

Speciális kommunikációs és támogatási szükségletű személyek hozzáférése az egészségügyi ellátáshoz – a belépési pontok nemzetközi és hazai összehasonlító elemzése

Access to Healthcare for People with Diverse Communication and Support Needs – A Comparative Analysis of Entry Points in International and Hungarian Contexts

Kovács Bernadett¹

¹Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzszolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ

✉ bernadett.k@gmail.com

Az intellektuális fogyatékossgal élő személyek számára az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés gyakran rendszerszintű akadályokba ütközik. A cikk célja e különböző kommunikációs és támogatási igényű csoport elsődleges egészségügyi hozzáféréseinek vizsgálata, különös tekintettel a belépési pontokon történő kapcsolatfelvételre. A kutatás arra keresi a választ, hogy milyen tényezők segítik vagy akadályozzák az érintettek tényleges ellátáshoz jutását. A módszertan kettős fókuszú. Egyrészt nemzetközi benchmarking segítségével hét ország (Ausztrália, Spanyolország, Montenegró, Kanada, Japán, Egyesült Királyság, Svédország) egészségügyi rendszerét elemzi a kommunikáció, a strukturális hozzáférés és a döntéshozatal támogatása szempontjából. Másrészt a hazai kontextus feltárása civil szervezetek képviselőivel készített félig strukturált interjúkra épül, valamint egy pilot projekt bemutatására, amely intellektuális fogyatékossgal élő nők nőgyógyászati ellátásának inkluzívabbá tételét célozta.

Az eredmények azt mutatják, hogy a belépési pontokon alkalmazott támogató eszközök – például a könnyen érthető kommunikáció, a strukturált kísérés és a döntéstámogatás – alapvetően meghatározzák az ellátás tényleges elérhetőségét. Ezt a kutatás a hozzáférés „vertikális dimenziójaként” értelmezi, amely a kapcsolatfelvétel minőségére és mélységére helyezi a hangsúlyt.

Magyarországon e támogató elemek többnyire szóróványosan és informális formában jelennek meg, így az intellektuális fogyatékossgal élő személyek hozzáférése esetlegesen marad. A dolgozat javaslatokat fogalmaz meg egy méltányosabb, befogadóbb egészségügyi rendszer kialakítására.

Kulcsszavak: egészségügyi hozzáférés, belépési pontok az egészségügyben, betegút, egészségértés, inkluzív ellátás, méltányosság az egészségügyben

Access to healthcare for people with intellectual disabilities is often hindered by systemic barriers. The aim of this publication is to examine the primary access of this population to healthcare, with a particular focus on initial contact at entry points. The research explores

which systemic factors facilitate or hinder their actual access to care.

The methodology is dual-focused. First, international benchmarking was used to analyse the healthcare systems of seven countries (Australia, Spain, Montenegro, Canada, Japan, United Kingdom, and Sweden) in terms of communication, structural accessibility, and support for decision-making. Second, the Hungarian context was examined through semi-structured interviews with representatives of civil society organizations, complemented by a pilot project aimed at making gynecological care more inclusive for women with intellectual disabilities.

The findings show that supportive measures at entry points – such as easy-to-understand communication, structured accompaniment, and decision-making support – play a crucial role in determining whether healthcare becomes truly accessible. The thesis interprets this as the “vertical dimension of access,” emphasizing the quality and depth of engagement at the first contact point.

In Hungary these supportive elements are mostly sporadic and informal, leaving people with intellectual disabilities in a vulnerable position when accessing healthcare. The publication concludes by offering recommendations for building a more equitable and inclusive healthcare system.

Keywords: access to healthcare, healthcare entry points, patient pathway, health literacy, inclusive healthcare, equity in healthcare

BEVEZETÉS

Az intellektuális fogyatékossgal élő személyek (a továbbiakban: IFÉ személyek) egészségügyi rendszerhez való hozzáférése világszerte, így Magyarországon is rendszerszintű kihívásokat hordoz. Az ellátásba való belépés nem csupán fizikai akadályokba ütközhet, hanem strukturális, kommunikációs és döntéshozatali nehézségek is akadályozhatják azt [1,2]. Bár ezek a problémák különösen élesen jelennek meg az IFÉ személyek esetében, valójában más, sérülékeny csoportokat is érintenek – például azokat, akik

digitálisan hátrányos helyzetűek, vagy kevés tapasztalattal rendelkeznek az egészségügyi rendszer működését illetően. E nehézségek túlnyomórészt nem egyéni hiányosságokból fakadnak, hanem az egészségügyi rendszer komplexitásából és az adaptív, támogató eszközök hiányából.

A szakmai érdeklődést és elköteleződést e téma iránt egy pilot fejlesztési projekt indította el, amely a Down Alapítvánnyal közösen valósult meg egy magyarországi állami egészségügyi szolgáltató nőgyógyászati ambulanciáján [3]. A projekt célja az volt, hogy az IFÉ személyek számára az egészségügyi ellátás átláthatóbbá, empatikusabbá és hozzáférhetőbbé váljon. A fejlesztés során világossá vált, hogy az első kapcsolatfelvételi pontok – például az időpontfoglalás, a beutalás vagy a recepción zajló kommunikáció – döntő jelentőséggel bírnak: ezek a pontok határozzák meg, hogy a páciensek valóban belépnek-e az ellátórendszerbe, vagy a folyamat már a kezdetén elakad.

A témaválasztás relevanciáját nemzetközi szakpolitikai dokumentumok is megerősítik. Az ENSZ 2006-ban elfogadott, Magyarország által is ratifikált Fogyatékos-sággal Élő Személyek Jogairól szóló Egyezménye rögzíti az egészségügyi ellátáshoz való egyenlő jogot [4,5], míg a WHO 2024-es "Health Equity for Persons with Disabilities" című útmutatója strukturált cselekvési irányokat fogalmaz meg az inkluzív egészségügyi rendszerek kialakításához [6].

A kutatás célja, hogy feltérképezze, milyen akadályok nehezítik az IFÉ személyek elsődleges kapcsolódását a magyar egészségügyi rendszerhez, különösen a belépési pontokon. A nemzetközi szakirodalom is hangsúlyozza, hogy az egészségügyi hozzáférés komplex, többdimenziós folyamat, amelyben a fizikai, kommunikációs és döntési tényezők egyaránt szerepet játszanak [7,8]. A cél továbbá olyan nemzetközi jó gyakorlatok azonosítása, amelyek a belépési pontok inkluzívabbá tételében nyújthatnak segítséget. A vizsgálat különös figyelmet fordít a kommunikáció és a döntéshozatal támogatására és a strukturális hozzáférés kérdéseire.

Ezen szempontok mentén hét ország példáját elemzem: Ausztráliában országos stratégia támogatja az IFÉ személyek döntéshozatalát [9,10,11], míg Montenegró az első európai országgént kezdte meg a WHO ajánlásain alapuló Disability Guide for Action ajánlásainak rendszerbe építését [12]. Kanadában a civil szervezetek és kutatási programok kulcsszerepet játszanak a strukturális akadályok feltárásában [13,14,15,16]. Spanyolországban ugyan még nem működik egységes protokollrendszer, de civil kezdeményezések – például a Plena Inclusión – aktívan dolgoznak az érthető tájékoztatás és a támogatott döntéshozatal bevezetésén [17,18]. Japánban bár országos szintű támogatási struktúra jelenleg nem áll rendelkezésre, egyes egészségügyi intézmények helyi érzékenyítő képzéseket tartanak, valamint bevezettek vizuális segédleteket a tájékoztatás javítására [19,20,21]. Az Egyesült Királyság strukturált eszközökkel – például kórházi útlevelel – támogatja a belépést [22,23,24,25,26], míg Svédország jogszabályi szinten garantálja a kommunikációs és személyes támogatást [27]. A kiválasztott országok példái nemcsak a kihívásokat, hanem a lehetséges megoldásokat

is világosan kirajzolják – és hasznos mintákat kínálnak a hazai fejlesztésekhez is.

ALAPFOGALMAK ÉS ELMÉLETI KERET

Az intellektuális fogyatékos-ság fogalmának meghatározása nem egységes, azonban a legtöbb szakirodalom egyetért abban, hogy olyan állapotról van szó, amely az értelmi működés és az adaptív viselkedés tartós korlátozottságával jár, és gyermekkorban kezdődik [28]. A funkcionális sajátosságok közé tartozik a kommunikáció, a döntéshozatal és az önállóság terén jelentkező nehézség, amelyek a személy egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréseben is jelentős szerepet játszanak.

A szakirodalomban megjelenő „speciális támogatási igény” (special support needs) fogalma a személy azon szükségleteire utal, amelyek kiegészítő segítséget, alkalmazkodást vagy módosított szolgáltatásnyújtást igényelnek a hozzáférés során. Ilyen lehet például a könnyen érthető kommunikáció, a döntéshozatali támogatás vagy a strukturált kísérés az egészségügyi folyamatban.

A hozzáférés értelmezése többdimenziós elméleti keretben történhet. A szakirodalomban megkülönböztetik az esélyegyenlőség (equality) és a méltányosság (equity) fogalmát [8]. Míg előbbi az azonos bánásmódot jelenti, utóbbi figyelembe veszi az egyéni szükségleteket, és azokhoz igazítja a szolgáltatásokat. A méltányosság elve szerint tehát a speciális támogatási igényű emberek számára célzott, személyre szabott beavatkozások szükségesek ahhoz, hogy a szolgáltatásokhoz való tényleges hozzáférés biztosított legyen, lásd 1. ábra.

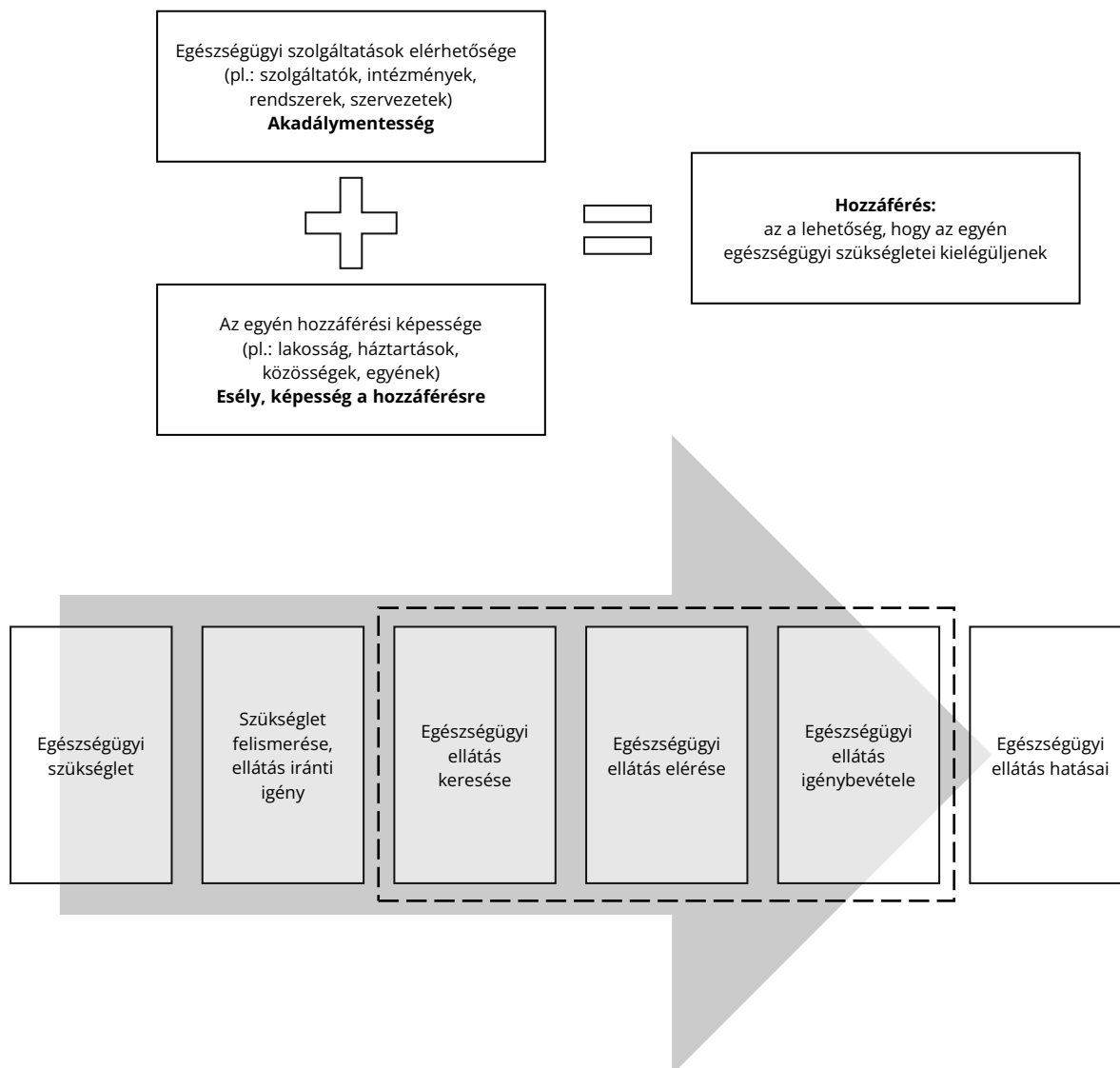
A nemzetközi szakirodalom és irányelvek – például az ENSZ Fogyatékos-sággal Élő Személyek Jogairól szóló Egyezménye, valamint a WHO egészségügyi inklúzióval kapcsolatos ajánlásai – kiemelten kezelik az egészségügyi hozzáférés igazságosságát. Ezek a normák nemcsak jogi, hanem szakmapolitikai és intézményi szinten is elvárásokat támasztanak az egészségügyi rendszerekkel szemben.

MÓDSZEREK

A dolgozat kvalitatív, feltáró szemléletű kutatási keretben készült, és több, egymásra épülő módszertani pillért alkalmazott.

Nemzetközi összehasonlító elemzés (benchmarking): a kutatás egyik fő eleme hét ország (Ausztrália, Spanyolország, Montenegró, Kanada, Japán, Egyesült Királyság, Svédország) egészségügyi rendszerének strukturált összehasonlító elemzése. A benchmarking célja, hogy feltárja azokat a támogató mechanizmusokat, amelyek elősegítik az intellektuális fogyatékos-sággal élő személyek számára az egészségügyi rendszerbe való első belépést.

Az országok kiválasztása elméleti szűrési logika alapján történt, figyelembe véve a következő szempontokat: minden állampolgár számára elérhető, közfinanszírozott egészségügyi ellátás, a fogyatékos-ságügyi ENSZ-egyezmény ratifiká-



1. ábra

Levesque modell az egészségügyi hozzáférés megvalósulásáról a speciális támogatási igényű személyekre adaptálva (forrás: [7])

lása, valamint dokumentált jó gyakorlatok megléte a hozzáférés támogatására és a kulturális sokszínűség.

A benchmarking-elemzés három kulcsfontosságú szempont mentén valósult meg:

- Kommunikációs támogatás – Milyen módon teszik érthetővé az információkat az egészségügyi szolgáltatók a különböző kommunikációs és támogatási igényű személyek számára?
- Döntéshozatal segítése – Milyen eszközökkel és protokollokkal biztosítják az autonóm, mégis támogatott döntések lehetőségét?
- Strukturális hozzáférés – Milyen szervezeti, adminisztratív vagy fizikai tényezők segítik, illetve akadályozzák az első kapcsolatfelvétel gördülékénységét?

E három dimenzió együttesen határozza meg, hogy az egészségügyi ellátórendszer mennyire képes befogadó módon működni már az első találkozás pillanatától.

A nemzetközi összehasonlításhoz nemcsak tudományos publikációk, hanem szakpolitikai irányelvek, WHO-ajánlások és civil szervezeti dokumentumok is feldolgozásra kerültek. Az anyagok elemzése tematikus bontásban történt, különös figyelmet fordítva az információközlés, döntéstámogatás és rendszerbe jutás esélyegyenlőségi kérdéseire. E három dimenzió mentén rendszereztem a nemzetközi és hazai jó gyakorlatokat, amelyeket a 2. ábrán össze is foglaltam.

A hazai kontextus mélyebb megértése érdekében a kutatás kvalitatív szakaszában négy, félig strukturált interjú készült (Nem Adom Fel Alapítvány, ÉFOÉSZ, AOSZ, Down Alapítvány) olyan civil szervezetek szakembereivel, akik rendszeresen dolgoznak IFÉ személyekkel, különösen az egészségügyi hozzáférés támogatása terén. Ezek a szervezetek közvetlen kapcsolatban állnak az érintettekkel és gyakran informális, rendszerkiegészítő szerepet töltenek be az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés támogatásában. A kutatás szemléletében participatív megközelítésre törekedett,

Kommunikációs támogatás	Szakemberek érzékenyítése
	Könnyen érthető tájékoztatók / Easy-to-read
	Jogszabályi háttér
	Egészségügyi útlevél / Health passport
Döntéshozatali támogatás	Családi támogatás
	WHO protokoll
	Személyes asszisztencia állami szervezési szinten
	Kapcsolattartó ápoló / Disability Liaison Nurse
	Multidiszciplináris team
	Civil szervezetek
Strukturális hozzáférés	Kórházi útlevél / Hospital passport
	Fogyatékosügyi kapcsolattartók
	Háziorvosi betegútmenedzsment
	Éves szűrési program
	Ellátási garancia
	Civil szervezetek

2. ábra
Egészségügyi ellátás 3 fő belépési dimenziójának eszköztára a nemzetközi benchmarking alapján

mivel a hazai helyzet feltárása során hangsúlyos szerepet kaptak az érintettekkel napi kapcsolatban álló szervezetek tapasztalatai és nézőpontjai. Az interjúk kvalitatív feldolgozása során tematikus elemzést alkalmaztam. Az elemzés célja nem reprezentatív következtetések levonása, hanem a résztvevők tapasztalataiban megjelenő közös mintázatok és kihívások feltárása volt. Az interjúalanyok hozzájárultak nevük és szervezeti hovatartozásuk feltüntetéséhez. Az interjúk 2025 májusában zajlottak, személyesen vagy online formában, 40–50 perc időtartamban, jegyzeteléssel rögzítve.

A beszélgetések két fő tematikus blokk köré szerveződtek:

- Az érintettek szükségleteinek és a támogatási formáknak a feltérképezése az egészségügyi rendszer belépési pontjainál.
- A jelenlegi rendszer gyakorlati működésének értékelése, különös tekintettel a hozzáférést akadályozó tényezőkre és a fejlesztési lehetőségekre.

A „Vertikális betegút” – saját fogalomértelmezésként jelenik meg. Ez a szempontrendszer nem előre rögzített elméleti keretként jelent meg, hanem induktív módon alakult ki a nemzetközi példák és szakirodalmi források feldolgozása során. A vertikális megközelítés azt vizsgálja, hogy a páciens milyen minőségben és mélységben kapcsolódik az egészségügyi rendszerhez az ellátás különböző szakaszaiban – különösen a belépési pontokon.

A kutatás szemléleti hátterét egy hazai pilot fejlesztési projekt tapasztalatai is formálták, amely az intellektuális fogyatékossgal élő nők nőgyógyászati ellátáshoz való hozzáférést támogatta. A projekt gyakorlati példaként szolgált a belépési pontokon alkalmazható támogató elemek azonosításához.

EREDMÉNYEK ÉS MEGBESZÉLÉS

Az elemzés három kulcsterületre koncentrált: kommunikáció, strukturális hozzáférés és döntéshozatali támogatás. Ezek a szempontok nemcsak a nemzetközi szakirodalomban emelkednek ki, hanem a jelen kutatás hazai és nemzetközi adatainak összehasonlíthatósága miatt is relevánsak.

A félig strukturált interjúkban visszatérő problémaként jelentek meg a kommunikációs akadályok. A négy civil szervezet képviselői visszatérően számoltak be arról, hogy az egészségügyi kommunikáció sok esetben nem igazodik az IFÉ személyek szükségleteihez. Ezek közé tartozik a könnyen érthető nyelvezet használata, a vizuális támogatás biztosítása, a megértés visszaellenőrzése, a közvetlen megszólítás, valamint a döntéshozatalt segítő kommunikáció alkalmazása.

Pozitív példák is felmerültek az interjúkban: egyes háziorvosok, akik korábban már kapcsolatba kerültek IFÉ páciensekkel, nyitottabbak és tudatosabbak voltak a kommunikációjukban. Azonban ezek az esetek rendszerszinten nem támogatottak, és az ilyen érzékeny megközelítés személyes elkötelezettségen múlik. Bár az egészségügyi ellátásra vonatkozó jogszabályok és a fogyatékossgügyi stratégiai dokumentumok hangsúlyozzák a fogyatékossgal élő személyek speciális szükségleteinek figyelembevételét és az egyenlő hozzáférés biztosítását, a könnyen érthető kommunikáció alkalmazására vonatkozó, egységesen bevezetett szakmai irányelvek és kötelező egészségügyi képzések jelenleg korlátozottan állnak rendelkezésre [29,30].

A strukturális hozzáférés terén is nehézségek azonosíthatók. Az egészségügyi rendszer belépési pontjai – például az időpontfoglalás, online regisztráció vagy a digitális ügyintézés – bár formálisan elérhetők, használatuk nem mindenki számára biztosított egyenlő feltételek mellett. Ez különösen az alacsonyabb olvasási, egészségértési vagy digitális készségekkel rendelkező személyek számára jelenthet akadályt [31]. A Down Alapítvány, az ÉFOÉSZ és az AOSZ képviselői a fogászati ellátást az egyik legnehezebben hozzáférhető területként azonosították. Beszámolóik szerint az érintett személyek fogászati ellátása gyakran speciális feltételeket igényel, és több esetben hosszabb várakozási idővel, illetve szervezési nehézségekkel jár. Az interjúalanyok különösen a vidéki ellátáshoz való hozzáférés kihívásait emelték ki. Megjegyzendő, hogy bár a speciális szükségletű betegek fogászati ellátásának finanszírozását jelentősen megemelték [32], a tapasztalatok azt mutatják, hogy továbbra is érzékelhetők különbségek a hozzáférés terén.

A strukturált egészségügyi kísérés egyik hazai példája a Down Alapítvány által működtetett Down Egészségcentrum. A szolgáltatás célja az egészségügyi ellátások megszervezésének támogatása, az érintettek és kísérőik segítése, valamint az egészségügyi szolgáltatókkal való koordináció. A modell arra mutat példát, hogy a betegút szervezését és a hozzáférést támogató szolgáltatások miként járulhatnak hozzá az egészségügyi ellátások jobb elérhetőségéhez.

A döntéshozatali támogatás terén azokra az esetekre hívták fel a figyelmet a szervezetek, amikor az IFÉ személy megfelelő kommunikációs és strukturális támogatás mellett képes lenne véleményének kifejezésére és az őt érintő döntésekben való részvételre, azonban nem minden esetben kap erre lehetőséget. A páciens döntéshozatalban való részvételének lehetőségét nem kizárólag az érintett személy döntésképesége, hanem a rendelkezésre álló kommunikációs és strukturális támogatás, valamint az egészségügyi ellátás szervezeti és jogi keretei is befolyásolhatják [33].

A kutatás gyakorlati szakaszában egy pilot program keretében olyan támogató elemek kipróbálására került sor, amelyek a kommunikációs, szervezési és döntéshozatali akadályok csökkentését célozták. A program a Down Alapítvány és egy magyarországi egészségügyi szolgáltató együttműködésében valósult meg.

A pilot során négy páciens vett részt a fejlesztett ellátási folyamat kipróbálásában. Az előkészítés részeként a páciensek támogatási szükségleteiről előzetes információgyűjtés történt a családtagok, gondozók vagy kísérők bevonásával. Az ellátást egyszerűsített anamnézislappal, vizuális segédanyagokkal és előzetes tájékoztatás támogatással. A vizsgálat menetét a páciens számára előre ismertették, és kiemelt figyelmet fordítottak a közvetlen kommunikációra, valamint a kísérőkkel való strukturált együttműködésre.

A program értékelése nem standardizált mérőeszközökkel történt. A tapasztalatok a résztvevők, kísérők és az ellátásban részt vevő szakemberek szóbeli visszajelzéseinek alapulak, melyek alapján a támogató elemek alkalmazása megvalósíthatónak bizonyult a meglévő ellátási keretek között, és hozzájárult az ellátási folyamat kiszámíthatóbb megszervezéséhez. Ugyanakkor a pilot nem tekinthető hatásvizsgálatnak, ezért további kutatások szükségesek annak megítéléséhez, hogy ezek az elemek milyen feltételek mellett lennének szélesebb körben adaptálhatók.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az elemzés három fő dimenzió mentén szerveződött: kommunikáció, strukturális hozzáférés és döntéshozatali támogatás. E szempontrendszer a kutatás nemzetközi benchmarking megközelítéséhez is illeszkedik.

A nemzetközi példák azt mutatják, hogy a belépési pontokon történő kapcsolatfelvétel minősége alapvetően meghatározza, hogy az egészségügyi ellátás ténylegesen elérhetővé válik-e az IFÉ személyek számára. Bár a magyar rendszer formálisan biztosítja az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést, a gyakorlatban számos strukturális és szemléleti akadály áll fenn. A nemzetközi jó gyakorlatok, a szakirodalom, a civil szervezetek tapasztalatai és a bemutatott pilot projekt tanulságai alapján az alábbi következtetések és stratégiai fejlesztési irányok fogalmazhatók meg.

Kommunikáció – az információértelmezés és megértés támogatásának hiánya: Az egészségügyi belépési pontokon – például recepciókon, telefonos ügyintézésnél vagy vizsgál-

atok előtt – nem áll rendelkezésre intézményesített támogatás az érthető kommunikációhoz. A szakemberek kommunikációs gyakorlata jellemzően egyéni érzékenységen, nem rendszerszintű irányelveken alapul.

javaslatok:

- Egységes, országos irányelv kidolgozása a könnyen érthető egészségügyi kommunikáció érdekében;
- Akkreditált képzések biztosítása az egészségügyi dolgozóknak a kommunikáció és fogyatékos-ság-specifikus szemléletformálás témájában;
- Strukturált betegút-tájékoztatók és egészségügyi útlevélek bevezetése, amelyek előzetesen információt nyújtanak az ellátás menetéről, valamint rögzítik a páciens kommunikációs, szenzoros és támogatási szükségleteit. Az eszközök tartalmazhatják a vizsgálat lépéseinek egyszerű nyelvezetű és vizuálisan támogatott bemutatását, a preferált kommunikációs módokat, valamint az ellátás során figyelembe veendő egyéni igényeket.

Strukturális hozzáférés – eseti megoldások rendszer-szintű alternatívája: Az IFÉ személyek ellátása során hiányoznak az egységes protokollok, az előkészítési és tájékoztató támogatás rendszere, és az egészségügyi intézmények közötti koordináció sem biztosított. A hozzáférési egyenlőtlenségek különösen élesen jelentkeznek a fogászati és egyes szakellátások esetében.

javaslatok:

- Intézményi szinten alkalmazott fogadási protokoll bevezetése az IFÉ személyek számára.
- Egységügyi kísérőszolgáltatás kialakítása, amely végigkíséri az érintettet a betegút során.
- Az altatásos ellátást igénylő fogászati beavatkozásokhoz való hozzáférés akadályainak feltárása és az ellátási folyamatok fejlesztése.
- A háziorvosok aktívabb bevonása a betegút koordinációjába, célzott képzésekkel támogatva.

Döntéshozatali támogatás – az autonómia gyakorlati érvényesülésének hiánya: A döntéshozatal folyamatában az IFÉ személyek véleménye és preferenciái nem minden esetben jelennek meg megfelelő súllyal. A támogatott döntéshozatal gyakorlati alkalmazása az interjúk alapján nem tekinthető egységesen elterjedtnek az egészségügyi ellátásban.

javaslatok:

- A támogatott döntéshozatal jogi és gyakorlati kereteinek újragondolása az egészségügy kontextusában;
- Döntéstámogató eszközök fejlesztése (pl. képi és egyszerűsített szöveges anyagok);
- Orvosszakmai irányelvek fejlesztése a támogatott döntéshozatal inkluzívabb alkalmazásának elősegítésére;
- A betegjogi képviselőt célcsoportspecifikus megerősítése.

Összességében megállapítható, hogy az IFÉ személyek egészségügyi rendszerbe való belépése jelenleg nem valósul

meg egyenlő esélyekkel. A feltárt problémák rendszerszintű változtatásokat igényelnek. A kutatás célja nem az azonnali beavatkozás, hanem olyan fejlesztési irányok kijelölése,

amelyek mentén hosszabb távon fenntartható, inkluzív és méltóságteljes egészségügyi hozzáférés alakítható ki e társadalmi csoport számára.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Alapvető Jogok Biztosának Hivatala. A fogyatékos emberek egészségügyi ellátásáról. Accessed May 24, 2025. <https://www.ajbh.hu/-/a-fogyatekos-emberek-egeszsegu-gyi-ellatasarol>
- [2] Alapvető Jogok Biztosának Hivatala: Az alapvető jogok biztosa a sürgősségi pszichiátriai gyógykezelés elrendelésével kapcsolatos hatékony jogorvoslat fontosságáról és a jogértelmezési gyakorlat problémáiról. Accessed May 24, 2025. <https://www.ajbh.hu/-/az-alapveto-jogok-biztosa-a-surgossegi-pszichiatrai-gyogykezeles-elrendelesevel-kapcsolatos-hatekony-jogorvoslat-fontossagarol-es-a-jogertelmezesi-gy>
- [3] Down Alapítvány: Down Egészségcentrum. 2024. Accessed December 14, 2024. <https://downalapitvany.hu/node/1235>
- [4] United Nations: United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). United Nations; 2006. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> Accessed June 30, 2026.
- [5] United Nations Department of Economic and Social Affairs: Disability Strategies and Action Plans by Country. 2024. Accessed May 12, 2025. <https://social.desa.un.org/issues/disability/resources/disability-resources/disability-strategies-and-action-plans-by>
- [6] World Health Organization. Health Equity for Persons with Disabilities: Guide for Action. WHO; 2024. Accessed April 18, 2025. <https://www.who.int/publications/i/item/B09201>
- [7] Levesque JF, Harris MF, Russell G: Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):18. doi:10.1186/1475-9276-12-18
- [8] Braveman P, Arkin E, Orleans T et al.: What is Health Equity? *Behavioral Science & Policy*. 2018;4(1):1-14. doi:10.1177/237946151800400102
- [9]. Australian Government Department of Health: National Roadmap for Improving the Health of People with Intellectual Disability. Commonwealth of Australia; 2021. <https://www.health.gov.au/resources/publications/national-roadmap-for-improving-the-health-of-people-with-intellectual-disability>
- [10] NSW Ministry of Health Australia: NSW Disability Inclusion Action Plan 2016–2019 Snapshot 2021–2023. 2023. Accessed April 20, 2025. <https://www.health.nsw.gov.au/disability/Publications/action-plan-snapshot-2021-2023.pdf>
- [11] Australian Government Department of Health and Aged Care: Primary Care Enhancement Program for people with intellectual disability. 2024. Accessed May 15, 2025. <https://www.health.gov.au/our-work/primary-care-enhancement-program-for-people-with-intellectual-disability>
- [12] WHO: Montenegro: the first country in the European Region to implement the WHO Disability Guide for Action. 2023. Accessed April 13, 2025. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/montenegro--the-first-country-in-the-european-region-to-implement-the-who-disability-guide-for-action>
- [13] Lunskey Y, Klein-Geltink J, Durbin A et al.: Barriers and facilitators to improving health care for adults with intellectual and developmental disabilities. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*. 2018;38(10):367-374. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/health-promotion-chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-38-no-10-2018/barriers-facilitators-improving-health-care-adults-intellectual-developmental-disabilities.html>
- [14] Casson I, Broda T, Durbin J et al.: Health checks for adults with intellectual and developmental disabilities in a family practice. *Canadian Family Physician*. 2018;64:S44-S50. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85046033291&partnerID=40&md5=047c00fc2d71b81ccb13e5970be1f3b3>
- [15] Inclusion Canada: Inclusion Canada – Promoting Inclusion. *Defending Rights*. 2023. Accessed April 20, 2025. <https://inclusioncanada.ca/>
- [16] Centre for Addiction and Mental Health: Health Care Access Research and Developmental Disabilities (H-CARDD) Program. 2025. Accessed May 16, 2025. <https://www.camh.ca/en/professionals/professionals--projects/hcardd>
- [17] Plena Inclusión: ENABLE – International Synthesis Report. 2024. Accessed May 30, 2025. <https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2024/08/ENABLE.-International-synthesis-report.pdf>
- [18] Salvador-Carulla L, García-Gutiérrez J, García-Álvarez A et al.: The role of easy-to-read materials in supporting equitable access to healthcare for people with intellectual disabilities: A study in Spanish hospitals. *J Policy Pract Intellect Disabil*. 2022;19(3):232-242. doi:10.1111/jppi.12455
- [19] Tanaka K, Hagiwara M, Fujita J et al.: Primary care experiences of people with disabilities in Japan: a cross-sectional study using a newly developed Japanese version of the Primary Care Assessment Tool. *Int J Equity Health*. 2022;21(1):120-133. doi:10.1186/s12939-022-01748-3

- [20] Japanese Society for Rehabilitation of Persons with Disabilities: Japanese Society for Rehabilitation of Persons with Disabilities. 2024. Accessed April 20, 2025. <https://www.jsrpd.jp/en/>
- [21] Ikegami N, Yoo BK, Hashimoto H et al.: Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *The Lancet*. 2011;378(9796):1106-1115. doi:10.1016/S0140-6736(11)60828-3
- [22] NHS England: Annual health checks for people with a learning disability. 2025. Accessed May 16, 2025. <https://www.england.nhs.uk/learning-disabilities/improving-health/annual-health-checks/>
- [23] NHS England: Care, Education and Treatment Reviews: Policy and Guidance. NHS England; 2024. <https://www.england.nhs.uk/learning-disabilities/care/ctr/>
- [24] NHS England: LeDeR Annual Report 2022–2023. NHS; 2023. Accessed May 16, 2025. <https://leder.nhs.uk/images/resources/action-from-learning-report-22-23/NHS-LeDeR-2022-2023-V12.pdf>
- [25] Mencap: Hospital Passport. Mencap website. 2024. Accessed April 18, 2025. <https://www.mencap.org.uk/advice-and-support/health-coronavirus/health-guides>
- [26] Learning Disability England: Learning Disability England. 2024. Accessed April 20, 2025. <https://www.learningdisabilityengland.org.uk/>
- [27] Socialstyrelsen TNB of H and W: Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments (LSS). Socialstyrelsen; 2009. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2009-126-188_2009126188.pdf
- [28] Schalock R, Luckasson R, Tassé M: An Overview of Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports (12th ed.). *Am J Intellect Dev Disabil*. 2021;126:439-442. doi:10.1352/1944-7558-126.6.439
- [29] Magyarország Kormánya. 1997. Évi CLIV. Törvény Az Egészségügyről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv#>
- [30] Miniszterelnökség. Országos Fogyatékoságügyi Program (2015–2025) – Végrehajtási Intézkedési Terv (2020–2022). Magyar Kormány; 2020. <https://njt.hu/jogszabaly/2020-1187-30-22>
- [31] Bruland D, Geffroy D, Latteck AD: Digital Health Literacy of People with Intellectual Disabilities: A Scoping Review to Map the Evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2025;22(11):1748. doi:10.3390/ijerph22111748
- [32] Magyarország Kormánya. 43/1999. (III. 3.) korm. rendelet Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900043.kor#>
- [33] Dunn M, Strnadová I, Scully JL et al.: Equitable and accessible informed healthcare consent process for people with intellectual disability: a systematic literature review. *BMJ Qual Saf*. 2024;33(5):328-339. doi:10.1136/bmjqs-2023-016113

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Kovács Bernadett tanulmányait a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Karán végezte, ahol 2025-ben MSc diplomát szerzett Egészségügyi menedzsment szakon. Kutatási érdeklődése az egészségügyi egyenlőtlenségek, az inkluzív ellátásszervezés és a fogyatékosági egészségpolitika területeire irányul. Szakmai célja, hogy a jövőben a szociális szféra és az egészségügy határterületén dolgozva járuljon hozzá a speciális támogatási igényű személyek ellátáshoz való hozzáféréseinek javításához.

lenségek, az inkluzív ellátásszervezés és a fogyatékosági egészségpolitika területeire irányul. Szakmai célja, hogy a jövőben a szociális szféra és az egészségügy határterületén dolgozva járuljon hozzá a speciális támogatási igényű személyek ellátáshoz való hozzáféréseinek javításához.