОРТНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ], стр. 56 (2015 г.) (на англ.).
- 44 См. ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012, сноска 41, стр. 69.
- 45 ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012, сноска 41, стр. 36.
- 46 ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012, сноска 41, стр. 36, 101.
- 47 ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012, сноска 41, стр. 69.
- 48 ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012, сноска 41, стр. 101.
- 49 ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012, сноска 41, стр. 101. ВОЗ также отмечает, что «для оказания медицинской помощи по прерыванию беременности проводить ультразвуковое исследование всем женщинам не требуется». ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012, сноска 41, стр. 34.
- 50 Специальный докладчик по вопросу о праве на здоровье (Ананд Гровер), Доклад, пп. 18-19, Док. ООН № A/64/272 (10 августа 2009 г.) [здесь и далее – «Доклад Специального докладчика по вопросу о праве на здоровье-2009»]; Комитет КЛДЖ, Общая рекомендация № 24, сноска 10, пп. 31(b), (e); «V.C. против Словакии», жалоба № 18968/07 ЕСПЧ, пп. 112-16 (2011 г.).
- 51 См. FIGO, ПРОБЛЕМЫ ЭТИКИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ, сноска 42, стр. 14.
- 52 См., к примеру, Конвенция о правах человека и биомедицине, сноска 11, ст. 10(2); Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе: Европейское консультативное совещание ВОЗ по правам пациента, п. 2.5, ICP/HLE 121 (28 июня 1994 г.); Доклад Специального докладчика по вопросу о праве на здоровье-2009, сноска 50, п. 15.
- 53 Доклад Специального докладчика по вопросу о праве на здоровье-2009, сноска 50, п. 15.
- 54 Европейский Суд по правам человека понимает термин «частная жизнь» в широком смысле, как охватывающий право на автономию личности и право на уважение решения женщины о том, заводить ли ей ребенка. См. «V.C. против Словакии», жалоба № 18968/07 ЕСПЧ, п. 138 (2012); См. также «Evans против Великобритании», жалоба № 6339/05 ЕСПЧ, п. 71 (2007). Суд признал, что понятие «частная жизнь» включает право на эффективный доступ к актуальной информации о состоянии собственного здоровья и что в контексте беременности эффективный доступ женщин к такой информации имеет самое непосредственное отношение к осуществлению ими личной автономии. См. «R.R. против Польши», жалоба № 27617/04 ЕСПЧ, п. 197 (2011). Кроме того, Суд постановил, что эффективное осуществление женщинами права на уважение их частной жизни предусматривает, что государства «должны создать процессуальную базу, при помощи которой беременная женщина сможет осуществить своё право на доступ к законному аборту». Там же, п. 200 (со ссылкой на дело «Tysiac против Польши», жалоба № 5410/03 ЕСПЧ, пп. 116-24 (2007 г.)).
- 55 См. Joanna Brien & Lisa Hallgarten, Support and Counselling, in ABORTION CARE [Джонна Брайен и Лайза Холлгартен, «Поддержка и консультирование», в сборнике «Медицинская помощь по прерыванию беременности», стр. 43 (под ред. Sam Rowlands, 2014 г.) (Авторы приходят к следующему выводу относительно процесса принятия решения о судьбе беременности и поддержке женщин, принимающих такое решение: «любое обслуживание, которое не является гибким и не учитывает потребности лица, принимающего решение, и тот этап, на котором оно находится в процессе принятия решения, «вероятнее всего, приведёт к тому, что ряд женщин сочтёт данное вмешательство навязчивым и усложняющим их положение, а другие сочтут его неспособным удовлетворить их потребности»)].
- 56 См. Joanna Brien & Lisa Hallgarten, сноска 55, стр. 43 (авторы отмечают, что многие женщины принимают решение сделать аборт ещё до того, как обратиться к врачу); См. также ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012, сноска 41, стр. 36; Sam Rowlands, The Decision to Opt for Abortion, 34(3) J. FAM. PLAN. REPROD. HEALTH CARE [Сэм Роулэндс, «Решение сделать аборт», журнал «Семейное планирование и медицинская помощь в области репродуктивного здоровья», номер 34(3)] стр. 175, 175-76 (2008 г.) (Автор отмечает, что две трети женщин, принявших участие в исследовании, не считают необходимым обсуждать с врачом своё решение сделать аборт). Там же, стр. 178.
- 57 См. Heather Gould at al., Predictors of Abortion Counseling Receipt and Helpfulness in the United States, 23(4) WOMEN'S HEALTH ISSUES [Хизер Гульд и др., «Прогнозирование прохождения консультаций по вопросам аборта и их эффективности в Соединённых Штатах», журнал «Проблемы женского здоровья», номер 23(4)], стр. e249, e250 (2013 г.), [http://www.ansirh.org/wp-content/uploads/2013/08/gould\\_whi-journal1-2013.pdf](http://www.ansirh.org/wp-content/uploads/2013/08/gould_whi-journal1-2013.pdf); Ассоциация PATENT, Аналитический доклад, сноска 41. Кроме того, по данным проведённых в США исследований, женщины, обратившиеся в учреждения, которые предоставляют обязательное консультирование, «намного реже считают консультации полезными»: это свидетельствует о том, что законодательство об обязательном консультировании «может привести к снижению качества медицинской помощи или, по меньшей мере, оказать негативное влияние на восприятие консультирования женщинами». Heather Gould at al., сноска 57, стр. e254.
- 58 См. подразделы (i) и (ii) выше и таблицу «Рекомендации Всемирной организации здравоохранения об информировании и консультировании по вопросам аборта».
- 59 См., к примеру, Reva B. Siegel, The Right's Reasons: Constitutional Conflict and the Spread of Woman-Protective Antiabortion Argument, 57 DUKE L.J. [Рева Б. Зигель, «Правовые соображения: Конституционная коллизия и расширение протекционистской дискуссии противников аборта», юридический журнал Duke, № 57] стр. 1641, 1688-89 (2008 г.).
- 60 Международные и региональные органы по защите прав человека признали, что в подобных ситуациях женщины переживают психические и эмоциональные страдания и стресс, и постановили, что воспрепятствование доступу к услугам по прерыванию беременности является жестоким, бесчеловечным и унижающим достоинство обращением. См. «K.L. против Перу», КПЧ ООН, Обращение № 1153/2003, п. 6.3, Док. ООН № C/PR/C/85/D/1153/2003 (2005); «L.M.R. против Аргентины», КПЧ ООН, Обращение № 1608/2007, п. 9.2., Док. ООН № C/PR/C/101/D/1608/2007 (2011); «R.R. против Польши», жалоба № 27617/04 ЕСПЧ, пп. 148-62 (2011 г.); «P. и S. против Польши», жалоба № 57375/08 ЕСПЧ, пп. 158-59, 168-69 (2008 г.).
- 61 Комитет ЭСКП, Замечание общего характера № 14, сноска 7, п. 12(c).
- 62 См. Всемирная медицинская ассоциация, Международный кодекс медицинской этики, принят в октябре 1949 г., Общие обязанности врачей: Обязанность № 7; Обязанности врачей по отношению к пациентам: Обязанность № 2 (в ред. октября 2006 г.), <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/>.
- 63 FIGO, ПРОБЛЕМЫ ЭТИКИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ, сноска 42, стр. 133.
- 64 См. сноски 2 и 4, а также наши замечания по Македонии, России и Словакии. Аналогичные периоды ожидания, связанные с предвзятым консультированием, были введены в Венгрии и Германии в 2000 и 1995 году соответственно. См. сноски 4 и 5. Обязательные периоды ожидания перед абортотом также применяются в ряде других европейских стран, но они необязательно связаны с предвзятым консультированием или информированием. См. сноска 4.
- 65 Закон № 345/2009, сноска 2, ст. 6(б)(3); Закон «Об основах охраны здоровья граждан РФ», сноска 2, ст. 56 (предусматривает, что женщина со сроком беременности четвертая-седьмая недели и одиннадцатая-двенадцатая недели должна выдержать 48-часовой период ожидания, прежде чем получить доступ к услугам по прерыванию беременности. Для женщин со сроком беременности восьмая-десятая недели период ожидания составляет семь дней).
- 66 Закон № 87/2013, сноска 2, ст. 6 (предусматривает, что обязательный трёхдневный период ожидания не применяется в отношении несовершеннолетних, женщин с ограниченной дееспособностью или недееспособных, а также в случае аборта по медицинским показаниям).
- 67 См. Комитет КЛДЖ, Общая рекомендация № 24, сноска 10, п. 21; Комитет ЭСКП, Замечание общего характера № 14, сноска 7, пп. 12, 21; Доклад Специального докладчика по вопросу о праве на здоровье-2011, сноска 24, пп. 29-30; «R.R. против Польши», жалоба № 27617/04 ЕСПЧ, пп. 179-80, 203 (2011 г.); «P. и S. против Польши», жалоба № 57375/08 ЕСПЧ, пп. 111, 128, 133 (2008 г.); «Tysiac против Польши», жалоба № 5410/03 ЕСПЧ, п. 116 (2007 г.).
- 68 См. ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012, сноска 41, стр. 100; См. также Theodore J. Joyce et al., The Impact of State Mandatory Counseling and Waiting Period Laws on Abortion: A Literature Review, GUTTMACHER INST. 15 [Теодор Джойс и др., «Влияние законодательства штатов об обязательном консультировании и периодах ожидания на аборт: Обзор литературы», Институт Гуттмахера] (2009 г.), <http://www.guttmacher.org/pubs/MandatoryCounseling.pdf>.
- 69 ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012, сноска 41, стр. 33.
- 70 ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012, сноска 41, стр. 100.
- 71 ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012, сноска 41, стр. 100.
- 72 ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012, сноска 41, стр. 36.
- 73 ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012, сноска 41, стр. 65.
- 74 См. Frances A. Althaus & Stanley K. Henshaw, The Effects of Mandatory Delay Laws on Abortion Patients and Providers, 26 FAM. PLAN. PERSP. [Франсис А. Альтаус и Стэнли К. Хеншоу, «Последствия законодательства об обязательной отсрочке аборта для пациентов и медицинских работников», журнал «Перспективы семейного планирования», № 26], стр. 228, 231 и 233 (1994 г.).

- 75 См. Diego Amador, The Consequences of Abortion and Contraception Policies on Young Women's Reproductive Choices, Schooling and Labor Supply 8, 15, 32, 43 (Univ. of Pa. Population Studies Ctr., Working Paper No. WPS 14-6, 2014) *Диего Амадор, «Влияние политики в области аборта и контрацепции на решения молодых женщин относительно своего репродуктивного здоровья, их учебный и трудовой потенциал», стр. 8, 15, 32, 43 (Университет Пенсильвании, Центр демографических исследований, Раб. документ № WPS 14-6, 2014 г.)*, [http://repository.upenn.edu/psc\\_working\\_papers/58](http://repository.upenn.edu/psc_working_papers/58); Rachel K. Jones & Jenna Jerman, How Far Did US Women Travel for Abortion Services in 2008?, 22 J. OF WOMEN'S HEALTH [Рэчел К. Джоунс и Дженна Джерман, «Какое расстояние преодолели американки в 2008 году, чтобы получить доступ к услугам по прерыванию беременности?», журнал «Женское здоровье», № 22], стр. 706-713 (2013 г.); Joyce et al., сноска 68, стр. 11-12; Marshall H. Medoff, The Spillover Effects of Restrictive Abortion Laws, 25 GENDER ISSUES 1 [Маршалл Х. Медофф, «Побочные эффекты ограничительного законодательства по вопросам аборта», журнал «Гендерные вопросы», № 25], стр. 1-10 (2008 г.); Stanley K. Henshaw, Factors Hindering Access to Abortion Services, 27 FAM. PLAN. PERSP. [Стэнли К. Хеншоу, «Какие факторы затрудняют доступ к услугам по прерыванию беременности», журнал «Перспективы семейного планирования», № 27], стр. 54-59 (1995 г.); Michael Lupfer & Bohne Goldfarb Silber, How Patients View Mandatory Waiting Periods for Abortion, 13 FAM. PLAN. PERSP. [Михаэль Лупфер и Боне Гольдфарб Зильбер, «Как относятся пациенты к обязательным периодам ожидания перед абортом», журнал «Перспективы семейного планирования», № 13], стр. 75-79 (1981 г.).
- 76 Health Education and Research Association et al., сноска 3, пп. 4, 17-19. По македонскому законодательству, трёхдневный период ожидания перед абортом не применяется в отношении несовершеннолетних, недееспособных женщин и женщин с ограниченной дееспособностью, а также в случае абортов по медицинским показаниям. См. Закон № 87/2013, сноска 2, ст. 6.
- 77 КПЧ ООН, Заключительные замечания: Бывшая Югославская Республика Македония, п. 11, Док. ООН № ССРР/С/МКД/СО/3 (2015 г.) (предварительный текст, без редактуры).
- 78 Пояснительная записка к Закону № 345/2009, сноска 34, части А, В.
- 79 ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012, сноска 41, стр. 100.
- 80 ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012, сноска 41, стр. 100.
- 81 Комитет КЛДЖ, Заключительные замечания: Венгрия, п. 31(с), Док. ООН № КЛДЖ/С/HUN/CO/7-8 (2013 г.).
- 82 ЕКПЧ, сноска 9, ст. 14; КЛДЖ, сноска 10, ст. 1-3; МПППП, сноска 9, ст. 26; МПЭСКП, сноска 10, ст. 2(2); КПЧ ООН, Замечание общего характера № 28, сноска 9, п. 4; Комитет КЛДЖ, Общая рекомендация № 28, сноска 12, пп. 3, 9, 10; Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка № 20: Недискриминация экономических, социальных и культурных прав (ст. 2, п. 2), п. 39, Док. ООН № E/C.12/GC/20 (2009 г.).
- 83 КЛДЖ, сноска 10, ст. 1, 2(f), 5(a); Комитет КЛДЖ, Общая рекомендация № 28, сноска 12, п. 5.
- 84 КЛДЖ, сноска 10, ст. 2.
- 85 КЛДЖ, сноска 10, ст. 2; Комитет КЛДЖ, Общая рекомендация № 28, сноска 12, п. 9; Комитет ЭСКП, Замечание общего порядка № 16, Равное для мужчин и женщин право пользоваться экономическими, социальными и культурными правами (Статья 3), п. 18, Док. ООН № E/C.12/2005/4 (2005 г.).
- 86 КЛДЖ, сноска 10, ст. 2, 5; Комитет КЛДЖ, Общая рекомендация № 25, сноска 12, пп. 6-7; Комитет КЛДЖ, Общая рекомендация № 28, сноска 12, п. 9; «Vertido против Филиппин», Комитет КЛДЖ, Обращение № 18/2008, пп. 8.4, 8.5, Док. ООН № КЛДЖ/С/46/D/18/2008 (2010 г.); «V.K. против Болгарии», Комитет КЛДЖ, Обращение № 20/2008, п. 9.11, Док. ООН № КЛДЖ/С/49/D/20/2008 (2011 г.). См. Simone Cusack, Gender Stereotyping as a Human Rights Violation, OFF. OF THE HIGH COMM'R FOR HUM. RTS.: WOMEN'S RTS & GEND. [Симона Кузак, «Гендерные стереотипы как нарушение прав человека», Управление Верховного комиссара по правам человека: Права женщин и гендер] (2013 г.) [здесь и далее – «Гендерные стереотипы как нарушение прав человека»], <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/2013-Gender-Stereotyping-as-HR-Violation.docx>; Simone Cusack, Eliminating Judicial Stereotyping: Equal Access to Justice for Women in Gender-Based Violence Cases, OFF. OF THE HIGH COMM'R FOR HUM. RTS. [Симона Кузак, «Устранение судебных стереотипов: Равный доступ к правосудию для женщин по делам, связанным с гендерным насилием», Управление Верховного комиссара по правам человека] (июнь 2014 г.), [http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/judicial\\_stereotyping2014.docx](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/judicial_stereotyping2014.docx).
- 87 КЛДЖ, сноска 10, ст. 12; Комитет КЛДЖ, Общая рекомендация № 24, сноска 10, п. 14; Комитет ЭСКП, Замечание общего характера № 14, сноска 7, п. 21.
- 88 КЛДЖ, сноска 10, ст. 2(f), 5, 12; «L.C. против Перу», Комитет КЛДЖ, обращение № 22/2009, п. 8.15, Док. ООН № КЛДЖ/С/50/D/22/2009 (2011 г.); Гендерные стереотипы как нарушение прав человека, сноска 86, стр. 31.
- 89 Стереотипом является «общепринятое, но застывшее и упрощённое представление или идея о конкретном типе человека». См. определение стереотипа, OXFORDDICTIONARIES.COM, <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/stereotype> (на англ.) (последнее посещение страницы - 21 августа 2015 г.). «Гендерным стереотипом является обобщённое представление или заранее выработанное суждение о свойствах и характеристиках, которыми обладают (или должны обладать) мужчины и женщины, а также о ролях, которые они выполняют (или должны выполнять)». См. Гендерные стереотипы как нарушение прав человека, сноска 86, стр. 8; «Пагубным гендерным стереотипом является обобщённое представление или заранее выработанное суждение о свойствах и характеристиках, которыми обладают или должны обладать мужчины и женщины, а также о ролях, которые они выполняют или должны выполнять, которые, помимо прочего, ограничивают их возможности развивать свои личные способности, заниматься профессиональной деятельностью и принимать решения о своей жизни и жизненном плане. Пагубные стереотипы могут быть враждебными/негативными («женщины иррациональны») или – на первый взгляд – безобидными («женщины – хорошие воспитатели»)». См. Гендерные стереотипы как нарушение прав человека, сноска 86, стр. 19-20.
- 90 См. Rebecca J. Cook, Simone Cusack & Bernard Dickens, Unethical Female Stereotyping in Reproductive Health, 109 INT'L J. OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS [Ребекка Дж. Кук, Симона Кузак и Бернард Диккенс, «Неэтичные стереотипы о женщинах в сфере репродуктивного здоровья», Международный журнал акушерства и гинекологии, № 109], стр. 255, 255-57 (2010 г.); Simone Cusack & Rebecca J. Cook, Stereotyping Women in the Health Sector: Lessons from CEDAW, 16 WASH. & LEE J. CIVIL RTS. & SOC. JUST. [Симона Кузак и Ребекка Дж. Кук, «Роль стереотипов о женщинах в сфере здравоохранения: уроки КЛДЖ», Университет Вашингтона и Ли, журнал «Гражданские права и общество», № 16], стр. 47, 66 (2009 г.).
- 91 См. Reva B. Siegel, сноска 59, стр. 1687.
- 92 См. Доклад Специального докладчика по вопросу о праве на здоровье-2011, сноска 24, п. 24; Anuradha Kumar et al., Conceptualizing Abortion Stigma, 11(6) CULTURE, HEALTH & SEXUALITY [Анурадха Кумар и др., «Концептуализация стигмы в отношении аборта», журнал «Культура, здоровье и сексуальность», № 11(6)], стр. 625 (2009 г.); Alison Norris et al., Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences, WOMEN'S HEALTH ISSUES 7 [Элисон Норрис и др., «Стигма в отношении аборта: реконцептуализация составных элементов, причин и последствий», журнал «Женское здоровье», № 7] (2011 г.), <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/Abortion-Stigma.pdf>; Rebecca J. Cook, Stigmatized Meanings of Abortion Law, in ABORTION LAW IN TRANSNATIONAL PERSPECTIVE: CASES AND CONTROVERSIES [Ребекка Дж. Кук, «Стигматизирующие смыслы в законодательстве об аборте», в сборнике «Законодательство об аборте в транснациональной перспективе: прецеденты и дискуссия», стр. 347 (под ред. Rebecca J. Cook, Joanna N. Erdman и Bernard M. Dickens, 2014 г.); Bruce G. Link & Jo C. Phelan, Stigma and its Public Health Implications, 367 THE LANCET [Брюс Г. Линк и Джо К. Филан, «Стигма и её последствия в сфере общественного здоровья», журнал «The Lancet»], стр. 528-29 (2006 г.); Bruce G. Link & Jo C. Phelan, Conceptualizing Stigma, 27 ANN. REV. OF SOC. [Брюс Г. Линк и Джо К. Филан, «Концептуализация стигмы», Ежегодный журнал социологии], стр. 363, 367-76 (2001 г.).
- 93 См. Ассоциация PATENT, Аналитический доклад, сноска 41.
- 94 См. «L.C. против Перу», Комитет КЛДЖ, Обращение № 22/2009, п. 8.15, Док. ООН № КЛДЖ/С/50/D/22/2009 (2011 г.).
- 95 ВОЗ, Рекомендации по безопасному аборту-2012, сноска 41, стр. 100.
- 96 FIGO, Проблемы этики в акушерстве и гинекологии, сноска 42, стр. 30, п. 8.
- 97 FIGO, Проблемы этики в акушерстве и гинекологии, сноска 42, стр. 30, п. 8.