

TUDOMÁNYOS ÉLET / SCIENTIFIC LIFE

Egészségyenlőtlenségek Magyarországon – Beszámoló a Társadalmi egyenlőtlenségeket kutató horizontális műhely szakmai találkozásjáról

Health Inequalities in Hungary – Report on the Workshop of the Social Inequalities Horizontal Research Network

UZZOLI ANNAMÁRIA

UZZOLI Annamária: tudományos főmunkatárs, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont, Regionális Kutatások Intézete; 1097 Budapest, Tóth Kálmán u. 4.; uzzoli.annamaria@krtk.mta.hu; <https://orcid.org/0000-0002-0484-1451>

Annamária UZZOLI: senior research fellow, Centre for Economic and Regional Studies, Institute for Regional Studies; Tóth Kálmán u. 4., H-1097 Budapest, Hungary; uzzoliannamaria@krtk.mta.hu; <https://orcid.org/0000-0002-0484-1451>

A Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Regionális Kutatások Intézetének (MTA KRTK RKI) Társadalmi egyenlőtlenségeket kutató horizontális műhelye szakmai találkozót szervezett 2019. április 1-én az MTA Humán Tudományok Kutatóházában, amelynek fókuszában az egészségyenlőtlenségek társadalmi-térbeli vonatkozásai álltak. A rendezvény célja az volt, hogy bemutassa a hazai egészségyenlőtlenség-kutatások releváns eredményeit, valamint mindezek nyomán interdiszciplináris diskurzust alakítson ki a szakértők, a kutatók és az érdeklődők között. A program összeállításában elsődleges szempont volt, hogy lehetőséget adjunk és nyilvánosságot teremtsünk a témában aktuális vizsgálati eredmények megvitatásához, amelyek adalékul szolgálnak a térbeli-társadalmi és az egészségyenlőtlenségek között fennálló összefüggések, kölcsönös egymásra hatások megértéséhez. A rendezvény moderátora Nagy Erika (MTA KRTK RKI) volt.

Magyarországon a népesség nemzetközi viszonylatban is kedvezőtlen egészségi állapota, valamint az egészségügyi ellátórendszer strukturális és finanszírozási problémái miatt is aktuális feladat az egészségyenlőtlenségekkel, azok kiváltó okaival, valamint társadalmi-gazdasági következményeivel foglalkozni. Egyre nagyobb különbségek tapasztalhatók az egyének és a különböző társadalmi csoportok, valamint az ország egyes területein élők egészségi állapotában, illetve az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésük esélyeiben. Az egészségügyi ellátásokhoz köthető esélyegyenlőtlenségek nagyobb része az egészségügyi rendszer működtetéséhez (is) hozzájáruló társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségekre vezet-



hető vissza. Ebből következik, hogy az egészségügyenlétlenségek csökkentése nemcsak az egészségügyi rendszer működtetési modelljétől függ, hanem az egészségügyön és egészségpolitikán kívüli egyéb ágazati szakpolitikák – például oktatáspolitikai, szociálpolitika, gazdaságpolitika stb. – hatékonyságától is.

A műhelytalálkozó első részének címe „A hozzáférés szerepe az egészségügyenlétlenségekben – Egy kutatási projekt tapasztalatai” volt, amelynek során a kutatás résztvevői interpretálták a legfontosabb eredményeket. „Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szerepe az egészségügyenlétlenségekben Magyarországon” címmel zajló kutatás a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alap finanszírozásában valósul meg 2016. október 1. és 2019. szeptember 30. között (K 119574 sz. projekt), Bán Attila, Beke Szilvia, Kovai Cecília, Pál Viktor, Uzzoli Annamária és Vitrai József részvételével. A kutatási projekttel kapcsolatos további információk, részletek, érdekességek itt érhetők el: egeszsegugyihozzaferhetoseg.wordpress.com

A bevezető előadásban Uzzoli Annamária (MTA KRTK RKI) kutatásvezető ismertette a kutatás céljait és feladatait, felvázolta az elméleti és módszertani kereteket, valamint az empirikus vizsgálatok egy-egy részterületét is bemutatta. A hároméves kutatási projekt a hazai egészségügyenlétlenségek területi különbségeit tanulmányozza, elsősorban a hozzáférés szerepének értelmezésén keresztül. A szakirodalmi előzmények alapján megállapítható, hogy az elmúlt másfél évtizedben fokozódó figyelem irányul a hozzáférés akadályai által okozott egészségügyenlétlenségekre, elsősorban azok területi vonatkozásaira. A hozzáféréssel összefüggő esélyegyenlétlenség hátterében a meglévő egészségügyenlétlenségek állnak. Lényegében ezek kiváltó okainak egy része is az egészségügy igénybevételehez és a hozzáférés esélyeihez kötődik. A kutatás elméleti háttere az ún. „5A” modellre épül, amelynek lényege, hogy a hozzáférés (*Accessibility*), az elérhetőség (*Availability*), az elfogadhatóság (*Acceptability*), a megfizethetőség (*Affordability*), és az elfogadhatóság (*Appropriateness*) összetevői több egyidejűleg ható tényezőn keresztül befolyásolhatják az egészségügyi ellátás minőségét. Az egészségügyi szolgáltatásokhoz, a szolgáltatókhoz és/vagy az intézményekhez való hozzáférés feltételei függenek az ellátási szükséglettől, az igénybevételi hajlandóságtól, a meglévő szolgáltatásoktól és azok elérhetőségétől, valamint az ellátás körülményeitől.

Uzzoli Annamária az ezt követő két előadásban a statisztikai elemzések és az interjúk alapvető eredményeit összegezte. A hozzáférés egyenlétlenség alapú megközelítése determinálta, hogy az empirikus vizsgálatokban a kvantitatív és a kvalitatív technikák együttes használata, azaz az ún. kevert módszertan adaptálása történt meg. Az egészségügyenlétlenségek mérésére és a hozzáférés feltételeinek értelmezésére a népbetegségnek számító az ún. akut miokardiális infarktus (heveny szívizominfarktus) hazai megbetegedési és halálozási helyzetének, illetve területi különbségeinek feltárásával és az ellátás körülményeinek értékelésével került sor. A statisztikai vizsgálatok fő eredményei bizonyították, hogy ugyan a szívinfarktus-halálozás jelentős csökkenése Magyarországon a 2000-es évek közepe óta tart, mégis számottevő lemaradás tapasztalható Nyugat-Európához ké-

pest. A halálozás csökkenése azonban nem járt együtt a megbetegedések nagyarányú csökkenésével. Ráadásul a javuló helyzet mögött számottevő területi különbségek figyelhetők meg, amelyek az elmúlt években mérsékelten növekedtek, főleg a nők körében. Kiemelendő, hogy a 2000-es évek elejétől folyamatosan nőtt a szívkatéteres beavatkozásra alkalmas központok száma Magyarországon, ami az akut ellátáshoz való hozzáférés feltételeit javította. A területi egyenlőtlenségek elmúlt években tapasztalt növekedése azonban felveti a kérdést, hogy milyen egyéb társadalmi-gazdasági tényezők korlátozhatják a hozzáférés esélyeit.

A statisztikai elemzések során felmerült újabb vizsgálati kérdéseket egy Békés megyei esettanulmány válaszolta meg. 2018. első félévében az egészségügyi ellátás minden szintjéről kiválasztott helyi intézményekben készültek félig strukturált interjúk az ellátáshoz való hozzáférés intézményi és egyéni befolyásoló tényezőiről. Az egészségügyi szakdolgozókkal (orvosok, nővérek, terapeuták, mentőtisztek, háziorvosok stb.) és a betegekkel készült interjúk rávilágítottak az infrastrukturális fejlesztések jelentőségére, hisz 2013-ban Gyulán az új szívkatéteres központ átadásával jelentősen javultak az ellátáshoz való hozzáférés esélyei. Ugyanakkor ez a fejlesztés a betegek oldalán a betegségtudat és az egyéni felelősségérzet csökkenésével járt együtt. A gyors és hatékony beavatkozás nagymértékben javította a túlélési esélyeket, s ez részben „elfeledtette” a betegekkel egészségi állapotuk súlyos romlását, és a tartós életmódváltás szükségességét. Szintén az interjútapasztalatok hívták fel a figyelmet a szívinfarktus megbetegedések prehospitális – kórházi ellátást megelőző – jellemzőire. Egyrészt általában megfigyelhető, hogy a szívinfarktust elszenvedő betegek nagy része viszonylag későn fordul orvosi segítségért, vagyis a hezitálási idő hosszabbodásával csökkennek a túlélési esélyeik. Másrészt az interjúk egy része egyértelművé tette, hogy a nőknél gyakoribbak a szívinfarktus atipikus tünetei, ami miatt a női betegek egy része még inkább az orvosi segítségkérés elhalasztása mellett dönt.

Beke Szilvia (Gál Ferenc Főiskola Egészség- és Szociális Tudományi Kar) előadásában folytatta a Békés megyei esettanulmány tapasztalatainak részletezését, elsősorban az életmódváltás tényezőinek áttekintésével a rehabilitáció és a gondozás-megelőzés tekintetében. Legfontosabb eredményeinek egyike, hogy az infarktuson átesett betegek számára nagy nehézségeket jelent a tartós életmódváltás megvalósítása, amely viszont a hosszú távú túlélési esélyek egyik meghatározó tényezője. A *compliance*, a megfelelő beteg-együttműködés a rehabilitáció sikerének záloga. Ez leginkább a gyógyszeres terápia betartásában tapasztalható, amelynek fő oka, hogy az egyén részéről nem követeli meg a mindennapi rutinok megváltoztatását. Ugyanakkor a dohányzásról való lemondás, amely pedig a szívinfarktus egyik meghatározó kockázati tényezője, sokkal nagyobb kihívást jelent a betegek számára, és általában kisebb arányban sikerül számukra elkerülni, feladni a kockázati magatartást. Az egészségügyi szakdolgozókkal és a betegekkel készült interjúkból pedig az derült ki, hogy az infarktusel-

látás gondozás-megelőzés szakaszában főként a kapacitáshiányok és az integrált ellátás gyengeségei jelenthetik az ellátáshoz való hozzáférés akadályait.

A *desk research* (másodelemzés) részét képezte a Pál Viktor (Szegei Tudományegyetem Természettudományi és Informatikai Kar Gazdaság- és Társadalomföldrajz Tanszék, SZTE TTIK GTF TSZ) által elvégzett dokumentum- és tartalomelemzés, amely a hazai egészségügyenlétlenségek csökkentésével és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés javításával kapcsolatos szakpolitikai döntéshozatal megismerésére irányult. Kvalitatív vizsgálataiban a magyar egészségügy átalakításával kapcsolatos jogszabályokat, szakpolitikai tervezeteket, fejlesztési koncepciókat, stratégiai terveket, és részben az ezekhez kötődő média-hírek feldolgozását végezte el. Értékelésük során olyan szempontrendszert alakított ki, amely alkalmas volt annak megítélésére, hogy 1990 után a magyar egészségpolitikát milyen mértékben foglalkoztatta az egészségügy átalakítása során a térbeli esélyegyenlőség kérdése, ezzel összefüggésben milyen tervezetek és intézkedések születtek, illetve ezeket milyen viták kísérték. A legfontosabb eredmények rávilágítottak a térbeli egészségügyi esélyegyenlőség diskurzusaiban meglévő ellentmondásokra. Ezek egyike az az alapvető egészségpolitikai dilemma, hogy a gazdasági racionalizálás és a progresszivitással együtt járó térbeli koncentráció, illetve az esélyegyenlőség elvét szem előtt tartó, méltányos, mindenki számára területileg is hozzáférhető egészségügy kialakítása mennyire valósítható meg egyszerre, hogy az ezzel kapcsolatos törekvések nem ellentétesek-e egymással. Pál néhány esettanulmány segítségével áttekintést adott arról is, hogy az elmúlt években a területi ellátás átszervezései, illetve új szempontok szerinti átalakításai hosszú távon hogyan szolgálhatják az ellátáshoz való hozzáférés javítását. Az előadó végső következtetése, hogy a hazai egészségpolitikai törekvésekben továbbra is nyitott maradt az a kérdés, hogy az egészségügyi szakellátásnak egyáltalán lehet-e olyan területi szerkezete, amely területileg igazságos, de gazdaságilag racionális is?

A szakirodalmi feldolgozást egészítette ki Kovai Cecília (MTA KRTK RKI), aki a kutatási előzmények összegzésének és értékelésének segítségével az ellátáshoz való hozzáférés néhány társadalmi kérdését érintette, elsősorban az esélyek/esélytelenségek vonatkozásában. Előadása végeredményben az etnicitás, a kultúra és a strukturális helyzet összefüggéseinek és hatásainak értelmezésére épült az egészségügyenlétlenségek alakulásában, magyarországi példán keresztül. Felhívta a figyelmet arra, hogy a társadalmi igazságosság érvényesülése az egészségügyi ellátásban különösen fontos szempont a hátrányos helyzetű, főként etnikai csoportok egészségi állapotának javításában. Kiemelte, hogy a szakirodalom legtöbbször a rendkívül előnytelen társadalmi helyzettel, a súlyos deprivációval magyarázza a kedvezőtlen egészségi állapotot, miközben az etnicitás szerepe ebben mindig kérdéses marad. Az etnikai pozíció, főként a vidéki terekben, meghatározza az osztályhelyzetet, a szolidaritás lehetséges köreit, a mozgósítható erőforrásokat, az ellátáshoz való hozzáférés lehetőségeit, amelyek együttesen hatnak az

egészségi állapot alakulására. Ez az oka annak, hogy a hátrányos helyzetű területeken nemcsak a hozzáférés feltételeinek széles körű megteremtése járulhat hozzá az egészségügyenlőtlenségek csökkentéséhez, hanem az egyének és csoportok szociokulturális sajátosságainak figyelembe vétele is.

A kutatási projekt eredményeinek részletes áttekintése után Uzzoli Annamária összegezte az elméleti és az empirikus tapasztalatokat, amelyek felhasználhatók hasonló vizsgálatok módszertani keretének kidolgozásához is. A releváns következtetések egyike az volt, hogy a fejlett országokban meghatározó népességügyi betegségek ellátási jellemzőinek komplex értelmezése hozzájárulhat az egészségügyenlőtlenségekkel kapcsolatos tudás bővüléséhez. A kutatás végső célja, hogy az összes rendelkezésre álló eredmény és tapasztalat birtokában olyan javaslatokat fogalmazzon meg, amelyek támogathatják a bizonyítékokon alapuló szakpolitikai döntéshozatalt. A kutatás résztvevői egyetértettek abban, hogy a hazai egészségügyenlőtlenségek megléte és fokozódása hatással van a társadalmi haladásra és a gazdasági teljesítményre, ezért mérséklésük jelentős kihívás és feladat lesz a jövőben is a nemzeti szakpolitikák számára.

A műhelytalálkozó második felének címe *„Egészségügyenlőtlenségek - okok, következmények, magyarázatok, megoldások”* volt, amelynek keretében különböző tudományterületek és egészségügyi szakterületek képviselői tartottak előadást az egészségügyenlőtlenségek és a térbeli-társadalmi egyenlőtlenségek összefüggéseiről.

Kiss Norbert (Budapesti Corvinus Egyetem) előadásában a teljesítményvolumen-korlát (TVK) hatását tanulmányozta a szívkatéteres beavatkozások alkalmazási gyakoriságára, s ezzel számos releváns információval egészítette ki a szakmai találkozó első részében bemutatott kutatási eredményeket. Kiss szerzőtársai a kvantitatív vizsgálatokban Kiss András (University of Amsterdam) és Váradi Balázs (Budapest Intézet, Eötvös Loránd Tudományegyetem) voltak. 2012. július óta a szívinfarktus korszerű ellátásfajtáját, a szívkatéteres beavatkozást kivonták a TVK alól: azóta a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) teljes egészében kifizeti e beavatkozás díját a kórházak számára. A szakirodalmi előzmények alapján az elvégzett hatásvizsgálat arra a megállapításra épült, hogy a különféle pénzügyi korlátok csak enyhén befolyásolják az orvosi szakmai döntéseket. A hatásvizsgálat több hasznos módszertani lehetőséget ismertetett, ugyanakkor felhívta a figyelmet a hasonló vizsgálatok korlátaira is. A kutatás legfontosabb eredménye, hogy TVK megszüntetése után összességében nőtt az elvégzett szívkatéteres beavatkozások volumene az országban, amely abból adódott, hogy több beteget szállítottak azokba a kórházakba, ahol ilyen beavatkozást el tudnak végezni. Ugyanakkor az orvosok egyedi döntéshozatali mintája nem változott, ugyanolyan arányban végeztek katéterezést, vagyis a katéterlaborokba beszállított több beteg miatt nőtt meg országos szinten a beavatkozás aránya. Elsősorban a szívkatéteres központoktól távolabb lakók számára javultak a hozzáférés esélyei, ők részesültek nagyobb arányban szívkatéteres ellátásban. A szakpolitikai

intézkedés, vagyis a TVK eltörlésének egészségi állapotra vonatkozó kedvező hatásai – például kórházi halálozási arány vagy a kórházba való visszavételi arány csökkenése – egyelőre nem láthatóak az adatok alapján.

A társadalmi helyzet, amely a különböző erőforrásokhoz való hozzáférést is befolyásolja, alapvető módon hat az egészségesélyekre, s így önmagában az egészség egyenlőtlenségek okának tekinthető – hangsúlyozta a szakirodalmi előzményekre hivatkozva Csizmadia Péter (Nemzeti Népegészségügyi Központ, NNK). Kiemelte, hogy azok az egészségkülönbségek, amelyek megelőzhetőek és szükségtelenek, megfelelő szakpolitikai eszközök alkalmazásával elkerülhetőek lennének, társadalmilag igazságtalan, méltánytalan helyzetre utalnak, ezért megnevezésükben indokolt az egészségben megnyilvánuló esélyegyenlőtlenség fogalom használata. Az előadás egyúttal áttekintést nyújtott az egészség egyenlőtlenségek alapvető társadalmi okairól, azok magyarázatával foglalkozó legfontosabb elméletekről, valamint csökkentésük nehézségeiről és lehetőségeiről. Az előadó, egyéb más között, interpretálta a kulturális tőke vagy az innováció szerepét az egyenlőtlenségek kialakulásában, valamint az egészségben tapasztalható különbségeket a pszichoszociális elmélet és az életút-megközelítés alapján is magyarázta. A kutatási előzmények ismertetése során leginkább az egyenlőtlenségek alapvető társadalmi okairól szóló elmélet került előtérbe. Az előadó felhívta a figyelmet arra, hogy az a szakpolitika lehet sikeres az egészség egyenlőtlenségek mérséklésében, amely a személyes, pszichoszociális és kulturális tényezők közvetlen befolyásolásával tud hatni az egyén környezetét és életkörülményeit alakító társadalmi szereplők tevékenységére. Egyik fontos következtetése az volt, hogy az egészség egyenlőtlenségek megváltoztatása is csak radikálisabb újraelosztással lehetséges.

Az egészség egyenlőtlenségek csökkentésének egyik hatásos szakpolitikai beavatkozása lehet az egészségfejlesztési irodák (EFI) hazai hálózatának fejlesztése, amelyek lényegében új vagy inkább újszerű szereplői a népegészségügynek – emelte ki előadásában Szőke Katalin (NNK). A hálózat létrehozásának célja azt volt 2012-ben, hogy javítsa az egészségmagatartást befolyásoló szokásokat, növelje a lakosság egészségtudatosságát, támogassa a keringési rendszeri és a daganatos megbetegedések prevencióját, illetve csökkentse a korai és elkerülhető halálozás arányát. Az EFI feladatai között szerepel a közösségi szintű egészségfejlesztési programok támogatása, a járási és települési egészségtervezésben való részvétel, az egészségkommunikáció, az egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetek közötti együttműködés javítása, valamint partnerségi munkacsoport működtetése. A 117 működő EFI többsége a jelenlegi támogatási rendszerben elsősorban a mentális egészség fejlesztésével foglalkozik, vagy azzal bővítette szolgáltatásait. Egy jelenleg zajló népegészségügyi projekt négy olyan pillér kidolgozására épül, amelyek hozzájárulhatnak az EFI hálózat szakmai módszertani fejlesztéséhez 1) a megfelelő működési modell kialakításán, 2) a 6 éves kor előtti és 3) a 7-18 éves kor közötti egészségtudatosság növelésén, valamint 4) a lakossági mentális egészségtudatosságot támogató hálózatának fejlesztésén ke-

resztül. Az egészségfejlesztési irodák tevékenységének hosszú távú stratégiai célja az egészségi állapot javítása, és így az egészségegyenlőtlenségek mérséklése Magyarországon.

Bíró Anikó (MTA KRTK Közgazdaságtudományi Intézet Egészség és Társadalom Lendület-csoport) a hazai egészségügyi kiadásokban megjelenő egyenlőtlenségeket vizsgálta adminisztratív adatok alapján. A kutatásban társszerzője volt Prinz Dániel (Harvard University). A statisztikai vizsgálatokban a járó- és fekvőbeteg-ellátás kiadásai, illetve a vényköteles gyógyszer-támogatás 2003-2011 közötti adatainak segítségével elemezte a munkapiacra aktív lakosság körében a jövedelmi helyzet és az egészségügyi kiadások közti kapcsolatot és annak területi különbségeit. Az eredmények bizonyították, hogy:

- akár 77% különbség is lehet a legnagyobb és legkisebb kiadással rendelkező megye között az egy főre jutó járóbeteg-szakellátási kiadásban,
- akár 37% különbség is lehet a legnagyobb és legkisebb támogatással rendelkező megye között az egy főre jutó vényköteles gyógyszer-támogatásban,
- akár 27% különbség is lehet a legnagyobb és legkisebb kiadással rendelkező megye között az egy főre jutó fekvőbeteg-ellátási kiadásban.

Szintén megállapítható, hogy a jövedelem növekedésével nő az egészségügyi kiadások finanszírozása, ami országosan, megyék között és megyéken belül is megfigyelhető.

Az eredmények alapján feltételezhető összefüggések bizonyítása a jövő feladata, így további részletes kvantitatív vizsgálatokra van szükség annak eldöntéséhez, hogy például az ellátáshoz való hozzáférés milyen mértékben befolyásolja a jövedelmi helyzet és az egészségügyi kiadások közti kapcsolatot.

Az orvosok és az egészségügyi dolgozók (egészségügyi szakemberek) nemzetközi vándorlása egyre nagyobb mértékben érinti a poszt-szocialista országokat, így az „egészségügyi agyelszívás” Magyarországon is megfigyelhető. Ilcsikné Makra Zsófia (SZTE TTIK GTF TSZ) előadásában tartalomelemzés módszerével vizsgálta a 2004 óta az online médiában megjelent beszámolókat, elemzéseket, interjúkat, és arra kereste a választ, hogy hogyan értelmezi a média az egészségügyi szakdolgozók elvándorlását, és hogy a médiatartalmakban egyáltalán megjelenik-e a földrajzi tér és a hely szerepe. A vizsgálati eredmények részét képezik egy kutatási projektnek, amely a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alap finanszírozásával, „*A magyar egészségügyi szakemberek migrációjának földrajzi vonatkozásai*” címmel valósul meg 2017. szeptember 1. és 2020. augusztus 31. között (K 124938 sz. projekt). Az előadó egyik fontos megállapítása az volt, hogy ugyan az egészségügyi szakemberek migrációja gyakori téma az online médiában, mégis annak magyarázatában a térbeliség háttérbe szorul. A vizsgált médiatartalmak nyomán kirajzolódó diskurzusokban elsősorban a hagyományos megközelítés jelenik meg, vagyis az elvándorlást veszélyforrásként ábrázolják, hangsúlyozva a hátrányosan érintett egészségügyi szakterületeket és földrajzi régiókat. Lényegében a lokalitás sze-

repe elenyésző magyarázó tényezőként kerül elő az elvándorlással kapcsolatos narratívákban.

A műhelytalálkozó számos kérdést felvetett az egészségegyenlőtlenség „természetével” kapcsolatban, de általános vélemény volt, hogy komplexitásából fakadón mindenféleképpen indokolt többtényezős, sokdimenziós megközelítése. A résztvevők közötti párbeszéd megerősítése és a kapcsolati háló kiszélesítése a jövőben hozzájárulhat a hazai egészségegyenlőtlenség-kutatások eredményes folytatásához és társadalmi elismertségének növeléséhez.