



EMBERI MÉLTÓSÁG KÖZPONT

www.meltosag.hu

igazgato@meltosag.hu

2045 Törökbálint, Szent István u. 29.

Az Emberi Méltóság Központ állásfoglalása a „szívhangrendelet”-ként elhíresült szabályozás és az azzal érintett szakmai irányelv kapcsán

Preambulum

Az Emberi Méltóság Központ 2015 óta működő magyarországi civil szervezet, amely az emberi élet fogantatástól a természetes halálig tartó védelméért, a gyermek- és szülői jogokért, valamint a család és a házasság megerősítéséért végez közéleti, tájékoztató és érdekképviselési munkát. Európai és nemzetközi élet-, család- és házasságvédő szervezetek hálózatával működünk együtt, és ENSZ tanácsadói ECOSOC státusszal rendelkezünk.

Jelen állásfoglalásunkat az Egészségügyi Minisztérium által tervezett abortuszliberalizációs intézkedések kapcsán készítettük. Álláspontunk alapja az emberi méltóság sérthetatlensége, az emberi élet fogantatástól fennálló értéke és védelme, valamint Magyarország Alaptörvényének és jogrendszerének vonatkozó emberi életet védő rendelkezései.

A tervezett változtatásokat elsősorban a megfogant gyermekek, a várandós nők és családjaik szempontjából vizsgáljuk, szem előtt tartva ugyanakkor a társadalom egészét érintő hatásokat. Célunk olyan megoldások megfogalmazása, amelyek egyszerre szolgálják a nők és családjaik valós támogatását, valamint a megfogant gyermekek védelmét.

Két élet forog kockán

Az abortusz során egy megfogant emberi életet oltanak ki. A fogantatással egy új, egyedi ember jön létre, egyedi DNS-sel, aki nem az anya testének része, aki nem „lehetséges ember”, hanem az emberi fejlődés legkorábbi szakaszában lévő, teljesen kiszolgáltatott emberi lény, akit az alkotmány véd. Az ember értéke nem függ fejlettségétől, méretétől vagy attól, hogy mások kívánják-e.

A megszületés nem tesz valakit emberré, és a születés előtti állapot sem teszi kevésbé azzá. A méhben fejlődő gyermek ugyanaz az ember, aki később gyermek, felnőtt vagy idős lesz. Éppen ezért ugyanúgy védenünk kellene őt is, mint bármelyikünket.

A várandós nő méltósága és nehéz helyzete különleges figyelmet érdemel, az anya védelme azonban nem valósítható meg gyermeke életének feláldozásával. Az abortusz súlyos, visszafordíthatatlan esemény, amely egy meglévő válsághelyzethez újabb testi-lelki terheket

adhat. Ha egy nő úgy érzi, nem tudja vállalni gyermekét, az a társadalom felelősségét jelzi: valódi segítséget kell kapnia, nem pedig könnyebben hozzáférhető abortuszt.

Az életvédő szemlélet nem választ anya és gyermek között: mindkettőjük életét és méltóságát védi. A támogatásnak ezért **a krízishelyzet feloldását és a gyermek életének megóvását kell szolgálnia**: érdemi tanácsadással, valós alternatívákkal, lelki és anyagi segítséggel, valamint a megszületéshez, felneveléshez vagy – szükség esetén – örökbeadáshoz szükséges támogatással.

Az orvos felelőssége az élet és egészség szolgálata: az anya és a magzat méltóságának együttes védelme. Ezt fejezi ki a magyar jogrend is. Az Alaptörvény kimondja: „*A magzat életét a fogantatástól kezdve védelem illeti meg.*” A magzati élet védelme tehát alkotmányos követelmény, amelyet a 1992. évi LXXIX. törvény és a Büntető Törvénykönyv is megerősít.

Az Emberi Méltóság Központ álláspontja szerint a megfogant emberi élet kioltásának jogszerűsége önmagában súlyos probléma. **Az abortusz további liberalizálása a legvédtelenebb emberi élet jogi védelmét gyengítené, ezért elfogadhatatlan. Kötelességünk felszólalni ellene.**

Ha valóban a nők érdekeit és a megfogant gyermekek életét akarjuk védeni, nem az abortuszhoz vezető utat kell könnyebbé tenni, hanem **a krízishelyzetből kivezető utat kell szélesebbre nyitni**. Erre teszünk az alábbiakban konkrét javaslatokat.

Valódi segítséget az abortusz könnyítése helyett: a krízisben lévő várandós nők támogatásának megerősítése

1. Szakmai együttműködést javasolunk a krízishelyzet feloldásáért

A krízisben lévő várandós nők támogatását a már működő szakmai rendszerek **szorosabb és protokollszerű együttműködésével képzeljük el**.

Jelenleg a terhességmegszakítást fontolgató várandós nő a Családvédelmi Szolgálat (CsVSz) védőnőjével kerül kapcsolatba, aki alapvetően egészségügyi szereplőként végzi a tanácsadást. A krízis háttérben azonban gyakran olyan problémák állnak – lakhatási, anyagi, párkapcsolati, családi, pszichés vagy szociális nehézségek –, amelyek megoldásához önmagában az elérhető két tanácsadás nem elegendő. **A védőnő nincs automatikusan, protokoll alapján becsatornázva a szociális ellátórendszerbe úgy, hogy a család- és gyermekjóléti szolgálat, szociális munkás, pszichológus vagy más szakember haladéktalanul bekapcsolódjon a krízishelyzet feloldásába.**

Ha egy családban válság vagy veszélyeztetettség alakul ki, a gyermekvédelmi rendszer nem hagyja a családot egyetlen szakemberre: szükség esetén több szakterület együttműködésével tárják fel a problémát, és keresik meg a segítség lehetőségeit. **Ugyanezt a gyermekvédelmi szemléletet kellene alkalmazni akkor is, amikor a gyermek még az anya méhében van, és így kerülnek együtt krízisbe.**

A védőnő lehessen a rendszer egyik fontos belépési pontja, de ne maradjon egyedül a feladattal: legyen világos, egyszerű és automatikus útja annak, hogy a védőnő, szociális munkás, pszichológus, jogász, egészségügyi szakember, valamint civil és egyházi segítő **is bekapcsolódjon, és a várandósság során folyamatosan kísérje az anyát és családját, a segítségnyújtás során egyaránt szem előtt tartva az anya és a méhében fejlődő gyermek jóllétét.**

2. Veletek az első pillanattól kezdeményezés

Ennek a segítő rendszernek már a legelső pillanattól elérhetőnek kellene lennie. Hozzanak létre országos, intézményes segítséget a válsághelyzetben lévő várandós anyák és családok számára: **éjjel-nappal, ingyenesen hívható segélyvonalat, tájékoztató honlapot és chatszolgálatot.** A szolgálat elérhetőségeit a várandóssági tesztek csomagolásán is fel kellene tüntetni.

Fontos volna már ekkor, **az első pillanattól segítő kezet nyújtani** azoknak a kismamáknak, akikben a baba érkezését jelző két csík megpillantásakor nem az öröm, hanem a kétségbeesés és a félelem az első gondolat, mert párkapcsolati, anyagi, egészségügyi vagy lelki okból krízishelyzetbe kerültek.

Érezhessék: nincsenek egyedül, van kihez fordulniuk, és van segítség.

3. Egységes, írásos és hazavihető tájékoztatás

A tanácsadáson kapjon minden nő egy **egységes, közérthető és hazavihető tájékoztató füzetet**, amely bemutatja a magzati élet fejlődését, az anyaság és a gyermekvállalás támogatásának lehetőségeit, az elérhető állami, civil és egyházi segítségeket, a szociális és anyagi támogatásokat, az örökbeadás lehetőségét, valamint az abortusz lehetséges testi és lelki következményeit, kockázatait.

Jelenleg sok múlik azon, hogy a CsVSz védőnője milyen mélységben adja át ezeket az információkat. Még teljes körű szóbeli tájékoztatás esetén sincs a nő kezében olyan **kézzelfogható támogató anyag**, amelyet hazavihet, újra elolvashat, és megmutathat a gyermek apjának vagy családjának.

Ezért szükség van **egységes írásos tájékoztatásra és egy központi honlapra is**, ahol valamennyi fontos információ és elérhető támogatási lehetőség egy helyen megtalálható.

4. Magyar babadoboz a finn modell mintájára

Kapjanak a nehéz szociális helyzetben lévő várandós anyák egy komoly, a gyermek érkezésére felkészítő kezdőcsomagot a finn babadoboz mintájára. A csomag a csecsemő első hónapjaihoz szükséges alapvető felszereléseket tartalmazhatná, és – a finn modellhez hasonlóan – akár első fekhelyként is szolgálhatna.

Magyarországon ennek mintájára olyan támogatási forma kialakítását javasoljuk, amely már a várandósság alatt kézzelfogható segítséget nyújt a nehéz helyzetben lévő anyáknak, és egyértelmű üzenetet közvetít: **a gyermek megszületéséhez van segítség.**

Megelőzés: felkészítés a felelős kapcsolatokra és a családi életre

A megelőzésnek **a kapcsolati kultúra erősítésével és a felelős családi életre való felkészítéssel kell kezdődnie**, nem pedig a fogamzásgátlás minél szélesebb körű iskolai oktatásával és hozzáférhetővé tételével. Nem tartjuk helyesnek, ha a fogamzásgátlás használatára épülő szexuális magatartást a fiatalok tévesen biztonságos és felelős magatartásként sajátítják el („mindent lehet, ha beleegyeztek és védekeztek!”).

Ehelyett a fiatalokat a családi életre kell felkészítenünk. A férfi és a nő egymás iránti, életre szóló elköteleződésére, hűségére, az önmegtartóztatásra, az élet tiszteletére, a házasság és a család értékére, valamint a gyermekvállalás felelősségére kell felkészíteni. A szexualitásnak a házasságban van meg az a biztonságos és felelős kerete, amelyben a férfi és a nő egymás iránti elköteleződése, valamint a gyermek iránti felelősség is a helyére kerül.

Fontosnak tartjuk azt is, hogy a gyermekek már egészen kiskoruktól, elsősorban a családban, életkoruknak megfelelő módon **megismerhessék a magzati élet és fejlődés szépségét és csodáját**. Ha egy fiatal megérti, hogy a fogamzással egy új emberi élet kezdődik, a gyermekvállalást pedig nem teherként, hanem felelősséggel vállalt értékként látja, az valódi alapot adhat a felelős döntésekhez.

Minden érzékeny szexuális és párkapcsolati témát érintő iskolai foglalkozás esetében biztosítani kell a szülők elsődleges nevelési jogát: ilyen témák csak a szülők előzetes, kifejezett és írásos beleegyezésével kerülhetnek feldolgozásra.

Kéréseink és javaslataink az Egészségügyi Minisztérium és a Kormány felé:

- A krízisben lévő várandós nők támogatására hozzanak létre összehangolt, protokollszerű együttműködést a Családvédelmi Szolgálat, a család- és gyermekjóléti szolgálatok, a szociális munkások, pszichológusok, egészségügyi szakemberek, valamint a civil és egyházi segítők között.
- A Családvédelmi Szolgálat védőnője legyen a segítségnyújtás fontos belépési pontja, ahonnan szükség esetén gyorsan és egyszerűen elérhetővé válik a további szakmai segítség.
- Hozzanak létre országos, éjjel-nappal és ingyenesen elérhető segélyvonalat, tájékoztató honlapot és chatszolgálatot a krízisben lévő várandós nők és családok számára, és ezek elérhetőségét a várandóssági tesztek csomagolásán is tüntessék fel.
- A Családvédelmi Szolgálaton minden terhességmegszakítást fontolgató nő kapjon egységes, közérthető, írásos és hazavihető tájékoztatót a magzati életről, a támogatási

lehetőségekről, az elérhető állami, civil és egyházi segítségről, az örökbeadásról, valamint az abortusz testi és lelki következményeiről és kockázatairól.

- Hozzanak létre egy központi, naprakész honlapot, amely egy helyen összegyűjti a krízisben lévő várandós nők számára elérhető állami, civil és egyházi támogatásokat és szolgáltatásokat.
- A nehéz szociális helyzetben lévő várandós anyák számára vezessenek be állami támogatással magyar babadobozt, amely a finn modellhez hasonlóan a gyermek érkezéséhez szükséges alapvető felszerelésekkel nyújt kézzelfogható segítséget.
- Erősítsék a családi életre és a felelős kapcsolatokra való nevelést, különös tekintettel a férfi és a nő közötti elköteleződésre, a hűségre, az önmegtartóztatásra, az élet tiszteletére, a házasság és a család értékére, valamint a gyermekvállalás felelősségére.
- Az élet kezdetének és a magzati fejlődés szépségének életkorhoz illeszkedő megismertetését már gyermekkorban segítsék elő, elsősorban a család elsődleges nevelési szerepének tiszteletben tartásával.
- Minden érzékeny szexuális és párkapcsolati témát érintő iskolai foglalkozás esetében biztosítsák a szülők elsődleges nevelési jogát, és az ilyen foglalkozásokhoz kérjék a szülők előzetes, kifejezett és írásos beleegyezését.

Állásfoglalás a „szívhangrendelet”-ként emlegetett szabályozás és az azzal érintett szakmai irányelv kapcsán

Az egészségügyi minisztérium és az érintett szakmai kollégium a szívhangrendelet módosítását vagy hatályon kívül helyezését tervezi.

Tudomásunk van olyan gyermekekről, akik azért élhetnek ma köztünk, mert édesanyjuk az abortuszt fontolgatva meghallotta a szívhangjukat, vagy meglátta a képernyőn a kis szív pulzálását, és megváltoztatva az abortuszra vonatkozó terveit, életet adott nekik.

A tájékozott beleegyezéshez szükséges tájékoztatás

A szívhangrendelet megszüntetése vagy gyengítése **a tájékozott beleegyezés elvének visszaszorítását jelentené**. A terhességmegszakítás olyan súlyú és visszafordíthatatlan döntés, amelynek meghozatala előtt a várandós nő számára a lehető legteljesebb és valóságosabb tájékoztatást kell biztosítani arról, hogy a beavatkozás a méhében fejlődő gyermek életét érinti. Az abortusz lelki következményeit egyes nők hosszú évtizedeken át hordozzák. A nők érdekét szolgálja, ha a döntés meghozatala előtt szembesülhetnek a valósággal.

Természetesen fontos, hogy az orvos vagy a szonográfus empatikusan forduljon a várandós édesanya felé, ez viszont nem jelenti azt, hogy eltagadják, elfedjék, hogy egy életet hord a szíve alatt.

Ha az eszközzel van szakmai probléma, az eszközt kell felülvizsgálni

A tervezett módosítást támogató szakmai kollégium és az egészségügyi miniszter indokként a magzati szívműködés felhangosítását végző Doppler-ultrahang magzatra gyakorolt *lehetséges* károsító hatását jelöli meg. Ugyanezen beavatkozás után nem sokkal a magzat életét vákuumos szívókészülék oltja ki, amelynek alkalmazásával kapcsolatban ezen szereplők nem fogalmaznak meg hasonló szakmai kifogást.

Dr. Bálint Balázs, a szülészet-nőgyógyászat korábbi országos szakfelügyelő főorvosa, a rendelet végrehajtásához kapcsolódó szakmai utasítás megfogalmazója megerősítette: a végrehajtási utasítás a magzati szívműködés, illetve a szív pulzációjának bemutatását írja elő, amely ultrahangos kép segítségével is megtörténhet. Ha valamely konkrét eszköz¹ használatával kapcsolatban szakmai aggály merül fel, az eszközt kell felülvizsgálni vagy helyettesíteni — például az ultrahang kép bemutatásával —, nem a tájékoztatási elvet megszüntetni.

¹ <https://www.magyarkurir.hu/nezopont/balint-balazs-szulesz-nogyogyasz-szivhang-hallhatova-tetele-valojaban-soha-nem-volt-kotelezo>

Ultrahangkép minden kismamának

Javasoljuk, hogy kapja meg minden várandós édesanya magzata ultrahangképét kinyomtatva, és az EESZT rendszeren keresztül. Az ajándék ultrahangképet minden kismamának javasoljuk átadni az állami rendszerben: Első kép a babáról – ajándékba.

WHO, NICE nem értékeslegesen szakmai hivatkozási pontok

Miniszter úr a szakmai kollégiumnak írt levelében megkérdezte, hogy a szívhangrendelet létrejöttékor támaszkodtak-e a WHO és a NICE abortuszról szóló irányelveire. Nagyon kérjük: **ne alapozzanak ezekre a dokumentumokra a magyar szabályozás kapcsán.**

A WHO 2025-ös abortusz-irányelve² **az abortusz teljes dekriminalizálását, valamint az abortusztabletta 12. hétig történő, közvetlen egészségügyi felügyelet nélküli önmenedzselését is ajánlja, valamint** javasolja az abortusz lelkiismereti okból történő megtagadásának korlátozását. **Emellett, egészen döbbenetes módon a WHO azt javasolja az államoknak, hogy ne tiltsák az abortuszt terhességi korhatárra hivatkozva:**

„Javasoljuk, hogy ne alkalmazzanak olyan törvényeket vagy egyéb szabályozásokat, amelyek a terhességi korhatárra hivatkozva tiltják az abortuszt.” (28. o.)³

Érthető, miért nem javasoljuk szakmailag elfogulatlan mérceként alkalmazni ezt az **erősen abortuszpárti politikai állásfoglalást**, amely a terhességi korhatárookra épülő korlátozások kivezetésének javaslatával elméletben egészen a születésig megnyithatná az utat az abortusz előtt.

A NICE irányelvei⁴ szintén az otthon végzett abortusztablettás terhességmegszakítás lehetőségét támogatják, akár postán kapott tablettákkal.

Ezek az ajánlások Magyarországra nem kötelezőek. **A magyar döntéshozókat a magyar jogrend köti, és mindenekelőtt az Alaptörvény, amely kimondja: „A magzat életét a fogantatástól kezdve védelem illeti meg”.**

Nagyon kérjük a Minisztériumot és a szakmai kollégiumot: ne ezek alapján tegyenek lépéseket a magyar életvédelmi szabályozás fellazítására.

Kéréseink és javaslataink az Egészségügyi Minisztérium és a Kormány felé a „szívhang rendelet” kapcsán:

- A szívhangrendelet és az ahhoz kapcsolódó szakmai irányelv maradjon hatályban, a tájékozott beleegyezéshez szükséges magzati életjel bemutatásának kötelezettségével.

² WHO, *Abortion care guideline*, 2025, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240104204>

³ WHO, *Abortion care guideline*, 2025, 28. o. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240104204>

⁴ <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140>

- Amennyiben a Doppler-ultrahang alkalmazásával kapcsolatban szakmai aggály merül fel, az eszköz használatát vizsgálják felül, és szükség esetén más, biztonságos módszerrel – például az ultrahangképen látható szív működés vagy pulzáció bemutatásával – biztosítsák a tájékoztatást.
- Minden várandós édesanya kapja meg a magzatáról készült ultrahangképet nyomtatott formában és az EESZT-n keresztül is.
- Az állami ellátásban minden kismama számára biztosítsák az ultrahangkép átadását „Első kép a babáról – ajándékba” kezdeményezés keretében.
- A magyar abortuszzsabályozás és az életvédelmi rendelkezések kialakításakor ne tekintsék a WHO és a NICE abortuszra vonatkozó irányelveit önmagukban követendő szakmai mércének, hanem mindenekelőtt a magyar jogrendet és az Alaptörvény életvédelmi rendelkezéseit vegyék alapul.

Állásfoglalás az „esemény utáni tabletta” vénykötelessége kapcsán

Az egészségügyi minisztérium az „esemény utáni tabletta” vénykötelességének megszüntetését tervezi. Ez nem pusztán az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyszerűsítése — egy fontos szakmai és egészségügyi kontrollpont megszüntetését jelentené, amely a nők egészségét és a megfogant emberi életet egyaránt védi.

A megfogant emberi élet beágyazódását is gátolhatja

Az esemény utáni készítményeket a közbeszédben és a szakmai kommunikációban „fogamzásgátlóként” tüntetik fel, miközben hatásmechanizmusuk — a gyártók saját dokumentációja szerint is — kiterjed a megfogant emberi élet beágyazódásának megakadályozására.

Az **ELLA (uliprisztál-acetát)** FDA által jóváhagyott hivatalos dokumentációja szerint a készítmény elsődleges hatásmechanizmusa az ovuláció gátlása vagy késleltetése. Ugyanakkor a dokumentáció azt is rögzíti, hogy „**a méhnyálkahártya beágyazódást befolyásoló változásai szintén hozzájárulhatnak a hatásossághoz**”⁵. Az FDA által jóváhagyott betegájékoztató pedig kimondja: „Lehetséges, hogy az ELLA a méhhez való tapadás (beágyazódás) megakadályozásával is hat.”⁶

Az uliprisztál emellett **szelektív progeszteronreceptor-modulátor**, amely a progeszteronreceptorhoz kötődve megakadályozza, hogy azt a progeszteron elfoglalja.⁷ Ez azért lényeges, mert a progeszteron a méhnyálkahártya megfelelő állapotának és a beágyazódásnak egyik meghatározó hormonális tényezője.

A **Plan B One-Step (levonorgesztrel)** FDA által közzétett 2019-es betegájékoztatója szintén rögzíti, hogy a készítmény elsősorban az ovuláció megakadályozásával hat, ugyanakkor lehetséges hatásmechanizmusként a méhhez való **beágyazódás (implantáció) megakadályozását** is megnevezi.⁸

⁵ U.S. Food and Drug Administration (FDA), *ELLA (ulipristal acetate) Prescribing Information*, 2021, 12.1. pont: **“alterations to the endometrium that may affect implantation may also contribute to efficacy.”**

⁶ U.S. Food and Drug Administration (FDA), *ELLA (ulipristal acetate) Patient Information*: **“It is possible that ella may also work by preventing attachment (implantation) to the uterus.”**

⁷ U.S. National Library of Medicine (NLM), National Institutes of Health (NIH), DailyMed, *ELLA (ulipristal acetate) tablet*, FDA által jóváhagyott gyógyszeralkalmazási előírás, „12.1 Mechanism of Action” <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=2bf93d23-cddd-4613-9066-5b5fa090404b>

⁸ U.S. Food and Drug Administration (FDA), *Plan B One-Step (levonorgestrel) – Prescribing Information*, 2019, „How does Plan B One-Step work?”.

Az Amerikai Szülészeti és Nőgyógyászati Kollégium (ACOG) jelenlegi definíciója a terhesség kezdetét a **beágyazódáshoz**, nem pedig a megtermékenyítéshez köti. Ez azonban nem változtat azon a biológiai tényen, hogy **a megtermékenyítéssel egy új emberi élet fejlődése indul el**.

Ezért amikor egy készítményről azt állítják, hogy „nem szakítja meg a terhességet”, fontos tisztázni, **milyen értelemben használják a „terhesség” fogalmát**. Az állítás ugyanis csak akkor értelmezhető így, ha a terhesség kezdetét a beágyazódástól számítjuk.

Az orvosi terminológia egy adott definíciója azonban nem írhatja felül a biológiai valóságot: a megtermékenyítéssel egy új emberi élet kezdődik. Éppen ezért a készítmények hatásának megítélésekor nem elegendő pusztán arra hivatkozni, hogy azok „nem szakítják meg a terhességet”; azt is vizsgálni kell, hogy **hatásuk érintheti-e a már megtermékenyített petesejt beágyazódását**.

A vénykötelezettség szakmai kontrollt biztosít

Az esemény utáni készítmény biztonságos és megfelelő alkalmazásához nem elegendő annak ismerete, hogy mikor történt a szexuális együttlét. Az orvosi mérlegelés során figyelembe kell venni többek között az utolsó menstruáció időpontját, a ciklus várható szakaszát, az esetleges fennálló terhesség lehetőségét, az egyéb szedett gyógyszereket és az alkalmazás szempontjából releváns egészségi körülményeket.

Különösen fontos az uliprisztál-acetát és más gyógyszerek lehetséges kölcsönhatásainak felismerése. Bizonyos erős enziminduktorok – például egyes epilepszia elleni gyógyszerek, a rifampicin vagy az orbáncfű – jelentősen csökkenthetik az uliprisztál hatóanyag-koncentrációját, ezáltal a készítmény hatásosságát is. Ezek a gyógyszerkölcsönhatások a beteg számára nem feltétlenül nyilvánvalóak, ezért felismerésükben fontos szerepe van a szakembernek.

Ha az esemény utáni tabletta vény nélkül, orvosi vizit nélkül válik hozzáférhetővé, fennáll annak a kockázata, hogy a készítményt alkalmazó nő nem kap megfelelő tájékoztatást arról, milyen tünetek esetén szükséges a méhen kívüli terhesség lehetőségére gondolni és sürgősen orvoshoz fordulni. Ez különösen fontos, mivel a méhen kívüli terhesség súlyos, akár életveszélyes állapot lehet.

A vényköteleesség ezért nem adminisztratív akadály, hanem olyan szakmai kontrollpont, amely lehetőséget ad az alkalmazás megfelelőségének, a lehetséges kockázatoknak és a gyógyszerkölcsönhatásoknak a mérlegelésére.

A gyógyszerész fontos szerepet tölt be a gyógyszerek biztonságos kiadásában, de ez nem azonos azzal a komplex orvosi mérlegeléssel, amely a páciens kórelőzményének, ciklusának, terhesség lehetőségének, egyéb gyógyszereinek és tüneteinek együttes értékelését jelenti. A vény nélküli kiadás a gyógyszerész vállára helyezi az orvosi döntés terhét — anélkül, hogy a beteg kórtörténetét érdemben ismerné.

A vény nélküli elérhetőség további kockázatai

Normalizálás: A könnyebb hozzáférés kockázatot jelenthet arra, hogy a sürgősségi fogamzásgátlás rendkívüli megoldás helyett rutinszerű lehetőséggé váljon.

Ismételt alkalmazás: Az orvosi kontroll megszűnésével kisebb lehet az esélye annak, hogy felismerik az ismételt alkalmazást. Ezért fontos, hogy a kiváltás ténye az **EESZT-ben rögzítésre kerüljön**, hogy az egészségügyi szakemberek számára szükség esetén látható legyen a készítmény ismételt, rendszeres alkalmazása, és ne válhasson ellenőrizhetetlenül ismételhető megoldássá.

Kiskorúak és kiszolgáltatott személyek védelme: A szülőnek alapvető felelőssége és joga, hogy kiskorú gyermeke egészségét és biztonságát felügyelhesse, és támogathassa őt. **Ezért kérjük, hogy kiskorúak számára az esemény utáni tablettát szülő tudta és beleegyezése, valamint megfelelő orvosi kontroll nélkül ne legyen kiadható.**

Az orvosi találkozás fontos lehet annak felismerésében, ha a szexuális kapcsolat hátterében bántalmazás, kizsákmányolás vagy kényszer áll. Ha a készítményt más személy is beszerezheti és az érintettnek átadhatja, fennállhat annak a kockázata, hogy bántalmazó vagy kizsákmányoló személy a készítmény alkalmazását kikényszeríti.

A megfogant emberi élet védelme:

Az esemény utáni tablettát szabályozását a korábban bemutatott hatásmechanizmus fényében is vizsgálni kell. Ha egy készítmény hatása a már megtermékenyített petesejt beágyazódását is érintheti, akkor az alkalmazásának megítélése nem merülhet ki abban, hogy a hivatalos terminológia szerint „nem szakítja meg a terhességet”. **A szabályozásnak a megfogant emberi élet védelmét is figyelembe kell vennie, és biztosítania kell a megfelelő szakmai tájékoztatást és mérlegelést.**

A lelkiismereti szabadság biztosítása

Az orvosok, egészségügyi dolgozók és gyógyszerészek lelkiismereti szabadságát tiszteletben kell tartani. Különösen olyan készítmény esetében, amelynek hatásmechanizmusa a megfogant emberi élet beágyazódását is érintheti, **egyetlen egészségügyi szakembert sem lehet meggyőződésével ellentétes közreműködésre kényszeríteni.**

Kéréseink és javaslataink az Egészségügyi Minisztérium és a Kormány felé a vénykötelezettség kapcsán:

- Tartsák fenn az esemény utáni készítmények vényköteleességét, és ne szüntessék meg azt a szakmai kontrollt, amely az alkalmazás előtt lehetőséget ad az egyéni kockázatok és körülmények mérlegelésére.

- A gyógyszer kiadását megelőzően biztosítsák az orvosi mérlegelést, különös tekintettel a fennálló terhesség lehetőségére, a ciklus aktuális szakaszára, az alkalmazott egyéb gyógyszerekre és a lehetséges gyógyszerkölcsonhatásokra.
- Biztosítsák, hogy az esemény utáni készítmény alkalmazásakor a méhen kívüli terhesség lehetőségére utaló tünetekről és az ezek esetén szükséges sürgős orvosi ellátásról megfelelő szakmai tájékoztatás történjen.
- Biztosítsák, hogy az esemény utáni készítmény kiváltása az EESZT-ben megfelelően rögzüljön, és ismételt alkalmazása szükség esetén az egészségügyi szakemberek számára felismerhető legyen.
- Kiskorúak esetében ne tegyék lehetővé az esemény utáni készítmény orvosi kontroll és a szülői felelősség megfelelő érvényesülése nélküli hozzáférését.
- Erősítsék meg azokat a szakmai kontrollpontokat, amelyek révén az egészségügyi szakember felismerheti, ha az esemény utáni készítmény igénylése mögött bántalmazás, kényszerítés vagy kizsákmányolás állhat.
- A szabályozás kialakításakor vegyék figyelembe az esemény utáni készítményeknek a megtermékenyítést követő beágyazódást érintő lehetséges hatását is, és biztosítsák az erről szóló teljes körű, tényszerű szakmai tájékoztatást.
- Biztosítsák, hogy az orvosok, egészségügyi dolgozók és gyógyszerészek lelkiismereti meggyőződésük miatt ne legyenek az esemény utáni készítmények alkalmazásában vagy kiadásában való közreműködésre kényszeríthetők.

Állásfoglalás az „abortusztabletta” potenciális hazai bevezetése kapcsán

Az egészségügyi minisztérium az abortusztabletta (mifepriston) magyarországi bevezetését tervezi. Magyarországon az abortusztabletta eddig nem volt elérhető: bevezetése ezért nem egy már alkalmazott gyógyszer hozzáféréseinek bővítése, hanem **egy új, kockázatos abortusz eljárás hazai bevezetése.**

Ez egyben **abortuszliberalizációs lépés is, hiszen az abortuszhoz vezető út egyszerűsítését, gyorsítását és a beavatkozás hozzáférhetőségének növelését jelenti.** Az abortusztabletta bevezetése tehát nem pusztán gyógyszerészeti vagy technikai kérdés, hanem az abortuszhoz való hozzáférés feltételeinek érdemi megváltoztatása.

Különösen fontos szempont, hogy az egyszerűbbnek, gyorsabbnak és kevésbé beavatkozásszerűnek tűnő eljárás csökkentheti az abortusz előtti döntési küszöböt.

A válsághelyzetben, beszűkült tudatállapotban lévő emberek esetében különösen is fennáll annak veszélye, hogy ami egyszerűbbnek és könnyebben elérhetőnek tűnik, az válik a legkézenfekvőbb megoldássá. **A könnyebb hozzáférés ezért több nőt is az abortusz felé terelhet, miközben valójában segítségre, időre, információra és támogatásra lenne szükségük.**

A minisztérium által használt „gyógyszeres terhességmegszakítás” kifejezés szakmailag pontatlan: a gyógyszer gyógyító szer, a mifepriston azonban a progeszteron hatását gátolja, megszakítva a terhesség fenntartásához szükséges folyamatokat. Egy megfogant emberi élet fejlődésének szándékos leállításáról van szó. Ez a szer nem gyógyítja, nem segíti, hanem kioltja az életet.

Ezért a kérdést két, egymástól világosan elkülönülő, de egymást erősítő szempontból is meg kell vizsgálni: **mit jelent az abortusztabletta az emberi élet védelme szempontjából, és milyen betegbiztonsági kockázatokat hordoz maga az eljárás?**

Az orvosi és állami felelősség életvédelmi keretei

A 2025. november 17-től hatályos magyar Orvosetikai Kódex preambuluma szerint „az orvosi hivatás gyakorlásának célja az emberek életének, egészségének és jóllétének megőrzése, védelme, helyreállítása”. A Kódex 5.3. pontja kimondja: „nem orvosi javallatú művi abortusz esetén az orvos etikai kötelessége, hogy a születendő gyermek megtartása érdekében érveljen”.

A várandósság során az orvos nem csupán egyetlen ember egészségi állapotával kerül kapcsolatba: **az anya mellett a méhében fejlődő gyermek élete is érintett.** Ha az orvosi hivatás alapvető célja az emberi élet védelme, súlyos etikai ellentmondást jelent, ha ugyanez az

egészségügyi rendszer egy megfogant emberi élet szándékos megszüntetését teszi könnyebben hozzáférhetővé.

Az állam felelőssége ennél is szélesebb. A magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény kimondja, hogy „a fogantatással induló magzati élet tiszteletet és védelmet érdemel”, és a magzatot, valamint a gyermeket váró nőt támogatás és védelem illeti meg. A törvény az állam számára kifejezetten életvédelmi feladatokat határoz meg.

Ezzel **ellentétes irányú állami intézkedés lenne az abortuszhoz vezető út további egyszerűsítése és egy új abortusz-eljárás bevezetése.** Az abortusztábléta hozzáférhetővé tétele ugyanis nem csupán egy új egészségügyi technológia alkalmazását jelentené, hanem az abortusz könnyebbé és egyszerűbbé tételét, vagyis az abortuszliberalizáció irányába tett lépést.

Egy ilyen intézkedés szembemenne a magyar jogrendben rögzített életvédelmi kötelezettséggel: ahelyett, hogy az állam a megfogant emberi élet védelmét és a válsághelyzetben lévő várandós nők támogatását erősítené, az abortuszhoz vezető utat tenné könnyebbé.

A mifepriston alkalmazásának nőre vonatkozó egészségügyi kockázatai

Az amerikai FDA által jóváhagyott, jelenleg hatályos mifepriston-alkalmazási előírás **Boxed Warningot** tartalmaz, amelynek címe: **„WARNING: SERIOUS AND SOMETIMES FATAL INFECTIONS OR BLEEDING”** („Figyelmeztetés: súlyos és időnként halálos fertőzések vagy vérzés”). A figyelmeztetés szerint súlyos és időnként halálos fertőzések és vérzések fordulhatnak elő; az elhúzódó, erős vérzés hiányos abortusz vagy egyéb szövődmény jele lehet, amely sürgős orvosi vagy sebészeti beavatkozást tehet szükségessé.⁹

A mifepriston alkalmazásával kapcsolatban az FDA által jóváhagyott jelenlegi gyógyszer címké több jelentős egészségügyi kockázatra is figyelmeztet. **A hüvelyi vérzés vagy pecsételések átlagosan 9–16 napig tart, és a nők legfeljebb 8%-ánál 30 napnál tovább is fennállhat.** Az elhúzódó, erős vérzés hiányos abortusz vagy más szövődmény jele lehet, és sürgős orvosi vagy sebészeti beavatkozást tehet szükségessé. A címke továbbá **súlyos bakteriális fertőzésekre és szepszisre**, köztük nagyon ritka esetekben halálos szepszis sokkra is figyelmeztet. Hiányos terhességmegszakítás esetén további gyógyszeres kezelésre lehet szükség, folytatódó terhesség esetén pedig sebészeti beavatkozás javasolt.¹⁰

⁹ U.S. Food and Drug Administration (FDA), *Mifepristone Tablets, 200 mg – Full Prescribing Information*, Revised 11/2025, Boxed Warning.
<https://www.dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=b63fad9b-7f12-4400-9019-b0586054e534>

¹⁰ U.S. Food and Drug Administration (FDA), *Mifepristone Tablets, 200 mg – Full Prescribing Information*, DailyMed, updated June 6, 2026, Sections 5.1–5.2.
<https://www.dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=b63fad9b-7f12-4400-9019-b0586054e534>

Az otthoni alkalmazás betegbiztonsági kockázatai

A kémiai abortusz folyamata az ezt engedélyező országokban jellemzően részben vagy egészben a nő otthonában zajlik, miközben a várható tünetek – mindenekelőtt a jelentős fájdalom és vérzés – bizonyos esetekben súlyos szövődmények tüneteivel is átfedhetnek. Ez különleges betegbiztonsági kockázatot jelent, hiszen otthoni körülmények között a beteg számára nehéz lehet megítélni, hogy a tapasztalt tünetek még a kezelés várható velejárói-e, vagy sürgős orvosi ellátást igénylő állapot alakult ki.

A fájdalom intenzitása ráadásul jelentős lehet. Egy 1596 fős, Angliában és Walesben végzett felmérésben a résztvevők 41,5%-a 8–10 közötti maximális fájdalomról számolt be a tízes skálán, 48,4%-uk pedig úgy nyilatkozott, hogy a fájdalom erősebb volt a vártnál.¹¹ Egy norvég kvalitatív vizsgálatban az otthoni kémiai abortuszon átesett nők közül többen rendkívül erős, a szülési fájdalomhoz hasonló vagy annál is rosszabb fájdalomról számoltak be.¹²

A valós klinikai gyakorlat adatai riasztóak

Az abortusztabletta nőkre vonatkozó biztonságosságának megítélésekor nem elegendő kizárólag a kontrollált klinikai vizsgálatok eredményeire támaszkodni. A valós betegellátásból származó, nagy elemszámú adatok olyan kockázatokra is rámutathatnak, amelyek a klinikai vizsgálatokban kevésbé láthatók.

Az Ethics and Public Policy Center (EPPC) 2025-ben közzétett elemzése egy amerikai egészségbiztosítási adatbázis **865 727, 2017 és 2023 között rögzített, mifepriston alkalmazásával összefüggő esetét** vizsgálta.¹³ Az elemzés szerint az esetek **10,93%-ában** a mifepriston alkalmazását követő 45 napon belül legalább egy súlyos nemkívánatos eseményt azonosítottak. Az EPPC ezt összevetette az FDA gyógyszer címkéjén szereplő, 0,5%-nál kisebb értékkel, és arra jutott, hogy a valós betegellátásban mért arány **legalább 22-szer magasabb**.

Az EPPC elemzése nem hatósági értékelés, de egy ilyen nagyságrendű eltérés a klinikai vizsgálatok eredményei és a valós betegellátási adatok között nem hagyható figyelmen kívül. Mindenképpen indokolja a mifepriston biztonságosságának valós klinikai adatok alapján történő alapos és független vizsgálatát.

¹¹ McCulloch H, Perro D, Taghinejadi N, Whitehouse KC, Lohr PA. *Expectations and experiences of pain during medical abortion at home: a secondary, mixed-methods analysis of a patient survey in England and Wales*. **BMJ Sexual & Reproductive Health**. 2025.

¹² Røseth I, Lyberg AM, Sommerseth E, Sandvik BM, Dahl B. “Out of This World”: Norwegian Women’s Experiences of Medical Abortion Pain. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**. 2023;16:891–902.

¹³ Jamie Bryan Hall – Ryan T. Anderson: *The Abortion Pill Harms Women: Insurance Data Reveals One in Ten Patients Experiences a Serious Adverse Event*. Ethics and Public Policy Center, 2025. április 28.

Ezt a kérdést egy 2025-ben publikált, **Studnicki és munkatársai által végzett elemzés** is tovább erősíti.¹⁴ A kutatók a **Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Medicaid-programjának adatait** vizsgálták a 2016–2021 közötti időszakban. Az abortusztabletta használatát követően **12 388 sürgősségi ellátást** azonosítottak. Ezen belül **2663 olyan esetet** találtak, amelyet abortusszal összefüggő sürgősségi ellátásként azonosítottak. Ezek 83,5%-át, azaz 2225 esetet tévesen spontán vetélésként kódolták!

Ez azt jelenti, hogy az abortusszal összefüggőként azonosított kémiai abortusz utáni sürgősségi ellátások döntő többsége az egészségügyi adatbázisban nem abortuszhoz kapcsolódó eseményként jelent meg. A tévesen kódolt esetek **89,7%-a magas akut ellátási szükségletű** volt. Az összes kémiai abortusz utáni sürgősségi ellátás körében pedig a tévesen kódolt esetek **3,68-szor nagyobb eséllyel** tartoztak a magas akut ellátási szükségletet jelző kategóriába, mint a megfelelően kódolt esetek.

A tanulmány szerzői szerint az ilyen téves kódolások **elfedik és statisztikailag lefelé torzítják az abortusz utáni szövődmények arányát**. Ez nem pusztán technikai adatkezelési kérdés: ha egy abortuszt követő sürgősségi ellátást spontán vetélésként rögzítenek, az abortuszhoz kapcsolódó szövődmény az adatbázisban nem az abortusz utáni szövődmények között jelenik meg. **Így a rendelkezésre álló statisztikák eleve lefelé torzíthatják az abortusztabletta valós szövődménygyakoriságát.**

Mindez különösen fontos a mifepriston biztonságosságának megítélésekor. Nem tekinthető megnyugtató bizonyítéknak az alacsonyabb kockázat, ha közben a valós betegellátási adatok jelentős kockázatokat jeleznek, és az adatrögzítés módja a szövődmények egy részét elfedi.

Mindezek alapján álláspontunk szerint a mifepriston hazai bevezetése előtt a valós klinikai gyakorlatból származó adatok átfogó, független szakmai értékelése szükséges. **Az abortusztabletta bevezetését nem lehet pusztán a kontrollált klinikai vizsgálatok eredményeire alapozni akkor, amikor a valós betegellátási adatok ettől lényegesen eltérő kockázatokat jeleznek, és az adatrögzítés torzulása miatt a tényleges szövődmények teljes nagysága sem feltétlenül látható.**

A biztonságosságot hangsúlyozó állítások mögött nem áll közvetlen, kontrollált összehasonlító vizsgálat. A gyógyszer biztonságosságát nem egyetlen végpont (pl. halálozás) gyakorisága alapján kell megítélni, hanem a súlyos vérzés, a jelentős fájdalom, a fertőzés, a befejezetlen abortusz és a sürgősségi ellátás szükségességének figyelembevételével.

Demográfiai szempontok

Magyarország demográfiai válsága súlyos: a természetes szaporodás 1981 óta folyamatosan negatív. Azok az európai országok, amelyek a legnagyobb nyitottságot mutatják az abortusz iránt (Spanyolország, Olaszország, a Baltikum), rendre a legalacsonyabb termékenységi rátával

¹⁴ James Studnicki – John W. Fisher – Tessa Longbons Cox et al.: *Determining the Period Prevalence and Acuity of Emergency Department Visits Following Induced Abortion Mistakenly Identified as Spontaneous Abortion: An Analytic Observational Prospective Cohort Study*. Family Medicine and Primary Care: Open Access, 9(1), 2025, 282.

rendelkeznek. Az abortuszhozzáférés bővítése nem ösztönzi a gyermekvállalást — azt az üzenetet közvetíti, hogy a gyermek elutasítható. A demográfiai válság kezelésére nem az abortuszliberalizáció, hanem az anyasági mentális egészségügy fejlesztése, a perinatális pszichológiai támogatás rendszerszintű kiépítése és a családpolitikai intézkedések további erősítése szolgálhat megoldást.

Kéréseink és javaslataink az Egészségügyi Minisztérium és a Kormány felé az abortusztabletta bevezetése kapcsán:

- Ne vezessék be Magyarországon az abortusztablettát, és ne tegyék könnyebbé az abortuszhoz való hozzáférést.
- A mifepriston hazai bevezetéséről szóló döntést ne kizárólag kontrollált klinikai vizsgálatokra alapozzák, hanem a valós betegellátásból származó, nagy elemszámú adatokat és az azokban feltárt kockázatokat is teljes körűen értékeljék.
- A mifepriston biztonságosságáról a bevezetés előtt független, átfogó szakmai értékelés készüljön, különös tekintettel a súlyos vérzésre, fertőzésre, fájdalomra, befejezetlen abortuszra és a sürgősségi ellátás szükségességére.
- Vizsgálják meg külön az abortusztabletta bevétele utáni sürgősségi ellátások adatainak kódolási és nyilvántartási torzulásait, hogy a valós szövődménygyakoriság megítélését ne torzítsák az abortuszhoz kapcsolódó esetek gyakori más diagnózis alatt történő rögzítései.
- Fordítsanak különös figyelmet az abortusztabletta otthoni alkalmazásának megbiztonsági kockázataira, különösen azért, mert a várható fájdalom és vérzés bizonyos esetekben súlyos szövődmények tüneteivel is átfedhet.
- Az abortuszhoz való hozzáférés további könnyítése helyett az egészségpolitikai intézkedések középpontjába a krízishelyzetben lévő várandós édesanyák és családok érdemi támogatását, valamint a perinatális és mentális egészségügyi ellátás megerősítését állítsák.
- Erősítsék a válsághelyzetben lévő várandós nők számára elérhető pszichológiai, szociális, anyagi és családtámogatási szolgáltatásokat, hogy az abortusz helyett valódi segítség és reális alternatívák álljanak rendelkezésükre.
- A magyar egészségpolitika és családpolitika alakításakor a megfogant emberi élet védelmét az Alaptörvényben és a magyar jogrendben rögzített életvédelmi kötelezettséggel összhangban kiemelt szempontként kezeljék.

Záró gondolat:

Egy társadalom emberségét nem az mutatja meg, hogy milyen könnyen teszi lehetővé a legvédtelenebb emberi életek megszüntetését, hanem az, hogy képes-e megvédeni azt, aki önmagát még nem tudja megvédeni. Az anya és a megfogant gyermek életét és méltóságát egyaránt védeni kell — nem egymás ellenében, hanem egymás mellett.