

AZ AMNESTY INTERNATIONAL MAGYARORSZÁG JAVASLATAI A NŐK REPRODUKCIÓS JOGAIVAL KAPCSOLATBAN

2026. július 30.

Az Amnesty International Magyarországnál **elengedhetetlennek tartjuk a szívhangrendelet azonnali visszavonását**, mert a magzati életfunkciók bemutatására előírt kötelezettség valójában sosem egészségügyi, hanem kizárólag politikai célt szolgált, indokolatlanul megnehezíti az abortuszt igénylő nők helyzetét, és megkérdőjelezi döntési kompetenciájukat saját testük és életük felett. A nemzetközi kutatások egyértelműen igazolják, hogy a korlátozások nem mérséklik az abortuszok számát, ellenben sértik a nők jogait.

A megelőzés hatékony módja az átfogó szexuális nevelés és oktatás mellett a széles körben elérhető fogamzásgátlás biztosítása, amelynek feltétele, hogy a készítmények bekerüljenek a NEAK által finanszírozott Egészségbiztosítási Alap támogatási körébe. A vényköteles gyógyszerek áfájának eltörlése mindenképpen előremutató lépés, a hormonális fogamzásgátlók háromhavi költsége azonban jelenleg átlagosan 9–15 ezer forint között mozog, így ez a változás csupán néhány száz forintos megtakarítást jelent. A fogamzásgátlók társadalombiztosítási támogatással történő kibővítése ezzel szemben jelentősen nagyobb, többszörös vagy teljes megtakarítást eredményezhetne, és sokkal többek számára tenné elérhetővé ezeket a készítményeket. Az EU-tagállamok többségében ez már részben vagy teljesen megvalósult.

Mindebből következően azt **javasoljuk, hogy a szívhangrendelet azonnali visszavonása mellett a kormány tegyen lépéseket annak érdekében, hogy a NEAK kiterjessze a társadalombiztosítási gyógyszer-támogatást a fogamzásgátló készítményekre is, és járuljon hozzá ahhoz, hogy Magyarországon egyetlen nőnek se kelljen lemondania a fogamzásgátlásról anyagi helyzete miatt**. Továbbá javasoljuk az óvszer jelenlegi, 27%-os áfakulcsának csökkentését vagy eltörlését is, mivel a fogamzásgátlás költségeit és felelősségét nem lehet kizárólag a nőkre hárítani.

A megelőzés körébe tartozik a **sürgősségi fogamzásgátlás széles körű biztosítása** is. Magyarország egyike – Lengyelország mellett – annak a mindössze két uniós tagállamnak, ahol a készítmény továbbra is receptköteles. Ráadásul a készítmény ára hozzávetőleg 8–15 ezer forint, ellentétben például azzal az öt uniós országgal, ahol a sürgősségi fogamzásgátlás teljes mértékben támogatott.

Azt **javasoljuk, hogy Magyarországon is töröljék el a sürgősségi fogamzásgátló készítmények vénykötelességét, és ezek a készítmények is legyenek társadalombiztosítási támogatással elérhetők**.

A terhességmegszakítás tekintetében nem tartjuk elfogadhatónak, hogy a nőknek bizonyítaniuk kell kiszolgáltatott anyagi helyzetüket vagy az őket ért erőszakot ahhoz, hogy hozzáférjenek egy olyan ellátáshoz, amely alapvető fizikai, mentális és szociális jóllétük feltétele.

A művi terhességmegszakítás jelenleg kizárólag műtéti úton érhető el Magyarországon, közel 56 ezer forintos térítési díjjal. A díj csökkentése vagy elengedése csak igazolt egészségügyi ok, bűncselekmény – így szexuális erőszak – vagy szociális rászorultság esetén lehetséges. **Szükséges, hogy az abortusz térítési díját ne a kérelmezők viseljék**, erre több európai uniós példa is létezik, például Franciaország, Spanyolország, Portugália, a skandináv országok és a Benelux államok gyakorlata. Ennek érdekében a tagállamok uniós forrásokat is felhasználhatnak.



A terhességmegszakítás gyógyszeres formáját a WHO az alapvető gyógyszerek listáján rögzíti, így bizonyítottan biztonságos, hatékony és közegészségügyi szempontból alapvető fontosságú. Éppen ezért az európai uniós tag-államok kiugró többségében ez a terhességmegszakítási forma már elérhető. Ezzel szemben azokban az országokban – így Magyarországon is –, ahol nem elérhető a gyógyszeres abortusz, magas a térítési díj, és jelentős adminisztratív akadályok (például kötelező tanácsadás és várakozási idő) nehezítik a hozzáférést, a nők jelentős aránya külföldre kényszerül utazni, hogy döntésüket és emberi méltóságukat tiszteletben tartva juthassanak hozzá a gyógyszeres vagy műtéti terhességmegszakításhoz. Ez évente több száz magyar nőt érint.

Ebben az esetben maga az eljárás 500–600 eurós költséget jelent, amelyhez hozzáadódik az utazás, a szállás és a munkából való kiesés terhe. Ez egy átlagos magyar nő számára – különösen, ha több gyermeket nevel – gyakorlatilag megfizethetetlen. Számukra így marad a hazai, még mindig rendkívül költséges, a konzultációkon a döntésüket megkérdőjelező, gyakran megalázó, és a kötelező várakozási idővel tovább nehezített műtéti eljárás.

Kiemelten fontosnak tartjuk, hogy az abortuszt kérelmezők olyan ellátásban részesüljenek, amely tiszteletben tartja méltóságukat és döntésüket. Emellett javasoljuk, hogy a gyógyszeres abortusz Magyarországon is váljon elérhetővé, és – a műtéti abortuszhoz hasonlóan – annak térítési díját se a kérelmezők viseljék.

Világos, hogy az egészségügyi kormányzat nincs könnyű helyzetben, hiszen számtalan területen van szükség azonnali változásra. Az általam említett területek azonban jellemzően olyanok, ahol már ezekkel a lépésekkel is rengeteg nő számára biztosítható lenne a fogamzásgátláshoz való könnyebb hozzáférés, valamint a szélesebb körű, akadályoktól mentes abortuszellátás. Mindannyian egyetértünk abban, hogy a magyar nőket is megilleti, hogy végre olyan országban élhessenek, ahol nem az anyagi lehetőségeiken múlik az egészségük és a jogaik érvényesítése.

Köszönöm, hogy meghallgatták javaslatainkat.

A jövőben szívesen kapcsolódunk be hasonló egyeztetésekbe, és szakmai tudásunkkal támogatjuk egy, a későbbiekben akár létrejövő civil szervezeti munkacsoport tevékenységét.

Dr. Csernus Fanni
szakértő – nemek közötti egyenlőség
Amnesty International Magyarország
1024 Budapest, Széll Kálmán tér 8.
M: (+36) 70 621 2015

Evidenciák a nem kívánt terhességek számának csökkentése érdekében

Dr. Erdély Evelin szülész-nőgyógyász szakorvos vagyok, kolléganőm Sáfrán Csenge Luca szülész-nő. Köszönjük a lehetőséget, hogy itt lehetünk. Az egyeztetésen nem valamely szervezet képviselőjeként veszünk részt, hanem a szülészeti ellátórendszerben dolgozó, annak fejlesztése iránt elkötelezett szakemberekként. Célunk, hogy mindennapi tapasztalatainkkal és a nemzetközi evidenciák alapján hozzájáruljunk egy biztonságosabb, támogatóbb ellátórendszer kialakításához, ezért most elsősorban a rendelkezésre álló szakmai evidenciákat szeretnénk bemutatni.

“Állásfoglalás a “Szívhang rendelet”-ként elhíresült szabályozás és az azzal érintett szakmai irányelv kapcsán - milyen új szakmai irányelv és program segítené a nem kívánt terhességek és az abortuszok számának csökkenését, a várandósok etikus, szakmailag alátámasztott és támogató megközelítését”

Fontosnak tartjuk kiemelni, hogy a továbbiakban amikor az abortusz szót fogjuk használni, a nem orvosi indikáció miatt végzett terhességmegszakításokról fogunk beszélni, beleértve a művi illetve gyógyszeres befejezéseket is.

A szívhangrendelet és az abortuszok számának csökkentésénél fontosnak tartjuk átfogalmazni, hogy a valódi cél nem az abortuszok számának a csökkentése, hanem a nem kívánt terhességeké. Ehhez megnéztünk több európai országot, mennyi terhességmegszakítást végeznek évente, illetve, hogy milyen eszközökkel próbálják csökkenteni a nem kívánt terhességek számát.

Összességében azt láthatjuk, hogy a nem kívánt terhességek számának csökkentésére az alábbi intézkedések vannak a legnagyobb hatással:

- folyamatos szexuális edukáció
- jól működő egészségügyi ellátás - családtervezési központ;
- a fogamzásgátlókhoz való hozzáférhetőség
- a társadalmi és gazdasági helyzet (reális gyermekvállalási támogatás)

Szexuális edukáció

A szexuális edukáció meghatározására a WHO programját (1.) hoznánk fel jó gyakorlatnak, a legtöbb kiemelkedő szexuális edukációval rendelkező országnak ez az alapja, ez egy folyamatos, gyermekkortól kezdődő program. 5 éves kortól indul és 18 éves korig tart, felosztva különböző tematikákkal.

A programot áttekintve láthatjuk, hogy

- növekednek a reprodukciós és a fogamzásgátlással kapcsolatos ismeretek,
- javulnak a beleegyezéssel, nemi szerepekkel és egészséges párkapcsolatokkal kapcsolatos attitűdök,

- javul a partnerrel a kommunikáció és a segítségkérés, ami szintén elhanyagolhatatlan egy olyan országban, ahol ennyire sok embert érint a családon belüli erőszak,
- a szexuális viselkedéssel kapcsolatban is pozitív változások láthatóak,
 - későbbi első szexuális együttlét,
 - kevesebb védekezés nélküli együttlét,
 - nagyobb óvszer használat,
 - nagyobb fogamzásgátló-használat,
 - kevesebb kockázatos szexuális viselkedés.
- illetve ami számunkra igen fontos téma, a várandósság és szülés körüli tudatosság és a saját testtel kapcsolatos ismeretek is magasabb szintre kerültek. (2.,3.)

Ebbe a programba integrálható lenne az egészségnevelés is, hiszen az egészségügy több területén is érezhető, hogy Magyarországon igen alacsony az egészségértés és a prevenció. Hosszútávú célja a programnak a nem kívánt terhességek csökkentése. Egy randomizált vizsgálatban a terhesség vagy abortusz viszonylag ritka esemény, ezért tízezres minták és hosszú utánkövetés szükséges ahhoz, hogy statisztikailag egyértelmű különbséget lehessen kimutatni. Ezért a legtöbb randomizált vizsgálat nem is ezt választja elsődleges végpontnak. Ennek ellenére mégis az az eredmény született, hogy csökken a serdülőkori terhességek száma.

Jól működő egészségügyi ellátás és a családtervezési központ:

A WHO és az IPPF, azaz a Nemzetközi Családtervezési Szövetség (4.) is kiemeli, hogy nagyon fontos a jó hozzáférhetőség a szexuális és reprodukív egészségügyi ellátáshoz. Ennek alappillérei:

Könnyű hozzáférés:

Ez az egyik legfontosabb, Hollandiában és Finnországban napokon belül be tudnak jutni egy ilyen központba a fiatalok.

Nem kell:

- hónapokat várnia;
- több beutalót beszereznie;
- sok pénzt fizetnie;
- attól félnie, hogy elutasítják.

Képzett szakemberek:

Lehetőleg interdiszciplináris. Általában a fiatalok nem nőgyógyással találkoznak először, például Finnországban az iskolai ápolónak van kulcsszerepe ebben.

- háziorvos,
- gyermekorvos,
- védőnő vagy közösségi nővér,
- szülésznő,
- iskolai ápoló,
- nőgyógyász.

Tanácsadás:

A hazai általános gyakorlattal szemben, nem csak arról szól, hogy a nőgyógyász megkérdezi, hogy melyik tablettát írja fel, hanem átbeszéljük:

- élethelyzetet;
- egészségügyi állapotot
 - menstruációs ciklus milyenségét
 - krónikus betegségeket
 - családi anamnézist
 - BMI-t
- partnerkapcsolatot;
- gyermekvállalási tervet;
- egészséget befolyásoló tényezőket, mint például a dohányzást;
- trombózisrizikókat;
- a páciens preferenciáit.

Így tudna igazán megvalósulni a shared decision-making, azaz a közös döntéshozatal.

Minden módszer legyen elérhető:

Nincs olyan fogamzásgátlási módszer, ami minden nő számára, vagy pár számára ideális lenne, ezért fontos, hogy a lehetőségek tárháza a lehető legsokszínűbb legyen.

- kombinált tabletták;
- POP - progestin-only pill
- hormonspirál;
- hormonmentes fém spirál;
- implantátum;
- injekció;
- óvszer;
- pesszárium, méhszájsapka;
- spermicidek;
- hüvelygyűrű;
- fogamzásgátló tapasz;
- cikluskövetés;
- sürgősségi fogamzásgátlás.

Gyors segítség:

Például:

- elszakadt az óvszer;
- elfelejtett tabletták;
- erőszak;
- védekezés nélküli együttlét.

A sikeres országokban ilyenkor gyorsan elérhető:

- sürgősségi fogamzásgátlás;
- STI-szűrés;
- szükség esetén HIV-posztexpozíciós profilaxis (PEP);
- pszichológiai és szociális támogatás.

Utánkövetés:

Fontos, hogy nem egy egyszeri recept felírásról legyen szó, hanem

- mellékhatások átbeszélése;

- módszerváltás lehetősége;
- elégedettség felmérése;
- szükség esetén kontroll.

Több országban van jó gyakorlat ezekben a témákban, melyek segítségével meg lehet tervezni a Magyar lakosságra legjobban illeszkedő programot (6.).

Fogamzásgátlókhoz való könnyebb hozzáférhetőség és megfizethetőség:

European Parliamentary Forum (EPF) Contraception Policy Atlas részletesen összehasonlította 47 európai ország fogamzásgátlási politikáját. Ebben a felmérésben legjobb helyeken lévő országok Franciaország, Egyesült Királyság, Portugália, Luxemburg és Belgium, még a legrosszabbul teljesítő országok Lengyelország, Oroszország, Törökország, Magyarország és Szlovákia (7.). Az pedig, hogy Magyarország a második legrosszabb helyen áll, számunkra különösen elszomorító és elgondolkodtató volt, és felvetette bennünk a kérdést, hogy vajon mi kellene ahhoz, hogy ez változzon. A legjobban teljesítő országok programjait tanulmányoztuk, és azt találtuk, hogy mindenhol kombinált stratégiák figyelhetők meg (8.). Az anyagi támogatás minden ilyen országban jelen van, az Egyesült Királyságban és Portugáliában térítésmentesen is hozzáférhetők, míg Belgiumban jelentős állami támogatás van a legtöbb módszerre, és a 25 éven aluliak számára biztosítanak további kedvezményeket. Franciaországban 25 éves korig teljesen TB támogatottak a hormonális fogamzásgátlók, míg Finnországban vannak olyan Önkormányzatok, akik ingyenes fogamzásgátlókat biztosítanak a fiataloknak. A konzultációs lehetőségek is ingyen eltérőek, Belgiumban családtervezési hálózat működik, Portugáliában a szülész-nőgyógyászon kívül, a háziorvos és a családtervezési rendelés is felírhatja a fogamzásgátlókat. Franciaországban a konzultációban a szülész-nőgyógyászokon kívül a szülésznők is részt vesznek, az Egyesült Királyságban vannak vény nélkül kapható hormonális fogamzásgátlók is, amiket gyógyszerészi konzultáció után tud megvenni a páciens.

A rendszerek közötti különlegességek:

Belgiumban magas az IUD- és implantátum használata.

Portugáliában nagy hangsúlyt fektetnek a postpartum fogamzásgátlásra.

Franciaországban kiterjedt családtervezési központok működnek, ez az egyik legátfogóbb rendszer Európában.

Az Egyesült Királyságban szexuális egészségügyi rendelések működnek, amik egyre több gyógyszerésztárban igénybe vehetők.

Finnországban pedig amióta bevezették ezeket a változásokat (kötelező iskolai szexuális felvilágosítás, recept nélkül elérhető sürgősségi fogamzásgátlás, sok önkormányzat ingyenes fogamzásgátlót biztosít a fiataloknak, egyszerű hozzáférés LARC-módszerekhez -azaz a hosszú távú fogamzásgátlókhoz (pl. IUD, implantátum)) a 20 év alattiak abortuszainak száma 2000 és 2023 között 66%-kal csökkent, a 18 év alattiaknál pedig 78%-os csökkenést mértek. A finn közegészségügyi intézet (THL) ezt elsősorban a kötelező szexuális oktatásnak és a fogamzásgátlás jobb hozzáférhetőségének tulajdonítja. (9.)

Ami látható még a számokból, hogy szinte minden olyan országban, akik sikeres abortusz politikát folytatnak elérhető az implantátum (ami nálunk nem elérhető), pedig az implantátumot a WHO, az American College of Obstetricians and Gynecologists, a Faculty

of Sexual and Reproductive Healthcare és más szakmai szervezetek az egyik leghatékonyabb reverzibilis fogamzásgátló módszerként tartják számon.

Társadalmi és gazdasági helyzet (reális gyermekvállalási támogatás):

A gyermekvállalás támogatása szempontjából a nemzetközi tapasztalatok alapján a pénzbeli ellátások mellett kiemelt jelentőségű a családokat támogató szociális ellátórendszer fejlesztése. Magyarország számos területen kedvező adottságokkal rendelkezik, így például a 24 hetes, 100%-os CSED és a gyermek hároméves koráig biztosított munkahelyvédelem nemzetközi összehasonlításban is kiemelkedő. Ugyanakkor indokolt lenne a gyermekgondozási támogatások, különösen a GYED felső összeghatárának felülvizsgálata, mivel a jelenlegi szabályozás következtében már az átlagkeresettel rendelkező szülők esetében sem valósul meg a jogszabályban meghatározott 70%-os jövedelempótlás. Emellett fontos lenne a rugalmas foglalkoztatási formák (részmunkaidő, távmunka), az ingyenes és jól hozzáférhető bölcsődei, óvodai és egyéb gyermekellátási szolgáltatások további fejlesztése, valamint a családtámogatási rendszer, a lakhatási támogatások és a meddőségi ellátások megerősítése. A nemzetközi gyakorlat alapján az apák gyermekgondozásban való aktívabb részvételének ösztönzése szintén kedvezően befolyásolhatja a gyermekvállalási döntéseket. Krízisterhesség esetén pedig elengedhetetlen, hogy a várandósok mind az örökbeadás, mind a gyermek felnevelése mellett elérhető lehetőségekről részletes tájékoztatást, valamint megfelelő pszichológiai és szociális támogatást kapjanak. (29.,30.,31.)

Abortuszok számának csökkentéséért bevezethető intézkedések:

Számos, egymással kölcsönhatásban álló tényező befolyásolja, hogy egy nő váratlan terhesség esetén az abortusz mellett vagy ellene dönt-e. A legfontosabb tényezők közé tartoznak a személyes és élethelyzeti körülmények; a kapcsolati és családi viszonyok; a gazdasági és anyagi szempontok; az egészségügyi ellátás és szolgáltatások hozzáférhetősége, valamint a tájékozott beleegyezés biztosítása; a jogi, politikai és intézményi háttér; a kulturális, vallási és morális meggyőződések; a pszichológiai és érzelmi állapot; a korábbi terhességek és szülési tapasztalatok; valamint a jövő kiszámíthatósága és az elérhető alternatívák (például a fogamzásgátlás vagy az örökbeadás lehetősége). (27;28)

Fontos megjegyezni, hogy ezek a tényezők összefonódnak, és egyénenként eltérő súllyal jelennek meg. A döntéshozatal dinamikus folyamat: a körülmények – például a partneri támogatás, az anyagi helyzet vagy a szociális háttér – változásával a döntési lehetőségek és preferenciák is módosulhatnak. Ezért klinikai és társadalmi szempontból egyaránt kulcsfontosságú a nem ítélező, tájékoztató, biztonságos és hozzáférhető ellátás, valamint a támogatott döntéshozatalt segítő tanácsadás.

A gyermekvállalás támogatása ezért nem kizárólag a megszülető gyermekek számáról szól, hanem arról is, hogy a gyermekek milyen körülmények közé érkeznek. Egy prágai hosszú távú követéses vizsgálat arra hívta fel a figyelmet, hogy a nem kívánt terhességből való születés összefügghet kedvezőtlenebb pszichoszociális kimenetekkel, amelyben természetesen a gyermek környezetének és a támogatás mértékének is meghatározó szerepe van. Ez is azt hangsúlyozza, hogy a cél nem pusztán a terhességek megszületésének elősegítése, hanem a kívánt, támogatott várandósságok létrejöttének segítése. (18)

Összegzés:

A szívhangrendeletben megfogalmazott javaslat, miszerint meg kell hallgatni az embrió szívhangját, amennyiben az már detektálható, szakmailag semmilyen kutatás nem támasztja alá, és az ACOG (American College of Obstetricians & Gynecologists) is ellenzi a páciensekre kényszerített, „kötelező ultrahang” vagy kötelező képi és hangi bemutatás követelményét, ha annak célja a döntés befolyásolása vagy a büntető jellegű akadályozás. (10.) A WHO állásfoglalása szerint sem elvárt a rutinszerű ultrahang vizsgálat. Ez egy nagyon átfogó ajánlás az abortusz témájában, ennek segítségével Magyarországon is át lehetne dolgozni a terhességmegszakítások körüli eljárási rendet, lebontva az abortusz előtti, közbeni és utána következő időintervallumoka. A WHO nem javasolja az olyan szabályokat, amelyek indokolatlanul korlátozzák és szándékosan befolyásolják a nők preferált döntését, nyújtják a folyamat hosszát és mind lelkiileg, mind mentálisan traumatikusabbá tehetik azt. WHO ajánlása alapján tehát: a tanácsadás legyen önkéntes, ne legyen kötelező előfeltétele az abortusznak, legyen objektív, bizonyítékokon alapuló a páciens döntését támogassa, ne befolyásolja (11).

Összegezve, a nem kívánt terhességek számának csökkentése egy összetett feladat, azonban azt gondoljuk, hogy nem a már megfogant várandósságoknál elsődleges a beavatkozás elkerülése, hanem arra kellene hangsúlyt fektetni, hogy a kívánt várandósságok jöhessenek létre. A kívánt cél eléréséhez számos problémát kell orvosolnunk; elsődleges teendőként szexuális nevelési programokat kell bevezetni, illetve biztosítani kell a fogamzásgátlók

mindenki számára történő elérhetőségét. Abban az esetben, ha a terhesség már bekövetkezett, kiemelten fontos a tájékozott beleegyezésen alapuló döntés támogatása, legyen szó gyógyszeres vagy műtéti terhességmegszakításról, örökbeadásról vagy a magzat megtartásáról. Különösen hangsúlyozni kell, hogy a döntést ne befolyásolják külső tényezők, például gazdasági vagy szociális körülmények

“Állásfoglalás a sürgősségi fogamzásgátlásról, szűkebben az “esemény utáni tabletta” vénykötelessége kapcsán”

A kutatásokból az látszik, hogy annak ellenére, hogy könnyebben hozzáférhetővé válik az esemény utáni tabletta nem lesz elsődleges védekezési módszer, bár többen használták, amikor szükség volt rá. Ráadásul nem is hagyták abba többen a megbízhatóbb fogamzásgátlási módszereket. (12., 13., 14.). Egy kutatás kifejezetten azzal foglalkozott, hogyha recept nélkül is hozzáférhető lesz, akkor elsődleges fogamzásgátló módszerré lép-e elő, de ez a kutatás is azt mutatta meg, hogy nem (15.). Számunkra ezek voltak a legfőbb ellenérvek, így ezekben megbizonyosodtunk.

Kíváncsiak voltunk, hogy befolyásolja-e az abortuszok számát az, ha recept nélkül is elérhetővé válik az esemény utáni tabletta. Alapvetően a kutatások ezt nem tudták alátámasztani, aminek több oka is van. Az egyik, hogy viszonylag ritkán kell esemény utáni tablettát használni, a második, hogy sokan olyankor sem veszik be, amikor szükség lenne rá, a harmadik hogy nem minden nem kívánt terhesség előzhető meg vele (16.).

Ezért jelenleg a szakmai konszenzus, hogy a sürgősségi fogamzásgátlók fontos biztonsági háló, de önmagában nem helyettesíti a hatékony és rendszeres fogamzásgátlást vagy a családtervezési tanácsadást (17.). Elérhető egy összehasonlító tanulmány, amely szerint az esemény utáni tabletta könnyű hozzáférhetősége bizonyos vizsgálatokban nem változtatta lényegesen az abortuszok számát, míg más kutatások csökkenést mutattak. Az egyik amerikai vizsgálatban a 18–19 évesek körében 1,6/1000 nővel csökkent az abortuszok aránya; egy másik, 15–19 évesekre fókuszáló tanulmányban pedig 1,97/1000 nővel esett vissza az abortuszok gyakorisága azután, hogy az esemény utáni tabletták elérhetővé váltak (18.).

A sürgősségi fogamzásgátlás elérhetőségének gyakorlata eltérő. A WHO a könnyen hozzáférhető utat javasolja, ugyanakkor azt is hangsúlyozzák, hogy emellett nem elhanyagolható a tájékoztatás szerepe. Ez gyakran a köztudatban vénykötelességhez társul, azonban ez inkább a hozzáférhetőséget rontja és késlelteti a gyógyszerbevételt. Az unión belül a köztes megoldást a gyógyszerészek által kiadott, de vény nélküli esemény utáni készítmények jelentik. Így meg tud valósulni a tájékoztatás is, azonban a beszerzés sem akadályozott, valóban az esemény megtörténte után megvalósulhat (19.,20.).

Szerintünk ez lenne Magyarországon is a követendő, különösen amíg a szexuális edukáció nem éri el a célját és alacsony az általános egészségérték.

Készült egy direkt vizsgálat, amiben azt térképezték fel, hogy mit okozhat a rendszeres esemény utáni tabletta használata. Ebben súlyos mellékhatást, illetve hormonális toxicitást nem tudtak igazolni (21.). Így nem azért nem ajánlják elsődleges fogamzásgátlási módszernek, mert kifejezetten veszélyes, hanem mert nem hatékony fogamzásgátló.

Összességében támogatjuk, hogy az esemény utáni tabletta recept nélkül is elérhető legyen Magyarországon. Álláspontunk szerint azonban annak gyógyszerészi konzultációhoz kötött

kiadása biztosítaná a megfelelő és biztonságos alkalmazást, miközben hozzájárulna az egészségtudatosság erősítéséhez és a fogamzásgátlási lehetőségekről és a nemi úton terjedő betegségekről szóló tájékoztatáshoz.

“Állásfoglalás a gyógyszeres terhességmegszakítás, az “abortusz tabletta” potenciális hazai használata kapcsán, illetve a szakmai érvek áttekintése”

Ebben a témában már sok nagy szervezetnek van szakmai ajánlása, és mindegyik támogatja, hogy elérhető legyen a nők számára a tablettás abortusz a terhesség korai szakában.

World Health Organization (WHO) (22.) és az American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) fontosnak tartja, hogy részletes tájékoztatás után a páciensek maguk dönthessék el a módszert, ami lehet mind a műtét, mind a gyógyszeres befejezés. Ezen tájékoztatás után a páciensek elégedettek szoktak lenni a döntésükkel. A tablettás abortuszt választók általában természetesebbnek érzik ezt a módszert, viszont hosszabb ideig tart és a páciens aktívabb részvételét igényli, mivel a megszakítás intézetben kívüli helyzetbe kerül, míg a művi abortusz egy egynapos sebészeti eljárás, valamivel hatékonyabb és lehetővé teszi a terhességi szövet közvetlen értékelését egy klinikus által. (23.)

FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) ajánlása felhívja a figyelmünket arra, hogy a Mifepristone és a Mizoprosztol a medikális abortuszon kívül másra is használható, missed abortusznál a folyamat elősegítéséhez, magzati elhalás esetén a szülés beindítására, a méhszáj előkészítésére például művi abortusz előtt, inkomplett abortusznál. De terminushoz közel szülésindításra, szülés utáni vérzés profilaxisra illetve szülés utáni vérzés kezelésére is. (24.)

Így alapvetően fontosnak tartjuk, hogy Magyarországon elérhetővé váljon a gyógyszeres abortusz lehetősége, mivel ez is egy fontos választás a nők számára, korai terhességben nagyon hatékony és biztonságos. Több helyen is alkalmazható lenne, különösen a mizoprosztol. Ráadásul ma már számos kórházban off label, külföldről beszerzett készítményt alkalmaznak. Így tehát az alkalmazás jelenleg is zajlik, csak egy átlátható szabályozás nélkül, valamint a jelenleg hivatalosan forgalomban lévő készítmény beszűkített indikációs javallattal, csökkentett dózissal elérhető. Emellett a tablettás abortusz nagy erőforrás megtakarítás is, hiszen csak egy szakember kell hozzá, aki elmagyarázza a páciensnek a menetet, nem pedig egy teljes műtőnek kell felállni, sőt kórházi bentfekvést sem igényel.

Illetve, még egy szerintünk nem elhanyagolható indok, az egészségügyi dolgozókra gyakorolt hatása, leginkább a művi abortuszt végző nőgyógyászokéra. Szintén több tanulmány elérhető, hogy az ő mentális egészségükre is hatással van a műtét, amit fontos lenne csoportterápiával segíteni (25.). Egy másik tanulmány is megerősíti, hogy az művi terhességmegszakítások hatással vannak a lelki egészségre a műtétet végző szakembereknél és terápia nélkül burn-out szindróma tüneteit tapasztalják magukon, még terápia mellett boldogabb attitűd a jellemző (26.).

Így mi támogatjuk a Mifepristone és a Mizoprosztol legalizálását Magyarországon és ezzel együtt a gyógyszeres abortusz lehetőségének megteremtését.

Irodalomjegyzék:

1. Comprehensive sexuality education, WHO - 2026.03.11. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/comprehensive-sexuality-education>
2. Review of the evidence, on sexuality education - UNESCO 2023, WHO 2026 ([UNESCO Dokumentumok](#))
3. Comprehensive sexuality education - An overview of the international systematic review evidence - UNESCO
https://unesco.org.uk/site/assets/files/10492/comprehensive_sexuality_education_-_an_overview_of_the_international_systematic_review_evidence.pdf
4. International Planned Parenthood Federation <https://reliefweb.int/organization/ippf>
5. Global standards for quality health care services for adolescents - WHO
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e6ed0c3c-d1ee-49cb-849c-23768d50094d/content>
6. Better policies for better youth livelihoods - OECD
https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2018/06/better-policies-for-better-youth-livelihoods_c417d9f4/fc44f313-en.pdf
7. Contraception policy atlas europe 2026
https://www.epfweb.org/sites/default/files/2026-02/CCInfoEU_A3_EN_2026_FEB22-HiRes.pdf
8. From IUDs to pills: Where in the EU is it easiest to access contraceptives?
By [Inês Trindade Pereira](#) & video by **Baptiste Goudier**
Published on 16/03/2026
<https://www.euronews.com/my-europe/2026/03/16/from-iuds-to-pills-where-in-the-eu-is-it-easiest-to-access-contraceptives>
9. Sexual and reproductive health - Induced abortions - Finnish Institute for health and welfare , 2025 <https://thl.fi/en/data-and-statistics/sexual-and-reproductive-health/induced-abortions>
10. Increasing access to abortion - ACOG, 2025 <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-statement/articles/2025/02/increasing-access-to-abortion.pdf?rev=2ba6b41e1c024c72a055fb19f401a6a5&hash=A8B14AE17E28174882A2EFA590EE9ABC>
11. Abortion care guideline, second edition - WHO, 2024
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/dd3d3a9c-6446-4e79-a43c-093a41df46bd/content>
12. Advance supply of emergency contraception: a systematic review
Author links open overlay panelMaria I. Rodriguez ^a, Kathryn M. Curtis ^b, Mary Lyn Gaffield ^a, Emily Jackson ^c, Nathalie Kapp ^a
2013
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010782412008219>
13. Effectiveness and Harms of Contraceptive Counseling and Provision Interventions for Women: A Systematic Review and Meta-analysis

Heidi D. Nelson, MD, MPH, Amy Cantor, MD, MPH <https://orcid.org/0000-0002-4467-8484>, Rebecca M. Jungbauer, DrPH, MA, Karen B. Eden, PhD, 2022

<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M21-4380>

14. Easier access to emergency contraception to help women prevent unwanted pregnancy
Polis CB.; Grimes DA; Schaffer K; Blanchard K; Glasier A; Harper C
2007
https://www.cochrane.org/evidence/CD005497_easier-access-emergency-contraception-help-women-prevent-unwanted-pregnancy
15. Over-the-counter provision of emergency contraceptive pills: a systematic review
Kaitlyn Atkins¹, Caitlin E Kennedy¹, Ping Teresa Yeh¹, Manjulaa Narasimhan
2022
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8921871/>
16. Population effect of increased access to emergency contraceptive pills: a systematic review
Elizabeth G Raymond¹, James Trussell, Chelsea B Polis
2007
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17197603/>
17. Advance supply of emergency contraception: a systematic review
Maria I. Rodriguez^a, Kathryn M. Curtis^b, Mary Lyn Gaffield^a, Emily Jackson^c, Nathalie Kapp^a
2013
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010782412008219>
18. Born unwanted. Observations from the Prague Study
Henry P David 1, Zdenek Dytrych, Zdenek Matejcek
2003
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12772429/>
19. WHO recommendations on self-care interventions Making over-the-counter emergency contraceptive pills available without a prescription - 2024
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c2a3ccf0-35a9-4d26-a9a7-c78e45482bf7/content>
20. FSRH Guideline Emergency Contraception, 2026
<https://www.cosrh.org/Common/Uploaded%20files/documents/fsrh-guideline-emergency-contraception03dec2020-amendedjuly2023-11jul.pdf>
21. Safety of repeated use of emergency contraceptive pills in the same menstrual cycle: a systematic review
Petrus Schonken Steyn, Erin Fleurant, Emma Marie Smith, James N Kiarie
2025
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12703341/>
22. Medical management of abortion – WHO, 2018
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/63c5eaad-95e8-4616-8a17-0518c1fb3064/content>
23. Medication Abortion Up to 70 Days of Gestation, ACOG, 2020
<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/10/medication-abortion-up-to-70-days-of-gestation>

24. FIGO Mifepristone & Misoprostol and Misoprostol Only Dosing Charts 2023
<https://www.figo.org/figo-mifepristone-misoprostol-and-misoprostol-only-dosing-charts-2023>
25. Mental Well-Being of Medical Providers in Abortion Care: A Critical Need
Hibah Khaja, PharmD
2024
<https://www.clinicaladvisor.com/reports/mental-well-being-medical-providers-abortion-care/>
26. Experiences of stigma amongst healthcare professionals working in abortion care: a global survey
Louise Bury 1, Roger Ingham 2, Suzanna Bright 3, Lesley Hoggart
2025
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12322476/>
27. Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries
Sophia Chae , Sheila Desai , Marjorie Crowell , Gilda Sedgh
2017
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5957082/>
28. Motivations for Abortion or Continuation of an Unwanted Pregnancy: A Scoping Review of the Global Literature
Wieke Y Beumer Annemarie Y A M Reilingh Eline Dalmijn , Tessa J Roseboom , Jenneke van Ditzhuijzen
2025
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39843393/>
29. Parental benefits- Försäkringskassan(Swedish Social Insurance Agency) , 2026
<https://www.forsakringskassan.se/english/parents/when-the-child-is-born/parental-benefit>
30. Family Benefits Act Passed 15.06.2016RT I, 08.07.2016, Entry into force 01.01.2017-
Riigi Teataja
<https://www.riigiteataja.ee/en/akt/508052026006>
31. 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
<https://njt.jog.gov.hu/jogszabaly/1997-83-00-00.57>

A megszegés sohasem lehet népesedéspolitikai eszköz

Sándor Judit

Rövid hozzászólás a 2026. július 30-án tartott minisztériumi konzultáción

Mindenekelőtt nagyszerű kezdeményezésnek tartom a szakemberekkel, testületekkel, civil szervezetekkel folyó egyeztetést a reprodukciós jogokról. Régóta nem került hasonló eseményre sor, holott például az oviedoi egyezmény kifejezetten előírja a nyilvános vitát ilyen kérdésekben.¹

Közös kiindulópont a reprodukciós jogok szabályozásában

A művi terhességmegszakítások számának csökkentése közös érdek, vita csak ott van, hogy az abortuszok számának csökkentése érdekében milyen eszközök tekinthetők az emberi méltósággal is összeegyeztethetőnek. A jelenlegi konzultáció során megegyeztünk abban, hogy Magyarországon a magzati élet védelméről szóló törvény keretei között maradva, nem az abortusz filozófiai, teológiai, etikai, jogi kérdéseit vitatjuk meg, hanem a három feltett kérdéskört igyekszünk megtárgyalni. Az ún. szívhangrendelet, az esemény utáni tabletta és a gyógyszeres terhességmegszakítás kérdéseit véleményem szerint a bioetika és az egészségügyi jog szempontjából kell megítélni, tehát a páciens emberi méltósága, egészsége szempontjából mely beavatkozás, illetve eljárás tekinthető elfogadottnak, és milyen feltételekkel.

Magyarországon 2022 szeptemberében minden előzetes előkészítés nélkül bekerült egy újabb feltétel a terhességmegszakításról szóló rendeletbe. Nemcsoda, hogy kevés helyen szerepelt pontosan a szabályozás leírása, mert az eldugott módosítás leginkább a rejtett, egyeztetés nélküli jogszabályváltoztatások sorába illett bele, amelyek sajnos gyakori jellemzői voltak a hazai jogalkotásnak az elmúlt évtizedekben. A belügyminiszter 29/2022 (IX. 12.) BM rendelete módosította a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX törvény végrehajtásáról szóló 32/1992. (XII. 23.) NM rendeletet. A szeptemberi rendelet szinte azonnal, már 2022. szeptember 15-én hatályba lépett. Fontos megemlíteni, hogy az egészségügy a belügyi tárcához tartozott.

A 2022 szeptember 12.-ei rendelet mellékletébe egy terjedelmében apró, de valójában mégis nagy horderejű módosítás került. Az új szöveg szerint ugyanis a szülésznőgyógyásznak **„a magzati életfunkciók működésére utaló tényezőt egyértelműen azonosítható módon be kell mutatni az állapotos nő számára.”** A szöveg jelentéktelennek tűnik, valójában azonban egy kényszerintézkedést iktattak be a terhességmegszakítás előzetes engedélyezésébe. Mi van ugyanis, ha a nő nem kívánja

¹ 2002. évi VI. törvény az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Oviedoban, 1997. április 4-én kelt Egyezménye: Az emberi jogokról és a biomedicináról szóló Egyezmény, valamint az Egyezménynek az emberi lény klónozásának tilalmáról szóló, Párizsban, 1998. január 12-én kelt Kiegészítő Jegyzőkönyve kihirdetéséről 28. Cikk "A jelen Egyezményben Részes Felek ügyelnek arra, hogy a biológia és az orvostudomány fejlődése által felvetett alapkérdések megfelelő nyilvános vita tárgyát képezzék, különösen a jelentős orvosi, társadalmi, gazdasági, etikai és jogi vonatkozások fényében, és hogy az esetleges gyakorlati alkalmazások megfelelő szakmai tanácskozás tárgyát képezzék."

látni, hallani az ultrahangot? Miképp kényszeríthető erre? Ha a bemutatás nem történik meg, és az orvos nem igazolhatja ezt, akkor a terhességmegszakítás iránti kérelem egy feltétele nem teljesül. Az intézkedése ráadásul olyasmit sugall, mintha a kérelmező nő nem fontolta volna meg kellően a döntését, vagy nem rendelkezne megfelelő tudással a magzat fejlődését illetően. Valószínűsíthető, hogy a sokk, amelyet ez a kötelező műszeres bizonyítás kivált, ha a véleményének megváltoztatását nem is, de egy örök életre szóló traumát idézhet elő a nőnél. Az eljárás abból a szempontból is aggályos, hogy a nő ezután nem bízhat az orvosában, hiszen az eljárás miatt nyilvánvalóan ellenérzés alakul ki benne az orvos iránt, aki hatalmat gyakorolt felette.

A korai terhességek esetében még inkább megmutatkozik a rendeletmódosítás okozta plusz teher, mivel ilyenkor esetleg akár két hetet is várni kell ahhoz, hogy a magzati életképességére utaló jel kimutatható legyen, és ezáltal nemcsak a várakozás okozta stressz, de az a veszély is fennáll, hogy az állapotos nő kicsúszik a törvény által biztosított 12 hetes időintervallumból, amibe a kétszeri konzultáció, és a kötelező 3 napos várakozási idő is bele kell, hogy férjen.

A fentiekből is látható, hogy ez az aprónak tűnő változtatás a reprodukció jogi és etikai feltételeit érintő fontos módosítás, amely tekintetében nem történt előzetes szakmai egyeztetés sem.

Nyilván ez a kényszerintézkedés konfliktust szül az orvos és páciens között is, nem beszélve arról, hogy a terhesség korai szakaszában nem is mindig észlelhető a szívhang. Még tragikusabb a helyzet akkor, ha egy erőszak áldozatát teszik ki ennek a megpróbáltatásnak, aki amúgy is óriási lelkiállapoton megy végig a procedura közben, de még arra is kényszerítik, hogy hallgassa meg, helyesebben lássa a magzat szívhangját. Maga a meghallgatás szó ugyanis nem a legmegfelelőbb itt, hiszen leginkább csak doppler vizsgálattal lehetne a szívhangot meghallgatni, de az állapotos nőket ultrahanggal vizsgálják.

A rendelet módosítás során mintha figyelmen kívül hagyták volna az 1997.évi egészségügyi törvény 10. § (1) bekezdéseit mi szerint *“Az egészségügyi ellátás során a beteg emberi méltóságát tiszteletben kell tartani. (2) A betegen - e törvény eltérő rendelkezésének hiányában - kizárólag az ellátásához szükséges beavatkozások végezhetők el. (3) Az ellátás során a beteg jogainak gyakorlásában csak az egészségi állapota által indokolt ideig - törvényben meghatározott - mértékben és módon korlátozható.*

(4) A beteg személyes szabadsága - ellátása során - fizikai, kémiai, biológiai vagy pszichikai módszerekkel vagy eljárásokkal kizárólag sürgős szükség esetén, illetőleg a beteg vagy mások élete, testi épsége és egészsége védelmében korlátozható. Kínzó, kegyetlen, embertelen, megalázó vagy büntető jellegű korlátozó intézkedést tilos alkalmazni. A korlátozó intézkedés csak addig tarthat, ameddig az elrendelés oka fennáll.”

Nyilvánvaló, hogyha valaki szeretné meghallgatni az ultrahangot, ezt a kérést teljesíteni kell, de erre kényszeríteni valakit etikailag is, és jogilag is kifogásolható, mivel épp a terhességmegszakítás előtti kiélezett helyzetben traumatizálja a nőt. Ha a terhességmegszakítások számának a csökkentése a cél, akkor erre számos eszköz rendelkezésre áll. A fogamzásgátlás elérhetősége, megfelelő iskolai felvilágosítás fiúknak és lányoknak egyaránt, a közös felelősségvállalás, a felelős szexuális magatartás kialakítása. Ha azonban mindezek ellenére mégis a terhességmegszakításra kerül sor, és

a kérelem törvényes feltételei fennállnak, akkor mind orvosi, mind etikai szempontból az állapotos nő támogatása kell, hogy a fő szempont legyen. A nem kívánt terhesség két ember - nemi erőszak esetében pedig csak a férfi cselekvése -révén jön létre. Ha a beavatkozás következményeihez a nővel szemben még megalázás, szégyenítés vagy jogi szankciók is járulnak, akkor ez nemcsak megalázó, hanem egyben diszkriminatív eljárás is. Ráadásul elképzelni is nehéz, hogy miként fogja az orvos ezt a kényszert kivitelezni, ha az állapotos nő nem kívánja az életjeleket meghallgatni.

Függetlenül attól, hogy ki mit gondol a terhességmegszakításról, ez a rendeletbe rejtett, és egyeztetés nélküli módosítás számos orvosetikai normát érinti, így az emberi méltóság tiszteletét, az orvos beteg közötti bizalmi kapcsolatot, a betegtájékoztatás és beleegyezés kérdését is.

A terhességmegszakítások számának csökkentése nagyon fontos cél, amelyet jó egészségügyi, szociális ellátórendszerrel, iskolákkal, felvilágosítással, a könnyen hozzáférhető és jó minőségű fogamzásgátlás hozzáférhetőségével lehet elérni. Azaz, inkább segítséggel, empátiával, mint elrettentő sokkolással kellene javítani a helyzeten.

A terhességmegszakítás egy nehéz döntésen alapul, és amennyire csak lehet meg kell előzni, de akadályozni már nem lehet a nélkül, hogy annak ne lennének alapjogi következményei.

Ismeretes, hogy világszerte felzúdulást váltott ki a *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*, No. 19-1392, 597 U.S. (2022), az Egyesült Államok Legfelsőbb Bíróságának mérőföldkőnek számító döntése, amelyben a bíróság megállapította, hogy az Egyesült Államok alkotmánya nem biztosít jogot az abortuszhoz. A bíróság döntése hatályon kívül helyezte a korábbi *Roe v. Wade* (1973) és a *Planned Parenthood v. Casey* (1992) ügyben meghozott döntéseket, így az egyes államoknak teljes jogkört biztosítanak az abortusz minden olyan vonatkozásának szabályozására, amelyet a szövetségi törvény nem korlátoz. Az esetnek komoly nemzetközi hatása is volt, 2024-ben a francia alkotmánymódosítás tulajdonképpen erre reagált, amikor az abortusz szabadságát alkotmányba iktatta.

Az amerikai Dobbs eset óta Courant A, Hall SV, Schroeder A, és Dalton VK. Kimutatta az összefüggést az abortuszkorlátozás és az öngyilkossági hajlam között a szülő nők körében az Egyesült Államokban, 2010 és 2020 között².

Karen Weingarten (Szégyen a törvény előtt: az abortuszsabályozás hatásai³) című írásában az abortusz miatti szégyent elidegenítő érzelmeként tekinti, ami általában az alany elszigetelődéséhez vezet. A terhességmegszakítás adminisztratív megnehezítése és az intézményesített szégyen tehát inkább további vészhelyzeteket szül, és nem segíti a probléma megoldását.

² Platt IS, Zivin K, Xiaosong Z, Tilea A, Miller E, Widner A, Courant A, Hall SV, Schroeder A, Dalton VK. Association between abortion restrictiveness and suicidality among birthing people in the United States 2010 to 2020. *Front Reprod Health.* 2025 Aug 29; 7:1553493. doi: 10.3389/frph.2025.1553493.

³ Weingarten, Karen. "Shame before the Law: Affects of Abortion Regulation." In *American Shame*, edited by Myra Mendible, 27–43. Bloomington: Indiana University Press, 2016.

Az ilyen intézkedések egyúttal szükségképpen diszkriminatívak is, hiszen kizárólag a nő helyzetének a megnehezítésére irányulnak.

A már kialakult a válsághelyzetben, amelynek számos oka lehet, ezért semmi esetre sem lehet cél a megszegyenítés. **A megalázás, az illegális abortusz felé terelés nemcsak a nő életét és egészségét teszi ki veszélynek, de azt alakítja ki benne, hogy a társadalomban nem bízhat, nem kap orvosi segítséget, nehéz helyzetében egyedül maradt, elszigetelődik.** Az állapotos nőt támogatni kell a beavatkozás előtt és után is.

Szakmai szempontok és a bioetika találkozása

A bioetikai érvelés gyakran épül összehasonlító példákra. Ami a terhességmegszakítással kapcsolatos hazai eljárást, és a pár éve egyeztetés nélkül bevezetett kötelező szívhang meghallgattatást illeti, szembeszökő az eljárás büntető és megalázó jellege, ha más olyan beavatkozásokkal vetjük össze, amelyek valamilyen módon elkerülhetőek lettek volna megfelelő figyelem esetén. Így például a traumatológiai ellátás tele van olyan sérültek ellátásával, akik óvatlanul felmásztak egy fára, leestek, megsérültek, motorral vágtaztak, forró vagy elektromos tárgyhoz nyúltak, pedig nem kellett volna. Amikor ellátásra kerülnek, fel sem vetődik, hogy az orvos óvatlanságuk, figyelmetlenségük miatt büntesse őket azzal, hogy megvárattja őket, vagy nem ad megfelelő fájdalomcsillapítást, vagy esteleg arra kényszeríti őket, hogy hasonló esetek elkerülése érdekében, mielőtt a lábukat megműtik, nézzenek végig egy halálos kimenetelű hasonló balesetet az elriasztásukra.

Amikor egy orvos két alternatív orvosi kezelési mód között választ, azt a lehetőséget kell választania, amely a legtöbb előnnyel és a lehető legkisebb kockázatot jelenti a beteg számára, ugyanakkor a lehető legkisebb mértékre csökkenti a káros hatásokat, és mindezt a beteg saját értékeinek figyelembevételével. Ezt a döntéshozatali folyamatot közös döntéshozatalnak nevezik, és alapja a tudományos bizonyítékokon alapuló orvosi tevékenység és a bioetika ötvöztetésére. A választás sosem önkényes; az orvosok egy konkrét, strukturált keretrendszer alkalmaznak a helyes út meghatározására.

Míg az autonómia tisztelete sok figyelmet kap a bioetikában, a szegény szerepéről csak kevés szó esik. Pedig a szegényérzet, illetve annak szándékos kiváltása tragikus eseményeket indíthat el. A szegényből fakadó megrendítő bűncselekmény-sorozatra derült fény a franciaországi Villers-au-Tertre-ben. Az ápolónő és kétgyermekes anyja, Dominique Cottrez nem kevesebb, mint nyolc újszülöttjével végzett. E gyilkosságokra sok éven át mégsem derült fény, mert a gyermekek mindegyike leplezett terhességek után, titokban született. Cselekedetéért végül 2015-ben elítélték.

Bár nincs mentség e szörnyű tettekre – még akkor sem, ha számos pszichés trauma nyomta a titkolózó terhes anya lelkét. A terhességeket elsősorban azért nem vette észre a környezete, mert Dominique gyermekkorra óta túlsúlyos volt. Első gyermeke, egy kislány 1987-ben született, és az anyát ekkor érte élete meghatározó megszegyenítése. A szülésznő megalázó módon szidalmazta, és figyelmeztette, hogy még egyszer vissza ne merje hozni "hatalmas sonkás testét". A szegény, amelyet az egészségügyi dolgozó megjegyzése váltott ki, sajnos végzetesnek bizonyult, mert a nő többé már nem bízott az egészségügyben. Nem akart több gyermeket, de a fogamzásgátláshoz nőgyógyászhoz kellett volna mennie, ezt pedig a szegényérzete miatt soha többé nem tudta megtenni. Dominique, aki ápolóként odaadóan dolgozott egész életében, gyakori terhességeinél sem vett igénybe semmiféle orvosi segítséget – egyszerűen úgy tett, mintha mi sem

történt volna. Bár ez egy ritka és szélsőséges ez a példa, mégis megmutatja, hogy **a pácienssel való tiszteletteljes kommunikáció szó szerint életet menthetett volna meg, és a megszegésnek ezért sincs helye az egészségügyi ellátás során.**

Az egészségügy és a kényszerítő intézkedések összekapcsolására megemlíthető még egy amerikai eset is, a *Ferguson v. City of Charleston* (2001) ügyben ugyanis egy Dél-Karolina-i állami kórház a rendőrséggel együttműködve titokban, beleegyezés nélkül drogtesztet végzett a várandós, többségében afroamerikai nőknél. A Legfelsőbb Bíróság kimondta, hogy a kórház eljárása alkotmányellenes volt, mert megsértette a nők magánszférájához való jogát.

A megelőzés szerepe

A szakirodalomban kialakult álláspont szerint a terhességmegszakítások számának csökkentésére a leghatékonyabb módszer a hosszú távú fogamzásgátlás ingyenessé tétele különösen a sérülékeny csoportok számára. A fiatalabb és a nehéz anyagi körülmények között élőkre külön figyelmet kell fordítani. Az iskolai oktatás során érthető, elfogulatlan, a korosztályuknak megfelelő, interaktív módon kell a diákokat felvilágosítani a szexualitás és a reprodukció kérdéseiről. Az esemény utáni tabletta rugalmas hozzáférhetősége is komoly tényező a művi terhességmegszakítások elkerülésére.

Az eddigi anyagi szemléletű családpolitika mellett a nők jogainak fokozottabb védelme hozhat csak megnyugtató eredményt a reprodukciós jogok és a népesedés politika terén is. Így a gyermekek kiegyensúlyozott, támogató és biztonságos családba kerülnének, ahol a nő örömből és önkéntesen dönt a gyermekvállalás mellett, és ez számára nemcsak anyagi előnyökkel jár, hanem egyenlő jogokkal az élet számos más területén is.

Számos nemzetközi ajánlás foglalkozik a terhességmegszakítás egészségügyi aspektusaival. Ezek közül kiemelkedő jelentőségű a WHO Ajánlása⁴.

Bár Magyarországon már többször történt kísérlet a terhességmegszakítás gyógyszeres formájának bevezetésére, azonban ez elvi okokból, főként az abortuszok számának növekedésétől való megalapozatlan félelem miatt mindmáig nem elérhető. Magyarországon a terhesség-megszakítás tehát továbbra is műtéti úton és kórházi körülmények között történik. A műtét lényege a méhnyak kitágítása és a méh üregének kiürítése. Azok a nők, akik mégis gyógyszeres úton kívánják a terhességüket megszakítani, más országokba, például Ausztriába. A gyógyszeres terhességmegszakítás sokaknak diszkrétebbnek tűnik, mivel hasonló a természetes folyamathoz, de hosszabb időt igényel, mint a műtéti terhességmegszakítás. Előnye, hogy a terhesség nagyon korai szakaszában elvégezhető, és nem igényel műtéti beavatkozást. Érdemes összevetni más olyan helyzetekkel, amikor egy műtétet kiváltó beavatkozás is létezik, és ilyenkor rendszerint a páciens számára kíméletesebb megoldást kell választani. A gyógyszeres terhességmegszakítás is orvosi kontroll mellett történik.

⁴ World Health Organization (2022). Abortion care guideline: web annex A: key international human rights standards on abortion. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/349317>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Összefoglalva:

A rendelkezésre álló egyes kezelési módok közötti választásban a korszerűbb, a páciensre kisebb megterheléssel, kockázattal járó beavatkozást kell választani a pácienssel egyetértésben. Ezért a gyógyszeres terhességmegszakítás sok esetben kíméletesebb lehet, mint a műtéti beavatkozás, és ennek alkalmazását szakmai szempontok alapján a pácienssel közösen döntve kell elbírálni.

Ha egy humánusabb egészségügyi ellátást szeretnénk meghonosítani, akkor a megszégyenítésnek, a stigmatizációnak semmi helye sincs sem a jogszabályokban, sem az orvosi gyakorlatban, hiszen a szégyen a legjobb beavatkozást is ellehetetleníti – ha a páciens nem fordul időben orvoshoz, vagy nem mer szólni, ha valamit észlel, annak beláthatatlan következményei lehetnek. Különösen így van ez az emberi reprodukció területén.

Budapest, 2026. augusztus 2.

Sándor Judit

Professor, Central European University, Vienna
A CEU Bioetikai és Jogi Központjának vezetője, Budapest

Tisztelt Kollégák!

Összefoglalva a véleményemet az elhangzottakról következőket szeretném javasolni:

1. A szivhang rendeletet a jelenlegi formájában meg kell szüntetni, szakmával történt egyeztetés után módosítani.

A gyermekvállalás minden élethelyzetben jelentős döntés, krízishelyzetben pedig különösen összetett. Az egészségügy feladata nem az, hogy ezt a döntést az érintett helyett meghozza. A feladat az, hogy szakmailag megalapozott tájékoztatást, megfelelő felkészítést és szükség esetén pszichológiai támogatást biztosítson. Ezt követően -bármilyen jogszerű döntés születik-biztonságos és megfelelő egészségügyi ellátást nyújtson.

2. Be kell vezetni a gyógyszeres terhességmegszakítást megfelelő feltételekkel, egyeztetve a szakmai kollégiummal.

3. A sürgősségi fogamzásgátlást gyógyszereszek kompetenciára kell bízni, vény nélkül legyen hozzáférhető, szakma határozza meg, hányszor vehető igényben.

4. A fogamzásgátló tabletták AFA-ját el kell törölni, a 15-19 korosztálynak pedig ingyenessé tenni.

A terhességmegszakítást kérdését ne a nő felelősségének vagy erkölcsi megítélésének keretében tárgyaljuk. Nagyon különböző egészségügyi, szociális, családi és élethelyzeti körülmények állhatnak egy-egy ilyen döntés háttében. A tájékoztatás célja ne az érzelmi befolyásolás legyen

Azért tartom szakmailag etikailag védhető megközelítésnek, ha nem az érintettek döntésének minősítése a célunk, hanem a nem kívánt terhességek megelőzése.

Egészségtudatosság növelése

Az egyenlőtlenségek csökkenése és a tájékozott felelős döntéshozatal feltételeinek megteremtése.

És mindenekelőtt olyan egészségügyi és társadalmi környezetre, amelyben a megelőzés, a segítségkérés és a megfelelő ellátás valóban minden érintett számára elérhető.

Szeretném javasolni a menstruációs szegénység problémájának a megvitatását, és ha lehet bevonni Bódis Kriszta miniszteri biztost.

Az Egészségügyi Minisztérium fókuszált kerekasztal megbeszélés az életkezdettel kapcsolatos etikai döntéshozatal témakörében.

2026. július 30.

BEMUTATKOZÁS:

Keresztes Ilona vagyok, az Együtt az Életért Egyesület elnöke.

Egyesületünk 18 éve krízisben lévő kismamák segítésére és nyílt örökbefogadások előkészítésére vállalkozik. Célunk a nehéz helyzetben lévő kismamák egzisztenciális és mentális krízisének oldása, enyhítése, vagy akár megoldása minden lehetséges eszközzel, az anya és magzata életének megtartása mellett.

Telefonszámunk folyamatosan hívható. Ítéletmentes és ingyenes segítséget adunk a várandósság során és a szülést követően is.

Az alábbiakban összefoglalom a miniszter által felvetett témákról alkotott véleményünket és ezzel összefüggésben a javaslatainkat is.

TÉMÁK:

“Szívhang rendelet”-ként elhíresült szabályozás és az azzal érintett szakmai irányelv kapcsán - milyen új szakmai irányelv és program segítené a nem kívánt terhességek és az abortuszok számának csökkenését, a várandósok etikus, szakmailag alátámasztott és támogató megközelítését?

Mindannyian egyetértünk abban, hogy senki sem jókedvében megy abortuszra, és senki sem örömmel végzi ezt a beavatkozást. Azt remélem, hogy ez az egyeztetés a krízisben lévő nők és gyermekeik életének megoldását mozdítja majd elő.

Abortusz előtt álló és előrehaladottabb szakaszban lévő kismamák is keresnek bennünket. A helyzetük kilátástalannak tűnik, a legtöbben félnek, és egyedül vannak. Azt gondolják, hogy az abortusz lenne a legjobb és leggyorsabb megoldás, de a legtöbben vívódnak. Kimondják, hogy a gyermekükről van szó, de úgy érzik, nincs más megoldás. Nem a gyermeket utasítják el, az élethelyzetük a probléma. “Szívem szerint megtartanám”, “most nem engedhetem meg magamnak” ...stb. kezdetű mondatok arról szólnak, hogy a megoldás a krízis enyhítése lenne mindkét élet megtartása mellett.

Több esetben a műtőből fordult vissza páciens. Vannak, akik közvetlenül az abortusz előtt, sőt akár közben hívnak minket, mert az utolsó pillanatokban is tépelődnek, és szükségük lenne arra, hogy valakivel beszélhessenek. Sokan ultrahang vizsgálatot szeretnének a döntés előtt.

A tájékozott beleegyezés alapvető egészségügyi jog minden műtét esetében. A páciensnek tisztán kell látnia, hogy mi van vele, mi fog történni, és ennek mi lesz a következménye. Az abortusz előtt: a páciens jelenleg várandós, élő magzat van a méhében, ezt az ultrahang vizsgálat során a szív működés kimutatása jelzi, világossá válik a magzat kora. A műtét során a magzat meghal, az orvos eltávolítja az anyaméhből.

Az abortusz előtt álló nő nehéz lelkiállapotban van. Nem a szívhang meghallgatása a legnehezebb számára, hanem az az élethelyzet, amely erre a döntésre vezette. Éppen ezért számára nem az a segítség, ha nem tájékoztatjuk. Tájékoztatás mellett a segítség és támogatás lehetőségeit kell bővíteni.

Konkrét javaslataink:

Prevenció: A fiatalok párkapcsolati kultúrájának fejlesztése, érzelmi biztonságuk megerősítése, a tudatosság és felelősségérzet erősítése. Segítenünk kell őket abban, hogy képesek legyenek biztonságos barátságok és szerelmek kialakítására és megélésére. Ennek érdekében biztonságos offline közösségek megteremtése és finanszírozása szükséges.

A szexuális élet korai megkezdésének visszaszorítása személyiség fejlesztéssel, edukációval, kampányokkal és jó szlogenekkel. A tizenéveseknek bátorságra van szükségük ahhoz, hogy elkerüljék a számukra is nem kívánatos korai szexuális "teljesítést".

A szórakozás biztonságosabbá tétele. Sok a buliban elkövetett erőszak, drog hatása alatt bekövetkező szex beleegyezés nélkül.

Váratlan terhesség esetén:

A legfontosabb a gyors segítség. Ezért javasoljuk, hogy a forgalomba lévő terhességi teszten jelenjen meg egy kismamákat segítő szervezet telefonszáma, ami azonnal felhívható. Ennek hátterét egyesületünk is szívesen biztosítja.

A kismama mentális és praktikus segítése, a Családvédelmi Szolgálat megerősítésével, szakmai és civilszervezetek bevonásával. Több védőnő dolgozzon kevesebb terheléssel. A védőnők számára rendszeres szupervízió biztosítása folyamatos továbbképzések mellett.

Kismamák TB-támogatása a baba biztonsága és az anya egészsége érdekében alanyi jogon a várandósság idején, és a szülés után min. 1 évig vagy a szoptatás végéig. Cél: ne féljenek a kismamák orvoshoz fordulni, megelőzhető legyen a magzati egészségkárosodás, szükség esetén az orvos és védőnő segítségével egyéb segítő szervezetek bekapcsolása a család támogatásába.

Kismama nem lakhat az utcán, mert a gyermekét veszélyezteti. Minden várandós számára biztosítani kell az alapvető lakhatási lehetőséget. Több krízisszállóra és anyaothtonra van szükség, ahol személyes figyelmet és kísérést kaphat a kismama.

Anyát az újszülöttől nem szabad elválasztani. Ha a baba nem hazaadható, de az anya szeretne vele maradni, minden esetben az anyával együtt kell elhelyezni a gyermeket, és a szoptatás hónapjaiban intenzív támogatással kell az anyát erősíteni az anyaságában.

Az örökbefogadással kapcsolatos társadalmi gondolkodás további érzékenyítése. Fontosnak tartjuk, hogy ítéletmentesen tekintsünk azokra az anyákra, akik kihordták és életet adtak a gyermeküknek, majd nyílt örökbefogadás útján gondoskodtak a további életükről. Ez a hozzáállás is megelőzheti a nem kívánt abortuszokat, és lehetőséget ad a gyermek megszületéséhez, és gyermektelen párok családdá válásához.

Állásfoglalás a sürgősségi fogamzásgátlásról, szűkebben az "esemény utáni tabletta" vénykötelessége kapcsán

Az esemény utáni tabletta vény nélkülivé tétele számos kockázatot rejt magában. Miközben segítséget ígér, valódi megoldás helyett tűzoltást jelent.

Orvosi és szülői kontroll nélkül a fiatalabb korosztály ellenőrzés nélkül juthat hozzá a fejlődésben lévő szervezet hormonrendszerére súlyosan ható erős szerekhez.

A tabletták hamis biztonságérzetet nyújtanak, és további felelőtlen vagy kizsákmányoló életformára ösztönöznek.

Miközben az esemény utáni tabletta azt ígéri, hogy a szexuális erőszak következményeit segít megelőzni, aközben a vénymentes hozzáférés kaput nyithat a kiskorúak és nők

szexuális kizsákmányolása előtt. Lehetővé teszi, hogy az idősebb, akár bántalmazó partner ellenőrzés nélkül, rákényszerítse a fiatal lányokra, elfedve a bűncselekmény nyomait.

A vénymentes hozzáférés elmaradó betegtájékoztatással jár az ellenjavallatokról és a súlyos mellékhatásokról.

A mechanizmus normalizálása rutinszerű eszközzé teszi a szert, háttérbe szorítva a valódi prevenciót.

Az Egyesült Királyságban a vénymentesítés után a fiatalabbak ismételten, évente többször is bevették a szert, miközben az abortuszok száma nem csökkent, a téves biztonságérzet miatt viszont a nemi betegségek száma ugrásszerűen megnőtt.

A *Journal of Health Economics*¹ tanulmánya 91%-os vásárlási növekedést mutatott ki, miközben nem csökkent jelentősen és huzamosan az abortuszok száma és a nemi úton terjedő betegségek növekedését is okozhatta.

Jelentős egészségkárosító hatásai vannak, pl: levonorgestrel hatóanyagú készítményt használók körében megnőhet a rák kockázata.²

Állásfoglalás a gyógyszeres terhességmegszakítás, az "abortusz tabletta" potenciális hazai használata kapcsán, illetve a szakmai érvek áttekintése.

Megtévesztőnek és helytelennek tartjuk a „gyógyszeres abortusz” kifejezést. Az abortusz előidéző kemikáliák nem gyógyítanak, hanem kioltják egy egészséges fejlődésnek indult embrió életét.

Könnyebb és humánusabb megoldásnak tűnik egy tabletta bevétele, mint egy műtéti beavatkozás. Valójában maga a tabletta bevétele és az ez utáni történés a lényeg.

A tabletta bevétele azt jelenti, hogy a nő maga indítja be az abortusz folyamatát. A több napos vetélési folyamatot otthonában ébren, egyedül éli át a nő. Súlyos görcsök, erőteljes vérzés, nem várt következmények lehetnek. Sok esetben a folyamat végén a konkrét találkozás a távozó magzattal nagyobb traumát jelent, mint abortusz előtt a magzat életfunkcióinak megtekintése, megismerése, vagy a szívhang meghallgatása. A poszttraumás kockázat a kémiai abortusz esetében jelentős.

Ha a nők előzetes orvosi vizsgálat nélkül veszik be, nincs lehetőség a méhen kívüli terhesség lehetőségét előzetesen kizárni, amelynek következtében a nő életveszélyes állapotba kerülhet. A tablettás abortusz és a méhen kívüli terhesség következtében szétszakadt petevezeték tünetei nagyon hasonlóak.³

Az előzetes orvosi vizsgálat elmaradása nehezíti az esetleges bántalmazás felismerését, vagy azt, hogy kényszerítve van-e a nő az abortuszra.⁴

Ha a nő az ajánlott 9 vagy 10 hetes határ után veszi be a tablettát, a terhesség előrehaladtával, egyre komolyabb rizikók léphetnek fel (erőteljes vérzés, fertőzés).

¹ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167629610001505?via%3Dihub>

² <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.13817>

[https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(11\)61152-X/abstract](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(11)61152-X/abstract)

³ 3. oldal:

https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/25/25A1207/408360/20260507173937653_Dr.%20Calum%20Miller_Louisiana_SCOTUS_EMERGENCY_Amicus.pdf

⁴ 3-4. oldal:

https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/25/25A1207/408360/20260507173937653_Dr.%20Calum%20Miller_Louisiana_SCOTUS_EMERGENCY_Amicus.pdf

Mivel az egyeztetés egyik célja az abortuszok számának csökkenését célzó intézkedések feltérképezése, az alábbi adatok lényegesek lehetnek és meglepőek:

2020-24-es években az úgynevezett *telehealth abortuszok* (- személyes orvosi vizsgálat nélkül, postán küldött tablettákkal) bevezetésével paradox módon nőtt az abortuszok száma:

Ausztrália: 6.2%

Németország: 6.5%

Norvégia: 9.9%

USA: 11.2%

Svájc: 11.6%

Kanada: 12.1%

Franciaország 13.0%

Hollandia 25.7%

Egyesült Királyság 33.4% (becslés)

Az Obstetrics and Gynecologyban publikált tanulmány⁵ (ACOG - **Amerikai Szülész Nőgyógyászok Kollégiumának szakfolyóirata**) szerint sokkal magasabb a szövődmények aránya a tablettás abortusznál, mint a művi abortusznál:

súlyos vérzés: 15.6% kontra 2.1%

nemkívánatos események: 20% kontra 5.6%

A klinikai kontroll elvesztése: Az otthoni, orvosi felügyelet nélkül zajló kémiai abortusz súlyos fizikai fájdalmat, elhúzódó vérzést és akár életveszélyes szövődményeket (pl. inkomplett abortusz, fertőzés) okozhat zárt ajtók mögött.

- A pszichológiai teher interiorizálása: Míg a sebészeti abortusz klinikai környezetben történik, az abortusztabletta a nőt egyedül hagyja a folyamat fizikai és lelki valóságával a saját otthonában, ami mélyebb traumához vezet.
- A magzati élet elismerésének hiánya: A protokoll figyelmen kívül hagyja az embrió biológiai valóságát, ember mivoltát, és a fejlődő emberi életet csupán eltávolítandó szövetként definiálja.
- A válságban lévő anyák magukra hagyása: Az abortusztabletta bevezetése valódi segítség helyett egy kémiai utat kínál a krízishelyzet elnyomására, ahelyett, hogy az állam az anyaság valós anyagi és szociális támogatását biztosítaná.

⁵ A tanulmányt emailben csatoltuk.

Az Élet.Érzés Egyesület szakmai összefoglalója

Az Egészségügyi Minisztériumban megtartott szakmai egyeztetéshez

Kedves Miniszter úr, kedves Államtitkárok és Mindenki!

Ezúton is szeretném megköszönni a meghívást és a lehetőséget arra, hogy civil szervezetként részt vehettünk ezen a szakmai egyeztetésen. Bízom abban, hogy ez egy hosszú távú, őszinte és eredményes szakmai együttműködés kezdete lehet, amelynek közös célja a nők, a családok és a megszülető gyermekek egészségének, biztonságának és méltóságának szolgálata.

Sevcsik M. Anna vagyok, az **Élet.Érzés Egyesület** – korábbi nevén **Babagenetika Egyesület** – alapítója.

Egyesületünket saját életutam hívta életre. **2015-ben** nagyjából először álltam nyilvánosság elé egyik átsuhanó babánk történetével. Akkor értettem meg igazán, milyen óriási szükség lenne arra, hogy azok a családok, akik hasonló élethelyzetbe kerülnek, ne maradjanak egyedül. Az elmúlt évtized során több ezer család történetét ismerhettük meg, és ezek a tapasztalatok alakították azt a szakmai szemléletet, amelyet ma is képviselünk.

A mostani egyeztetésen elsősorban a szívhangrendeleettel, a gyógyszeres terhességmegszakítás lehetőségével és az esemény utáni fogamzásgátlással kapcsolatban osztottam meg gondolatainkat.

Mélyen egyetértek azzal, hogy az egészségügy egyik legfontosabb alapja az emberi odafordulás.

Nagy jelentősége van számomra az életvégi ellátásnak. Erre reflektálva idéztem későbbiekben egyik szakértőnk mondatát:

„Ma Magyarországon megszületni és meghalni a legnehezebb.”

Ez a gondolat számomra tökéletesen összefoglalja mindazt, amit az elmúlt jó tíz év során családok ezrein keresztül megtapasztaltunk. Az élet két legmeghatározóbb pillanatában lenne a legnagyobb szükség a szakmai biztonságra, az empátiára és a méltóságra.

Egységes szakmai működés

Tapasztalatunk szerint intézményenként jelentős különbségek vannak az ellátásban. Bár számos helyen léteznek helyi protokollok, országos szinten még mindig hiányzik az egységes működés.

Úgy gondoljuk, hogy nem elegendő szakmai irányelveket létrehozni. Azok következetes alkalmazására, ellenőrzésére és szükség esetén érvényesítésére is szükség van.

Civil szervezetként több szakmai irányelv véleményezésében is részt vettünk. Megtisztelő számunkra ez a lehetőség, ugyanakkor azt tapasztaljuk, hogy a terepen szerzett gyakorlati tapasztalataink sok esetben nem jelennek meg a végleges dokumentumokban.

Hisszük, hogy a szakmai irányelvek akkor tudják valóban szolgálni a családokat, ha azok a mindennapi gyakorlatban is egységesen megvalósulnak.

A kommunikáció kulcsszerepe

Az elmúlt évek során azt tapasztaltuk, hogy sok család számára nem kizárólag maga az egészségügyi esemény okozza a legmélyebb sebeket, hanem az, ahogyan velük kommunikáltak.

Ezért kiemelten fontosnak tartjuk, hogy a kommunikáció és a traumainformált szemlélet már az egyetemi képzés során hangsúlyos szerepet kapjon.

Ez nemcsak az orvosokra vonatkozik, hanem a szülésznőkre, csecsemőápolókra, védőnőkre, a családvédelmi szolgálat munkatársaira és minden olyan szakemberre, aki ezen az úton kapcsolatba kerül a családokkal.

Ugyanilyen fontosnak tartjuk, hogy ezek a szakemberek rendszeres szupervízióhoz, esetmegbeszélő csoportokhoz és lelki támogatáshoz is hozzáférjenek. Nap mint nap rendkívül nehéz emberi sorsokkal találkozunk, ezért az ő mentális egészségük támogatása is elengedhetetlen ahhoz, hogy hosszú távon is empátikusan és magas szakmai színvonalon tudják kísélni a családokat.

Edukáció már a nulladik ponttól

Egyetértettünk azzal a gondolattal is, hogy a társadalmi edukációt már a “nulladik ponttól” szükséges elkezdeni.

Ide tartozik a korszerű szexuális edukáció, a reprodukív egészséggel kapcsolatos hiteles tájékoztatás, a termékenységtudatosság fejlesztése, valamint a társadalmi érzékenyítés.

Meggyőződésünk, hogy minél több hiteles információ áll rendelkezésre, annál több tudatos döntés szület, és annál több kívánt gyermek szület meg biztonságos körülmények között.

Abortusz – emberi méltósággal

Az egyesület álláspontja szerint abortuszhelyzetben nincs jó döntés.

Ezeket a döntéseket senki nem azért hozza meg, mert erre vágyik. Éppen ezért különösen fontosnak tartjuk, hogy minden érintett objektív, hiteles, ítéletmentes tájékoztatást, valamint megfelelő szakmai és lelki támogatást kapjon.

Úgy gondoljuk, hogy a testi ellátás mellett a lelki kísérésnek is természetes részévé kell válnia az ellátásnak.

Ez különösen fontos azoknál a családoknál, akik a második vagy harmadik trimeszterben kénytelenek elbúcsúzni kisbabájuktól. Ezen a területen Magyarországon még mindig jelentős hiányosságokat tapasztalunk.

Nem tartjuk természetesnek, hogy ezen a területen sok esetben civil szervezeteknek kell pótolniuk a rendszer hiányosságait.

A támogatásnak ráadásul mindig holisztikusnak kell lennie. Nemcsak az édesanyával, hanem az édesapával, a testvérekkel és az egész családdal is szükséges foglalkozni.

A szívhangrendelet tapasztalatai

Az egyesületünk szakértőivel – szülésznőkkel, nőgyógyászokkal és pszichológusokkal – egyeztetve ugyanazokat a problémákat láttuk, amelyek a civil szervezetek többségénél is megfogalmazódtak.

Többen jelezték, hogy a jelenlegi szabályozás jelentős szakmai és lelki terhet ró rájuk.

Meggyőződésünk, hogy nem olyan rendszert kell kialakítani, amely megkerülő megoldások felé tereli sem a szakembereket, sem a nőket.

Nem tartjuk jó iránynak, hogy szakemberek olyan helyzetbe kerüljenek, amelyben saját szakmai meggyőződésük és a jogszabályi kötelezettség között kell egyensúlyozniuk, ahogy azt sem, hogy nők a feketepiacról próbáljanak gyógyszerekhez hozzájutni.

Sokkal inkább egy biztonságos, hiteles, szakmailag megalapozott és emberséges rendszer kialakítását tartjuk kívánatosnak.

Egyenlő hozzáférés

Úgy gondoljuk, hogy azokban az esetekben, amikor valaki a hatályos jogszabályok alapján jogosult terhességmegszakításra, annak valódi és egyenlő hozzáférést kell biztosítani.

Nem tartjuk elfogadhatónak, hogy egy civil szervezetnek kelljen finanszíroznia például egy bántalmazott nő terhességmegszakítását.

Ez olyan egészségügyi és szociális feladat, amelynek állami garanciák mellett kellene működnie.

Mindez nem áll ellentétben közös célunkkal, hogy minél több kívánt gyermek szülessen meg. Éppen ellenkezőleg: hisszük, hogy a megelőzés, a hiteles edukáció, a termékenység támogatása és az emberközpontú ellátás együtt szolgálják ezt a célt.

Perinatális veszteség és termékenység

Jeleztük azt is, hogy az Élet.Érzés Egyesület szeretne részt venni a veszteséggel, a méltóságteljes búcsú lehetőségeivel és az ehhez kapcsolódó szakmai munkacsoportokban.

Mindennapi segítő munkánk során azt is látjuk, hogy egyre több fiatal pár küzd termékenységi nehézségekkel, gyakran már 28–30 éves korban.

Azt is tapasztaljuk, hogy egy korábban feldolgozatlan abortuszélmény vagy perinatális veszteség hosszú évekkel később is jelentős lelki terhet jelenthet.

Ezért hisszük, hogy a reprodukív egészség kérdését nem lehet kizárólag testi oldalról megközelíteni. Ugyanolyan fontos része a lelki egészség, az empátikus kommunikáció, a társadalmi edukáció és a hosszú távú pszichológiai támogatás.

Záró gondolat

Bízunk abban, hogy a most megkezdődött párbeszéd nem egyszeri alkalom volt, hanem egy hosszú távú szakmai együttműködés kezdete.

Az Élet.Érzés Egyesület kész arra, hogy az elmúlt tíz év tapasztalatait a jövőben is a minisztérium rendelkezésére bocsássa, és civil partnerként aktívan részt vegyen azokban a szakmai folyamatokban, amelyek hozzájárulhatnak ahhoz, hogy Magyarországon minden család nagyobb biztonságban, méltóságban és megfelelő támogatás mellett élhesse meg a családalapítást, a várandósságot, a szülést vagy akár a veszteség útját.

„Az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Karán futó Perinatális szaktanácsadó szak alapító oktatójaként vagyok jelen.

A három abortusz vonzatú kérdésben a rövid véleményem: oktatás, oktatás, oktatás (felvilágosítás, tájékoztatás, sok beszélgetés). Riasztó a tájékozatlanság reprodukciós kérdésekben. Így az abortuszokat megelőzni kellene / lehetne megfelelő tájékoztatással.

A felvetett konkrét kérdésekben egyetértek az előttem szóló MPPOT állásfoglalásával (Dr. Bálint Balázs).

Javaslom, a fogamzásGÁTLÁS szó helyett a fogamzásSZABÁLYOZÁS szót használni (minden felületen és fórumon).”

A megbeszélés végén felajánlottam már futó lehetőségeinket: pl. fesztiválok vagyunk jelen „perinat pulttal”, a pszichológia szakos diákjaink különféle modern közösségi média formátumokban tudnak szakmai tájékoztató anyagokat elkészíteni a fiatalok „nyelvén”.

Az EMMA Egyesület hozzászólása
az Egészségügyi Minisztériumban tartott egyeztetésen

2026. július 30.

Az EMMA Egyesület több mint 20 éve foglalkozik a nők szexuális és reprodukatív egészségével és jogaival, különös tekintettel a szülés körüli ellátásra, a fogamzásgátlásra és az abortuszhoz való hozzáférésre. Alsózsolcán, Borsod-Abaúj- Zemplén megyében egy roma közösségben dúlaszolgálatot működtetünk, az EMMA segélyvonalon 10 éve anyák hívásait fogadjuk elsősorban a szüléssel kapcsolatos témákban, és 3 évig kísértünk kárpátaljai menekült lányokat és nőket a magyar egészségügy útvesztőiben, ezek alapján nagyon sok gyakorlati, első kézből származó tapasztalatunk van arról, hogy milyen ellátásban részesülnek ma a nők Magyarországon – különösen ha sérülékeny csoporthoz tartoznak, például romák vagy menekültek vagy éppen szegények.

Tapasztalataink szerint a nők reprodukciós életeseményeik szinte minden pontján nagy valószínűséggel találkoznak tiszteletlen bánásmóddal, megalázó helyzetekkel, elavult vagy nem evidenciaalapú gyakorlatokkal. Sokszor feleslegesen túlmedikalizált ellátást kapnak, máskor viszont nem jutnak hozzá a kritikus szolgáltatásokhoz, vagy nem időben, vagy akár külföldre kell érte menniük. Legyen szó egy fiatal lány első nőgyógyászati vizsgálatáról, fogamzásgátláshoz való hozzáférésről, várandósgondozásról vagy szülészeti ellátásról, a nőknek gyakran traumatikus élményekkel kell szembenézniük, és az egészségügyi törvényben biztosított betegjogaik is rendszeresen sérülnek.

Ennek sok egyéb rendszerszintű hiányosság mellett az egyik oka, hogy a nők mint legfőbb érintettek szempontjai nem jelentek meg sem a szakpolitikai folyamatokban, sem a jogszabályok vagy irányelvek kialakításában, és a visszajelzéseiknek sincs érdemi hatása a rendszer működésére. Nincs szisztematikus adatgyűjtés a nők tapasztalatairól, nem történik következetes ügyfélelégedettségi mérés és minőségbiztosítás, és nem átlátható az sem, hogy mi történik a betegjogi képviselőkön keresztül érkező panaszokkal. Az, hogy az ellátás figyelembe veszi-e a nők fizikai, szociális és egyéb szükségleteit, hatással van arra, hogy a nők később mennyire bíznak meg a egészségügyi szolgáltatásokban, részt vesznek-e később szűrővizsgálatokon, követik-e az egészségügyi tanácsokat, tehát hosszú távú népegészségügyi következményei vannak.

A jelenlegi gyakorlat, vagyis amikor egy szakmai irányelv egyik napról a másikra megjelenik a közlőnyben, az nem biztosítja, hogy ezek a szempontok meg tudjanak jelenni. Ennek egyik következménye, hogy az irányelveknek nincs a szakmai körökben se feltétlen támogatottsága, nem tudnak jól beépülni a gyakorlatba, sokszor nem válnak valódi, követendő szakmai útmutatóvá, sem a szakemberek, sem a páciensek számára. Ezt nem csak a szívhangrendelet, hanem például a családbarát szülészeti irányelv kapcsán is tapasztaltuk.

A nemzetközi szakirodalom egyértelmű abban, hogy a nők tapasztalatainak becsatornázása elengedhetetlen egy jól működő rendszerhez. Számos jó gyakorlat, módszertan létezik erre. A NICE irányelvek fejlesztése során már a legelső lépéstől bevonják az érintetteket: a szakmai szereplők, páciensek, érdekvédelmi szervezetek és civil csoportok közösen vesznek részt a problémafeltárásban, a konzultációkban és a tervezésben. A folyamat minden szakasza átlátható és nyomon követhető, a beérkező javaslatok hatását pedig dokumentálják, így minden érintett láthatja, hogyan épültek be a visszajelzések a végső irányelvbe, a jegyzőkönyvek, dokumentációk nyilvánosan elérhetőek a honlapon. Emellett külön figyelmet fordítanak arra, hogy a fejlesztőbizottságokban “laikus tagként” olyan érintettek is helyet kapjanak, akik saját tapasztalataikkal tudnak hozzájárulni a munkához.

Ezért tartjuk kiemelten fontosnak, hogy a minisztérium olyan rendszereket dolgozzon ki, amelyek intézményesített formában biztosítják a legszélesebb értelemben vett szakmai szereplők, a pácienseket képviselő szervezetek és a nőkkel közvetlenül dolgozó szakemberek bevonását, átlátható, tervezhető és számonkérhető módon. Emellett elengedhetetlen egy olyan jól működő rendszer kialakítása is, amelyben az ellátásra vonatkozó különböző mutatók nyilvánosan hozzáférhetőek, és a visszajelzések gyűjtése és becsatornázása is elősegíti, hogy az ellátás a páciensek, nők valós szükségleteit figyelembe vegye. Ezzel jelentősen növelhető az egészségügyi ellátás iránti bizalom.

Az FBSZ részéről elhangzottak az Egészségügyi Minisztérium életkezdettel kapcsolatos etikai döntéshozatal témakörében 2026. július 30-án megtartott kerekasztal-megbeszélésén

A Független Bábák Szövetsége Egyesület (FBSZ) a hazai intézeteken kívüli szülésben és a gondoskodás bábái modellje szerinti önálló várandósgondozásban dolgozó bábák és szülésznők szakmai és érdekvédelmi szervezete. Tagjaink diplomás szülésznők, akik a bizonyítékokon alapuló orvoslás és a WHO nemzetközi ajánlásainak megfelelően végzik a várandósok ellátását, a szülés kísérését és a szülés utáni ellátást. A mai egyeztetésen célunk, hogy szakmai tapasztalatainkkal segítsük a jogalkotást, valamint a minőségi és biztonságos ellátást.

A gyógyszeres terhességmegszakítás potenciális hazai használata kapcsán szeretnénk megosztani azt a tapasztalatot és szakmai álláspontot, amelyet az otthon szülő nők kísérése során e téren szereztünk.

Az otthoni szülések kísérése kapcsán a női test teljesen természetes működését, a zavartalan vajúadás természetét figyelhetjük meg, hiszen otthoni szülésnél nincsenek jelen azok az invazív beavatkozások, amelyek a kórházi környezetben jellemzőek.

Ezért különösen jól láthatóvá válik, hogy kik tudnak valóban természetes módon, saját ritmusukban, külső beavatkozások nélkül megszülni, és mely esetekben szükséges valamilyen medikális beavatkozás.

Tapasztalataink szerint azok a nők, akik korábban gyógyszeres terhességmegszakításon estek át, könnyebben tudnak kapcsolódni a testük természetes folyamataihoz, és későbbi szülésük zavartalanabb, kevesebb beavatkozást igényel és nagyobb valószínűséggel tudnak megszülni otthon, így az ellátórendszert is tehermentesítve. Ezzel szemben a műszeres beavatkozáson átesett nők rendszerint több támogatásra szorulnak a vajúadás alatt, szülésük elhúzódóbb, és sok esetben kórházi transzferre, a kórházban pedig invazív beavatkozásokra kerül sor.

Szakmai szemléletünk középpontjában az áll, hogy a nőket a természetes szülés megtapasztalásához és jó szülésélményhez segítsük hozzá. Éppen ezért úgy gondoljuk, hogy ha létezik olyan alternatíva, amely a műszeres beavatkozás testi-lelki következményekkel járó negatív hatásait csökkenteni tudja, ezen felül pedig egy jobb szülésélményez is hozzásegítheti a nőket egy későbbi várandósság végén, akkor szakmai és emberi felelősségünk, hogy a nőket a szükségtelen beavatkozásoktól megkíméljük.

Jelenleg Magyarországon sok olyan nő is átesik a terhességmegszakításkor alkalmazott műszeres beavatkozásokon, aki nem terhességmegszakítást választott, hanem spontán vetélés vagy méhen belüli

elhalás során került orvoshoz. Legtöbb esetben ma még számukra sincs valódi lehetőség arra, hogy megfelelő szakmai felügyelet mellett, a saját testük természetes folyamataihoz igazodva történjen meg a vetélés.

A terhességmegszakítással járó mechanikus eljárás egy zárt, rendkívül érzékeny anatómiai struktúrát – a méhszájat – nyitja meg erőszakos, invazív módon. Ez nemcsak azonnali fizikai rongálást jelent, hanem bizonyítottan növeli a későbbi koraszülés, a fogantatási nehézségek és a vetélés kockázatát is.

A gyógyszeres alternatíva biztosítása nemcsak a nők védelmét és a jövőbeli gyermekvállalási esélyeiket szolgálná, hanem a magyar egészségügy korszerűsítésének és az emberi méltóság tiszteletben tartásának is valódi mérföldköve lenne.

Továbbá azt a javaslatot fogalmazzuk meg, hogy indokolt lenne egy olyan, az egészségügyi rendszertől részben független, új ellátási struktúra kialakítása, amely kifejezetten az abortuszt fontolgató nők támogatására épül, és amelyben olyan kisebb, dedikált szakmai csapatok nyújtanak segítséget, akik a lelki támogatásban valóban jártasak, és akik nem végeznek párhuzamosan sürgősségi, szülészeti vagy egyéb nőgyógyászati feladatokat.

Továbbá az ezen egyeztetésen érintett témákat sorra véve:

- Az FBSZ a „szívhangrendelet” eltörlését támogatja.
- Kiállunk amellett, hogy az „esemény utáni tabletták” vénykötelessége szűnjön meg Magyarországon

Az FBSZ képviselőjében Horváthné Göncz Anna, az FBSZ elnöke

A Gólyahír Egyesület a krízishelyzetben lévő várandós anyákat segíti, hogy a nem kívánt terhességből fogant újszülöttek esélyt kaphassanak az életre. Tapasztalattal tudjuk azonban, hogy az élet védelme nem választható el az édesanya védelmétől és a szívhang rendelet kötelező előírásai a súlyos lelki terhet cipelő anyák számára nem segítség, hanem felesleges trauma és pszichés nyomás, ezért azt a meglévő formában nem támogatjuk. Támogatjuk azonban azt, hogy a krízishelyzetben élő nők érvényes TB jogviszony nélkül is hozzáférjenek az egészségügyi ellátáshoz, mert ezeknek az anyáknak a terhesség megállapításának ténye nélkül sem védőnői gondozásba vételre nincs esélyük, ahogy arra sem, hogy a terhességmegszakítás lehetőségén elgondolkodjanak. Hisszük azonban, hogy empátiával és teljes körű tájékoztatással, edukációval az újszülöttek nyílt örökbeadási lehetőségének felajánlásával a megfogant gyermekek is esélyt kaphatnak az életre. Védőnői javaslatra szeretnénk, hogy az ingyenes fogamzásgátlás elérhetővé váljon.

Szakmai tapasztalatunk alapján támogatjuk az esemény utáni tablettá vény nélküli elérhetőségét. Meggyőződésünk, hogy a nem kívánt terhességek korai megelőzése összehasonlíthatatlanul humánusabb és kevésbé megterhelő megoldás, mint a későbbi művi abortusz. Valódi segítség az időben nyújtott hatékony eszközökben és az ítéletmentes támogatásban rejlik. A megelőzés lehetőségének elérhetővé tétele erősíti a felelős gyermekvállalás és a női egészségvédelem ügyét.

Az abortusztabletta hazai engedélyezését és alkalmazását csak és kizárólag intézményi, kórházi keretek között, szigorú orvosi felügyelet mellett támogatjuk, mely módszer bizonyítottan kevésbé megterhelő a női szervezet számára és csökkenti a későbbi szövődmények kockázatát.

Tisztelt Miniszter Úr, Államtitkár Úr és civil szervezetek képviselői!

Bakonyi Márta vagyok, nyolc éve dolgozom perinatális szaktanácsadóként (szülésfelkészítéssel, szüléskíséréssel foglalkozom és gyermekágyban támogatom a nőket, családokat), emellett tizenöt éve tanítok általános iskolában. Tagja vagyok a NOE (Nagycsaládosok Országos Egyesülete) és az MPPOT (Magyar Pre-és Perinatális Pszichológiai és Orvostudományi Társaság) oktatási munkacsoportjainak. Munkám során nap mint nap találkozom fiatalokkal, családokkal és várandós nőkkel, ezért a következő gondolatok nemcsak szakmai ismeretekre, hanem közvetlen tapasztalatokra is épülnek.

Az abortuszok számának csökkentése közös társadalmi érdekünk.

A valódi kérdés azonban nem az, hogy ezt szeretnénk-e, hanem az, hogyan érjük el, hogy minél kevesebb nő kerüljön egyáltalán olyan élethelyzetbe, ahol ezt a döntést meg kell hoznia.

Úgy gondolom, hogy a hangsúlyt a megelőzésre kell helyeznünk.

A "szívhangrendelet" bevezetése óta sok szó esett arról, milyen hatással van a magzati életfunkció bemutatása a döntéshozatalra. A nemzetközi kutatások ugyanakkor nem támasztják alá egyértelműen, hogy ez önmagában tartósan csökkentené az abortuszok számát.

Ha valódi változást szeretnénk, akkor nem a döntés pillanatában kell elkezdenünk segíteni, hanem évekkel korábban – az iskolában.

Finnország és Észtország példája azt mutatja, hogy az életkorhoz igazított, tudományosan megalapozott szexuális nevelés hosszú távon jelentősen csökkentheti a serdülőkori terhességek és az abortuszok számát. Ezek nem egyszeri intézkedések eredményei voltak, hanem következetes népegészségügyi programoké.

Az UNESCO és a WHO ajánlásai is ugyanarra a következtetésre jutnak: a korszerű, életkorhoz igazított szexuális nevelés nem növeli a fiatalok szexuális aktivitását. Éppen ellenkezőleg: segíti őket abban, hogy felelősségteljesebb döntéseket hozzanak.

Magyarországon a családi életre nevelés része a Nemzeti alaptantervnek, de nincs egységes tananyaga, ezért a fiatalok nagyon eltérő ismeretekhez jutnak attól függően, melyik iskolába járnak.

Úgy gondolom, ezen változtatni szükséges.

Olyan, óvodáskortól a középiskola végéig egymásra épülő egészség- és szexuális nevelésre van szükség, amely nemcsak biológiai ismereteket ad át, hanem megtanítja a fiatalokat a test működésére, a termékenységtudatosságra, a fogamzásgátlásra, a személyes határok tiszteletére, a beleegyezés jelentőségére és arra is, hogy szükség esetén hová fordulhatnak segítségért.

Szeretném kiemelni még egy fontos szempontot.

Amikor a nem kívánt terhességekről beszélünk, szinte mindig a nőkről beszélünk. Pedig egy gyermek nem egyedül fogan.

Ha a megelőzés a célunk, akkor a fiúkat és a férfiakat is meg kell szólítanunk. Nekik is érteniük kell a női ciklus működését, a fogamzásgátlás közös felelősségét, a beleegyezés jelentőségét, valamint azt, hogy a várandósság, a szülés és a gyermekágy milyen mély testi és lelki változásokat jelent.

Ez a tudás nemcsak a nem kívánt terhességek megelőzését szolgálja, hanem empatikusabb partnereket, felelősségteljesebb édesapákat és stabilabb családokat is épít.

Saját tapasztalatom is ezt erősíti. Az elmúlt években több gimnáziumban tartottam foglalkozásokat a szülés és a születés témájában. A fiatalok rendkívül nyitottak és kíváncsiak, ugyanakkor meglepően sok bennük a bizonytalanság és a tévhit. Miközben az interneten szinte korlátlan mennyiségű információ érhető el, a hiteles tudás sokszor hiányzik.

Ezért javaslom egy szakmai munkacsoport létrehozását, amely pedagógusok, védőnők, orvosok, pszichológusok, perinatális szakemberek és szülői szervezetek bevonásával kidolgozza egy átfogó, életkorhoz igazított reprodukatív egészségnevelési program szakmai alapjait.

Mert ha valóban azt szeretnénk, hogy kevesebb nő kerüljön az abortusz fájdalmas döntési helyzetébe, akkor a segítséget nem a döntés pillanatában kell elkezdenünk.

Hanem évekkel korábban.

A megelőzéssel.

A tudással.

A támogatással.

És a közös felelősségvállalással.

Ez hosszabb út. Talán lassabb is. De meggyőződésem, hogy ez a leghatékonyabb és egyben a legemberibb út.

Köszönöm megtisztelő figyelmüket!

Tárgy: Szakmai álláspont az életkezdettel kapcsolatos etikai döntéshozatal témájában

A Kis Veréb Alapítvány szakmai álláspontja

az életkezdettel kapcsolatos etikai döntéshozatal témakörében tartandó kerekasztal megbeszélés kapcsán

Veréb-Németh Réka vagyok, védőnő, koragyermekkel és családtudománnyal foglalkozó szakember, több szakmai együttműködés tagja (Integrált szülő-csecsemő konzulensek szakmai műhely, XXI. századi babaszobakutatás munkacsoportja a Semmelweis Egyetem Mentálhigiénés Intézetében). A Kis Veréb Alapítvány munkatársaként, és egyben érintett szülőként 13 éve dolgozom a munkám mellett olyan családokkal, ahol a gyermek oxigénhiánnyal született és újszülöttkori terápiás hűtésben részesült. A családokkal szerzett tapasztalataink alapján rendkívül fontosnak tartjuk, hogy a magzati életjel kötelező bemutatása, mint eljárási feltétel megszűnjön, és ezt váltsa fel önkéntes, beleegyezésen alapuló, nem direktív és trauma-informált tájékoztatás, amely egy komplex, mérhető prevenció és családtámogatási program részét képezi. Ennek része kell, hogy legyen a korszerű fogamzásgátláshoz, az esemény utáni tablettához és az abortusztablettához való könnyebb hozzáférés biztosítása is.

1. Trauma-informált szemlélet a gyakorlatban

A családokkal végzett hosszú évek munkája miatt fókuszunk a traumatudatos szemléletre és ennek széles körű érzékenyítésére irányul. Szeretnénk elérni ennek beépítését a gyakorlatba, továbbképzésekkel és protokollokkal, minden olyan területen, ahol a szakemberek nőkkel foglalkoznak: az alapellátás, a szakellátás és a fekvőbeteg ellátás szintjén egyaránt.

A trauma-informált ellátás több ország egészségügyi gyakorlatában és szakmai ajánlásaiban is megjelenik. Ennek során figyelembe veszik az ellátás módját, a vizsgálatok szükségességét, azok körülményeit és a rendelkezésre álló lehetőségeket (SAMHSA-modell - Substance Abuse and Mental Health Services Administration, és a Magyarországon is elérhető ECLIPS-projekt).

Az érintettek ellátására vonatkozó irányelvekben, protokollokban meg kell jelennie a trauma-informált szemléletnek. Ezt a szemléletet tovább kell terjeszteni nemcsak ebben kérdésben, hanem minden olyan területen, ahol a nők kiszolgáltatottsága fokozódhat, pl. szülészeti-nőgyógyászat egyéb ellátási területein, a perinatális veszteségek kapcsán, vagy akár az alapellátásban, a védőnői, családvédelmi szolgálatok gondozása során. A minőségbiztosítás, az ítélezésmenetség és az egyenlő bánásmód szempontjából is jelentős lenne a trauma-érzékeny látásmódnak a megerősítése.

Az ellátásra váró nő legtöbbször büntudattal küzdve hozza meg a döntését, saját élettörténettel érkezik az egészségügyi ellátásba, van egy múltja, jelene, jövője. Sok esetben áll mögötte egy család, (a származási család, avagy egy párkapcsolat), társas kapcsolatok, vagy éppen az is előfordul, hogy senki nem áll mellette. A döntéseit korábbi veszteségei, kapcsolatai, traumái, családi helyzete és aktuális életkörülményei egyaránt befolyásolják.

Ezért a „nem ártás elve” („Nil Nocere”) mentén, egy rendszerszemléletű, trauma-informált ellátás keretében, ítélezésmeneten, stigmatizálás nélkül kell segíteni a döntésében, ami a jelen ellátásban az esetek nagy részében nem valósul meg.

2. Prevenció program a nem kívánt terhességek megelőzésére

Mindez azonban önmagában nem elegendő. A nem kívánt terhességek megelőzését egy átfogó prevenció programnak kell szolgálnia, amely magában foglalja a korszerű fogamzásgátláshoz, az esemény utáni tablettához és az abortusztablettához való hozzáférés szakmai felülvizsgálatát, valamint a megfelelő edukációt és családtámogatást.

3. Pszichés és mentális támogatás fontossága

Jelenleg kevésbé jelenik meg az abortusz utáni mentális támogatás, a pszichés állapot követése, az edukáció és a prevenció, holott ezek az ellátás szerves részét kellene, hogy képezzék.

Éppen ezért javasoljuk a védőnői gondozás, ezen belül a családvédelmi szolgálatok újragondolását a civil szféra segítségül hívásával és bevonásával, valamint új védőnői irányelvek és protokollok kidolgozását a nem kívánt terhességek megelőzésére, illetve a terhességmegszakításra váró nők ellátására, utógondozására vonatkozóan. (Több európai ország gyakorlatában a beavatkozást követően 2.-4. héten belül a kontroll vizsgálat során pszichés állapotfelmérés történik, szükség esetén térítésmentes pszichológiai ellátással).

Továbbá biztosítani kellene a választás lehetőségét a nőknek, hogy kitől és milyen formában igénylik a segítséget.

A családpolitika által kívánt gyermekek nem attól fognak megszületni, ha korlátozzuk az abortuszhoz való hozzáférést, hanem akkor, ha a nők és a családok biztonságban érzik magukat egy társadalomban. A cél nem egy adott döntés irányába való befolyásolás, hanem az, hogy a nők megfelelő információk, biztonságos környezet és valódi támogatás mellett hozhassák meg saját döntéseiket.

Összességében javasoljuk, hogy a jelenlegi szabályozás felülvizsgálata ne kizárólag egyetlen eljárási elemről szóljon, hanem egy szélesebb szemléletváltás kezdetét jelentse. Egy olyan ellátórendszer kialakítását, amely tiszteletben tartja a nők önrendelkezését, csökkenti a traumatizáció és újratraumatizáció kockázatát, és valódi, bizonyítékokon alapuló támogatást nyújt a megelőzés, a döntéshozatal és az utógondozás minden szakaszában. Meggyőződésünk, hogy ez nemcsak a nők, hanem a családok és a teljes egészségügyi rendszer érdeke is.

A Kis Veréb Alapítvány kész aktívan közreműködni a szakmai irányelvek, módszertani ajánlások és protokollok, prevenciós programok kidolgozásában, segítve és támogatva az Egészségügyi Minisztérium szakmai munkáját.

Budapest, 2026.08.03.



Veréb-Németh Réka

családtudományi szakember,
integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens,
védőnő, kuratórium elnöke

Tisztelt Résztevők!

Földvári-Nagy Zsuzsanna vagyok, a KORE Koraszülöttekért Országos Egyesület képviselőjeként. Egyesületünk érintett szülői közösség, amely tizenöt éve támogatja a koraszülésben érintett gyermekeket és családokat, az őket ellátókat, miközben folyamatosan gyűjti az életkezdet körüli ellátásokhoz kapcsolódó tapasztalatokat.

A mai egyeztetésen azoknak a nőknek a nézőpontját szeretném láthatóvá tenni, akik koraszülést, súlyos várandóssági szövődményt, traumatikus szülészeti eseményt éltek át, illetve gyermekük hosszan tartó neonatológiai ellátásban részesült. Az ő családtervezési és reprodukciós biztonságuk sajátos szempontokat vet fel. A KORE ezt a hosszabb távú élethelyzetet ismeri közelről, sokszor éveken keresztül kísérve az érintett családokat.

Koraszülés, HELLP-szindróma, toxémia vagy más súlyos szülészeti komplikáció után az anya testi felépülése és lelki stabilizálódása hosszabb időt igényelhet. A következő várandósság időzítése ilyenkor kiemelt egészségügyi jelentőségű, mert egy túl korán bekövetkező újabb terhesség jelentős, egyes esetekben életveszélyes kockázatot hordozhat.

Sok család közben olyan koraszülött gyermeket nevel, aki rendszeres fejlesztést, gyakori orvosi ellátást vagy folyamatos gondozást igényel. Egy újabb várandósságról szóló döntést ezért az anya egészségi állapota, a korábbi trauma, a gyermek szükségletei, a család teherbírása és az elérhető segítség együtt alakítja. Ezek az élethelyzetek személyre szabott, összehangolt ellátást igényelnek. Az egészségügyi rendszer jelenleg többnyire különálló eseményként kezeli a korábbi szövődményt, a fogamzásgátlást, a terhességmegszakítást és a következő várandósságra való felkészülést.

Ebben az érintetti körben a sürgősségi fogamzásgátlás gyors hozzáférése közvetlen egészségbiztonsági kérdés. A készítmény hatékonysága időfüggő, ezért a vény megszerzésével járó késedelem, az esti vagy hétvégi elérhetőség hiánya és a területi különbségek érdemben csökkenthetik a megelőzés esélyét.

A KORE támogatja a sürgősségi fogamzásgátlás könnyebb elérhetőségét, megfelelő gyógyszerési tájékoztatással és szükség esetén gyors orvosi továbbirányítással. Ez különösen fontos azok számára, akiknél egy nem tervezett, rövid időn belül bekövetkező várandósság fokozott egészségügyi kockázattal járhat.

A szívhangrendelet kapcsán fontosnak tartjuk, hogy a szabályozás figyelembe vegye a döntési helyzetek valós összetettségét. Egy intenzív gondozást igénylő koraszülött vagy eltérő fejlődésmenetű gyermeket nevelő nő mérlegelésében szerepet kaphat a saját egészségi állapota, egy

újabb koraszülés vagy súlyos komplikáció kockázata, a meglévő gyermek ellátási szükséglete és a család aktuális teherbírása.

Az embrió vagy magzat életfunkciójára utaló jel kötelező bemutatása ilyen helyzetben pszichés nyomást és újratraumatizációt idézhet elő. Az ellátás feladata a döntés biztonságos feltételeinek megteremtése. Ehhez közérthető, teljes körű tájékoztatásra, ítékezésmentes kommunikációra és az önrendelkezés tiszteletére van szükség. A rendelkezésre álló támogatásnak segítenie kell az érintett nőt abban, hogy saját egészségi és családi körülményeit átgondolva hozhassa meg a döntését.

Javasoljuk egy országos, bizonyítékokon alapuló ellátási és utánkövetési útvonal kialakítását a koraszülést, súlyos várandóssági szövődményt, veszteséget vagy traumatikus szülészeti és neonatológiai ellátást átélt nők számára.

Ennek kiindulópontja egy közérthető, írásos tájékoztató lenne, amely bemutatja a későbbi családtervezés egészségügyi szempontjait, az elérhető fogamzásgátlási lehetőségeket, valamint a kontrollt vagy sürgős ellátást igénylő tüneteket. Ehhez kapcsolódna a kijelölt kontroll és a világos továbbküldési rend a szükséges nőgyógyászati, belgyógyászati, genetikai, pszichológiai, pszichiátriai vagy szociális ellátás felé.

Az önkéntesen igénybe vehető pszichés támogatás felajánlása váljon az ellátás természetes részévé. A terhességmegszakítást, veszteséget vagy súlyos komplikációt követő testi és lelki utánkövetés mellett a következő várandósságra való biztonságos felkészítés is kerüljön be a betegútba. Országos minimumsztenderd és mérhető minőségbiztosításra van szükség, hogy az ellátás színvonala minden intézményben követhető és számonkérhető legyen.

A Koraszülöttekért Országos Egyesület kész részt venni ennek az ellátási útvonalnak és a minimumsztenderd kidolgozásában. Országos érintetti tapasztalatot, családi nézőpontot, valamint a koraszülést követő testi, lelki és szociális következményekhez kapcsolódó szakmai tudást tudunk hozzáadni a folyamathoz.

Azt kérjük, hogy a reprodukciós egészséggel kapcsolatos szabályozásban és szakmai irányelvekben jelenjenek meg azok a nők is, akik egy korábbi súlyos komplikációkkal járó várandósság vagy koraszülés következményeit továbbra is magukkal viszik. A hozzáférés, a megfelelő tájékoztatás és az utánkövetés számukra a következő várandósság, a saját egészségük és az egész család biztonságának feltétele.

Köszönöm a figyelmet.

Földvári-Nagy Zsuzsanna, koraszulott.com -KORE operatív és szakmai vezető



MAGYAR ÁPOLÁSI EGYESÜLET

Hungarian Nursing Association



H-1431 Budapest, Pf. 190.
Tel/Fax: 36 1 266 5935,
<http://www.apolasiegyesulet.hu>
mac@apolasiegyesulet.hu

Szülésznői Szekció

A Magyar Ápolási Egyesület Szülésznői Szekció javaslatait - a nem kívánt terhesség megelőzése, a sürgősségi fogamzásgátló recept nélküli elérhetősége és gyógyszeres terhességmegszakítás témakörében - az alábbiakban foglaljuk össze.

Ismételten mellékeljük észrevételeinket a „Feljegyzés a hazai köznevelési intézményekben tartható egészségnevelő, felvilágosító és prevenciós foglalkozások feltételeiről”.

A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvény, a nem kívánt terhesség megelőzése témakörben szakmai közösségünk javasolja országos, tudományos bizonyítékokon alapuló prevenciós és egészségnevelési program kidolgozását. A felkészítő programoknak az életkor és az élethelyzet figyelembevételével kell elkészülniük nőknek és lányoknak, férfiaknak és fiúknak egyaránt.

Különböző célcsoportoknak megfelelő oktatási anyagokra van szükség

- Egészségügyi képzők számára, szakképzés és felsőoktatás szinten.
- Továbbképzések, egészségügyi szakmák gyakorlóit, pedagógusok és egyéb segítők részére. Konkrét javaslatunk, hogy szülésznők, védőnők és gyermekápolók kötelező szakmacsoportos továbbképzés keretében sajátítsák el a legkorszerűbb ismereteket.
- Kortárs és egyéb segítők számára, így a civil szervezeteknek, egyesületeknek.

Felajánljuk együttműködésünket a pedagógusok és minden segítő szervezet számára.

További javaslatok

- Koordináltan, egészségügyi szakemberek bevonásával vegyük igénybe a program megvalósításához a social media adta lehetőségeket, a minél nagyobb létszámú fiatal eléréséhez. (pl. „Nődokik a Tik Tokon felvilágosítás mai módon”, ahol esetenként közel 300 ezer megtekintés regisztrált).
- A prevenciós terv javaslat jegyében a kerekasztal megbeszélés témáiból szervezzünk az érintett szakdolgozóknak szakmai továbbképzéseket.

A prevenciós terv megvalósítását és új naprakész ismeretátadás célját szolgálja a XXXVII. Országos Szülésznő-Védőnő-Gyermekápoló Konferencia közös megszervezése a Semmelweis Egyetem, a Magyar Védőnők Egyesülete és a Magyar Ápolási Egyesület Szülésznői Szekciójával. Ez a rendezvény 2026. november 19-20-án kerül lebonyolításra Budapesten, a Semmelweis Egyetem Nagyváradtéri Elméleti Tömb dísztermében. A felkért előadásokat az ország kiemelkedő szaktekintélyei - szülész-nőgyógyászok, egyetemi oktatók, szülésznők és védőnők - tartják. A végleges szakmai program elkészülte után a programot tájékoztatásul megküldjük, annak érdekében, hogy egyetértés esetén továbbításra kerülhessen a kerekasztal résztvevői számára.

Közös sikerünk kulcsa, hogy felismerjük: munkánk akkor válik gördülékenyebbé, ha egységes szakmai elvek szerint, egymást támogatva végezzük tevékenységünket a családok a nők minőségi ellátásának érdekében.

Budapest, 2026. augusztus 10.


Gerencsér Andrea
Magyar Ápolási Egyesület
elnök
Telefon: +36 30 711 24 45
E-mail: mac@apolasiegyesulet.hu




Csetneki Julianna
Magyar Ápolási Egyesület
Szülésznői Szekció vezető
Telefon: +36 20 952 98 97
E-mail: szulesznoi.csetneki@apolasiegyesulet.hu

A Magyar Bioetikai Társaság állásfoglalása az „életkezdettel kapcsolatos etikai döntéshozatal” témakörében

Bemutakozás

A Magyar Bioetikai Társaságot az elnök, dr. Rojkovich Bernadette képviseli. A Magyar Bioetikai Társaság interdiszciplináris tudományos társaság, amely alapszabálya szerint különös figyelmet kíván szentelni az élet tiszteletére és védelmére a keresztény hagyomány szellemében, figyelemmel más eszmei irányzatok szempontjaira is. Az elnök orvos-szakjogi diplomával, valamint reumatológus és klinikai farmakológus szakvizsgával rendelkezik, jelenleg egyházi intézményben, a Betegápoló Irgalmasrend Budai Irgalmasrendi Kórházában dolgozik. Katolikus vallása az értékválasztást alapvetően meghatározza.

Jelen állásfoglalás három fő témakört vizsgál: **(1) A művi abortusz és az élet védelme, (2) A szívhangrendelet szakmai és etikai megítélése, valamint (3) A sürgősségi és gyógyszeres terhességmegszakítás.**

1. Prioritások

- **1.1. Az emberi élet kezdete.** A társadalmi vita alapvető kérdése az élet kezdetének meghatározása, amely a különböző filozófiai és jogi megközelítések szerint nem egységes. A biológia törvénye szerint az egyedi emberi élet a két ivarsejt egyesülésével (a fogantatással) kezdődik, a fejlődés egyetlen töretlen, folyamatos biológiai ívet képez a fogantatástól kezdve.
- **1.2. Az orvosi hivatás kettős védelmi kötelezettsége:** Az ökumenikus keresztény etikai álláspont szerint a magzati élet a fogantatástól kezdve védendő. Az élethez és a méltósághoz való jog alapvető érték, melyek védelme az orvosi etika alapelve. A művi abortusz közvetlenül a megfogant emberi élet kioltására irányul. Az emberi méltósággal összeegyeztethetetlen, ha az életet árucikként kezelik, amely igény szerint eldobható. Az orvosnak a rendelkezésre álló lehetőségek figyelembevételével mindent meg kell tennie mind az anya, mind a magzat életének és egészségének védelmében. Az abortusz nem a születésszabályozás eszköze.
- **1.3. Támogató tájékoztatás:** A várandós anyák tájékoztatása nem az anya ellenében, hanem az ő érdekében történik. A krízishelyzetet gyakran az okozza, hogy az anya a külső körülmények és a környezet nyomása miatt kényszerül lemondani az anyaságról. A művi abortuszt kérelmező nők mintegy 97%-a krízishelyzetre hivatkozik, ami szociálisan és pszichológiailag összetett, nehezen objektivizálható állapot. A terhességmegszakításon átesett nőknél gyakran találkozunk posztabortusz-szindrómával, különösen azoknál, akik lelkiismereti konfliktusuk miatt és a külső környezet nyomása miatt kerültek krízishelyzetbe. A nő felelős döntése akkor valósulhat meg, ha tisztában van jogi, egészségügyi helyzetével és a rendelkezésre álló támogatásokkal. Az orvos kötelessége, hogy a szakmailag megalapozott adatok közlése mellett empátiaként, erőszakos nyomásgyakorlás nélkül, a terhesség megtartása mellett

érveljen. Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (Eütv.) 13. § kimondja, hogy a betegnek joga van teljes, egyéniesített és érthető tájékoztatást kapni az egészségi állapotáról, a javasolt vizsgálatokról és beavatkozásokról, azok előnyeiről, kockázatairól, lehetséges alternatíváiról, az ellátás folyamatáról, várható kimeneteléről, valamint a további ellátásokról és a javasolt életmódról. Az Eütv. 14. § a tájékoztatásról való lemondást bizonyos esetekben engedélyezi, de nem lehet lemondani a tájékoztatásról, ha mások egészségét veszélyezteti. A keresztény bioetikai elvek és a magzatvédelmi törvény szellemében a tájékoztatásról való lemondás nem alkalmazható, mivel a döntés a fogantatástól meglévő emberi életet közvetlenül érinti.

2. Speciális szempontok

- **2.1. A „szívhangrendelet”:** A magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény 32/1992. (XII. 23.) NM végrehajtási rendelet 4. számú melléklete módosult a 29/2022. (IX. 12.) BM rendelettel. A módosított végrehajtási rendelet a szülész-nőgyógyász által kiállított „a magzati életfunkciók működésére utaló tényező” vizsgálatát igazoló lelet meglétéhez köti a művi abortusz elvégzését. A módosítás célja a döntés előtti tájékoztatás teljessé tétele: az orvosnak rögzítenie kell a magzati életfunkciók jelenlétét, és erről tájékoztatnia kell az anyát. Megfelelő indikációval és szakszerűen alkalmazva a vizsgálat (akár ultrahangos Doppler-vizsgálat) nem jelent igazolt klinikai kockázatot a magzatra, de az ultrahang biofizikai hatásai miatt a nemzetközi biztonsági ajánlások betartása indokolt.
- **2.2. Sürgősségi fogamzásgátlás:** A levonorgesztrel és uliprisztál-acetát tartalmú készítmények elsődlegesen az ovuláció gátlásával/késleltetésével fejtik ki hatásukat, egyes feltételezések szerint másodlagos hatásként a méhnyálkahártya megváltoztatásával befolyásolhatják a beágyazódást is, ami bioetikai szempontból aggályos.
- **2.3. Gyógyszeres terhességmegszakítás:** A mifepriszton és mizoprosztol kombinációján alapuló kémiai abortusz komoly egészségügyi kockázatokat rejt magában (inkomplett abortusz, erős vérzés, fertőzés). Bár Magyarországon a tablettás abortusz nem engedélyezett, de illegálisan online beszerezhető. Az az orvosi felügyelet nélküli alkalmazása súlyos veszélyt jelent a nő egészségére.

3. Megoldási javaslatok

1. **Szemléletformálás és oktatás:** Az élet védelme és a várandós anyák iránti felelős gondoskodás elválaszthatatlan egymástól. Az iskolai oktatásban hangsúlyozni kell a fogantatással induló élet értékét és a felelős párkapcsolati kultúrát. Ezzel párhuzamosan szükséges tisztázni a férfiak apai felelősségét és döntési szerepét is a várandósság megtartásában.
2. **Természetes családtervezés:** A természetes családtervezést elősegítő programok és termékenységtudatosági képzések indítása, különösen a hátrányos helyzetű célcsoportok számára.

3. **Örökbefogadás:** Az örökbefogadási és gyermekelhelyezési eljárások adminisztratív megkönnyítése, a bürokrácia csökkentése.
4. **A Családvédelmi Szolgálat (CSVSZ) és a civil szféra megerősítése:** A krízisben lévő anyákat konkrét anyagi és mentális segítséggel kell támogatni. El kell kerülni a CSVSZ működésének pusztán formalitássá vagy bürokratikussá válását; a jogi kereteket valódi szociális tartalommal kell megtölteni.

4. Konkrét szakpolitikai javaslatok

1. **Tájékoztatási irányelvek:** A szakmai irányelvekben hangsúlyozni kell, hogy a tájékoztatás célja az anya támogatása és a döntés megkönnyítése. A magzati életfunkciók vizsgálatának és megmutatásának ezen empátikus kommunikáció részévé kell válnia.
2. **Sürgősségi fogamzásgátlás:** A Magyar Bioetikai Társaság elutasítja a sürgősségi fogamzásgátló tabletták vény nélküli, korlátozás mentes hozzáférhetővé tételét, mivel az orvosi kontroll hiánya veszélyezteti a női egészséget és elfedheti a mélyebb szociális/párkapcsolati problémákat.
3. **Gyógyszeres abortusz:** A Magyar Bioetikai Társaság elutasítja a gyógyszeres terhességmegszakítás magyarországi engedélyezését és bevezetését, kiemelve annak egészségügyi kockázatait és az emberi élet védelmének elvét.

Budapest, 2026. augusztus 03.

Kollegiális üdvözléssel:

dr. Rojkovich Bernadette
Magyar Bioetikai Társaság
elnöke

Tisztelt Jelenlévők!

Décsi Réka vagyok, huszonegy évvel ezelőtt szültem meg első gyermekem – és aól a pillanattól kezdve tudtam, hogy ez az utam. Iparművész végzettséggel, mára többezer óra továbbképzés nyomán szervezetfejlesztő, dúlatréner és családokért és ifjúságért felelős önkormányzati képviselő vagyok.

Összességében több, mint nyolc országban, többezer résztvevőnek adtam át azt a tudást, amit megtanultam és a hitvallásom: hogy a béke a földön a születéssel kezdődik, hogy a szülés életreszóló lenyomat, nem magányos küzdelem, hanem közösen megélt, tiszteletteljes átalakulás.

Ebből a hitvallásból nő e ki magát a Magyar Dúlakör Egyesület, amelynek alapítójaként és elnökeként ma is dolgozom. Dr. John Kennel neonatológus szavait idézve: ha a dúla egy gyógyszer lenne, etikátlan lenne nem használni.

Közel nyolcvan dúla dolgozik ma együtt ítékezésmentesen, szeretettel, egymást erősítve – mert valljuk: ha egy anyát meghallanak és megtartanak, azzal nem csak őt, hanem az egész családját, a társadalmat és ezen keresztül a jövőnket is szolgáljuk.

Ez a hivatás tapasztalatot, ugyanakkor felelősséget is jelent: azt, hogy elmondjuk, amit a családok melle némán megfigyelve nap mint nap látunk. Ma ezt a felelősséget szeretném megosztani Önökkel, a Magyar Dúlakör Egyesület nevében.

Az egyik legfontosabb és legégetőbb probléma az edukáció hiánya és a téves információk áramlása. Rengeteg fiatal és felnőtt hozza meg élete legfontosabb döntéseit – a testéről, mentális állapotáról, a fogamzásgátlásról, a szexualitásról – hiteles információ nélkül. Ezen csak úgy változtathatunk, ha egy biztonságos, evidence based, kötelező óraszámú, visszakövethető, utánkövetéssel is rendelkező edukációt vezetünk be, kiegészítve egy megbízható, szűrt tartalmú applikációval. Érdemes figyelni a tabusításra is, ha a témával kapcsolatban értekezünk, amelyet csak ezzel az edukációval tudunk oldani.

Ahhoz, hogy a paradigmaváltás megfelelő minőségben és szakmaiságában megvalósulhasson a támogatási rendszer átdolgozását javasoljuk. Sok szülő egyedül marad a kérdéseivel, a félelmeivel. Egy valódi, elérhető támogató hálózat kiépítése nem luxus, hanem alapvető szükséglet. Ehhez egyensúlyt kell találnunk az informálás és az önrendelkezési jog között is: ítékezésmentes, szakmai és civil részről érkező pro bono segítő beszélgetésekre van szükség, amelyek a családvédelmi szolgálatok munkáját kiegészítik, színesítik és nem helyettesítik.

Az a tény hogy sokan elveszte ék a kapcsolatukat saját testükkel és a természetes folyamatokkal lehetőséget teremt az egészség fogalmának újragondolására, a testtudat erősítésére és a jelenlegi rendszerek felülvizsgálatára.

Nem mehetünk el szó nélkül a fogamzásgátló eszközök magas ára melle sem – hiszen hiába az edukáció, ha az anyagi lehetőség elérhetetlenné teszi ezeket az eszközöket.

Ez a probléma különösen élesen sújtja a mélyszegénységben élőket, akik számára a családtervezés ma sok esetben nem valódi döntés, hanem kényszer.

Beszélnünk kell a családtervezés egyoldalúságáról is. Dúlaként küldetésünknek tekintjük egy rendszerszemléletű, valódi, pozitív apai szerep népszerűsítését – mert a felelősség ebben a témában két emberé.

És végül: sok családban az előző szülés fájdalmas kiszolgáltatottsága, a pénzügyi terhek és a feldolgozatlan traumák miatt marad el a következő gyermek vállalása. Nem tudok számokat felhozni a statisztikából – emberi sorsokat tudok Önök elé tárni, fájdalmakat, amit felelős döntésekkel enyhíteni tudunk.

Tisztelt Jelenlévők! Ezek a problémák jelen vannak a társadalmunkban mélyen gyökereznek – éppen ezért csak együtt, összehangoltan oldhatók meg: edukációval, támogató hálózattal, méltányos hozzáállással és valódi szemléletváltással.

Természetesen mindhárom közös célt támogatjuk, a mi erőnk az edukációban, a támogatásban és a rendszerszintű megtartásban van, amit a legnagyobb szeretettel ajánlunk fel a társadalom oltárán, ahogy az eddigi 21 évben is te ük.

Végezetül engedjétek meg, hogy felolvassam egyik ismerősöm üzenetét, amit ma reggel kaptam: “Nem tudom meséltem-e, de volt egy abortuszom. Az exem már érezte, hogy már nem sok esélye van maradni.. vett egy üveg bort, és megerőszakolt... Terhes maradtam... A kötelező szívhangnál a doki nagyon rendes volt, elfordította a monitort, és egy tized pillanatig volt hang... De még hallom. Több éve volt. Tudom esélytelen le volna úgy, hogy megszabaduljak a bántalmazótól.”

Köszönöm a figyelmüket.

Tisztelt Miniszter Úr!

Tisztelt Résztevéők!

Szabóné Pákozdi Éva vagyok, és a MENŐK Magyar Európai Nők Fóruma Egyesület elnökeként tagjaink nevében is köszönöm a meghívást.

A MENŐK tíz éve dolgozik azért, hogy erősítse a nők közéleti részvételét, támogassa a társadalmi párbeszédet, és szakmai javaslatokkal segítse a döntéshozókat. Kutatásokat végzünk, képzéseket és mentor programokat szervezünk, valamint részt vettünk a Női Minimum tíz pontos követelés csomag kidolgozásában is.

Amikor megkaptuk a mai meghívást, fontosnak tartottuk, hogy ne kizárólag a saját véleményemet hozzam. Ezért az elmúlt napokban gyors kérdőíves felmérést készítettünk közösségünk tagjai körében a mai egyeztetés három témájáról: a kötelező szívhang-meghallgatásról, a sürgősségi fogamzásgátlás hozzáférhetőségéről és a gyógyszeres terhességmegszakítás hazai alkalmazásáról.

A válaszok természetesen nem tekinthetők reprezentatív kutatásnak, ugyanakkor nagyon jól kirajolták azokat a kérdéseket, amelyek újra és újra visszatértek.

Az első üzenet a megelőzés fontossága volt.

A legtöbben úgy gondolják, hogy a nem kívánt terhességek számát elsősorban nem tiltásokkal, hanem korszerű szexuális edukációval, családtervezési ismeretekkel, könnyebben hozzáférhető fogamzásgátlással és hiteles tájékoztatással lehet csökkenteni.

A második üzenet a támogatás szükségessége volt.

A válaszadók szerint váratlan terhesség esetén a nőknek mindenekelőtt pontos információra, ítéletmentes kommunikációra, lelki segítségre és valódi szakmai támogatásra van szükségük ahhoz, hogy felelős döntést tudjanak hozni.

A harmadik visszatérő gondolat a nők döntéseinek tisztelete volt.

A válaszadók jelentős része a kötelező szívhang-meghallgatás jelenlegi szabályozását méltatlannak, megalázóan és szükségtelen lelki tehernek tartotta. Többen úgy fogalmaztak, hogy egy ilyen kiszolgáltatott helyzetben a támogatás és az empátia sokkal fontosabb, mint egy kötelező eljárás, amelyet büntetésként vagy nyomásgyakorlásként élnek meg.

A sürgősségi fogamzásgátlással kapcsolatban a legtöbben az egyszerűbb hozzáférést tartották indokoltnak, kiemelve, hogy ebben az esetben az időnek kiemelt jelentősége van, és a gyors hozzáférés akár a későbbi terhességmegszakítások számát is csökkentheti.

A gyógyszeres terhességmegszakítás kérdésében pedig elsősorban a hiteles szakmai tájékoztatás és a megalapozott döntés lehetősége jelent meg visszatérő igényként.

Több válasz arra is felhívta a figyelmet, hogy a megelőzés közös felelősség: a férfiak nagyobb szerepvállalása és a fiúk bevonása a felvilágosításba ugyanúgy része a megoldásnak.

Számunkra a legfontosabb tanulság az volt, hogy a válaszadók nem elsősorban újabb korlátozásokat várnak, hanem több megelőzést, több hiteles információt, több emberi támogatást és a felelős döntések tiszteletben tartását.

A mai meghívást ezért nagyra értékeljük. Nem csupán azért, mert lehetőséget ad álláspontunk ismertetésére, hanem azért is, mert reményt ad arra, hogy a társadalmi egyeztetés kultúrája tovább erősödhet Magyarországon.

Különösen fontosnak tartjuk, hogy a nőket érintő szakpolitikai döntések előkészítésében maguk a nők és a női civil szervezetek is érdemi szerepet kapjanak. A nők nem csupán érintettjei ezeknek a döntéseknek, hanem olyan tapasztalat és tudás hordozói is, amely nélkül nem születhetnek valóban kiegyensúlyozott, igazságos és hosszú távon is fenntartható megoldások.

Mi a mai megbeszélésre nem kész válaszokat hoztunk, hanem azoknak a nőknek a tapasztalatait, akiket ezek a kérdések közvetlenül érintik. Bízunk benne, hogy ez a mai egyeztetés egy hosszú távú, kiszámítható és érdemi szakmai együttműködés kezdete lesz, amelyben a civil szervezetek partnerként vehetnek részt.

A MENŐK kész részt venni ebben a közös munkában.

Köszönöm a figyelmüket.



MAGYAR GYÓGYSZERÉSZI KAMARA

1068 Budapest, Dózsa György út 86/B Telefon: 351-9483, 351-9484; Fax: 351-9485
H-1393 Budapest, Pf. 304, Web: www.mgyk.hu, e-mail: hivatal@mgyk.hu

Elnök: Dr. Hankó Zoltán; tel.: 06-20-256-9284; e-mail: hanko@mgyk.hu



Dr. Svéd Tamás parlamenti államtitkár Úr
Dr. Ilku Livia közigazgatási államtitkár Asszony
Egészségügyi Minisztérium
Budapest, Fő u. 40-44.

*Tárgy: A Magyar Gyógyszerész Kamara szempontjai
az EüM által július 30-ra összehívott
életkezdettel kapcsolatos etikai döntéshozatal témakörű
kerekasztal megbeszélésre*

Tisztelt Államtitkár Asszony!
Tisztelt Államtitkár Úr!

*Lentebb küldöm a ma reggeli megbeszélés hozzászólásakor megígért írásos kamarai
véleményt.*

*

A Magyar Gyógyszerész Kamara köszöni a meghívást a július 30-ra összehívott, életkezdettel kapcsolatos etikai döntéshozatal témakörű kerekasztal megbeszélésre. A meghívó szerint az egyeztetésen érintett témák az alábbiak:

- „Állásfoglalás a „Szívhang rendelet”-ként elhíresült szabályozás és az azzal érintett szakmai irányelv kapcsán - milyen új szakmai irányelv és program segítené a nem kívánt terhességek és az abortuszok számának csökkenését, a várandósok etikus, szakmailag alátámasztott és támogató megközelítését.”
- „Állásfoglalás a sürgősségi fogamzásgátlásról, szűkebben az „esemény utáni tabletta” vénykötelessége kapcsán.”
- „Állásfoglalás a gyógyszeres terhességmegszakítás, az „abortusz tabletta” potenciális hazai használata kapcsán, illetve a szakmai érvek áttekintése.”

A meghívó szerint 5 perces időkeretben lehet az adott szervezet álláspontját ismertetni. Ennek figyelembevételével az alábbi szempontokat tartjuk fontosnak ismertetni.

1. A meghívó megérkezését követően rendelkezésünkre álló időben a kérdésben testületi (elnökségi) álláspont kialakítására nem volt lehetőségünk, ugyanakkor vezetőségi megbeszélésre sort tudtunk keríteni, továbbá az elnökség korábbi ülésein ezekhez a témakörökhöz kapcsolódóan elhangzottakat is figyelembe vesszük.

2. A három különálló, de egy témakörhöz kapcsolódó kérdésben előjáróban az alábbi kiindulási pontokat tartjuk szükségesnek rögzíteni azzal, hogy a kérdéskört nem holisztikusan, hanem gyógyszerészi szempontból elemezzük:
- Az Alaptörvény II. cikk szerint „Az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz, a magzat életét a fogantatástól kezdve védelem illeti meg.”
 - „A fogantatás az a biológiai folyamat, amikor egy hímivarsejt (spermium) behatol a petesejtbe és egyesül vele, létrehozva az új sejtet, a zigótát. Ez a találkozás a petevezetékben történik meg, és ekkor dől el az új élet genetikai állománya is.”
 - Mivel a fogantatást követően a magzat önmaga védelmére nem képes, az Alaptörvény által előírt védelmet (1) a jogalkotó állam, (2) az egészségügyi rendszer és (3) a kismama együttesen képesek biztosítani: a védelem „közös” feladat és felelősség.
 - A magzat védelme során a kismama jogos érdekeinek a védelmét is biztosítani kell.
3. A „Szívhang rendelet” megítélése egyszerre igényli jogi, orvosszakmai és erkölcsi-etikai szempontok mérlegelését. A Gyógyszerészi Kamara és a gyógyszerellátásban dolgozó gyógyszerészek köztestületének kompetenciája elsődlegesen abból a szempontból mérlegelhető, hogy *„milyen új szakmai irányelv és program segítené a nem kívánt terhességek és az abortuszok számának csökkenését, a várandósok etikus, szakmailag alátámasztott és támogató megközelítését”* és az életkezdettel kapcsolatos felelős döntéshozatal elősegítését.

A Kamara fontosnak tartja átfogó jogi, szakmai és etikai szempontokat egyaránt magába foglaló edukációs és támogató programok koordinált szervezését. Ennek kapcsán a gyógyszerészek részvételével reálisnak tartjuk korábbi hasonló kezdeményezéseinkhez hasonlóan

- az egészségtan tantárgy keretei között a szexuális élettel, élettani kérdésekkel és fogamzásgátlással kapcsolatos országos képzési program létrehozását középiskolai keretek között, melynek lebonyolításába elsődlegesen az adott településen dolgozó gyógyszerészek – egységes tematika alapján, kamarai koordinációval – bevonhatók,
 - a gyógyszerertári prevenció és egészségnevelés keretein belüli gyógyszerertári edukációs programok megvalósítását a fenti célok érdekében, melynek módszertana korábbi akciók figyelembevételével kidolgozható,
 - az edukációs program gyógyszerertári várandósgondozás megújítás alatt lévő irányelvébe történő beépítését.
4. Az „esemény utáni tabletták” vénykötelességével kapcsolatban az alábbiak figyelembevételét tartjuk fontosnak:
- Ezeknek a gyógyszereknek a vény nélküli beszerezhetőségét nem támogatjuk. Ugyanakkor indokolt lehet egy olyan korrekció, amely a vénykötelességet – de jure – megtartva megfelelő szabályozási és kontrollmechanizmusok mellett a „gyógyszerészi

vényírás” keretei között is biztosítja ezen gyógyszerek beszerzését. Ez a megoldás lehetővé teszi

- ezen gyógyszerek vásárlásának EESZT-ben való rögzítését, ami az orvosszakmai szempontból szükséges kontroll feltételeit biztosítja, továbbá, hogy
- a gyógyszerészi vényírás során megfelelő „check lista” alkalmazása segítse a felelős döntéshozatalt. Ehhez megfelelő kiindulási pontnak tartjuk a gyógyszerészi szakmai kollégium erre vonatkozó javaslatát.

Ez a megoldás a gyógyszerészi vényírás szabályozásának a korrekcióját igényli.

- Mivel az esemény utáni tabletták farmakológiai tulajdonságaik miatt érinthetik a már megfogant életet (*lásd 1. melléklet, Zupkó*), ezért esemény utáni tabletta expediálásakor
 - az expediáló gyógyszerésznek – a többi egészségügyi szakemberhez hasonlóan, t.k. az Eütv. rendelkezéseit is figyelembe véve – biztosítani kell a lelkiismereti szabadságot. Ugyanakkor
 - a közforgalmú gyógyszerértárnak ma teljes körű ellátási kötelezettsége van. Adódhatnak olyan helyzetek (pl. ügyelet, egy gyógyszerészes gyógyszerértár), ahol a lelkiismereti szabadság és a teljeskörű ellátási kötelezettség a potenciális konfliktust okozhat; ezt fel kell tudni oldani.

Ez a jelenlegi jogszabályi környezet (pl. gyógyszer-gazdaságossági törvény; 2/2008. (I. 8.) EüM rend.; 44/2004 (IV. 28.) ESzCsM rend.) újra gondolását igényli annak érdekében, hogy az ellátásbiztonság a lelkiismereti szabadság lehetőségének biztosítása mellett is garantált legyen.

- Megfontolandónak tartjuk bizonyos élethelyzetekben, illetve bizonyos fogamzásgátlásra alkalmazott gyógyszerek körében szociális megfontolásból tb-támogatás biztosítását.

5. Az „abortusz tabletta” ma Magyarországon nem alkalmazható. Amennyiben erre vonatkozó döntés születik, használata nem gyógyszerészi kompetencia, így gyógyszerértári forgalmazhatóságának lehetővé tételét nem támogatjuk.

Budapest, 2026. július 30.

Tisztelettel



Dr. Hankó Zoltán
elnök, MGYK

Tisztelt Egybegyűltekt!

A Magyar Orvostanhallgatók Szövetségének nevében szeretném megköszönni azt az óriási megtiszteltetést, hogy lehetőségünk van egy ilyen központi kérdést megtárgyaló rendezvényen részt venni.

Szövetségünk mottója, miszerint 'Együtt egészséget építünk!' nem marad meg a szavak szintjén: non-profit, közhasznú szövetséggént egyszerre vagyunk jelen az óvodákban a Teddy Maci kórház programunkkal, érünk el évente közel 50.000 embert prevenciós előadásainkkal, szervezünk ingyenes lakossági szűréseket, illetve a széles publikum számára különböző egészségfejlesztéssel foglalkozó workshopokat vagy akár előadásokat is.

Több évtizedes tevékenységünk során folyamatos tapasztalatunk, hogy akár a diákságról, akár a felnőtt populációról beszélünk, óriási hiányosságok vannak a szexuális nevelés kapcsán. A felvilágosításnak nem csak a gumióvszer használatáról kellene szólnia, hanem arról is, milyen egyéb védekezési módok állnak rendelkezésre, milyen a valódi konszenzus egy szexuális aktus során, és természetesen arról, hogy ha úgy kívánja egy szituáció, hogy tud hozzáférni valaki az esemény utáni tablettákhoz. Ennek ellenére az elmúlt évek bizonytalan szabályozási környezete miatt rengeteg szakmai civil szervezet, köztük mi is, azzal a helyzettel találjuk szemben magunkat, hogy a klinikákkal összeállított szakmai anyagaink, mint elveszett erőforrás vannak csak jelen a szexuális nevelés kapcsán, pedig a korban a fiatalokhoz közelebb álló orvostanhallgatók szerepe megkérdőjelezhetetlen kellene hogy legyen az egészségnevelésben.

Másrészről pedig, a jövő egészségügyi dolgozóiként rendkívül fontos az, hogy milyen tudással kerülünk ki az egyetemről, de ami ennél talán még fontosabb, hogy az orvosi hivatás kapcsán ki kell alakítani egy olyan attitűdöt, ami nem csak bizalomkeltő a beteg felé, hanem empátikus és elfogadó is. Ezt a célt szolgálják az egyetemeken fellelhető etika kurzusok. Ezen tárgy elvégzése kapcsán sokszor követelmény, hogy gyakorlati tapasztalataink során keressünk olyan pozitív, vagy

negatív példákat, amelyen keresztül tudjuk prezentálni egy-egy etikai alapelv továbbá betegjog érvényesülését vagy éppen nem érvényesülését.

Engedjék meg, hogy egy hallgatótársam által átélt és rögzített esetet most beemeljek a felszólalásomba is:

„A hallgató a blokkgyakorlat szülészeti-nőgyógyászati részét egy igazán jó hírnévnek örvendő hazai megyei kórházban töltötte.

Éppen egy művi abortuszt hajtott végre egy fiatal szakorvos, aki a beavatkozás felvezetését a jelen lévő hallgatók részére így tudta le: „Ez egy kaparás lesz, kiszedjük, mert felelőtlen volt. Aztán most meg nem kell neki.”

Mindezek alapján azt a kérdést szeretném a továbbiakban körbejárni, hogyan fordulhat elő az, hogy a negyedéves orvostanhallgató, aki szembesül ilyen helyzetekkel, és felháborítja az, akár már pár évre rá, fiatal szakorvosként görbe tükör lesz és negatív példát megtestesítő esetként hivatkoznak rá.

A magyar orvoscépzés elméletcentrikus. Minden kétséget kizáróan a Magyarországon végző hallgatók elméleti tudása felveszi a versenyt bármely nyugati országban végzetekével, de az utóbbi években bekövetkező fejlődés ellenére, továbbra is hiányoznak azok a gyakorlati készségek, amelyek segítenének kialakítani azt az attitűdöt, hogy nem betegséget, hanem beteget gyógyítunk.

Egyrészt a hatalmas és folyamatos elvárás, a hallgatók állandó nyomás alatt tartása, megfelelő mentális segítségnyújtás nélkül, azt a tévképzetet építi fel bennük, hogy az lesz a legjobb orvos, aki mindent és mindig tud. Ez a megnövekedett nyomás miatti magas észlelt stressz számtalan kutatásban megjelenik, ennek következtében pedig a pszichológiai/pszichiátriai kórképek száma is szignifikánsan nagyobb ebben a csoportban, azokról az esetekről nem is beszélve, akik ugyan kitartásuknak és maszkolásuknak köszönhetően nem ütnek meg a diagnosztikai kritériumokat, de valójában tényleges segítségre lenne szükségük.

Hogyan várhatjuk el attól a frissen végzett hallgatótól, aki már akár az egyetemi képzése végére kiégett, hogy egy ilyen érzékeny témában empátiával forduljon a

páciensei irányába.

A másik fontos hiányosság, hogy a képzéseink nem tartalmaznak megfelelő mennyiségű gyakorlatot, hogy elsajátítsuk annak a képességét, hogy az ilyen beteg számára is érzelmileg megterhelő helyzetben miként és hogyan reagáljunk.

Rendkívül fontos lenne behelyezni az oktatásba még több olyan gyakorlati kommunikációs tréninget, amely valóban felkészíti a jövő segítőit arra, hogyan tudnak pártatlanul, az esküjük szövegéhez híven valós segítséget nyújtani úgy, hogy mindeközben a saját mentális állapotukat sem rontjuk tovább.

Bármilyen álláspont, illetve döntés is kerül elfogadásra a jövőben az abortusz kérdéskör kapcsán, ahhoz, hogy az valóban az orvostársadalom minden részében egy szakmai standard legyen, először az orvosképzésben kell a meglévő hiányosságokat pótolni.

Még egyszer köszönöm a megtisztelő figyelmüket, és a lehetőséget, hogy a mai nap mi is jelen lehetünk a beszélgetésen.

Felszólalt: Nagy Bence Gyula, a MOSZ Emberi jogi koordinátora.

A Magyar Orvostanhallgatók Szövetsége nevében,

Várkonyi Beáta

elnök

2026.07.30.

Kerekasztal megbeszélés az életkezdettel kapcsolatos etikai döntéshozatal témakörében

Egészségügyi Minisztérium, 2026. július 30.

A **Magyar Pszichológiai Társaság** részéről a kerekasztalon részt vett, és az írásos összefoglalót készítette: dr. Nagy Beáta Magda PhD klinikai szakpszichológus, szociológus, egyetemi adjunktus

Pszichológiai szempontból a művi abortuszt krízisállapotnak, magas pszichés terheléssel járó döntési helyzetnek tekintjük, olyan egészségügyi beavatkozásnak, amelynek ugyan nincsenek szükségszerűen mentális következményei, de a negatív pszichológiai reakciók, így a mentálisegészség-romlás valószínűségét jelentősen megnöveli. Specifikuma, hogy egy nagyon szűk idői ablak áll rendelkezésre, amelyben egy egyszeri és visszafordíthatatlan döntést kell meghozni az érintett nőnek / párnak, ráadásul egy olyan helyzetben, amelyben a stresszszint eleve magas. További jellemző, hogy a gesztációs kor döntő jelentőségű: minél később történik meg a terhesség megszakítása, annál nagyobb a negatív szomatikus és mentális következmények kockázata, vagyis a terhességi kor befolyásolja a beavatkozás biztonságosságát. Ha a várandósság nem tervezett volt, nagyobb valószínűséggel döntenek annak megszakítása mellett.

A nemzetközi gyakorlat három olyan kulcsezszközt azonosít, amelyek bizonyítottan hatékonyak a művi abortuszok számának csökkentésére, és amelyek hatása pszichológiai szempontból is jelentős.

I) A közoktatásba bevezetett egységes, komplex, tudományos alapokon nyugvó, az életkornak megfelelő szexuális nevelés

A WHO és az európai szakmai szervezetek (pl. European Board & College of Obstetrics and Gynaecology, European Society of Contraception and Reproductive Health stb.) a szexuális nevelést a legfontosabb megelőző eszköznek tekintik a művi abortusz vonatkozásában. A nemzetközi adatok szerint azokban az országokban, ahol a komplex szexuális nevelés megvalósul (pl. Svédország, Hollandia), a fiatalok később kezdik a szexuális életet, emellett következetesebben és tudatosabban használnak fogamzásgátló eszközöket, ezért a nem tervezett várandósságok száma alacsonyabb. Az iskolákban zajló, kötelező szexuális nevelés a szexualitást egészségügyi és kapcsolati keretben tárgyalja, ezzel csökkenti a tabusítást, és valós információkat biztosít. A program része a tanárok stigma-érzékeny megközelítésű képzése is. A szexuális nevelés a fiúkat is bevonja (nemcsak a fogamzásgátlási tudás, de

a felelősségvállalás és kommunikáció vonatkozásában is), ez csökkenti a nőkre nehezedő egyoldalú terhet, és csökkenti a nem tervezett várandósság létrejöttének esélyét.

Ezzel szemben a szexuális nevelés hiánya (akár a hatékony fogamzásgátlási módszerek alkalmazását, akár a várandósság felismerését, akár a reprodukív egészség bármely más tényezőjét tekintve) az egyik legerősebb kockázati tényező a nem tervezett terhességek és így az abortuszok szempontjából.

Pszichológiai oldalról nézve a szexuális nevelés normalizálja a reprodukív egészséggel kapcsolatos kérdéseket, ezért csökken az információhiány és ezzel a szégyenérzet, csökken a félelem a negatív megítéléstől, ami növeli a segítségkérés valószínűségét, és egy esetleges nem várt várandósság esetén is csökkenti a késlekedést. Másrészt a szexuális nevelés javítja a párkapcsolati kommunikációt, ami segít elkerülni azokat a párkapcsolati krízishelyzeteket, amelyek egy várandósság megszakításához vezethetnek. A szexuális nevelés csökkenti a tévhiteket, ami kevesebb szorongásból és irracionális félelemből fakadó rossz döntést eredményez, és növeli az autonómiát és az önhatékonyt, ami pedig a krízishelyzetek elkerülését vagy hatékonyabb megoldását támogatja.

II) A fogamzásgátlási eszközök elérhetősége

Az oktatás lehetővé teszi a fogamzásszabályozásra vonatkozó ismeretek elsajátítását, de emellett a megfelelő eszközök elérhetőségének biztosítása is kitüntetetten fontos. Ide tartozik a(z)

- ingyenes vagy támogatott fogamzásgátlás a fiataloknak (Franciaországban például, ahol 2022-ben bevezették a 25 év alatti nők számára az ingyenes fogamzásgátlást, 2024-re a 20 év alatti nők abortuszaránya jelentősen (8,7‰ → 5,5‰) csökkent) és az alacsony jövedelmű csoportoknak
- hosszú hatású (LARC) módszerek (IUD, implantátum) elérhetővé tétele, a költségük csökkentése a hosszú távú, hatékony megelőzés érdekében
- integrált családtervezési szolgáltatások kialakítása, ahol egy helyen elérhető a fogamzásszabályozási tanácsadás, az ellátás és a megelőzés
- a megelőzés eszközeinek terén a hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek és a jövedelmi és társadalmi státusszal való összefüggéseinek mérséklése
- a poszt-abortusz tanácsadás (bővebben ld. később)
- a sürgősségi fogamzásgátlás elérhetősége (bővebben ld. alább)

A fogamzásgátlás elérhetőségének javítása egyben erős pszichológiai védőfaktort is képez, amennyiben a hozzáférés javítása közvetlenül csökkenti a szorongást és a krízishelyzetbe kerülés kockázatát.

A *sürgősségi fogamzásgátlás (EC) elérhetősége* nemcsak jogi és közegészségügyi, hanem egyben pszichológiai kérdés is. Ahol az EC elérhetősége nem nehezített (vagyis az recept nélkül elérhető, nem stigmatizált és széles körben ismert), ott a nők – mivel nem kell a negatív megítéléstől tartaniuk és szégyent megélniük – korábban cselekszenek, kevesebb szorongást élnek át és nem kerülnek abortusz-

krízisbe, vagyis az elérhető EC csökkenti a mentális terheket és csökkenti a krízishelyzetek számát. Abban az élethelyzetben, amikor egy nem kívánt várandósság esetleges létrejötte amúgy is a stressz magas szintjével jár együtt, a hozzáférés nehezített volta és stigmatizált jellege tovább növeli a pszichés feszültséget, és ezzel egy akut krízishelyzet kialakulásának valószínűségét.

Az EC tehát a szégyen helyett gyors segítséget jelent; nem „kényelmi megoldás”, hanem egy akut krízishelyzet megelőzésének lehetséges módja, ezért védőfaktor a mentális egészség megőrzése szempontjából.

A sürgősségi fogamzásgátlás a megelőzés és a nem tervezett várandósságok csökkentésének eszköze. Összemosása az abortusszal, az így előálló moralizáló környezet és ítélező egészségügyi kommunikáció szégyenhez, félelemhez, és így a segítségkérés halogatásához vezet, amelynek a negatív pszichés hatásokon túl közvetlen egészségügyi következményei lehetnek.

III) Megelőzésre épülő rendszer és jogi környezet, biztonságos és stigmamentes abortuszellátás

Az abortuszellátáshoz való hozzáférés szigorítása (beleértve ebbe olyan „finomabb” eszközöket is, mint a várakozási idő orvosilag nem indokolt nyújtása vagy az erős adminisztratív kontroll) a nemzetközi adatok szerint nem csökkenti az abortuszok számát, csak késlelteti az ellátást, növelve ezzel az egészségügyi kockázatokat és ezzel együtt a nők pszichés terheit is. Ezzel szemben a jogi akadályok csökkentése (pl. várakozási idő eltörlése, többféle ellátási forma engedélyezése) és a nem tervezett várandósságok megelőzésére fókuszáló stratégiák bevezetésének kombinálása egy biztonságosabb, inkább prevenció-központú, mint akadályozó jellegű rendszert hoz létre, amely jóval hatékonyabb az abortuszok csökkentése szempontjából.

- A megelőzésre épülő rendszer eleme lehet hosszabb távon a széles körű családtervezési tanácsadás bevezetése akár a háziorvosi vagy védőnői rendszeren belül, akár olyan országos szakmai infrastruktúra kidolgozásával, mint pl. a holland családtervezési központok (Rutgers) országos hálózata, ami egyszerre kutatóintézet, szakpolitikai háttérintézmény, oktatási központ, szolgáltatásfejlesztő és minőségbiztosító.
- Szintén a megelőzés – nemzetközi gyakorlatban már eredményesen alkalmazott – eleme a férfiak bevonása a családtervezésbe, értve ezalatt akár a célzottan férfiaknak kialakított fogamzásgátlási tanácsadást és edukációt, akár a terhességmegszakításnál a párkapcsolati döntéshozatal támogatását, de akár a (politikai) kommunikáció terén a férfi felelősség hangsúlyozását is. Európai kutatások szerint a férfiak bevonása a fogamzásgátlási döntésekbe csökkenti a nők egyoldalú terhelését, és javítja a módszerek következetes használatát, valamint csökkenti a nem tervezett terhességek számát, mert a felelősség megoszlik. Pszichológiai oldalról az informált és támogató társ jelenléte hatékonyan csökkenti az érzelmi distresszt, és ezzel a nem tervezett várandóssággal kapcsolatos döntés pszichés terheit is.

- A megelőzés további hangsúlyos eleme az abortusz szempontjából fokozottan veszélyeztetett csoportokra irányuló kiemelt figyelem és támogatás (pl. speciális edukációs programok) és a kulturálisan érzékeny kommunikáció a sérülékeny csoportok felé.

A megelőzés eredményessége ugyanakkor nem képzelhető el a stigmatizáció hatásának vizsgálata nélkül. A nemzetközi példák azt mutatják, hogy a stigma közvetlenül befolyásolja az abortuszok számát, időzítését, biztonságát és a megelőzés hatékonyságát. Ahol az abortusz erősen stigmatizált, ott a nők később kérnek segítséget és később jelentkeznak terhességmegszakításra, ezért nagyobb az aránya késői, komplikáltabb beavatkozásoknak. A stigma csökkenti a (posztabortusz) fogamzásgátlási tanácsadás hatékonyságát is, mert a stigma miatt a nők kevésbé mernek kérdezni, kevésbé mernek visszajárni kontrollra vagy további segítséget kérni – a nemzetközi kutatások szerint a stigma az egyik legerősebb akadálya a hatékony megelőzésnek.

A stigmamentes ellátás alapja az autonómiát tiszteletben tartó protokollok és információ-alapú kommunikáció támogatása, vagyis, amikor az ellátást végzők nem moralizálnak, nem kérdeznek ítélező módon, nem sugallják, hogy a nő „rossz döntést” hozott, és nem próbálják lelkiismereti nyomásgyakorlással befolyásolni a döntést. Ezek a kutatási eredmények szerint nem csökkentik az abortuszok számát, csak növelik a stigma hatását.

A *gyógyszeres abortusz lehetősége* szintén csökkenti a stigmatizációt, és ezért korábbi segítségkérést és így kevesebb komplikációt eredményez, de a műtéti abortusszal összevetve más kedvező pszichés hatása is ismert. Egyrészt csökkenti a pszichés terhelést: a kórházi környezethez kötött, invazív, a test feletti kontrollvesztés élményét hordozó műtéti eljárás sok nő számára fenyegető, az elvégzése gyakran traumatizáló. Ezzel szemben a gyógyszeres abortusz esetén nincs külső beavatkozás, a folyamat a nő saját tempójában zajlik és nagyrészt kontrollálható, ami növeli az autonómia érzését, ami védőfaktort jelent a szorongásos zavarok, a depresszió és poszttraumás stressz zavar kialakulásával szemben. A gyógyszeres abortusznál lehetőség van a partner támogató jelenlétére, ami szintén kedvezően befolyásolja a későbbi pszichés állapotot.

A gyógyszeres abortusz lehetősége egyben erősíti a megelőzés hatékonyságát, pszichológiai okokból is. Mivel a folyamat nem traumatikus, nem szégyen alapú, és nem jár kontrollvesztéssel, a nők utána jobban bevonhatók tanácsadásba és nagyobb arányban fogadják el a felajánlott fogamzásgátló módszereket, ami pedig hosszú távon lehetővé teszi a hatékony fogamzásgátlási tanácsadást és csökkenti a nem tervezett terhességek, valamint az ismételt abortuszok számát.

A megelőzésre épülő rendszer további hatékony eleme lehet a *posztabortusz tanácsadás*, amely lehetőséget ad egyfelől a fogamzásszabályozással kapcsolatos edukációra és személyre szabott megelőzési tervek kialakítására, LARC módszerek ajánlására (és akár in situ előzetes vizsgálatok

elvégzésére, az eszköz felírása vagy felhelyezésére), de pszichológiai ellátásra is. A művi abortusz utáni időszakban nő a mentális sérülékenység, elsősorban a feldolgozatlan veszteségélmények miatt, amelyek a későbbiekben megnövekedett valószínűséggel vezetnek komplikált gyász kialakulásához, és kockázati tényezőt jelentenek az abortusz utáni terhességre és a született gyerekre nézve is. A művi terhességmegszakítás után nő a klinikai mértékű zavarok (szorongás, depresszió) megjelenésének esélye. Ez az esetek egy részében az abortusz közvetlen következményének tekinthető, de a negatív hatások gyakran a várandósság előtt is fennálló tényezőkkel (pl. párkapcsolati problémák) függnék össze, amelyek akár a terhességmegszakítás okaként is jelen lehetnek. A kockázati tényezők között kiemelt jelentőséggel bír az előzmények között szereplő mentális zavar, illetve a korábbi abortusz. Igazolt tény, hogy nagyobb arányban jelennek meg pszichés problémák azoknál a nőknél, akiknek volt abortuszuk, mint azoknál, akiknek nem, ezért fontos volna e populáció célzott pszichológiai támogatása, akár kríziskezelés és traumainformált pszichológiai ellátás, akár szűrés, akár pedig megelőző mentális egészségügyi intervenciók formájában.

Az abortuszhoz a mentális sérülékenység növekedése miatt tehát természetes módon kellene kapcsolódnia mentális ellátásnak is, a pszichológiai támogatás integrálása a posztabortusz tanácsadásba pedig lehetővé tenné annak strukturált, egyenlő esélyű hozzáférést biztosító rendszerének kialakítását.

2026.07.30 Egészségügyi Minisztérium Magyar Szülész nők Egyesülete -Állásfoglalás

1. „Szívhangtörvény”

Véleményünk szerint a törvény sérti az **Autonómia — a várandós nő döntési szabadsága alapvető etikai elvét.**

A szívhang meghallgatása főként egy rendkívül nehéz döntés közepette óriási **Trauma-kockázatot** hordoz— a kötelező szívhang-meghallgatás bizonyos esetekben pszichés terhelést okozhat (pl. erőszak, egészségügyi indikáció, krízishelyzet).

Bizonyíték-alapú gyakorlat hiánya — nincs olyan kutatás, amely igazolná, hogy a szívhang meghallgatása csökkenti az abortuszok számát.

Véleményünk szerint a **korai, könnyen elérhető fogamzásgátlás, a krízishelyzetben fogant terhességek komplex támogatása. (Anyaoththonok, Munkaerőpiaci szerepvállalás segítése...tehát a szociális és mentális egészségügyi ellátás erősítése és az edukáció a valóban célravezető.**

Mit javasolunk az új szakmai irányelvben erre vonatkozólag ?

- Nem kötelező, hanem választható szívhang-meghallgatás.
- Krízishelyzetben külön protokoll, pszichés támogatással.

A legfontosabbnak ebben a témában a nem kíván terhességek megelőzését tartjuk .

Prevenációs programok: Már az általános iskola 7.8. osztályában kell szexuális felvilágosítás a nemi betegségekről és a fogamzásgátlókról. Amit a gimnázium első két évében megismételni!!

Ezt kiemelném, hogy szüléset-nőgyógyászatban jártas szakember kellene, hogy végezze, minden esetben.

Legcélravezetőbb az abortuszok visszaszorítása érdekében a SZOCIÁLIS FOGAMZÁSGÁTLÁS.

Halmazottan hátrányos helyzetű tanuló lányok ingyenes fogamzásgátlót, gumióvszert kapjanak.

Szociálisan rászorult, szült Nők IUD felhelyezés ingyenesen.

A TERHESSÉGMEGSZAKÍTÁSI JEGYZŐKÖNYV. CSVSZ-ben még mindig INDIGÓPAPÍRON rögzítik a jegyzőkönyvet . 1 példányt megkap a páciens másik példányt postán vagy személyesen eljuttatját a beavatkozást végző intézménybe. Kérjük hogy legyen ez digitalizálva!!!

2. Sürgősségi fogamzásgátlás („esemény utáni tabletta”) vénykötelessége

- Hatékonysága időfüggő: minél hamarabb jut hozzá a nő, annál jobb.
- Idővesztés: mire orvoshoz jut, csökken a hatékonyság.
- Nem igényel orvosi vizsgálatot — a WHO és az európai gyakorlat szerint biztonságos OTC készítmény.
- Krízishelyzetben akadályt jelent (pl. hétvége, vidéki települések, fiatalok).
- Nem növeli a kockázatokat, nem okoz egészségügyi károkat.

Javaslatunk szerint : Szűnjön meg a vénykötelesség de a patikai tanácsadás, tájékoztatás része legyen a szakorvosi vizsgálat fontossága párhuzamos edukációval a rendszeres fogamzásgátlásról.

3. Gyógyszeres terhességmegszakítás („abortusz tabletta”) hazai bevezetése

Ez a téma szakmailag nagyon egyértelmű, mert a világ nagy részén már bevett gyakorlat. Kérdés, hogy melyik irányelvet követjük. Azért is támogatható mert Missed Abortion (Abbamaradt vetélés) esetén is használható ami egy humánusabb megoldás lehet.

Angol és Amerikai irányelvek szerint NICE-ACOG

- Elég a terhesség bizonyítása szükségtelen szívhang megléte. (Okafogott is a szívhangtörvény)
- 10 hét alatt ha nincs szövődmény otthon is lezajlódhat. 10 hét felett szükséges a hospitalizáció. Tehát jelentős terhet venne le az ellátókról.
- A teljes gyógyszerprotokoll nem drága a Mifepriston árfolyamfüggő de 10.000 ft körül van a Misoprostol pedig 2-3000 ft, tehát anyagi szempontból is kedvezőbb mind az ellátóknak mind az ellátottaknak.

- Biztonságosabb, mint a műtéti eljárás korai terhességnél.
- Kevesebb szövődmény, kisebb fizikai megterhelés.
- Kíméletesebb élmény sok nő számára.

-WHO ajánlás: első trimeszterben elsőként választandó módszer.

- Egészségügyi rendszer tehermentesítése.

Szakmailag támogatjuk, mert a döntés továbbra is a nőé — a módszer csak biztonságosabb alternatívát ad. A hozzáférés javítása nem növeli az abortuszok számát, csak csökkenti a kockázatokat.

Szigorú, de ésszerű protokoll: orvosi konzultáció, ultrahang, kontrollvizsgálat, Biztonságos, ellenőrzött gyógyszerhasználat. Kizárólag orvosi kompetencia és vénykötelesség!

„Köszönöm a meghívást. A Magyar Szülésznek Egyesületének elnökeként szeretném röviden összefoglalni szakmai álláspontunkat a három kiemelt témában.

Elsőként a szívhang-rendeletéről: szakmai tapasztalataink alapján a kötelező szívhang-meghallgatás nem javítja a döntéshozatal minőségét, és bizonyos krízishelyzetekben kifejezetten traumatizáló lehet. A nemzetközi evidenciák sem támasztják alá, hogy csökkentené az abortuszok számát. A szívhang meghallgatását választhatóvá tennénk, és a hangsúlyt a prevencióra helyeznénk.

A sürgősségi fogamzásgátlás esetében a legfontosabb szakmai szempont az időfaktor. A vénykötelesség akadályt jelent, különösen vidéken és hétvégén. A WHO és az európai gyakorlat szerint biztonságos OTC készítményről beszélünk. A hozzáférés javítása bizonyítottan csökkenti a nem kívánt terhességek számát.

A gyógyszeres terhességmegszakítás kapcsán szeretném hangsúlyozni, hogy a WHO elsőként választandó módszerként ajánlja az első trimeszterben. Biztonságosabb, kíméletesebb és kevesebb szövődménnyel jár, mint a műtéti eljárás. Szigorú, de ésszerű protokoll mellett a bevezetése jelentősen tehermentesítené az ellátórendszert.

Összességében a Magyar Szülésznek Egyesülete a nők autonómiáját, a krízishelyzetek érzékeny kezelését és a bizonyítékokon alapuló ellátást tartja elsődlegesnek. A hozzáférés javítása és a prevenció erősítése csökkenti a nem kívánt terhességek számát – nem a korlátozás.”



A Magyar Védőnők Egyesületének szakmai álláspontja

A védőnői ellátás szerepe az életkezddel kapcsolatos döntések támogatásában

A Magyar Védőnők Egyesülete üdvözlí az Egészségügyi Minisztérium kezdeményezését, amely az életkezddel kapcsolatos etikai és szakmai kérdésekben széles körű szakmai párbeszédet kíván elindítani.

Meggyőződésünk, hogy a reprodukív egészséggel kapcsolatos szakpolitikai döntések csak a bizonyítékokon alapuló egészségügyi ismeretekre, a különböző szakmák együttműködésére és a családok való szükségleteinek figyelembevételére épülhetnek.

A Magyar Védőnők Egyesülete örömmel fogad minden olyan szakmai párbeszédet, amelynek célja a nem kívánt várandósságok számának csökkentése, a nők és családok támogatása, valamint a bizonyítékokon alapuló, etikus egészségügyi ellátás fejlesztése.

A magyar védőnői szolgálat több mint egy évszázados múlra visszatekintő, nemzetközileg is elismert közösségi egészségügyi ellátási modell, amely meghatározó szerepet tölt be a lakosság egészségének megőrzésében, a családok támogatásában és a népegészségügyi célkitűzések megvalósításában.

A védőnők országos lefedettséggel, a családok életútját hosszú távon végig kísérve végzik munkájukat. Egyedülálló helyzetükből adódóan bizalmi kapcsolatot alakítanak ki a nőkkel és családjaikkal már a gyermekvállalás tervezésétől kezdődően, a várandósgondozáson, a gyermekágyas időszakon és a kisgyermekes családok támogatásán át egészen az iskoláskor végéig.

Ez a folyamatos jelenlét lehetővé teszi a primer prevenció erősítését, az egészségértés fejlesztését, a családtervezési tanácsadást, a reprodukív egészséggel kapcsolatos hiteles tájékoztatást, valamint a veszélyeztető és krízishelyzetek korai felismerését. A védőnők szükség esetén hatékonyan működnek együtt a háziorvosokkal, szülész-nőgyógyász szakorvosokkal, pszichológusokkal, szociális szakemberekkel, gyermekjóléti szolgálatokkal és más társszakmákkal, biztosítva a komplex, személyre szabott ellátást.

Meggyőződésünk, hogy a reprodukív egészséggel, a családtervezéssel, valamint az életkezddel kapcsolatos szakpolitikai döntések és szakmai irányelvek kidolgozása során a védőnői szolgálat tapasztalataira és kompetenciáira kiemelt mértékben kell építeni.

A mindennapi ellátás során szerzett gyakorlati ismeretek, a családokkal kialakított bizalmi kapcsolat és a prevencióban betöltött szerep olyan szakmai értéket képvisel, amely nélkülözhetetlen a hatékony és emberközpontú egészségpolitikai intézkedések kialakításához.



1. A prevenció legyen a központi stratégia

A nem kívánt várandósságok számának csökkentése elsősorban nem tiltásokkal, hanem megelőzéssel érhető el.

Ennek alapjai:

- korszerű, életkornak megfelelő egészségnevelés már gyermek- és serdülőkorban;
- tudományosan megalapozott, hiteles szexuális felvilágosítás;
- a kapcsolati kultúra, a felelős döntéshozatal és az önrendelkezés fejlesztése;
- a fiatalok egészségértésének erősítése;
- könnyen elérhető családtervezési tanácsadás;
- a korszerű fogamzásgátló módszerekhez való könnyebb, anyagilag is elérhető hozzáférés, különösen a fiatalok és a szociálisan hátrányos helyzetűek számára.

A védőnők ebben kulcsszereplők. Már az óvodától kezdődően, majd az iskolai egészségfejlesztés során, később pedig a családtervezés és a várandósgondozás idején is lehetőségük van a megelőzésre.

A prevenció akkor lehet eredményes, ha folyamatos, életkori sajátosságokhoz igazított és egységes szakmai program alapján történik.

2. A krízishelyzetben lévő várandós nők emberi méltóságának védelme

Minden várandós nőnek joga van ahhoz, hogy döntését ítélkezéstől mentes, empatikus, szakmailag hiteles környezetben hozhassa meg.

Ennek feltétele:

- teljes körű és kiegyensúlyozott tájékoztatás;
- pszichés támogatás;
- a szociális lehetőségek bemutatása;
- szükség esetén pszichológus, szociális szakember, nőgyógyász, háziorvos, gyermekjóléti szolgálat és civil szervezetek együttműködése.

Kiemelten fontosnak tartjuk a Család- és Gyermekjóléti Központokkal és a Családvédelmi Szolgálatokban dolgozó védőnőkkel történő szoros szakmai együttműködést. Ők nap mint nap olyan nőkkel találkoznak, akik életük egyik legnehezebb döntése előtt állnak, ezért tapasztalataik nélkülözhetetlenek a szakmai irányelvek kialakításában.



3. Tudományos bizonyítékokon alapuló szakmai döntések

A Magyar Védőnők Egyesülete álláspontja szerint a sürgősségi fogamzásgátlás hozzáférhetőségével, a gyógyszeres terhességmegszakítás hazai alkalmazásával, valamint a reprodukzív egészséget érintő valamennyi szakmai kérdéssel kapcsolatos döntéseknek a tudományos bizonyítékokon, nemzetközi szakmai ajánlásokon, betegbiztonság követelményein és széles körű szakmai egyeztetésen kell alapulniuk.

A védőnők elsődleges feladata ezekben a folyamatokban:

- a prevenció;
- az egészségnevelés;
- a hiteles tájékoztatás;
- a családtervezési tanácsadás;
- valamint a nők és családok támogatása.

4. A nők önrendelkezése és emberi méltósága

A Magyar Védőnők Egyesülete fontos alapelvnek tartja, hogy minden nőt megillessen az emberi méltóság tisztelete, a korrekt tájékoztatás és a saját testét érintő döntésekhez szükséges információkhoz való hozzáférés.

A szakmai szabályozásoknak támogatniuk kell a tájékozott döntéshozatalt, és kerülniük kell minden olyan elemet, amely megbélyegzőnek, büntető jellegűnek vagy aránytalan pszichés terhet jelenthet.

Ennek szellemében indokoltnak tartjuk a jelenlegi úgynevezett „szívhang-rendelet” szakmai és etikai felülvizsgálatát. Álláspontunk szerint olyan szabályozásra van szükség, amely a várandós nők méltóságát tiszteletben tartja, nem növeli kiszolgáltatottságukat, és a döntéshozatalt támogató, nem pedig kényszerítő szemléletet képvisel.

5. A korszerű fogamzásgátlás hozzáférhetőségének javítása

A nem kívánt várandóságok megelőzésének egyik leghatékonyabb eszköze a korszerű fogamzásgátlás elérhetőségének javítása.

Ennek érdekében javasoljuk:

- a családtervezési tanácsadás országos megerősítését;
- a fogamzásgátló módszerekhez való könnyebb hozzáférést;



- a fiatalok és a hátrányos helyzetűek támogatását;
- a sürgősségi fogamzásgátlás hozzáférhetőségének vizsgálata során elsődleges szempontnak tartjuk a betegbiztonságot, az időfaktort, a megfelelő egészségügyi tanácsadást, valamint a nemzetközi szakmai ajánlások figyelembevételét,
- országos prevenciós program kidolgozását a védőnői szolgálat aktív részvételével.

6. Humánus ellátás minden élethelyzetben

Akár a várandósság folytatása, akár annak megszakítása mellett dönt egy nő, az egészségügyi ellátásnak minden esetben emberségesnek, biztonságosnak, magas szakmai színvonalúnak és a nő testi-lelki szükségleteit figyelembe vevőnek kell lennie.

Ugyanez az elv érvényes a szülészeti ellátásra is: minden nőt megillet a tiszteletteljes, méltóságát megőrző, bizonyítékokon alapuló szülészeti ellátás.

7. Javaslataink

A Magyar Védőnők Egyesülete javasolja:

- országos reprodukív egészségfejlesztési stratégia kidolgozását;
- egységes, korszerű iskolai egészségfejlesztési program létrehozását védőnői koordinációval;
- a védőnői prevenciós kompetenciák megerősítését;
- a Családvédelmi Szolgálatokban, iskolákban, területen és a kórházakban dolgozó védőnők bevonását az új szakmai irányelvek kidolgozásába;
- a reprodukív egészséggel kapcsolatos valamennyi szakmai irányelv rendszeres felülvizsgálatát;
- a tudományos bizonyítékokon alapuló döntéshozatal következetes érvényesítését;
- a fogamzásgátló módszerek hozzáférhetőségének javítását;
- a női méltóságot és önrendelkezést tiszteletben tartó egészségügyi ellátás további erősítését.



Összegzés

Meggyőződésünk, hogy az abortuszok számának csökkentése elsősorban nem jogszabályi szigorítással, hanem a prevenció, az egészségnevelés, a családtervezés, a korszerű fogamzásgátlás hozzáférhetőségének javítása, valamint a krízishelyzetbe került nők komplex támogatása révén érhető el.

A Magyar Védőnők Egyesülete álláspontja szerint az életkezdettel kapcsolatos szakpolitikai kérdésekben olyan szabályozási környezet kialakítása indokolt, amely egyaránt szolgálja a prevenció erősítését, a családok támogatását, a nők emberi méltóságának tiszteletben tartását, valamint a bizonyítékokon alapuló egészségügyi ellátás fejlődését.

Egyesületünk kész aktívan közreműködni a szakmai irányelvek, módszertani ajánlások és prevenció programok kidolgozásában, valamint a védőnői szolgálat szakmai tapasztalatainak és gyakorlati ismereteinek rendelkezésre bocsátásával támogatni az Egészségügyi Minisztérium munkáját.

Magyar Védőnők Egyesülete Országos Elnöksége nevében

tisztelettel és együttműködési szándékkal:

Gitidiszné Gyetván Krisztina
elnök

Magyar Védőnők Egyesülete

2026. július 28.

Tisztelt Miniszter Úr, Államtitkár Úr és Parlamenti Államtitkárság!

Köszönjük, hogy részt vehettünk az életkezdettel kapcsolatos etikai döntéshozatal témakörében július 30-án megtartott kerekasztal-beszélgetésen, valamint köszönjük az egyeztetés során tanúsított nyitottságukat és a biztonságos légkört.

A megbeszélésen elhangzott gondolataink, javaslataink

A tiszteletteljes, traumatudatos és traumainformált ellátás megvalósítása mindenütt szükséges, ahogy ezt a többi szervezet is kihangsúlyozta.

Prevenció edukációval - intézményi szinten már óvodás kortól egészen a felnőtté válásig és azon túl is. Családok számára szülői programok; ehhez néhány ajánlott kiadvány:

Az átfogó szexuális nevelés alapjai - 2022 (PDF)
<https://szexualisneveles.hu/blog/szexualis-neveles-hirek-2>

<https://hatter.hu/sites/default/files/dokumentum/kiadvany/atfogo-szexualis-neveles-online-1.pdf>

<https://helloszulo.hu/?type=article&id=558&title=Orult-otlet-mar-az-ovodaban-elkezdeni-a-szexualis-nevelest&new=true>

Tinédzsereknek jó gyakorlatként javasoljuk - holland mintára - tanácsadó/konzultációs központok létrehozását szexedukátorokkal, kortárs segítőkkel, önkéntesekkel.

Nem orvosi megközelítéssel!

Nem ugyanaz, mint a gyermeknőgyógyászat és nem is tinédzszerambulancia!

Esetleg az EFI-k számának növelésével, tevékenységének kiterjesztésével megoldható:

Egészségfejlesztési Irodák - 2014-re 61 irodából álló hálózat jött létre, ma már 113 működik országszerte:

<https://egeszsegvonal.gov.hu/maradj-egeszseges/egeszsegfejlesztes/egeszsegfejlesztesi-irodak-halozata.html>

A Családvédelmi Szolgálatok újragondolása, a nemzetközi irányelvek adaptálása, a munkatársak érzékenyítése, szemléletformálása, ahol szükséges, egészségügyi mediatörök képzettségével és bevonásával.

Gyakran szociális problémák állnak a nem kívánt terhességek hátterében, ezért nélkülözhetetlen a szoros együttműködés az egészségügyi és a szociális ellátó rendszer között.

Mo.-n az abortuszok száma csökkenőben van, de még mindig az egyik legmagasabb az EU-ban, különösen a kiskorúak és nehéz szociális körülmények között élők körében:

<https://atlatso.hu/adat/2022/07/12/evek-ota-csokken-az-abortuszok-szama-magyarorszagon-de-meg-igy-is-az-egyik-legmagasabb-az-unioban/>

A futószalagszerű rutin ellátás és az “így szoktuk” rendszer helyett evidencia alapú orvoslás (EBM) minden intézményben, emellett a rezonancia alapú orvoslás (RBM) megfontolása is, azaz az evidenciák figyelembe vétele mellett személyre szabott, szükséglet/elfogadás alapú ellátás és gondoskodás elterjesztése. Ennek érdekében nélkülözhetetlen a paternalista/hierarchikus működésmód egyre sürgetőbb, ugyanakkor fokozatos felszámolása, amit felvált a partneri együttműködés és az érzékeny, tiszteletteljes, empátikus bánásmód. Első lépésként legalább az valósuljon meg, ami az egészségügyi törvényben és a szakmai irányelvekben szerepel.

Tudjuk, hogy mindez rendkívül időigényes és sok szakember szükséges hozzá, ugyanakkor önkéntes laikus segítőkkel egyelőre enyhíthető a krónikus szakemberhiány. Felkészítő tréningekkel be lehet vonni egyetemistákat, nyugdíjasokat, pályaelhagyókat, önkénteseket, (megj.: akár dülákat is a reprodukciós területeken), akik párosával dolgoznak az ápolók (mentorok) mellett és nem ápolási, hanem gondozási feladatokat látnak el, pl. meghallgatnak, beszélgetnek, betegutakat kísérnek, etetnek, itatnak, segítenek a mobilizálásban, kéréseket közvetítenek, stb. Olyasmiket, amikben otthon is segítünk az éppen rászoruló családtagoknak. Ezekhez nem kell szakmai tudás, végzettség, csak empátia és szándék!!! Működő és emberséges Magyarországot! - ehhez a működést a kormányzat és a minisztériumok biztosítsák, az emberséget az ellátó rendszerben dolgozók.

Lsd: Sándor Mária ("feketeruhás nővér") új civil mozgalma "Én is veled táncolok"
(Interjú a Józsefváros Újság 2026.07.08.-i számában, 6-7.old.)
<https://jozsefvarosujsg.hu/nem-erte-meg-de-nem-tehettem-maskepp/>

Hálásan köszönöm, hogy a július 30-i egyeztetés jól szervezetten, egymásra figyelve, közvetlen és oldott hangulatban zajlott. Ez felülírta bennem a korábbi tapasztalatot és megerősített abban, hogy minisztériumi és szakmai szinten is lehet értelmes párbeszédet folytatni, csak szándék kérdése. Örömmel várjuk a folytatást!

Üdvözlettel:

Budapest, 2026.08.05.

Novák Julianna
Magyarországi Dülák Egyesülete
(MODULE)

Somlai Anna vagyok, a Másállapotot a Szülészetben! mozgalom képviselőjében.

10 éves, kb. 42 ezer követővel rendelkező Mozgalmunk alulról szerveződő, politika- és pártfüggetlen, vallásilag semleges mozgalom, melynek szervezői nők.

Küldetésünk, hogy együttes változást idézzünk elő az egyén, az ellátórendszer és a társadalom szintjén, hogy a nőközpontú ellátás megvalósuljon.

Nőmozgalomként hangot adunk a nők által megélt élményeknek – elsősorban a fogantatástól a gyermekágyig tartó időszakban. Biztonságos teret biztosítunk arra, hogy a nehéz élmények kimondhatóak legyenek, de láthatóvá tesszük a pozitív történeteket, jó gyakorlatokat is.

Főbb tevékenységeink közé tartoznak:

- a várandóssággal és szüléssel kapcsolatos történetek gyűjtése és megosztása
- utcai megmozdulások szervezése
- szakmai anyagok, cikkek összegyűjtése, fordítása
- tudásmegosztás,
- a várandósság és szülés körüli jogok közérthetővé tétele, megosztása felületeinken

A mai találkozó kapcsán

- Fontosnak tartjuk kiemelni, hogy nem kizárólag a szívhang-rendelet bevezetése a probléma. Ez csak egy tünete a nőgyógyászati, szülészeti ellátás betegségének: nem egységes, nem evidencia alapú, kiszámíthatatlan, sokszor bántalmazó, nem vagy nem jól szervezettek a betegutak, rendszeres a diszkrimináció.
- Az abortusz megelőzése szükséges és fontos. Mi is a szívhang-rendelet eltörlését támogatjuk, egy átfogó szakmai irányelv-felülvizsgálat részeként, különös tekintettel arra, hogy a nem biztonságos abortusz senkinek sem szolgálja érdekét, mert mindenki sérül(het) benne.
- Az ellátásban sokszor csak a babáig számít a nő, de a nők valósága láthatatlan. A saját embriója, magzata, gyermeke védelméből a nő nem kihagyható, helyette nem lehet akarni megszülni egy gyermeket, a szempontjaik egymással nem szembe állíthatóak, és csak a kompetenciáiban, döntéseiben megerősített nő tud jól funkcionáló egységben lenni később a babájával, ha gyermeke születik. Ahogy ez az intézkedés megszületett, az nem erősíti a női kompetenciát.
- Csak az lehet bababarát, ami egyben anyabarát is. Csak az lehet anyabarát, ami nőközpontú és tiszteletteljes.
- Az abortuszról önmagában beszélni kevésbé hatékony, mintha a nők helyzetéről beszélnénk.
- A nők helyzetének általános javítása, a krízishelyzetben lévő nők számára valós nővédelmi intézkedések bevezetése szükséges.
- Az abortuszok számának csökkentése felvilágosítással, iskolai szexuális neveléssel kezdődik – fiúk-lányok számára egyaránt.
- A nem kívánt várandósság megelőzéséhez a védekezési eszközök megfizethető, megalázás nélkül elérhetősége szükséges.
- Elvárjuk a nők felnőttként kezelését a folyamatban: lehetőségek felajánlását a krízis során, kényszerítés, kötelező elemek helyett; valódi segítséget, bürokratikus akadályok helyett;
- tiszteletteljes kommunikációt, empátiát, személyre szabott tájékoztatást, a jogok pontos, érthető ismertetését.
- A megfelelő ellátás fejlesztésének a kulcsa a nők/érintettek bevonása az őket érintő döntések kialakításába a tervezéstől az ellenőrzésig.

- Ugyanazok a nők veszik igénybe ezt az ellátást, mint akik más életszakaszban nőgyógyászati szűrésre, várandósgondozásra, szülésre is igénybe veszik majd – az ellátás minősége hatással van a rendszerbe vetett bizalomra is. Akár arra, hogy egy későbbi tervezett, kívánt várandósság mennyire lesz gondozott, vagy a korábbi rossz tapasztalat távol tartja majd a nőt.
- Elengedhetetlennek tartjuk a kiégés prevenciót illetve kommunikációs tréning (pl. SASOK) elvégzését minden résztvevő szakember számára. Az általunk javasolt, perinatális veszteségekhez kapcsolódó irányelv megújítása, kiterjesztése ehhez is hasznos lenne. Kiemelten kérjük, hogy kerüljön megújításra és legyen a képzésekbe és az ellátásba beépítve a NEFMI korábbi, 2013-ban lejárt szakmai irányelve a „pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során” címmel.
- Elengedhetetlennek tartjuk a nő által Választott kísérő jelenlétének biztosítását a folyamat során, a vizsgálatok alatt is. Sajnos rendezetlen az ultrahang vizsgálatok, várandósgondozás alatti apai, kísérői jelenlét, mert a járóbeteg ellátásban ez nem garantált.
- Az abortusztábla elérhetővé tételét várjuk, hiszen a nők egészségére nézve ez a biztonságosabb, kisebb kockázattal járó lehetőség. (A nők most is élnek vele, de ha nem külföldről kellene beszerezni, az a betegbiztonságot is szolgálná.)

Köszönöm!

Tárgy: A MESZK Szülésznői Tagozatának írásos állásfoglalása – Kerekasztal megbeszélés az életkezdettel kapcsolatos etikai döntéshozatal témakörében

Tisztelt Államtitkár Úr!

Köszönjük a 2026. július 30-án megtartott, „Kerekasztal megbeszélés életkezdettel kapcsolatos etikai döntéshozatal” című konzultációra szóló meghívást. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Szülésznői Tagozata az alábbiakban foglalja írásba a megbeszélésen képviselt álláspontját.

1. A megbeszélésen képviselt szakmai álláspontok

- **„Szívhang rendelet” és a kapcsolódó szakmai irányelv:** a Szülésznői Tagozat támogatja a szabályozás eltörlését.
- **Sürgősségi fogamzásgátlás („esemény utáni tabletta”) vénykötelessége:** a Szülésznői Tagozat támogatja a vénykötelesség eltörlését. A témával összefüggésben felhívtuk a figyelmet a betegutak jelenlegi bizonytalanságára, valamint a kórházi ügyeleti rendszer szabályozatlanságából eredő ellátási és rendszerszintű problémákra is.
- **Gyógyszeres terhességmegszakítás („abortusz tabletta”) hazai bevezetése:** a Szülésznői Tagozat támogatja a bevezetést, kizárólag ellenőrzött, intézeti körülmények között.

2. Megoldási javaslatok

A megoldást elsősorban a megfelelő edukációban, ezen belül a megelőző reprodukív egészségügyi programokban látjuk, amelyekben a szülésznők aktív szerepet vállalhatnak. Az erre való felkészülés beépíthető lenne az újonnan indult szülésznői MSc képzés tematikájába. Ugyanakkor szeretnénk felhívni a figyelmet arra, hogy a jelenlegi szülésznőhiány korlátozza a szakma ilyen irányú feladatvállalását.

Mindemellett fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy a fogamzásgátláshoz és az egészségügyi alapellátásokhoz való hozzáférés jelenleg egyenetlen, ami hozzájárul a nemkívánt terhességek magas számához. Ennek kezelése álláspontunk szerint elengedhetetlen feltétele a fenti javaslatok eredményes megvalósításának.



Dr. Svéd Tamás
parlamentari államtitkár

iktsz.: 1421-1/2026

Tisztelt Államtitkár Úr!

A MOK továbbra is konzekvensen azt képviseli, hogy a szívhangrendelet ütközik az első számú orvostikai elvvel, a *primum nil nocere* intelmével, azzal, hogy az orvosnak minden cselekedete során szemmel kell tartania, hogy az azzal okozott haszon meghaladja a beavatkozással járó esetleges kárt. A terhesség megszakításának számos oka lehet az anya részéről, az abortusz mentálisan és testileg is megterhelő esemény. A jogalkotó a rendelettel az orvost arra kényszeríti, hogy egy feltételezett következmény (a magzat megtartása) céljából a páciens számára potenciálisan ártalmas pszichés hatást alkalmazzon. Emiatt a szívhangrendeletet erkölcstelen és embertelen jogszabálynak tartjuk és javasoljuk annak kivezetését.

A sürgősségi fogamzásgátlás esetén a javaslatunk az, hogy az ún. esemény utáni tabletták a gyógyszerárakban elérhetőek legyenek orvosi vény nélkül is, de a kiadásuk precíz protokoll betartása mellett történjen és kerüljön fel az egészségügyi felhőbe. Az gyógyszeres terhességmegszakítás szakmai szempontból alternatívája lehet a művi-eszközös terhesség megszakításnak.

Mindezek mögött társadalmi és népegészségügyi szempontból a legfontosabb az okok kezelése: a nem kívánt terhességek megelőzése (pl. felvilágosítás, fogamzásgátló eszközök elérhetősége, családgondozás) illetve olyan egzisztenciális, lakhatási, egészségügyi és oktatási körülmények teremtése, melyek segítik a gyermekvállalást.

Budapest, 2026. augusztus 5.

Tisztelettel:

Dr. Álmos Péter Zoltán
MOK elnök

EÜM 2026.07.30.

MPPPT

- A társaságnak sem nem joga, sem nem feladata a fejlődésben levő ember jogi minőségének besorolása,
- ugyanakkor segíteni szeretnénk összehangolni a magzat minél optimálisabb fejlődését az anyai autonómia tiszteletben tartásával.
- Multidiszciplináris közösségünk a prenatális hatásokkal és egészséggel, várandósság alatti anyai testi és lelki állapottal foglalkozó tudományos társaság.
- Az új élettel a fogantatástól számolunk, ugyanis minimum ettől a pillanattól kezdve szoros együttműködés és kölcsönhatás jellemzi az anya és a magzat kapcsolatát.
- A magzat érzékeli, feldolgozza az őt érő ingereket, tapasztal, reagál, az élményeket testi, preverbális szinten elraktározza, aktívan hat a környezetére (ld. magzati kompetenciák).
- Valljuk, hogy minden felnőtt embernek joga van szülővé válni, ez az ő döntésük és felelősségük.
- A magzat egészséges fejlődése függ a szülők tudatosságától,
- az anya pszichés állapota hangolja, beállítja a magzat fejlődési lehetőségeit.
- Amennyiben egy már megfogant új élet nem vállalható, az egy krízishelyzetet okoz a legtöbb anyának, ha ilyenkor az abortusz tűnik a helyzet egyetlen megoldásának, számolni kell annak a rövid és hosszútávú következményeivel.
- Minden abortuszt megelőzően és követően is nagyon fontos lenne lehetőséget biztosítani segítő szakemberrel való beszélgetésre.
- Az abortusz minden formája (hagyományos és gyógyszeres is) egy veszteség, ami nyomot hagy, a gyásszal számolni kell, az el nem gyászolt gyásszal legfőképp (még évtizedek múlva is)!
- A művi terhességmegszakítás prenatális veszteség, a veszteség illegitim gyász volta, a szociális izoláció és a tabu és annak testi-lelki következményei jelenthetik a problémát, a mentális egészségre (depresszió, szorongás, PTSD), a későbbi várandósság potenciálisan nehezített volta reális szövődmény.
- Nagyon kevés a releváns kutatás, mind a nemzetközi irodalomban, mint pedig Magyarországon, többet kellene tudnunk a problémáról a megfelelő támogatáshoz.
- Traumafókuszú szakmai irányelv kialakítása szükséges, amelyben megjelenik a preventív szemlélet fontossága.
- A prevencióban hiszünk, azt kell hangsúlyosabbá tenni (családtervezés, fogamzásgátlás, szexuális felvilágosítás stb.).
- Saját álláspontom:
- Abortuszt nem végzek, az abortuszt, mint születésszabályozó módszert elfogadni nem tudom,
- Tisztában vagyok azzal, hogy az abortuszt megszüntetni nem lehet,
- ugyanakkor támogatok minden olyan kezdeményezést vagy megoldást, ami az abortuszok számának csökkenését célozza.

Szívhangrendelet

- Bevezetésében, mint szakfelügyelő részt vettem.
- Az UH potenciálisan káros hatását ismertem, ezért az életjelenség bemutatását javasoltam, a meghallgattatását nem.

- A terhességek kb. 20-25%-a végződik abortusszal, az UH esetleges károsító hatása állítólag 0,3% - azaz a potenciális károsító hatás elenyésző az amúgy is megszakított étellel - tehát nem egészséggel - szemben.
- Ugyanakkor szakmailag nem indokolt a szívverés meghallgatása, azt sem a magyar, sem a nemzetközi szülészeti és nőgyógyászati ultrahang társaság nem javasolja, azaz minden olyan kolléga, aki a szakma szabályai szerint jár el, ezt csak indokolt esetben tette meg eddig is.

Sürgősségi fogamzásgátló szer

- A liberalizáció megkönnyíti a hozzáférést.
- A tabletta jelentősebb mennyiségű hormon bevitelét jelenti, amely 1-1 alkalommal tolerálható a test számára,
- azonban a gyakran "balesetet szenvedők" - megfelelő tudás és ismeretek nélkül - a szervezetre káros mennyiséget is be fogják szedni, ami a nil nocere elvével nem egyeztethető össze.

Abortusz tabletta

- Ebben az esetben is abortusz történik, de még jellemzőbb a tabu, az elhallgatás, az illegitim gyász, azaz nagyobb valószínűséggel jelentkezik szövődményként depresszió, szorongás, PTSD, később pedig nehezebb, vagyis szövődményes várandósság és szülés.
- A tabletta hatására a már megfogant embrió abortálódik, azaz az abortus de facto megtörténik, ezért kifejezetten kérem, hogy az 1992. évi LXXIX. tv. 14§ értelmében az abortuszt nem végző kollégákat ennek a használatára ne kötelezze semmiféle jogszabály.

Üdvözlettel:

Dr. Bálint Balázs
szülész-nőgyógyász

Tisztelt Miniszter Úr, tisztelt Államtitkár Asszonyok, tisztelt Államtitkár Urak, tisztelt Résztvevők!

Köszönjük a meghívást és a lehetőséget, hogy roma női közösségként megszólalhatunk ezen az egyeztetésen.

A Muri Phen egy alulról szerveződő közösségi kezdeményezés, amelyet öt roma nő alapított, köztük én is. A nevünk jelentése: „A mi nővérünk”, ami számunkra az összetartozást, a kölcsönös támogatást és a közösségi felelősségvállalást jelenti.

Azért hívtuk életre a Muri Phent, mert azt tapasztaltuk, hogy a roma nők tudása, tapasztalata és közéleti szerepvállalása gyakran háttérbe szorul, miközben óriási értéket képvisel. Célunk, hogy olyan közösséget építsünk, amely erősíti a roma nőket, teret ad a párbeszédnek, és hozzájárul ahhoz, hogy minél többen aktív szereplői legyenek saját közösségük és a társadalom fejlődésének.

A roma nők helyzetét nem lehet pusztán nemi vagy etnikai kérdésként kezelni. Egyszerre vannak jelen a társadalmi kirekesztés, a szegénység, a földrajzi egyenlőtlenségek, az egészségügyi ellátáshoz való korlátozott hozzáférés, valamint a nőket érő előítéletek. Ezek egymást erősítve hatnak, ezért interszekcionális megközelítés nélkül nem lehet valódi megoldásokat találni. Miközben sokszor a roma nőkről születnek döntések, a roma nők ritkán lehetnek aktív alakítói ezeknek a szakpolitikai folyamatoknak. Mi ezen szeretnénk változtatni. Álláspontunk szerint minden nőnek joga van ahhoz, hogy időben, biztonságosan, megbélyegzés nélkül és anyagi vagy adminisztratív akadályoktól mentesen férjen hozzá a reprodukív egészségügyi szolgáltatásokhoz.

Ezért támogatjuk, hogy **a sürgősségi fogamzásgátló készítmények vény nélkül hozzáférhetők legyenek Magyarországon**, hiszen ezek célja éppen a nem kívánt terhességek megelőzése. Minél gyorsabban érhetőek el, annál hatékonyabbak, ezért a receptkötelezettség önmagában is olyan akadályt jelenthet, amely csökkenti a készítmények hatékonyságát.

Ugyanígy fontosnak tartjuk, hogy **az abortusztabletta is elérhető legyen Magyarországon**, szakmailag szabályozott és biztonságos keretek között. Ez számos európai országban már bevett, bizonyítékokon alapuló egészségügyi gyakorlat. A nők számára egy korszerű, biztonságos és kevésbé invazív ellátási forma, amelynek elérhetőségéről meggyőződésünk szerint szakmai és közegészségügyi szempontok alapján érdemes dönten.

Ugyanakkor szeretnénk hangsúlyozni, hogy **a hozzáférés önmagában nem elegendő**. Ha azt szeretnénk, hogy kevesebb legyen a nem kívánt terhesség, akkor az első és legfontosabb lépés **a tudás**. Egy nő csak akkor tud valóban szabad döntést hozni, ha ismeri a lehetőségeit, hiteles információkhoz jut, és nem tévhitekre vagy hiányos ismeretekre kell támaszkodnia.

Első lépésként azt javasoljuk, hogy a Kormány és az Egészségügyi Minisztérium indítson egy **országos, átfogó. reprodukív egészségügyi edukációs és szemléletformáló programot**, amely kiterjed a szexuális nevelés közoktatásba való érdemi visszavezetésére, ami minden fiatal nőhöz és fiatalhoz eljut, és külön figyelmet fordít azokra a közösségekre is, amelyekhez az információ ma kevésbé jut el – köztük a roma közösségekre.

Ennek a programnak közérthetően, tudományosan megalapozott módon kellene beszélnie:

- a fogamzásgátlás különböző lehetőségeiről;
- a sürgősségi fogamzásgátlás helyes alkalmazásáról;
- a reprodukív egészségről;
- a párkapcsolati egyenlőségről és a beleegyezés kultúrájáról;
- valamint arról, hogy minden nőnek joga van tájékozott döntést hozni a saját testével kapcsolatban.

Úgy véljük, hogy egy országos program akkor lehet igazán eredményes, ha annak tervezésében és megvalósításában partnerként vesznek részt azok a civil szervezetek is, amelyek hosszú évek óta dolgoznak a szexuális és reprodukív egészség, a nők jogai és a közösségi edukáció területén. Különösen fontos szerep juthat a roma női szervezeteknek, amelyek a közösségeikben kialakított bizalmi kapcsolatok révén hatékonyan tudják elérni az érintett fiatalokat. Célunk, hogy ne csupán a szakpolitikai intézkedések **kedvezményezettjei**, hanem azok aktív szakmai partnerei is lehessünk.

Hiszünk abban, hogy a nők önrendelkezése érték. Ha a nők lehetőséget kapnak arra, hogy saját életükről felelősen dönthessenek, abból a családjaik, a közösségeik és az egész társadalom is profitál.

Hiszünk abban, hogy a legjobb döntések együtt születnek. Az állam, a szakemberek és a civil szervezetek együttműködésére van szükség ahhoz, hogy minden nő – származásától, lakóhelyétől vagy élethelyzetétől függetlenül – megkapja a megfelelő támogatást és információt ahhoz, hogy szabadon dönthessen a saját életéről.

Mert a reprodukív egészségbe és a hiteles tudásátadásba fektetett erőforrás nem egyszerűen kiadás, hanem hosszú távú befektetés a nők egészségébe, a családok jólétébe, a közösségek megerősítésébe és Magyarország jövőjébe.

Mi, a Muri Phen közössége készen állunk arra, hogy ebben partnerként vegyünk részt.

Köszönjük a lehetőséget, és bízunk benne, hogy a mai egyeztetés egy hosszú távú, érdemi szakmai együttműködés kezdete lehet.

Sürgősségi fogamzásgátlás és gyógyszeres terhességmegszakítás Európában és Magyarországon

A sürgősségi fogamzásgátlás és a gyógyszeres terhességmegszakítás két szakmailag, farmakológiailag és jogilag elkülönülő terület. Míg a sürgősségi fogamzásgátlás célja a terhesség kialakulásának megelőzése, addig a gyógyszeres terhességmegszakítás már fennálló méhen belüli terhesség megszakítására szolgáló egészségügyi beavatkozás.

A **sürgősségi fogamzásgátlók** Európában elsősorban levonorgesztrel- és uliprisztál-acetát-tartalmú készítmények formájában érhetők el. Az EU-ban a gyógyszerek vényköteles (V) vagy vény nélküli (VN) besorolásának szakmai kritériumait a 2001/83/EK irányelv illetve egy Európai Bizottsági guideline (A guideline on changing the classification for the supply of a medicinal product for human use) határozza meg, ugyanakkor a gyógyszerek vényköteles vagy vény nélküli klasszifikációja a tagállami gyógyszerhatóságok illetve az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) hatáskörébe tartozik, ezért az egyes országok eltérő hozzáférési modelleket alkalmazhatnak.

Az EU-n belül jelenleg Magyarország az egyetlen, ahol valamennyi sürgősségi fogamzásgátló készítmény vényköteles.

A hazai szabályozás alapját a 2001/83/EK irányelv, valamint az 52/2005. (XI. 18.) EüM rendelet képezi, utóbbi 2015 évi módosítása azonban a G03 ATC-csoportba tartozó, úgynevezett szisztémás hormonális készítmények vény nélküli kiadhatóságát, a gyógyszerhatóság szakmai indokokat, érveket figyelembe vevő mérlegelését és döntését kizárja. Ennek következtében az úgynevezett centralizált eljárással engedélyezett ellaOne nevű gyógyszer - az Európai Bizottság 2015. évi VN státuszt tartalmazó döntése ellenére - Magyarországon továbbra is vényköteles.

A rendeleti szigorítást megelőzően a korábban engedélyezett Escapelle 1,5 mg tabletta esetében 2011-ben Magyarországon már megtörtént a VN átsorolás, amelyet azonban rövid időn belül visszavontak. A rendelkezésre álló dokumentumok alapján ennek elsődleges oka nem új biztonságossági vagy hatásossági adat volt, hanem az, hogy a kockázatkezelési tervben szereplő gyógyszerészi betegkiválasztási rendszer az akkori hazai szabályozási és kompetencia keretek között nem volt végrehajtható.

Az EMA nyilvánosan elérhető tudományos értékelései alapján az uliprisztál-acetát VN alkalmazása során nem merült fel olyan új biztonságossági vagy hatásossági probléma, amely az uniós klasszifikáció felülvizsgálatát indokolta volna.

A 47 tagállamot magába foglaló nemzetközi szervezet, az Európa Tanács is foglalkozik a gyógyszerek osztályba sorolásának témájával, a Gyógyszerminőségi Igazgatósága (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare – EDQM) gyógyszerészeti munkacsoportjában (CD-P-PH/PHO) végzett körkérdése alapján a legtöbb vizsgált országban a sürgősségi fogamzásgátlók vény nélkül hozzáférhetők, ugyanakkor a gyógyszerészi szakmai kontroll szinte mindenütt megmarad. Több ország gyógyszerészi konzultációt, szakmai

kérdőívet vagy dokumentált expedíálást alkalmaz, míg néhány ország továbbra is fenntartja a vényköteles státuszt vagy gyógyszerészi receptkiadási modellt működtet.

Az európai gyakorlat alapján megállapítható, hogy a sürgősségi fogamzásgátlás szabályozása nem kizárólag a „vényköteles vagy teljesen szabad VN” modellre épül. Több tagállam alkalmaz gyógyszerészi konzultációhoz, dokumentált expedíáláshoz vagy speciális szakmai protokollhoz kötött köztes megoldásokat. A hazai szabályozás esetleges felülvizsgálata esetén célszerű valamennyi európai modell tapasztalatait, valamint a magyar egészségügyi és gyógyszerellátási sajátosságokat egyaránt figyelembe venni.

A **gyógyszeres terhességmegszakítás** Európában jellemzően mifepriszton és misoprosztol kombinációjával történik, kizárólag egészségügyi ellátás keretében. Magyarországon jelenleg nincs ténylegesen forgalomban ilyen indikációban alkalmazható készítmény. A MIFEGYNE COMBI engedélyezési kérelmét a kérelmező visszavonta, míg a SUNMEDABON ugyan forgalomba hozatali engedélyt kapott, azonban kereskedelmi forgalomba nem került, majd törölték az engedélyét. A hazánkban engedélyezett misoprosztol- és egyéb prosztoglandin-tartalmú készítmények (Angusta, Nalador, Prostin E2, Prepidil, Propess) szülészeti indikációkban alkalmazhatók, és nem tekinthetők az elektív gyógyszeres terhességmegszakításra szolgáló készítményeknek.

A PATENT egy nőjogi szervezet, és az egyik fő tevékenységünk a nők reprodukciós jogainak védelme és az ezzel kapcsolatos érdekérvényesítés. 2012 óta foglalkozunk komolyabban az abortusz kérdésével, 2024 óta pedig a sürgősségi fogamzásgátló témájával is. Most reprezentatív és kvalitatív kutatásaink, valamint a jogsegélyszolgálatunkhoz érkező esetek alapján szeretném ismertetni az álláspontunkat és három szakpolitikai javaslatunkat.

A legfrissebb, reprezentatív kutatásunk szerint a magyar társadalom támogató az abortusszal kapcsolatban. Az eredmények szerint a magyarok 71 százaléka úgy gondolja, hogy az abortusznak Magyarországon legálisnak kell lennie. Azonban nőjogi szakértőként tudjuk, hogy a legális nem jelenti azt is, hogy hozzáférhető. Mi, a PATENT Egyesülettel azért dolgozunk és lobbizunk már több mint tizenöt éve, hogy a magyar nők számára az abortusz valóban hozzáférhető legyen, még hozzá úgy, hogy közben az emberi méltóságukat is tiszteletben tartják. Sajnos az elmúlt években ennek éppen az ellenkezőjét tapasztaltuk. Ezért is örülünk annak, hogy most úgy tűnik, valódi lehetőség nyílik pozitív változásokra.

Amikor 2022-ben bevezették a szívhangrendeletet, azonnal egyértelmű volt számunkra, hogy ez egy szakmailag indokolatlan, felesleges és nőgyűlölő intézkedés. Ezért szerveztük meg az elmúlt évek legnagyobb nőjogi tüntetését, amelyen több ezer ember vett részt. Az azóta eltelt idő is bennünket igazolt. A reprezentatív kutatásunk is azt mutatja, hogy a magyar társadalom nem támogatja ezt a szabályozást. A válaszadók 55 százaléka nem ért egyet a szívhangrendelettel. Külön szeretnénk kiemelni, hogy a TISZA Párt szavazóinak 78 százaléka szintén ellenzi azt. Vagyis nem egy politikailag megosztó kérdésről beszélünk, hanem egy olyan szabályozásról, amelynek társadalmi elfogadottsága is nagyon alacsony. A rendelet bevezetése óta eltelt időszak nem szolgáltatott olyan bizonyítékot, amely alátámasztaná, hogy a kötelező magzati életfunkciók bemutatása befolyásolná a nők döntését vagy csökkentené a terhességmegszakítások számát, vagyis a rendelet nem érte el az eredeti célját, hanem csak újabb kötelező elemet illesztett egy, már korábban is többlépcsős, időigényes eljárásba.

Sok nő számolt be nekünk arról, hogy már a 4. hét környékén észlelte a terhességét, azonnal időpontot kért nőgyógyászhoz, de azt mondták neki, hogy később menjen vissza, mert a szívhang – pontosabban a szívcső pulzálása – még nem észlelhető. Emiatt értékes heteket veszítenek, és sokan elesnek a korai terhességmegszakítás lehetőségétől, amely jóval kíméletesebb beavatkozást jelentene számukra.

Ha egy intézkedésnek

- nem igazolható a hatása,
- ugyanakkor bizonyíthatóan növeli az ellátás terheit,
- rontja az ellátáshoz való hozzáférést
- és csökkenti az ellátás minőségét,

akkor annak fenntartása szakmailag nem indokolható.

Szeretnénk felhívni a figyelmet a gyógyszeres terhességmegszakítás kérdésére is. Ma Magyarország azon kevés európai országok közé tartozik, ahol a gyógyszeres abortusz továbbra sem érhető el annak ellenére, hogy ezt a módszert világszerte több mint harminc éve alkalmazzák, és biztonságosságát, és hatékonyságát széles körű tudományos bizonyítékok támasztják alá.

A WHO a gyógyszeres abortuszt a biztonságos abortuszellátás alapvető részének tekinti, és azt javasolja, hogy a nők választhassanak a műtéti és a gyógyszeres módszer között. Magyarországon azonban erre nincs lehetőség: aki számára a gyógyszeres módszer lenne megfelelőbb, csak műtéti ellátást kaphat, vagy – ha az anyagi helyzete megengedi – külföldre utazhat.

A PATENT Egyesület álláspontja, hogy egy korszerű egészségügyi rendszerben a kezelőorvos és a páciens közösen, a tudományos bizonyítékok, az orvosi szempontok és a páciens igényei alapján dönthessen a megfelelő módszerről.

Végezetül, a harmadik szakpolitikai kérdés a sürgősségi fogamzásgátló tabletta vénykötelezettsége. Álláspontunk szerint ez az a terület, ahol a legkisebb jogszabályi változtatással lehetne a legjelentősebb pozitív egészségügyi hatást elérni.

Magyarország jelenleg az Európai Unió egyetlen tagállama Lengyelországon kívül, ahol a sürgősségi fogamzásgátló tabletta továbbra is vényköteles. Minden más Unió országban felismerték, hogy a receptkötelesség nem növeli a betegbiztonságot, viszont késlelteti a hozzáférést egy olyan készítményhez, amelynek minden elvesztegetett órával csökken a hatékonysága.

A reprezentatív kutatásunk is azt mutatja, hogy magyarok 82 százaléka támogatja, hogy a sürgősségi fogamzásgátló tabletta könnyen hozzáférhető legyen, és ez a támogatottság minden politikai közösségben kiemelkedően magas.

A PATENT Egyesület 2024-ben indított petíciója a receptkötelesség eltörlése érdekében jelenleg több mint 70.000 aláírást gyűjt.

Meggyőződésünk, hogy a sürgősségi fogamzásgátló tabletta vénykötelezettségének megszüntetése egy olyan szakpolitikai döntés lenne, amely csökkentené a nem kívánt terhességek számát, és összhangba hozná Magyarország szabályozását az európai szakmai gyakorlattal.

Végezetül szeretnénk hangsúlyozni, hogy a nők reprodukciós jogai a három fent ismertetett problémán felül további számos területen nem érvényesülnek vagy korlátozva vannak. Az abortusz tb-támogatott formában is több mint 55 ezer forint, a két kötelező tanácsadás időhúzó, átláthatatlan és súlyos etikai problémákat vet fel, a fogamzásgátlás ma sokak számára luxuscikk, és továbbra sem létezik szakmai alapokon nyugvó, korszerű prevenció.

Meggyőződésünk, hogy a reproduktív egészségügyi szabályozásoknak tudományos bizonyítékokra, szakmai szempontokra és a nők méltóságának tiszteletére kell

épülniük. Ebben a munkában a PATENT Egyesület szakmai partnerként kész együttműködni.

Patriarchátust Ellenzők Társasága Jogvédő Egyesület

www.patent.org.hu

info@patent.org.hu

1024 Budapest, Forint utca 10.

1) Az embrió életfunkciójára utaló tényező bemutatása

Kétféle hatása van annak, ha a szülész-nőgyógyász szakorvos bemutatja az abortuszt kezdeményező nőnek az embrió életfunkciójára utaló tényezőt:

- egy nagyon valószínű, szinte bizonyos hatás, és
- egy feltételezett, lehetséges hatás.

Szinte **bizonyos**, hogy a nő szorongása, büntudata, lelki terhei súlyosbodni fognak. (Minden nő, aki megfogam, egészen pontosan tudja, hogy egy emberi élet kezdett el fejlődni benne.)

A **feltételezett** hatás, ami miatt a jogalkotó megalkotta a „szívhangrendeletként” ismertté vált szabályozást, az az, hogy látva az „embrió életfunkciójára utaló tényezőt”, jellemzően a szívcső pulzálását, az abortuszt tervező nő meggondolja magát, és a terhesség megtartása mellett dönt.

a) Jogi szempontból tisztának látszik a helyzet: a kérdés az, hogy **van-e bizonyíték, ami alátámasztja**, hogy a nők *olyan arányban* állnak el szándékuktól a szívcső-pulzálás láttán, hogy ennek – mint abortuszok számát csökkentő eszköznek – társadalompolitikai jelentőséget kell tulajdonítani.

A válasz: 2022 őszén lépett hatályba a 32/1992. (XII. 23.) NM rendelet módosítása.

A KSH adatai szerint 2023-ról 2025-re 25 %-ról 28 %-ra **emelkedett** a terhességmegszakítások aránya az élveszületésekhez viszonyítva, és 1 % maradt a termékeny korú nők körében (forrás: https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0013.html).

Vagyis **közvetlen bizonyíték sincs** arra, hogy a szívcső pulzálásának látványa hatással lenne az abortuszok számára. Ha pedig egy eszköz nem alkalmas a cél elérésére, akkor jogilag sem alátámasztható az alkalmazhatósága.

b) **Marad** így az eljárás másik hatása: az érintett nők (és adott esetben párjuk) **érzelmi terheinek súlyosbítása**. Az új kérdés ekkor: **szükséges-e** a szívcső-pulzálás látványa ahhoz, hogy a nő objektív, érzelmi manipulációtól mentes, **teljeskörű tájékoztatás birtokában** dönthessen?

Véleményem szerint **nem**, mert a *magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény* 9. § (1)-(2) bekezdéseiben felsorolt, két külön – kötelező gondolkodási idővel elválasztott – alkalommal elhangzó információkat felölelő tájékoztatás megfelel a teljeskörű tájékoztatás jogi és szakmai kritériumainak.

c) Ennek ismeretében az utolsó kérdés: legitim cél lehet-e önmagában az, hogy növeljük a nők szorongását, lelki terheit? **Önmagában legitim cél lehet-e – a társadalmi szinten abortusz-csökkentő hatással nem járó – érzelmi, erkölcsi nyomásgyakorlás?**

Véleményem szerint **nem**, mert szükségtelen és aránytalan korlátozó eszköz lévén sérti a jogállamiság és az emberi méltóság alkotmányos alapelveit.

d) A 32/1992. (XII. 23.) NM rendelet 4. mellékletébe beiktatott rendelkezés ezen túlmenően a jogforrási hierarchiába való illeszkedés és a **jogállamiság (jogbiztonság)** alkotmányos alapelve **szempontjából is aggályos**: az abortusz feltételeit a magzati élet védelméről szóló törvény határozza meg, a jogalkotó pedig 2002-ben miniszteri rendeletben – azaz alacsonyabb szintű jogforrásban – írt elő egy további feltételt. További feltételt csak törvényben lehetett volna előírni, mivel alapjog (jelen esetben a nő önrendelkezési jogát) lényeges tartalmát csak törvény korlátozhatja.

e) További súlyos jogi és etikai probléma, hogy a szívcső-pulzálás megtekintésének feltételként való előírása **indokolatlan diszkriminációt** valósít meg azon nők sérelmére, akik nem szándékolnak estek teherbe. Létezik ugyanis az embriók élete szándékos kioltásának egy másik esetköre is: **a mesterséges megtermékenyítési eljárások során** emberi testen kívül létrehozott embrióké. Ezeket az embriókat – akik szintén embernek tekintendők fogantatásuk pillanatától – **annak tudatában hozzák létre, hogy nem lesz szükség mindannyiukra**, hogy többségük beültetés nélkül megsemmisítésre fog kerülni, vagy orvostudományi kutatás tárgya lesz, elajándékozzák, lefagyasztják.

Ezen embriók életfunkciójára utaló tényezőt (magukat vagy UH-képüket) miért nem köteles az orvos bemutatni a döntés előtt a nőknek? Be kellene mutatni nekik a szívcső pulzálását ún. szelektív magzatredukció előtt is, amikor gyakran a nőknek kell kiválasztania, hogy a „túl sok” beültetett és fejlődésnek indult embrió közül melyiket pusztítsák el...?

Alkotmányjogi szempontból a válasz igen, hiszen a két esetkörben pontosan ugyanaz történik: a terhes nő önrendelkezési jogának érvényesülése érdekében korlátozzák az embrió élethez való jogát. Sőt, az utóbbi esetben szándékosan hozzák létre az embriót, míg az előbbi esetben a nő akaratán kívül esik teherbe.

2) Gyógyszeres abortusz elérhetővé tétele

A helyzet jogi szempontból a gyógyszeres abortusz esetében is egyszerűnek tűnik.

Ha az abortusz jogilag engedélyezett, és elvégzésére létezik olyan eljárás:

- amelyhez a szükséges gyógyszer(-kombináció) hatásos, biztonságos, rendelkezik forgalombahozatali engedéllyel,
- ami ugyanolyan biztonságos, mint a műtét, és
- aminek a műtéthez hasonló az előny-kockázati profilja,

akkor nem az a kérdés, hogy etikus-e alkalmazni, hanem hogy **etikus-e nem alkalmazni**.

A nők egészséghez, teljeskörű tájékoztatáshoz és egészségügyi önrendelkezéshez való jogának biztosítása érdekében elérhetővé és választhatóvá kell tenni az abortusz gyógyszeres formáját is.

Gyakran elhangzik az érv, hogy a gyógyszeres abortusz egyszerűbb, könnyebb a nők számára, ezért bevezetése esetén arra lehet számítani, hogy emelkedni fog a terhességmegszakítások száma.

Érintettként, dúlaként és perinatális szaktanácsadó-jelöltként is azt gondolom, hogy aki átélt vagy kísért már vetélést, az pontosan tudja, hogy az **nem könnyebb és nem is egyszerűbb** – sem lelkiileg, sem testileg, mint bemenni egy kórházba és alávetni magunkat egy műtétnek.

Egyénenként nagyon eltérő lehet, éppen ezért nem állapítható meg általánosságban az, hogy az emberek számára mi könnyebb vagy nehezebb – és nem mellesleg ez az a terület, aminek abszolút kívül kell esnie a jog szabályozási körén.

Etikai szempontból sem áll meg az érvelés, hogy ne lehessen „a könnyebb utat” választani: ha létezik könnyebb út, akkor éppen akkor járunk el etikusan, ha lehetővé tesszük az egyébként is krízishelyzetben levő embertársunk számára, hogy azt válassza. Ismét: önmagában nem lehet legitim cél az érzelmi, erkölcsi nyomásgyakorlás, a nők lelki terheinek növelése.

3) Néhány további javaslat, amit hozzáfűznék az elhangzottakhoz

a) Az érintettek képviselőinek döntés-előkészítésbe és döntésekbe való bevonásának **rendszeres és szervezett formában** kell történnie a jövőben.

b) Fontos lenne, hogy spontán és művi vetélés esetén is lehessen egy felnőtt **kísérő a nő mellett** [ehhez ki lehetne terjeszteni a vetélésre az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 11. § (5) bekezdését].

c) A szakemberek egyetértenek abban, hogy:

- ha csökkenteni akarjuk az abortuszok számát, akkor legfőképpen **a nem kívánt terhességek létrejöttét kell megelőzni**, másodsorban pedig ki kell alakítani olyan közösségi és anyagi támogatási formákat, amelyek arra készíthetnek egy várandóssá vált nőt, hogy elgondolkodjon: esetleg mégis fel tudja nevelni a gyermekét,
- az abortuszok számának csökkentéséhez bizonyítottan **hatékony eszközöket** kell választani,
- **ezek az eszközök ma is ismertek** (átfogó óvodai-iskolai szexuális nevelés, párkapcsolatra nevelés, egészségfejlesztés, a nők egyenjogúságának, jogérvényesítési lehetőségeiknek támogatása, olcsó/ingyenes hozzáférés a fogamzásgátló eszközökhöz, akár az önkéntes mesterséges meddővé tétel egyszerűbben elérhetővé tétele, biztató jövőkép, szakszerű és méltó szülészeti ellátás, stb.).

d) Javaslom, hogy a 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet 127/A. §-ában szereplő kijelölő rendelkezést egészítsék ki a **szexuális nevelés** témakörével. Ezáltal az e témát tárgyaló óvodai-iskolai egészségfejlesztési programok is a **Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ nyilvántartásba vételi hatáskörébe** tartoznának, biztosítva, hogy csak megfelelő szakmai színvonalú „külsős” programok jussanak be a köznevelési intézményekbe (ahogy jelenleg minden más témájú egészségfejlesztési program esetében történik).

e) Az **egészségfejlesztési irodák** (melyek jogi státuszának rendezése több mint tíz éve várat magára) rendkívül jó színterei lehetnének a szexuális nevelésnek is.

Kelt Budapesten, 2026. augusztus 2-án.

Tisztelettel:

dr. Ecsedi Gabriella
jogász, népegészségügyi szakember, dúla,
perinatális szaktanácsadó-jelölt

A megbeszélésen képviselt szakmai álláspontomat az alábbiakban foglalom össze.

Álláspontom az a közös cél hogy a nem kívánt terhességek és a terhességmegszakítások számát csökkenteni tudjuk, valamint annak elősegítése, hogy minél több kívánt terhesség biztonságos és támogató környezetben folytatódhasson.

A magzati életfunkciók kötelező bemutatását, az úgynevezett szívhang-bemutatást nem támogatom. Megítélésem szerint ennek nincs igazolt szakmai hozzáadott értéke, ugyanakkor alkalmas lehet arra, hogy a már eleve nehéz élethelyzetben lévő nő érzelmi terhelését fokozza, és a tárgyilagos tájékoztatás helyett érzelmi befolyásolásként hasson. Az ultrahangvizsgálatnak természetesen fontos diagnosztikai szerepe van, de annak kötelező, döntésbefolyásoló célú bemutatása nem tekinthető megfelelő szakmai eszköznek.

Ehelyett egységes, semleges és ellenőrizhető tanácsadási protokoll kialakítását tartom szükségesnek, ehhez nagyon fontosnak gondolom a korszerű reprodukív egészségnevelést, a hatékony fogamzásgátlás támogatást, könnyen hozzáférhető családtervezési tanácsadást, valamint szükség esetén szociális és pszichológiai segítséget.

A sürgősségi fogamzásgátlással kapcsolatban támogatom a vénykötelesség megszüntetését megfelelő gyógyszerészi protokoll mellett. Az esemény utáni tabletta fogamzásgátló készítmény, nem terhességmegszakító módszer, és hatékonysága időfüggő. Egy időkritikus kezelés esetében az indokolatlan várakozás közvetlenül csökkentheti az eredményességet.

A gyógyszeres terhességmegszakítás kapcsán álláspontom az, hogy amennyiben a jogszabály a terhesség megszakítását meghatározott esetekben lehetővé teszi, akkor a nő számára a műtéti módszer mellett a bizonyítottan biztonságos gyógyszeres alternatívának is elérhetőnek kell lennie. Ennek feltétele a megfelelő intézményi és szakmai háttér, az egységes szakmai protokoll, a gondos beteg kiválasztás, a részletes tájékoztatás, az utánkövetés és a sürgősségi ellátás biztosítása.

Összefoglalva:

- a kötelező szívhang-bemutatást nem támogatom;
- helyette semleges tanácsadást és valódi, mérhető megelőzési programot javaslok;
- támogatom a sürgősségi fogamzásgátlás vény nélküli hozzáférhetőségét megfelelő gyógyszerészi protokoll mellett;
- támogatom a gyógyszeres terhességmegszakítás hozzáférhetővé tételét megfelelő intézményi háttér és egységes szakmai szabályozás mellett.

Meggyőződésem, hogy az etikus és eredményes ellátás nem az akadályok számával mérhető, hanem azzal, hogy kevesebb nő kerüljön nem kívánt terhesség miatt nehéz

helyzetbe, és aki mégis ilyen döntés elé kerül, tárgyalagos, támogató és szakmailag biztonságos ellátást kapjon.

Dr. Svéd Tamás
parlamenti államtitkár

Egészségügyi Minisztérium

Tárgy: „Az *életkezdettel kapcsolatos etikai döntéshozatal*” témakörében az Egészségügyi Minisztérium által kezdeményezett fókuszált kerekasztal megbeszélés során képviselt álláspont

Tisztelt Államtitkár Úr!

Titkársági referense elektronikus levelében a 2026. július 30-án, „Az *életkezdettel kapcsolatos etikai döntéshozatal*” témakörében az Egészségügyi Minisztérium által kezdeményezett fókuszált kerekasztal megbeszélés során képviselt álláspontom megküldését kérte, melynek ezúton az alábbiak szerint teszek eleget.

Az egyeztetésen érintett témák:

- állásfoglalás a „*Szívhang rendelet*”-ként elhíresült szabályozás és az azzal érintett szakmai irányelv kapcsán - milyen új szakmai irányelv és program segítené a nem kívánt terhességek és az abortuszok számának csökkenését, a várandósok etikus, szakmailag alátámasztott és támogató megközelítését,
- állásfoglalás a sürgősségi fogamzásgátlásról, szűkebben az *“esemény utáni tabletta”* vénykötelessége kapcsán,
- állásfoglalás a gyógyszeres terhességmegszakítás, az *“abortusz tabletta”* potenciális hazai használata kapcsán, illetve a szakmai érvek áttekintése.

A találkozás céljaként problématerkép felvétele, a párbeszéd megkezdése és szakmai állásfoglalás előkészítése került meghatározásra.

A megbeszélésen a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézet Bioetika munkacsoportjának tagjaként vettem részt, fentiekkel összefüggésben a következő álláspontot képviselem.

Elöljáróban fontosnak tartom kiemelni az Államtitkár Úr által a megbeszélés elején leszögezett kiindulópontot: jelen megbeszélés célja semmiképpen nem az abortuszvita megnyitása volt, az abortusz szabályozás alapvetéseinek nem kíván a kormányzat változtatni.

Fentiek helyes értelmezéséhez az alábbiak rögzítése szükséges:

A terhesség-megszakítással kapcsolatos alapjogi gyakorlat áttekintése

Az Alaptörvény II. cikke rögzíti az emberi élethez és emberi méltósághoz való jogot. A szövegezésben eltérés van a korábbi Alkotmány és a hatályos Alaptörvény szövegezése között: a korábbi Alkotmány az emberi élethez való jogot említette elsőként, amelyet az ember veleszületett jogaként határozott meg. Az Alaptörvény szerint ezzel ugyanakkor: „Az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz, a magzat életét a fogantatástól kezdve védelem illeti meg.” E megfogalmazás azonban a rendelkezés tartalmát tekintve – amint arra az Alaptörvényhez fűzött Kommentár is rámutat – nem hordoz érdemi újdonságot, az lényegében a korábbi alkotmánybíróági gyakorlatnak az Alaptörvény szövegébe történő beillesztését jelenti, az alábbiak szerint.

Az élethez való jog mind a nemzetközi dokumentumok, mind az Alkotmánybíróság gyakorlata alapján korlátozhatatlan, abszolút jellegű és megelőz minden más jogot. Az élethez való jog két sarkalatos kérdése annak kezdő, illetve végpontja. A kezdőpont neuralgikus kérdése a terhesség-megszakítások ügye. Maga az Alaptörvény szövege is elválasztja azonban egymástól a „minden ember” élethez való jogát, és a magzati életre vonatkozó intézményvédelmi kötelezettséget.

A magzati életre vonatkozó védelmi kötelezettség nem újdonság a magyar alkotmányos rendszerben: az az Alkotmánybíróság korábbi, a terhesség-megszakításra vonatkozó szabályozás kapcsán hozott határozataiban [64/1991. (XII.17.) AB határozat, 48/1998. (XI.23.) AB határozat] is hangsúlyosan megjelenik. Amint arra az Alkotmánybíróság a 64/1991. (XII.18.) AB határozatban rámutatott: „Az anya önrendelkezési joga az abortusz melletti legerősebb, s – számos külföldi alkotmánybíróági ítélet nyomán is – immár klasszikus érv. A magzat melletti klasszikus érv viszont az, hogy az élethez való jogból származó állami kötelezettséget az élet védelmére ki lehet terjeszteni a magzatra anélkül, hogy a magzat jogalanyiségéről döntenénk.”

Az Alkotmánybíróság határozataiban következetesen visszautasította annak eldöntését, hogy a méhmagzat ember-e (abban az értelemben, hogy alkotmányos alapjogok alanyiséga mikor kezdődik), az e kérdésben való állásfoglalást a testület rendre a jogalkotó hatáskörébe utalta. Hangsúlyozta mindazonáltal: amennyiben a törvényhozó döntése szerint méhmagzat nem minősül embernek, a terhesség-megszakításra vonatkozó szabályozásnak tekintettel kell lenni az állam objektív életvédelmi kötelezettségére, a magzat védelmében. Éppen az objektív életvédelmi kötelezettség követeli meg azt, hogy a terhesség-megszakításra ne kerülhessen sor parttalanul, pusztán az anya önrendelkezési jogának gyakorlása kapcsán, hanem arra kizárólag a törvényben meghatározott, indokolt esetekben legyen lehetőség. Ugyanakkor az anya önrendelkezési jogának túlzó korlátozása sem minősülhet alkotmányosnak. A jogalkotónak tehát egyensúlyt kell találnia az anya önrendelkezési joga és a végső soron a magzatot védő állami életvédelmi kötelezettség között.

Ezen egyensúlyi helyzet meglétéről, illetve megteremtéséről foglalt állást a testület a 48/1998. (XI.23.) AB határozatban, amikor a válsághelyzet-indikáció bizonyíthatósága kapcsán kimondta: „nem alkotmányellenes, ha törvény az állapotos nő súlyos válsághelyzete esetén lehetővé teszi a terhesség megszakítását. A súlyos válsághelyzet fennállásának vizsgálatáról a törvényhozó azonban alkotmányosan kizárólag akkor mondhat le, ha egyszersmind a magzati élet védelmére irányuló, megfelelő ellensúlyt képező rendelkezéseket is megállapít.” Rögzítette továbbá: „A súlyos válsághelyzet fogalmának és alkalmazása feltételeinek meghatározása kizárólag törvényben történhet; a törvényi meghatározás hiánya alkotmányosan nem pótolható sem alacsonyabb szintű jogforrással, sem jogalkalmazói jogértelmezéssel.” Ezen, a magzati élet védelmére irányuló, megfelelő ellensúlyt képező rendelkezésként került sor a második tanácsadás kötelezettségének az előírására (a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény (a továbbiakban: Mtv.) 9.§ f) pont). Csak e második tájékoztatást követően kaphat tájékoztatást az érintett a terhesség-megszakítással kapcsolatos gyakorlati teendőkről, tudnivalókról.

A törvényalkotó tehát az indikációs okok tartalma kapcsán az Mtv. az Abh. megállapításait követő módosításával egy egyensúlyi helyzet felállítására törekedett az anya alapjogainak védelme és az állami magzatvédelmi kötelezettség között.

Az Alaptörvényből tehát (a korábbi Alkotmányhoz hasonlóan) csak az élveszületést követően vezethető le az élethez való jog, az ezt megelőző időpontban objektív intézményvédelmi kötelezettség körében védi az emberi élet alapjait.

A fentieknek megfelelően *olyan szabályozás maradhat az alkotmányos keretek között, amely megfelelő egyensúlyt tart fenn az állapotos nő önrendelkezési joga és az állam objektív életvédelmi kötelezettsége között.*

A magyar szabályozás mögött meghúzódó normatív szemlélet

A jog – egy alapvetően demokratikus társadalomban – az erkölcsösség minimumának tekinthető, a jogszabályok betartása az a minimum erkölcs, ami mindenkitől elvárható.¹ A magyar szabályozás mögött meghúzódó normatív szemlélet az ún. *mérsékelt abortuszetikai álláspontokhoz* sorolható, amely alapján a korai terhesség az anya súlyos válsághelyzetére tekintettel anyai kérésre, tanácsadást követően megszakítható.

Az anyai krízishelyzet számos okból eredhet, összefoglalóan a gyakorlatban olyan helyzetet jelöl, amelyben a létrejött terhesség nem kívánt, és az anya valamilyen okból (fizikai vagy pszichés, illetve szociális krízis) nem szeretné kihordani és megszülni a gyermeket.

Az ún. *mérsékelt álláspont* egy formája (a módosított agytörzsi-agyszületés koncepcióra épülő) szerint a magzat már erkölcsi értelemben is ember, míg az embrió még nem az. E szerint a 11 hetesnél fiatalabb terhesség esetén az abortusz az embrió elpusztítását jelenti, mivel azonban teljes morális státusza – az egész agyhalál koncepció alapját jelentő filozófia elfogadásával – csak a magzatnak van, az embriónak még nincs, ezért *az embrió abortusza morálisan a fogamzásgátláshoz áll közelebb.* A mérsékelt álláspont úgy látja, hogy a fogamzásgátlás szükséges a föld túlnépesedésének elkerülése érdekében, tehát azt el kell fogadnunk. Mivel pedig a fogamzásgátlás morálisan, az embrió szempontjából alig különbözik a korai abortusztól, ezért a mérsékelt álláspont azt is elfogadhatónak tartja.²

A későbbi időpontban végzett abortusz etikai megítélésének-, erkölcsi elfogadhatóságának tárgyalásától most eltekintünk, arra való tekintettel, hogy a tárgykör alapvetően az első trimeszterben történő terhességmegszakítást érinti alapvetően.

Említést érdemel még, hogy amennyiben a *prokreatív autonómiához való jogot*, azaz az egyén azon jogát, hogy szabadon eldönthesse, akar-e vér szerinti gyermeket és ha igen, kivel, mikor és hányat, nemcsak negatív jogként értelmezzük, hanem pozitív jognak tartjuk, akkor a társadalom kötelessége a szabad választáshoz szükséges feltételek biztosítása. Ide tartozik a fogamzásgátlás, az abortusz és az asszisztált reprodukív technológiák elérhetővé tétele.

1. „Szívhang rendelet”

Az egészségügyért felelős belügyminiszter a 29/2022. (IX. 12.) BM rendelettel 2022. szeptember 15-i hatállyal módosította a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény végrehajtásáról szóló 32/1992. (XII. 23.) NM rendelet (a továbbiakban: Vhr.) 4. számú mellékletét, amely a terhesség-megszakításhoz szükséges kérelem tartalmát határozza meg. A kérelem szövege a módosítás nyomán azzal egészült ki, hogy *„a bemutatott orvosi lelet rögzíti, hogy az állapotos nő számára az egészségügyi szolgáltató a magzati életfunkciók működésére*

¹ Kovács József: A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina Könyvkiadó Zrt. 2025., 43.

² Kovács József: A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina Könyvkiadó Zrt. 2025., 214-217.

utaló tényezőt egyértelműen azonosítható módon bemutatta”. Tehát lényegében, közvetett módon a terhességet megállapító szülész-nőgyógyász szakorvos által kiállított, az Mtv. 8.§ (1) bekezdése által előírt igazolás tartalmára kívánt befolyással lenni a módosítás.

Az Mtv. 7. § (1) bekezdése alapján a terhesség megszakítása, ha azt nem egészségi ok indokolja, az állapotos nő írásbeli kérelme alapján végezhető el.

Ilyen esetben az állapotos nő kérelmét a családvédelmi szolgálat munkatársa (a továbbiakban: munkatárs) előtt *személyesen terjeszti elő*, a terhességet megállapító *szülész-nőgyógyász szakorvos által kiállított igazolás* benyújtása mellett (Mtv. 8.§ (1) bekezdés). A munkatárs a terhességmegszakítási kérelem bejelentését követően – lehetőleg a magzat apja jelenlétében –, tiszteletben tartva az állapotos nő érzéseit és méltóságát, a magzat megtartása érdekében tájékoztatja őt, egyebek mellett a gyermek vállalása esetén elérhető állami és nem állami anyagi és természetbeni támogatások lehetőségéről; az olyan szervezetek és intézmények létéről és tevékenységéről, amelyek erkölcsi és anyagi segítséget nyújtanak a gyermek vállalása esetére; az örökbeadás lehetőségeiről és feltételeiről; a válsághelyzet feloldására alkalmas állami, helyi önkormányzati vagy társadalmi segítségnyújtási formákról, és felajánlja közreműködését ezek igénybeviteléhez, egyidejűleg tájékoztatást nyújt a gyermeknek a külön jogszabályban meghatározott feltételekkel rendelkező egészségügyi intézménynél elhelyezett inkubátorban, örökbefogadáshoz való hozzájárulás szándékával történő elhelyezésének lehetőségéről. A törvény továbbá előírja, hogy az állapotos nő – amennyiben a várandósság megszakítására irányuló szándékát továbbra is fenntartja – legalább három nap elteltével köteles *ismételt tanácsadáson* részt venni a családvédelmi szolgálatnál. (Mtv. 9.§ (1) bekezdés) *Csak e második tájékoztatást követően kaphat tájékoztatást az érintett a terhességmegszakítással kapcsolatos gyakorlati teendőkről, tudnivalókról.*

A hatályos magyar szabályozás a családvédelmi tanácsadást tehát nem értéksemleges döntéstámogató eljárásként határozza meg. A magzati élet védelméről szóló törvény kifejezetten előírja, hogy az első tanácsadás során a várandós nőt – érzéseinek és méltóságának tiszteletben tartása mellett – a magzat megtartása érdekében kell tájékoztatni a gyermek vállalását elősegítő támogatásokról, szolgáltatásokról és az örökbefogadás lehetőségéről. A magzat megtartását támogató orientáció tehát a jelenlegi szabályozási modell tudatos eleme.

Ebből azonban nem következik, hogy a tanácsadás korlátlan érzelmi nyomásgyakorlást vagy a nő döntésének megkérdőjelezését is megengedné. Az orientáció csak akkor tekinthető etikailag elfogadhatónak, ha tényszerű információkra és ténylegesen igénybe vehető támogatásokra épül, tiszteletben tartja a várandós nő méltóságát, nem alkalmaz megtévesztést vagy manipulációt, és nem akadályozza aránytalanul a jogszerű terhességmegszakításhoz való hozzáférést.

Etikai szempontból ugyanakkor különösen aggályos, ha egy kötelező eljárási/tartalmi elem nem segíti a döntéshez szükséges tárgyilagos tájékozódást, hanem érzelmi nyomásgyakorlásként működik. A magzati életjel kötelező bemutatása a már eleve súlyos válsághelyzetben lévő nő számára súlyos lelki megterhelést, egyes esetekben traumatizáló élményt jelenthet.

A CEDAW Egyezmény és a CEDAW Bizottság 12. számú általános ajánlása, valamint a WHO bizonyítékokon alapuló szakmai iránymutatásai (pl. Abortion Care Guideline, 2022.) egyaránt arra mutatnak rá, hogy a nem kívánt terhességek megelőzésének leghatékonyabb eszközei a preventív intézkedések. Ilyenek különösen az életkornak megfelelő szexuális és reprodukció egészségnevelés, a korszerű fogamzásgátló módszerekhez való hozzáférés, a sürgősségi fogamzásgátlás elérhetősége, a személyre szabott tanácsadás, a várandósság megtartását

választó nők tényleges támogatása, a kapcsolati és szexuális erőszak felismerése, valamint a terhességmegszakítást követő fogamzásgátlási tanácsadás.

Egy új szakmai irányelvnek ezért nem a döntés (érzelmi alapú) befolyásolását, hanem a valós választási lehetőségek biztosítását kellene középpontba állítania. A tanácsadás akkor etikus, ha tárgyilagos, érthető, személyre szabott, nem megfélemlítő, és a várandós nő döntési képességét támogatja.

2. Sürgősségi fogamzásgátlás

A sürgősségi fogamzásgátló tabletták vénykötelességével összefüggésben fentiekre visszautalva rögzíteni szükséges, hogy ezek a készítmények elsődlegesen *a megtermékenyítést megelőző folyamatokra (ovulációra) hatnak*. Fogamzásgátló hatásukat azonban egy igen szűk, a védekezésmentes együttlétől számított 72 (Levonorgesztrel (LNG) hatóanyag esetén) illetve 120 (Uliprisztál-acetát (UPA) hatóanyag esetén) órán belüli időablakban képesek kifejteni.

Tekintettel arra, hogy a szabályozásunk alapján (a nyugati demokráciákhoz hasonlóan) jelenleg is a nők prokreatív autonómiához való jogának részét képezi a fogamzásgátló eszközökhöz való hozzáférés, így ez etikai szempontból nem jelent új mérlegelendő helyzetet, csupán a fogamzásgátló eszközökhöz való hozzáférést teszi könnyebbé, amely éppen a nem kívánt terhességek létrejöttét előzi meg.

A sürgősségi fogamzásgátlás könnyebb hozzáférhetővé tétele nem változtatja meg a jelenlegi magyar szabályozás alapvető etikai szemléletét. Nem teremt új lehetőséget egy már létrejött terhesség megszakítására, hanem a nem kívánt terhesség létrejöttét előzi meg.

Az etikai mérlegelés során tehát elsősorban azt kell vizsgálni, hogy a vénykötelesség jelent-e olyan igazolható egészségügyi többletbiztonságot, amely arányban áll a késedelemből eredő hatáscsökkenéssel. Amennyiben a szükséges tájékoztatás és kockázatfelmérés gyógyszerészeti közreműködéssel is megfelelően biztosítható, az orvosi recept kötelesség fenntartása nehezen igazolható korlátozás. Abból kiindulva, hogy az EU-ban Magyarország az egyetlen olyan tagállam, ahol a sürgősségi fogamzásgátló tabletta receptköteles a korlátozás oka erősen megkérdőjelezhető.

3.

Gyógyszeres terhességmegszakítás

A gyógyszeres terhességmegszakítás bioetikai értékelése során két eltérő szintű etikai kérdés különíthető el. Az elsőrendű kérdés arra irányul, hogy a korai terhesség megszakítása egyáltalán erkölcsileg megengedhető-e. A magyar szabályozás mögött álló mérsékelt (gradualista) bioetikai felfogás erre a kérdésre – meghatározott feltételek mellett – igenlő választ ad, ahogyan azt fentebb már rögzítettük. Ennek megfelelően a következőkben nem ez az alapkérdés vizsgálendő, hanem egy másodrendű etikai problémára kell összpontosítani: ha a korai terhesség megszakítása erkölcsileg megengedhető, milyen etikai indokok támasztják alá, hogy az állam kizárólag a műtéti módszert biztosítja, és nem teszi hozzáférhetővé a gyógyszeres terhességmegszakítást.

Az EU-n belüli hozzáférés tekintetében megállapítható, hogy 4 tagállamot leszámítva a korai gyógyszeres terhességmegszakítás (bizonyos feltételek mellett) engedélyezett: Magyarország,

Szlovákia, Málta és Lengyelország a kivételek. Legutóbb Litvániában vált elérhetővé 2023. január 1-jétől, a litván egészségügyi miniszter 2022. augusztus 12-i rendelete nyomán.³

Az abortusz szabályozásában mérsékelt etikai álláspontot megjelenítő országok közül az EU-n belül kizárólag Magyarország és Szlovákia az, ahol nem elérhető a tablettás abortusz. (Lengyelország és Málta abortuszszabályozása eleve nem illeszkedik a mérsékelt modellbe, mivel nem teszi lehetővé a terhesség korai megszakítását a nő kérelmére. Ezen két ország szabályozása inkább a fogantatástól fennálló fokozott védelmet hangsúlyozó konzervatív (pro-life) bioetikai megközelítéshez áll közel.)

A gyógyszeres abortuszt először 1988-ban vezették be Franciaországban, és 2019-ben az ottani abortuszok 70%-ánál alkalmazták. Finnországban (2019-ben 97,7%) és Svédországban (2019-ben 96,4%) a legmagasabb a gyógyszeres abortusz aránya, de Szlovénia és Észtország is magas arányt mutat (72,4% és 82,8%). Alkalmazási arányát nem önmagában a módszer jogi engedélyezése határozza meg. Egy európai összehasonlító vizsgálat szerint az alkalmazási arányt elsősorban az befolyásolja, hogy a gyógyszeres eljárás a terhesség mely szakaszáig alkalmazható, valamint milyen ellátásszervezési modell keretében érhető el.⁴

A gyógyszeres terhességszakítás tekintetében az utóbbi években nem csupán a hozzáférhetőség bővült, hanem az ellátás szakmai modellje is jelentős átalakuláson ment keresztül. Míg a korábbi gyakorlat szerint a gyógyszeres abortusz megkezdésének feltétele rendszerint az intrauterin terhesség ultrahangos igazolása volt, egy 2024-ben a New England Journal of Medicine-ben megjelent randomizált, multicentrikus vizsgálat azt igazolta, hogy megfelelő betegkiválasztás mellett a kezelés már az ultrahangos megerősítés előtt is megkezdhető anélkül, hogy ez rontaná a beavatkozás eredményességét vagy érdemben növelné a súlyos szövődmények előfordulását. A vizsgálat 1504 nő bevonásával azt találta, hogy a teljes abortusz aránya gyakorlatilag azonos volt a két csoportban (95,2%, illetve 95,3%).⁵

A magyar jogalkotó deklarálta, hogy nem nyitja meg az abortusz vitát, tehát továbbra is a mérsékelt (gradualista) abortuszetikai modellt tekinti irányadónak, így a gyógyszeres terhességszakítás eddigi szabályokhoz igazodó bevezetése elméletileg megvalósítható anélkül, hogy a szabályozás erkölcsi alapját megváltoztatná. Amennyiben a jogosultsági feltételek, a terhességi időhatárok és a magzatvédelmi garanciák változatlanok maradnak, és a módosítás kizárólag a már jogszerűen elvégezhető terhességszakítás módszerére terjedne ki, úgy a gyógyszeres terhességszakítás nem jelentene új etikai mérlegelést igénylő helyzetet.

E modell nem változtatná meg a korai abortusz erkölcsi megítélését, és nem bővítené azok körét, akik terhességszakításra jogosultak. Kizárólag azt tenné lehetővé, hogy a már megengedett beavatkozás egy másik, nemzetközileg elfogadott módszerrel is elvégezhető legyen.

Az újonnan felmerülő etikai kérdések tehát nem a beavatkozás megengedhetőségére, hanem a végrehajtás módjára, a betegbiztonságra, az autonómia érvényesülésére és az ellátás szervezésére vonatkoznának.

³ https://e-seimas.lrs.lt/rs/legalact/TAD/1a1dc9061a3211edb36fa1cf41a91fd9/?utm_source=

⁴ Miani, C. A gyógyszeres abortusz aránya és a nemek közötti egyenlőség Európában: ökológiai korrelációs tanulmány. Sex Reprod Health Matters. 2021. dec.; 29(1):1985814. doi: 10.1080/26410397.2021.1985814. PMID: 34730066; PMCID: PMC8567957. 6.

⁵ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2401646>

Vizsgálni kellene különösen:

- a gyógyszeres és a műtéti módszer előnyeit és kockázatait;
- a kevésbé invazív ellátás biztosításának követelményét;
- a nő megfelelő tájékoztatáson alapuló módszerválasztását;
- a fájdalomcsillapítás, a pszichés támogatás és az utánkövetés biztosítását;
- a sürgősségi ellátás elérhetőségét;
- a földrajzi és társadalmi hozzáférési különbségek megelőzését, kiegyensúlyozását;
- az egészségügyi dolgozók lelkiismereti szabadságát is figyelembe véve a betegellátás folyamatosságának biztosítottságát.

Összegzés:

A három vizsgált kérdés közös etikai keretben értékelhető. A magyar szabályozás a magzati élet védelmét nem kizárólag a terhességmegszakítás szabályozásán keresztül, hanem a családtervezés, a fogamzásgátlás és a válsághelyzetben lévő várandós nők támogatása révén is érvényesíteni kívánja. Ennek megfelelően a szakpolitikai cél elsődlegesen a nem kívánt terhességek megelőzése és a várandós nők érdemi támogatása kell, hogy legyen, nem pedig a döntési folyamat további érzelmi megterhelése.

A „szívhangrendelet” helyett olyan komplex prevenciós és támogatási program indokolt, amely a bizonyítékokon alapuló szexuális nevelésre, a fogamzásgátláshoz való hozzáférésre, a szociális támogatásra és az ítélkezésmentes tanácsadásra épül.

A sürgősségi fogamzásgátlás vény nélküli hozzáférhetősége nem új etikai helyzetet teremt, hanem a nem kívánt terhességek megelőzését szolgálja.

A gyógyszeres terhességmegszakítás bevezetése nem szükségképpen változtatná meg a jelenlegi abortuszsabályozás erkölcsi alapját, megfelelő feltételek mellett kizárólag a már megengedett terhességmegszakítás módszerválasztékát bővítené. A szakmai és etikai vizsgálat középpontjában ezért a betegbiztonságnak, az önrendelkezésnek, a megfelelő tájékoztatásnak és az ellátás igazságos megszervezésének kell állnia.

Budapest, 2026. augusztus 3.

Dr. Kussinszky Anikó

A megbeszélésen bemutatott szakmai véleményünket röviden az alábbiakban foglalom össze:

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium, Szülészeti és Nőgyógyászati Tagozat és a Magyar Nőorvos Társaság röviden összefoglalt szakmai véleménye a felvetett, három szakmai kérdésről (a részletes szakmai háttéranyagot korábban már eljuttattuk Miniszter Úr felé).

Szívhanghallgatás: A szülészet-nőgyógyászati szakmai testületek már akkor sem értettek vele egyet, amikor bevezetésre került. Az elmúlt években az is kiderült, hogy bevezetése sajnos nem csökkentette a terhességmegszakítások arányát. Ennek megfelelően pozitív hozadéka sajnos nincs, ugyanakkor pszichés terhe az orvosra is és az édesanyára is van. Korábban részletesen kifejtett véleményünket fenntartva, egyetértünk a vonatkozó rendeletek módosításával, a kötelező szívhang-hallgatás megszüntetésével.

A sürgősségi fogamzásgátló tabletta a mi tudomásunk az európai országok döntő többségében nem receptköteles. Néhány ritka egészségügyi kivételtől eltekintve a sürgősségi fogamzásgátló tablettának nincsen érdemi kockázata. A nemzetközi ajánlások egyértelműen a szabad hozzáférést javasolják a WHO, a FIGO (a nőgyógyász világszervezet) az Amerikai Nőorvos társaság és a brit irányelvek is. A 14 és 16 év közötti korosztálynál a gyógyszerészi receptírás jön elsősorban szóba, 16 éves kor felett a recept nélküli hozzáférés. Ha esetleg 14 éves kor alatt felmerül a teherbeesés orvosi ellenőrzés mellett ebben a korosztályban is használható a tabletta.

A gyógyszeres terhességmegszakítás vonatkozásában az Egészségügyi Szakmai Kollégium, Szülészeti és Nőgyógyászati Tagozata és a Magyar Nőorvos Társaság egyértelműen annak magyarországi bevezetését javasolja. Ha egy nő a terhességmegszakítás mellett dönt, akkor az egészsége, a későbbi reprodukív egészsége szempontjából, tehát azért, hogy a gyermekvállalás lehetősége fennmaradjon, egyértelműen kedvezőbb a gyógyszeres, mint a műtéti terhességmegszakítás.

Üdvözlettel:

Prof. Dr. Ács Nándor

igazgató

Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

A Magyar Nőorvos Társaság Elnöke

Budapest, Üllői út 78/a., 1082.

Prof. Dr. Nandor Acs

Chair, Department of Obstetrics and Gynecology

Semmelweis University

President of the Hungarian Society of Obstetrics and Gynecology

Üllői út 78/a, H-1082, Budapest, Hungary

Tisztelt Egészségügyi Minisztérium, Tisztelt Egyesületek, Alapítványok!

Engedjék meg, hogy bemutatkozzam. Borsi-Szűcs Melinda vagyok, Laktációs Szaktanácsadó és Nemzetközileg Elismert Szoptatási Tanácsadó IBCLC, 2023 óta a Szoptatásért Magyar Egyesület Alelnöke. És jelen vagyok mint nő és édesanya.

Egyesületünk összefogja és képviseli a magyar szoptatási tanácsadókat, akik itthon és határon túl is támogatják a családokat. 31 évvel ezelőtt, 1995-ben egy csapat elszánt és segíteni vágyó, szoptatás iránt elkötelezett szakember létrehozta ezt az egyesületet, és megfogalmazta célként, hogy minden csecsemőnek és gyermeknek joga van az egészséges élethez és minden anyának joga van ahhoz, hogy megfelelő információt és támogatást kapjon ennek biztosításához.

Egyesületünk főbb tevékenységi körei: közvetlen tanácsadás, naprakész, hiteles információs anyagok készítése, eljuttatása a családokhoz, ismeretterjesztő programok és szakmai tanfolyamok, továbbképzések szervezése. A családok hosszú távú kísérése.

Ezúton is szeretném megköszönni, hogy társadalmi egyeztetést folytatnak olyan érdekvédelmi szervezetekkel, akik a nők alapvető jogait védik, és a nyitottságukat, hogy meghallgatnak bennünket ilyen fontos kérdésekben. Amióta családok támogatásával foglalkozom csodálatos embereket ismertem meg, akik szintén erre tették fel az életüket és szerencsés vagyok, hogy többekkel ülhetek most itt. Örülünk, hogy meghallgatják a tapasztalatainkat. Használják ezeket!

Az említett témakörök kapcsán Egyesületünk állásfoglalása, azonos a már előttünk szóló egyesületekkel:

- Támogatjuk a szívhang rendelet eltörlését, fontosnak tartjuk az egyeztetést az érdekképviselői szervezetekkel, közös protokoll kidolgozását együttesen, melynek része a teljes körű hiteles tájékoztatás, fiatal korban történő szexuális felvilágosítás, edukáció.
- Alapvetőnek tartjuk a sürgősségi fogamzásgátlást igénybe vevő nőkkel szembeni ítéletkezesmentes, életkortól függetlenül egyenlő bánásmódot, egységes bizonyítékokon alapuló ellátási és utánkövetési modell bevezetését. Illetve a

fogamzásgátlás és sürgősségi fogamzásgátlás árának csökkentését vagy ingyenessé tételét.

Tapasztalataink alapján rendkívül nagy hatással van a nőkre, későbbi gyermekvállalási terveikre, a szülésre és a szoptatásra is egy-egy negatív életesemény. Ebbe beletartoznak a fogamzással, várandóssággal és szüléssel kapcsolatos élmények is. Nem lehet ezeket az esetlegesen negatív élményeket és ezeknek a hatásait figyelmen kívül hagyni. Ebbe beletartozik a szívhang rendelet összes negatív hatása.

Meghozni egy olyan döntést, hogy egy nő nem vállal egy várandósságot önmagában is nagy lelki teher, kötelező és felesleges eljárások sokasága nélkül is. Ebben a helyzetben is fontos, hogy az érintettek, lakóhelytől, származástól függetlenül részesülhessenek empatikus, hiteles, biztonságos, számukra érthető és anyagiilag is elérhető ellátásban, ami nem befolyásolja negatívan a későbbi gyermekvállalási szándékukat. Fontos tényező emelett a pszichés és mentális támogatás az ellátórendszerből.

Az ilyen fizikailag és lelkileg is megterhelő helyzetek elkerüléséhez elengedhetetlen az időben elkezdett és hiteles forrásokon alapuló megelőzési protokoll, iskolás korban elkezdett mindenre kiterjedő szexuális edukáció, mely minden fiatalkorú számára elérhető kell legyen. A fogamzásgátló lehetőségek alapos ismerete és mindenki számára elérhetővé tétele, anyagi helyzettől függetlenül. És elengedhetetlen a nők iránti tisztelet, akik lehet, hogy életük legnehezebb döntését hozták meg.

Szoptatási tanácsadóként, amikor egy családot kísérünk, gyakran tapasztaljuk, hogy az edukáció vagy az empátia hiánya milyen károkat tud okozni egy családi rendszerben. Illetve, hogy az anyák minden információhoz hozzájutnak az interneten, de kevés a hiteles forrás, ami alapján a számukra legmegfelelőbb döntést meg tudják hozni. A jelen lévő szervezetek ebben a tömegben szeretnék hallatni a hangjukat, kiállni és megsegíteni a nőket, az anyákat, a gyermekeket, a családokat.

Szeretném megköszönni, hogy meghallgattak bennünket és biztatom Önöket, hogy más fontos társadalmi kérdésekben is tegyenek ugyanígy. Rengeteg témában tudunk a segítségükre lenni, mi például mint Magyarország legrégebbi, hiteles szoptatás támogatással foglalkozó egyesülete. Köszönöm a figyelmet.



A TASZ álláspontja a Szívhangrendelet, a sürgősségi fogamzásgátlás és a gyógyszeres terhességmegszakítás alapjogi vonatkozásairól

1. A TASZ álláspontja a „szívhangrendeletről”:

Legnagyobb problémák

- **A szabály szigorítja az abortusz feltételeit, de nem előzi meg a nem kívánt terhességeket.** A szívhangrendelet következtében módosított jogszabály korlátozza az abortuszhoz való hozzáférést. A szigorítás célja vélhetően az abortuszok számának csökkentése lehetett. A módosítás hatályba lépése óta született statisztikák azonban megmutatják, hogy a korlátozás ezen cél elérésére alkalmatlan. Csak akkor avatkozik be, amikor a terhesség már létrejött és a nő már döntési helyzetbe került. A TASZ évek óta azt képviseli, hogy az abortuszok száma csökkentésének megvannak a megfelelő, tudományosan bizonyított hatásfokú eszközei – elsősorban a szexuális edukáció és a fogamzásgátlás elérhetővé tétele mindenki számára. Az abortusz bárminemű szigorítása azonban nem tartozik ezek közé. Márpedig az, hogy a terhességmegszakítás feltételévé válik az életfunkciók bemutatásának igazolása, egyértelműen a feltételek szigorodását jelenti, vagyis ezzel nehezebbé válik az abortuszhoz való hozzáférés. Az állam feladata a szociális ellátórendszer működtetése, melynek része a szexuális edukáció, a családtervezéssel kapcsolatos támogatás és a gyermekvállalást segítő támogatások kiépítése minden társadalmi csoport számára. Amíg az állam ezt a feladatát nem látja el, különösen aránytalanul korlátozó egy ilyen további akadály beépítése az abortusz folyamatába.
- **A szabályozás sérti a nő emberi méltóságát és a tájékoztatás visszautasításához való jogát.** A terhességmegszakítás specialitása, hogy erőteljesebben érint alapjogokat, mint az egészségügyi beavatkozások általában. A nő önrendelkezési joga találkozik az állam intézményvédelmi kötelezettségével a magzati élet védelme érdekében. A terhességmegszakítás kapcsán a nő önrendelkezési joga nem korlátozhatatlan, vagyis az abortuszhoz való hozzáférés joga nem abszolút – azonban az önrendelkezési jog korlátozhatóságának megvannak a határai. A szívhangrendelet egyértelműen túllép ezeken a határokon. Az önrendelkezési jog az emberi méltósághoz való jog része. Korlátozható ugyan más alapjog vagy alkotmányos érték védelme érdekében, de csak addig, amíg ez nem sérti az emberi méltóságot. Az egészségügyben az önrendelkezés feltétele, hogy a beteg megfelelő tájékoztatást kapjon, és maga dönthessen arról is, hogy lemond-e a tájékoztatásról. A szívhangrendelet ezt a döntést elveszi a nőtől, mert kötelezővé teszi a tájékoztatást (a magzati életjelek bemutatását). Ezért sérti a nők önrendelkezési jogát és ezen keresztül az emberi méltósághoz való jogát. Az életfunkciók bemutatásakor tekintettel kell lennünk arra is, hogy az

abortuszra jelentkező nő definíció szerint válsághelyzetben vagy más súlyos élethelyzetben van, így önmagában az a helyzet is megalázó, emberi méltóságot sértő lehet, hogy nem dönthet a tájékoztatásról, hanem az életfunkciók bemutatását el kell tűrnie. Az egészségügyi törvény 10. § alapján az orvos kötelessége az, hogy egy vizsgálat során kíméletesen, a nő méltóságának tiszteletben tartásával járjon el, és ne hozza a páciensét olyan helyzetbe, amelyet ő megalázónak érezhet. Ha az orvos eljárása ennek a feltételnek nem felel meg, azzal a páciens emberi méltóságát sérti.

- **A szabályozás megingathatja a nők orvosokba vetett bizalmát.** A jelenlegi abortusz-szabályozás a terhességmegszakítás körében az állam feladatait két szereplő között osztja szét. A családvédelmi szolgálatok feladata az alternatív lehetőségekről való tájékoztatás és érvelés a magzat megtartása mellett. Az egészségügyi szakember feladata a tárgyilagos, semleges és támogató ellátás. A szülészet-nőgyógyászati ellátás – és ebben a körben különösen az abortusz – specialitása az is, hogy bármely más egészségügyi ellátáshoz képest nagyobb szerepe van az orvosban való bizalomnak. A bizalom kiépítéséhez és megtartásához különösen fontos, hogy a nő ne érezze úgy, hogy az orvos befolyásolni akarja, vagy olyan dologra kényszeríti rá, amit nem akar megtenni, mert ezzel könnyen megtörhet a bizalom. A bizalom megtörése pedig további súlyos következményekkel járhat, eltántoríthatja a bizalomvesztett nőt a további nőgyógyászati ellátástól, amely veszélyes lehet az egészségére, valamint későbbi gyermekvállalás esetén a magzat egészségére is.
- **A rendelet a jogforrási hierarchiát is sérti.** Alapjogot érintő új korlátozást csak törvényben lehetne meghatározni. Ehhez képest a magzati életfunkciók bemutatását rendeleti szinten tették a terhességmegszakítás új feltételévé, miközben a magasabb szintű törvény ilyen követelményt nem tartalmaz. Ennek megoldása azonban semmiképpen sem lehet a szívhangrendelet törvényi szintre emelése, kizárólag annak hatályon kívül helyezése a módosítás által okozott, fent említett alapjogi és szociológiai visszasságok következtében.

Megoldási javaslatok

- A kötelező életfunkció-bemutatói szabályt hatályon kívül kell helyezni, és vissza kell állítani a nő döntési jogát arra nézve, hogy milyen információt kíván megismerni az abortuszellátás során.
- Új, a betegjogokat tiszteletben tartó és traumaérzékeny szakmai irányelvre van szükség, amely a tárgyilagos tájékoztatást, a semleges döntéstámogatást és a nő méltóságának tiszteletét helyezi középpontba.
- Az abortuszok számának csökkentését a nem kívánt terhességek megelőzésére, a széleskörű szexuális edukációra, a fogamzásgátlás hozzáférhetőségére és a gyermekvállalást segítő valós támogatásokra kell alapozni.

- Ehhez országos tájékoztató és edukációs programokat kell indítani, melyek magukban foglalják az életkornak megfelelő, átfogó szexuális edukációt és a minden társadalmi csoport számára és területileg is elérhető reproduktív egészségügyi szolgáltatásokat.
- Törekedni kell a bizalmas, akadálymentes ellátásra: megfelelő, mindenki számára érthető tájékoztatással és elérhető pszichológiai, szociális segítséggel, amelynek igénybevétele önkéntes.
- Szükség van a szociális ellátórendszer átalakítására: tényleges támogatásra lakhatási, anyagi, gyermekfelügyeleti vagy erőszak miatti krízis esetén.
- A fogamzásgátlást mindenki számára elérhetővé kell tenni, ennek része a megelőző fogamzásgátlás tényleges elérhetővé tétele, valamint az esemény utáni tabletta vény nélkül, gyorsan hozzáférhetővé tétele.
- Rendszeres adatgyűjtést és hatásvizsgálatot kell végezni annak mérésére, hogy mely intézkedések csökkentik valóban a nem kívánt terhességeket és az abortuszok számát.
- A végleges szakmai és jogi megoldást széles körű egyeztetésnek kell megelőznie az érintett nők, egészségügyi szakemberek, jogvédő és nőjogi szervezetek, valamint szakmai testületek bevonásával.

2. A TASZ álláspontja az esemény utáni tabletta vénykötelességéről

Legnagyobb problémák

- **A vénykötelesség egy időérzékeny ellátást késleltet.** A tablettát legkésőbb a védekezés nélküli együttlétet követő három vagy öt napon belül lehet alkalmazni, és a hatásossága annál nagyobb, minél hamarabb alkalmazzák. Az orvosi recept megszerzése éppen a készítmény eredményességét csökkentheti. A recept megszerzése olyan gyakorlati akadályokba ütközhet, mint hogy nincs elérhető orvos hétvégén vagy ünnepnapon, a nőknek ügyeleti vagy magánellátást kell keresniük, ami utazással és többletköltségekkel járhat, illetve az orvos felkeresése egyéb nehézségekbe ütközhet, különösen korábbi traumák vagy családon belüli erőszak miatt. A receptkényszer ezért aránytalanabban érintheti többek között a vidéken és kistelepülésen élőket, a fiatalkorúakat, a szexuális erőszak áldozatait, az alacsony jövedelmű nőket, a bántalmazó vagy kontrolláló kapcsolatban élőket, illetve azokat, akik munkájuk vagy gondozási feladataik miatt nehezen jutnak el orvoshoz.
- **A receptkényszer aránytalanul korlátozza az önrendelkezést.** Az emberi méltóságból levezetett önrendelkezési jog része az is, hogy egy nő szabadon dönthessen arról, hogy szükség esetén sürgősségi fogamzásgátló tablettát kíván-e alkalmazni a terhesség megakadályozására. Ezzel szemben áll az állam egészségvédelmi kötelezettsége, melynek keretében az államnak olyan szabályozást kell alkotnia, amely amellet, hogy tiszteletben tartja a nő méltóságát és önrendelkezését, megóvjá őt az esetleges káros hatásoktól. Ennek keretében az önrendelkezési jog

tehát korlátozható, de csak a feltétlenül szükséges és arányos mértékben. Az esemény utáni tabletta vénykötelessége nem tekinthető az önrendelkezési jog szükséges és arányos korlátozásának. Nem egy különösen kockázatos beavatkozásról van szó, amely minden esetben előzetes orvosi vizsgálatot indokolna. A WHO szerint a sürgősségi fogamzásgátló tabletták alkalmazásának nincs abszolút orvosi ellenjavallata, nincs általános alsó életkori korlátja, az esetleges mellékhatások rendszerint enyhék és átmenetiek, valamint szükség esetén a gyógyszerész képes felismerni azokat a körülményeket, amelyekben orvosi vizsgálat javasolt. A WHO ezért kifejezetten javasolja, hogy a sürgősségi fogamzásgátló recept nélkül legyen hozzáférhető. A minden esetben előírt orvosi konzultáció nehezíti a fogamzásgátlóhoz való hozzáférést, aminek a fentiek értelmében nincs megalapozott orvosi indoka, így nem feltétlenül szükséges korlátozása az önrendelkezési jognak. A tabletta esetleges mellékhatásai, valamint a nem megfelelő használata elleni védelem a vénykötelességnél enyhébb módszerekkel is biztosítható.

- **Magyarország szabályozása európai összehasonlításban szélsőségesen korlátozó.** Az Európai Gyógyszerügyi Hivatal már 2015-ben a tabletta vény nélkül elérhetővé tételét ajánlotta, amit az Európai Bizottság döntése is megerősített. A 2026-os európai fogamzásgátlási atlasz szerint az EU-ban már csak Magyarországon és Lengyelországban vényköteles az esemény utáni tabletta. Lengyelországban ráadásul a programban részt vevő gyógyszertárakban a gyógyszerész helyben felírhatja, tehát még ott sem feltétlenül szükséges előzetes orvosi vizit.

Megoldási javaslatok

- Meg kell szüntetni az esemény utáni tabletta vénykötelességét, és biztosítani kell a gyors, diszkrét gyógyszeres tájékoztatást.
- A kiadást rövid, egységes és szakmailag megalapozott gyógyszerészeti tájékoztatás kísérheti, ez azonban nem válhat új hozzáférési akadállyá.
- Gondoskodni kell arról, hogy ha a tabletta vénykötelessége megszűnik, arról széleskörűen tájékoztassák az embereket, ez a tájékoztatás legyen elérhető minden társadalmi csoport számára.
- A tájékoztatásnak ki kell terjednie az esemény utáni tabletta használatának a feltétlenül szükséges esetekre korlátozására, a megelőző fogamzásgátlás fontosságára, valamint a tabletta hatásaira és kockázataira.
- Gondoskodni kell arról is, hogy a készítmény országosan ténylegesen elérhető és a rászorulóknak számára megfizethető legyen.
- A lakossági gyógyszerellátást végző gyógyszertárak nem tagadhatják meg a készítmény tartását és kiadását világnézeti okokra hivatkozva. Erről a gyógyszertárakat is tájékoztatni kell.
- Edukációs kampányt kell indítani a megelőző fogamzásgátlásról, és elérhetővé kell tenni a fogamzásgátló eszközöket minden társadalmi csoport számára.
- A részletes szabályozást gyógyszerészeti, nőgyógyászati, valamint civil szervezetek és érintettek bevonásával lezajlott egyeztetés alapján kell kialakítani.

3. A TASZ álláspontja a gyógyszeres terhességmegszakításról

A nemzetközi és magyar helyzet, valamint a legnagyobb problémák

- **Nem kísérleti módszerről van szó.** A WHO a gyógyszeres terhességmegszakítást biztonságos, bizonyítékokon alapuló ellátásként kezeli, és a terhesség első 12 hetében megfelelő feltételek mellett az önálló otthoni alkalmazást is elfogadható lehetőségnek tekinti.
- **A magyar gyógyszerügyi hatóság már 2012-ben engedélyezte a tablettá forgalomba hozatalát.** A tablettát Magyarországon is biztonságos, intézményi körülmények között alkalmazható gyógyszerként fogadták el, jogi akadálya tehát nincs a bevezetésének.
- **Magyarországon nincs valódi módszerválasztás.** Ma Magyarországon egy nő akkor sem választhat gyógyszeres terhességmegszakítást, ha az a terhességi kor, az egészségi állapota és a saját preferenciái alapján megfelelő lenne. Az önrendelkezési jog része az is, hogy amennyiben több szakmailag elfogadott és biztonságos módszer áll rendelkezésre, lehetőség szerint biztosítani kell a módszerek közötti tájékozott választást; az egyik módszer teljes kizárását csak szakmai, nem pedig ideológiai indokok igazolhatják. A gyógyszeres terhességmegszakítás teljes kizárásának nincsenek ismert szakmai indokai. Ha pedig a módszer nem szakmai indokból egyáltalán nem választható, az az önrendelkezési jog szükségtelen és aránytalan korlátozása.
- **Magyarország ezen a területen is szűk európai kisebbséghez tartozik.** A 2025-ös európai abortuszpolitikai atlasz adatai alapján a gyógyszeres terhességmegszakítás a 27 EU-tagállamból 23-ban hozzáférhető; csak Magyarországon, Lengyelországban, Máltán és Szlovákiában nem része az elérhető abortuszellátásnak. Számos tagállamban a folyamat egy része vagy egésze otthon is elvégezhető.

Megoldási javaslatok

- A gyógyszeres terhességmegszakítást a műtéti módszer mellett választható, biztonságos és szabályozott egészségügyi ellátásként be kell vezetni.
- Olyan ellátási modellt kell kialakítani, amely megfelelő előzetes felmérést, hiteles tájékoztatást, utánkövetést és szükség esetén sürgősségi háttérrel biztosít.
- A módosítás fokozatosan is bevezethető. Először lehetővé lehet tenni, hogy a gyógyszeres abortusz kórházi körülmények között alkalmazható legyen. Ezt megfelelően monitorozni kell, külön figyelmet fordítva a mellékhatásokra és a kockázatokra. Később, az adatok tükrében lehetővé lehetne tenni, hogy az arra alkalmas nők választásuk szerint az eljárás egy részét vagy egészét otthon végezhessek el, miközben az intézményi ellátás lehetősége is megmarad.
- Gondoskodni kell arról, hogy a bevezetését széleskörű társadalmi tájékoztatás kísérje, ami kiterjed az eljárás választhatóságára, előnyeire és kockázataira, valamint elérhetővé teszi azt minden társadalmi csoport számára.



- A végleges modellt széleskörű szakmai és társadalmi egyeztetéssel, a nemzetközi tapasztalatok és a magyar ellátórendszer adottságainak együttes mérlegelésével kell kidolgozni.

Budapest, 2026. augusztus 5.

NŐJOGI SZERVEZETEK ÁLLÁSFOGLALÁSA A NŐK REPRODUKCIÓS ELLÁTÁSÁRÓL

2026. július 30.

Üdvözljük, hogy a minisztérium figyelembe vette szervezeteink kérését, és a korábban már bejelentett egyeztetésre meghívta képviselőinket is.

A mai találkozóra a párbeszéd kezdeteként tekintünk, abban bízva, hogy a jövőben az érintettek széles körének bevonása a szabályozások, intézkedések tervezésétől a végrehajtáson át az ellenőrzésig kérés nélkül, rendszerbe épített, strukturált és intézményesített formában valósulhat meg.

Jó gyakorlatnak és valós partnerséget tükröző pozitív társadalmi üzenetnek tartjuk, ha a nyilvánosság és minden érintett nyomon követheti a tervezési és egyeztetési folyamatokat, azok ütemezését, a meghívottak körét és a napirenden szereplő témákat, és ezekről nem utólag értesül.

Szervezeteink egyetértésüket fejezik ki abban, hogy az abortuszok számát a megelőzéssel, edukációval, a fogamzásgátlás hozzáférhetőségének és általában a nők helyzetének javításával hatékonyabban lehet csökkenteni, mint a szívhang-rendeletnek nevezett intézkedéssel.

Közös célként támogatjuk:

- **a „szívhang-rendelet” eltörlését**, mert nincs bizonyíték arra, hogy az embrió, illetve magzat életfunkció-jára utaló jel kötelező megmutatása csökkentené az abortuszok számát, és az nem szolgálja a tájékoztatá-son alapuló döntéshozatalt sem, ugyanakkor szükségtelen pszichés terhet ró a nőkre;
- **a gyógyszeres abortusz elérhetővé tételét**, mert az biztonságos, bizonyítékokon alapuló, számos európai országban elérhető ellátási forma, amely bővíti a nők választási lehetőségeit és a gyógyszeres abortuszt követő szülésre nézve kevesebb negatív következménnyel jár;
- **a 72 és 120 órás sürgősségi fogamzásgátló vénykötelességének megszüntetését**, mert a készítmény hatékonysága időfüggő, ezért a gyors és akadálymentes hozzáférés a nem kívánt terhességek megelőzésé-nek fontos eszköze.

Általánosságban felajánljuk tapasztalataink és tudásunk megosztását a nők reprodukciós egészségét és jogait érintő kérdésekben, valamint az érintettek bevonását és érdemi részvételét elősegítő folyamatok kidolgozásában is.

A nyilatkozathoz csatlakozó szervezetek:

Amnesty International Magyarország
Dr. Ecsedi Gabriella
EMMA Egyesület
Élet.Érzés Egyesület
Független Bábák Szövetsége Egyesület
Kis Veréb Alapítvány
KORE Koraszülöttekért Országos Egyesület
Magyar Dúlakör Egyesület

Magyarországi Dúlák Egyesülete MODULE
Másállapotot a Szülészetben mozgalom
MENŐK – Magyar Európai Nők Fóruma Egyesület
Muri Phen – Az én húgom Roma Női Informális Csoport
NANE Egyesület
Patent Egyesület
Szoptatásért Magyar Egyesület
Társaság A Szabadságjogokért (TASZ)