



KONFERENCIAKÖTET

Conference Proceedings

**Nemzetközi tudományos konferencia
a Magyar Tudomány Ünnepe alkalmából**
International Scientific Conference
on the Occasion of the Hungarian Science Festival

Sopron, 2023. november 23.
23 November 2023, Sopron

**FENNTARTHATÓSÁGI ÁTMENET:
KIHÍVÁSOK ÉS INNOVATÍV MEGOLDÁSOK**
SUSTAINABILITY TRANSITIONS: CHALLENGES AND INNOVATIVE SOLUTIONS

Szerkesztők / Editors:

OBÁDOVICS Csilla, RESPERGER Richárd, SZÉLES Zsuzsanna, TÓTH Balázs István

Nemzetközi tudományos konferencia a Magyar Tudomány Ünnepe alkalmából
International Scientific Conference on the Occasion of the Hungarian Science Festival

Sopron, 2023. november 23. / 23 November 2023, Sopron

**FENNTARTHATÓSÁGI ÁTMENET:
KIHÍVÁSOK ÉS INNOVATÍV MEGOLDÁSOK**
SUSTAINABILITY TRANSITIONS:
CHALLENGES AND INNOVATIVE SOLUTIONS

KONFERENCIAKÖTET
CONFERENCE PROCEEDINGS

LEKTORÁLT TANULMÁNYOK / PEER-REVIEWED PAPERS

Szerkesztők / Editors:

OBÁDOVICS Csilla – RESPERGER Richárd – SZÉLES Zsuzsanna – TÓTH Balázs István



SOPRONI EGYETEM KIADÓ

UNIVERSITY OF SOPRON PRESS

SOPRON, 2024

Nemzetközi tudományos konferencia a Magyar Tudomány Ünnepe alkalmából
International Scientific Conference on the Occasion of the Hungarian Science Festival

Sopron, 2023. november 23. / 23 November 2023, Sopron



A MAGYAR
TUDOMÁNY
ÜNNEPE



HUNGARIAN
SCIENCE
FESTIVAL

A konferencia támogatói / Sponsors of the Conference:



Felelős kiadó / Executive Publisher: Prof. Dr. FÁBIÁN Attila
a Soproni Egyetem rektora / Rector of the University of Sopron

Szerkesztők / Editors:

Prof. Dr. OBÁDOVICS Csilla, Dr. RESPERGER Richárd,
Prof. Dr. SZÉLES Zsuzsanna, Dr. habil. TÓTH Balázs István

Lektorok / Reviewers:

Dr. habil. BARANYI Aranka, Prof. Dr. BÁRTFAI Zoltán, Dr. BARTÓK István, Dr. BEDNÁRIK Éva,
Bazsóné Dr. BERTALAN Laura, Dr. CZIRÁKI Gábor, Dr. DIÓSSI Katalin, Dr. habil. JANKÓ Ferenc,
Dr. KERESZTES Gábor, Dr. habil. KOLOSZÁR László, Dr. KÓPHÁZI Andrea,
Prof. Dr. KULCSÁR László, Dr. MÉSZÁROS Katalin, Dr. NEDELKA Erzsébet,
Dr. NÉMETH Nikoletta, Dr. NÉMETH Patrícia, Prof. Dr. OBÁDOVICS Csilla,
Dr. PALANCSA Attila, Dr. habil. PAPP-VÁRY Árpád Ferenc, Dr. RESPERGER Richárd,
Dr. habil. SZABÓ Zoltán, Prof. Dr. SZÉLES Zsuzsanna, Dr. SZÓKA Károly, Dr. TAKÁTS Alexandra,
Dr. habil. TÓTH Balázs István, Pappné Dr. VANC SÓ Judit

ISBN 978-963-334-499-6 (pdf)

DOI: [10.35511/978-963-334-499-6](https://doi.org/10.35511/978-963-334-499-6)

Creative Commons license: CC BY-NC-SA 4.0 DEED



Nevezd meg! - Ne add el! - Így add tovább! 4.0 Nemzetközi
Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International

SZERVEZŐK

Soproni Egyetem Lámfalussy Sándor Közgazdaságtudományi Kar (SOE LKK),
A Soproni Felsőoktatásért Alapítvány

A konferencia elnöke: Prof. Dr. SZÉLES Zsuzsanna egyetemi tanár, dékán (SOE LKK)

Tudományos Bizottság:

- elnök: Prof. Dr. OBÁDOVICS Csilla PhD egyetemi tanár, Doktori Iskola-vezető (SOE LKK)
- társelnök: Dr. habil. TÓTH Balázs István PhD egyetemi docens, igazgató (SOE LKK)
- tagok: Prof. Dr. FÁBIÁN Attila PhD egyetemi tanár (SOE LKK), rektor (SOE)
- Prof. Dr. SZÉKELY Csaba DSc professor emeritus (SOE LKK)
- Prof. Dr. KULCSÁR László CSc professor emeritus (SOE LKK)
- Prof. Dr. SZALAY László DSc egyetemi tanár (SOE LKK)
- Prof. Dr. Clemens JÄGER PhD egyetemi tanár, dékán (FOM)
- Dr. habil. BARANYI Aranka PhD egyetemi docens (SOE LKK)
- Dr. habil. POGÁTSA Zoltán PhD egyetemi docens (SOE LKK)
- Dr. habil. SZABÓ Zoltán PhD egyetemi docens (SOE LKK)
- Dr. habil. PAPP-VÁRY Árpád Ferenc PhD tudományos főmunkatárs (SOE LKK)
- Dr. Rudolf KUCHARČÍK PhD egyetemi docens, dékán (EUBA FIR)

Szervező Bizottság:

- elnök: Dr. RESPERGER Richárd PhD adjunktus (SOE LKK)
- tagok: Dr. KERESZTES Gábor PhD egyetemi docens, dékánhelyettes (SOE LKK)
- Dr. habil. Eva JANČÍKOVÁ PhD egyetemi docens (EUBA FIR)
- Dr. habil. KOLOSZÁR László PhD egyetemi docens, intézetigazgató (SOE LKK)
- Dr. HOSCHEK Mónika PhD egyetemi docens, intézetigazgató (SOE LKK)
- PAPPNÉ Dr. VANCSÓ Judit PhD egyetemi docens, intézetigazgató (SOE LKK)
- Dr. SZÓKA Károly PhD egyetemi docens (SOE LKK)
- titkár: NEMÉNY Dorka Virág kutatási asszisztens (SOE LKK)

ORGANIZERS

University of Sopron Alexandre Lamfalussy Faculty of Economics (SOE LKK),
For the Higher Education in Sopron Foundation

Conference Chairperson: Prof. Dr. Zsuzsanna SZÉLES PhD Professor, Dean (SOE LKK)

Scientific Committee:

Chair: Prof. Dr. Csilla OBÁDOVICS PhD Professor, Head of Doctoral School (SOE LKK)

Co-Chair: Dr. habil. Balázs István TÓTH PhD Associate Professor, Director (SOE LKK)

Members: Prof. Dr. Attila FÁBIÁN PhD Professor (SOE LKK), Rector (SOE)

Prof. Dr. Csaba SZÉKELY DSc Professor Emeritus (SOE LKK)

Prof. Dr. László KULCSÁR CSc Professor Emeritus (SOE LKK)

Prof. Dr. László SZALAY DSc Professor (SOE LKK)

Prof. Dr. Clemens JÄGER PhD Professor, Dean (FOM)

Dr. habil. Aranka BARANYI PhD Associate Professor (SOE LKK)

Dr. habil. Zoltán POGÁTSA PhD Associate Professor (SOE LKK)

Dr. habil. Zoltán SZABÓ PhD Associate Professor (SOE LKK)

Dr. habil. Árpád Ferenc PAPP-VÁRY PhD Senior Research Fellow (SOE LKK)

Dr. Rudolf KUCHARČÍK PhD Associate Professor, Dean (EUBA FIR)

Organizing Committee:

Chair: Dr. Richárd RESPERGER PhD Assistant Professor (SOE LKK)

Members: Dr. Gábor KERESZTES PhD Associate Professor, Vice Dean (SOE LKK)

Dr. habil. Eva JANČÍKOVÁ PhD Associate Professor (EUBA FIR)

Dr. habil. László KOLOSZÁR PhD Associate Professor, Director of Institute (SOE LKK)

Dr. Mónika HOSCHEK PhD Associate Professor, Director of Institute (SOE LKK)

Dr. Judit PAPPNÉ VANCSÓ PhD Associate Professor, Director of Institute (SOE LKK)

Dr. Károly SZÓKA PhD Associate Professor (SOE LKK)

Secretary: Dorka Virág NEMÉNY Research Assistant (SOE LKK)

TARTALOMJEGYZÉK / CONTENTS

Plenáris szekció

Plenary Session

How to Make European Integration Fair and Sustainable? <i>István P. SZÉKELY</i>	13
---	----

1. szekció: Fenntartható gazdálkodás és menedzsment, körforgásos gazdaság Session 1: Sustainable Economy and Management, Circular Economy

A zöld ellátási láncok aktuális kérdései - Kritikai szakirodalmi összefoglalás <i>PIRICZ Noémi</i>	27
--	----

Well-being - kulcs a fenntartható működéshez <i>KÓPHÁZI Andrea – KOVÁCSNÉ LACZKÓ Éva Mária</i>	36
--	----

Szervezeti kultúra és fenntarthatóság <i>KOVÁCSNÉ LACZKÓ Éva Mária</i>	48
--	----

Az új mexikói kvótakereskedelmi rendszer és erdészeti vonatkozásai <i>KIRÁLY Éva – BOROVICS Attila</i>	61
--	----

A designesztétika gazdasági megközelítésének lehetőségei <i>REMÉNYI Andrea – ZALAVÁRI József</i>	76
--	----

A körforgásos üzleti modellek a vállalati gyakorlatokban <i>KRIZA Máté</i>	98
--	----

2. szekció: Társadalmi kihívások és társadalmi innovációk a fenntartható fejlődésben Session 2: Social Challenges and Innovations in Sustainable Development

Társadalmi kihívások a divatipari fogyasztás terén <i>VIZI Noémi</i>	119
--	-----

Klímaszorongás jelenléte az X, Y és Z generáció életében <i>SZEBERÉNYI András</i>	128
---	-----

Közelségi torzítás – a home office egyik kihívása <i>IONESCU Astrid</i>	147
---	-----

Megérti-e a választ, ha megkérdezi kezelőorvosát, gyógyszerészét? Az egészségműveltség mérésének aktuális kérdései Magyarországon <i>PORZSOLT Péter</i>	154
---	-----

A digitális egészségügyi ellátás, mint innováció mérési lehetőségei <i>KOVÁCS Erika</i>	168
---	-----

3. szekció: Fenntartható pénzügyek és számvitel
Session 3: Sustainable Finance and Accounting

A közösségi költségvetési számvitel koncepciója és dilemmái <i>SISA Krisztina A. – SIKLÓSI Ágnes – VERESS Attila – DENICH Ervin</i>	181
Az iszlám banki számvitel digitalizációjának elméleti és filozófiai megközelítése <i>CSEH Balázs</i>	193
A vállalkozások csőd kockázatának és a kötvénymínősítések együttmozgása <i>SZÁNTÓ Tünde Katalin</i>	202
A globális minimumadó következményei és megvalósíthatósága a multinacionális vállalatok számára <i>MATTIASSICH Enikő – SZÓKA Károly</i>	211

4. szekció: Fenntartható turizmus és marketing
Session 4: Sustainable Tourism and Marketing

A fenntartható turizmus: valóság vagy átverés? <i>PALANCSA Attila</i>	221
Metamarketing: fenntartható innovációk a valós és virtuális lehetőségek imperatív szimbiózisa mentén <i>REMÉNYI Andrea</i>	237
A fennmaradás és fenntarthatóság aspektusainak vizsgálata a szálláshely-szolgáltatással foglalkozó KKV-szektorban rendkívüli helyzetek idején <i>VARGYAS Daniella – KERESZTES Gábor</i>	261
Tudatosság és fenntarthatóság a nyaralás alatt is <i>MÉSZÁROS Katalin – HOSCHEK Mónika – Németh Nikoletta</i>	270
A soproni egyetemisták külföldi tervei <i>OBÁDOVICS Csilla – RUFF Tamás</i>	283
Country Branding of the Hashemite Kingdom of Jordan <i>Mohammad Hani KHLEFAT</i>	295
Community-Based Tourism in Southeast Asia <i>Thi Thuy Sinh TRAN – Nikoletta NÉMETH – Md. Sadrul Islam SARKER – Yuan ZHANG – NHAT ANH NGUYEN</i>	309

5. szekció: Sustainable Finance and Accounting, Sustainable Development
Session 5: Sustainable Finance and Accounting, Sustainable Development

Stakeholder Engagement in the Development of the Sustainability Reporting Standards of the Global Reporting Initiative (GRI) and of the International Sustainability Standards Board (ISSB)

Alina ALEXENKO 329

The IFRS and the Financial Accounting System in Algeria: A Literature Review

Asma MECHTA – Zsuzsanna SZÉLES – Ágnes SIKLÓSI 342

Potential Effects of Industry 4.0 Technologies on Environmental Sustainability - A Systematic Literature Review

Mohamed EL MERROUN 351

The Use of Geothermal Energy for Sustainable Development and Economic Prosperity

Nadjat KOUKI – Andrea VITYI 365

6. szekció: Sustainability Transformation and Circular Economy
Session 6: Sustainability Transformation and Circular Economy

A fenntarthatóság, a társadalmi szerepvállalás és a felelős vállalatirányítás szabályozásának szerepe a vállalati innovációban

BARTÓK István János 381

Circular Economy Research Trends in the Textile and Apparel Industry: A Bibliometric Analysis

Md. Sadrul Islam SARKER – Thi Thuy Sinh TRAN – István János BARTÓK 389

The Historical Evolution of Employee Idea Management: A Comprehensive Review

Viktória ANGYAL 405

7. szekció: Sustainable Economy and Management
Session 7: Sustainable Economy and Management

Bewältigungsstrategien eines nachhaltigen Managements von Organisationen innerhalb einer VUCA-Umwelt: Eine systematische Literaturrecherche

Mike WEISS 421

Influences of Autonomous Vehicles on Sustainability: A Systematic Literature Review

Phillipp NOLL – Zoltán SZABÓ 436

Trends in Sustainable Leadership

Roland SEESE – Katalin DIÓSSI 452

Recruiting for Resilience: An Economic Approach to Mitigate Candidate Ghosting

Laureana Anna Erika TEICHERT 460

Führung auf Distanz - Herausforderungen für Führungskräfte durch die Nutzung von Home-Office

Norbert KLEIN 473

A Generative AI and Neural Network Approach to Sustainable Digital Transformation: A Focus on Medical and Marketing Sectors

Alexander Maximilian RÖSER – Cedric BARTELT 483

Allgemeine Alterswahrnehmung bei StudentInnen in den österreichischen und ungarischen Grenzregionen

Dorottya PAKAI – Csilla OBÁDOVICS 498

8. szekció: Társadalmi kihívások és társadalmi innovációk a fenntartható fejlődésben
Session 8: Social Challenges and Innovations in Sustainable Development

Fenntartható olvasás a digitális korban

MOLNÁR Csilla 509

Okos és fenntartható városfejlesztés felelősségteljes digitális innovációval

GYULAI Tamás – NAGY Marianna 518

A coaching szerepe a vezetőfejlesztésben

KÓPHÁZI Andrea – Éva LÖWE 535

9. szekció: Fenntartható gazdálkodás és menedzsment
Session 9: Sustainable Economy and Management

A szolgáltatók szerepe és felelőssége a desztinációk fenntartható turizmusának megteremtésében, illetve kialakításában: Szisztematikus irodalmi áttekintés

TEVELY Titanilla Virág – BEHRINGER Zsuzsanna 548

Bükkfürdő imázsának élménymarketing alapú vizsgálata

HORVÁTH Kornélia Zsanett 563

A public relations (PR) tevékenység határai és viszonya a marketinghez - Egy PR szakemberek körében végzett kvantitatív kutatás eredményei

KÁROLY Róbert – LUKÁCS Rita – PAPP-VÁRY Árpád Ferenc 572

Márkázott superhősök: Hogyan formálják a különböző termék- és szolgáltatásmárkák Amerika kapitány és Vasember karakterét a Marvel filmekben?

PAPP-VÁRY Árpád Ferenc – RÖNKY Áron 591

Sztármárka-építés hosszú távon: Cristiano Ronaldo és CR7 márkájának megítélése – Egy kvalitatív kutatás tapasztalatai

KORIM Dorina – PAPP-VÁRY Árpád Ferenc 609

10. szekció: Sustainable Economy and Management I.
Session 10: Sustainable Economy and Management I.

The Role of Mountain Tourism Activities and Facilities on Domestic Tourism Consumption in Tourism Destinations <i>Deborah KANGAI – Eliyas Ebrahim AMAN – Árpád Ferenc PAPP-VÁRY – Viktória SZENTE</i>	624
Sustainable Project Management <i>Attila LEGOZA</i>	633
The Effect of Sustainability Development Using the Example of Green Washing <i>Dijana VUKOVIĆ – Tanja UNTERSWEG</i>	641
Sustainable Strategies in Case of Start-Up Enterprises <i>Peter IMRICKO</i>	654
Sustainable Strategic Management at Multinational Companies <i>Peter IMRICKO</i>	663
The EU as a “Leadiator” in Climate Governance - a Successful Soft Power Instrument? An Analysis with a Focus on Sustainable Mobility <i>Sarah DIEHL</i>	674
Az irodater komfortjának vizsgálata a munkavállalók szempontjából – Út a jövő optimális irodája felé <i>GROZDICS Anett Tímea – BORSOS Ágnes</i>	684
Mögliche Auswirkungen von CSRD & ESRS auf die digitale Wirtschaft und der Fertigungsindustrie in Deutschland: aus der Perspektive der Industrieperformance und der nachhaltigen Entwicklung <i>Mohammad Reza ROBATIAN</i>	696

11. szekció: Sustainable Economy and Management II.
Session 11: Sustainable Economy and Management II.

Sustainability and Climate Protection in Hospitals - Green Hospitals in the Future in Germany <i>Patricia Carola MERTEN</i>	719
Territoriality in Climate Adaptation? Space Interpretations of Different Disciplines and Fields and their Potential Utilization in the Examination of Climate Adaptation’s Territorial Aspects <i>Attila SÜTŐ</i>	727
Sustainable Unity in the European Insurance Market: Calculating Personal Injury Claims (From Experience to Methodology) <i>Zsolt Szabolcs EKE</i>	745

12. szekció: Poszter szekció
Session 12: Poster Session

A dendromassza-hasznosítás, mint megújuló természeti erőforrás szerepe a fenntartható, körkörös gazdaságban <i>SZAKÁLOSNÉ MÁTYÁS Katalin</i>	755
Az I szektor karbonhatékonyságának vizsgálata Magyarországon <i>KOVÁCSNÉ SZÉKELY Ilona – MAGYAR Norbert – JAKUSCHNÉ KOCSIS Tímea</i>	761
A visegrádi országok egészségügyi reformjainak és intézkedéseinek összehasonlítása <i>VITÉZ-DURGULA Judit – SÓTONYI Tamás Péter</i>	766
A márkaépítés hatása a fogyasztói lojalításra a Magyar Telekom esetében <i>TAKÁTS Alexandra – SZÁSZ Zsombor Levente</i>	780
Examining the Impact of Certain Factors on the Delivery Time of a Manufacturing Firm Using Data Science Methods <i>Zsolt TÓTH – József GARAB</i>	800
Artificial Intelligence with an Economic Growth Perspective <i>Firat ŞAHİN</i>	809

A visegrádi országok egészségügyi reformjainak és intézkedéseinek összehasonlítása
Comparison of the Healthcare Reforms and Measures of the Visegrad Countries

VITÉZ-DURGULA Judit

doktorandusz (*PhD Student*)

Soproni Egyetem, Lámfalussy Sándor Közgazdaságtudományi Kar – Széchenyi István Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola (*University of Sopron, Alexandre Lámfalussy Faculty of Economics, István Széchenyi Economics and Management Doctoral School*)

SÓTONYI Tamás Péter

doktorandusz (*PhD Student*)

Soproni Egyetem, Lámfalussy Sándor Közgazdaságtudományi Kar – Széchenyi István Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola (*University of Sopron, Alexandre Lámfalussy Faculty of Economics, István Széchenyi Economics and Management Doctoral School*)

Absztrakt:

A visegrádi országokat összeköti a közös történelem, hagyomány, földrajzi közelség, a hasonló geopolitikai viszonyok. Sok szempontból egymás referenciaországgként tekinthetünk rájuk. Az egészségügyi reform minden kelet-közép-európai országban rendszeresen napirenden van, ami hasonló okokra vezethető vissza: a szovjet időkből megörökölt nehézkes, kórházközpontú egészségügyi rendszerek, melyek mára elavultak, finanszírozásuk nem fenntartható. A kutatásunk módszertana a szakirodalom szintetizálása volt, mely segíthet megválaszolni a kutatási kérdéseinket, mennyiben hasonlítanak a V4-országok egészségügyi intézkedései, és ezek mennyiben felelősek az OECD- és EU-átlagtól elmaradó egészségügyi mutatókért? Összegzőképpen megállapíthatjuk, hogy a visegrádi országokban a reformok iránya országonként meglehetősen hasonló volt (az egészségügyi törekvések két téma köré csoportosulnak: az egészségügyi ellátórendszer struktúrája és a társadalombiztosítási intézményi rendszer felépítése), azonban, jelentős különbségek voltak a reformok időzítésében és terjedelmében. Következtetéseink közt szerepel, hogy nem létezik a „mindenre gyógyír” egészségügyi rendszer, de az egyes országok egészségpolitikai intézkedéseinek ismerete hasznos következtetésekhez vezethet, kerülendő/követendő például szolgálhat, hiszen minden vizsgált egészségügyi rendszerben egyaránt találhatóak példaértékű és rosszul kitalált, megvalósított intézkedések is.

Kulcsszavak: egészségügy, egészségpolitika, reform, visegrádi országok

JEL-kódok: I11, I15, I18

Abstract:

The Visegrad countries are connected by common history, tradition, geographical proximity, and similar geopolitical conditions. In many ways, we can see them as each other's reference countries. Healthcare reform is regularly on the agenda in all Eastern and Central European countries, which can be traced back to similar reasons: the hardle manageable, hospital-centered healthcare systems inherited from the Soviet era, which are now outdated, and their financing is unsustainable. The methodology of our research was to synthesize the literature, which can help answer our research questions, to what extent are the health measures of the V4 countries similar, and to what extent are they responsible for health indicators that are below the OECD and EU average? In summary, we can conclude that the direction of the reforms in the Visegrad countries was quite similar per country (health efforts are grouped around two themes: the structure of the health care system and the structure of the social security institutional system),

however, there were significant differences in the timing and scope of the reforms. Our conclusions include that there is no "cure-all" health care system, but knowledge of the health policy measures of individual countries can lead to useful conclusions, for example what to avoid/follow, since in every examined health care system there are both exemplary and poorly conceived and implemented measures.

Keywords: healthcare, health policy, reform, Visegrad countries
JEL Codes: I11, I15, I18

1. Bevezetés

Magyarországot, Csehországot, Szlovákiát és Lengyelországot összeköti a közelség, a hasonló geopolitikai viszonyok, kultúra és értékek (Janusz & Kowalczyk, 2022). Ebből kiindulva tanulmányunkban azt vizsgáljuk, hogy az egészségipar, az egészségügy mentén milyen rokonvonások lelhetők fel a V4-országokban, az egészségügyi intézkedések és reformok mennyiben hasonlíthatnak és ezek mennyiben felelősek az OECD- és EU-átlagtól elmaradó egészségügyi mutatókért?

A kelet-közép-európai országok egészségügyének sajátossága, hogy ennek a fontos nemzetgazdasági ágazatnak a rendszerváltás óta nem sikerült a súlyának megfelelő elismertséget szerezni a közgondolkodásban (Hegedűs & Pataki, 2014).

A V4-országok egészségügyi rendszereiben a válságjelenségek fokozódása figyelhető meg az elmúlt két évtizedben. A jelenségek egy része – például orvosok elvándorlása, ápolóképzésbe jelentkezők hiánya, a háziorvosi utánpótlás hiánya, a kórházak eladósodása, a várólisták növekedése – számszerűsíthető. A válságjelenségek másik csoportja nem számszerűsíthető, de érzékelhető az orvos–beteg kapcsolat radikális változása, a kiégés, kilátástalanság növekedése az egészségügyi dolgozók körében, a bizalomhiány a rendszer minden lényeges pontján, a hiteles, reális jövőkép hiánya. Mindezek nyomatékossítják egy hosszú távú stratégia szükségességét (Orosz, 2009).

"Egészségügyi rendszerünk válságban van." Ezt a túlzó általánosítást három évtizede fenntartások nélkül hangoztatják Magyarországon a betegek, egészségügyi dolgozók és kormánytisztviselők egyaránt. Ez az kijelentés azonban félrevezető és bénító túlzás, hiszen minden ország egészségügyi rendszere ki van téve az irreális elvárások által generált populista kritikának, továbbá a valóság az, hogy a magyar rendszerben példaértékű és rosszul működő építőelemek egyaránt találhatóak, véli Mihályi (2017), akinek véleményével teljesen egyetértünk nemcsak a magyar, hanem a visegrádi országok egészségügyi rendszereire vonatkozóan is.

2. Módszertan

Nem rendelkezünk sok év(tized)es egészségpolitikai gyakorlattal, így a kutatás fő módszertana a hazai és nemzetközi szakirodalom szintetizálása. A V4-országok egészségügyi rendszereinek összevetése és az országok egészségügyi intézkedéseinek, reformjainak tanulmányozása segített megválaszolni a kutatási kérdést.

Nem szabad szem elől tévesztenünk, hogy az egészségügy problémáinak definiálásában és a javasolt reformokban mutatkozó különbségek jelentős mértékben az elemző megközelítéstől, értékrendszerétől függenek, tehát bőven akadnak szubjektív tényezői (Orosz, 2001). Elemzésünk tanulságaként ezt kiegészítenénk azzal, hogy a reformok sikerességének megítélése is számos szubjektív elemet tartalmaz. Munkánk során törekedtünk a semlegességre és a megfelelő következtetések levonására.

3. Szakirodalmi háttér

3.1. V4-ek egészségügyi rendszerei

Nézzük meg, hogy a vizsgált 4 ország egészségügyi rendszerének jellemzőit – a rokon, azonos vonásokra fókuszálva (1. táblázat).

1. táblázat: Az egészségügyi rendszerek jellemzői a V4-országokban

	Csehország	Lengyelország	Magyarország	Szlovákia
<i>Szovjetuniós modell</i>	Szemaskó-modell			
<i>Rendszerváltáskori társadalombiztosítási modell</i>	Bismarck (1991)	Bismarck (1999)	Bismarck (1989)	Bismarck (1993)
<i>Jelenlegi egészségügyi modell</i>	Vegyes / átmeneti rendszer (Bismarck és Beveridge-i modell)			
<i>Egy vagy több-biztosítós egészségügyi rendszer</i>	több biztosítós rendszer	egy biztosítós egészségügyi rendszer		több biztosítós rendszer
<i>Tulajdonforma</i>	főként magántulajdon	általában/főként köztulajdon		vegyes
<i>Finanszírozási forrás</i>	társadalombiztosítás (járulékokból)			
<i>Piac</i>	erős verseny, köz- és magán-szolgáltatók	szabályozott, köz- és magán-szolgáltatók		erős verseny, jelentősek a magán-szolgáltatók

Forrás: Bunker (1988); van der Zee & Kroneman (2007); GYEMSZI (2014); Hegedűs (2015); Hankó (2019); Paulikné (2019) alapján saját szerkesztés (2023)

Az egészségügyi rendszerek tipográfiájáról szóló tanulmányokból egyértelműen kiderül, hogy a V4-országokban a kommunista rendszer összeomlása előtt a szovjet típusú Szemaskó-modellen alapuló, adóból finanszírozott egészségügyi rendszert alkalmazták, majd a régió országai áttértek (visszatértek) a Bismarck-féle szociális elvű társadalombiztosítási rendszerre: Magyarország (1989), majd Csehország (1991), Szlovákia (1993) és Lengyelország (1999) (GYEMSZI, 2014, Bunker, 1998). A vizsgált országokban tehát a szolidaritás elvű Bismarcki egészségbiztosítási modell került bevezetésre, Magyarország egybiztosítós, egy finanszírozó szervezetre, Csehország, Szlovákia és Lengyelország³⁴ a több-biztosítós rendszerre épül (Boncz, 2010).

Alapvetően tehát az egészségügyi rendszerek a V4-országaiban két nagy irányt vettek a rendszerváltoztatás után az egybiztosítós és több-biztosítós rendszert. Közös pont, hogy a biztosítás kötelező és általános érvényű mind a négy országban. Az átalakulás hatóköre széles volt: tulajdonosváltás (privatizáció), a szervezeti átalakulás (az egészségügyi alapellátás erősítése) új finanszírozási struktúra (a társadalombiztosítás bevezetése a legtöbb kelet-közép-európai országban) (Rechel & McKee, 2009). A kelet-közép-európai országok egészségügyi rendszereibe – a reformok nyomán – épülő piacorientált jellemzők nem hozták meg a kívánt eredményeket (a paternalista vonásokat nehéz felülírni), így jelentősen nőtt a betegek saját zsebből fizetett kiadása és a hálapénz is (Tambor et al., 2021).

Szlovákiában és Csehországban több biztosítós rendszert hoztak létre. A több-biztosítós rendszerrel gazdasági versenyhelyzet áll fenn, és a kínálat határozza meg az egészségügyi szolgáltatások értékét. Magyarországon és Lengyelországban, ahol az egybiztosítós rendszer működik teljesen mindegy, hogy a beteg mely egészségügyi intézményben veszi igénybe a szolgáltatást, ugyanazon összeget fogják az egészségügyi szolgáltatók megkapni az elvégzett tevé-

³⁴ 2003-ban a lengyel betegpénztárakat felváltotta a központosított intézmény az NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia), mint Nemzeti Egészségügyi Alap, így egybiztosítós modellről beszélhetünk.

kenység, illetve adminisztráció alapján. A versenyhelyzet megteremtése minőségfejlesztési háttárral is társul, mivel a szolgáltatók abban érdekeltek, hogy a beteg az általuk preferált intézményt válassza ki a szolgáltatás igénybevételére. *Szlovákia* piaci mechanizmusokra támaszkodva, az alapvető biztosítási fedezet szabályozására tett lépéseket. A magánszolgáltatók szerepe jelentős. A betegek a szolgáltatók között szabadon választhatnak, de megtalálható a kapuőr szabályozás is, azaz alapellátásban és járóbeteg szakellátásban is a definitív (befejezett) ellátásra törekszenek. *Csehországban* az alapvető fedezetet a társadalombiztosítás nyújtja. Az egészségügyi szolgáltatók főként magántulajdonban vannak és a betegek választási lehetősége széleskörű. A társadalombiztosítás mellett nem érvényesül sem a magánbiztosítás, sem az alapellátás kapuőri funkciója. *Magyarország és Lengyelország* mindkettő erősen szabályozott állami rendszerekkel rendelkező ország, ahol az ellátók közötti választási lehetőség szélesebb, viszont erős költségvetési keretek szabnak határt a szolgáltatások nyújtásának. *Magyarországon és Lengyelországban* az egészségügyi szolgáltatók köztulajdonban vannak, amely szervezetek inkább együttműködnek, mint versenyeznének (Paulikné, 2019).

A magánosítás a nagy (egyetemi, specializált) kórházak szintjén egyáltalán nem következett be. Kisebb kórházak esetén ez előfordult, főleg a több-biztosítós rendszert követő *Csehország* esetében. A magánosítás mindig politikai éllel terhes és levezénylésére lényegesen hosszabb idő kell, mint a 4 éves kormányzati ciklus, ennek megfelelően nehezen is vágnak bele, akik ebben gondolkodnak. Volt azonban egy terület, ahova a magántőke beengedésre került és ez a képalkotó diagnosztika (a forráshiány kényszere miatt) volt (Pórszász, 2022). A legális önrészfizetés, közvetlen egyéni fizetés valamennyi országban megjelenik, döntően a gyógyszerek vásárlásánál kap nagyobb szerepet. Természetesen a beteg közvetlenül fizet a legális magánszolgáltatásért, a magánorvosnak, magánkórháznak stb. Legmagasabb a lakossági kifizetések aránya *Magyarországon*, a balti országokban és *Lengyelországban*. A hálapénz a volt szocialista országok örökölt problémája és számos országban a hiánygazdálkodás következménye, a kultúra része, így a korrupció forrása (Borbás et al., 2005). A hálapénz napjainkban is súlyos probléma *Lengyelországban*, *Szlovákiában*, (*Magyarországon* 2021 óta tiltott).

Jelenleg, 30 évvel a kommunizmus összeomlása után, a kelet-közép-európai országok továbbra is küzdenek azért, hogy elegendő állami forrást biztosítsanak az egészségügy számára, és felzárkóznak a nyugat-európai országokhoz (Thomson et al, 2016). A 2008-as gazdasági világválság állandósította a Kelet- és Nyugat-Európa közötti különbségeket (Kieny, 2017), melyet a koronavírus okozta pandémia is kihangsúlyozott.

3.2. Egészségügyi reformok, intézkedések a V4-országokban

3.2.1. Fogalmi keretek

Forgács (2013) szerint az egészségügy végeredményben négy szereplős játszma, amelyben mindegyik szereplő – a szereplők: fogyasztó (beteg), szolgáltató (közvetlen és közvetett), finanszírozó és/vagy az állam – ellenérdekelt és vesztesnek érzi magát. Emiatt is lehet, hogy a reformok folyamatos napirendi ponton vannak a vizsgált országokban.

A **reform** kifejezést előszeretettel használják a gazdaság- és egészségpolitikában. De nézzük meg mit is jelent. A reform Tinbergen (1932) alapján egy mély transzformálást igényel, mely a rendszer alapvető céljait és a rendszer alapfilozófiáját definiálja át (jóléti szolidaritás helyett a jólléti gazdaság elérése). A reform nem csupán kvalitatív változtatás, mint pl. egy újabb adófajta vagy egészségügyi hozzájárulás típusának vagy betegségkezelés eljárásának a bevezetése, és nem is csupán kvantitatív változtatás, mint pl. az adó százalékának változtatása,

ágyszám változtatása, finanszírozott volumen korlátok változtatása, finanszírozott HBCS pontok³⁵, súlyok változtatása. Az említett jellegük miatt egyre gyakoribbak a sikertelen reformok, főleg a közegészségügyben (Goolesorkhi, 2015). Sinkó (2009) a reform egészségügyre vonatkozó értelmezését adta annak érdekében, hogy a jövőben kevésbé üressé ki, ritkábban használjuk el feleslegesen mindenfajta beavatkozás leírására. Reformról az egészségügyben akkor érdemes beszélni, amikor az egészségügyi rendszer működési mechanizmusát érintő változás(oka)t kísérünk meg elérni. Amikor a működési mechanizmust érintő változásról értekezünk, a szereplők viselkedését, magatartását alapvetően átíró változásokat értünk elsősorban alatta (Sinkó, 2009). Az egészségügyi reform a kelet-közép-európai országokban – minden bonyolultsága ellenére – a biztosítási elv érvényesítésére, a rászorultsági fokozatok kialakítására, a betegutak szabályozására (a kereslet korlátozása tételére), továbbá a jelenlegi ésszerűtlen túlkínálat leépítésére, más irányú hasznosítására koncentrál (Ágh et al, 2006).

Az egészségügyi reformok, innovációk bukásához vezető legtipikusabb tényezők: a politikai elkötelezettség hiánya, forráshiány, kormányzat és ellenzék közötti politikai árkok, más alrendszerek prioritásainak való alárendelés, a kormányzaton belüli harc, az egészségügyi igazgatás szakmai kapacitásának alacsony színvonala és a spontán piaci folyamatok hatása (Orosz, 2022). Szepesi (2022) az egészségügy gazdasági és strukturális bajait a kormányzati politikák rövid távú érdekeivel hozza összefüggésbe. Fontos tanulság, hogy az egyes jobbitó próbálkozások kudarcba fulladnak a pártérdekek, a rossz kommunikáció, a belharcok és nemritkán a tudatlanság buktatói miatt.

A magyar egészségügy reformjait különbözőképp ítélik meg, mind számosságukban, jelentőségükben, mind pedig hozadékukban. A legrelevánsabb és elfogadottabbak következnek egy csoportba szedve a 2. táblázatban.

2. táblázat: A magyar egészségügy reformgenerációi, reformjai és reformértékű törekvései

Szerző (évszám)	Reformgenerációk, reformok és reformértékű törekvések
Barzó (2007)	<ul style="list-style-type: none"> Az egészségügyi alapellátás működésének kísérleti formái: a praxisközösségek és a csoportpraxisok; irányított betegellátási modellkísérlet – fejkvóta típusú finanszírozási rendszer, egészségügyi rendszer átalakítása; egészségbiztosítási reform.
Sinkó (2012), idézi: Mink & Révész (2012)	<ul style="list-style-type: none"> 1989-'90: az egészségügyi ellátórendszer alapvető működési kereteinek létrejötte; betegjogi törvények. 1998-2005: kísérlet az irányított betegellátás új modelljének kialakítására. 2005-2010: ágyszámcsökkentés, a gyógyszer-támogatási rendszer átalakítása és a kudarcba fulladt több-biztosítós modell. 2010 után: modellváltással egyenértékű átalakítások.
Bogdanoski et al. (2014)	<ul style="list-style-type: none"> 1990-1998: Egészségbiztosítási Alap alapú finanszírozás; a tulajdonlás és a finanszírozás decentralizálása; P4P korlátozott bevezetése. 1999-2010: Növekvő szintű társaságosítás és privatizáció; a finanszírozás újracentralizálása a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapon keresztül; teljesítmény-alapú fizetés (P4P) mechanizmus és co-payment fizetési rendszer bevezetése. 2010-től – folyamatban lévő: A tulajdonjog visszaállamosítása; új működési keret felállítása állami költségvetési intézmények révén.
Orosz (2009, 2022)	Magyarországon az 1989-es reformprogramtól napjainkig számos egészségügyi reform koncepció készült (kormányzati ciklusonként minimum 3–4). Ezek a szűkebben vett szakmai tartalmukat tekintve jelentős mértékben azonos alapokkal rendelkeztek, ugyanakkor jelentősek a különbségek is. Hasonló vonás, hogy az

³⁵ HBCs = Homogén betegcsoportok. A fekvőbeteg-ellátás finanszírozásában használt betegosztályozási rendszer.

	egyres kormányzati ciklusokban az elfogadott reformkoncepcióknak csak töredéke (és az is részlegesen) valósult meg. A hatás sokszor nem a várt, hanem ellenkező lett.
Szepesi (2023)	<ul style="list-style-type: none"> • 1. rendszerváltás: 1891-ben kezdődött, az első magyar társadalombiztosítási törvénnyel, ennek nyomán hazánk elkezdett felzárkózni a fejlettebb országokhoz. • 2. rendszerváltás: szovjet mintájú gazdasági és egészségügyi rendszer, totális állami irányítással. • 3. rendszerváltás: 1989. Járulékokból finanszírozott társadalombiztosítási rendszer kiépítése, majd 2010-től a társadalombiztosítás államosítása. • 4. rendszerváltás: 2011-től a Semmelweis Tervvel indul, a GYEMSZI, ÁEEK, OKFŐ központi ágazati és intézményirányítási rendszer kiépítését érinti.
Takács Péter nyilatkozata, idézi: Koncsek (2023)	A magyar egészségügyben az elmúlt 30 évben nem ment végbe a rendszerváltás, erős kórházközpontúság jellemzi az ellátórendszert, valamint a prevenció szemlélet is hiányzik.

Forrás: Saját szerkesztés (2023), a megjelölt források alapján

3.2.2. A visegrádi országok egészségügyi intézkedéseinek összevetése

A V4-országokban a rendszerváltás óta bal- és jobboldali koalíciók váltják egymást, és ezek a változások egyértelműen összefüggenek a politikai fordulatokkal, az irányzatok közötti váltással, ami az egészségügyet is érinti. Lawson et al. (2012) szerint a gyakori politikai váltások (amelyek populista stratégiákon, és nem hatástanulmányokon, bizonyítékokon alapulnak) korlátozzák a reformok megvalósításának esélyét. Nem egészségügyi szakpolitikát folytatnak a kormányok (Lawson et al., 2012). Az egészségügyi ellátórendszer kapacitásaira vonatkozó nemzetközi szabályozások módszertanából kitűnik, hogy a legtöbb ország egészségügyi ellátórendszere és annak döntéshozói szoros kontroll alatt tartják az új szolgáltatók, új technológiák befogadásának eljárásrendjét. A kapacitásszabályozás egyik eszköze egy átlátható, koherens, központosított egészségpolitika, melynek kialakítása, hatékonyabbá tétele az egészségügyi reformtörekvések folyamatosan visszatérő elemeként szerepel (Boncz, 2015) a vizsgált országokban.

Az egészségügyi törekvések két téma köré csoportosulnak minden vizsgált országban: az egészségügyi ellátórendszer struktúrája és a társadalombiztosítási intézményi rendszer felépítése. Az egészségügyi ellátórendszer (fókuszban a kórházi rendszer) struktúrájának a megváltozott technológiai, munkaerő és gazdasági feltételekhez való igazítása, átalakítása folyamatosan napirenden van a vizsgált országokban, így ennek reformjaira külön kitérünk. Orosz (2001) szerint e törekvések általában az ágyak számának csökkentésére redukálódnak, ami számos szempontból hátrányos. Az elmúlt néhány évtizedben az orvosi technológia fejlődésének hatására számos betegségnek olyan terápiája alakult ki, ami nem igényli a kórházi ellátást, vagy a szükséges kórházi tartózkodás radikálisan lerövidült. Ugyanakkor a speciális, viszonylag kevesebb beteget érintő, de drága technológiát igénylő szolgáltatások az erőforrások (kórházak) koncentrációját teszik szükségessé (Dubas-Jakóbczyk et al., 2020).

2008-2019 között a V4-országok számos kórházreformot, reformjellelű intézkedést vezettek be (3. táblázat), melyek között több hasonlóság fedezhető fel (Dubas-Jakóbczyk et al., 2020):

- Kórházi kapacitások csökkentése: Magyarország.
- Kórházhálózatok létrehozása: Lengyelország, Szlovákia.
- A magasan specializált ellátás központosítása: Csehország.
- Kórházak vállalatossítása: Magyarország, Lengyelország.
- Változások a kórházi tulajdonban: Magyarország, Szlovákia.
- Központosított beszerzés: Magyarország, Szlovákia.

- Minimális létszámigény: Csehország, Lengyelország.
- Minőségellenőrzés: Szlovákia.
- Korlátozott számú szerződött (illetve állami támogatásra jogosult) kórház: Lengyelország, Szlovákia.
- Ösztönzők az ambuláns/nappali ellátáshoz való átállásra: Lengyelország.

3. táblázat: A V4-országok kórházreformjai 2008–2019 között

Ország	Év	Fő tartalom	Célkitűzések	Megvalósulás/elvárt eredmények	Átfogó értékelés (kihívások és sikertényezők)
Csehország	2005-2008	regionális kórházi hálózat létrehozása	hatékonyság és a pénzügyi teljesítmény javítása	vegyes eredmények, egyéni tényezők érvényesülnek	a politika befolyásolta
	2008-2011	magasan specializálódott ellátás (választott szakterületek) központosítása	az ellátás minőségének javítása; speciális központok létrehozása, hálózatok kiépítése az országban	jobb ellátási eredmények, a beruházások racionalizálása, működő szakosodott ellátórendszer	siker a működés szempontjából, az orvosok azonosultak a reformmal, hálózatok kiépítése és jobb minőség. A reform, sikertényezője az uniós források nyomása.
	2012	minimális létszám, műszaki, ill, anyagi követelmények megteremtése	az ellátás minőségének javítása	ellátási szabályok ki egyenlítése, nagyobb átláthatóság	szükségesnek és hasznosnak bizonyult
Magyarország	2012	a kórháztulajdon központosítása	az irányítás javítása érdekében	sáfárság, nincs jelentős javulás	a politika befolyásolta
	2012	kórházkapacitás csökkentése (ágyszám, kórtermek bezárása)	a hatékonyság javítása érdekében	némi megtakarítás realizálódott, de korlátozott hatással a rendszerre	átfogó megközelítés hiánya; jól sikerült az önkormányzatok esetében
	2012	integrált közbeszerzések	a hatékonyság javítása érdekében	korlátozott hatással voltak a rendszerre	kevés hatás
Lengyelország	2009-2015	az állami kórházak társaságosítása (főleg a helyi hatóságok tulajdonában lévők önkéntes alapon)	az irányítás javítására	pénzügyi vegyes eredmények, egyéni tényezők érvényesülnek	a politika befolyásolta
	2017	alapvető kórházi szolgáltatásnyújtás rendszerének (kórházhálózat, garantált nyilvános az előre kiválasztott kórházak finanszírozása) kialakítása	a hozzáférés javítására és koordináció; népszerűsíteni a járóbeteg-ellátást; optimalizálni a kórtermek szerkezetét.	A szolgáltatások korlátozása szerkezetátalakítás – kis kórházak esetében	az ellátás minőségi kritériumának hiánya
	2019	minimális létszámkövetelmény meghatározása (ápolók)	minőségjavulás	javított minőségi	mellékhatás: ágy-csökkentés
Szlovákia	2016-2017	az akutellátásra kórházhálózat kialakítása EU-s forrásokból (min. követelmény teljesítményre, méretre és minőségre)	kórházhálózat optimalizálása	44 alkalmas kórház számára EU-s források és a adósságrendezés biztosítása	az új minimális szolgáltatói hálózat létrejötte
	2016-tól folyamatban	Egészségügyi Minisztérium központi irányítása (központi beszerzés, monitoring és benchmarking)	az adminisztráció, menedzsment, minőség optimalizálása érdekében	sikeres megvalósítás a központi beszerzésben	változások a főigazgatói pozícióban - a politika befolyásolta

Forrás: Dubas-Jakóbczyk és munkatársai (2020), pp. 371–372.

Lawson és munkatársai (2012) 1989-2011 közötti időszakban vizsgálta Csehország és Szlovákia egészségügyi reformjait. A két rendszer összehasonlítása érdekes és kissé váratlan eredményt hozott: több mint húsz év független döntéshozatal után az egészségügyi ellátórendszerek még mindig nagyon közel állnak egymáshoz. Mindkét ország egészségügyi rendszere az egészségbiztosításon alapul, amely több-biztosítós rendszerben működik. A fő hasonlóságok a krónikus pénzügyi egyensúlytalanságok; képtelenség hatékony receptírási politikát kialakítani; a biztosítótársaságok szabályozási problémái; a politika elsőbbsége az egészségpolitikával szemben; az egészségügyi eredmények és mutatók javulása, javítása a fejlettebb technológiának és a jobb életmódnak köszönhető; egészségügyi ellátórendszerhez való egyetemes hozzáférés fenntartása; reformok következetes végrehajtásának hiánya. Szociálpolitikai szempontból ez a természetes szociálpolitikai kísérlet az egészségügyi politikák vagy intézmények megváltoztatásának nehézségeire mutat rá, mely még a múlttal való jelentős politikai szakítás esetében is érvényes.

Romaniuk és Szromek (2016) a közép-kelet-európai országokban végrehajtott egészségügyi reformok hatékonyságát vizsgálta 2016-ig (25 éves időtávban) az egészségügyi rendszerek eredményessége függvényében. Azt találták, hogy a V4-kompozíció a legjobbak között van. Szlovákia azonban hajlamos lemaradni, Csehország egészségügyi teljesítménye a meghozott reformok hatására a teljes időszakban kimagasló volt. Lengyelország egészségügyi teljesítménye 1997-2012 között, míg Magyarorszáé 1989-2004 között volt figyelemreméltó.

Magyarországnak a visegrádi országoktól való a leszakadás a 2000-es évek közepétől következett be. A magyar 1 főre jutó egészségügyi közkiadások értéke 2005-ben még 11%-kal meghaladta a V3-átlagot, 2019-ben pedig annak csupán a 72%-át érte el; a csehországinak 2005-ben a 78%-át, 2019-ben pedig már csak 54%-át tette ki. A lemaradásunk fő oka a közkiadások kirívóan alacsony növekedési üteme. Az egészségi állapot számos alapvető mutatójában – a saját helyzetünkhöz mért javulás ellenére – a 2010-es évek végén nagyobb volt a lemaradásunk az EU15 átlagához és a többi visegrádi országhoz képest, mint amekkora a 80-as évek végén volt (Orosz, 2022).

Sitek (2008) összegzésében a reformok iránya országonként meglehetősen hasonló volt. Legtöbbjükben a hierarchikus állami struktúrákat a kötelező egészségbiztosítás a szervezeti formák sokasága váltotta fel az egészségügyi ellátásban. Azonban, jelentős különbségek voltak a reformok időzítésében és terjedelmében. Míg egyes országokban az átalakulás korai szakaszában radikális reformokat indítottak, más országokban a jelentős változások időeltolódással indultak. Csehország, Magyarország és Lengyelország egészségügyi reformjait elsősorban a politikai változások, akarat befolyásolta. A nem-döntések megerősítették az informális intézményeket és spontán intézkedéseket váltottak ki, így létrehozva az alulról felfelé építkező folyamatokat, ami a "reform nélküli változás" helyzetét eredményezte Lengyelországban (Sitek, 2008). Megvizsgálva az 2010–2020. közötti évek reformjait, szintén hasonló irányokat talá-lunk, időbeli eltérésekkel.

3.3. A V4-ek közös történelmi múlt és a hasonló jelenlegi egészségügyi állapot kapcsolata

A tanulmány keretein belül többször is említésre került, hogy a V4-országok lakosságának egészségügyi mutatói elmaradnak az OECD-országok átlagos értékeitől. Ennek szemléltetése a 4. táblázat segítségével történik.

4. táblázat: A V4-országok lakosságának egészsége és az egészségügyi rendszer összevetése az OECD átlagos értékeivel (2021)

Megnevezés		OECD- átlag	Magyar- ország	Lengyel- ország	Cseh- ország	Szlovákia
EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT						
<i>Várható élettartam</i>	születéskor, év	81,0	76,4	78,0	79,3	77,8
<i>Elkerülhető halálozás</i>	korra standardizált 100 ezer főre	199,0	374,0	268,0	234,0	322,0
<i>Krónikus megbetegedések</i>	cukorbetegség %-os gyakoriság; korra standardizált	6,7	6,9	6,1	7,0	6,5
<i>Vélt egészség</i>	rossz vélt egészség %-os aránya a 15+ éves népességben	8,5	11,8	12,8	10,4	12,6
EGÉSZSÉGKOCKÁZATOK						
<i>Dohányzás</i>	naponta dohányzók %-os aránya a 15+ éves népességben	16,5	24,9	17,1	18,1	21,0
<i>Alkoholfogyasztás</i>	liter/fő a 15+ éves népességben	8,7	11,4	11,0	11,9	10,3
<i>Túlsúly vagy elhízás</i>	TTI** \geq 25 a 15+ éves népességben	56,4	67,6	56,7	58,4	57,7
<i>Külső levegőszennyezettség</i>	haláleset 100 ezer főre	29,0	72,0	73,0	59,0	64,0
ELLÁTÁSHOZ VALÓ HOZZÁFÉRÉS						
<i>Ellátásra jogosultság</i>	alapvető ellátásra jogosultak %-os aránya	98,0	94,0	93,4	100,0	94,6
<i>Ellátással való elégedettség</i>	minőségi ellátással való elégedettség %-os aránya	71,0	62,0	26,0	75,0	58,0
<i>Pénzügyi védelem</i>	kötelező biztosítással fedezett egészségügyi kiadások %-os aránya	74,0	68,3	71,8	81,8	79,8
<i>Ellátottság</i>	kielégítetlen ellátásról beszámolóik %-os aránya	2,6	1,0	4,2	0,5	2,7
ELLÁTÁS MINŐSÉGE						
<i>Biztonságos alapellátás</i>	antibiotikum-felírás napi dózis ezer főre	17,0	13,3	22,2		18,0
<i>Hatékony alapellátás</i>	elkerülhető COPD**-felvétel 100 ezer főre; korra standardizált	171,0		121,0	134,0	110,0
<i>Hatékony megelőzés</i>	mammográfia az elmúlt 2 évben az 50-69 éves nők %-os arányában	61,7	39,1	53,7	60,9	31,0
<i>Hatékony szakellátás</i>	AMI**-halálozás 30 napon belül; 100 ezer főre; korra standardizált	6,6		4,7	7,0	6,3
ELLÁTÁSI KAPACITÁSOK ÉS ERŐFORRÁSOK						
<i>Egészségügyi kiadások</i>	egy főre jutó USD összehasonlító áron	4 087,0	2 170,0	2 289,0	3 417,0	2 189,0
<i>Kórházi ágyak</i>	ezer főre	4,4	6,9	6,2	6,6	5,8
<i>Orvosok</i>	praktizáló orvosok száma ezer főre	3,6	3,5	2,4	4,1	3,6
<i>Ápolók</i>	praktizáló ápolók ezer főre	8,8	6,6	5,1	8,6	5,7

** TTI: testtömegindex, COPD: obstruktív légúti betegség, AMI: akut miokardiális szívbetegség, az adatok 2019-esek vagy a legutóbbi frissítésből származnak; piros szín jelöli az OECD-átlagtól való elmaradást, zöld szín az átlaghoz közeli vagy annál pozitívabb értéket

Forrás: Vitéz-Durgula (2023), OECD (2021) és Vitrai (2022) alapján

Orosz (2018) rávilágít, hogy az egészségügy számos jelenlegi súlyos problémájának gyökerei 40-50 évvel korábbi időszakra, az államszocialista rendszerbe nyúlnak vissza. A gazdaságtörténelmet megvizsgálva kirajzolódik, hogy a rendszerváltás során a végsőig kizsigerelt lakosság (ország) lépett a piacgazdaságba. A többi szocialista ország összeomlása, a piacvesztés miatt tömegek veszítették el munkahelyüket, tapasztalták meg a magas infláció gazdasági következményeit, ezáltal életkörülményeik a korábbinál lényegesen rosszabbak lettek, hosszútávon megnövekedett a stresszfaktor, ami megnövelte az egészségügyi rizikófaktorokat is (Botos,

2022). Vagyis a kelet-közép-európai régió jelenlegi egészségügyi hátrányához hozzájárult a rendszerváltás miatti stresszt, anyagi nehézségeket és állásvesztést átélt lakosság nagy hányada (Bíró & Branyiczki, 2020).

4. Összefoglalás, következtetések

Tanulmányunkban szakirodalmi kutatással igazoltuk, hogy a V4-országok egészségügyi rendszerei induláskori nagyon hasonlítottak egymásra, azonban az elmúlt több mint 30 évben különbözőségek keletkeztek a rendszerek szervezését, működtetését illetően. Nagyon hasonló folyamatok zajlottak le a V4-országok egészségügyi rendszereiben, de nem azonos kimenettel, mivel az egészségügyet számos terület (szociális szféra, oktatás, gazdasági szféra) intézkedései is befolyásolják. Így a hasonló egészségügyi intézkedések már nagyobb távolságot eredményeztek az egyes reformok megvalósításában.

Általánosan kijelenthetjük, hogy az országok folyamatosan reformálják egészségügyi rendszereiket, mivel nincs olyan rendszer, mellyel a szereplők egyaránt és tartósan elégedettek lennének (Király, 2015). Gyakran hasonló reformok hasonló időben, vagy egyidejűleg kerülnek bevezetésre, éppen a hasonló vagy azonos megoldandó helyzetek, kihívások miatt – különösen igaz ez a V4-országokra. Fontos megjegyezni, hogy a reformok és jogszabályok hatása hosszú távon érvényesül, és azok sikerességét számos tényező befolyásolhatja. Az egészségügyi rendszerek folyamatosan alakulnak a társadalmi, gazdasági és technológiai változások függvényében, ezért a legfontosabbak is idővel változhatnak. Ugyanakkor a tendenciák megváltoztatása (népességfogyás), és az egészségügyi rizikófaktorok csökkentése (stressz, elhízás, dohányzás, alkoholizálás) szemléletváltást igénylő, hosszadalmas folyamat, melyet az elmúlt fél emberöltőnyi időszak vizsgálata is alátámaszt.

Mindent egybevetve ugyanakkor a főbb egészségügyi mutatók a mai napig elmaradnak az OECD-és EU-átlagtól. Orosz (2022) kimutatta, hogy a magyar egészségügy az elmúlt három évtizedben leszakadó pályára sodródott a fejlett EU-országokhoz képest, miközben a többi vi-segrádi országra a felzárkózó tendencia jellemző az egészségügyi közkiadások és a népesség egészségi állapota tekintetében.

A nemzetközi trendek és a V4-országok sajátos egészségügyi rendszerproblémái is azt mutatják, hogy a felvázolt konfliktusokkal hosszabb távon együtt kell élni: ezek nem küszöbölhetők ki, csak a belőlük eredő feszültségek csökkenthetők. A gazdasági feltételek rendkívüli bizonytalansága mellett is készíthetők lennének scenáriók az egészségügy fejlesztési irányaira. A lakosság egészségi állapota és az egészségügy helyzete sürgeti a változásokat, ugyanakkor a jelenlegi és közeljövőben várható gazdasági feltételek szűkre szabják az egészségpolitika tényleges mozgásterét (Orosz, 2009). Csak az az egészségügyi rendszer lehet hatékony, amely kezeli a szélsőségeket, és megfelelőképp ötvözi a társadalmi szolidaritás és a piaci hatékonyság elemeit (Forgács, 2004). Nem létezik a „mindenre gyógyír” egészségügyi rendszer, de az egyes országok egészségpolitikai intézkedéseinek ismerete hasznos következtetésekhez vezethet, kerülendő/követendő például szolgálhat.

Irodalomjegyzék

- Ágh, A., Tamás, P., & Vértes, A. (2006). Fehér Könyv - Magyarország 2015 - Jövőképek. MTA–MEH Projekt. MTA Szociológiai Kutatóintézet, Budapest. Letöltve: 2023.12.15., forrás: https://szociologia.tk.hu/uploads/files/archive/Feher_konyv.pdf
- Barzó, T. (2007). Reformok és reformtörekvések az egészségügyben. *Acta Universitatis Szegediensis: acta juridica et politica*, 69(1-48), 25–47. Letöltve: 2023.12.10., forrás: <https://acta.bibl.u-szeged.hu/7314/>
- Bíró, A. & Branyiczki, R. (2020). Transition shocks during adulthood and health a few decades later in post-socialist Central and Eastern Europe. *BMC Public Health*, 20, 698. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08839-7>
- Bogdanoski, A., Haljasmets, K., & Hardy, D. (2014). Reforms in the Hospital Healthcare System in Macedonia, Estonia and Hungary. Central European University Budapest: Department of Public Policy. Policy Lab Project. Letöltve: 2023.12.10., forrás: <https://cps.ceu.edu/sites/cps.ceu.edu/files/attachment/basicpage/143/reformsinhospitalhealthcaresysteminmacedoniaestoniaand-hungary.pdf>
- Boncz, I. (2010). Az állam és a magánoldal szerepvállalása az egészségügyi szektorban: privatizáció és /vagy visszaállamosítás. In Bodrogi, J. (szerk.), *A magyar egészségügy – Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményterkép*. Semmelweis Kiadó, Budapest. ISBN 978-963-987-979-9.
- Boncz, I. (szerk.) (2015). Egészségpolitikai esettanulmányok. Medicina Könyvkiadó, Budapest. Letöltve: 2023.12.10., forrás: https://www.etk.pte.hu/public/upload/files/Palyazati_iroda/elnyert/Egeszsegpolitikai_esettanulmanyok.pdf
- Borbás, I., Szirmai, L., Verdes, N., Vilusz, L., & Zelenkáné Lux, L. (2005). *Egészségügyi rendszerek Kelet-Európában*. ESKI füzetek 2. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet Egészségügyi Rendszertudományi Iroda. Letöltve: 2023.12.10., forrás: <https://mek.oszk.hu/03400/03450/03450.pdf>
- Botos, K. (2022). Egészségügyi helyzetkép 2020 végén-Európában. *IME Innováció Menedzsment Egészségügy*, 21(2), 4–13. <https://doi.org/10.53020/IME-2022-201>
- Bryndová, L., Šlegerová, L., Votápková, J., Hrobon, P., Shuftan, N., & Spranger, A. (2023). Czechia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 25(1), i–183. Letöltve: 2023.10.14., forrás: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/366529/9789289059336-eng.pdf?sequence=1>
- Bunker, J. (1998). When and How to Assess Fast-changing Technologies: A Comparative Study of Medical Applications of Four Generic Technologies. *BMJ British Medical Journal*, 316(7142), 1468. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7142.1468b>
- Dubas-Jakóbczyk, K., Albrecht, T., Behmane, D., Bryndova, L., Dimova, Džakula, A., Habicht, T., Murauskienė, L., Scintee, S. G., Smatana, M., Velkey, Z., & Quentin, W. (2020). Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries between 2008 and 2019: a comparative analysis. *Health Policy*, 124(4), 368–379. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.003>
- Forgács, A. (2004). *Egészségügyi rendszerek mai hatékonyságának történeti gyökerei*. [Doktori (PhD) értekezés]. Pázmány Péter Katolikus Egyetem BTK, Budapest. Letöltve: 2023.10.18., forrás: https://real-phd.mtak.hu/1883/2/BTK_DD_2005_forgacs.pdf
- Forgács, I. (2013). Miért nincs (soha) elég pénz az egészségügyre?. *IME*, 12(7), 5–9. Letöltve: 2023.11.14., forrás: https://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/1528/For-gacs_I_IME_2013_u_123229.454326.pdf
- Goolosorkhi, K. (2015). Változásmenedzsment az állami egészségügyben: mit lehet tanulni az Aravind rendszerétől?. In Boncz, I. (szerk.), *Egészségpolitikai esettanulmányok* (pp. 265–290). Medicina Könyvkiadó, Budapest. Letöltve: 2023.10.20., forrás: https://www.etk.pte.hu/public/upload/files/Palyazati_iroda/elnyert/Egeszsegpolitikai_esettanulmanyok.pdf

- Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet [GYEMSZI] (2014). *Az egészségügyi rendszerek tipológiája*. GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság Rendszerelemzési Főosztály, Budapest. Letöltve: 2023.10.06., forrás: <https://docplayer.hu/95708-Az-egeszsegugyi-rendszerek-tipologiaja.html>
- Hankó, B. (2019). *Egészségügyi rendszerek jellemzői és a magyar egészségügyi rendszer*. Semmelweis Egyetem, Egyetemi Gyógyszertár, Gyógyszerügyi Szervezési Intézet. Letöltve: 2023.10.05., forrás: https://semmelweis.hu/gytk/files/2019/12/e%C3%BC_rendszerek_1130.pdf
- Hegedűs, M., & Pataki, L. (2013). Questions of Health Care Management. In Illés, B. C., & Bylok, F. (Eds.), *People, Knowledge and Modern Technologies in the Management of Contemporary Organizations - Theoretical and Practical Approaches* (pp. 161–175). Szent István University Publishing House, Gödöllő. ISBN 978-963-269-399-6.
- Hegedűs, M. & Pataki L. (2014). Az egészségügy átalakításának és finanszírozásának kérdései. In Tompos, A., Ablonczyné Mihályka, L. (szerk.), *Növekedés és egyensúly: A 2013. június 11-i Kautz Gyula Emlékkonferencia válogatott tanulmányai* (pp. 21–32). Széchenyi István Egyetem Kautz Gyula Gazdaságtudományi Kar, Győr.
- Hegedűs, M. (2015). *Az egészségügy intézményi rendszerében végbement és folyamatban lévő integrációs folyamatok gazdasági hatásainak értékelő elemzése*. [Doktori (PhD) értekezés]. Nyugat-magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar, Sopron. <https://doi.org/10.13147/NYME.2015.006>
- Holló, I. (2006). Egészségügyi reformok –a szlovák és a magyar eset. *Az Elemző - Közép és kelet-európai politikai és gazdasági szemle*, 2006(2), 93–106. Letöltve: 2023.10.09., forrás: <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=68883>
- Janusz, M., & Kowalczyk, M. (2022). How Smart Are V4 Cities? Evidence from the Multidimensional Analysis. *Sustainability*, 14(16), 10313. <https://doi.org/10.3390/su141610313>
- Kieny, M. P., Bekedam, H., Dovlo, D., Fitzgerald, J., Habicht, J., Harrison, G., Kluge, H., Lin, V., Menabde, N., Mirza, Z., Siddiqi, S., & Travis, P. (2017). Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. *Bull World Health Organ*, 95(7), 537–539. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.187476>
- Király, L. (2015). Az egészségügyi ellátórendszer Kelet-közép Európában a szocialista és az azt követő időszakban, a magyar példán keresztül. *JURA*, 21(2), 63–75. Letöltve: 2023.11.20., forrás: https://jura.ajk.pte.hu/JURA_2015_2.pdf
- Koncsek, R. (2023. augusztus 31.). *Új kompetenciákat kapnak a házi orvosok és a szakdolgozók is*. *Economx.hu*. Letöltve: 2023.11.20., forrás: <https://www.economx.hu/magyar-gazdasag/takacs-peter-semmelweis-egyetem-egeszsegugy-atalakitas.776643.html>
- Lawson, C., Nemeč, J., & Sagát, V. (2012). Health care reforms in the Slovak and Czech Republics 1989-2011: The same or different tracks?. *E+M Economics and Management*, 15(4), 19–33. Letöltve: 2023.11.20., forrás: https://www.ekonomie-management.cz/download/1379591259_0070/2012_04+Health+Care+Reforms+in+the+Slovak+And+Czech+Republics+1989-2011.pdf
- Mihályi, P. (2003). Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém. ISBN 978-963-949-513-5.
- Mihályi, P. (2017). Ownership changes in the Hungarian healthcare sector, 1990-2017. *Journal of Public Governance*, 41(3), 83–97. <https://doi.org/10.15678/ZP.2017.41.3.06>
- Mink, A., & Révész, S. (2012). „Meggzúnt a 120 éves múltra visszatekintő társadalombiztosítás” *Beszélő*, 17(1), [online]. Letöltve: 2023.11.20., forrás: <http://beszelo.c3.hu/cikkek/%E2%80%9Emeggzunt-a-120-eves-multra-visszatekinto-tarsadalombiztositas%E2%80%9D>

- Nemec, J. (2007). Reforms of Healthcare Delivery in Slovakia and Their Impact on Performance of Hospitals. *HealthManagement*, 9(2), [online]. Letöltve: 2023.11.20., forrás: <https://healthmanagement.org/c/hospital/issuearticle/reforms-of-healthcare-delivery-in-slovakia-and-their-impact-on-performance-of-hospitals>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *Poland: Country Health Profile 2021*. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/e836525a-en>
- OECD. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- Orosz, É. (2001). *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Egészséges Magyarországért Egyesület. Letöltve: 2023.11.20., forrás: <http://tditeszt.elte.hu/file/feluton.pdf>
- Orosz, É. (2009). Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a 21. század elején. *Esély*, 20(6), 3–26. Letöltve: 2022.08.20., forrás: https://www.esely.org/kiadvanyok/2009_6/OROSZ.pdf
- Orosz, É. (2018). Tudománytörténeti adalékok az egészségügy jelenlegi válságának értelmezéséhez. *Esély*, 29(5), 3–24. Letöltve: 2022.08.20., forrás: <https://edit.elte.hu/xmlui/handle/10831/82473>
- Orosz, É. (2022). Miért buktak el a szervezeti innovációk a magyar egészségügyben?. *Esély*, 33(1), 3–9. <https://doi.org/10.48007/esely.2022.1.1>
- Paulikné Varga, B. (2019). Egy európai módszer a tagországok egészségügyi rendszerének minősítésére: az Európai Egészségügyi Fogyasztói Index változása a Visegrádi Négyek országaiban. *Köztes-Európa*, 10(2), 109–119. Letöltve: 2022.08.22., forrás: <https://ojs.bibl.u-szeged.hu/index.php/vikekke/article/view/31559>
- Paulikné Varga, B. (2020). Néhány szempont a magyar egészségügyi ágazat problématerképének összeállításához. *Acta Medicinæ Et Sociologica*, 11(30), 23–31. <https://doi.org/10.19055/ams.2020.11/30/3>
- Pavlíková, B. (2019). Justiciability of the Right to Health and the Health system in Slovakia. In Gutiérrez Silva, R. (Ed.), *Issues in the Justiciability of the Right to Health* (pp. 54–79). Bogotá, Colombia: Ediciones UCC. <https://doi.org/10.16925/9789587601350>
- Polin, K., Hjortland, M., Maresso, A., van Ginneken, E., Busse, R., Quentin, W., & the HSPM network (2021). “Top-Three” health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. *Health Policy*, 125(7), 815–832. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.005>
- Pórszász, R. K. (2022). *A visegrádi országok egészségügyi rendszereinek fejlődése a rendszerváltoztatást követő évtizedekben – szemelvények az átalakulásból*. [Diplomadolgozat]. Debreceni Egyetem. Letöltve: 2023.10.20., forrás: <https://dea.lib.unideb.hu/items/401aa02c-3511-4c44-b6d9-bad07757e9ee>
- Rechel, B., & McKee, M. (2009). Health reform in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. *The Lancet*, 374(9696), 1186–1195. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61334-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61334-9)
- Romaniuk, P., & Szromek, A. R. (2016). The evolution of the health system outcomes in Central and Eastern Europe and their association with social, economic and political factors: an analysis of 25 years of transition. *BMC Health Services Research*, 16, 95. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1344-3>
- Sinkó, E. (2009). Az egészségügy 2008-ban: bukkott reformkísérlet után I. *IME*, 8(3), 5–20. Letöltve: 2023.08.22., forrás: https://www.imeonline.hu/article.php?article=2009._VIII./3/az_egeszseguy_2008_ban_bukkott_reformkiserlet_utan_i

- Sitek, M. (2008). Politics and Institutions in the Reforms of Health Care in the Czech Republic, Hungary and Poland. *Polish Sociological Review*, 161, 39–53. Letöltve: 2023.11.20., forrás: <http://www.jstor.org/stable/41275047>
- Szepesi, A. (2022. október 15.). *Semmiből jegyzet*. WebORVOS. Letöltve: 2023.08.31., forrás: <https://weborvos.hu/egeszsegpolitika/semmitbol-jegyzet-276194>
- Szepesi, A. (2023. január 21.). *Rendszerváltás az egészségügyben?*. WebORVOS. Letöltve: 2023.08.31., forrás: <https://weborvos.hu/egeszsegpolitika/rendszervaltas-az-egeszsegugyben-277705>
- Tambor, M., Klich, J., & Domagała, A. (2021). Financing Healthcare in Central and Eastern European Countries: How Far Are We from Universal Health Coverage? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1382. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041382>
- Tinbergen, J. (1962). *Shaping the World Economy; Suggestions for an International Economic Policy*. Letöltve: 2023.08.31., forrás: <https://repub.eur.nl/pub/16826>
- Thomson, S., Evetovits, T., & Kluge, H. (2016). Universal health coverage and the economic crisis in Europe. *Eurohealth*, 22(2), 18–22. Letöltve: 2023.08.31., forrás: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332701/Eurohealth-22-2-18-22-eng.pdf>
- van der Zee, J., & Kroneman, M. W. (2007). Bismarck or Beveridge: A beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Services Research*, 7, 94. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-94>.
- Vitéz-Durgula, J. (2023). A visegrádi országok egészségügyi mutatói és ezen országok egészségiparának vizsgálata a Covid-19 járvány előtt és alatt. *E-conom*, 12(1), 77–88. <https://doi.org/10.17836/EC.2023.1.077>
- Vitrai, J. (2022). Egészség az EU-ban: Magyar egészségügyi országprofil 2021. *Egészségfejlesztés*, 63(1), 52–55. <https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7964>