



KÖZELKÉP

# A reprodukcióra vonatkozó politikák változása Magyarországon 2010 és 2022 között

SIPOS ALEXANDRA<sup>1</sup> – SZALMA IVETT<sup>2</sup>

## ABSZTRAKT

A tanulmány a magyarországi reprodukcióra vonatkozó politikákat, azok változásait és azok pronatalista célkitűzésekhez kapcsolódó korlátait vizsgálja 2010 és 2022 között. A tanulmány célja nemcsak a reprodukcióra vonatkozó politikák jogszabályi változásainak bemutatása, hanem azok lehetséges értelmezése a magyarországi pronatalista politikák kontextusában. A reprodukcióra vonatkozó politikáknak tekintjük a mesterséges megtermékenyítési eljárások, az örökbefogadási rendszer, az abortusz, a fogamzásgátlás, valamint a szexuális nevelés szabályozásait. E politikák változásai kapcsán feltételezzük, hogy általánosságban a pronatalista szemlélet érvényesül, azonban különböző korlátokat is azonosítunk: heteronormativitás, a házasságközpontúság, valamint a hagyományos nemi szerepek fenntartása és megerősítése is megfigyelhető a pronatalista szemléleten belül. A magyarországi reprodukcióra vonatkozó politikák 2010 után történő változásainak áttekintése alapján megállapíthatjuk, hogy azok, a második Orbán-kormánytól kezdve napjainkig, egyre szelektívebbé váltak. Ezek a politikák azért tekinthetők szelektívnek, mert nem minden társadalmi csoportot ösztönöznek a gyermekvállalásra. Ez azt eredményezheti, hogy például a társadalmilag hátrányos helyzetű csoportok tagjainak, mint az egyedülállóknak vagy akár az azonos nemű pároknak a jogszabályok és/vagy a pénzügyi támogatás hiánya és a korlátozott tudásátadás megnehezítheti, hogy autonóm döntést hozzanak a saját reprodukciójukról. Végeredményként megállapítható, hogy az örökbefogadásnál azonosítható leginkább a szelektív – heteronormatív és házasság alapú – pronatalizmus, de az abortuszszabályozás, a mesterséges megtermékenyítés jogszabályi környezete, valamint a szexuális nevelés hiánya is általában véve a szelektív pronatalizmus célkitűzéseit erősíthetik.

**KULCSSZAVAK:** szelektív pronatalizmus, abortuszszabályozás, mesterséges megtermékenyítés, fogamzásgátlás, örökbefogadás, szexuális nevelés

## ABSTRACT

### **Changes in reproductive policies in Hungary between 2010 and 2022**

*This paper examines Hungarian reproductive policies, their changes and their restrictions in relation to pronatalist objectives between 2010 and 2022. The aim of the study is to present and*

<sup>1</sup> Tudományos munkatárs, HUN-REN Társadalomtudományi Kutatóközpont – MTA TK Lendület Reprodukciós Döntéseket Vizsgáló Kutatócsoport; email: alexandra.sipos@tk.hu

<sup>2</sup> Tudományos főmunkatárs, HUN-REN Társadalomtudományi Kutatóközpont – MTA TK Lendület Reprodukciós Döntéseket Vizsgáló Kutatócsoport, Budapesti Corvinus Egyetem; email: szalma.ivett@tk.hu



## KÖZELKÉP

*interpret legislative changes in reproductive policies in the context of the pronatalist policies in Hungary. Reproductive policies include the regulation of assisted reproductive technologies, adoption, abortion, contraception, and sex education. In the development of these policies, we assume that a fundamentally pronatalist approach prevails, but we also identify various specific related constraints: heteronormativity, marriage-centredness, and the maintenance and reinforcement of traditional gender roles. We assume that Hungary's reproductive policies have become increasingly selective since 2010 after the second Orbán government. These policies can be considered selective because they do not encourage all social groups to have children. These result in the exclusion of for example socially disadvantaged groups, single people and same-sex couples from reproduction due to legal constraints, a lack of financial support, access, and transfer of information. In conclusion, selective, heteronormative and marriage-based pronatalism is most identifiable in the adoption context, but abortion regulation, the legal environment for assisted reproductive technologies and sex education, in general, may reinforce pronatalist objectives.*

**KEYWORDS:** *selective pronatalism, abortion regulation, medically assisted reproduction, contraception, adoption, sex education*

### Bevezetés

Tanulmányunkban áttekintjük, valamint összehasonlítjuk a magyarországi reprodukciós politikák változásait 2010-et követően, reflektálva arra, hogy a második, a harmadik és a negyedik Orbán-kormányok idején kifejezetten hangsúlyossá váltak a Magyarországot érintő demográfiai kérdések és ehhez kapcsolódóan a pronatalista családpolitika. Ehhez kapcsolódik a „differenciált termékenység” fogalma is, az elképzelés, miszerint a családpolitikai programok és szolgáltatások a kormányzati politika eszközei lehetnek annak érdekében, hogy növeljék a termékenységi arányokat a jobban képzett középosztály körében, és egyben kontroll alatt tartásuk vagy csökkentésük azt a szegény, és különösen roma családok körében (Inglot et al.: 334). Habár az Orbán-kormány pronatalista családpolitikát folytat, aminek egyik fő célja a születések számának emelése a magyarországi népességszáma drasztikus csökkenésének elkerülése érdekében, a születések száma 2010 és 2022 között nem emelkedett: 2010-ben 90 335 élve születés volt, 2022-ben pedig 88 491. Mindazonáltal a teljes termékenységi ráta némileg javult, 1,25-ről 1,52-re nőtt (KSH 2023). Ez a látszólagos paradoxon annak tulajdonítható, hogy a reprodukzív nők száma időközben csökkent. Emellett az ezer 15–49 éves nem házas nőre jutó házasságon kívüli élve születések száma 2012 óta csökkent (28,0-ről 16,7-ra), a házas nőre házasságból jutó élve születés száma pedig 2013–2021 között folyamatosan nőtt 82,3-ra (KSH 2023). Mindezek ellenére a 2022-es 1,52-es teljes termékenységi ráta messze elmarad az egyszerű reprodukcióhoz szükséges 2,05–2,1-es helyettesítési rátától (Spéder 2019).

A pronatalista családpolitikák és a pronatalista kormányzati diskurzusok a termékenység növekedésének szükségességét, valamint a hagyományos családok szerepét hangsúlyozzák és támogatják, abból kiindulva, hogy a népesség száma vagy annak



## KÖZELKÉP

növekedése nem elegendő. Enélkül veszélybe kerülhet a nemzet és annak fennmaradása (Spéder et al. 2020, Hašková – Dudová 2021). A pronatalista megközelítés a legtöbb európai társadalomban a népesség elöregedésével függ össze – ami az időskori eltartottsági arány növekedéséhez vezet –, valamint azzal, hogy nincs elegendő munkaerő (Saczuk 2013, Schultz 2019). Ezen problémák megoldására rövid távon megoldás lehet a migráció (Saczuk 2013, Schultz 2019). Azonban a magyarországi pronatalista politikai diskurzus élesen szembe állítja egymással a bevándorlást és a pronatalista megközelítést. Hašková és Dudová (2021) a pronatalizmus ideológiai megközelítésére hívják fel a figyelmet, vagyis arra, hogy a pronatalista diskurzusok gyakran kapcsolódnak a nacionalizmushoz és a bevándorlásellenes félelmekhez. Például Orbán Viktor miniszterelnök a Magyar Diaszpóra Tanács IX. ülésén 2019-ben az alábbiakat hangsúlyozta: „Magyart csak magyarral lehet pótolni, ez a mi fölfogásunk, és ezért bevándorlásellenesek vagyunk, mert nem akarjuk, hogy Magyarország abba az illúzióba ringassa magát, hogy meg tudja oldani a népességfogyását saját erőfeszítés nélkül.” (*Orbán Viktor beszéde a Magyar Diaszpóra Tanács IX. ülésén*, 2019) Hasonlóan fogalmazott Novák Katalin, az egykori család- és ifjúságügyért felelős államtitkár a Családok Budapesti Világtalálkozóján: „mi a népesedési problémák megoldására a leghatékonyabb választ nem a bevándorlás támogatásában, hanem a belső erőforrásaink mozgósításában, a gyermekvállalás ösztönzésében látjuk.” (*Nem szándékozunk feladni a családközpontú politikát*, 2017) A „belső forrásokra támaszkodáshoz” pedig egyrészt nagyvonalú családpolitika szükséges, másrészt a hagyományos nemi szerepeken alapuló családok támogatása. Ez kiegészülhet az üres jelölőként használt gender fogalmára építő politikai diskurzussal, ami a „genderörület” megállítására utal/vonatkozik (Barát 2020, 2022). Kövér László is ezt hangsúlyozta a Fidesz XXVI., tisztújító kongresszusán: „Szeretnénk, ha lányaink az önmegvalósítás legmagasabb minőségének azt tartanák, ha unokákat szülhetnének nekünk.” (Mandiner 2015) Bár a reprodukcióra vonatkozó politikák kevésbé alkotják e diskurzusok részét, hiszen ezek általában az egyének leginkább intim szférájához tartoznak és – a családpolitikákkal összehasonlítva talán kevésbé láthatóak –, az átalakuló családkép és -politikák erre a szegmensre is hatással lehetnek.

A 2010 utáni Orbán-kormány pronatalista megközelítésű politikájáról több tanulmány is született, amelyek középpontjában a pronatalista családpolitikák elemzése állt. Szikra (2018) például azt vizsgálta, hogy az Orbán-kormány családpolitikai intézkedései következetes ideológiai mintát követtek-e. Ingot és szerzőtársai (2023: 133–134, 258) arra világítottak rá, hogy az 1998–2002 közötti első Fidesz-kormány alatt indult el a „középosztály-orientáció”, ami a termékenységi ráta növekedését célozta – az adókedvezmény kiterjesztésével – a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező és tehetősebb családok körében. A 2010-et követő Orbán-kormányok kapcsán pedig azt emelték ki, hogy a kormányzó párt sikeresen építette be a „hagyományos magyar család”, a hazafiasság és a valláshoz kapcsolódó értékeit az ideológiájába, melyek rezonálnak a magyarok történelemben gyökerező család-



## KÖZELKÉP

barát („profamily”) érzelmeire (Inglot et al. 2023: 262). Cook és szerzőtársai (2023) szerint a Magyarországon uralkodó neofamilialista ideológiák a hagyományos értékeket hangsúlyozzák, amelyek a magánszférán belül ösztönzik a nők szerepét és felelősségét, különösen a reprodukcióval kapcsolatos területeken. Más kutatók pedig a munka és a magánélet összeegyeztetésével kapcsolatos politikákat vizsgálták a pronatalizmus kontextusában (Glass – Fodor 2022, Inglot et al. 2022, Paksi et al. 2022).

A tanulmány célja, hogy megvizsgálja, milyen változások zajlottak a reprodukcióval kapcsolatos politikák területén és ezek miként értelmezhetők a magyarországi pronatalista szemlélet szempontjából, beleértve a házasságon és/vagy heteronormativitáson, valamint társadalmi és gazdasági státuszon alapuló szelektív pronatalizmust, a hagyományos nemi szerepek fenntartását és megerősítését. A reprodukcióra vonatkozó politikák kevésbé kutatott terület, illetve gyakran csak egy-egy részterületére fókuszáltak, így e tanulmány ezekről (jogszabályi környezet és pronatalizmus megközelítésébe való illeszkedés) kíván rendszerezett áttekintést adni. Korábbi kutatások között említhető Takács (2018), aki azt vizsgálta, hogy az örökbefogadás és a mesterséges megtermékenyítés szabályozása hogyan korlátozza az azonos nemű párok reprodukcióját Magyarországon, míg Szalma (2016, 2021) és Bauer (2022) a mesterséges megtermékenyítési eljárásokhoz (továbbiakban: MME) való hozzáférést kutatta. Neményi és Takács (2015) az örökbefogadás kérdéseire összpontosított. E kutatások rávilágítanak a reprodukcióra vonatkozó politikák és a pronatalizmus egy-egy szeletére is. Például az egyedülálló szülők, nem házassági kapcsolatban élők, romák, alacsony jövedelmű családok vagy azonos nemű párok gyakran kiszorulhatnak vagy akadályokba ütközhetnek, amikor a gyermekvállalással kapcsolatos terveiket szeretnék megvalósítani<sup>3</sup> (Szalma et al. 2022), miközben azonosítható a reprodukcióra ösztönzött célcsoportja is: „fehér, ciszgenmű, hetero(ként viselkedő), jómódú középosztálybeli emberek, akiknek reprodukcióját érdemes jogszabályi keretekkel, adó- és egyéb kedvezményekkel ösztönözni” (Takács 2018: 78).

### A tanulmány módszertana, korlátai és további kutatási irányok

A tanulmány a magyarországi reprodukcióval kapcsolatos politikákat veszi górcső alá. Ezen politikák közé tartoznak a tanulmányban a következők: a mesterséges megtermékenyítési eljárások, az örökbefogadási rendszer, az abortusz, a fogamzás-

<sup>3</sup> Itt most nem tárgyaljuk ezek metszéspontjait, bár ezek a társadalmi jelenségek gyakran együtt járnak. Például az egyedülálló szülők felülreprezentáltak az alacsonyabb jövedelmű családok között (Herke 2021) vagy, hogy bizonyos roma közösségekben ritkább a házasságon alapuló kapcsolat, hiszen „Számukra már az is házasságnak számít, ha valakivel együtt élnek. Ha egy cigány lány megszökik egy fiúval, és összeköltözik vele, akkor azt mondják, hogy »házasok«” (Durst 2002: 466).



## KÖZELKÉP

gátlás, valamint a szexuális nevelés szabályozásai.<sup>4</sup> E politikákat a 2010 utáni jogalkotási folyamatok alapján értelmezi és helyezi el a pronatalista megközelítésbe és a kapcsolódó korlátozások közé (például heteronormativitás, házasság alapúság, hagyományos nemi szerepek). A tanulmány továbbá a jogszabályi környezet feltárása révén reflektál arra, hogy a reprodukcióra vonatkozó politikák változásai hogyan hathatnak a különböző társadalmi csoportok reprodukciós döntéseire és lehetőségeire.

Terjedelmi okokból kifolyólag, a tanulmány csak a 2010 utáni fejleményeket kísérelte meg követni, így nem tudta széleskörűen vizsgálni a reprodukcióval kapcsolatos politikák előzményeit, illetve azok összes aspektusát. A továbbiakban például fontos lehet annak vizsgálata, hogy a mesterséges megtermékenyítési eljárások magyarországi nagyvonalú támogatása ellenére miért választja sok pár (továbbra is) a külföldi meddőségi központokban történő mesterséges megtermékenyítési eljárásokat (Serdült 2015). Az örökbefogadási rendszer is sok kérdést vet fel, amelyre jelen tanulmányban nem tértünk ki. Például a szegénység miatt gyakran emelik ki a gyerekeket a családjukból és a 2010 utáni törvényi változások erre még több lehetőséget adnak (Darvas et al. 2016). Ezek nyomán követése és vizsgálata hozzájárulhatna az erről szóló szakirodalom bővítéséhez. Ugyanilyen fontos a roma nők kényszersterilizálásának kérdése, de a tinédzserterhességek (Husz 2011) és annak vizsgálata is, hogy a fiatalok milyen csatornákon keresztül juthatnak hozzá a reprodukcióval kapcsolatos tudáshoz (iskola, szülő beszélgetések, kortárs csoportok).

### **A reprodukciós politikák változásai a második Orbán-kormánytól kezdődően 2022-ig**

#### MESTERSÉGES MEGTERMÉKENYÍTÉSI ELJÁRÁSOK

Magyarországon a mesterséges megtermékenyítési eljárásokat először 1981-ben szabályozta az állam a 12/1981. (IX. 29.) számú egészségügyi minisztériumi rendelettel. A rendelet kimondta, hogy mesterséges megtermékenyítést olyan 45 év alatti, teljesen cselekvőképes, Magyarországon állandó lakóhellyel rendelkező magyar állampolgárságú, házas nő kérelmezhet, akinek orvosi szakvélemény alapján, természetes úton nagy valószínűséggel nem születhet egészséges gyermeke. Ez szigorú szabályozás volt abban a tekintetben, hogy a kérelmet házassághoz, állampolgársághoz és lakóhelyhez kötötte. Ezt követően a mesterséges megtermékenyítés szabályozása érdemben nem változott, ami részben azzal magyarázható, hogy a mesterséges

<sup>4</sup> A „Varieties of reproduction regimes: institutions, norms and social inequality” című kutatás (kutatásvezető: Dr. Hannah Zaghel) a reprodukciós politikák közé sorolja a terhesgondozást is, de jelen tanulmányban a fentebb felsorolt öt területet (mesterséges megtermékenyítési eljárások, örökbefogadási rendszer, abortuszszabályozás, fogamzásgátlás, szexuális nevelés) vizsgálja azok megosztó mivolta miatt.



## KÖZELKÉP

megtermékenyítési eljárások kevésbé voltak elterjedtek, mint gyermekvállalási lehetőségek. A ma is hatályos 1997. évi CLIV. törvényt követően az Egészségügyi Minisztérium részletesen foglalkozott a mesterséges megtermékenyítési eljárások kérdésével. Változást jelentett a korábbi szabályozáshoz képest, hogy ez a reprodukciós eljárás immár nemcsak házások, hanem élettársi kapcsolatban élő különnemű személyek esetében is elvégezhető volt, ha bármelyik fél egészségügyi állapota miatt a kapcsolatból természetes úton nem születhetett egészséges gyermek. Így a házasságon alapuló szelektivitás megszűnt, de továbbra is csak különnemű élettársi kapcsolatban élők számára volt hozzáférhető az MME. Ez a törvény szabályozta először az MME finanszírozását is. Korábban erre nem volt szükség, mert a rendszerváltásig csak az állami egészségügyi ellátórendszer létezett.

A törvény kimondja, hogy csak orvosi javallat alapján lehet térítésmentesen igénybe venni az Egészségügyi Alapból erre a célra finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál. A finanszírozás a beavatkozások mellett a szükséges orvosi vizsgálatokat is magában foglalja. Az *in vitro* fertilizáció – ismertebb nevén lombikeljárás – tekintetében öt ciklust finanszíroznak államilag, míg az inszemináció tekintetében hat ciklus finanszírozható az Egészségbiztosítási Alap terhére. Ha bármely beavatkozás eredményeként legalább egy gyermek élve születik, akkor további négy teljes beavatkozás vehető igénybe az Egészségbiztosítási Alap költségére. Más európai egészségügyi finanszírozáshoz viszonyítva ez a finanszírozás nagyvonalúnak tekinthető (Szalma 2016).

A következő jelentős módosítás a 2005. évi CLXXXI. törvény volt. Ez lehetővé tette, hogy a reprodukciós eljárások igénybevételére az a nagykorú, 45 év alatti egyedülálló nő is jogosult legyen, aki a reprodukciós eljárás megkezdésekor nem áll(t) házasságban vagy élettársi kapcsolatban. Fontos kiemelni, hogy ez csak egyedülálló nők bizonyos köre számára volt elérhető. Ugyanis bejegyzett élettársi kapcsolatban élő lesbikus párok továbbra sem vehettek részt mesterséges megtermékenyítési eljárásban, kivéve, ha eltitkolták párkapcsolatot, de ebben az esetben is csak mint „egyedülálló” vehettek részt és így az eljárás eredményeként született gyermek jogilag csak az eljárásban részt vevő partnerrel állhat jogviszonyban.

Figyelemreméltó az is, hogy csak a nőkre vonatkozóan van életkori felső határ a MME-ban való részvételnél, a férfiakra nincs. Ez a kettős mérce a két nem közötti biológiai különbségből eredhet, miszerint egy nőnek nagyon kicsi az esélye van arra, hogy 45 éves kora után saját petesejtjeiből<sup>5</sup> gyermeket szüljön, míg a férfiak termékenységében nincs ilyen éles határvonal. Ugyanakkor nemcsak biológiai korhatára

<sup>5</sup> Magyarországon rendkívül szigorú törvény korlátozza a petesejt-adományozást. A szabályozás szerint a nők kétféle módon juthatnak legalisan petesejthez: névtelen adományozással (ami csak elméletben működik), vagy olyan 35 év alatti, közeli hozzátartozó által történő adományozással, aki már szült gyereket. Mindezt térítésmentesen, mivel a törvény tiltja, hogy a donor pénzt kapjon, ugyanis az szervkereskedelemnek minősül (1997. évi CLIV. törvény).





## KÖZELKÉP

van a gyermekvállalásnak, hanem létezik társadalmi korhatár is, amely kijelöli, hogy milyen életkorban ideális gyermeket vállalni (Paksi – Szalma 2009). Ez a társadalmi korhatár abból a szempontból is meghatározható, hogy a nők és a férfiak fizikailag meddig képesek jó szülőként működni. Más szóval, a férfiakra vonatkozó felső korhatár hiánya azt az üzenetet közvetítheti, hogy a gyermeknevelésben még mindig a nők az elsődleges gondozók. Szalma (2021) 20–35 év közötti gyermektelen nőkkel készített fókuszcsoportos vizsgálatának eredményeiből is kiderül, hogy a résztvevők egyszer sem említették, hogy a mesterséges megtermékenyítésben való eljárás segítséget jelenthet férfiaknak. Szalma (2021) szerint e mögött „az a társadalmi norma figyelhető meg, amely a gyermekvállalást elsősorban a nőkhoz rendeli és így a gyermekvállalással kapcsolatos problémákat is a nőkre hárítja.”

2020-ban, a (1011/2020 (I. 31.) számú kormányhatározat értelmében, hat termékenységi klinikát államosítottak, és mind a beavatkozás, mind a gyógyszeres kezelés költségei államilag finanszírozottá váltak. A törvényjavaslat indoklása szerint erre azért volt szükség, mert „Magyarország a demográfiai kihívások állami szerepvállalást igényelnek, így a jövőben az emberi reprodukcióra irányuló speciális eljárások elvégzése ... állami egészségügyi szolgáltató és klinikai központ kizárólagos feladata lesz.” Az indoklás szerint az államosítást pronatalista célok vezérelték, azaz az elsődleges cél az volt, hogy több gyermek szülessen Magyarországon. Pontosabban szelektív pronatalista célokat vesznek figyelembe, mivel továbbra sem engedélyezik, hogy azonos nemű párok részt vegyenek MME-ban.

A szelektív pronatalizmus kapcsán felmerülhet az eljárások pénzügyi vonzata is. A finanszírozás még inkább nagyvonalúvá vált, hiszen már nemcsak öt ciklus ingyenes az *in vitro* fertilizációban, hanem a szükséges gyógyszerek is ingyenesen rendelkezésre állnak. Ha azonban számításba vesszük, hogy kik veszik igénybe a meddőségi központok szolgáltatásait, láthatjuk, hogy a tehetősebbeket támogatja az állam, mivel a kezelési költségek nem az egyedüli tételek, amelyeket számításba kell venni (Bauer 2022). Az utazási költségek és a munkából való kiesés még mindig jelentős terhet jelenthetnek a pácienseknek. Ráadásul az összes termékenységi központ nagyvárosokban található, vagyis azok elérése jelentős problémát jelenthet azoknak az MME-ban részt venni kívánó személyeknek és pároknak, akik a termékenységi központoktól távolabb, esetleg korlátozott közlekedési infrastruktúrával rendelkező településeken élnek. További nehézség, hogy az eljáráson való részvétel sok időt vesz igénybe, ami könnyebben összeegyeztethető egy otthoni munkavégzéssel, mint egy fizikai munkát igénylő foglalkozással (Bauer 2022). Az alacsonyabb társadalmi osztályba tartozókat az is akadályozhatja, hogy részt vegyenek a MME-ban, hogy nem rendelkeznek megfelelő ismeretekkel ezekről az eljárásokról és lehetőségekről (Bitó – Szalma 2021). Az ismerethiány abból is adódhat, hogy nincs pontosan meghatározva, hogy mit is kellene tanítani a középiskolákban a mesterséges megtermékenyítési beavatkozásról. Ezenkívül sok 14–18 éves szakiskolába járó (a szegényebb társadalmi háttérrel rendelkező gyermekek által felülreprezentált) diák nem jut



## KÖZELKÉP

hozzá a szükséges biológiai ismeretekhez, mivel ezekben az iskolákban a biológia tárgy oktatása nem is kötelező (Szalma 2023).

### ÖRÖKBEOGADÁS

Az örökbefogadást először a házasságról, a családról és a gyámságról szóló 1952. évi IV. törvény (a továbbiakban: családjogi törvény), majd a magyar Polgári törvénykönyv (a továbbiakban: Ptk.) szabályozta. Az örökbefogadással kapcsolatos eljárásokat jelenleg a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény rendezi.

Az örökbefogadás szabályozásának története és e mögötti megfontolásról több szerző is értekezik. Rékásiné Dr. Adamkó (2021: 125–126) például kiemelte, az örökbefogadási eljárásnak két célja van: az egyik, hogy a gyerekek családban nőjenek fel, azaz a családi egységben történő gyermeknevelés. Ez az örökbefogadási rendszer szempontjából elsősorban olyan kiskorúak nevelésére vonatkozik, akiknek szülei nem tudják vagy nem képesek felnevelni őket. Ehhez kapcsolódóan, második elemként, a családi környezetben szocializálódott egyén internalizálja a szocializmus értékeit is. Szeibert (2014) az 1952. évi családjogi törvény Polgári törvénykönyvbe kerülése kapcsán pedig a szolidaritás megközelítéseit hangsúlyozta a családi kapcsolatokban: vertikális, ami a szülő(k) és a gyermek között alakul ki, valamint horizontális, ami a párkapcsolatokban, kifejezetten pedig az értéknek tartott házasságban jelenik meg.

Magyarország egyaránt lehetővé teszi a nyílt és a zárt örökbefogadást is. Ami a nyílt örökbefogadást illeti, a tanulmány megjelenésekor kilenc közvetítő civil szervezet rendelkezik hivatalos engedéllyel a folyamat elősegítésére, a zárt örökbefogadás pedig az állami rendszeren, a Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálatokon (a továbbiakban: TEGYESZ) keresztül zajlik vármegyei és országos szinten. Mindkét esetben a jelentkezők több forduló vizsgálaton esnek át: pszichológusi, háziorvosi, környezettanulmány, valamint jövedelemigazolás. Ezenkívül az örökbefogadóval szemben számos követelmény van érvényben: cselekvőképesség, kor (legalább 25 éves kor, legalább 16 és legfeljebb 45 év korkülönbség az örökbefogadó és az örökbefogadott között), megfelelő körülmények és érvényes alkalmassági határozat.

Az örökbefogadási rendszert Takács és Neményi (2015) vizsgálta dokumentumelemzéssel és kvalitatív interjúkkal 2012–2014 között. A dokumentumelemzés során az örökbefogadásra jelentkezők kérelmét vizsgálták. Ezek nagy része házaspároktól érkezett, 70%-uk pedig a 36–44 korcsoportból került ki (Takács – Neményi 2015: 77). Az örökbe fogadni szándékozók preferenciája kapcsán leggyakrabban a gyermek(ek) száma, a kor, az egészségi állapot, a gyermek biológiai neme, valamint az „egyéb kívánság” alatt megjelenített etnikai származás merült fel, illetve az örökbefogadás típusa. A kérelmek utánkövetése során a kutatók megállapították, hogy





## KÖZELKÉP

a „megvalósult örökbefogadások esetében a szülők 90 százaléka házasságban él, egytizedük egyedülálló volt” (Takács – Neményi 2015: 79). Továbbá az interjúk alapján úgy találták, hogy mind az örökbefogadásban érintett állami és civil szereplők, mind a potenciális örökbefogadók az örökbefogadás folyamatával kapcsolatban a diszkrimináció számos formáját azonosítják, például a gyermekek jómódú családokba kerülését a hátrányos helyzetű családoktól, vagy az örökbefogadási eljárások hosszát. Az örökbefogadóknak az örökbefogadott korával, nemével, egészségi állapotával és egyéb jellemzőivel kapcsolatos „preferenciák megjelölését” is említették az interjúalanyok a kutatásban. Bár az etnikai hovatartozást nem rögzítik, egyes leendő örökbefogadók tartózkodnak a roma gyermekek örökbefogadásától. A szerzők megállapították továbbá, hogy az örökbefogadásban résztvevő szereplők családról alkotott elképzelése a hagyományos családdal egyezik (házasságon alapuló, heteroszexuális párok és gyermekeik), ami tükrözi az általános társadalmi felfogást, valamint az örökbefogadásra vonatkozó jogszabályokat is.

A 2010-es évet követően számos változás történt az örökbefogadási rendszerben, ami a szelektív pronatalista megközelítést tükrözi. Az Alaptörvény, a család fogalmát érintő, különböző módosításai mellett az alkalmassági feltételek és követelmények is módosultak.

2020 októberében elfogadták azt a módosítást, amely alapján vármegyei és országos szinten is előnyben részesülnek a házaspárok az örökbefogadási eljárásban az egyedülálló kérelmezőkkel szemben (35/2020. [X. 5.] EMMI rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 15/1998. [IV. 30.] NM rendelet és a helyettes szülők, a nevelőszülők, a családi napközit működtetők képzésének szakmai és vizsgakövetelményeiről, valamint az örökbefogadás előtti tanácsadásról és felkészítő tanfolyamról szóló 29/2003. [V. 20.] ESZCSM rendelet módosításáról). Ennek megfelelően, ha a területi szakszolgálatok nem találnak alkalmas házaspárt, értesítik az országos szakszolgálatot. Ezzel szemben egyedülállók esetén: „Ha az országos örökbefogadást elősegítő szerv az örökbefogadási alrendszerben nem talál olyan más vármegyéből örökbefogadást vállaló házaspárt, aki a gyermek számára ajánlható, a szakszolgálat előmozdíthatja a gyermek egyedül örökbe fogadni szándékozó személyek általi örökbefogadását, feltéve, hogy az a gyermek érdekében áll.” (15/1998. [IV. 30.] NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről: 147.§ [3a]). További változás, hogy a 2020. októberi rendeletmódosítás előtt kötelező volt egy felkészítő tanfolyam elvégzése, jelenleg csak ajánlott a leendő szülők számára, azon való részvételtől a szakszolgálat csak tájékoztatást ad (15/1998. [IV. 30.] NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről: 147. § [3]), míg korábban a szakszolgálat biztosította az e kötelező felkészítő tanfolyamon való részvételt (145. § [3]). Változott az örökbe fogadni kí-



## KÖZELKÉP

vánt gyermek és az örökbe fogadni szándékozó közötti korkülönbség is. 16 és 50 év közé emelték abban az esetben, ha az örökbefogadott több mint 3 éves. Emellett, egy 2020. decemberi törvénymódosítást követően szigorodtak az egyedülálló személyek örökbefogadásának feltételei, mivel a gyámhatóság által kiállított alkalmassági igazoláshoz a felelős miniszter külön hozzájárulása szükséges (Sipos 2021: 13, 266). Ennek megfelelően a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény (továbbiakban: Gyvt.) a gyermek- és ifjúságpolitikáért felelős miniszter feladatai közé tartozik – az országos örökbefogadás elősegítésén túl –, hogy hozzájárulhat a „különös méltánylást érdemlő esetben az egyedül örökbe fogadni szándékozó személy örökbefogadásra való alkalmasságának gyámhatósági megállapításához” (Gyvt. 101. § [6-7]).

Úgy tűnik, hogy ezek a módosítások a gyermek legfőbb érdekére való hivatkozással elsősorban a házaspárokat támogatják. A házasság intézményéhez továbbra is csak különmű párok férnek hozzá. Vagyis ezek a változások tovább nehezítik az azonos nemű párok és az egyedülálló személyek – akár heteroszexuális, akár nem heteroszexuális – örökbefogadáson alapuló gyerekvállalását.

1. táblázat. eltérés az örökbefogadásra alkalmas személyek és a nyilvántartott örökbe fogadható gyermek száma között – figyelembe véve az engedélyezett örökbefogadásokat (2010–2022)

	Nyilvántartott örökbe fogadható gyermek (adott év dec. 31-ig)	Nyilvántartott örökbefogadásra alkalmas személy (adott év dec. 31-ig)	Eltérés (szám és %)		Engedélyezett örökbe-fogadások
2010	2065	1497	568	138	735
2011	2098	1627	471	129	808
2012	2213	1627	586	136	793
2013	2291	1924	367	119	726
2014	2137	1934	203	110	784
2015	1893	2207	-314	86	829
2016	1937	2400	-463	81	896
2017	1972	2753	-781	72	1025
2018	1890	2855	-965	66	1000
2019	1899	3186	-1287	60	1052
2020	1778	3113	-1335	57	917
2021	1693	3046	-1353	56	995
2022	1741	3016	-1275	58	1254

Forrás: saját szerkesztés a Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján



## KÖZELKÉP

Az örökbefogadás szabályozásának közelmúltbeli változásai egyértelműen hozzájárulnak a szelektív pronatalizmushoz, mind a házasság, mind a heteronormativitás alapján, mivel előnyben részesítik a heteroszexuális házaspárokat az egyedülállókkal vagy más együttélési formában élő párokkal élőkkal szemben. Mindeközben az 1. táblázat alapján látható, hogy az örökbe fogadni szándékozók száma egyre nő az örökbefogadható gyermekek számával szemben. Ennek ellenére továbbra is több száz olyan gyereket nem fogadnak örökbe, akik örökbe fogadhatók lennének és kiszolgáltatott helyzetben vannak. Ahogy Herczog Mária fogalmaz az örökbefogadási szándékról: „A magyarországi gyakorlat szerint azonban – nincs adat erre sem, de evidensnek tűnik az ismeretek alapján – az örökbefogadók túlnyomó többsége azért fogad örökbe gyereket, mert neki magának nem lehet, és úgy gondolja, hogy ez elég tragikus tény ahhoz, hogy akkor valamilyen módon kompenzálják őt ezért a hiányért, fájdalomért, gyerek utáni vágyát, ilyen módon szeretné kielégíteni. Ennek is következménye az, hogy elsősorban újszülött, vagy maximum 3 éves, egészséges, „magyar” gyerekekre vágnak, és az idősebb, fogyatékkal élő vagy beteg, illetve roma gyerekek esetében nagyon nehéz, vagy esélytelen az elfogadás.” (Herczog 2010: 166–167). Azzal, hogy megnehezítették az egyedülállók számára az örökbefogadást, felmerülhet a kérdés, hogy az miként érinti a kiszolgáltatottabb helyzetű gyerekek esélyét arra, hogy családban nőhessenek fel. Például egy 2016-os egy, LGBTQI válaszadókat célzó online önkitöltős kutatás eredményei (n=1329) azt mutatják, hogy a válaszadók szívesen fogadnának örökbe 3 évesnél idősebb (65%), 6 évesnél idősebb (38%), valamint roma gyereket (41%). A fogyatékkal élő gyerekek kapcsán ez az arány 13%.<sup>6</sup> (Háttér Társaság 2017)

### ABORTUSZ

Az abortuszszabályozás a reprodukcióval kapcsolatos politikákon belül azon kérdéseket érinti, hogy mikortól tekinthetünk valakit jogalanynak, hol kezdődik az élet- (képesség), illetve meddig terjed vagy miként és miért korlátozható az önrendelkezéshez való jog. Gal (1994) Magyarország abortuszszabályozása történetének három különböző időszakát azonosítja. A Ratkó-korszakként ismert, 1949–1954 közötti első szakaszban erősen korlátozó jellegű, a demográfiai növekedést célzó szabályozás volt érvényben. Ezt követően 1956-tól rövid ideig liberálisabb abortuszszabályozás következett (1047/1956 (VI. 3.) számú minisztertanácsi határozat). Azonban 1973–1974 között Magyarországon szigorúbb megközelítés érvényesült, az úgynevezett „abortuszbizottságok” létrehozásával. Az abortuszhoz való hozzáférők köre szűkült, mert bizonyos társadalmi vagy gazdasági körülményekhez kötöt-

<sup>6</sup> Azonban fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy további kutatást igényelne a heteroszexuális és nem heteroszexuális és/vagy ciszgenemű emberek örökbefogadási attitűdjei és azok összehasonlítása.



## KÖZELKÉP

ték annak elérhetőségét. Így például az alábbiak: hajadonság, két gyermek megléte, betöltött 35 év, súlyos lakhatási vagy pénzügyi nehézségekkel küzdő nők, valamint a nő egészségét veszélyeztető terhesség esetei. Az abortuszbizottságok kiterjedt döntésköre miatt a fenti korlátozások értelmezhetők úgy, mint amik igazságtalanul előnyben részesítettek egyes társadalmi csoportokat másokkal szemben (Gal 1994). Ezt az időszakot követően, az 1989-es rendszerváltáshoz közel, az abortuszpolitika területén liberalizáció következett.

Ami a rendszerváltás utáni legelső abortuszszabályozást illeti, 1992-ben fogadták el a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvényt, valamint a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény végrehajtásáról szóló 32/1992. (XII. 23.) rendeletet, amely tartalmazza az abortuszra vonatkozó intézkedéseket. Az 1992-es törvény „A terhesség megszakítása” című szakaszában rögzítik az abortusz jogi feltételeit. A 6. paragrafus szerint a terhesség 12 hétig megszakítható, ha az alábbi feltételek egyike teljesül: a terhesség súlyosan veszélyezteti az állapotos nő egészségét, „a magzat orvosilag valószínűsíthetően súlyos fogyatékos állapotban vagy egyéb károsodásban szenved”, „a terhesség bűncselekmény következménye”, vagy a terhes nő súlyos válsághelyzetben van (1992. évi LXXIX. törvény 6. § [1]). Ez utóbbi egy tágan értelmezett élethelyzetet takar (például a terhességgel kapcsolatos gazdasági megfontolások, mentális zavarok és nehézségek, stb). Az eljárás a 18. hétig elvégezhető a várandós nő önhibáján kívül (például egészségi ok vagy orvosi tévedés/mulasztás miatt), illetve a korlátozott cselekvőképessége vagy cselekvőképtelensége miatt korábban nem észlelt terhesség esetén (6. § [2]). A 20–24. hét között csak akkor végezhető terhességmegszakítási eljárás, ha a magzat súlyos egészségügyi kockázata megállapítható (6. § [3]). A terhesség megszakítására az időtartamtól függetlenül sor kerülhet, ha a várandós nő életét veszélyeztető súlyos egészségügyi indok merül fel, vagy a magzat olyan rendellenessége áll fenn, amely a születés utáni élettel összeegyeztethetetlen (6. § [4]).

Korábban az 1989-es magyar alkotmány 54. cikkének 1. bekezdése kimondta, hogy a „Magyar Köztársaságban minden embernek veleszületett joga van az élethez és az emberi méltósághoz, amelyektől senkit nem lehet önkényesen megfosztani.” (Alkotmány 54. § [1]). Az abortuszszabályozásban alkalmazott megközelítésben az állam azt mérlegeli, hogy milyen egyensúlyt tud, szabad vagy kell megteremtenie az önrendelkezési jog és az élethez való jog között.<sup>7</sup> Magyarország Alaptörvénye 2011. április 25-én a II. cikkében a következőképpen fogalmazta meg az élethez való jogot és az állam kötelezettségét annak védelmére: „Az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz, a magzati életét

<sup>7</sup> Magyarország Alkotmánybírósága a következő határozatokban értelmezte ezeket az abortusz szabályozásával kapcsolatos jogokat (64/1991 (XII. 17.) AB határozat és a 48/1998. (XI. 23.) AB határozat), és kiemelte, hogy az Országgyűlés hatáskörébe tartozik annak meghatározása, hogy a magzati jogi személy-e vagy sem.



## KÖZELKÉP

a fogantatástól kezdve védelem illeti meg.” (Alaptörvény II. cikk) Ezzel a jogalkotó lépést tett a magzat jogalanyként való elismerése felé. Ezt a családok védelméről szóló 2011. évi CCXI. törvény a 3. cikkely 1. bekezdésben megismételte: „A magzat életét a fogantatástól kezdve védelem és tisztelet, valamint külön törvényben foglaltak szerint támogatás illeti meg.” (2011. évi CCXI. törvény 3 § [1]) Itt is tetten érhető az örökbefogadásnál említett horizontális és vertikális szolidaritás gondolata. A pronatalista megközelítés ebben a törvényben, de különösen a preambulumban azonosítható. Kimondja például, hogy Magyarországon a család a legfontosabb nemzeti erőforrás, amely a nemzet fennmaradásának garanciája, valamint az emberi személyiség fejlődésének természetes környezete. Hangsúlyozza továbbá az „emberi életről, ... a házasságra való felkészítésre szolgáló, felelősségteljes párkapcsolatról és a családi életről szóló ismeretanyag” átadását oktatási intézményekben (3 § [2]), amit a tanulmány a szexuális nevelés szakaszban tárgyal.

Az Alaptörvényben rögzített megközelítés a nők önrendelkezési jogának további korlátozására irányuló elmozdulást jelez.<sup>8</sup> Az abortuszpolitika változásának másik döntő momentuma a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény végrehajtásáról szóló 32/1992 (XII. 23.) számú NM rendelet módosításáról szóló 29/2022 (IX. 12.) belügyminiszteri rendelet volt. Ez a „magzati szívhang” módosításként vált ismertté. A rendelet módosította a terhességmegszakítás iránti kérelem benyújtásának egyik feltételét, nevezetesen, hogy „az állapotos nő számára az egészségügyi szolgáltató a magzati életfunkciók működésére utaló tényezőt egyértelműen azonosítható módon bemutatta.” (4. számú melléklet a 32/1992. (XII. 23.) NM rendelethez) Ennek a módosítási javaslatnak a hírére tiltakozásokra került sor, és ahogy Kovács (2022) megállapítja egy tudományos blogbejegyzésben: „az utcára vonulók azt hangoztatták, hogy elfogadhatatlan, hogy a kormány a nőket csupán eszköznek tekinti a demográfiai hanyatlás megállítására, nem pedig önálló személynek”.

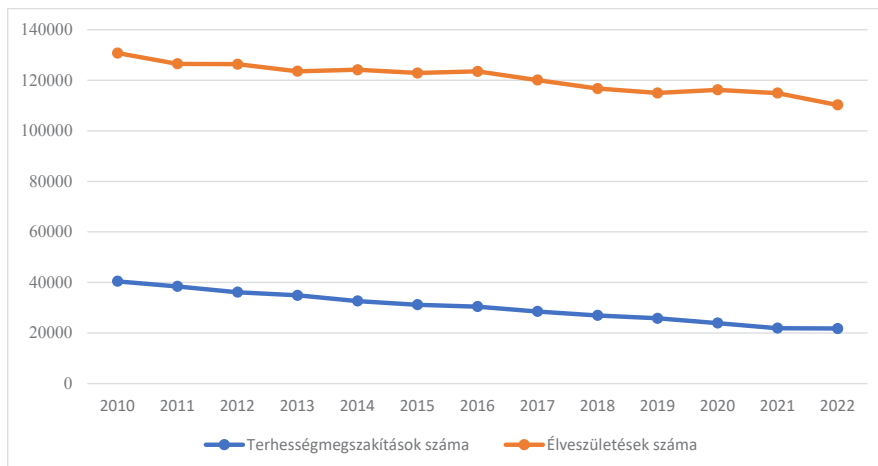
Feltételezzük, hogy az előbb említett szakpolitikai változás váratlan jellege nem magyarázható a Központi Statisztikai Hivatal (a továbbiakban: KSH) adataival, amelyek a terhességmegszakítások számának csökkenő tendenciáját mutatják (1. ábra). Sőt, a rendelet mögött húzóódó indoklás nem az abortuszok növekvő számának megállítása volt, hanem inkább a gyermekvállalás növelésére irányuló pronatalista célkitűzésre és a mögöttes ideológiai álláspontra vezethető vissza, amely a nőket pusztán „gyermeknemző gépezetként” pozicionálja a nemzet „fennmaradása” érdekében. Ráadásul Magyarországon a kormány „családorientáció” típusú családpolitikájától és gazdasági kezdeményezéseitől függetlenül csökken a népesség száma (lásd még Ingot et al. 2022). Lényeges hangsúlyozni, hogy a közelmúltban kiadott 2022-es rendelet nyomán nem lehet hosszú távú következtetéseket levonni a népesség és a terhességmegszakítás tendenciáira és számára vonatkozóan.

<sup>8</sup> „2012 májusában egy sikertelen kísérlet tetten érhető arra, hogy Magyarországon elérhetővé tegyék a gyógyszeres abortuszt (közismert nevén az »abortusztablettát«) a műtéti eljárás mellett.”



## KÖZELKÉP

1. ábra. Az élveszületések és a terhességmegszakítások száma, 2010–2022



*Forrás:* saját szerkesztés a Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján

A Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján nyilvánvaló eltérések mutatkoznak az abortusz eljárások igénybevételére vonatkozó döntést illetően. Például az alacsonyabb iskolai végzettségűek és azok, akik olyan területeken élnek, ahol az emberek nagyobb százalékban szembesülnek jelentős anyagi és szociális nehézségekkel Magyarországon belül, nagyobb arányban vesznek részt terhességmegszakítási eljárásban. Például a KSH megállapította, hogy az „abortuszgyakoriságok maximumának egyre fiatalabb életkorra tolódása kapcsolatban áll a gyermekvállalás és ezen belül az első gyermeküknek életet adó anyák átlagos életkorának jelentős emelkedésével”, de az „iskolai végzettség szintjének emelkedésével párhuzamosan határozottan csökken a művi vetélések gyakorisága” is (KSH 2018). További meghatározó tényező a párkapcsolati státusz, például a terhességmegszakításra vonatkozó 2016-os adatok alapján „a nem házas nők művi vetéléseinek gyakorisága csaknem kétszerese volt a házas családi állapotúakénak” (KSH 2018).

Vida (2019: 14) tanulmányában utal egy, a terhességmegszakításhoz kapcsolódó kettősségre: míg egyes nők szomszédos országokba utaznak annak érdekében, hogy abortuszellátást kapjanak, addig ez a lehetőség „a Magyarországon élő nők többsége számára nem megfizethető.” A reprodukív egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés korlátai (a szolgáltatás elérhetősége és az igénybevételre fordított idő) kifejezetten érintik a szegénységben élő, a vidéken élő, valamint menekült, menedékkérő státuszban lévő nőket. A szerző a roma nők kényszersterilizációjának kérdésével zárja a cikket (lásd még: European Roma Rights Centre 2020, Balogh – Geller 2019, Neményi 1998), amely emberi jogi kérdést jelen tanulmány nem tárgyalja mélységében, de a reprodukció, szelektív pronatalista megközelítéseként is értelmezhető.





## KÖZELKÉP

A jelenlegi szabályozás szerint tehát a terhességmegszakítási eljárás kérésre hozzáférhető, figyelembe véve a törvényben meghatározott határidőket, a Családsegítő Szolgálat munkatársával folytatott tanácsadást, az első tanácsadást követő várakozási vagy türelmi időt, valamint a legújabb korlátozást, a magzati életjelek egyértelmű bemutatását a terhes nőnek. Mindezek az akadályok hozzájárulnak a nők önrendelkezési jogának további korlátozásához a terhességmegszakítás kapcsán, követve a pronatalista szemléletet.

### FOGAMZÁSGÁTLÁS

A fogamzásgátlási módszerekre vonatkozó politika a reprodukcióval kapcsolatos politikák azon szelete, ami az emberek családtervezésre vonatkozó szabadságát érinti. Jelen tanulmányban a következőket különböztetjük meg: méhen belüli fogamzásgátló eszközök (hormonális és nem hormonális spirálok egyaránt), fogamzásgátló implantátumok, fogamzásgátló injekciók, fogamzásgátló tabletták, „sürgősségi tabletták”, férfi és női óvszer, női sterilizáció és vazektómia.<sup>9</sup>

Több kutatási eredmény született a Magyarországon használt fogamzásgátló módszerek használatáról és felhasználói preferenciáról. Makay (2016: 86) megállapította, hogy a fogamzásgátló módszerek használata jelentősen változott 1993 és 2006 között. Habár a vizsgált időszak nem a legfrissebb, a következő tendenciák azonosíthatók: az óvszerhasználat jelentős növekedése (37,0% a 11,5%-hoz képest) és a hormonális tabletták használatának csökkenése 53,3%-ról 35,4%-ra. Ez a tanulmány az Életünk Fordulópontjai (Magyar Nemzedékek és Nemek felmérés), 2008 és 2009 közötti időszakában a fogamzásgátlás valamilyen formáját használó nők megoszlását is vizsgálta, és megállapította, hogy a nők 87,6%-a használ fogamzásgátló módszert. A fogamzásgátlót nem használók aránya összefüggésbe hozható az életkorral, a párkapcsolati státusszal, az iskolai végzettséggel és az életkörülményekkel (Makay 2016: 72–76). Például Makay (2014: 137–138) kutatásának eredménye, hogy minél stabilabbnak tartják a párkapcsolatukat a válaszadók, annál kevésbé védekeznek a nem kívánt terhesség ellen. „Mivel a házasság (jogilag mindenképp) stabilabb párkapcsolati formát jelent, elképzelhető, hogy aki házasságban él, kevésbé tart egy nem kívánt terhességtől, mint az, aki partnerével házasság nélkül él együtt, illetve egyáltalán nem él együtt. E két esetben a nők nagyobb gondot fordítanak a nem kívánt terhesség elkerülésére.” (Makay 2014: 138–139). Az idézett tanulmányban tehát a házasság központi szerepe is felmerül a fogamzásgátlás alkalmazása vagy nem alkalmazása kapcsán, valamint – a többváltozós modellel megerősített eredmény – a nem házasságban, de párkapcsolatban élő nők szerepe a házasságon kívüli párkapcsolatok során a nem kívánt terhesség megelőzésében.

<sup>9</sup> Az önmegtartóztatást, mint a fogamzásgátlás egyik formáját elismerjük, de nem tárgyaljuk a fejezetben.



## KÖZELKÉP

Az iskolai végzettség minél magasabb, valamint a szubjektív jólét megítélése minél magasabb, annál gyakoribb a fogamzásgátlás a nem kívánt terhesség elkerülésére.

Egy dolog azonban változatlan: Magyarországon a hormonális fogamzásgátlók vényköteles termékek, amelyek jelenleg nem tartoznak az államilag finanszírozott készítmények közé, és nem is kapnak rendszerszintű finanszírozást. Ez rávilágít arra, hogy nem élvez prioritást ennek támogatása, esetleg széles körben való, könnyű elérhetővé tétele.

Ami a női sterilizációt és a vazektómiát illeti, a jogszabály különbséget tesz az egészségügyi és a családtervezési okok között. Míg az előbbire az állami egészségügyi rendszer támogatást nyújt, addig utóbbira az egyáltalán nem terjed ki. A művi meddővé tételt az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiak Eütv.), valamint a CLIV. törvény végrehajtására kiadott, a művi meddővé tételről szóló 25/1998 (VI. 17.) számú rendelet szabályozza. Az Eütv. 187. paragrafusa tartalmazza a művi meddővé tétel jogi követelményeit. Ha a sterilizáció családtervezési célzatú, a kérelmezőnek legalább 40 évesnek kell lennie, vagy legalább három vér szerinti gyermekkel kell rendelkeznie (187. § (1a)). Ebben az értelemben a törvény formálisan azonosnak tűnik a nők és a férfiak tekintetében. Egészségügyi indokkal akkor végezhető művi meddővé tétel, ha „a terhesség a nő életét, testi épségét, egészségét közvetlenül veszélyeztetné, vagy a terhességből születendő gyermek orvosiilag valószínűsíthetően súlyos fogyatékoságban szenvedne”, vagy ha más fogamzásgátló módszer nem alkalmazható (187. § [7] a-b). Ebben az esetben a törvény a nők egészségét hangsúlyozza. Ha a kérelemre családtervezés miatt kerül sor, a törvény kötelező tanácsadást ír elő a fogamzásgátlásról, az említett eljárásról és annak visszafordításáról, valamint hat hónapos türelmi időt szab meg. Ami a korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen személyeket illeti, a törvény egy sor követelményt ír elő a művi meddővé tétel elvégzése előtt (így más fogamzásgátló módszer nem alkalmazható és a személy valószínűleg nem képes gondoskodni a gyermekről és az eljárásra a személy beleegyezésével kerül sor, vagy a gyermek valószínűleg súlyos egészségügyi problémákkal küzdene és az eljárásra a személy „akaratával nem ellenkezik”, vagy a terhesség súlyosan veszélyeztetné a személy életét és egészségét). Korábban az Eütv. nőről vagy férfiről beszélt, jelenleg azonban a szöveg érintett személyről beszél.

Bár úgy tűnik, hogy a művi sterilizáció tekintetében formálisan nincs különbség a nők és a férfiak között, érdemes megfontolni a családtervezési indokú művi meddővé tételre korra és gyermekszámra (betöltött 40. életév vagy három vér szerinti gyermek) vonatkozó követelményeit. Ez nyilvánvalóan másként valósul meg az egyén nemi anatómiája alapján. Továbbá, ha sorra veszünk más fogamzásgátló módszereket, azt találjuk, hogy szinte mindegyik a nőkre irányul, és így a fogamzásgátlás terhe is közvetve rájuk hárul. Ami a társadalombiztosítási finanszírozás hiányát illeti, úgy tűnik, hogy különböző megközelítés azonosítható a fogamzásgátlás és az abortusz területein a rosszabb anyagi háttérrel rendelkező emberek tekintetében:



## KÖZELKÉP

míg fogamzásgátlás esetén nincs támogatás, addig a terhességmegszakítás kapcsán bizonyos esetekben biztosított a finanszírozás. Az 1992. évi LXXIX. törvény alapján a „beavatkozás költségeit az Egészségbiztosítási Alap fedezi, amennyiben a terhesség megszakítására a biztosítással rendelkező állapotos nőnél vagy magzatánál fennálló egészségi ok miatt kerül sor” (1992. évi LXXIX. törvény 16. § [1]) Más esetekben a terhesség megszakítására vonatkozó díj szabályairól miniszteri rendelet határoz (1992. évi LXXIX. törvény 16. § [2]). A Társaság a Szabadságjogokért tájékoztató kiadványa szerint az abortusz részben vagy egészben finanszírozható például szociális intézményben élők, átmeneti vagy nevelőszülői gondozásban lévő kiskorúak, utógondozásban lévő fiatal felnőttek, fogyatékosági támogatásban részesülők részére, valamint abban az esetben, ha a terhesség szexuális erőszak következménye volt (TASZ). Ehhez kapcsolódóan tehát a társadalmi-gazdasági státusz alapján nyújtott támogatás részben a szelektív pronatalizmus érvényesülését is eredményezi. Eközben a fogamzásgátlás nem részesül támogatásban – még a „sürgősségi” vagy „72 órás” tablettákként ismert sürgősségi fogamzásgátló készítmények sem. Akárcsak a terhességmegszakítás kapcsán, a szükséges anyagi forrásokkal és információkkal rendelkező emberek a szomszédos országokba, például Szlovákiába utaznak, hogy hozzáférjenek a vény nélkül kapható sürgősségi tablettákhoz, amelyek Magyarországon jelenleg csak vényköteles formában állnak rendelkezésre.

### SZEXUÁLIS NEVELÉS

Az összehasonlító európai tanulmányok azt mutatják, hogy a termékenységgel kapcsolatos ismeretek régióként jelentősen eltérnek (Dereuddre 2016, European Expert Group on Sexuality Education 2016, Kocourková 2019), amely az eltérő történelmi kontextusból eredhet. Nyugat-Európában az 1970-es és 1980-as években kezdődött a szexuális felvilágosítás bevezetése az iskolákban. Ez volt az az időszak, amikor a fogamzásgátlás modern, megbízható módszerei elérhetővé váltak, és a legtöbb nyugat-európai országban az abortuszhoz kapcsolódó egészségügyi szolgáltatásokhoz is hozzáférhettek a terhes személyek. Ezek a változások lehetőséget teremtettek a szexualitás és a reprodukció szétválasztására (European Expert Group on Sexuality Education 2016, WHO Regional Office for Europe – Federal Centre for Health Education [BZgA] 2010). A kelet-közép-európai régióban az iskolai szexuális nevelés csak a 1989–1990-es rendszerváltás után kezdődött el, azaz 20–30 évvel később, mint a nyugat-európai társadalmakban (WHO Regional Office for Europe – Federal Centre for Health Education 2010).

Továbbá a szexuális nevelés tartalmilag is jelentősen eltért a posztoszocialista Európában. Néhány ilyen jellegű országban (nevezetesen a Cseh Köztársaságban és Észtországban) vezették be a szexuális nevelést az iskolákban, a többi posztoszocialista országban (például Magyarország és Lengyelország) a családi életre nevelés



## KÖZELKÉP

vált dominánssá a szexuális nevelés helyett. Ez a családi életre nevelés maradt a mai napig a szexuális nevelés kerete Magyarországon (Pető – Kováts 2017). Példa erre, hogy a Fidesz kormány 2012-ben a családi életre nevelés fogalmát beemelte a nemzeti alaptantervbe. A családi életre nevelés a nemiség, a férfi/női identitás és a szexualitás kérdésein felül olyan témákkal is foglalkozik, mint a családtípusok, családi szerepek, társas kapcsolatok, kommunikáció, önismeret, vagy éppen a veszélyek és devianciák (Családi életre nevelés kerettanterve 2013). A kerettanterv szerint a gyerekeket nemcsak etika, hanem magyar nyelv és irodalom, környezetismeret vagy természetismeret, történelem és biológia tantárgyakból is a családi életre kell nevelni (Nemzeti alaptanterv 2013).

Magyarországon 2020-ban megújult az oktatási rendszer korábbi Nemzeti alaptanterve (továbbiakban: NAT). A családi életre nevelés 2020-tól önálló területként jelenik meg az új Nemzeti alaptantervben. „Célja az iskolai korcsoportok felkészítése az önálló felnőtt életre, a felelős párkapcsolatra és családi életre annak érdekében, hogy a kedvezőtlen demográfiai és társadalmi folyamatokra jelentős pozitív hatást gyakoroljon” (Pusztai – Csók 2022: 109). Ez azt jelzi, hogy a családi életre nevelés elsődleges célja megfelel a kormányzat pronatalista céljának, azaz hogy több gyermek szülessen. Emellett a családi életre nevelés nemcsak a pronatalista elveket szolgálja, hanem megerősíti a hagyományos nemi szerepeket azáltal, hogy azt tanítja, hogy a nők fő tevékenysége a gyermekgondozás, míg a férfiak a kenyérkeresők. Összességében a gyermekektől elvárják, hogy elsajátítsák a hagyományos nemi szerepeket, és felkészüljenek a szülői szerepre.

Azonban nem minden gyermeket készítenek fel a szülőiségre, mivel a családi életre nevelés heteronormatív megközelítésen alapul. Ez nemcsak abban nyilvánul meg, hogy az új NAT-ban mindenkitől a biológiai nemének megfelelő szerepet várnak el, hanem a szimbolikus politizálás terén is. A legutóbbi országgyűlési választásokkal egy időben, 2022. április 3-án országos népszavazást tartottak Magyarországon az LBMTQ-ügyekről (a kormány által gyermekvédelmi kérdéseknek nevezve).

A népszavazást megelőzően Orbán Viktor is állást foglalt a kérdéssel kapcsolatban egy, az origo.hu-nak adott interjúban, hangsúlyozva a szülők kizárólagos felelősségét a szexuális neveléssel kapcsolatban: „Kizárólag a szülők felelőssége az, hogy mikor, milyen kérdéssel akarják szembesíteni, hogyan akarják egy boldog életre nevelni a gyerekeiket. A szülők szándékával ellentétes szexuális propagandával sem az iskolában, sem a médiában nem találkozhatnak a gyermekeink, ez a szülő döntése kell, hogy legyen. ... Mi, szülők az iskolától azt várjuk el, hogy segítsen nekünk, nem azt, hogy nehezítse a dolgunkat.” (Origo 2022) Ez alapján nem is feltétlenül várható, hogy az iskolák szerepet vállalhatnak a szexuális nevelésben, ehelyett a családi életre nevelés kap hangsúlyt. Összességében megállapítható, hogy a szexuális edukációval kapcsolatos oktatás a családi életre nevelésen alapul és azon belül is nagyon korlátozott, hiszen csak egy szűk családmodellt fogad el, miközben ennél sokkal többféle



## KÖZELKÉP

együttélési és családi gyakorlat létezik. A NAT-ot 2010 óta kétszer módosították, és mindkét módosítás megerősítette azt a szándékot, hogy a jövő generációját heteronormatív alapon a hagyományos családi életre neveljék. Ráadásul azért is fontos lenne a szexuális nevelés megjelenése a közoktatásban, mert – ahogy Hintalovon Gyermekjogi Alapítvány kutatás is megerősíti – az adott kornak megfelelő szexuális nevelés olyan tudást adhat, ami által a gyerekek könnyebben felismerhetik és felléphetnek az őket érő esetleges bántalmazással szemben (Takács et al. 2022).

### Összegzés

A 2010 utáni reprodukcióra vonatkozó politikák változásai beleilleszkednek a kormány pronatalista szemléletébe. Elsődleges céljuk, hogy növeljék a születések számát. Azonban, ahogy a családpolitikák vizsgálati rávilágítottak nem minden társadalmi csoport gyermekvállalása egyformán fontos a kormány számára. Elsősorban a heteroszexuális párkapcsolatban, főként házasságban élő jobb módú családok gyermekvállalásra való ösztönzése a cél (Szikra 2018), mindezt a reprodukcióval kapcsolatos politikák változásai is tükrözik. A legtöbb jogszabályi változás 2010 óta a születések számának növelése felé mutat, azonban a reprodukcióval kapcsolatos politikák szintjén is megjelenik bizonyos csoportok gyermekvállalási terveinek korlátozása vagy a gyermekvállalásra ösztönzésből való kizárás, például az azonos nemű párok számára nem elérhető sem az örökbefogadás, sem az MME. Az egyedülállók számára pedig nehezebbé vált az örökbefogadási eljárás, hiszen ehhez elsőbbségben részesülnek mind vármegyei, mind országos szinten a házaspárok, valamint egyedülálló örökbe fogadni kívánó személyek esetén az alkalmassági igazolás mellett a gyermek- és ifjúságpolitikáért felelős miniszter külön hozzájárulása is szükséges. Azonban az egyedülállók számára az MME-ban való részvétel 2005 óta nem változott, azaz ehhez az egyedülálló nők továbbra is hozzáférhetnek. Habár az MME-hoz való hozzáféréseinek van egy tudásalapú korlátja, hiszen nem mindenki rendelkezik kellő tudással ahhoz, hogy hozzáférjen ezekhez a lehetőségekhez. Különösen igaz ez az alacsonyabb társadalmi vagy gazdasági rétegekből származó személyekre, akik például olyan középiskolákban felülreprezentáltak, ahol az MME-kal kapcsolatos tudásátadás nem is része a tananyagoknak. Ráadásul a magyar iskolákban a szexuális nevelés helyett előtérben került a családi életre nevelés oktatása. Ez a tananyag arra hivatott, hogy erősítse a hagyományos családok és a gyerekek elsajátítsák a tradicionális gender szerepeket. Emiatt a szexuális nevelés szintén kulcsszerepet játszik a szelektív pronatalizmusban, hiszen nyíltan kizár a reprodukcióval kapcsolatos tudásátadásból olyan csoportokat, mint a nem heteroszexuális párkapcsolaton alapuló családok és az egyedülálló szülők, akik nem a hagyományos nemi szerep elvárásoknak megfelelően élnek a hétköznapjaikat.



## KÖZELKÉP

Az abortusz jogszabályi változása szintén nyíltan azt célozza, hogy több gyermek szülessen. Ugyanakkor meg is erősíti a hagyományos nemi szerepeket azáltal, hogy a reprodukcióval kapcsolatos felelősségvállalást a nőkre hárítja, akárcsak a forgalomban levő fogamzásgátlószerek elsősorban a nőkre tekintenek, mint a reprodukcióért felelős állampolgárokra.

A reprodukcióra vonatkozó politikák kapcsán felmerül továbbá az egyes csoportok társadalmi vagy gazdasági státusza is, ami a bizonyos eljárásokhoz való hozzáférést könnyebbé teszi szociális alapon (lásd abortusz), de tudáshoz való hozzáférés vagy tudásátadás esetén korlátoz (lásd MME).

Az 2. táblázat az ideológiák mentén foglalja össze az általunk vizsgált szakpolitikákban 2010 óta bekövetkezett változásokat.

2. táblázat. A különböző reprodukciós politikák változásainak célkitűzései

	Abortusz	Fogamzásgátlás	Mesterséges megtermékenyítés	Örökbefogadás	Szexuális nevelés	Társadalmi-gazdasági státusz
Pronatalizmus	X		X		X	
Szelektív pronatalizmus: Házasság alapú				X		X
Szelektív pronatalizmus: Heteronormatív			X	X	X	X
A hagyományos nemi szerepek erősítése	X	X	X	X	X	X

*Forrás: saját szerkesztés*

Skirbekk a globális reprodukciós politikákkal kapcsolatban azt állapította meg, hogy ma „a legtöbb termékenységi politika elsősorban a reprodukív autonómia javítására és a nem kívánt születések csökkentésére összpontosít, szemben valamilyen konkrét, számszerűsíthető cél elérésével” Skirbekk (2022: 372). Úgy tűnik, hogy Magyarország nem követi ezt a mintát, ahogyan az abortusz korlátozásában, és az örökbefogadás folyamatában véghez vitt változából is látható. Ha azonban a mesterséges megtermékenyítést vesszük alapul, akkor nyilvánvaló módosítások történtek: nagyvonalú finanszírozás mind a párkapcsolatban élők, mind az egyedülállók számára. Ez a pozitív változás azonban csak látszólagos, hiszen valójában a mesterséges megtermékenyítés még mindig nem elérhető az alsó középosztály számára, főként az ismeretek hiánya miatt. A mesterséges megtermékenyítés esetében az ismeretek hiánya passzív hozzáállásban nyilvánul meg, hiszen a kormányzat





## KÖZELKÉP

nem ösztönzi a mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos ismeretek bővítését a közoktatásban (Szalma 2023). Ugyanakkor lépéseket tesznek annak érdekében, hogy megakadályozzák a nem heteroszexuális orientációval kapcsolatos ismeretek átadását az állami iskolákban. A vizsgált 12 év alatt úgy tűnik, hogy csak a fogamzásgátlással kapcsolatos politikák maradtak változatlanok.

A jelenlegi magyar kormány reprodukcióra vonatkozó politikai programját a nacionalizmus és a konzervativizmus egyaránt meghatározza. A magyar nőket elsősorban feleségként és anyaként tartják számon, a nemzet reprodukciós polgáraitként tekintenek rájuk az ország demográfiai deficitjével szemben, illetve a keresztény családi értékek mellett. A nacionalista, konzervatív, heteronormatív, családot támogató, gender és LMBTQ-jogok ellen is fellépő patriarchális diskurzus újratemtésével a kormány a liberális demokratikus értékek, valamint a globális és európai emberi jogi célok aláásására törekszik.

### Irodalom

- Balogh K. – Bárdossy-Sánta N. – Németh B. – Ruttner Z. – Stáhly K. – Szekeres Z. – Varga F. – Vaskuti G. (2022): *Gyermekjogi Jelentés 2021*. [https://hintalovon.hu/wp-content/uploads/2022/09/Hintalovon\\_jelentes\\_2021\\_hu\\_final2MB.pdf](https://hintalovon.hu/wp-content/uploads/2022/09/Hintalovon_jelentes_2021_hu_final2MB.pdf) (Letöltve: 2023. 11. 28.)
- Balogh L. – Geller J. (2019): Roma nők hátrányos megkülönböztetése a szülészeti ellátás során: Két magyarországi jogeset, háttérrel. *Fundamentum* 2019(1-2): 204–223.
- Barát E. (2020): Stigmatization of Feminism and Gender Studies as ‘Gender Ideology’ in Rightwing Populist Political Discourse in Hungary. *Baltic Worlds* 13(1): 21–44.
- Barát E. (2022): Paradoxes of the Right-Wing Sexual/Gender Politics in Hungary: Right-Wing Populism and the Ban of Gender Studies. In: Möser, C – Ramme, J. – Takács J. (eds.): *Paradoxical Right-Wing Sexual Politics in Europe*. Palgrave MacMillan, London, 173–199. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-81341-3\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-030-81341-3_7)
- Bauer Z. (2022): *Narrated Experiences of Medically Assisted Reproduction in Hungary – Infertility from a Multimethod Perspective* [PhD, Budapesti Corvinus Egyetem]. <https://doi.org/10.14267/phd.2022029>
- Cook, L. J. – Iarskaia-Smirnova, E. R. – Kozlov, V. A. (2023): Trying to Reverse Demographic Decline: Pro-Natalist and Family Policies in Russia, Poland and Hungary. *Social Policy and Society*, 22(2): 355–375. <https://doi.org/10.1017/S1474746422000628>
- Családi életre nevelés kerettanterve. (2013): [https://kerettanterv.oh.gov.hu/07\\_melleklet\\_miniszter/k1\\_07\\_egyeb/index\\_csen.html](https://kerettanterv.oh.gov.hu/07_melleklet_miniszter/k1_07_egyeb/index_csen.html) (Letöltve: 2023. 11. 28.)



## KÖZELKÉP

- Darvas Á. – Farkas Zs. – Kende Á.– Vígh K. (2016): Roma gyerekek a szakellátásban. *Esély* 4: 52–82.
- Dereuddre, R. – Van De Putte, B. – Bracke, P. (2016): Ready, Willing, and Able: Contraceptive Use Patterns Across Europe. *European Journal of Population* 32(4): 543–573. <https://doi.org/10.1007/s10680-016-9378-0>
- Durst, J. (2002). Fertility and childbearing practices among poor Gypsy women in Hungary: The intersections of class, race and gender. *Communist and Post-Communist Studies* 35(4): 457–474. [https://doi.org/10.1016/S0967-067X\(02\)00032-6](https://doi.org/10.1016/S0967-067X(02)00032-6)
- European Expert Group on Sexuality Education (2016): Sexuality education – what is it? *Sex Education* 16(4): 427–431. <https://doi.org/10.1080/14681811.2015.1100599>
- European Roma Rights Centre (2020): *Reproductive Rights of Romani Women in Hungary*. [http://www.errc.org/uploads/upload\\_en/file/5228\\_file1\\_reproductive-rights-of-romani-women-in-hungary.pdf](http://www.errc.org/uploads/upload_en/file/5228_file1_reproductive-rights-of-romani-women-in-hungary.pdf) (Letöltve: 2023. 11. 28.)
- Fodor É. (2022): *The Gender Regime of Anti-Liberal Hungary*. Springer International Publishing, Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-85312-9>
- Gal, S. (1994): Gender in the Post-socialist Transition: The Abortion Debate in Hungary. *East European Politics and Societies: And Cultures* 8(2): 256–286. <https://doi.org/10.1177/0888325494008002003>
- Glass, C. – Fodor, É. (2022): Risk, Reward, and Resistance: Navigating Work and Family under Hungary's New Pronatalism. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* 29(4): 1425–1448. <https://doi.org/10.1093/sp/jxac033>
- Hašková, H. – Dudová, R. (2021): Children of the state?: The role of pronatalism in the development of Czech childcare and reproductive health policies. In: Haukanes, H. – Pine, F. (eds.): *Intimacy and mobility in an era of hardening borders* (181–198). Manchester University Press, Manchester. <https://doi.org/10.7765/9781526150226.00019>
- Háttér Társaság (2017): Azonos nemű szülők és gyermekeik. <https://hatter.hu/sites/default/files/dokumentum/kiadvany/szivarvanycsaladok2017.pdf> (Letöltve: 2023. 11. 28.)
- Herczog, M. (2010): A roma gyerekek örökbefogadása Magyarországon. In: Somfai, B. (szerk.): *Ünnepi tanulmánykötet: Filó Erika kandidátus egyetemi docens 70. születésnapjára* (159–176). Pécsi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar, Pécs.
- Herke, B. (2021). Investigating the Welfare Deservingness of Single Mothers: Public Image and Deservingness Perceptions in Hungary. *East European Politics and Societies* 35(3): 613–637. <https://doi.org/10.1177/0888325420937773>



## KÖZELKÉP

- Husz, I. (2011): Alacsony végzettség – Sok gyerek? A magas termékenység néhány területi és etnikai aspektusáról. *Demográfia*, 54(1): 5–22.
- Inglot, T. – Szikra D. – Raţ, C. (2022): *Mothers, families or children? Family policy in Poland, Hungary, and Romania, 1945–2020*. University of Pittsburgh Press, Pittsburgh.
- Kocourková, J. (2019): East-West Divide in Abortion Behaviour in the EU Countries Since 1990: Ongoing or Vanished Differentiation? In: I. Lakhno (ed.): *Induced Abortion and Spontaneous Early Pregnancy Loss – Focus on Management*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.88819>
- Kovács, K. (2022): “Women, Life, Liberty”: Women Against the Authoritarian Regime. *LawLog*. <https://lawlog.blog.wzb.eu/2022/10/28/women-life-liberty-women-against-the-authoritarian-regime/> (Letöltve: 2023. 11. 28.)
- Központi Statisztikai Hivatal. 22.1.1.1. *A népesség, népmozgalom főbb mutatói*. [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/nep/hu/nep0001.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0001.html) (Letöltve: 2023. 11. 28.)
- Központi Statisztikai Hivatal. 22.1.1.6. *Élveszülések és teljes termékenységi arányszám*. [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/nep/hu/nep0006.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0006.html) (Letöltve: 2023. 11. 28.)
- Központi Statisztikai Hivatal. 22.1.1.8. *Ezer megfelelő korú nőre jutó elveszülések*. [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/nep/hu/nep0008.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0008.html) (Letöltve: 2023. 11. 28.)
- Központi Statisztikai Hivatal. (2018): *Terhességmegszakítások*. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/terhessegmegsz16.pdf> (Letöltve: 2023. 11. 28.)
- Makay Z. (2014): Fogamzásgátlási módszerek alkalmazása párkapcsolatban élő nők körében. In: Spéder Z. (szerk.): *A család vonzásában Tanulmányok Pongrácz Tiborné tiszteletére* (129–157). KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Makay, Zs. (2016): Contraceptive use in Hungary: Past trends and actual behavior. *Demográfia English Edition* 58(5): 65–90. <https://doi.org/10.21543/DEE.2015.3>
- Mandiner (2015. december 13): *Kövér: Nem akarjuk a Soros-félék nyitott társadalmát*. Mandiner. <https://mandiner.hu/belfold/2015/12/kover-nem-akarjuk-a-soros-felek-nyitott-tarsadalmat> (Letöltve: 2023. 11. 28.)
- National Framework Curriculum*. (2013): [https://kerettanterv.oh.gov.hu/07\\_melleklet\\_miniszter/k1\\_07\\_egyeb/index\\_csen.html](https://kerettanterv.oh.gov.hu/07_melleklet_miniszter/k1_07_egyeb/index_csen.html) (Letöltve: 2023. 11. 28.)
- Nem szándékozunk feladni a családközpontú politikát*. (2017. május 29): <https://2015-2019.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/csalad-es-ifjusagugyert-felelos-allamtitkarsag/hirek/magyarorszag-jovojet-a-csaladok-jelentik> (Letöltve: 2023. 11. 28.)
- Neményi, M. (1998): *Cigány anyák az egészségügyben*. Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal. <http://mek.niif.hu/01100/01156/01156.htm> (Letöltve: 2023. 11. 28.)



## KÖZELKÉP

- Neményi M. – Takács J. (2015): Örökbefogadás és diszkrimináció Magyarországon. *Esély: Társadalom És Szociálpolitikai Folyóirat* 27(2): 32–61.
- Orbán Viktor beszéde a Magyar Diaszpóra Tanács IX. ülésén. (2019. november 14.): Kormányzat. <https://2015-2019.kormany.hu/hu/a-miniszterelnok/beszedekek-publikaciok-interjuk/orban-viktor-beszede-a-magyar-diaszpóra-tanacs-ix-ulesen> (Letöltve: 2023. 11. 28.)
- Paksi, V. – Nagy, B. – Tardos, K. (2022): Perceptions of Barriers to Motherhood: Female STEM PhD Students' Changing Family Plans. *Social Inclusion* 10(3). <https://doi.org/10.17645/si.v10i3.5250>
- Paksi V. – Szalma I. (2009): Mikor vállaljunk gyereket? : A túl korai, az ideális, és a túl késői gyermekvállalás életkori normái európai összehasonlításban. *Szociológiai Szemle* 2009(3): 92–115.
- Pető, A. – Kovács, E. (2017): Anti-Gender Movements in Hungary. A Discourse without a movement? In: R. Kuhar – D. Paternotte (eds.): *Anti-Gender Campaign in Europe* (117–131). <https://hal.science/hal-03204911>
- Pusztai G. – Csók C. (2022): Pedagógusok és iskolai segítő szakemberek nézetei a családi életre nevelés implementációjával és fejlesztésével kapcsolatban. *Kapocs* 5(3–4): 108–116.
- Rékásiné Dr. Adamkó A. (2021): *Az örökbefogadás intézménye a modern magyar családjogban* [Pécsi Tudományegyetem]. <https://ajk.pte.hu/sites/ajk.pte.hu/files/file/doktori-iskola/rekasine-dr-adamko-adrienn/rekasine-dr-adamko-adrienn-muhelyvita-ertekezes.pdf>
- Saczkó, K. (2013): Development and critique of the concept of replacement migration. In: M. Kupiszewski: *International migration and the future of populations and labour force resources in Europe*. Springer, New York.
- Schultz, S. (2019): Demographic futurity: How statistical assumption politics shape immigration policy rationales in Germany. *Environment and Planning D: Society and Space* 37(4): 644–662. <https://doi.org/10.1177/0263775818772580>
- Serdült O. (2021): Külföldre menekülnek a meddőségi klinikák államosítása elől a magyar párok. [https://hvg.hu/itthon/20210825\\_Kulfold\\_magan\\_meddosegi\\_klinikak\\_allamositas](https://hvg.hu/itthon/20210825_Kulfold_magan_meddosegi_klinikak_allamositas) (Letöltve: 2023. 11. 28.)
- Sipos A. (2021): *Házasságot mindenkinek? Az azonos nemű párkapcsolat elismerése Magyarországon*. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest.
- Skirbekk, V. (2022): *Decline and prosper! Changing global birth rates and the advantages of fewer children* (C. E. Bowen, ed.). Palgrave Macmillan, London.
- Spéder, Z. (2019): *A hazai termékenységi magatartás nemzetközi összehasonlításban*. Akadémiai nagydoktori thesis, KSH.



## KÖZELKÉP

- Szalma, I. (2023. június 3.): *Knowledge Transfer on Assisted Reproduction Technology in Hungary*. Speaker Series – Spotlights on Reproduction Research (hosted by the Emmy-Noether-Research Group: Varieties of Reproduction Regimes: Institutions, Norms & Social Inequality).
- Szalma, I. (2021): *Attitudes, norms, and beliefs related to assisted reproduction technologies among childless women in a pronatalist society*. Springer VS, Wiesbaden.
- Szalma I. (2021): Mesterséges megtermékenyítési eljárásokkal kapcsolatos attitűdök a fiatal gyermektelen nők körében Magyarországon. *Socio.hu Társadalomtudományi Szemle* 11(1): 125–146. <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2021.1.125>
- Szalma I. (2016): Az asszisztált reprodukciós eljárások elterjedtsége és elfogadottsága Magyarországon, európai kitekintésben. *Magyar Tudomány*, 2016. febr., 149–158. [http://epa.oszk.hu/00600/00691/00149/pdf/EPA00691\\_mtud\\_2016\\_02\\_149-158.pdf](http://epa.oszk.hu/00600/00691/00149/pdf/EPA00691_mtud_2016_02_149-158.pdf)
- Szalma, I. – Hašková, H. – Oláh, L. – Takács, J. (2022): Fragile Pronatalism and Reproductive Futures in European Post-Socialist Contexts. *Social Inclusion* 10(3): 82–86. <https://doi.org/10.17645/si.v10i3.6128>
- Takács, J. (2018): Limiting Queer Reproduction in Hungary. *Journal of International Women's Studies* 20(1): 68–80 (Article 6).
- Takács, J. – Fobear, K. – Schmitsek, S. (2022): Resisting Genderphobia in Hungary. *Politics and Governance* 10(4). <https://doi.org/10.17645/pag.v10i4.5528>
- TASZ. *Terhességmegszakítás tájékoztató*. <https://tasz.hu/terhessegmegszakitas> (Leoltve: 2023. 11. 28.)
- Vida, B. (2019): New waves of anti-sexual and reproductive health and rights strategies in the European Union: The anti-gender discourse in Hungary. *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(2): 13–16. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1610281>
- WHO Regional Office for Europe, & Federal Centre for Health Education (BZgA) (eds.). (2010): *Standards for Sexuality Education in Europe, A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. Federal Centre for Health Education (BZgA).

### Jogszabályi források

- 1011/2020. (I. 31.) Korm. határozat a Nemzeti Humán Reprodukciós Program végrehajtásáról
- 1047/1956. (VI. 3.) számú minisztertanácsi határozat
- 12/1981. (IX. 29.) Egészségügyi Minisztériumi rendelet



## KÖZELKÉP

- 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
2005. évi CLXXXI. törvény egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról
2011. évi CXXI. törvény
- 25/1998. (VI. 17.) NM rendelet a művi meddővételről
- 29/2022. (IX. 12.) Belügyminisztériumi rendelet a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény végrehajtásáról szóló 32/1992. (XII. 23.) NM rendelet módosításáról
- 35/2020. (X. 5.) EMMI rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet és a helyettes szülők, a nevelőszülők, a családi napközit működtetők képzésének szakmai és vizsgakövetelményeiről, valamint az örökbefogadás előtti tanácsadásról és felkészítő tanfolyamról szóló 29/2003. (V. 20.) ESZCSM rendelet módosításáról
- 48/1998. (XI. 23.) Alkotmánybírósági határozat
- 64/1991. (XII. 17.) Alkotmánybírósági határozat
- A Kúria Knk.II.40.646/2021/9. számú határozata
- Magyarország 1989-es Alkotmánya
- Magyarország Alaptörvénye