



EL-3/2011.
(EL-3/2010-2014.)

J e g y z ő k ö n y v *

az Országgyűlés **Egészségügyi bizottságának**
Ellenőrző albizottságának
2011. május 25-én, kedden, 12 óra 25 perckor
a Parlament főemelet 37-38. számú tanácstermében
megtartott üléséről

**A jegyzőkönyv eredeti hitelesített példánya az Országgyűlés Levéltárában megtalálható.*

Tartalomjegyzék

<i>Napirendi javaslat</i>	3
<i>Az ülés résztvevői</i>	4
<i>Elnöki bevezető, a napirend elfogadása</i>	5
<i>Tájékoztatás a meddőségkezelés lehetőségéről, szükségességéről</i>	5
<i>A meghívott vendégek hozzászólásai</i>	6
<i>Dr. Horváth Ildikó (Nemzeti Erőforrás Minisztérium)</i>	6
<i>Dr. Balogh Piroska (Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete)</i>	7
<i>Dr. Mramurácz Éva (Országos Gyermek-egészségügyi Intézet)</i>	7
<i>Dr. Klujber Valéria (Országos Gyermek-egészségügyi Intézet)</i>	8
<i>Dr. Rigó János (Semmelweis Egyetem I. számú Szülészeti, Nőgyógyászati Klinika)</i>	9
<i>Dr. Papp György (AEK Andrológiai és Urológiai Klinika)</i>	10
<i>Dr. Tóth Zoltán (DEOEC Női Klinika)</i>	12
<i>Dr. Steven G. Kaáli (Kaáli Intézet)</i>	14
<i>Dr. Bernard Artur (Kaáli Intézet)</i>	16
<i>Csordás Ágnes (Magyar Védőnők Egyesülete)</i>	18
<i>Kérdések, észrevételek, reagálások</i>	19
<i>Határozathozatal az ajánlásról</i>	35

Napirendi javaslat

1. Tájékoztató a meddőségkezelés lehetőségéről, szükségességéről
2. Egyebek

Az ülés résztvevői

A bizottság részéről

Megjelent

Elnököl: **Dr. Horváth Zsolt** (Fidesz), az albizottság elnöke

Dr. Heintz Tamás (Fidesz)
Dr. Hollósi Antal Gábor (Fidesz)
Dr. Garai István Levente (MSZP)
Dr. Kiss Sándor (Jobbik)

Bábiné Szottfried Gabriella (Fidesz)
Dr. Kovács József (Fidesz)

Helyettesítési megbízást adott

Dr. Puskás Tivadar (KDNP) dr. Horváth Zsoltnak (Fidesz)

Meghívottak részéről

Hozzászólók

Dr. Horváth Ildikó főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium)
Dr. Balogh Piroska szakértő (Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete)
Dr. Mogyorósi Dorottya szakmai főtanácsadó (Nemzeti Erőforrás Minisztérium)
Prof. dr. Papp György egyetemi tanár, AEK Andrológiai és Urológiai Klinika
Prof. dr. Rigó János egyetemi tanár, igazgató, Semmelweis Egyetem I. számú Szülészeti, Nőgyógyászati Klinika
Prof. dr. Tóth Zoltán egyetemi tanár, igazgató, DEOEC Női Klinika
Dr. Steven G. Kaáli alapító orvos főigazgató, Kaáli Intézet
Dr. Bernard Artur tudományos igazgató, Kaáli Intézet
Dr. Mramurácz Éva főigazgató-helyettese (Országos Gyermek-egészségügyi Intézet)
Dr. Klujber Valéria osztályvezető (Országos Gyermek-egészségügyi Intézet)
Csordás Ágnes elnök (Magyar Védőnők Egyesülete)

(Az ülés kezdetének időpontja: 12 óra 25 perc)

Elnöki bevezető, a napirend elfogadása

DR. HORVÁTH ZSOLT (Fidesz), az albizottság elnöke, a továbbiakban ELNÖK: Jó napot kívánok! Tisztelettel köszöntök mindenkit az Egészségügyi bizottság ellenőrző albizottságának ülésén. Én Horváth Zsolt vagyok, aki ezt az ülést vezeti.

Először meg kell állapítanom, hogy helyettesítésekkel együtt a bizottságunk határozatképes. A bizottság ülésének egy napirendi pontja van: tájékoztató a meddőségkezelés lehetőségeiről és szükségességéről.

Kérdezem a képviselőtársaimat, hogy van-e más javaslatuk még a bizottság napirendjének kiegészítésére. *(Nincs jelzés.)* Nincsen. Kérdezem, hogy ki az, aki a bizottság napirendjét elfogadja. Aki igen, kérem, kézfelemeléssel jelezze! *(Szavazás.)*

Megállapítom, hogy egyhangúlag elfogadtuk az ülésünk napirendjét.

Tisztelt Vendégeink! Tisztelt Meghívottak! A mai ülésünk időtartamát körülbelül 2 óra hosszában tervezem, lehetőség szerint fél háromkor befejeznék.

Tájékoztató a meddőségkezelés lehetőségeiről, szükségességéről

A mai ülésünk napirendjét ismerik. A célját szeretném egy pár mondatban megfogalmazni. Alapvetően az a célunk, mivel az ülésről szó szerinti jegyzőkönyv készül, amelyet a későbbiek során nyilvánosan fel tudunk használni, illetve nyilvánosságra tudunk hozni, és ezen jegyzőkönyv alapján részben a sajtó irányába, részben pedig a főbizottságunk irányába javaslatokat tudunk megfogalmazni, amely ezen adott problémakörnek a megoldását, illetve bizonyos dolgok változtatását tenné lehetővé. Tehát a célunk az, hogy felhívjuk a figyelmet a magyarországi meddőségi helyzetre, arról önköztől, szakértőktől szeretnénk valós napi adatokat kapni. Szeretnénk megismerni, hogy önök hol látják ennek a területnek a továbblépési lehetőségeit, illetve milyen lehetőségeket látnak ezeknek az okainak a felderítésére.

Ezért néhányat megemlítenék azok közül, amelyekre lehetőség szerint az ülés során jó lenne választ kapnunk.

Elsősorban a magyar lakosság irányába megfogalmazott üzeneteket szeretnénk, nem feltétlenül a legmélyebb szakmai mélységekbe menni, hanem a politikai döntéshozók számára egy érthető és jól képviselhető, de ugyanakkor szakmailag megalapozott álláspontokat, véleményeket szeretnénk összeállítani a mai ülésünk során. Mely területek ezek? A meddőségnek, mint betegségnek a meghatározása, ennek a feltételezett elterjedtsége a magyar populációban, a felismeretlen, illetve a felismert, de nem kezelt, esetleg rosszul kezelt esetek példái, az ezekre való figyelemfelhívás, annak az intézményrendszernek az áttekintése, amely erre hivatott, hogy ezt a betegséget felismerje és kezelje. Ennek országos területi lefedettsége, területi egyenlősége, egyenetlensége kérdéskör, magyarán mondva: milyen eséllyel jutnak hozzá az országban élő emberek különböző területeken. És ha szabad nagyon röviden, hiszen nagyon nagy lenne így a téma, de mégis a meddőség kialakulásának néhány olyan oka, amelyek egyébként életmódbeli problémákra vezethetők vissza, ezek esetleges, lehetséges megelőzése, illetve erre egyfajta javaslat a politika számára, ez nyilván elsősorban népegészségügyi kérdés, amit én mondok, és utoljára mondom, de talán az egyik legfontosabb: a meddőségkezelésben rejlő lehetőségek kapcsán a magyarországi demográfiai helyzet változtatása, szigorúan együttvéve ennek a költségeivel és esetleges nyereségeivel.

Tudom, hogy így elsősorban ez sok, de ezek lettek volna a céljai a mai ülésünknek. Szeretném önökkel az ülés menetét ismertetni. Elképzelésem szerint először meghívott vendégeink kapnak szót, 5, maximum 10 perces időkeretben. Ezt követően adnám meg a lehetőséget a képviselőtársaimnak kérdések, reagálások, vélemények megformálására, utána volna válaszlehetőség a meghívott vendégeknél, amennyiben arra szükségét érzik, és ezt

követően pedig a képviselőtársaim reagálhatnak önöknek még egyszer, és utána lezárnánk az ülést. Amennyiben a jegyzőkönyvön kívül úgy döntenek a képviselők, hogy javaslatot, állásfoglalást vagy ajánlást fogalmaznának meg, akkor természetesen még erre is sor fog kerülni a mai ülés során, ezután lezárnam az ülést.

Ha most megengedik, szeretném megadni a népegészségügyi programmal kapcsolatosan a szót, először úgy, ahogy kedves meghívott vendégünkkel ezt egyeztetttük, hogy egy rövid keretbe foglalja mindazt, amiről utána részletesen tárgyalunk. Arra kérem minden kedves vendégünket, hogy a jegyzőkönyv kedvéért – mint említettem, szó szerinti jegyzőkönyv készül – minden alkalommal, amikor megszólal, tegye meg, hogy a nevét és a küldő szervezetet, illetve a képviselt szervezetet bemondja. Köszönöm szépen.

Tessék parancsolni!

A meghívott vendégek hozzászólásai

Dr. Horváth Ildikó (Nemzeti Erőforrás Minisztérium)

DR. HORVÁTH ILDIKÓ főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Köszönöm szépen. Dr. Horváth Ildikó vagyok a Nemzeti Erőforrás Minisztérium egészségpolitikai főosztályának a vezetője. Van egy népegészségügyi főosztályunk, nagyon sajnálom, hogy nem tud most itt lenni a vezetője elfoglaltságai miatt. Mi nagyon köszönjük a lehetőséget, hogy itt lehetünk, illetve erről a témáról beszélhetünk.

Az államtitkárságon elég egyértelmű az a vélemény, hogy amilyen keretrendszerben mi gondolkodunk, azért az alapvetően a lakosságszám, a népességszám, az a csökkenő gyermekvállalási tendencia, aminek az évek óta tartó tendenciája most már nagyon határozottan látszik, illetve azoknak a problémáknak a népegészségügyi szempontból való kezelésére megkezdett egyeztetések, amelyek tulajdonképpen a gyermeknevelésben rejlő okok, fontos szempontrendszerrel jelentenek.

Tehát az egyik, amiért örülünk, hogy ez téma lehet, mert a gyermekvállalással kapcsolatban lehet gondolkodni, a másik, amit fontosnak tartunk elmondani, hogy az oktatással, általában a társadalom véleményformálásával kapcsolatban rendkívül fontosnak tartjuk azt, ami a tinédzserek nemi felvilágosításával kapcsolatos, a nemi élet megkezdésével és a nemi úton terjedő fertőző betegségek szaporodásával kapcsolatos tényállás, és az ebből következően kialakuló meddőséggel.

Nagyon hangsúlyozottan gondoljuk azt, hogy a primer prevenciónak megkerülhetetlen része van abban - amit elnök úr is felvetett -, hogy a meddőségi helyzet és az ezzel kapcsolatos adatok hogyan változnak, az ezen a szinten bekövetkező változásból fakadjanak ezek a változások, ne romoljanak, hanem javuljanak, és a javulás itt kezdődjön.

A második az, hogy ha a gyermekvállalás és a gyermekvállalásra a szándék megtörténik, az egészséges terhesség és a terhesgondozás biztonságos, minél jobb logisztikával működő, és minél szélesebb körben maximálisan jól működő rendszerének a megerősítése az egyértelmű elszántság és cél. Ezen belül ismerik most már a Semmelweis-tervnek szerintem minden partner ismeri a parlament részéről is ismerik a részleteit, amiben azért elég határozottan megfogalmazzuk azt is, hogy egyértelmű cél az országos lefedettség a speciális szakellátásokban olyan esetekben, amikor ez egyébként speciális tudásbázist, szakembert és műszerezettséget jelent, e tekintetben egyformán lefedett és egyformán elérhető, hozzáférhető legyen az egészségügyi ellátás.

Nagyon köszönöm, hogy itt lehetünk és ez meghallgatásra kerülhetett, mert amely szempontrendszerből mi a meddőségi helyzetet, ennek az okainak a feltárását és az ezen a területen az előrehaladást látjuk, abban több olyan részterület van, amiről én nagyon örülnék, ha tudnánk egy pár szót beszélni a mai délután folyamán. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Ha megengedik, most Balogh Piroskának adnám meg a szót, aki ennek a demográfiai vonatkozásáról fog néhány szót mondani nekünk.

Dr. Balogh Piroska (Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete)

DR. BALOGH PIROSKA szakértő (Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete): Jó napot kívánok! Én a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetéből jöttem, és különösen Népesedési Kerekasztalt képviselem. Erről azt szeretném mondani, hogy 2009-ben alakult meg, nyolc munkacsoport is dolgozik, és a fő célkitűzése, hogy folyamatosan napirenden tartsa a demográfiai helyzet kérdését, és ajánlásokat fogalmazzon meg az annak javítását elősegítő intézkedésekre.

Most csak úgy körülbelül mondanám, nem részletezem az egyes munkacsoportokat, de az egyik munkacsoport célja a családbarát munkahelyi kultúra kialakítása, egy másiknak egy olyan családtámogatási rendszer kidolgozása, amely biztonságot nyújt a gyermekvállaláshoz. A gyermekszegénység felszámolása is egy külön munkacsoport témája volt, ezen kívül a házasságok számának növelése és a válások számának csökkentése is napirendre került, aztán a társas készségek fejlesztése, annak bevezetése az oktatásba, egészen az óvodai szinttől, a mentálhigiénés képzés bevezetése a pedagógusok továbbképzésébe.

Amit külön kiemelnék, az a holnapi Népesedési Kerekasztal témája, a magzati élet védelme.

A saját kutatásaimból annyit szeretnék elmondani, hogy a Kopp Mária professzor asszony által vezetett országos reprezentatív felmérésekből az derül ki, hogy különösen az iskolázott, magas végzettségűek körében nagy a különbség a kívánt és a megszületett gyermekek száma között. Tehát ez az a réteg, akikre külön figyelmet kellene szentelni, és a Népesedési Kerekasztal munkacsoportjai ajánlásokat fogalmaznak meg ezzel kapcsolatban is.

Amit hozzáfűznék a meddőségi kezelésekhöz, az az, hogy fontosnak tartjuk az integratív szemlélet bevezetését, és különösen a pszichológiai tanácsadás létjogosultságát és jelenlétét a meddőségi kezeléseknél. Ugyanis az elmúlt évtizedekben elég sok kutatás folyt, különösen külföldön, amelyek egyértelműen bizonyítják a krónikus stressz, a szorongás szerepét a meddőség fenntartásában. Ez meddőség okai között különösen fontos szerepet játszik, és az a tapasztalatunk, hogy ez a szemlélet még nem nagyon terjedt el itt, Magyarországon.

Egy olyan kutatást említenék, egy 2003-as nagy esetszámú felmérést, ahol pszichológiai tanácsadásban részesítettek nők egy csoportját, akik amúgy mesterséges megtermékenyítési programban vettek részt, egy másik csoport a kontrollcsoport volt, és azon nők körében, akik részt vettek a pszichológiai tanácsadáson, a következő év során 55 százalék volt a bekövetkező teherbeesések aránya, míg a kontrollcsoportban csak 20 százalék.

Tehát nem szeretném a finanszírozás kérdését érinteni, mert nem az én asztalom, de azt gondolom, hogy fontos lenne ezeket a szempontokat figyelembe venni a finanszírozásnál is, hogy a sikeres beavatkozás szerint történjen finanszírozás. Azt gondolom, hogy itt pedig az integratív szemlélet, a pszichológiai tanácsadás jelenléte megkerülhetetlen. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Én is köszönöm szépen. Akkor kérdezem, hogy a Gyermek-egészségügyi Intézet részéről most szeretnének-e szólni? Amennyiben igen, akkor megadom a szót.

Dr. Mramuráczy Éva (Országos Gyermek-egészségügyi Intézet)

DR. MRAMURÁ CZY ÉVA főigazgató-helyettes (Országos Gyermek-egészségügyi Intézet): Dr. Mramuráczy Éva vagyok, az Országos Gyermek-egészségügyi Intézet főigazgató-helyettese, és most talán csak egy bevezetőt mondanék azzal kapcsolatban, hogy intézetünk a Nemzeti Csecsemő- és Gyermek-egészségügyi Program keretében számos olyan módszertani és gyakorlati feladatot lát el, amely kapcsolódik a témához. Ebből talán ki kellene emelni

módszertani szempontból azt a szakmai irányelvet, amelyik a perikoncepcionális gondozásról készül, és a szakmában érintett összes szakember részt vesz benne, szülészek, védőnők. Ez a módszertani anyag az alapellátás számára készül.

Ezen kívül pedig az intézetünknek szintén a program keretében van számos olyan szolgáltatása, ami a családtervezéssel van összefüggésben, és erről ki is osztottunk egy rövid broszúrát, és a kolléganóm, aki évtizedek óta ennek a témának a szakavatott szakembere, ő szeretne egy kis összefoglalót tartani róla, de ezt majd az elnök úr eldönti, hogy mikor. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Szerintem most.

Dr. Klujber Valéria (Országos Gyermek-egészségügyi Intézet)

DR. KLUJBER VALÉRIA osztályvezető (Országos Gyermek-egészségügyi Intézet):
Köszönöm Évinek, hogy évtizedes szakértőnek nevezett, de azért ez egy picit túlzás. De tény, hogy a családtervezési program kezdeteitől jelen vagyok. Klujber Valériának hívnak, és amúgy gyerekgyógyász vagyok. Két programunkat szeretném most ismertetni, ami abszolút hozzákapcsolódik az előbb elhangzott és a megelőzést, a meddőség kialakulása előtti időszakot érinti.

Az egyik tehát azoknak szól, akik éppen most szeretnének gyereket, tehát ez a bizonyos családtervezési program. Ennek az lenne a jelentősége, hogy a szűrővizsgálatokkal a gyermekvállalási szándék megkezdésekor nagyon korán ki tudnánk emelni azokat, akiknél valami olyan probléma van, ami a hosszú évek után lehet, hogy csak egészen más módszerekkel lenne kezelhető. Ha az első elhatározásnál találnának egy ilyen helyet, ahová fordulhatnak, mint ahogy most egyetlenegy ilyen van az országban, akkor valószínűleg sikeresebbek lennének a gyermekvállalásban.

Ez a program egyébként, ez a bizonyos családtervezési modellként futó valami, már 1985 óta működik, és voltak már ilyen, talán még kormányzati szándékok is, hogy ebből csináljunk egy országos hálózatot, de mindeddig ez természetesen nem valósult meg.

Ennek ellenére nagyon sok tapasztalat levonására alkalmas, azok az ábrák, amelyeket kiosztottam, részben innen nyerték a tapasztalataikat. Tehát mi itt például olyan férfiakat vizsgálunk szűrőjellegű spermavizsgálattal, kezdetben egyébként Papp professzor részvételével, akik nem tudnak arról, hogy bármilyen gondjuk lenne, és az ő adataikat látják. Nagyon pregnánsan mutatja, hogy milyen súlyos fokú romlás látható például a férfiak ondósejtszámában, de ugyanígy nagyon sok más érdekes adatról tudnék beszélni, ha ez valami miatt majd szóba fog kerülni.

A másik dolog egy igazi primer prevenció, ami inkább az iskolai egészségnevelés és egyáltalán az egészségfejlesztés, egészségnevelés témaköréhez kapcsolódik, ez pedig a kamaszambulancia kezdeményezésünk, amihez egy honlap is tartozik. Ennek az lenne a célja, hogy az egyébként szemérmes és visszahúzódo kamaszok, akik mondjuk lehet, hogy az iskolában az amúgy kedves, aranyos, okos védőnővel vagy az iskolaorvossal sem merik megbeszélni a gondjaikat, egy kifejezetten az ő ízlésük szerint kialakított ambulanciára esetleg, ha mégis betévednek, akkor lehet, hogy csak kérdéseket szeretnének feltenni, lehet, hogy csak bizonyos alaplolgokról szeretnének tájékozódni, de lehet, hogy olyan vizsgálatokhoz férnek hozzá, amelyeket amúgy nem keresnének fel.

Gyakorlatilag Piroskától már elhangzott ez a pszichológiai aspektus, amit mi is szeretnénk hangsúlyozni, erről is mellékelünk egy anyagot, illetve a meddőség és táplálkozás összefüggését sem szeretnénk kihagyni, ami megint csak része az integratív hozzáállásnak. Köszönöm szépen, egyelőre ennyi.

ELNÖK: Én is köszönöm szépen. Ahogy az elején már mondtam, lehet, hogy félreérthető voltam, csak ismétlem: arról lesz szó, amit önök szóba hoznak. Tehát amit önök nem fognak szóba hozni ma, az nyilván akkor nem fog terítékre kerülni.

Tehát időnk van, szabadon, nyugodtan, a téma fontosságának megfelelően fejtsék ki álláspontjukat.

Professzor urak, én most szíves elnézésüket kérem, egyszerűen valakinek először szót kell adnom, úgyhogy megkérem Rigó János professzor urat, a klinika vezetőjét, hogy fejtsse ki ő is a véleményét, elképzeléseit.

Dr. Rigó János (Semmelweis Egyetem I. számú Szülészeti, Nőgyógyászati Klinika)

DR. RIGÓ JÁNOS egyetemi tanár, igazgató (Semmelweis Egyetem, I. számú Szülészeti, Nőgyógyászati Klinika): Köszönöm szépen. A meddőség egy elég komplex problémát jelent. Nagyon nehéz elvonatkoztatni a meddőséget a szüléset-nőgyógyásztól, a szüléset-nőgyógyászatot pedig a magyar egészségügytől. Tehát amikor a meddőségről fogunk majd beszélni, akkor nyilván mindig érinteni fogjuk az egészségügy problémáját, és mindig ugyanoda fogunk kilyukadni, ahová bármilyen vita, beszélgetés vagy egyéb találkozó során, tehát konkrétan mindig a pénzről van szó.

Hogyan lehet gazdaságosan megoldani a problémát? Hogyan lehet minél kisebb befektetéssel minél nagyobb nyereséget szerezni? Gyakorlatilag ez a kulcskérdés a meddőségnél. Persze, nagyon sok oldalról meg lehet közelíteni a problémát. Nagyon örültem annak, hogy az előző hozzászólók kiemelték az egészségnevelés fontosságát. Azt gondoljuk, hogy a terhesség a prekoncepcionális gondozással kezdődik. Én azt mondom, hogy nem, és nem is a gimnáziumban vagy a középiskolában, és nem is a kamaszoknál, és nem is az általános iskolában, hanem már az óvodában el kellene kezdeni, én azt gondolom.

Bármennyire is furcsa, az, hogy hogyan foglalkozik az édesanya a gyermekével a kora gyermekkorban, az alapvetően meghatározó, és ehhez nem is biztos, hogy annyira pénz kell gazdasági szempontból. Az, hogy milyen szeretetet kap az a gyerek, az, hogy hogyan foglalkoznak vele, nem tudom, hogy ezt hol lehet tanítani az édesanyáknak. Fogalmam sincs, hogy hogyan lehet ezt megközelíteni, de azt látom, hogy ez alapvetően kihat az egész életre.

Nagyon általánosnak tűnik most, amit mondok, de azt hiszem, hogy ez rendkívül fontos. Amikor összehasonlítjuk a mi egészségügyi kultúránkat a nyugati országokéval, akkor erről mindig egy kicsit megfeledekezünk. Azt hiszem, hogy ez egy rendkívül fontos dolog lenne.

A meddőségre áttérve, köztudott az, hogy nemcsak Magyarországon, az egész nyugati világban a szülő nők életkora egyre magasabbá és magasabbá válik. Ez egy társadalmi probléma, ez nem egészségügyi probléma. Egészségügyi problémává válik, de az, hogy ez miért alakult ki, és ennek milyen következményei vannak, erre nekünk megint csak fel kellene hívni a figyelmet már akár az iskolában vagy a gimnáziumban, azt hangsúlyozva, hogy a szülés optimális időpontja 20-30 év között van. És akkor, ha 20-30 év között fog szülni az illető anya, akkor elképzelhető, hogy nem fog kifutni 30 éves kora után az időből, nem fog rákényszerülni arra, hogy esetleg 35 éves kora után vagy 40 éves kor körül, az utolsó pillanatban próbáljon meg kapkodni, és utána természetesen a költségek is drasztikusan megemelkednek.

Megint csak az oktatás jelentőségét szeretném kiemelni ebben. Nagyon gyorsan eltelnek az évek 20-30 éves kor között, és 30 éves kor után akkor próbálgatnak tervezgetni a „szerencsétlen” anyukák, mert akkor még nem jön össze a kapcsolat, pedig fontos lenne, hogy minél gyorsabban kialakuljanak a kapcsolatok, és utána 35 év után pedig tényleg az idővel versenyzünk, hogy hogyan jön létre majd a terhesség.

Amit én szakmai szempontból nagyon fontosnak tartok, az egyik az idő, tehát hogy minél gyorsabban kerüljenek a betegek a kivizsgálásra. Példaként mondom, például az endometriózist, amely egy olyan kórkép, amely a meddő nők 40 százalékánál kimutatható, az endometriózisban szenvedő nők száma Magyarországon körülbelül 180 ezerre becsülhető. Ezek közül természetesen nem mindegyik meddő, de még egyszer hangsúlyozom: az endometriózis 40 százaléka meddőségben figyelhető meg.

Az endometriózisban szenvedő asszony, amíg orvoshoz fordul, addig 4-5 év telik el, tehát az első tünetektől. Ez rendkívül hosszú idő, és ez a 4-5 év nagyon hosszú abban a tekintetben is, hogy ez a kórkép egyre súlyosabbá válik, egyre nehezebben kezelhető. Ugyanakkor ennek a reprodukív sebészeti szempontból a háttere nem biztosított az országban, sem a személyi, sem a műszeres eszközös háttere sem. Ez egy rendkívüli probléma. Azt gondolom, hogy elsősorban majd a későbbiekben ez szervezeti kérdés, hogy hogyan lehet ezt majd kialakítani, esetleg centrumokban, decentrumokban vagy egyáltalán hogyan, milyen formában. Ezek a betegek súlyosabb állapotban sok esetben kikerülnek nyugati országokba, ott operálják meg őket, az OEP-től kérnek támogatást, azt hiszem, 10 ezer euró egy ilyen betegnek a gyógyítása, egyedi elbírálás alapján történik a támogatásuk, azt hiszem, talán tudnak erről. És egyáltalán tud róla, hogy ezek hogyan kezelhetők. Persze, ezek kis számban fordulnak elő, de még egyszer mondom: az endometriózisban szenvedők száma körülbelül 180-200 ezerre tehető az országban.

Azt gondolom, hogy ez az egyik fontos probléma, de ezen kívül aztán számos más probléma is lesz.

Még egyszer azt szeretném mondani, tekintettel arra, hogy a szülő nők életkora egyre idősebb korra tevődik, itt az időnek óriási szerepe van, tehát minél gyorsabban kellene a kivizsgálásokat elvégezni, a diagnózist felállítani és ezt követően lépni, tehát ha kell, akár az IVF irányába. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Sorban haladunk. Papp György professzor úr!

Dr. Papp György (AEK Andrológiai és Urológiai Klinika)

DR. PAPP GYÖRGY egyetemi tanár (AEK Andrológiai és Urológiai Klinika): Elnök úr, köszönöm a szót. Papp György a nevem, az Andrológus Társaság elnökeként vagyok itt, egyébként az Állami Egészségügyi Központban dolgozom, ahol egy európai andrológiai kiképzőközpont is üzemel.

A szó talán nem ismert önök előtt, a meddő férfiak ellátását az andrológiai ellátó hálózat végzi Magyarországon. Hál' istennek már tulajdonképpen nagyjából lefedi az ország teljes területét. Önálló orvosi szakvizsgaként tevékenykednek az andrológusok, és a tevékenység egészen addig tart, amíg az adott férfi kivizsgálása olyan szintre nem jut, hogy onnan párként továbblépve, eredményes kezelésben legyen része.

Talán annyit szabadjon elmondani, hogy Magyarországon a felállítás szerint 40 százalékban a nő, 40 százalékban a férfi, 20 százalékban pedig mindkét fél közös hibája felelős a meddőségért. Talán 15 százalék körül van a meddő házaspárok száma.

Európában két nagy statisztika ismert, amire oda kellett figyelnünk az utóbbi időben, egy dán és egy francia. Ezen statisztikák szerint van olyan, hogy az utolsó 20 évben a spermiumszám egy azonos populációban 23 millióval csökkent. Mi ennél lényegesebb mutatókra is rájöttünk, bár ez értelemszerűen nem ilyen nagy számú, és nem ilyen általánosságban, valójában a spermium termékenyítő képessége, tehát motilitása, életképessége az, amelyik igazán csökkent.

Nálam avatottabb személyek ülnek ebben a teremben, akik a kommunikációhoz jobban értenek. Azt azért néhány szóban elmondanám, hogy mik azok a tényezők, a WHO 106 olyan okot tart nyilván, ami egy férfi meddőségéhez vezethet. Néhány olyan ok van, amit

időben meg lehetne fogni, és nem ellentmondva az előttem szóló Rigó professzornak, én is azt mondom, hogy minél korábban kellene ezt a felvilágosító munkát kezdeni. Én a legutolsó megfogható időszaknak – és ezen volt időm vagy 20-25 évet gondolkodni az utóbbi időben – az általános iskola hetedik és nyolcadik osztályát tartom, részben a szexuális élet és az ezzel kapcsolatos összes probléma időbeli komolyan előrehozódása, részben pedig a már-már nem kívánt terhességek szempontjából veszélyeztetett korosztályként, részben azért, mert középiskolába nem mindenki jut el.

Tehát azt gondolom, ez lenne az az utolsó olyan iskolai lehetőség, amikor azokat a dolgokat, amelyeket most nagyjából csak felsorolok, valamilyen módon a tudomására lehetne hozni ezeknek a fiataloknak.

Európában a nemzőképes korosztályt a 10-45 év közötti férfiakat nevezzük. Ez egy általános megfogalmazás, ettől nyilván vannak kivételek. Ennek a korosztálynak a 12 százaléka krónikus prostata vesiculitis-szel rendelkezik, ami azt jelenti, hogy olyan alsó húgyúti prosztatata vagy vesicula seminalis vagy húgycsőgyulladás van, amely esetenként olyanfajta baktériumokkal vagy élősködőkkel terhelt, amelyek a nemzőképességét befolyásolják. Most nem okvetlenül csak a gonorrhoea okozta mellékhere-elzáródásra gondolok, hanem más enterococcus, coli, tehát nagyon gyakran előforduló, egyszerű bélbaktériumoknak is van ilyen hatása, talán oda kellene erre a dologra figyelni.

A másik egy varikokele nevű betegség, ez herevisszérés magyarul, fiatal populációban magas, 8,13 százalékos előfordulása van, ezt az iskolai szűrővizsgálatokon villámgyorsan ki kellene szűrni. Ez jó esetben egy 15 perces local anesthesiában végzett műtéttel az illetőnek a herefejlődése a továbbiakban és a spermatogenesis is biztosítható.

Nem tudom, hogy Magyarországon mi a helyzet, az itt ülő kolléganők feltehetőleg tudnak majd segíteni, azt tudom, hogy a születéskor kell regisztrálni a herék helyzetét a fiúgyermeknél. Azt nem tudom, hogy utána mi történik, tehát történik-e köteleességszerűen a nem leszállt herékkel valamiféle dolog, kellene hogy történjék, mert ez ismét egy befolyásoló tényező.

Szabadjon azt mondanom, hogy egyszer valakinek el kellene azt is mondani, hogy a dohányzástól nemcsak tüdőrákot lehet kapni, egy fél éven keresztül napi 20 cigaretta 15 százalékkal rontja a spermaképet, tehát ezt is bele kellene venni a dologba.

Ugyan nem kaptunk kiváló tanítómesteremmel, Molnár Jenővel Nobel-díjat érte, de az itthoni populáción kimutattuk, hogy a permanensen tömény alkoholfogyasztóknál 18-20 százalékbán megjelenik a nyák az ondóban, viszkózusabbá válik a közeg, amiből a termékenyítő sejtek származnának, tehát csökken a termékenyítő képesség. Majdnem hogy antikoncepciószerűen lehet használni a dolgot, tehát ez is egy olyan téma, amire oda lehetne figyelni.

Utolsó témaként elmondanám, hogy a kábítószeresek közül például gyakorlatilag a nehezebb kábítószeresek kötődnek a spermiumhoz, tehát a spermium átviszi a másik félbe adott esetben. Tehát azt gondolom, hogy ilyen szempontból ezek azok a lehetőségek, amelyeket meg lehetne fogni.

Diagnosztikai vonatkozásban természetesen szakmai teendők vannak, a részletekbe nem szeretnék belemenni, tájékoztatásképpen mondom, hogy az egyre jobb genetikai diagnosztika ma már 8-9 százalék meddőséget tud kimutatni férfi vonatkozásában is. Szeretném elmondani, hogy a hormonális rendellenességeknek is megvan - bár nem mindenki számára hozzáférhető a gyógyszerárak miatt – a kezelési lehetősége, tehát teendő bőven lenne. Én elsősorban azt gondolnám, hogy ha a nemzet egészére nézünk, akkor gyakorlatilag ezeket az információkat valahogy ehhez a populációhoz eljuttatni igenis, hasznos volna. Köszönöm, ennyit szerettem volna mondani.

ELNÖK: Én is köszönöm. Engedje meg Tóth Zoltán professzor úr, hogy úgy is, mint a szakmai kollégium képviselője, megadjam önnek a szót.

Dr. Tóth Zoltán (DEOEC Női Klinika)

DR. TÓTH ZOLTÁN egyetemi tanár, igazgató (DEOEC Női Klinika): Köszönöm szépen. Tóth Zoltán vagyok, a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum szülészeti-nőgyógyászati klinika igazgatója. A korábbi szülészeti-nőgyógyászati szakmai kollégium elnöke, és jelenleg az új felállású kollégium szülészeti-nőgyógyászati tagozat tagja vagyok.

Nagyon szépen köszönöm a lehetőséget, hogy meghívást kaptam erre a megbeszélésre, mert a szülész-nőgyógyász szakma nagyon fontosnak tartja ezt a kérdést. Nem tudom, tudják-e, de van egy olyan kimutatás, hogy a háziorvos után a női populációval a szülész-nőgyógyász találkozik a legtöbbit. Kezdvé a megszületéskor, majd a gyermekkori problémák, a tinédzserkori problémák, fogamzásgátlás, utána teherbeesés, meddőségi kivizsgálás, terhesgondozás, szülés, és folytatódik a kör tovább.

Az egészség megőrzése népgazdasági, társadalmi, rendkívül fontos dolog. Nem véletlenül az ENSZ, a WHO is a különböző ajánlásokat megtette, és külön kiemeli a szexuális egészség, a reprodukív egészség megőrzésének a fontosságát. Sajnos, szakmai és menedzserképzőben tanítják, hogy az egészség megőrzésében az egészségügyi ellátórendszer olyan 15 százalékot tud tenni, a többi gazdasági, politikai, neveltetési, kulturális stb., nem sorolom. Tehát mi, akik az egészségügyi ellátórendszerben dolgozunk, ebben kell hogy gondolkodjunk, és mindent el kell követnünk azért, hogy eredményesek legyünk.

Egyetértve a korábban hallott dolgokkal, rendkívül fontosnak tartom, nemcsak én, a szakma is az egészségre való nevelést, a szexuális életre való nevelést és azért életre, mert egyetérttek azzal, hogy valamikor, amikor én kezdtem a szakmát, hallgatóként önként kijártunk általános iskolákba és egészségügyi felvilágosító előadást tartottunk. Később jött, hogy a pedagógus feladata, nem az orvosé, nem az orvostanhallgatóé. A Vöröskereszt szervezte, mindegy, a gyerekek élvezték, mertek kérdezni, és ugyanígy a gimnáziumokban is. Most valahogy ez úgy eltűnt.

De ez az egészségnevelés arra is szolgál, hogy ha baja van. Debrecenben működik az ország egyik legrégebbi gyermek-nőgyógyászati szakrendelése, amelyik az általános és középiskolában rendszeresen felméréseket végzett, és ahogy itt elhangzott, még mielőtt fertilis korba kerültek volna, már kiszűrésre kerültek azok a megbetegedések, amelyek később a meddőséghez is vezetnek. Tehát ezt rendkívül fontosnak tartanám, és rendkívül fontosnak tartanám a média szerepét.

A mai kereskedelmi médiában, a tévében a fogyasztói társadalom fogyasztására buzdítanak, de sose halljuk azt, hogy milyen boldog a család, milyen boldogság az, hogy utódokat nemzünk és milyen komoly társadalmi, egyéb vívmány az, hogy ha valaki egy-két-három gyereket tud nevelni. Ehelyett kocsit vegyél, lakást vegyél, utazzál, a legújabb bármit vegyél meg, de arról, hogy az utódokról, az utódlásról gondoskodjunk, médiaszinten alig vagy nem nagyon lehet hallani.

Úgy gondolom, hogy igenis, a közszolgálati médiumoknak ebben komoly szerepe lehetne, hogy a családdal, a családi élettel, az utódlással és talán az egész reprodukcióval kapcsolatos kérdésekről a tömeg számára elérhető stílusban, megfelelő tájékoztatást adnának.

A következő: ha a tinédzsereket megfelelően gondozzuk, tehát igenis, vannak tinédzser-ambulanciák, igenis, vannak kamasz vagy egyéb ambulanciák, akkor már egy nagyobb körből tudunk meríteni és a rizikócsoporthoz ki tudjuk szűrni. Én ebben rendkívül fontos szerepét látom a gyermek-nőgyógyászatnak – szülészet utáni szakvizsga -, és nem véletlenül elnök úr kórházának munkatársai május közepén, Gyulán rendezték meg a gyermek-nőgyógyászati, most már társaságnak a kongresszusát, nagy részvétellel és sikeres

programmal. Ennek egyik kiemelt programja éppen ez volt, a tinédzserek kezelése, a felvilágosítása, ennek ugyanúgy egyik része a biztonságos szexuális élet, a fogamzásgátlás, de a másik oldala pedig a családi életre nevelés, a terhesség és a gyermekvállalás.

Rendkívül fontosnak tartom, és a szakma is a prekoncepcionális gondozást. Tehát mielőtt még teherbe esik, lehet, hogy furcsa, de még annak idején volt ilyen, hogy kötelező házasság előtti tanácsadás, amikor az orvoshoz el kellett menni. Ami kötelező, az mindig egy kicsit ellenszenves, de igenis - most nőkről beszélek, de gondolom, hogy ezt az urológus is meg tudja erősíteni -, még mielőtt összeházasodnak, egy csomó fejlődési rendellenesség, olyan komoly, durva probléma felismerésre kerül, amelynek a kezelését megfelelő szakemberhez irányítva, időben el lehet kezdeni. Majd akkor derülnek ki, hogy a meddőségnek milyen okai vannak. Fontosnak tartom valóban ennek a komplex folyamatnak a részeként a meddőségkezelést, és azért egy dolgot még szeretnék egy kicsit hosszabban említeni.

Nem elég az, hogy teherbe esik valaki, azt a terhességet megfelelő szinten gondozni is kell, mert ha magas a spontán vetélések száma, magas a koraszülések száma, akkor a megfogant terhességek eredménye, az egészséges újszülöttek száma kevés lesz, ha nem korszerű és fejlett a gondozás. Magyarországon létezik egy kiemelt népegészségügyi program, „Közös kincsünk a gyermek.” Az a kincs, ami lassan nincs, mert ha nincs megfelelő szülészeti-nőgyógyászati ellátás, nincs gondozás, nincs meddőségi kezelés, akkor egyre kevesebb, nemcsak szülés, hanem fogamzás, teherbeesés is egyre kevesebb lesz. Ezért mi szeretnénk, ha komplexitásában a szülészeti-nőgyógyászati ellátást, amelynek része a meddőség kezelése is természetesen, kiemelt népegészségügyi program legyen. Ma Magyarországon, hallottuk az adatokat, csökken a születésszám, népgazdasági és társadalmi, egyéb érdek, hogy egyre több gyermek szülessen. De nemcsak a megszületéstől kell kiemelt programnak lennie, hanem a teherbeesés előtti időre, a teherbeesésre, a meddőségre, annak kezelésére és a terhesgondozásra.

Tavaly komoly társadalmi vita volt, otthonszülés kontra kórházi szülés, Geréb Ágnes megmentése érdekében egy kórházi szülés elleni hecckampány indult. Ha van ilyen társadalmi igény, akkor igen, az otthonos körülmények közötti intézeti, biztonságos szülés feltételeit is meg kell teremteni, egyágyas szülőszobákat, hogy lehessen pályázni és ne csak alapítványi pénzekből, aki tud, az kialakít valamilyen otthonos körülményt, akinek pedig nincs barátja, haverja, hogy az alapítványt támogassák, ott a régi, nem a kor színvonalának megfelelő szülészeti ellátás folyik.

Ugyanígy a terhesgondozásnál én fontosnak tartom a koraszülést. Évek óta nem változik. Ez a 8-10 százalékos koraszülési arány azt jelenti, hogy a koraszüléssel járó összes probléma, ami a neonatológusoknál jelentkezik, az inkubátorban stb., egy életre meghatározza a koraszülött populáció életét. Tehát gazdaságilag sokkal jobb lenne, ha meg tudnánk minden eszközzel előzni a koraszülést, mert ha a koraszülés csökkenne, még jobbak lennének a születés körüli és a szülés utáni eredményeink is.

Összegezve: azt szeretném kérni, hogy valóban a reprodukív egészség megőrzése, annak kezelése, a terhesgondozás, a szülészeti ellátás kiemelt népegészségügyi program legyen, annak infrastruktúrájával együtt, hogy a szülést vállaló nők kedvet kapjanak ahhoz, hogy a kor színvonalának megfelelő körülmények között hozhassák a világra újszülöttjeiket. Egyelőre köszönöm szépen, ennyi.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Most engedjék meg, hogy megadjam a szót Kaáli Géza professzor úrnak. Megelőlegezem, de orvosok ülünk itt, az asztal másik oldalán is, tudjuk, hogy a meddőségi kezelés körülbelül 90 százalékát a hagyományos, tradicionális egészségügyben oldják meg, de 10 százaléka az a lombikbébi-program laikus nevéen, és azt

tudjuk, hogy Magyarországon az egyik vezető intézetet Kaáli professzor és csapata hozta létre és működteti. Úgyhogy most öné a szó!

Dr. Steven G. Kaáli (Kaáli Intézet)

DR. STEVEN G. KAÁLI főigazgató (Kaáli Intézet): Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Képviselő Urak! Tisztelt Képviselő Asszony! Nagy örömmre szolgál, hogy 42 éves amerikai tartózkodás után lehetőséget kapjak itt, az ország házában arra, hogy a meddőségről, mint a népesedési mutatók egyik javítási lehetőségéről beszéljek. Ez a téma rendkívül közel áll a szívemhez, hiszen az elmúlt húsz évben a Kaáli intézetek jóvoltából 20 ezer gyermekkel vagyunk ma többen Magyarországon. Nyilvánvalóan ez nem oldja meg a demográfiai kérdés problémáját, ennek dacára, amit körbeküldtem, ma Magyarországon egy nemzeti demográfiai katasztrófális helyzet áll fenn. A 140 éves adatgyűjtés óta, mióta adatokat gyűjtenek Magyarországon, ilyen kevés gyermek még nem született.

30-40 ezerrel többen halunk meg minden évben, mint születünk, és az úgynevezett teljes termékenységi ráta, ami azt mutatja, hogy hány gyermeket kellene vállalni átlagosan a 15-45 év közötti asszonyoknak, az mindössze 1,3, tehát az egyik országunk lettünk.

Véleményem szerint itt, Magyarországon minden egyes gyermekre szükség van, a meddőségi kezelésnek pedig korlátai vannak, a meddőségi kezelés mindössze a gyermekre várható párok 15-20 százalékát érinti.

Vegyük akkor a számokat sorra. Mit lehet várni ezektől? Elsősorban mit értünk meddőség alatt, mert az elnök úr azzal kezdte, hogy fogalmazzuk meg, hogy mi az, hogy meddőség. Egy védekezés nélküli egyéves próbálkozás, házaseset után nem áll be terhesség. Ezeknek a betegeknek valahol azonnal szakorvoshoz kell fordulniuk, különösen 35 éves kor után, mert futnak ki az időből. Magyarországon becslésünk szerint 200 ezer olyan házaspár él, akiknek nem lehet gyermekük. Ebből a 200 ezerből az én véleményem szerint 15-20 ezer pár próbálkozik minden évben, hogy gyermekük lehessen.

A meddőségkezelésnek az egyik formája az úgynevezett lombikbébi-ellátás, amire a mi intézeteink is szakosodtak, mindössze 10 százalékát látja el a rászoruló meddő pároknak. 90 százalékát általános praxissal rendelkező nőgyógyászok látják el. A meddőség lombikbébi részéről minden egyes lépésről alapos információval rendelkezünk, beleértve az eredményeket, amelyeket közreadtam ebben a broszúrában.

A lombikbébi kezelésekre el lehet mondani, hogy 35 éves kor alatt minden harmadik próbálkozás sikeres, tehát minden harmadik pár gyermekkel a karján megy haza. Ez természetesen romlik 40 éves kor felett. Ha háromszor átesik egy pár egy kezeléssel, akkor legalább 80-85 százalékos esélyük van arra, hogy létrejöjjön a gyermekáldás. Kijelenthetem teljes bátorsággal, hogy ma Magyarországon a meddőség nem igazán jelent akadályt arra, hogy valakinek gyermeke lehessen. Az egyetlen akadály az, hogy van-e erre kapacitás, hogy ezeket ellássuk, van-e erre elég gyógyszer, hogy ezeket a betegeket ellássuk, és van-e erre egy nemzeti akarat, hogy igenis, Magyarországon szülessen minél több gyermek.

Mire vagyunk képesek ebben az országban? Véleményem szerint a maximum, amit el lehet érni, 8 ezer gyermek, 8 ezer új gyermek. Ez könnyen lehet, hogy hamarosan a 10 százaléka lesz az élve születéseknek. Ez egy reális lehetőség, ez megoldható bizonyos intézkedések mellett. A jelenlegi számot nem tudom megbecsülni, csak a lombikbébi számát. A lombikbébi száma 1800 körüli szülésből 2002-2003-2004 gyermek, az ikerszülések arányától függően. Ez az, amit most jelenleg tudunk.

A másik: 15 ezer pár, aki orvostól orvosig jár, akik magánrendelőbe, SZTK-ba, állami intézetek rendelőiben próbálkoznak gyermekáldással. Fogalmunk sincs arról, hogy ezek pontosan hányan vannak, milyen kezelésben részesülnek, hogy hány gyermek születik ebből a csoportból évente. Egy inszeminációs kezelés eredménye 10-15 százalék között

mozog, tehát itt is több ezer gyermeknek kellene az orvosi ellátás statisztikái szerint megszületni, amiről nem tudunk.

Tehát mi az, ami elvinné Magyarországot ehhez a 8 ezres gyermekszámhoz? Véleményem szerint a szülések számát Magyarországon nem lehet és nem is korlátozzák, tehát az úgynevezett teljesítmény-volumenkorlát, ami azt jelenti, hogy iksz mennyiségű mandulát lehet kivenni, vagy iksz mennyiségű petefészket lehet megoperálni, az a szülésekre nem vonatkozik. De igenis, vonatkozik indirekten, mert nekünk meg van kötve a kezünk abban, hogy hány beteg eshet teherbe. Tehát indirekt módon a volumenkorlát csökkenti a magyar szülésszámot.

Tisztelettel kérem a hatalomban lévő képviselő urakat, hogy gondolják át azt, hogy érdemes-e erre a néhány ezer gyermekre áldozni, és mennyit. Ez egy nagyon fontos kérdés, mert a kapacitás Magyarországon megvan, sajnálatos módon a teljesítmény-volumenkorlát miatt a kapacitáshiányt ma már külföldiek töltik fel, legalább ezer házaspárnak „csinálunk” – most ilyen hétköznapi nyelven szólva – gyermeket Magyarországon a 12 intézetben, akik más nemzetek demográfiai mutatóit javítják. Ez egy tűrhetetlen állapot!

Tisztelettel kérem, töröljék el a teherbeesés lehetőségéről a volumenkorlátot. Ha ez megtörténik, abban a pillanatban gyermekek száza, ezrei, legalább kétezer gyermek fog születni évente.

A másik nagyon fontos feladat, hogy mi szembesülünk ezekkel a betegekkel, annak dacára, hogy a gyógyszerek ára – és ez egy nagyon rossz kérdés manapság a társadalom számára, a gyógyszerprobléma nagyon nehéz – nagyon sok gyermek azért nem születik meg, mert a szülőknek nincs annyi pénzük, hogy a 30 százalékát kifizessék ennek a kezelési költségnek, a rájuk eső gyógyszerköltségnek. Maga a kezelés manapság ingyenes, nagy harcok árán ezt kivívták a betegek, jómagam segítségével. Az a véleményem, hogy a gyógyszerfinanszírozás fokozásával több gyermekhez jutna az ország.

Tehát itt, ha minden optimális lenne, akkor körülbelül 2 ezer gyermekkel születhetne több, tehát 5 ezer lombikbébíróról beszélhetnénk országosan, amiért a felelős emberek vállalják a felelősséget, hogy ezt a számot tudják hozni, beleértve a Kaáli Intézeteket is. Ez 5 százaléka a mai születéseknek, lassan 5,5 százaléka.

A másik csoport, amiről nem beszéltünk, ez a 15 ezer beteg. Ez nagy potenciált jelent a gyerekszámra nézve. Itt azt javaslom, hogy egy adatbázist kellene létrehozni. Itt javasolnám, hogy valamilyen regiszterben ezek a betegek legyenek benne, hogy tudjuk, hogy ki az a 15 ezer beteg, aki eldöntötte, hogy gyermeket szeretne. Ezeknek a kezelését meg kellene oldani, legalábbis regionálisan felállított állami centrumokkal vagy más jellegű centrumokkal, és egy hatóságos minőségellenőrzést, „quality control”-t kellene gyakorolni, hogy Sopronban és Nyíregyházán egy magánrendelőben megjelenő meddő pár, amelyik nemcsak a saját boldogságát próbálja elérni, de a nemzet szempontjából is rendkívül fontos manapság, ugyanolyan minőségű kezelést kapjon, ugyanazon a szinten, lehetőleg anyagi konzekvenciák nélkül.

Még egyszer szeretném megköszönni a lehetőséget, hogy erről beszélhetünk. Itt 8 ezer gyermek sorsáról kell döntenie a kormánynak. Mi vállaljuk, hogy ezt létre fogjuk tudni hozni. Egy lombikbéli megszületve szerintem körülbelül 5-600 ezer forintjába van az államnak. Lehet kalkulálni, szorozni, hogy hány gyermeket akarunk, de ez véges. 5 ezernél több gyerek Magyarországon ezzel a módszerrel nem fog születni.

A másik lombikbéli-kezelésben a számok kisebbek, ott nehezebb eligazítást nyerni, de ott is több ezer gyermekről van szó. Köszönöm a figyelmüket.

ELNÖK: Én is köszönöm. Szeretnék még szót adni Bernard Arturnak, aki a Kaáli Intézet orvos-igazgatója, ha pontosan mondom a titulását. Én őszintén szólva még tanár korából ismerem a klinikáról. Tehát arra szeretném kérni önt, hogy ha a napi tapasztalatokról

elmondana egy pár szót, illetve hogy ha itt ezt a gyógyszerkérdést kifejtené, ugyanis nincs tapasztalatunk vagy tudásunk – legalábbis a magam nevében mondom – arról, hogy ez most pontosan mekkora összeget jelent egy-egy párnak az államilag támogatott esetekben.

Dr. Bernard Artur (Kaáli Intézet)

DR. BERNARD ARTUR tudományos igazgató (Kaáli Intézet): Tisztelt Elnök Úr! Hölgyeim és Uraim! Először én is szeretném megköszönni a lehetőséget, hogy ezen a rangos megbeszélésen részt vehetek, és talán patetikusan hangzik, de a meddő házaspárok nevében is köszönöm.

Itt Kaáli doktor rávilágított arra, hogy Magyarországon – és ezzel egyetértenek az ezzel foglalkozók – egy demográfiai katasztrófa van. Itt a népesedéspolitikában változtatni kell, valamilyen módon el kell indítani az országot demográfiai szempontból is egy felfelé vezető pályán, mert fogyunk.

Megint lehet vitatni népesedéspolitikával foglalkozók által, hogy mennyi Magyarországon a meddő házaspárok száma. Világszerte nő, és így Magyarországon is azon házaspárok száma, akik csak orvosi segítséggel juthatnak gyermekhez. Ez évente 150-200 ezer házaspárt jelent, és ez mindig újratermelődik.

Azt hiszem, hogy önök közül kevesen vannak, akiknek az ismeretségi körében nincs olyan, aki orvoshoz kénytelen fordulni a gyermekáldás elérése érdekében.

Ez azért is egy nagyon fontos populáció, mert adva vannak házaspárok, akik gyermeket akarnak, nem kell őket meggyőzni, hogy vállaljatok gyermeket, ami valóban még egy fontos dolog a lakosság egy nagy részénél. Ők áldoznak a gyermekvállalásra, és az így született gyermekek biztos, hogy a társadalomnak hasznos tagjai lennének.

Ami a magyarországi meddőségkezelést jelenti, húsz éve dolgozom ezen a területen, pontosítok annyiban, hogy a tudományos igazgatója vagyok most a Kaáli Intézetnek, de alakulása óta részt veszek a munkában, és túlzás nélkül mondhatom valamennyi meddőséggyógyítással foglalkozó orvosról, kollégáról, hogy Magyarországon európai színvonalon működik a meddőség gyógyítása, de még nem elég hatékonyan. Ehhez a hatékonysághoz, mint mindenhez, önök tudják a legjobban, pénz is kell.

Elnök úr megkérdezte tőlem, hogy mi a helyzet a gyógyszerekkel kapcsolatban. A mi protokolljaink, tehát a kezelési sémáink – most csak az in vitro fertilizációról beszélek – annak a gyógyszerköltsége durván olyan 60-80 ezer forint, ugye, professzor úr, ezt így kikalkuláltuk. (*Dr. Steven G. Kaáli: Amit a beteg fizet.*) Amit a beteg fizet.

Sajnos, ez az átlag magyar anyagi tűrőképességének a – hogy mondjam – felső határa, és ha belegondolunk abba, hogy több alkalommal, mivel nem tudunk első alkalommal gyermeket vagy terhességet ígérni, bizony, ez egy tetemes összeg.

Itt rögtön felhívnam a figyelmet arra, hogy a médiának és mindenkinek arra kellene törekedni, hogy minél hamarabb kerüljenek a meddő nők erre szakosodott intézetbe, mert kevesen tudják, de a '20-as évek közepétől már a nők teherbeesési képessége csökken. Tehát minél idősebb korban kezdünk el kezelni egy házaspárt, annál kisebb az esélye annak, hogy terhességet tudunk elérni.

Itt csatlakoznék néhány előttem szólóhoz, hogy én még emlékszem - mivel '69-ben végeztem -, a '70-es évek közepén voltak ezek a család- és nővédelmi tanácsadások. Vissza kellene valamilyen formában ezeket állítani, hogy a házasság előtt a fiatalok már essenek át egy szűrésen. Itt kibuknának olyan dolgok, amelyekre Papp professzor úr is utalt, férfi eredetű meddőségnél, női eredetű meddőségnél, és hamarabb lehetne elkezdni a kezelést, mert valóban az a meddőség definíciója, hogy ha egy év védekezés nélküli házasság során nem jön létre terhesség, meddőségről beszélünk. Ez az idő is lerövidült. Amikor én kezdtem, akkor még két évet tanultunk. Egy meddőséggel foglalkozó szakembernél ma már nemcsak az a siker, hogy létrehozza a terhességet egy házaspárnál, hanem lerövidíti az ahhoz vezető utat,

mert sajnós, az a baj, hogy Magyarországon ma az első gyermek vállalásakor a nők átlagéletkora, hölgyeim és uraim, 29 év.

Én foglalkoztam ezzel a kérdéssel, ebben a könyvben 1960-ban 25 év volt. Tehát előregednek a nők, minél később jutnak el a gyermekvállalásig. Ez egy összetett társadalompolitikai kérdés.

A mi szakmánkra visszatérve, a következőt tanácsolnám, illetve ha szabadna véleményt mondanom. Mindenképpen támogatnám a meddő házaspárok kezelését, és támogatnám bőkezűen, sőt kiemelten, ennek a népegészségügyi programnak a keretében, mert ma Magyarországon a népességfogyás megállítása – azt hiszem, ezt egy Bernard Artur névvel lehet mondani – nemzeti érdek. A nyugdíjrendszer felborul, önök jobban tudják, mint én, rohan az ország a demográfiai katasztrófa felé.

Tehát ezeket az úgynevezett lombikbébi-kezeléseket mindenképpen támogatnám, talán gondolkodnék azon, hogy ne strukturáljuk-e a finanszírozást. Tudniillik 43 év fölött véleményem szerint szinte értelmetlen a kezelés. Tehát nem adnék állami támogatást, tehát ingyenes kezelést bármennyire kegyetlenül is hangzik, a 43 év fölötti nőknél. Ugyanezt tette a dúsgazdag Németország, 25-43 év között fizetik a biztosítók, 43 év fölött már önköltségre se nagyon végzik, mert statisztikailag kimutatták, a német egy precíz nép, hogy olyan alacsony a teherbeesés valószínűsége, hogy fölösleges a gyógyszerekért. Ezek a gyógyszereket én inkább elosztanám azok között a nők között, akik fiatalok, időben fordulnak orvoshoz.

A másik ez a volumenkorlát, ezt említette Kaáli professzor is. Ez valóban egy nagy gond, mert hosszú várólistánk van.

A harmadik lehetőség pedig, hogy ne kallódjanak a meddő házaspárok, legyenek regionális meddőségi centrumok, legyen egy „quality controll”-ja például az inszeminációknak, és nem kell mindenkinek lombikbébi. A lombikbébi-kezelés már csak az utolsó állomás. Lehet, hogy egy alapos kivizsgálás, gyógyszeres kezelés vagy inszemináció révén lehet a problémát megoldani. De én mindenképpen támogatnám a meddő házaspárokat, mert ez egy olyan forrás, amiből meríteni lehet. Akik gyereket akarnak, és Magyarországon el lehetne érni azt, ami például Hollandiában van, hogy az asszisztált reprodukció, tehát orvosi segítséggel világra született gyermekek alkotják az élveszületések 6,2 százalékát. Már most is 4,2 százaléka a gyerekeknek így születik.

Elnök úr, ha megengedi, még egy pár dolgot, mert annyi értékes hozzászólás hangzott el, ami érinti a meddőséget. Én nagyon egyetértek azzal, hogy a fiatal korban a prevencióra, a fiatalok szexuális higiénéjére nagy súlyt kellene fektetni. Emlékszem, amikor a '70-es években a II. Női Klinikán dolgoztam, rengeteg terhesség-megszakítást végeztünk fiataloknál. Akkor jutottam sokszor arra a következtetésre, hogy vajon, vigyázzunk-e mi ezeknek a fiatal nőknek a fertilitására? Patetikusan hangzik, de azt hiszem, hogy minden fiatal nőt, és igaza van Rigó professzor úrnak, fiatal kislányt talán már óvodáskortól úgy kellene kezelni, mint egy hímes tojást. Belőlük lesznek az anyák. Minket, férfiakat lehet pótolni, spermabankok vannak, de egy méhet nem lehet pótolni. Tehát a prevenció kezdődjön már el fiatal korban, ami kiterjed a szexuális higiénére, a drogfogyasztásra, az alkoholfogyasztásra.

A másik: ennek a család- és nővédelmi tanácsadásnak a bevezetését valamilyen formában mindenképpen javasolnám. Nem az én asztalom, de önöknek, mint politikusoknak el kellene azon gondolkodni, hogy itt van a francia példa, Európában Franciaország az egyetlen ország, amelyik migráció nélkül tudja biztosítani a népesség egyszeri reprodukcióját, amit Kaáli professzor úr is említett, hogy ez 2,1 fölött kell hogy legyen. Hogyan érték el ezt a franciák? Azzal, hogy van méltányos szülési segély, óvodákat építenek, bölcsődéket építenek, Sarkozy bölcsődeépítési programmal nyerte meg az elnökválasztást. Tehát kvázi megteremtik a munka melletti gyermekvállalás feltételeit, ami Magyarországon nincsen.

Nem utolsósorban, ez talán egy kényes kérdés, de abba is menjünk bele, hogy ami ma van, vagy volt – nem tudom az aktuális helyzetet -, ez a családtámogatási rendszer nem

szüléstámogatási rendszer, hanem ez a mélyszegénység tompítására kiadott pénz. Ezen is el kellene gondolkodni. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Megkérdezném, hogy a Magyar Védőnők Egyesülete részéről Csordás Ágnes kíván-e hozzászólni.

Csordás Ágnes (Magyar Védőnők Egyesülete)

CSORDÁS ÁGNES elnök (Magyar Védőnők Egyesülete): Igen. Köszönöm szépen a meghívást, hogy itt lehetek, és elnézést a késésért, de éppen az OGYEI-ben voltam egy megbeszélésen, ahol a várandósság előtti időszak teendőiről próbáltunk egy összefoglalót készíteni.

A védőnői ellátás igazából nem a meddőesség kezelésével, problémájával foglalkozik, hanem a fiatalok, illetve a nők egészségmegőrzését próbáljuk megvalósítani. Nagyon fontosnak tartom, ahogy előttem mondta professzor úr, hogy a fiatalok egészségének a megőrzése egy nagyon-nagyon fontos feladat lenne, amely nem gyerekcipőben jár, mert azért vannak nagyon jó programok, csak nem mindenkinek elérhető és nem egyenlő esélyű az elérhetősége. Tehát Magyarországon minden területen egyenlő esélyű hozzáférést biztosítani a különböző egészségmegőrző programokhoz, ezt nagyon fontosnak tartjuk.

Nagyon régóta szeretnénk, ha megvalósulna az iskolákban az egészségtan tantárgy, aminek keretében nagyon sok olyan egészségmegőrzést támogató információt, tudást tudnánk átadni a fiataloknak, amelyeket ők már értéként tudnák a felnőttkorban használni.

Nagyon fontosnak tartanánk azt is, hogy valóban legyenek olyan centrumok, ahová a védőnők, ha mégis hozzájuk fordulnak a fiatal párok, tudják továbbítani, hogy hol tudják ezeket az ellátásokat igénybe venni. Tehát az a tapasztalatunk, hogy ha tudomásunkra is kerül, hogy hosszú ideje próbálkoznak gyermeknemzéssel, a hová fordulás csak magánúton valósulhat meg, és nagyon költséges, tehát nincsen lehetősége minden egyes párnak ezeket a lehetőségeket igénybe venni.

A várandósgondozás területén, éppen ezen a bizottságon azt állapítottuk meg, hogy a várandósgondozást 12 hónapra kellene kiterjesztenünk, tehát a megelőző három hónap fontosságát hangsúlyoznánk, és ebben a médiának nagyon nagy szerepe lenne, a társadalmi támogatásnak, hogy aki gyermeket kíván, annak a fogantatás előtti három hónapban valamilyen kiemelt, megkülönböztetett támogatása szeretnénk, ha meg tudna valósulni.

A védőnői ellátás magyarországi lefedettsége sajnos, már nem mondhatom azt, hogy teljes körű, nálunk is nagyon nagy a pályaelhagyás, illetve már a pályára-jövetel is kevesebb, mint akik nyugdíjba vonulnak. Tehát jelenleg körülbelül 300 üres állásunk van, illetve akik dolgoznak is, körülbelül ezer védőnői körzetben dupla olyan leterheltséggel dolgoznak, mint amit normális körülmények között tudnánk megvalósítani.

Hogy a gyermekeket már óvodáskortól kellene, és főleg a lányokat védeni, ebben a védőnői ellátás területén megvalósítottuk most már második éve, hogy az állapotvizureket, amelyeket minden évben úgymond kötelezően szeretnénk, ha megvalósulna, ezt a szülőkkel együtt a védőnői tanácsadóban végezzük, nem kampányszűrés-ként az óvodában. Tehát ez egy lépés annak érdekében, hogy a szülővel megbeszéljük azokat a fontos nevelési és egészségmegőrzési feladatokat, amelyeket a gyermeknevelés során nekik meg kellene valósítani. Itt lehet erősíteni erre is, hogy a reprodukciós egészségre is nagyobb hangsúlyt tudjunk fektetni.

Ehhez például hiányzik egy olyan, mondjuk jogszabályban lefektetett tény, hogy az újszülöttkor és az iskoláskor közötti egészségi állapot-szűrések nem kötelezőek. Tehát nincs olyan jogi kényszere a családnak, hogy ezt igenis, kötelezően igénybe vegye. Az egészségügyi törvény csak az újszülöttkori szűrést és az iskoláskorú szűréseket teszi kötelezővé a családok számára. Tehát itt lehetne esetleg egy kicsi erősítés, nyomás arra, hogy valóban ezek történjenek meg és vegyék igénybe a családok ezeket az állapotvizureket.

Nagyon fontosnak tartanánk olyan kiadványok megszületését, amelyek a lakosság felvilágosítását támogatják, és mi az iskolákban a családi életre nevelés témakörének a mindenhol megvalósulását szeretnénk elérni. Tehát ne csak az iskola hozzáállásától függjön az, hogy valóban történnek ilyen órák, ilyen foglalkozások az iskolákban. Tudjuk, hogy a nemzeti alaptantervben benne van, a pedagógiai programok foglalkoznak vele, de nem általános az, hogy minden iskolában ezek kötelezően megvalósulhatnak.

Tehát a védőnői szolgálat támogatja az egészség megőrzését, fejlesztését, és természetesen azt szeretnénk, hogy ha ilyen párokkal találkozunk, akkor tudjuk hová továbbirányítani az ellátás területére a párokat. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Mielőtt megadnám a szót képviselőtársaimnak, megkérdezem, hogy esetleg van-e olyan, akit még nem szólítottam, de szeretett volna hozzászólni. *(Dr. Steven G. Kaáli jelentkezik.)* Professzor úr, majd a következő körben. Most a képviselői hozzászólások jönnek. Azt kérdeztem volna, hogy akinek még nem volt lehetősége szólni, egy kicsit halkán beszéltem, elnézést.

Kiss képviselő úr!

Kérdések, észrevételek, reagálások

DR. KISS SÁNDOR (Jobbik): Köszönöm a szót, elnök úr. Kiss Sándor vagyok, jobbikos képviselő. Nekem végtelenül nagy megtiszteltetés, hogy a professzor urakat és a hölgyeket hallgathattam. Mindegyikük, amikor megszólalt, nekem rögtön a jogszabály fogalmazódott meg a fejemben.

Nem akarnám az időt rabolni, az a lényeg, hogy önök ennek a területnek a szakértői, mi, politikusok – ki, hogyan és milyen módon került ide – önökhöz képest laikusok vagyunk. Tehát azt szoktam mondani, amikor tényleg nagy tudású emberekkel beszélek, hogy mondják meg, hogy mit kell csinálni, mit kell javasolni, a saját szűrőmonon vagy a mi szűrőnkön megsűrve mi azt megcsináljuk.

Tehát most nem akarnám egyenként mondani, hogy milyen nagyszerű dolgokat hallottam önöktől, azt kérném először is, hogy mondják meg, hogy milyen jogszabályokat javasoljunk. Tehát amikor Papp György andrológust hallgattam, hogy milyen szűrővizsgálatokat kellene a 13-14 éves fiúknál elvégezni, ez nem pénzbe kerül. Én tudom, voltam katona, ott megsűrtek bennünket. Semeddig nem tartana az általános iskolában végigsűrni a fiúkat, ez nem pénz kérdése. Vagy, hogy a férfiak 12 százaléka krónikus prosztata- és egyéb problémákkal küzd. Ez nem pénzkérdés lenne, hanem egyszerűen csak akarat kérdése, egy sima jogszabálynak, és nem is magas szintű jogszabálynak a bevezetése. És így végigmehetnék mindazon, amelyekről önök szóltak.

Tehát arra kérném önöket elsősorban, hogy bombázzák a képviselőket. Én mondjuk ellenzéki képviselő vagyok, nekem semmi se drága, engem nem köt a kormányzati fegyelem, elnézést, de amit önök javasolnak, a Jobbiknak amúgy is a nem kiemelt, a legfontosabb a programjában a magyarság fogyásának a megállítása. Tehát nagyon kérném önöket, hogy engem vagy a pártot jogszabály-javaslattal konkrétan tessenek bombázni és mi ezt mind beterjesztjük.

A média szerepe. Én nemcsak a közszolgálati médiáról beszélnék, hanem az összes médiáról, a kereskedelmi médiáról is. Nem tudom, ezelőtt vagy húsz évvel volt, hogy Mexikóban miért született olyan sok gyermek. Azért, mert az államelnöknek az volt a véleménye, hogy ő micsoda férfi, hogy neki nyolc gyereke van, és a többi mexikói férfi előtt is ez volt a példa. Vagy amikor nézem a Szex és New York című filmet, vagy néztem filmet és felháborodva állapítottam meg, hogy volt egy családnya, akinek van négy gyereke, de annak milyen szörnyű az élete, állandóan lepusztult, a másoknak pedig itt egy barát, ott egy

barát, éljünk, szexeljünk, de gyermeket ne vállaljunk, mert azzal milyen rosszul járunk, mert neki négy gyereke van és milyen lestrapált.

Tehát nemcsak a közszolgálati médiáról beszélek, hanem a teljes médiáról. Katasztrófa ez, amit ma látunk.

Nem akarnám az önök drága idejét rabolni, csak újra azt mondom, én nagy élvezettel és nagy örömmel hallgattam önöket, hogy mondják meg, hogy mit tegyünk, és mi azt megtesszük. Én erre kérem önöket. Nem akarnék egyenként belemenni, tényleg még egyszer mondom, de amit hallottam önöktől, az alapvetően nem pénzkérdés volt. Az, hogy több magyar és több egészséges magyar gyermek szülessen.

Engedjenek meg egy személyes benyomást. A jelenlegi kormányzatok és nemcsak az elmúlt egy évben, hanem az elmúlt nyolc évben abszolút nem kezelték ezt a kérdést prioritásként. Sőt, nemhogy prioritásként nem kezelték, azt tapasztaltam – lehet, hogy nem jól látom -, hogy mintha ellene dolgoznának. Tehát olyan nyilvánvaló intézkedéseket nem hoztak meg, mintha azért dolgoznának, hogy egyre kevesebb magyar gyermek szülessen. Lehet, hogy tévedek, de nekem ez a benyomásom, és szerintem ebben nagyon sokan megerősítenek.

Még egyszer mondom, nem rabolom az idejüket, mondják meg, hogy mit csináljunk, és mi azt csináljuk. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm, képviselő úr. Bábiné képviselő asszony!

BÁBINÉ SZOTTFRIED GABRIELLA (Fidesz): Köszönöm a szót, elnök úr. Bábiné Szottfried Gabriella vagyok, több mint húsz évig dolgoztam védőnőként, tehát a terepről jövök. Nagyon jól tudom, hogy miről van szó, és nagyon örülök, hogy a mai alkalommal a bizottság témája a meddőség.

Egy gondolat erejéig visszacsatolnék Kiss képviselőtársam néhány mondatához. Az általános iskolai szűrővizsgálatok, illetve az egyéb szűrővizsgálatok, az úgynevezett státuszvizsgálatok keretében megtörténnek azok a vizsgálatok a fiúk, illetve a lányok részéről is, ami a későbbi fogamzással kapcsolatban lehet, tehát herevizsgálat, stb.

A felnőtt férfiakkal kapcsolatban pedig a népegészségügyi program is tartalmazza a szűrővizsgálatok fontosságát, elérhetőségét, de azért a felnőtteket sokkal nehezebb rávenni arra, hogy elmenjenek vizsgálatra. Tehát azt hiszem, hogy itt egy komplett társadalmi szemléletváltásra van szükség, amiben ugyanúgy szerepe van a védőnőknek, önöknek, képviselőtársaimnak és mindannyiunknak, hogy a személyes példamutatásunkon keresztül mutassuk, hogy mindannyiunknak fontos kell hogy legyen, hogy ez a demográfiai katasztrófa megoldódjon. Éppen ezért minket, akik itt vagyunk, nem a pártfegyelem köt elsősorban, sőt egyáltalán nem, hanem a Hippokratészi eskü, amit mindannyian letettünk, ami életünk végéig vonatkozik ránk, függetlenül attól, hogy éppen parlamenti képviselők, védőnők vagy orvosok vagyunk.

Amit hallottam még itt önöktől, megütötte a fületem a szexuális felvilágosítás. Én családi életre nevelésnek nevezném inkább, hiszen a szexuális felvilágosítás, illetve a családi életre nevelés nemcsak a nem kívánt terhesség elkerüléséről kell hogy szóljon, hanem a felelősségvállalásról. Arról, hogy a mai fiatal lányok ne 13-14 éves korban kezdjenek már hormonális fogamzásgátlót szedni, hanem olyan felelősségteljes kapcsolatok alakuljanak ki, ami a fiúk részéről is megnyilvánul egy olyan felelősségvállalásban, hogy a védekezés lehetőségét és módját nemcsak a lányokra bízák, úgymond csak az ő felelősségüké teszik. Azt is látjuk, itt hozzáértőkkel beszélünk, hozzáértőkkel találkoztunk, hogy a művi abortuszok száma is még elég magas, csökkent valamennyit, de még mindig elég magas, és itt a társadalmi szemléletváltás nélkül nem fog tudni kimászni ez az ország ebből a demográfiai katasztrófából.

Nagyon örülök, hogy sikerült ma itt összejönnünk és megfogalmazni azokat a lehetőségeket, amelyek eddig nem nagyon kerültek a társadalmi szemlélet előterébe, például az úgynevezett meddőségi kezelés és a lehetőségek továbbgondolása. Köszönöm, és örülök, hogy itt lehettem, jövök máskor is, ha tudok.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Hollósi képviselő úr!

DR. HOLLÓSI ANTAL GÁBOR (Fidesz): Köszönöm szépen Abban a szerencsés helyzetben vagyok, hogy egy olyan munkahelyről és egy olyan városból jövök, ahol dolgozik gyermeknőgyógyász. Nagy örömmel számolt be a Gyulán szerzett tapasztalatairól a kollégám, és nagyon jó barátom, nekünk évfolyamtársunk volt Papp György professzor úrral, és már a megelőző, illetve a mostani felvilágosító programban évek óta, több-kevesebb sikerrel és mértékben vesz részt.

Most készülünk, én magam a helyi önkormányzatban népjóléti területen tevékenykedtem, és abban az időszakban indult meg ez az iskolákban folytatott, tulajdonképpen előkészítő, megelőző munka. Örömmel hallok, hogy a koncepciónk helyes, hogy ezeket a beszélgetéseket, családcentrikus szemléletű beszélgetéseket nem nemenként izoláltan végzik, hanem fiúk, lányok vegyesen, és általában ezt kéri maguk a gyerekek is egyébként, a fiatalok, ezt hallottam vissza tőle. Nyilvánvalóan nem az anatómiai jellegű felvilágosítást és nem a varikokele szűrést kell elvégezni az iskolában, az osztályban, de határozottan erre voltak kedvező tapasztalatok.

Azt is számomra elég világossá tették az itt hallottak, hogy a meddőség kezelésének a szakmaisága, az algoritmus a nagyjából kirajzolódott. Amikor mi a pályát kezdtük, akkor Szendrői professzor úr egy unikum volt, aki az akkori Babits klinikán andrológiával foglalkozott, csodálkozva hallgattuk az előadásait, de azért már éreztük, hogy ebből a tudományágból lesz valami, és gondolom, hogy a professzor úr is az első impulzusokat onnan kapta, ennek a vonatkozásában.

Ami viszont kérdésként merült fel bennem, hogy azért elég sok éven keresztül, elég komoly etikai, jogi aggályok voltak e körül a tevékenység körül, és úgy érzem, hogy mára ez azért tisztázódott és a helyére került. Ahogy tisztázódtak az etikai és jogi vonatkozások, ugyanúgy szépen csúszik ki belőle a finanszírozás. Sajnos, ezt tapasztalom és látom, mert az igény egyre inkább meglenne.

Nem köt engem sem ilyen tekintetben sem kormányzati, sem képviselői szerep, hogy most azt mondjam, hogy bármilyen megoldás ellen vagyok, de azt gondolom, hogy sajnos, a büdzsé végeessége azért valahol a racionális határok közé teszi ezt. De ez a kormánynak a programja, mondjuk nem pont ez a része, de a családok megsegítése, illetve a nagyobb gyerekszám-vállalás mindenképpen a kormány programjában szerepel. Azt gondolom, hogy ez a társadalom egészének a véleményével találkozik, mert azt azért látjuk, hogy vannak olyan részei a társadalomnak vagy a populációnak, ahol ez a kérdés nem is kérdés. Nem is folytatom a gondolatsort, mindenki tudja, hogy miről van szó. Valószínű, hogy ott kellene keresnünk az összefüggést és a tevékenységünkkel oda kellene koncentrálni, hogy azok a családok, akik oda jutnak, hogy bekerülnek egy ilyen programba, azért valóban gazdaságilag, anyagilag, lelkileg erre fel vannak készülve, és azt hiszem, talán érthetőbbé válik akár a döntéshozók, a gazdasági döntéshozók számára is, hogy oda kellene tenni ezt a lehetőséget.

Nyilván megerősítik azt, amit mondok, hogy ma például az iskolákban nem lehet a szülő beleegyezése nélkül a védőoltást beadni, sajnos, látjuk is az eredményét, és nem lehet megvizsgálni. Például a gyermeket az iskolaorvos nem hívhatja be, vagy nem viheti be a pedagógus az iskolaorvosi rendelőbe, amennyire én tudom, megvizsgálni, mert a szülő megtilthatja vagy írhat az ellenőrzőjébe, hogy ő pedig nem engedi, vagy engedélyt kell kérni. Onnan tudom ezt konkrétan, hogy most ezzel a közös évfolyamtársunkkal megint nekifogunk

a 13 évesek egészségnevelésének. Ez egyébként egyezik, talán Rigó professzor úr mondta, hogy a 13 éves kor köré, hetedik osztályra teszi azt, amikor már érdemes, vagy pontosabban komolyabban kell ilyen szinten is ezzel foglalkozni. Bár ugyan az óvodáskort említette a professzor úr, de azért valójában 13 éves kor körül, a hetedikes vagy pedig a nyolcosztályos és a hatosztályos gimnáziumok esetében is ebben az életkorban kell kezdeni ezt a lányoknál. Nem véletlen, hogy a legtöbb helyen a HPV-védőoltást ebben a korban kezdjük, Újpesten is, ahol én dolgozom, ott is ebben a korban kezdtük, némi társadalmi egyenlenséget próbálva ezzel mondjuk elsimítani vagy megelőzni, és azért voltak indulatok.

Egy szó mint száz, ha a jogi, illetve etikai vonatkozások tekintetében volna mondanivaló, én azt szívesen hallanám. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm, képviselő úr. Heintz képviselő úr!

DR. HEINTZ TAMÁS (Fidesz): Köszönöm a szót, elnök úr. Nagyon röviden két téma köré szeretném csoportosítani a véleményemet, illetve a kérdésemet. Az egyik a prevenció köre, a másik pedig a pénzügyi kérdés lenne. Mindezt természetesen tőlem jobbra tekintve, az államtitkárság figyelmét is egy picikét felsekentve.

Tehát az első a prevenció. Professzor urak említették a minél korábbi időben történő felvilágosítást és a médiában való megjelenést, az ott elhangzó információkat. Elhangzott itt a család fontossága, a fiúkkal, lányokkal kapcsolatos olyan kérdéskörök, amelyekről nemigen szoktunk beszélni a médiában, illetve olyan értékekről sem, ezt Tóth professzor úr említette, hogy család milyen érték és egyebek. Ez nincs.

Valóban így van, és akik nem tudják még, mert még nem országos pálya, nem ismerik a kaposvári prevenciók modelljét, pont erre van kitalálva nálunk a „Doki segít” program, ahol hetente éppen ezt csináljuk. Meghívjuk a helyben dolgozó és mondjuk több tízezer embert ellátó kollégákat és szépen az adott témában, egy órában hetente megy a munka, és ezt a nyilván fiataloknak szóló időben és fiatalos környezetben lévő zenei aláfestő műsorral remekül lehet képviselni.

A másik kérdés viszont a védőnők jelenléte. Régen mi védőnőnek hívtuk a hungarikumnak számító védőnőket, ők egészségmenedzsereké kellene hogy lassan előlépjenek már a fejekben. Illetve a fejekben ott vannak, csak lehet, hogy ezt a szót jobban elfogadja a társadalom, mert a védőnő lehet, hogy ilyen pecsételő, nem tudom, milyen néni a szocializmusból. Ez nem igaz, csak emberek vagyunk és megszoktuk a butaságot, ami évtizedet sem ismer, meg váltást sem ismer.

Tehát ők szintén a prevenciónak a csodálatos forrásai, részint úgy, hogy már benne vannak a családokban, benne lennének, csak én, aki felnőtt házi orvosként dolgoztam majdnem negyedszázadot, irigykedve néztem át a szomszéd rendelőbe, ahol volt gyerekorvos és volt neki védőnője. Nekem nem volt, és aki folytatja utánam a pályát, neki sincs. De jó lenne, ha lenne. Tehát az a védőnő szemléletű, felsőfokú végzettségű ember, akit hívhatunk diplomás ápolónak, hívhatunk védőnőnek, egészségmenedzsernek, bárminek, de a lényeg az, hogy a védőnői gyökerekből kiindulva működhetne ez. Az szerencse persze, ahol kicsi gyermekkorától kezdve az életpálya követhető, és mire ide kerül, közli velem, hogy akkor majd a „Doki segít” programban a fogyókúra mentalitást egy kicsit húzzuk meg, mert nagyon kerek lett a fejem, tehát egy ilyen szintig tudna segíteni egy védőnő, egy ilyen család mellett lévő szakember. Ami persze nem nélkülözi az orvos munkáját, sőt éppen azt mondja, hogy az egészségügy az egészségről szólna, és amikor betegség van, akkor azt pedig gyorsan meg kell gyógyítani, de az egészség védelme és a fenntartása az, ami a legfontosabb feladat.

Ennyit a prevencióról, ami előjön a meddőség kezelése kapcsán is, úgy tűnik, hogy igen erőteljesen.

A másik pedig az a kérdésem, ami azért érdekes, mert Kaáli professzor úr épített már egy rendelőt vagy összehoztunk egy klinikát Kaposváron is, és a legnagyobb bajunk az, hogy nem tudjuk igazából finanszírozni. Tehát ilyen csöpögő, innen-onnan jövő fillérekből néha van, néha egy kis TVK-t, valamit, ehhez nem értek hál' istennek, kórházigazgató is van közöttünk (*Dr. Hollósi Antal Gábor felé fordulva:*), akkor te tudod a titkot, de ne mondd el, tehát hogy hogyan lesz pénz abból, hogy időnként erre is valamit tudjunk áldozni, illetve említették, hogy bizony, jelentős költsége van a betegnek is.

Azt szeretném megkérdezni, hogy ha azt is beszámítjuk, akkor mennyibe kerül egy gyerek feketén-fehéren? Tehát elhangzott a 600 ezer forint körüli összeg, hogy annyi nagyjából, a szülőknek is, vagy csak a klinikának a költsége? Ez egy fontos kérdés, ugyanis csinálunk egyfajta népesedéspolitikát Magyarországon, és azt mondjuk, hogy ilyen-olyan kedvezményrel támogatjuk, ami pénzbe kerül. Nem tudom, mit támogatunk, most éppen azt, hogy a nők maradjanak otthon, vállaljanak gyereket, bölcsődéket támogatunk, hogy vissza tudjon menni a gyermeket vállaló nő a hivatásába. Tehát ez pénzbe kerül, mind-mind, az összes ilyen ellátás.

Akkor egy gyermeknek az összes költsége, mondjuk a szülői ráfordítással együtt mennyibe kerül a társadalomnak, hiszen ezt is végül is valahogy együtt szedjük össze, annak fényében – ismétlem -, hogy nem tudom, hogy annak van-e felmérése, hogy az egyéb társadalompolitikai igyekezetek, amelyek gyermekvállalásra serkentenek, és végül is eredményre vezetnek, azoknak mekkora költsége és mekkora költséghatékonysága lehet. Annak fényében, hogy végül is itt van egy fekete-fehéren működő labor, amely bizonyos befektetés után iksz százalékban, de végül is egy embert tud „előállítani”, produkálni helyettünk, mert a produkciós képességünk olyan, amilyen. Köszönöm, elnök úr, ez a két kérdésem lett volna.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Ha megengedik, akkor én magam is egy pár gondolatot elmondanék. Tamás, feltettél egy kérdést, hogy mennyibe kerül. Azt gondolom, hogy ez elég összetett, nem hagy békén a kisördög. Tehát ha ez működik a biológia természetes törvényei szerint, akkor a fogantatásig semmibe, utána kezd majd valamibe. Ha viszont nem működik, akkor függ attól, hogy mennyi idősen, milyen állapotban, és milyen ellátórendszerben sikerül a páciens vagy a párt megfogni. Ez az én mély meggyőződésem. A legvége az in vitro, az kerül a legtöbbe.

Tehát ha egy rendszert sikerül felállítanunk, és részben az is volt a célja ennek az összejövetelnek, és ezért hívtam meg önöket, és köszönöm, hogy elfogadták a meghívást, hogy lehetőleg minél kevesebb ilyen problémával küzdő pár jusson el a legvégső szakaszig, a lombikkezeltéig, és ha el is kell jutnia, mert a korábbi kezelések nem alkalmasak, akkor minél fiatalabban, hogy minél kevesebb ciklust kelljen végigcsinálni a lombikban. Mint minden egészségpolitikával foglalkozó és egészségbiztosítással foglalkozó ember, nekünk nem az a célunk, hogy megtakarítsunk az államnak, ezt nyugodtan mondjuk ki, én mindig elmondtam mindenhol, államtitkár koromban is, nekünk az a célunk, hogy a rendelkezésre álló forrásból a legnagyobb egészségnyereséget hozzuk ki. Ilyetén módon, ha példának okáért időben, korán kerülnek, akár a legdrágább kezelésbe, az in vitroba, akkor bemehet még egyszer, meg még egyszer, meg még egyszer, tehát ugyanazok a párok többször is mehetnek. Ma Magyarországon erre van egyébként lehetőség, korlátozott körülmények között, de ilyen módon ezek a párok akár több gyermek vállalására is vállalkozhatnak, és egyetértek önökkel és a tapasztalat is az, bár azért ne hallgassuk el, hogy akik nagyon megküzdöttek a gyermekért, sajnos, ezeknél a pároknál is találkozunk válással, találkozunk szociális problémákkal, családi gondokkal. Tehát ne áltassuk magunkat, hogy ha valaki a meddőségkezeléssel jut gyermekhez, akkor annak a gyereknek kánaán lesz az élete. Az esetek egy részében az lesz, de nem mindig.

Visszatérve egyébként a dologra: én szeretném kérdésként megfogalmazni újfent önöknek, mindnyájukhoz, hogy ki-ki hol látja azt a pontot, amellyel ha változtatnánk, ha máshogyan csinálnánk, akkor egy lényegeset léphetnénk előre ebben a kérdésben. Elmondom a konkrét problémáimat.

Az egyik, amiről nem vagyok meggyőződve. Nem vagyok meggyőződve arról, hogy azok az emberek, akik meddőséggel küzdenek, egyáltalán tisztában vannak azzal, hogy ők már meddőséggel küzdenek. Vajon, ezen a területen hogyan tudunk előrelépni? Hogyan tudjuk elérni azt, hogy a párok ezzel tisztában legyenek, hogy ha valóban gyermeket akarnak, és egy évig nem következik be a gyermekáldás, akkor fel kell keresniük szakembert.

Más megközelítés, de ugyanazokat a számokat hozza ki, a meddő nők számának az évi megjelenéséből vezeti le, olyan 7000-7500 ma Magyarországon az évente megjelenő új meddő nők száma. Tehát tisztában vannak-e egyáltalán azzal, hogy ez a probléma van?

Nyilvánvaló, hogy más a válaszom egy metropoliszban, egy nagyvárosban, és talán lehet, hogy egészen más a probléma kezelése egy faluban. Az orvoshoz fordulás esélye is teljesen más egy metropoliszban, élek egy prekoncepcióval, bizonyítani nem tudom, érdekes módon az emberek jelentős része ezt szégyelli, különösen szégyellik a férfiak, tehát nagyobb arányban szégyellik, mint a hölgyek. Nem tudom, hogy az andrológiával foglalkozó professzor úr meg tudja-e ezt nekem erősíteni, de képviselőként, képviselői munkámban talákoztam sok ilyennel. Egyébként minél kisebb a közösség, annál inkább erősödik ez a folyamat, tehát ezeknek a megszakítási pontja.

A második, ami talán még ennél is kényesebb, hogy valóban hozzájut-e a megfelelő kezeléshez a pár. Sajnos, nem megbántva a szülész-nőgyógyász kollégákat, gyakran találkozunk olyan esettel, és szerintem önök, akik egyébként a csúcán ülnek ennek a szakmának, önök is valószínűleg gyakran találkoznak olyan esettel, amikor anélkül kezeltek hölgyeket éveket, hogy a párjuk bármiféle vizsgálatra került volna. Ezt a védőnői hálózat, a szociális munkás hálózat stb. mind-mind meg tudja erősíteni, és bizony, sokszor találkoztunk olyan párokkal, akik éveket kallódnak a rendszerben, mielőtt eljutnak arra a helyre, ahol az érdemi ellátást meg lehet kezdeni. Nem is tudom, valahol kérdezték, úgy fogalmaztam meg, hogy Magyarország e tekintetben is abban a luxushelyzetben van, hogy az országban jelen van mindaz, ami a világon ebben a témában egyáltalán elérhető. Az Magyarországon mind itt van, az a tudás mind itt van, ennek ellenére a betegek egy része nem jut hozzá.

Tehát ebben látok egy ellentmondást, aminek a feloldását meg kellene találnunk. És itt most nemcsak az in vitro kezeléssel beszélek és a tényleges orvosi kezeléssel, hanem bizony, a prevenció tekintetében is itt van, a megelőzés tekintetében is itt van, és mégis esetlegesen nagyon sokszor egy-egy településen dolgozó team, egy-egy csapat elszántságán, akaratán és a helyi közösséggel való kapcsolatán múlik az, hogy ott sikerül-e felépíteni valamit vagy nem sikerül felépíteni.

Tehát ilyen értelemben azt gondolom, hogy azon a területen is lehetne előrelépést tenni.

A következő kérdésem, és ez most már valóban az utolsó lesz, az első az volt, hogy a betegek mennyire ismerik fel egyáltalán, hogy ők már betegek és orvoshoz fordulnak, és ennek kapcsán az orvoshoz fordulás lehetősége mennyire adott, illetve hogyan működik ez a hálózat, van-e egyáltalán ilyen hálózat és működik-e, ami felhívja az ő figyelmüket arra, hogy ennek meg kellene lennie. A másik, hogy amikor kiderül számukra, akkor ezek az emberek vajon, eljutnak-e abba a kezelési mederbe, amelyik egyébként az eredményt a leghamarabb hozza meg számukra, ez volt a második. A harmadik kérdésem pedig szorosán kapcsolódik ahhoz, amit Heintz doktor kérdezett, hogy készült-e, tud-e valaki olyan költséganalízisről, amelyik azt tudná kimondani, hogy ha ezt a meddőség problémakört valóban a helyére tennénk, és mindenkit – akkor fog kiderülni, hogy meddő, ha valóban akar is gyermeket, tehát addig ez ki sem fog derülni -, akik gyermeket akarnak, ezeknek a pároknak a gyógyítását

ténylegesen meg tudnánk oldani, ez mekkora többletköltséget jelentene a jelenlegihez képest, és mekkora többlet születésszámot eredményezhetne a jelenlegihez képest?

Tudom, hogy holnap lesz a Népesedéspolitikai Kerekasztal ülése, van-e önöknek, valakinek a birtokában ilyen számítás, van-e ilyen tudás az önök birtokában?

Ezek voltak a kérdéseim. Most nagyon röviden képviselőként még elmondom, hogy mi az, amiben én látom a megoldást. Az egyik: abszolút egyetértek azzal, hogy az egészségügy tantárgyat be kellene vezetni a magyar iskolákban. Sokkal nagyobb haszna van, és sokkal fontosabb tudást tudnának elsajátítani. Én most nem akarok senkit megbántani, magam a biológiának egyik nagy szerelmese voltam, és viszonylag fontos, hogy a fej-tor-potrohot megtanuljuk és tudjuk, hogy a póknak hány pár lába van, ez valószínűleg rettentően fontos. Meg talán az is nagyon fontos, hogy egy középiskolás gyerek tudja a Szent-Györgyi-Krebs ciklust és elmondja, hogy a piruvátból hogyan lesz szén, ez mind nagyon fontos. De miközben alapvető dolgokat nem tud a saját testéről és annak a működéséről, ráadásul ezek még érdeklik is. Tehát egyetértek önökkel, hajdan, ifjú koromban, orvostanhallgatóként én is beleestem abba a csapatba, aki felvilágosító előadást tartott általános iskolákban, középiskolákban, és őszintén megmondom, hogy mi magunk is nagyon sokat tanultunk belőle, de azok rendkívül hatékonyak voltak bizonyos szempontból, nagyon hatékonyan lehetett információt eljuttatni. Aztán persze szociológiából később megtanították, hogy kortárscsoport, hozzá közeli és egyéb módszerek, de úgy látom, hogy ez ma nincsen meg. Tehát én támogatnám ennek a visszahozatalát.

Amit önök felvetettek javaslatot, abból ugyan nem tudom, hogy a mai megváltozott világunkban ezt hogyan lehet meghozni, de mindenképpen nagyon jó dolognak tartottam a házasság előtti tanácsadást. Szerintem az egy hasznos dolog volt, és itt most nem arra gondolok, amikor leülnek és csak beszélgetnek, hanem valóban szakmailag lehetőséget biztosítani a szűrésre, a pároknak az egészségiállapot-felmérésére, akár célzottan a gyermekvállalással kapcsolatos esetleges problémák kiderítésére.

Hogy ezt milyen formában lehet visszahozni, ezen őszintén szólva nem gondolkodtam, de megváltozott a világ.

A szűrővizsgálatok kérdése. Felvetette Csordás Ágnes az állapotszűrést a gyermekeknél. Hadd mondjam azt, hogy a második választott szakmám a fogorvoslás. Mi aztán nap mint nap találkozunk azzal a problémával, hogy írja a szülő az ellenőrzőbe, hogy vizsgálatra és kezelésre nem tart igényt. Nekünk annyival könnyebb a helyzetünk, hogy ha csak két mondatot mond a gyerek, már hozzávetőleg látom, hogy nagy baj van vagy nincs. Ez nyilvánvalóan a szülésznek nem látszik ilyen egyszerűen, és az ember látja, hogy nagy baj van.

Nem tudtunk még semmilyen eredményt elérni mi sem, fogorvosok sem, hogy valamilyen módon rábírnjuk, mi kreatívan alkalmazzuk egyébként a szabadsághoz való jogot, mi azt mondjuk, hogy kezelést nem végzünk, de vizsgálat az kell, tehát azt nem engedjük, mert az egy nem invazív történet, csak ki kell nyitnia a száját, belenézünk és leírjuk a szülőnek, hogy baj van. Ugyanakkor, amit kérdésként önhöz szerettem volna megfogalmazni, az az, hogy a védőnői szolgálat a gyermekeket, illetve már a várandósság ideje alatt, édesanyám védőnő volt, ebben nőttem fel, a bicikli csomagtartóján, úgyhogy kiképzett vagyok az ügyben, azt átfogja, de utána lényegében azt kell mondanom, hogy az általános iskola végével nagyjából el is vesztik. Azt már nagyon iskolája válogatja és nagyon háziorvos válogatja, mert a gyerekek egy része egyébként 14 éves korban a háziorvostól is kiesik. Ahol vegyes praxist visznek, az teljesen más tészta, egy kistéleplülésen, de egy megyei jogú városban vagy egy közepes méretű városban általában már a házi gyermekorvosi, háziorvosi praxisokat különstedik. Tehát ott elvesztik.

Az állapotfelmérésnél az lett volna a kérdésem, hogy a kötelező oltások között van azért néhány, ami ennek a periódusnak a közepére esik. Ha azzal esetleg össze lehet hozni,

akkor nem járunk úgy, mint amikor a politika hozott ilyen döntést fogorvosoknak, és ők maguk kérték ki maguknak, hogy ők ugyan ilyen alkalommal nem hajlandók állapotfelmérést végezni, mert az egészséges rendelésre a gyermeket úgyis be kell vinni. Ott helyben elméletileg ez az állapotfelmérés elvégezhető köztes időszakban is, és mivel a kötelező oltásra úgyis vinni kell a szülőnek, nagy ellenállás nem szokott lenni abból, hogy megvizsgálják a gyereket, meg néhány adatot rögzítsenek. Ezt csak kérdésként tettem fel, majd nyilván tetszik erre válaszolni.

Tehát a második része, amivel mondom, mélyen egyetértek, ez a házasság előtti, házasodás előtti tanácsadás, felkészítés. A harmadik, amiben én nagyon jónak látnám, ha ilyen lenne, és azt gondolom, hogy túl nagy költségbe nem kerül, hogy ha akár regionálisan, akár - most át akarjuk szervezni az egészségügyet - nagytérségben, de mindenképpen a jelenlegi ellátórendszerben dolgozó szülész-nőgyógyász, andrológus szakma valamilyen módon kialakítaná, jobban, pontosabban kialakítaná a jelenleginél azokat a meddőségkezeléssel megbízott munkacsoportjait, team-jeit, még nem is mondom, hogy önálló centrumokká kell fejlődniük, ahová ha ilyenekkel találkozunk az orvos kolléga, akkor egy vizsgálat erejéig, egy szakmai tanácsadás erejéig el kell juttatnia a beteget, aztán utána megkaphatja a kezelést meg minden egyebet. Tehát egy ilyen típusú modellnek a létrehozásában én őszintén hiszek abban, hogy a betegeket minél előbb, ha ilyen csoportokat felállítanánk, mondom, ezt ki kell számolni, ezt a tárcánál, illetve az OEP-nél meg tudják csinálni a szakma bevonásával, hogy hol van az a nagyság, ahová ezt érdemes telepíteni, mert ez méretgazdaságosságtól, egyébtől függ. Ezt a jelenlegi szakmai csapatra kell rátelepíteni, tehát nem arról beszélek, hogy mást csinálnánk vagy máshová. Viszont annak kellene szerintem egy egyértelmű jelölésének lenni, megyének lenni és elérhetőségének lenni, és ezt az elérhetőséget kell a területen ismernie mindenkinek, aki ezen a területen dolgozik. És ha ilyenekkel találkozunk, akkor egyszerűen csak a kezébe nyom egy névjegykártyát az illető párnak, hogy hívják fel őket, keressék meg, és onnantól kezdve bekerültek abba a hálózatba. Ez az én elképzelésem, amit nem magam alakítottam ki, hanem Kaáli professzor úrral erről mi nagyon sokat beszéltünk, tehát nagyon sok mindent az ő javaslataiból, illetve a velük való kapcsolatból hozok most, amit elmondok önöknek. De valami ilyesmi hasonlóra azt gondolom, hogy szükség lenne.

Én ennyit szerettem volna a magam részéről elmondani, és akkor most megadnám a lehetőséget önöknek, hogy reagáljanak képviselőtársaim hozzászólására, illetve a feltett kérdésekre. Ezúttal viszont jelentkezős alapon, hogy ki szeretné kezdeni. Tessék parancsolni!

DR. HORVÁTH ILDIKÓ főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Az első hadd legyen személyes. A lestrapált négygyerekes családjára című kategória. Én egy négygyerekes családjára vagyok (*Dr. Kiss Sándor: Nem ezért mondtam. – Derültség, közbeszólások.*) Most nem a személyes példa miatt, de ez egy nagyon fontos dolog. Erre szeretnék reagálni. Ne haragudjon, nem bántani akarom és nem visszareagálni, büszke is vagyok rá, hogy négygyerekes családjára lehetek, örülök neki, és teljesen osztom azt, hogy nagyon erős az út annak elérésére, hogy borzalmas mértékben lestrapálttá váljon az ember, és olyan mértékben feszült a helyzet a foglalkozás és a család között, hogy nagyon nehezen tűrhető.

Tehát nagyon köszönöm, hogy szóba hozta, azt gondolom, hogy van társadalmi munka, hogy egy olyan társadalommá formálódjunk, ahol ezt, hogy család is van, munka is van és ezt lehet jó megosztással végezni, ez egy fontos szempont legyen. Tehát ténylegesen erre akartam inkább reagálni, tehát nem fordítva akartam.

A problémalistát, ami itt kialakult és az elnök úr végigszedte, egyfelől nagyon szépen köszönjük, másfelől azért itt most már van elég sok ponton olyan beletett munka a Nemzeti

Erőforrás Minisztérium részéről, ahol folynak ez irányba lépések. Például ilyen az egészségügy tanterve bevezetése. Itt most eléggé előrehaladott munka van az oktatási tárcával, hogy ténylegesen a tanterv részeként, megtervezett programmal, aminek egyébként a családtervezés, családvállalás, szexuális felvilágosítás nagyon konkrét, meghatározott részei.

Nagyon örültem, hogy itt felmerült, hogy régen volt az, hogy a Vöröskereszt támogatásával mentek az orvostanhallgatók. Eszünkbe se jutott, nekem nem jutott eszembe, hogy hogyan lehetne integrálni. Fel fogjuk venni az oktatási ágazattal a kapcsolatot, hogy azt az egészségügyi tudást, azokat a fiatalokat, akik készséggel mennek, és akik felé egyébként a fiatalok, a tinédzserek vagy a tőlük is fiatalabbak sokkal nyitottabbak, saját tapasztalatból tudjuk, akik ilyesmit csináltak, hogy segítsünk, hogy elinduljon. De kötelező részként nagyon örülnék, ha kapna olyan támogatást, hogy valóban működhessen.

A házasság előtti tanácsadás: itt a kolléganőm többször mondta, hogy ő csinálta 12 évig, tehát ezt itt házon belül meg fogjuk beszélni, és azt, hogy hová lehet ezt adaptálni a mostani világ mostani rendszerében, és milyen szemlélettel lehet, vagy valamit lehet-e mozdulni, nagyon lényeges pontnak tartjuk.

A költséganalízis vagy a szűrővizsgálatokról általánosságban. Itt volt egy kitérő ugyan, mi a fogászati szűrővel kapcsolatban tényleg elkezdtünk gondolkodni azon, hogy hogyan lehet azt elérni, hogy minimális fogszuvasodással, vagy eggyel sem nőjön fel egy gyerek. Ugyanezen a vonalon a szűrővizsgálatoknál, az, hogy ezek a lépcsők egyébként hol vannak, én azt sem tudom egyébként, hogy a magzati ultrahangvizsgálatban a le nem szállt here kérdésköre hogyan van beépítve a finanszírozásba és egyáltalán, hogy emiatt külön van-e kötelező jellegű. De innentől végigvezetve a sort, végül is most a meddőséget, mint központi fogalmat itt tartva, készséggel végignézzük a következő hónapon belül azt, hogy pontosan mely pontok vannak, ahol akár jogszabályi módosítással, akár valamilyen szakmai irányítással egy kicsit jobb irányba lehet tolni ezeket a mozgásokat, és valamilyen szinten megsegíteni, összehangolni a meglévőket.

Zajlik a Semmelweis-terv, zajlik ezzel kapcsolatban egy nagyon komoly tervező munka, hogy mik azok az átalakítási lehetőségek. Mi centrumként kezeljük, és a mi fogalmainkat használva, abszolút centrumellátásnak tűnik az, ami egyébként a mi listánkon szerepel. Most forog a szakmai kollégiumnál is, a szülészet-nőgyógyászati szakma, andrológia, urológia, sorban mindenki kapja a tagozatoknál a felkérést, hogy mi az a betegcsoport, ami szerintük népegészségügyi problémája miatt, a speciális szempontjai miatt centrumképes, centrumot igénylő, centrumra szükséges. Lehet, hogy nem kell, lehet, hogy munkacsoportnak elég hívni, ugyanebben gondolkodtunk, de az, hogy formálisan megjelenjen az elérhetési lehetőség és egy országos lefedettséggel jelenjen meg, és az köztudott legyen szerintem a háziorvosig lemenően, a védőnői szolgálatig lemenően, ez egy fontos része. Tehát tudhassa ő onnét, hogy ő innen elindítva, ideküldi szakorvoshoz, az továbbküldheti, de ad abszurdum, ha valami miatt mégsem történt meg a továbbküldése, akkor akár az alapellátástól indítható legyen ez a szál.

A média felé: sok mindenkinek sokféle útvonala van, sok mindenkinek van olyan, ami mondjuk a kormányzatban dolgozóknak nincsen. De azt tudjuk, hogy a szappanoperákat úgy gyártják, hogy különböző országokban egyébként betervezett szappanopera-részlet a bizonyos, valamilyen elképzelés. Erre én tudok példákat mondani, előző életemben, amikor orvosként a dohányzás ügyében próbáltunk valamit mozogni, világosan elmondták, hogy ha be akarják írni, például így meg tudják csinálni, hogy a nagynéni tüdőrákot kap, és akkor nem tudom, mi történik. Az más kérdés, hogy miért nem csinálták meg.

Tehát ebben a tekintetben néha összefogásra van szükség, de nem is mindig összefogásra, de hogy minél többször és ezeknek a témáknak valamilyen irányban a média felé való sugallása, az szerintem szoros összefogás.

Itt elhangzottak számok. Nekünk más számaink vannak, mint ahogy Kaáli professzor úr mondta, több mindenben, de tulajdonképpen egy kicsit a számoktól nyugodtan arrébb léphetünk, de amit Heintz képviselő úr is felvetett, hogy azért nagyon jó lenne tudni, hogy mibe is kerül egy gyerek, és mikor, milyen beállással, ha mozdítunk valahol finanszírozást vagy támogatást, az mibe fog kerülni, elkezdünk számolni. Elkezdünk mi is számolni, összevetjük, egyeztetjük a számokat az összes partnerrel, szerintem most ez az az út, aztán lehet tovább gondolkodni, mert ha ténylegesen van finanszírozási anomália, fontos, hogy lássuk, hogy pont mi az, miért van és hogyan kell módosítani és miben.

Az, ami itt elhangzott, az a nagyon sarkos korhatár, a 43 éves korhatár, közszájon forgott nálunk a minisztériumban több ügyben annak a 45 éves anyukának a sorsa, akinek daganatban meghalt immáron a második gyermeke is, ott álltak a kéréssel, hogy akkor ők most hogyan kaphatnának segítséget. Ők boldogan újra nevelnek gyereket, a nulláról kezdik az egészséget, egy gyereket szeretnének vagy kettőt - vagy ami éppen összejön belőle - a társadalomnak adni, segítsünk, és meg volt kötve a kezünk. Tehát több olyan pont van, ami miatt ez a gondolkodás nagyon is aktuális. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Ki szeretne még szólni? Parancsoljon!

DR. MRAMURÁ CZ ÉVA főigazgató-helyettes (Országos Gyermek-egészségügyi Intézet): Szintén, ha ilyen hangulatban elmondtad, én is négygyerekes anyuka és háromunokás nagymama vagyok. (*Derültség.*) A hozzászólásom lényege viszont az, az egyik egy kiegészítés. A képviselő asszony mondta azt, hogy az iskola-egészségügyi szűrésekben jelennek meg ezek a kérdések, amelyekről itt említés volt, például a leszállt herékkel kapcsolatosan, nemcsak az iskola-egészségügyi szűrésben, hanem a körzeti védőnői, illetve akikről kevesebb szó esett, a házi gyermekorvosi szűrésben is ezek pontos időpontokban jelölve megjelennek.

A másik kérdés viszont, amit egy kicsit szeretnék kihangsúlyozni, ami talán egy picit válasz az első kérdésre az elnök úrnak, hogy a meddőséggel küszködők tudják-e, hogy velük mi a helyzet. Az elején is említették, illetve Csordás Ágnes is hangsúlyozta itt, hogy tulajdonképpen erről a megbeszélésről jött, tehát készül az a szakmai irányelv a perikonceptcionális gondozásról. A legelejen csak nagyon röviden említettem, hogy ez az irányelv természetesen a kollégákkal, a szülésekkel közösen készült, de valójában az alapellátás minden résztvevőjére, és leginkább a védőnőre alapozva készül ez az irányelv. Tehát hogy pontosan mik azok a kérdések, amelyekkel a hozzá kerülő fiatalok, kisgyerekes anyukákkal kapcsolatosan, és miben tud segíteni tulajdonképpen a családtervezésben. De a családtervezésnek olyan prevenció megelőző feladataiban is, mint ahogy itt említettük, hogy akár a táplálkozás kérdésében és rengeteg ilyesmiben. Illetve az iskolavédőnő, az iskolaorvos, és ne felejtjük el a házi gyermekorvos és a háziorvos feladatkörét is, tehát valamilyen szinten, ha ez a perikonceptcionális gondozásról szóló irányelv elkészül, akkor ennek azért lesz talán ilyen segítők, átfogó feladatköre is.

Visszatérve Tóth professzor úr felvetéséhez, akivel együtt dolgozunk tulajdonképpen itt a Nemzeti Gyermek-egészségügyi Programban, ez az anyag is ennek a programnak a keretében készül. Én viszont arra szeretném megkérni a képviselőket és a minisztérium képviselőit is, hogy ez a professzor úr által működtetett Nemzeti Csecsemő- és Gyermek-egészségügyi Program tulajdonképpen most olyan helyzetben van, hogy egy WHO által segített átdolgozás után arra vár, hogy elfogadja a szakma, illetve az egész társadalom ezt a felújított új programot. Ennek a kiegészítése már a szülészet irányába természetesen elindult, és pont ez a perikonceptcionális módszertani anyag, ami ezt alátámasztja. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Elnézést, hogy visszatérek, és nem reagálni akarok, csak említette a fogászati prevenciót. Két hét múlva ezzel fog foglalkozni az ellenőrző albizottság, a gyermekek fogazati egészségével. Reményeim szerint ott is ugyanilyen megtiszteltetésben részesülünk, hogy a szakma színe-java el fog jönni, én a magam részéről meghívom. Ha gondolják, ismételten várjuk önöket.

Kaáli Géza professzor úr!

DR. STEVEN G. KAÁLI főigazgató (Kaáli Intézet): Én nagyon szívesen megadom a számokat, nem tudom, hogy milyen számok nem jók, amelyeket ön olvasott, vagy milyen számokkal nem ért egyet, mert nagyon szívesen segíték. Mondta, hogy a számaimmal nem ért egyet.

DR. HORVÁTH ILDIKÓ főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Itt a 20 év alatt 20 ezer gyermek születése, hogy ebből az ezerből a 8 ezerre fel kellett tornáznia, hogy cél-e az, hogy Hollandiában például 6,2 százalék születik in vitro fertilizációval...

DR. STEVEN G. KAÁLI főigazgató (Kaáli Intézet): Nem in vitro, asszisztált reprodukcióval.

DR. HORVÁTH ILDIKÓ főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Asszisztált reprodukcióval. Akkor lehet, hogy én pontatlanul értettem, amit mondott.

DR. BERNARD ARTUR tudományos igazgató (Kaáli Intézet): Van egy nagyon jó, megbízható és őszinte nemzeti statisztikájuk, tehát van honnan kiindulni.

DR. STEVEN G. KAÁLI főigazgató (Kaáli Intézet): A lényeg a következő. A Kaáli Intézetnek van egy OEP-szerződése. Az OEP-szerződés szerint nem súlyos milliárdokat, hanem 800 millió forintot kap a Kaáli Intézet az államtól. Mi ezzel a 800 millióval gazdálkodunk. Ez egy tény. A Debreceni Egyetemről is kapunk pénzt, Tapolcán kapunk egy külön szerződésből, tehát ezekből a pénzekből, ebből a 800 millióból én három intézetet - vagyis négyet most már Kaposvárral együtt - működtetek. Ez a pénz nem fedezi ezeknek az intézeteknek a rezsijét sem. A Kaáli Intézet rezsije egy évben 1 milliárd 400 ezer forint. Tehát mi a különbséget a betegetől csak magánellátásból tudjuk biztosítani.

Mibe kerül az államnak egy gyerek? Akkor én megmondom pontosan. 35 év alatt körülbelül félmillió forintba kerül. A gyógyszer nem játszik szerepet, mert akármennyi gyógyszert írunk fel, ott teljesítmény-volumenkorlát van a gyógyszergyárakra is. Tehát egy bizonyos felírás felett a gyógyszergyárak ingyen adják a gyógyszert. Tehát ezt rögtön el is felejtethjük. Ha a jelenleginél túllépjük a határt, a gyógyszergyártónak vissza kell fizetni az OEP-nek azt a pénzt. Tehát valamilyen volumenkorlát ott is be van építve. Tehát ők nem kaphatnak több pénzt az általunk felírt hormontermékekért.

Tehát mi, az én véleményem szerint körülbelül félmillió forintból tudunk egy gyereket „biztosítani”. Ez azt jelenti, hogy ha a kapacitást figyelembe vesszük, 1 milliárd forint, amennyiben az állam a lombikbébi-kezelésekre ennyit költene, mi 2 ezer gyermekkel tudjuk gazdagítani az országot. Ez lehet 1800, 2200, de körülbelül ennyi az, amire mi képesek vagyunk. De hiába kapunk 10 milliárdot is, több beteg itt, Magyarországon nem létezik.

A volumenkorlát feloldása megoldja a kaposvári kérdést is, hogy arra is válaszoljak, mert Kaposváron nekem nem kell HBCS-t használnom, van nekem HBCS-m, csak volumenkorlát köt, és annál nincs szomorúbb, amikor egy betegnek azt kell mondanunk, hogy „asszonyom, maguknak nem lehet gyermekük, majd jöjjön vissza jövőre.” Ha az asszony már 40 éves, ott a történet vége.

A képviselő úrnak is van azért egy megjegyzésem. Magyarország nem gyerekellenes, az intézkedések nem gyerekellenesek. Én csak a lombikbébi-kezelésekről tudok beszélni, meg kell mondanom, hogy a lombikbébi-kezelések tekintetében Magyarország igenis, Európaszerte az egyik legjobban finanszírozott ország. Ezt mi harcoltuk ki 15-20 év alatt, és nagyon sokan vannak Magyarországon, akik ezt pontosan tudják. A probléma az, hogy az elmúlt nyolc évben ennek lefaragták 25-30-35 százalékát, és a betegeknek ezt a 25-30 százalékát nem tudjuk kezelni. Tehát csak a lombikbébi-kezelésről beszélek, az nem betegellenes, sőt, azt mondanám, hogy nagyon lojális és gyerekcentrikus ilyen szempontból, csak nem elég. Még kell, duplázuk meg, akkor megduplázuk a gyerekszámot is. Köszönöm.

ELNÖK: Tóth professzor úr!

DR. TÓTH ZOLTÁN egyetemi tanár, igazgató (DEOEC Női Klinika): Köszönöm szépen. Először is nagyon szépen köszönöm a részemről és a szakma nevében, hogy egyáltalán erről szó esett, és ahogy itt a képviselő urak megszólalását hallhattuk, a véleményét, úgy gondolom, hogy a szakma támogatását élvezheti az önök részéről, mert az az érdekünk, hogy a reprodukzív egészség révén egyre több gyermek szülessen.

Ha ennyire fontos – márpedig fontos -, hogy minél több gyermek szülessen, akkor felmerül a kérdés, hogy ilyen szakmai területen lehet-e egyáltalán volumenkorlát. Annak idején a szülést kivették a volumenkorlát alól, de másfél évig az újszülöttet nem. Feltettük a kérdést, hogy akkor a volumen fölött született újszülöttekkel mi legyen.

Teljesen igaz, amit Kaáli professzor úr mondott, hogy a volumenkorlát határt szab a beavatkozásoknak. De ahhoz, hogy egy beteg eljusson oda, mert a meddőségi kezelés vége az IVF, előbb ki kell vizsgálni, nem kellene volumenkorlát az andrológusnak, nem kellene volumenkorlát a szülész-nőgyógyásznak a meddőségi kivizsgálásnál, mert a járóbetegre megvan, hogy én hány pontot termelhetek, tehát egyáltalán a meddőségi kivizsgálás volumenkorlátját lehetne eltörölni, az andrológia korlátját lehetne eltörölni, mert minél több beteg kerülne oda, és ez pluszpénz. Tehát nemcsak annyiból áll egy gyerek, hogy IVF és ennyi. Azt ki kell vizsgálni, az is pénz, és a megfogant terhességeket menedzselni kell odáig, hogy az meg is szülessen. Azért azt tudjuk, hogy az IVF-fel fogant terhességekben több a fejlődési rendellenesség, több a fenyegető koraszülés stb. Tehát ahhoz, hogy abból ép, egészséges gyerek szülessen, azt is menedzselni kell.

Jelenleg volumenkorlát alatt van a koraszülés kezelése. Bejön egy koraszülő, kezelem, de valójában az volna az érdekem, hogy szüljön meg minél hamarabb, mert a szülés volumenkorlát-mentes, de a koraszülés, mint terhesspatológiai kezelés, az korlát alatt van.

Tehát összességében azt szeretném javasolni, ha szabad, hogy ami a reprodukcióval kapcsolatos kivizsgálás, kezelés, azt ne korlátozzuk, ha az a célunk, hogy minél több gyermek szülessen.

Valóban egyetértek azzal, hogy komoly alappillére az egésznek a védőnői hálózat. A '92-es magzatvédelmi törvényt elő kell venni, folyamatban van a minisztériumban, a terhesgondozás koncepciójában, szektorsemlegesen végig kell gondolni, itt a törvényeket kérdezte képviselő úr. Tehát a szakma letett a minisztérium asztalára, folyamatos konzultációk vannak.

Összességében, ha ezeket a kérdéseket kiemelt népegészségügyi programként vagy kiemelt politikai programként kezelnék komplexitásában a meddőséggel, mindennel együtt, úgy gondolom, hogy akkor a szakma is eredményesebben tudna dolgozni, mert megszabadulna a korlátoktól, amivel sokszor szembetalálkozik. És utolsósorban, de megemlítem, azért a szakma alulfinanszírozott. Nekünk a HBCS többszöri revíziója azt jelentette, hogy a szülészeti ellátás HBCS-je a '93-as bevezetés óta 56 százalékra csökkent. Egyszerűen nem tudunk gépet venni, nem tudunk eszközt venni, mert veszteségesek a

szülészeti osztályok, ha nincs mellette a neonatológia, amelyik az aranytojást tojó tyúk pillanatnyilag. Köszönöm szépen, hogy meghallgattak.

ELNÖK: Én is köszönöm. Következni fog majd dr. Klujber Valéria, utána pedig Rigó professzor úr, viszont mivel Heintz képviselő úr egy rövid kérdést, reagálást, nem tudom, mit szeretne, de szót kért, ezért most megadom neki a szót.

DR. HEINTZ TAMÁS (Fidesz): Nagyon köszönöm. Csak azért, hogy ne felejtsek el itt, itt délután már jó inkább azonnal reagálni. Professzor úr javaslatai itt minket, legalábbis hármunkat, nem kizárva természetesen téged sem, máris arra ösztönöztek, hogy valamiféle módon egy javaslat, amelyben a reprodukció kivizsgálása, a meddőség kivizsgálása kapcsán felmerült költségeket HBCS-mentessé tennénk, majd összegyűrhetődik nálunk. De nem ezért jelentkeztem, hanem egy kérdés merült fel viszont, mert itt egy dolog van, hogy ez akkor az ország gyakorlatilag minden ezzel foglalkozó osztályára kötelező lesz, ennek úgy van értelme, csak éppen az a kérdés, hogy hol vagyunk a szakmai protokollokkal, illetve a finanszírozási protokollokkal együtt, mert innentől kezdve érdekes a történet.

Tehát az, hogy valaki – az előbb szóba került – elkezd csodát tenni és gyermeket „gyártani” a házaspároknak, az a pálya nem működik, hanem akkor ez az önök felelőssége, már elnézést, de nincs más megoldás, hogy a szakmai kollégiumok adják ki végre minél előbb azokat a szakmai protokollokat, amelyek mellé finanszírozási protokollokat rendel az OEP, hiszen egy biztos: egy pénzbe kerül. Csak miután ismerve az ország helyzetét, nyilván ez egy politikai döntés lesz, hogy igen, ezt a szakmai protokollt ilyen finanszírozási protokoll mentén az ország vállalja minden körülmények között, mert nagy a baj, és például 2 ezer gyermek csak mondjuk a lombikprogramban, illetve ebben a programban lehetne, de ez még nem a vége, hiszen itt sokkal több gyermek „létrejöhetne”, ha mindenki hozza a maga területén az eredményeket. Tehát ez így kerek.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Doktornő!

DR. KLUJBER VALÉRIA osztályvezető (Országos Gyermek-egészségügyi Intézet): Én ugyanehhez szerettem volna hozzászólni, és ez egy kicsit az elnök úr 2. számú feltett kérdésére is válasz lenne. Azért érzem magam feljogosítva, hogy ilyen csúnya és renitens dolgot mondjak, mert nem nőgyógyász vagyok és talán nem sértem senkinek az érdekeit.

Tehát az a nagy különbség a lombikbébi-kezelés és általában a meddőségi kezelés között, hogy a lombikbébi-program, tehát az in vitro fertilizáció egy gyönyörűen követhető protokoll szerint zajlik, akár költséget nézek, akár az eljárásrendet. Tehát ha az összes meddőségi kivizsgálást ugyanezzel a módszerrel csinálnánk, rengeteg pár nem kerülne a lombikbébi-programba. Tehát ott lehetne megtalálni a pénzt is és az eredményt is, ha el tudnánk érni, hogy... (Dr. Steven G. Kaáli: Ez nem így van!)

ELNÖK: Professzor úr, mindjárt adok szót.

DR. KLUJBER VALÉRIA osztályvezető (Országos Gyermek-egészségügyi Intézet): Én azért gondolom, hogy így van, mert rengeteg meddő párral találkozom, merthogy genetikai tanácsadást is tartok, mindenki tudja ezeket a történeteket, amikor az első sikeres vagy sikertelen kezelés után valakinek spontán terhessége lesz. Tehát ezzel nyilvánvalóan nem mondom újat.

Biztos, hogy vannak olyan párok, akiket meg lehetne előbb fogni, és ezzel nem vesszük el senkitől a páciens, mert valószínűleg akkor beférne az összes többi, tényleg lombikbébi-kezelésre szoruló a mostani keretbe. Pontos számokat nem tudok, de az biztos,

hogy nemcsak a protokollok, hanem nagyon szigorú minőségbiztosítás kellene mellé, és pont professzor úr szájából hangzott el ez a kifejezés az első körben, és nagyon is fontosnak éreztem, hogy minőségbiztosítás a normál meddőségi kezeléshez.

DR. HORVÁTH ILDIKÓ főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): A TVK-ügyre szeretnék reagálni, mert ez egy teljesen aktuális kérdést feszeget, hogy az egész OEP-finanszírozás vagy a közfinanszírozású egészségügyi ellátás hogyan legyen.

Amerikában húsz éves az a mondás, hogy ahová odaköltözik egy fül-orr-gégész, ott megnő a mandulaműtétek száma. Nyilvánvalóan az előző évek küzdelmei és próbálkozásai, most nem tudok történelmi síkot mondani, hogy hogyan is alakult a közfinanszírozású egészségügy most pont úgy, hogy a TVK-val próbálja azt a helyzetet kezelni, hogy egy nagyon szűk büdzből valamilyen aránnyal valami kijöjjön. És hogy ennek mennyi malformitása van, itt azt hiszem, órák hosszat tudnánk sorolni, egészen más alkalommal.

Nyitva van az egész kérdéskör, hogy hogyan lehetne másképp csinálni, és nemcsak az, hogy TVK, mert hogy hol is van a TVK, itt most ez megint egy más téma, bizonyos vizsgálatokra fog várni a beteg. Itt van esetleg várólista, egy hónap, egy hét, azonnal odakerül, a kérdés az, hogy például most kinyomtattuk a kapott transzplantáció-kivizsgálás esetében, hogy ha az sürgős, hogy a beteg eljusson, akkor ne a vizsgálatokra való hónapos várakozás diktálja az élet hosszát. Ez a másik vége annak, hogy most többen vagy kevesebben vagyunk, de az is egy vége, azok a kimenők, itt a bejövők vannak.

Ez is lehet egy sürgősségi szempont, hogy hamar át tudjon jutni rajta, hamar kiderüljön az, hogy lehet-e gyereke vagy nem, és hamar lehessen gyereke. Tehát hogy mondjuk mi ezt ebből a szempontból végignézzük, azt készséggel vállaljuk. Ennyit szerettem volna csak reagálni.

ELNÖK: Egy apró megjegyzést engedjenek meg. A tervezett időt öt perccel léptük túl. Én készséggel itt maradok, 15 órakor kellene elhagynunk a termet, addig volna időnk, úgyhogy ha szabad javasolnám, nagyon röviden, tömören, és igyekszem mindenkinek szót adni. Köszönöm. Tessék parancsolni!

DR. MOGYORÓSI DOROTTYA szakmai főtanácsadó (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Köszönöm a szót. Mogyorósi Dorottya vagyok az egészségügyi államtitkárságról. Én egy javaslattal szeretnék élni, hogy a mai ülés anyagát és a levont konzekvenciákat, következtetéseket, javaslatokat feltétlenül küldjük el az Egészségügyi Tudományos Tanács humán reprodukciós bizottságához, hiszen jogszabályilag felhatalmazott szakmai, etikai kérdésekkel, minőségbiztosítási kérdésekkel foglalkozó civilek, szakemberek, jogászok és etikusok, egyházi teológusok vannak ebben a bizottságban, tehát azt gondolom, hogy egy széles látókörrel rendelkeznek, és jogalkotási javaslattal szoktak és fognak is élni azokra a bizonyos problémákra, amelyek felvetődnek. Tehát ezt feltétlenül javasolnám, és az egészségügyi ágazati vezetésnek ez a tanácsadó testülete.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Meg fogjuk tenni. Rigó professzor úrnak adom meg a szót.

DR. RIGÓ JÁNOS egyetemi tanár, igazgató (Semmelweis Egyetem, I. számú Szülészeti, Nőgyógyászati Klinika): Tényleg egy percben, csak három-négy mondatot szeretnék még említeni. Az első az, hogy ha már itt jogszabály felvetődött, hogy milyen jogszabály szülessen, azt gondolom, hogy a meddőség megelőzése érdekében, tehát ne a meddőséget közvetlenül előzzük meg, én azt javasolnám, hogy talán még inkább forszírozni

kellene, érdekeltté kellene tenni a nőket abban, hogy 20 és 30 év között vállaljanak terhességet.

Nem tudom, régen volt sok ilyen lakásprogram, nem tudom, hogy most mi van, ezt át kellene gondolni, hogy van-e erre kapacitás, lehet-e ezt, megéri-e vagy nem. De úgy gondolnám, hogy ha 20-30 év között szülnének, azok között kevesebb a meddő, ha fennáll a meddőség, korábban kerül kivizsgálásra, arról nem is beszélve, hogy ha később vállal egy nő terhességet, sokkal több a szövődmény, az is sokkal többre kerül. Ez az egyik fontos dolog, amit szerettem volna megemlíteni.

A másik az, hogy sokszor beszélünk itt a családról. Kaáli professzor úrral beszélgettünk arról, hogy manapság a nők 30-35 százaléka nem családba szüli a gyermekét. Nem is tudom, hogy kit tudnánk odahívni. Tehát sajnós, van olyan balti ország, azt hiszem, Lettország, ahol a gyerekek 60 százaléka nem családba születik, nem tudom, hogy most milyen irányba megyünk, én most nem követtem az elmúlt egy-két évben, de vannak feltételezéseim.

A harmadik dolog a kötelező szűrővizsgálatok. Halványan itt felvetődött, hogy esetleg akár iskoláskorban. Én nagyon óvatos lennék ezzel. Ennek az elrendelése mindig feszültséget okoz, mindig kibúvót keresnek, nem biztos, hogy ez nagyon szerencsés lenne.

És egy kicsit a védőnők ellen is szólnék most, elnézést kérek. Az elmúlt években történt próbálkozás arra vonatkozóan, hogy a védőnők vegyék le a cytológiai vizsgálathoz a mintát. Ezt például én nem kifejezetten támogatnám, azért sem, mert a nőgyógyászati vizsgálat, ha már elmegy nőgyógyászhoz a beteg, akkor nemcsak cytológiai vizsgálatból áll ez a vizsgálat. Tehát akár meddőségi problémák is kiderülhetnek, és sok-sok minden egyéb, mint akkor, ha csak cytológiai vizsgálatra jelentkezne a védőnőnél.

A protokollal kapcsolatban: pont a meddőségi protokoll, nemcsak az IVF protokollja, hanem az egész meddőségi kivizsgálásnak a protokollja megvan. Azt a minisztérium adta ki néhány évvel ezelőtt, tehát ez elég pontosan, precízen ki van dolgozva, Kaáli professzor úr volt az egyik fő kidolgozója. Tehát sok-sok hiányosság van az egészségügyben a protokollok tekintetében, ez speciálisan olyan, hogy a meddőségi kivizsgálás protokollja elég jól, naprakészen össze van állítva. Nyilván a finanszírozási oldalát meg kellene nézni, hogy most mi, mennyibe kerül, nyilván azóta változott, tehát azt hozzá kellene illeszteni. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Kaáli professzor úr!

DR. STEVEN G. KAÁLI főigazgató (Kaáli Intézet): Elhangzott egy régi probléma, ami a Kaáli Intézettel időközben feljön, hogy indokolatlanul csinálunk lombikbébi-beavatkozásokat. Én voltam a szerzője annak a cikknek, amit úgy tudom, hogy Magyarországon is leközöltünk, de az Egyesült Államokban is, a Magyar Nőorvosok Lapjában, hogy megnéztük a gyakoriságát a lombikbébi-kezelések szünetében létrejött terhességeknek. Most nem tudom megmondani, hogy ez melyik évben jelent meg, úgy tudom, hogy ez Magyarországon is megjelent. Érdemes elolvasni.

Nagyon sokan vannak, akik több kezelésen átesnek, utána szülnék egy-két gyermeket, és a végén spontán teherbe esnek. El kell mondanom, hogy egy gyermekszülés iszonyatos változásokat hoz létre egy asszony reproduktív anatómiai felállításától kezdve a hormonális millió keresztül, tehát ez egyáltalán nem szokatlan, hogy valaki teherbe tud esni. Nem gyakori, hangsúlyozom, de előfordul, és ez egyáltalán nem igazolja azt, hogy esetleg indokolatlan IVF-beavatkozások történnek.

Ami viszont igaz, és nagyon fontos, hogy valóban van egy szám, ami fölött, ha felmegyünk, akkor indokolatlan műtétek is bekerülhetnek. Egy 10 milliós országban véleményem szerint ez a szám 12 ezer kezelés. Ez világszerte elfogadott. Csehországban 19

ezret végeznek 10 millió lakosra, tehát a 10-12 ezer lombikbébi-kezelés, ez az, ami a 10 millió lakosra adott szám világszerte. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Professzor urak! Nagyon nagy türelmet kérek, a következő a helyzet. A bizottság tagjai szeretnének elfogadni egy határozatot, ugyanakkor képviselőtársaimnak el kell menniük. Tehát azt tudom mondani, hogy egy, maximum két percben reagáljanak, hogy még legyen lehetőségünk, ugyanis ezt formálisan meg kell szavazni. Ha elmennek a képviselőtársak, akkor nincs határozat, akkor nem tudunk javasolni senkinek, semmit.

Tehát nagyon szépen kérem, mindenkinek szót adok, de valóban nagyon tömören. Bernard Artur, parancsoljon!

DR. BERNARD ARTUR tudományos igazgató (Kaáli Intézet): Megpróbálom három mondatban. Kiss képviselő úr felvetette, hogy törvényjavaslatot javasoljunk. Mi nem tudunk, ezt önök tudnak alkotni. Véleményem szerint, amit mi tudunk tenni, hogy el kell fogadnia a törvényalkotóknak, hogy a meddőség Magyarországon népbetegség, ami kiemelten támogatandó, mert direkt hatása van a jelenleg katasztrofális demográfiai mutatókra.

A másik a hatékonyság növelése, amit elnök úr említett. Nagy szerepük van a felismerésben, a helyes útra irányításban a védőnőknek, a háziorvosoknak. Tehát minden centrumnak javasoljuk, amit mi is tettünk, hogy tartsanak továbbképző tanfolyamokat védőnőknek, háziorvosoknak. Ennyit akartam mondani. Köszönöm.

ELNÖK: Papp professzor úr!

DR. PAPP GYÖRGY egyetemi tanár (AEK Andrológiai és Urológiai Klinika): Én csak két rendkívül praktikus dolgot mondanék, egyetértve Klujber doktornővel.

Számomra 40 év teendő után nem kétséges az, hogy a lombik-beavatkozásra kerülő betegek jelentős része egy megelőző, korrekt, kétségkívül anyagi ráfordítást igénylő diagnosztikával, más egyszerű módon teherbe eshetne. Jelenleg nem kérdés, jelenleg ez az egyetlen mód, ahogy teherbe eshet. Ezek a kivizsgálások nem történnek meg.

Két olyan praktikus teendőt szeretnék mondani, ami lényeges lenne. Az egyik az, hogy én nagy örömmel hallottam, hogy a védőnők végigcsinálják a gyerekekkel ezeket a bizonyos szűrővizsgálatokat, genetikai, illetve morfológiai szűrővizsgálatokat. Én pont azt mondom, hogy ezt nem kétlem, csak utána mi történik? Aztán itt a kérdés megáll.

Tehát ezt szeretném jelezni a döntéshozók felé, hogy a szakmák különböznek. Én a kötelező szűrővizsgálatokat nagyon támogatnám, de nem azért, hogy kötelező legyen, az eredmény-felhasználásukat kérdőjelezem meg. Tehát hogy aztán mi történik, aztán legyen kötelező. A szájba bele kell nézni, és utána a szülő döntse el, és itt jön a második praktikus dolog: én az egyetlen kommunikációs lehetőségnek Magyarországon a televíziót tartom. Ha elmegyünk egy 800-as lélekszámú faluba, az utolsó két házon ott van a DigiTV-nek a készüléke. Ha olyan reklámot kap, ami azt mondja, hogy neked nem lesz unokád, ha a gyerekedet nem vizsgáltatod ki, ez az egy dolog, amire biztos, hogy odafigyelnek. Ennyit szerettem volna mondani.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Még Csordás Ágnes jelentkezett, nagyon szűk időkorlással.

CSORDÁS ÁGNES elnök (Magyar Védőnők Egyesülete): Egyetlenegy mondatot szeretnék csak mondani a szűrések tekintetében, hogy a primer prevenció oldaláról a rizikószűrések megvalósulását kellene minél jobban támogatni, egy meghatározott anamnézis-felvétellel és rizikószűréssel az alapellátásban, akár a háziorvoslás területén, akár a védőnői

területen. Ugyanis a védőnők már csak akkor találkoznak a családokkal, amikor már várandós lett a nő. Tehát itt a háziorvoslás primer prevenció munkájában inkább egy ilyen rizikósűrűs protokoll szükséges, akár bele tudnám tenni, hogy az indikátorok területére bevinni, hogy ezek megtörténjenek a női lakosság körében. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Van-e valaki, akiben még benne maradt olyan, amit feltétlenül szeretne elmondani? Parancsoljon!

DR. STEVEN G. KAÁLI főigazgató (Kaáli Intézet): Csak egy mondat. 2005-ben volt egy országgyűlési határozat, összpárti, amely kimondta, hogy a szegénység nem lehet a meddőségkezelés oka, él még ez az országgyűlési határozat vagy már vége? Hozzunk újat?

Határozathozatal az ajánlásról

ELNÖK: Az országgyűlési határozatok nem szokták hatályukat veszteni, az egy más kérdés, hogy az Országgyűlést nem igazából kötelezi semmire.

Ha megengedik, képviselőtársaim, az itt elmondottakat jegyzeteltem, és javaslatot tennék egy ajánlás megfogalmazására, amely ajánlást az egészségügyi tárcának tennék meg. Az első pontban azt javaslom, hogy az egészségügyi tárca tekintse át, hogy szükséges-e lépéseket tennie a meddőség kialakulásának megelőzésére. Tekintse át ennek interdiszciplináris szemléletét és lehetőségét.

A második javaslatom az lenne, hogy javasoljuk az egészségtan tantárgy bevezetését, és ennek keretében a gyermekvállalásra való felkészítést, annak veszélyeinek, illetve annak buktatóinak megismertetését a gyermekekkel.

Megfontolásra ajánljuk a házasság előtti tanácsadás és szűrés ismételt bevezetését Magyarországon. Javasoljuk meddőségkezeléssel foglalkozó centrumok felállítását, amely a szakmai protokollok alapján működik, illetve javasoljuk a meddőség diagnosztikájával és kezelésével kapcsolatos egészségügyi beavatkozások teljesítmény-volumenkorlát alóli mentesítését.

Jegyzőkönyvön kívül, csak a magunk kedvéért, amennyire én tudom és amennyire információim vannak, a teljesítmény-volumenkorlát, mint finanszírozási elv meg kell hogy szűnjön. Tehát az új finanszírozási rendnek szerintem ebbe az irányba kell haladnia. Tehát most ugyan elbeszélgetünk róla, de alapvetően én ezt inkább csak üzenetnek szánom, hogy mi a célja annak, amit ezzel el akarunk érni. A technikai megvalósítása nekem az is lehet, ha felemelik oda a volumenkorlátot, hogy nem tudjuk elérni. Szóval magyarul mondva: ezen a területen nem szeretnénk anyagi korlátozást, ez az üzenet lényege, ha jól értettem.

A képviselőtársaktól azt kérem, hogy ennek a pontos, szövegszerű megfogalmazásával előlegezzék meg a bizalmat a munkatársaknak, és arra kérek egy szavazást, hogy akkor ilyen tartalommal ezt az ajánlást elkészíthetjük és a tárcának benyújthatjuk. Aki ezzel egyetért, kérem, kézfelemeléssel jelezze! *(Szavazás.)*

Megállapítom, hogy egyhangú. Köszönöm szépen.

Egyúttal köszönöm kedves vendégeinknek, hogy megjelentek. A mai ülésünket berekesztettem. Két hét múlva, ahogyan mondtam, 8-át terveztük, csak a nagybizottsághoz is illik alkalmazkodnunk, két hét múlva a gyermekkori fogászati prevencióval fogunk foglalkozni, tehát hogyan és miképpen lehetne elérni azt, hogy egészséges fogazattal kezdjék meg felnőtt életüket a magyar gyerekek. Röviden ez a címe a dolognak. Szeretnénk majd visszatérni egyébként az idei év folyamán erre a kérdésre, hogy mit sikerült a tárcának elérnie, úgyhogy ha valami anyagot össze tudnak állítani, akkor újfent szívesen meghívjuk önöket egy bizottsági ülés keretében.

Köszönöm szépen. Viszontlátásra!

(Az ülés befejezésének időpontja: 14 óra 50 perc)

Dr. Horváth Zsolt
az albizottság elnöke

Jegyzőkönyvvezető: Pavlászky Éva