

Döntési modell a daganatos megbetegedések elleni küzdelem stratégiai erőforrásainak meghatározásakor

I. A döntéshozatal és a döntési probléma jellemzői

Gróf Ágnes

Pécsi Tudományegyetem, Közgazdaságtudományi Kar, Stratégiai Management Tanszék, PhD Képzés, Pécs

A daganatos megbetegedések társadalmat és egyéneket terhelő következményei csak interszektoriális együttműködéssel csökkenthetők. Erre egyértelműen utalnak a betegség etiológiájára vonatkozó ismereteink és a betegség előfordulásának jellemzőit feltáró, az eloszlásra és gyakoriságra vonatkozó epidemiológiai elemzések. Az interszektoriális stratégia kialakítása különösen jelentős a megbetegedések kialakulásának megelőzése érdekében, de szükségessége kimutatható a szekunder és terciér prevenció esetében is. Az utóbbira irányuló stratégiák legalább interdiszciplináris együttműködést igényelnek, míg a primer prevenció esetében az elkerülhetetlen törvényi és rendeleti szabályozások az ágazati együttműködést is túlnöve, kormány szintű beavatkozást, átfogó, összehangolt stratégia kialakítását teszik szükségessé. Az interszektoriális stratégia sikere a célok helyes megfogalmazásán túl elsősorban az eszközök és erőforrások megfelelő „hozzárendelésén” áll vagy bukik. A döntések előkészítésében és meghozatalában a résztvevők egymástól eltérő saját cél- és kritériumrendszere következtében azonban a döntési szituáció konfliktusos döntési helyzetű alulhat, amelyben a döntésben résztvevők „pozíciója” (a döntésben résztvevőknek a döntés meghozatalakor a csoporton belüli erőviszonyából fakadó) eltérő súllyal biztosítja álláspontjuk érvényesítését. Az elemzéssel célunk a daganatos megbetegedések elleni küzdelem stratégiájának kialakításakor létrejövő jellemző döntési szituációból származó lehetőségek és korlátok megvilágítása. A probléma kezelésére választott döntési modell alkalmazását és annak eredményét egy következő közlemény tartalmazza. *Magyar Onkológia* 44:305-311, 2000

We aim at modelling the strategic decision making process in case of devoting resources to a governmental cancer control program. We use a model based on the theory of Analytic Hierarchy Process. In this article we describe the characteristic features of such a decision making process and reveal the complexity of the problem underlying the decisions. A second article will present and discuss the results from the application of the AHP model. Interventions which are capable of decreasing the burden of cancer in a society need strategic approach. Decisions on interventions seem inevitable to be based on and balance between the priorities and the available resources. There is not much doubt about it that the reason for setting the priorities arises on the one hand from the scarcity of resources. On the other hand, priorities evolve on other bases, and are supposed to „guide” health policy makers devoting the scarce resources. In general, a strategic mode of thought has been based on assumptions, which, in case of cancer control enhance the necessity to assess information on cancer and cancer patients, and to understand the factors contributing towards better health. The capabilities of the NCCP achieving its aims by preventing the development of cancer diseases (primary prevention), by making use of the means of early detection and appropriate therapy (secondary prevention), and by providing modern (comprehensive) tertiary prevention are inevitably affected by the priorities. Health policy should assume a responsibility for enforcing certain priorities and should be aware of the long-term interest of the population. To solve the problem we restrict the model to a simple three level one, representing the goals, the criteria, and the alternatives of the resource allocation. We determine „decreasing the burden of cancer” as the overall goal. „Distributive justice”, „cost-effectiveness”, „human rights”, „evidences”, and „standpoints of a community” serve as criteria, while „primary prevention”, „early detection and therapy, both belonging to the secondary prevention”, „tertiary prevention”, „research”, and „education” form the alternatives. *Gróf Á: Making Decisions on the Resources for Cancer Control. Hungarian Oncology* 44:305-311, 2000



Közlésre érkezett: 2000. szeptember 15.
Elfogadva: 2000. október 15.

Levelezési cím: Gróf Ágnes, StratMed Kft, 7623 Pécs, Tompa Mihály utca 18. E-mail: grofa@matavnet.hu

Bevezetés

A lakosságcsoporthoz való daganatterheltségének leírásával és a rizikófaktorok feltárásával az epidemiológiai vizsgálatok egyedülállóan hasznos módon járultak hozzá ahhoz, hogy e probléma társadalmi súlya ma már közismertté vált. Epidemiológiai vizsgálatok igazolták, hogy a népesség egészségi állapotának kívánatos javulását a daganatos betegségek terápiája csak az eredményes elsődleges megelőzéssel együtt érheti el, ugyanakkor az eredményes terápiának gyakran feltétele a népesség meghatározott csoportjaira kiterjesztett szűrővizsgálat. A lehetséges intervenciók bevezetését a gyakorlatban több körülmény gátolhatja, így például az optimális szűrőmódszerek hiánya, vagy azoké a módszereké, amelyekkel a kockázat mértékét meg lehet határozni. Az etiológia tisztázása, a káros tényezők azonosítása a rák megelőzhetősége szempontjából alapvetően fontos. A napjainkban ismert legfontosabb rákkeltő tényezők lehetnek külső hatások (rákkeltő vegyületek, káros életmódbeli szokások), de a genetikai állományban is rejlenek bizonyos kockázati tényezők. A kemopreventív intervenciók bevezetéséhez azok biztonságos végrehajtása és a génregiszterek működtetése érdekében a törvényi szabályozás szükségessége is felmerül.

A daganatos megbetegedések egyénekre és a társadalmat érő következményeinek súlya stratégiai együttműködést követel meg. Az ehhez szükséges stratégiai erőforrások meghatározása olyan döntési szituáció, amely napjaink egyik legsürgetőbb kérdése valószínűleg valamennyi fejlett ország kormányzata számára, ugyanakkor komplex és bizonytalan kimenetelű, amelynek amúgy is tekintélyes erőforrásigénye a döntés következtében feltehetően csak növekszik. A döntési szituációval kapcsolatosan és annak során az alábbi főbb kérdések merülnek fel:

- Kik, és milyen szempontok szerint döntenek az allokációról?
- Milyen szempontok minősülnek stratégiainak az erőforrás-allokáció során?
- Megoldható-e a döntési feladat a „társadalmilag kívánatos” módon?

Az alkalmazott számítógépes döntéselemző modell az *Analitikus Hierarchikus Eljárás* (Analytic Hierarchy Process) elméleten alapul, amely a zavaros, rosszul strukturált problémák kezelését teszi lehetővé. Az eljárás maga három alapelve épül: a hierarchikus struktúra felállíthatóságának elvére, a prioritások megfogalmazásának elvére és a logikai konzisztencia elvére.

A gondolatmenet során először a *döntési szituációt* jellemzem, a közlemény erre a kérdéskörre terjed ki. A döntések alapját képező kritériumrendszernek megfelelő döntési eredmény (a döntés várható következménye) elemzését, és a napjaink egyik legkorszerűbbnek tartott döntési modelljének alkalmazásával megkeresett várható legjobb megoldás leírását egy későbbi közlemény fogja tartalmazni, amely a PTE Stratégiai Man-

agement Tanszéken végzett modellezés eredményét tartalmazza.

A döntési szituáció jellemzése

A döntési szituáció jellemzésekor két fő kérdéskört kell vizsgálnunk: 1) a *döntéshozatal* sajátosságait és 2) a *döntési probléma* sajátosságait.

A döntési szituáció megismeréséhez közelebb juthatunk az egyes döntési szintek jellemzésével is, amely erőforrásigényük és a probléma megoldásában játszott szerepük alapján történhet. Az egyes döntési (irányítási) szintekhez tartozó stratégiai döntésekhez az alábbiakat sorolhatjuk:

a) Kormányzati szintek döntései. A *nemzeti szintű* kormányzati döntések elsősorban a rákkontrollra vonatkozó „konpcionális” döntések, amelyek közül leglényegesebbek az elsődleges prevencióra vonatkozó döntések. Ide tartoznak maguknak az egészségpolitikai elképzeléseknek a megfogalmazásai és a bevezetésük körülményeire vonatkozó döntések, valamint az interszektoriális együttműködés kialakítására és összehangolására vonatkozó döntések. A másodlagos prevenciót érintő kormányzati döntések elsősorban projekt-döntések tekinthetők, amelyek főként azok irányultságára vonatkozó, az erőforrás-allokációval szoros összefüggésben hozott döntések. A harmadlagos prevencióra vonatkozó kormányzati szintű döntések pedig az általános egészségpolitikai intézkedésekkel összefüggésben hozott (szolgáltatás-stratégiai elvekre és átfogó célokra, valamint a hozzáférhetőségre és a felelősség kijelölésére vonatkozó) döntések.

Az *önkormányzati szintű* döntések a rákkontroll eszközeire vonatkozó (konpcionális) döntésekkel összhangban lévő, az egyes helyi intézkedések bevezetésére vonatkozó döntések, úgymint: a prevenciók kapcsolatrendszer kiépítésére és ellenőrzésére vonatkozó döntések, a helyi intézmények létesítésére és fenntartására vonatkozó döntések, valamint az adott terület (ebben az esetben a megye) rákkontroll tevékenységének értékelésére vonatkozó döntések.

b) Az egészségügyi döntési szintek másik nagy csoportját az *intézményi szintű* döntések képezik, amelyek egy része finansziális döntés, amely problémakör hazánkban jelenleg a tulajdonos – fenntartó – működtető „Bermuda-háromszöge”. (A jelenlegi sajátosságánál fogva igazi stratégiai döntés e szinten valójában nem lehetséges, de a „legkedvezőbb pénzügyi terv” előállítható.) Másik részük az intézményi kapcsolatrendszerek, együttműködések kialakítására vonatkozó stratégiák, amelyek célja a szerződéses kapcsolatrendszer kiépítése, pénzügyi és politikai támogatások megszerzése lehet.

c) Az egészségügyi döntések harmadik szintjét a *betegágy melletti döntések* képezik. Ezek – bár stratégiáknak szokták nevezni őket – valójában technológiai jellegű döntések. (Lehetnek

„heurisztikák”, ha a daganatos betegség kezelése során nagyfokú a bizonytalanság a kezelés kimenetét illetően, és a kimenet tényleges statisztikai valószínűségeinek becslése helyett ösztönös, intuitív döntéssel választanak a kezelési alternatívák között).

A továbbiakban a döntési szituációt a prevenció szempontjából jelentős döntések döntéshozatali sajátosságainak és a döntési probléma összetettségének bemutatásával jellemezem azokban az esetekben, amikor a döntéshozó a kormányzat.

Eredmények

1) A döntéshozatal sajátosságai az egészségügyről szóló döntések során

Az egészségügyről szóló döntések a kormányzat azon döntései közé tartoznak, amelyek elsősorban erőforrás-allokáció irányultságúak. A „globális elvek” – az egészségpolitikai megfogalmazások – kinyilvánítása is az erőforrás-allokáció jellegzetességeinek meghatározódását vonja maga után. A kormányzatok deklarált szándéka és az egészségpolitikai intézkedések, vagy ezen intézkedések végrehajtása, továbbá eredménye között gyakran tapasztalható eltérés számos nehezítő körülményben és tényezőben gyökerezik. És bár Saltman (11) úgy véli, hogy „ha volnának is eszközeink, ... a szociális igazságosság prioritizálása eléggé bizonytalan”, a financiai probléma sajnos önmagában is elegendő, hogy a pénzügyi szükségesség következményeként megakadályozza a társadalmi szolidaritási, igazságossági szempontok maradéktalan érvényesülését. Az egészségügygel kapcsolatos kormányzati döntések általános sajátosságának tartható, hogy:

- a megoldást igénylő probléma gyakran interszektoriális gyökerű vagy kihatású,
- a döntésnek igen hosszú időtávra lehetnek kihatásai,
- a politikai szándék háttérbe szorulhat az erőforrások szűkössége miatt,
- a konszenzus gyakran a pénzügyi tárcával való „kiegyezésben” kimerül,
- a döntés sok esetben nem párosul eredményes végrehajtással: a stratégia „bevetése” nem, vagy rosszul történik meg.

Az interszektoralitás gondolatának megfogalmazása éppen abból a tényből fakad, hogy az egészség az emberi szervezet dinamikus állapota, amely kialakulhat és fennmaradhat, ha kialakulását és fennmaradását akadályozó tényezők nem zavarják meg. Ennek felismerésén alapul a WHO ajánlása az egészség értelmezésére, miszerint „nem egyszerűen a betegség hiánya, hanem a teljes testi és szellemi jólét” érzete, amely az egyén képessége arra, hogy életfunkcióit ellássa, és normális társadalmi és munkakapcsolatokat tartson fenn. Az egészségi állapot különbözőségeinek okai sokrétűek, és csak részben vezethetők vissza az egészségügyi ellátó rendszer hiányosságaira. Nemcsak az egyének, hanem a nemek, az

egyed életkorcsoportok, társadalmi rétegek, földrajzi területek, országok között is különbözik. A WHO a különbségek okai, és a mérséklésükre alkalmas intézkedések feltárása illetve azok eredményességének vizsgálata céljából a „Health for All” stratégia részeként időszakonként jelentést kér valamennyi tagországtól. A *Primary Health Care* (PHC) fogalmát, mint az általános egészségi állapot javulásához vezető egyik kulcsfontosságú szemléletet és gyakorlatot a WHO 1978-as Alma Ata-i tanácskozásán elfogadott dokumentum vezeti be. A filozófia, amelyre az egész elképzelés épül, lényegében azt hangsúlyozza, hogy a PHC az egészségügyi ellátás szervezésének egy megközelítési módja, amelyen az összehangolt egészségügyi stratégiák alapulhatnak, és amely egyúttal az egészségügyi szolgáltatás adott szintjét hozza létre, ami az egyes országok között az egyes országok egyéni társadalmi-gazdasági környezetbeli sajátosságainak megfelelően különbözik. A WHO-ajánlás azonban egyértelműen körülhatárolja a minimálisan szükséges feltételeket, amelyek között szerepel például az egészséges ivóvíz és alapvető higiéniai szükségletek valamint az egészséges élelmiszerek és táplálkozás biztosítása a teljes lakosság számára, az „endémias” megbetegedések megelőzése és nyomon követése, a legszükségesebb gyógyszerekhez való hozzáfutás biztosítása és a legfontosabb fertőző betegségek elleni immunizáció is. A felsorolásból kitűnik, hogy az *egészség* alapvető feltételeinek megléte az adott népesség számára jelentős részben a kormányzat felelősségvállalásán múlik, és ezzel az *egészség fogalma interszektoralissá válik*, eszközt adva végre a világszerte alulfinanszírozási gondokkal küszködő egészségügy kezébe az oly fontos *megelőzéshez*. A népesség egészségi állapotának „jobbítása” az egészségügyi szektor hatókörén messze túlnövő intézkedésektől: a környezeti rizikófaktorok eliminálásától, a munka és életkörülmények megfelelő minőségétől, a tartalmas állampolgári lét feltételkörülményeinek biztosításától várható.

Az egészségügyi ellátásról vagy annak során hozandó döntések fontos sajátosságának Hall (6) azt tartja, hogy a döntés következményét nagymértékben befolyásolja a döntést hozó „pozicionálása”: az egészségügyi ellátás különböző szereplői különböző döntést tartanak helyesnek, különböző érdekeiknek és informáltságuknak megfelelően. Az egészségügyet érintő döntések során ezért Hall kiemelt jelentőséget tulajdonít a döntést hozók „hovatartozásának”. Azt, hogy a döntéshozó ismeretei a döntési problémáról milyenek, hogy a döntés során milyen szándék vezérli, és nem utolsósorban azt, hogy a döntés következménye hogyan fogja érinteni, nagymértékben befolyásolja a döntés meghozatalakor elfoglalt pozíciója, vagyis, hogy milyen érdekcsoporthoz tartozik a döntés meghozatalakor. A kormányzati döntéshozatal jellemzőivel a közösségi választás-elméletek foglalkoznak A közösségi választás-elméletek (12) – leegyszerűsítve az elmélet lényegét – a kormányzat politikai mechanizmusát olyan eszköznek tartják, amelynek során a kormányzat

deklarált szándéka a társadalmi haszon érvényesülésére törekvés, amely a *társadalmilag kívánatos erőforrás-allokációval* valósulhat meg. A társadalmi haszon legegyszerűbb megfogalmazásában mindaz, ami emberi közösségekben nem csak az egyes ember, vagy egy szűk csoport számára, hanem a teljes közösség számára hoz hasznot. A „teljes közösség” azonban sok esetben a közösségnek csak egy része. A közösség szempontjából éppen ezért akár ellentmondásos végeredményre is vezethet a „társadalmilag kívánatos allokáció”, mert:

- a) a társadalmi elvárásokat általában az érdekérvényesítésre képes rész fogalmazza meg (5), és
- b) mert a racionalitás érvényesíthetősége a döntéshozatal során korlátozott (*Herbert Simon „korlátozott racionalitás” elmélete*).

Az érdekérvényesítés gyakran a politikai személyekkel, csoportokkal és intézményekkel szándékosan kiépített kapcsolat segítségével történik. A kiépített kapcsolat szövetségest jelent a csoport vagy szervezet számára az adott kérdésben, vagy időszakban, és képes közvetlenül magát a politikai döntéshozatalt befolyásolni. „A lobbikommunikáció sikere nagyon erősen szituációfüggő ...ez magyarázhatja meg a lobbisták politikai döntéshozatali szituációkra és az abban való részvételi lehetőségeikre vonatkozó döntéseit” (7). A globális termelés és a verseny éleződése például Ekins (3) szerint „hozzájárul a protekcionizmus újraéledéséhez, amely a nemzetközileg érvényes gyártási, termelési, környezetvédelmi szabályozásokat igyekszik kikerülni”.

A lobbik egyik mai napig is (hallgatólagosan) elfogadott célja és értelme a protekcionizmus „ébren tartása” és az előnyeivel való maradéktalan visszaélés. A politikai akciók igénybevétele a különböző tényezőkért folytatott lobbitevékenységek során aszerint minősülhet, hogy mennyire vette figyelembe az érdekcsoport a lényeges társadalmi értékekért való szövetkezés szinte egyedüli létjogosultságát. A lobbitevékenységgel kapcsolatban egy lényeges szempont óvatosságra int: a politikai döntéshozatal a társadalom konfliktusmegoldó mechanizmusa. A helytelenül alkalmazott lobbitevékenység a konfliktusmegoldó mechanizmusra egyirányú nyomást igyekszik gyakorolni. A lobbitevékenységnek az az értelmezése, amely a konfliktusmegoldó hatását hangsúlyozza a befolyásoló hatásával szemben, csak napjainkban kezd elterjedni. A médiák és a közvélemény figyelmének felkeltésén, vagyis a nyilvánosságra törekvésen keresztül biztosíthatja feddhetetlenségét a politikai döntéshozók befolyásolásában, és ezzel „helyrebillentheti” egy hasznos tevékenység igazi értelmét és célját (5).

A kormányzatok a „közcélok elérése érdekében” hozzák a törvényeket, és szabályozzák a gazdaság szereplőinek tevékenységét. Különösen indokolt esetekben (pl. a lakosságot veszélyeztethető ipari tevékenységek esetén) a kormánybefolyás normák, termékvizsgálati eljárások szabályo-

zásán keresztül érvényesül, ebben az esetben az állam nem gazdasági szabályozóként lép fel, hanem a vállalat olyan tevékenységét korlátozza, amely a külső környezet egészségét, épségét közvetlenül veszélyezteti. A restrikció, mint következményes kormányzati hozzáállás bevezetése azt jelenti, hogy a kormányzat „döntött a prioritásokról” a társadalom nevében, és valamilyen kényszerítő eszközt alkalmaz azok érvényesülése érdekében. A társadalom értékekről vallott felfogásának, a társadalmi *prioritások* változásának felismerése igen fontos a kormány, a gazdasági élet szereplői, valamennyi érdekcsoport és szervezet számára, mert ez jelenti azt a külső környezetet, amelyben működni fognak.

A stratégiaalkotás a „szervezet olyan fejlődését mozdítja elő, amely képessé teszi arra, hogy elérje céljait” (8), mégpedig lényegét tekintve annak eredményeként, hogy a felismert környezeti értékek alapján létrehozott új értékfelfogásának megfelelően formálódik a stratégia. „Az objektív gazdasági folyamatok szubjektív tényezőkre visszavezethetősége a *marginalista* értékelmélet felfedezése, ez a továbbértelmezések során fejlődött a fogyasztói preferencián alapuló rendezhetőség megfogalmazásához (Marshall), amely azt feltételezi, hogy az aktuális fogyasztói döntésekben a *fogyasztói preferenciák* nyilvánulnak meg. Ennek az elméletnek még igen nagy jelentősége várható a gazdasági szereplők egészségüggyel kapcsolatos döntéseinek, fogyasztói magatartásának vizsgálatában... A szubjektív érték gazdasági szerepének elfogadása vezetett el a feláldozott lehetőség (opportunity-cost), a modern közgazdaságtan legrefináltabb fogalmához. Elméleti alapja az a megfontolás, hogy a termelési tényezőket a különböző felhasználási területek között optimálisan kell elosztani, mivel mennyiségük adott, és szűkös. Valószínű, hogy ma a legjobb eszköz lehet döntéseink értékelésére akkor, amikor a *szubjektív, a társadalmi, a tradicionális* értékekről, ellenükben vagy érdekükben döntünk” (4).

Az erőforrás-allokációra vonatkozó kormányzati döntések *stratégiai döntések*. Ezekre Barakonyi (1) elsősorban azt tartja jellemzőnek, hogy:

- nagyfontosságú, esetenként visszafordíthatatlan döntések,
- előkészítésük időigényes, módszertanilag kevésbé magalapozott,
- a döntés helyessége sokszor csak évtizedek múlva értékelhető,
- a probléma pedig, amelyre a stratégiai döntés irányul, általában rosszul strukturált.

A rosszul strukturáltság okai között maguknak a problémáknak a sajátosságait kell keresnünk elsősorban. A daganatos megbetegedések előfordulásáról, okairól, a beavatkozási lehetőségekről, az intervenciók erőforrásigényéről szerzett információink nagymértékben csökkentik a problémával kapcsolatos bizonytalanságot, és így hozzájárulnak a strukturáltsághoz, a döntés jövőbeli következményeinek feltárásához, amelyekkel a döntés racionalizálását segítik. Ezért a daganatos megbetegedések elleni küzdelem során ho-

zott stratégiai döntések sikere nagymértékben függ a különböző forrásokból származó információk mérlegelésétől, kombinálásától, és magától a döntéshozatali folyamattól.

2) A közösség érdekében hozandó döntést igénylő problémák sajátosságai

Az ilyen típusú problémák általában több cél, több érdekcsoport elvárásainak ütközéséből fakadnak, amely konfliktushelyzetet generál. A konfliktushelyzet „békés” megoldása érdekében konszenzusra való törekvés várható el a közösségtől. Az alapprobléma racionális megoldása azonban az erőforrások szűkössége miatt legtöbbször igen-nem döntést igényelne, aminek némiképp ellentmond, hogy a konszenzusra törekvés során a „racionális” döntési alternatíva választása helyett meg kell keresni azt a megoldást, amelyet valamennyi érdekcsoport elfogad. Ugyanakkor nem mindig van meg a megfelelő információknak arról, hogy a valamennyi érdeknek engedés következtében mi lesz a döntés tényleges következménye, és hogy ez a következmény maga mennyire lesz elfogadható az egyes érdekcsoportok számára. A több szereplős döntések előkészítése során ezért hasznos a lehetséges környezeti konstellációk leírása (szcenáriók), amelyek, hasonlóan a tőlünk független környezeti tényezők jövőbeli prognosztizálásához, a különböző döntések következményeiként bizonyos valószínűséggel bekövetkező „kimeneteleket” prognosztizálják.

A probléma másik sajátossága abból fakad, hogy meg kellene tudnunk fogalmazni, a „közös érdek” mit is jelent valójában. Mi a fontosabb: maga a konszenzus, vagy esetleg az a döntési következmény, amely egyik, vagy csak néhány érdekelt (érdekcsoport) céljának érvényesülése útján következne be. Egyáltalán, mi alapján jussunk konszenzusra? A probléma harmadik sajátossága az, hogy jogosan vetődik fel a kérdés, hogy a megoldását célzó kormányzati döntés, amennyiben konszenzus-döntés, stratégiaiainak tekinthető-e valójában? Mindhárom sajátosság pedig azt a kérdést veti fel, hogy vajon konszenzus-döntésre törekedjünk-e?

A racionális döntések sajátosságaiként Barakonyi a Dawes által 1988-ban felvázolt jellemzőket tartja lényegesnek (1), amelyek számunkra is megvilágíthatják a közösségi döntések sajátosságait a konszenzus és a racionalitás szemszögéből. Dawes szerint (2) a racionális döntés fő sajátosságai, hogy a döntéshozó aktuális erőforrásait, képességét, képzettségét, felkészültségét figyelembe veszi, és a választás lehetséges alternatívái és azok következményeinek ismerete alapján dönt (a döntés következményeire megfelelő pontosságú becsléssel következtet).

A döntési folyamat kritikus lépése a céloknak legjobban megfelelő alternatíva kiválasztása lesz, és ez függ attól, hogy a döntési alternatívák megfogalmazása milyen minőségű és mennyiségű információk alapján történt, vagyis végső soron magának a döntési problémának a sajátosságaitól.

A döntési probléma további sajátosságait a daganatos megbetegedések elleni küzdelemben nagymértékben meghatározza az a tény, hogy a küzdelem három területen zajlik: a megelőzés, a korai felismerés, valamint a rosszindulatú folyamat megállítása és káros következményeinek minimalizálása területén. Ezt a három területet az egészségügyben zajló megelőző tevékenység három szintjének is elfogadva (az ismert értelemzavaró megfogalmazások ill. vitatott tartalmi fedések ellenére), leggyakrabban

- primer prevenciónak a betegségek kialakulásának megelőzését nevezzük,
- a folyamat megállítását (a korai felismerés és korai terápia) szekunder prevenciónak,
- a maradandó károsodások minimalizálását, az egészség lehetőség szerinti helyreállítását, tulajdonképpen a „teljes körű rehabilitációt és gondozást” pedig terciér prevenciónak nevezzük.

Maga a megelőző szemlélet azon a felismerésen alapszik, hogy vannak események, amelyek önmagukban vagy következményeikkel együtt nagyobb terhet jelentenek az egyén és a társadalom számára, mint amekkora az események bekövetkezésének magakadályozása lenne. Ismerünk kell tehát magának a bekövetkezett eseménynek a súlyát, és meg kell tudnunk határozni, hogy a megelőző tevékenység ehhez képest milyen következménnyel járna. A megelőző tevékenység végrehajtása pedig feltételezi annak az ismeretét, hogy mi hozza létre az adott eseményt, vagyis hol tudunk beavatkozni, és hogyan tudjuk megakadályozni. A prevenció általános létjogosultságát az a jelentősége adja, hogy előnnyel járhat. Ez az előny lehet eleve gazdasági, vagy mi szándékozunk „gazdasági síkon” meghatározni (pl. az egészségügyi megelőző tevékenységek esetében), mert az intézkedések erőforrást fognak felhasználni, és takarékosági megfontolásaink közepette számszerűsíteni akarjuk pl. a „rövidebb, de teljesebb” élet forintjait (lásd QUALYs).

A jellemző sajátosságok közé sorolható az is, hogy a megelőzés csak az egész társadalmat érintő intézkedések következtében várható. Az Ottawa Charter for Health Promotion (1986) mondja ki először, hogy a „jó egészségi állapot” kialakításában elengedhetetlen az „egészséges társadalompolitika”. A primer prevenció óriási jelentősége végre kezd megjelenni a mindennapi gondolkodásban. Ebbe a tömegtájékoztatás eszközei is bekapcsolódnak, de maga az *információközlés hatékonysága* még mindig az egészségsnevelés egyik fontos kérdésköre.

Emellett a primer prevenció, mint hatásos mindennapi eszköz szempontjából kell mérlegelnünk valamennyi törvényi szabályozást (így például a kémiai biztonsági és a környezetvédelmi szabályozásokat is) és a társadalompolitikai (jóléti gazdaságtani) intézkedéseket is.

Annak, hogy a primer prevenció alkalmazható legyen, alapfeltétele, hogy ismerjünk a daganatos betegségek kialakulásban szerepet játszó (oki) tényezőket. Az ismert befolyásoló tényezők azon-

ban együttesen és komplex módon fejtik ki hatásvukat, sok esetben bizonytalanná téve a daganat-epidemiológia eredményeinek megítélését. A primer prevenció hátránya, hogy általában a populáció egészét érintő beavatkozásokat igényel, főként mivel általában csak annyit tudunk, hogy az, aki majd beteg lesz, a populáció tagja. Az epidemiológiai vizsgálatok jelentősége, hogy legalább becslést adhatnak annak a kockázatnak a mértékére, amely az egyén, mint az adott populáció tagja esetében érvényesül. A beavatkozási környezet összetett, az egyén, betegcsoport és populáció számára hasznos beavatkozási módok különbözőek, de az eredményesség értékelésének buktatói és az ellátás kiemelten költségigényes volta is hozzájárul a probléma komplexitásához. Igen találóan fogalmazza meg Rose (10), hogy „míg a primer prevencióra vonatkozó kormányzati döntésekhez abszolút fogalmakra és értékekre lenne szükség, az intervenciók hatásának aktuális mértéke általában csak az arányos haszon fogalmával fejezhető ki...E fogalmak pedig nagyon távol esnek attól, amit az egészségpolitika vár”. A döntési probléma elemzése és a döntési alternatívák várható következményének feltárása éppen azt teszi lehetővé, hogy értékelni tudjuk az egyes alternatívák „hasznosságát.”

A döntési probléma bonyolultságát tovább fokozó tényezőknek tekinthetjük:

- az információ-aszimmetriát, amely az eltérő döntési pozíciókhoz járul hozzá,
- és a nem kellő, vagy hamis információkat, amelyek a manipulálhatóság kockázatát fokozzák.

A fenti tényezők szerepe a témakör szempontjából különös jelentőséget kap.

Megbeszélés

Hogy a kormányzat milyen mértékben teljesíti azt a feladatát, amelyet az előzőekben felvázolt problémakör a „modern jóléti állam” szerepkörében ró rá, az attól is függ, hogy milyen magának a társadalomnak a felfogása a felelősségről, mit jelent a számára a társadalmi egyenlőség és igazságosság fogalmak, hogy van-e lehetősége az adott társadalomnak a gazdasági növekedés prioritása elé helyezni általa magasabbrendűnek tartott szempontokat. A harmadik világba sópört környezet-szennyezés alapjául azok a „gazdasági megfontolások” szolgálnak, amelyeket a fejlődő országok kénytelenek tenni gazdasági felemelkedésük reményében.

Az olyan társadalompolitika alapjául, amely az egészség megőrzését elsőrendűen fontosnak tartja a társadalomban, csak az értékekről vallott felfogás és a társadalmi prioritások újragondolása szolgálhat. Ennek az elfogadása vezetett Kanadában és az északi országokban a *Healthy Public Policy* kialakításához.

A *Healthy Public Policy* a betegségek megelőzésének, az emberhez méltó lét megteremtésének, a primer prevenciónak fontos eszköze. Értékközvetítése hatásosabb a káros anyag-kiboc-

csátás szabályozásoknál, mert összekapcsolja az értékköröket, és egy új fogalmi keret, a „társadalmi felelősségvállalás az egyénért” bevezetését jelenti (5):

- a) Minden kormányzati szintű egészségmegőrző, környezetvédelmi beavatkozás rendkívül fontos üzenetet közvetít a társadalom tagjai számára: hogy az ember, az egyén érték, mert a társadalom a tagjaiból tevődik össze, és érdekében biológiai környezete épségét is óvni kell. A személytelen környezetszennyezés, a szegénység és elmaradottság negligálása a gazdagabbak részéről így minden családba, közösségbe „bekúszó”, tudatos veszélyeztetéssé válik, amelytől az állam, a társadalmi felelősség eszméjét magáévá téve, megvédeni igyekszik állampolgárait.
- b) Az értékének tudatában lévő egyén felelőssége saját egészségéért és környezetéért, a *Healthy Public Policy* másik fontos üzenete. A „kritikus fogyasztói magatartásra” és a felelősségteljes cselekvésre építő magatartás-elvárások, az állampolgári felelősség érvényesülése, olyan „jól informált” egyéntől várható csak, aki a társadalom egyenrangú partnere.
- c) A harmadik fontos üzenete az interszektoralitás gondolata.

Az egészséges környezet (környezeti rizikófaktorok eliminálása, egészséges életmód lehetővé tétele) kialakítása és védelme szempontjából a közösségekben felbukkanó kezdeményezéseknek is nagy jelentősége van, de *a törvényi, rendeleti szabályozások ma még elengedhetetlenek*. Az egyéni és társadalmi kockázat-vállalásnak a magatartásminták másolásakor kifejtett kommunikációs jelentőségével tisztában kell lennünk, például akkor, amikor azt tapasztaljuk, hogy még a „legfelelősségteljesebb” vállalat sem az előírt határok alá igyekszik csökkenteni szennyezőanyag-kibocsátását, hanem a számára legkedvezőbb mérték alá a környezetvédelemmel kapcsolatos kiadásait.

A környezetvédelmi szabályozások kihatása a nemzetközi kereskedelemre, a nemzeti versenyképességre, a technológiai innovációra, és a vállalat nyereségtermelő képességére állandó vita tárgya. „Különösen a nagy kémiai vállalatok érdekcsoportjai vitatják az Európai Unió Környezetvédelmi szabályozásának szigorúságát...sokan állítják, hogy negatív hatással van a kereskedelemre és a versenyképességre, a szennyező gépek elvándorlását eredményezve (13)”. A társadalmi felelősség elvének elfogadása azonban ma még az állami kontroll felerősödését kell maga után vonja. A védelem hiányát gyakran gazdasági tényezőkre hivatkozva (nincs pénz, nem tehetjük munkanélkülivé az embereket) igazolják. *S bár a környezetvédő tevékenység pénzszerű miatti elmaradását igazolni lehet, a környezetszennyező tevékenység folytatását semmiképp*. Általánosan elfogadott vélemény, hogy szankciók helyett a felelős magatartás a járható út (9). Mégis, a vállalatok egy része inkább folyamatosan fizeti a büntetéseket, amelyek nem eléggé eltántorítóak.

A megoldásra váró probléma összetettsége ellenére a kormányzat döntést kell hozzon, és az sem mindegy, hogy a fogyasztók a számukra hasznos javak között hogyan osztják meg jövedelmüket. Az interszektoriális stratégia sikere a stratégiai célok helyes megfogalmazásán túl elsősorban az eszközök és erőforrások megfelelő „hozzárendelésén” áll vagy bukik. A társadalom nehéz helyzetben van, mert „ki vásárolna meg egy olyan zsákot, amelyről nem tudja, mennyit kell még fizessen a tartalmáért?”

A modell során is alkalmazott döntési változatokként az alábbi lényeges erőforrás-igényű területeket határoltuk el: primer prevenció, szekunder prevenció, terciér prevenció, gyógyítás, kutatás, oktatás. A döntés alapját képező kritériumrendszert, amely elemzésünkben a modell alkalmazása során a lehetséges alternatívák közötti választást determinálja, a szakirodalomban szakszerűen megfontolt elosztási szempontok alapján képeztük. Az általunk választott kritériumrendszer így tartalmazza:

- Az elosztás igazságosságát,
- Költséghatékonyságot,
- Emberi-egyéni jogok érvényesítését,
- A közösség szempontjait,
- Szakmai érveket.

A modell alkalmazásáról és annak eredményéről egy következő közleményben számolunk be.

Irodalom

1. Barakonyi K. Stratégiai döntések. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Bp. 2000, pp 15-23
2. Dawes RM. Rational choice in an uncertain world. Harcourt Brace Jovanovich 1988, pp 196-210
3. Ekins P. Business, Trade and the environment: an agenda for stability in world trade. Bus. Strat. Env. 7:271-284, 1998
4. Gróf Á. Az érték közgazdasági értelmezései. PhD záródolgozat, Közgazdaság-elmélet, PTE Közgazdaságtudományi Kar, Kézirat, 1995
5. Gróf Á. A vállalat külső kapcsolatrendszerének szerepe és jelentősége (Marketing, PR, Lobbi). MBA diplomamunka, PTE Közgazdaságtudományi Kar, Kézirat, 1999
6. Hall MA. Making medical spending decisions – the law, ethics, and economics of rationing mechanisms. Oxford University Press, Inc., New York, U.S. 1997, pp 244-246
7. Jaatinen M. Lobbying for conflict accommodation – a contingency model. Corporate Communications: An International Journal 3:23-42, 1998
8. Perrott B. Strategic issue management: An integrated framework. Journal of General Management 21:63-68, 1995
9. Reich RB. The new meaning of corporate social responsibility. California Management Review 40:8-18, 1998
10. Rose G. The Strategy of preventive medicine. Oxford Medical Publications, 1992, pp 27-39
11. Saltman RB. Equity and distributive justice in european health care reform. Int J Health Services 27:443-453, 1997
12. Samuelson PA, Nordhaus WD. Economics. McGraw-Hill Inc. New York, 1985
13. Wubben E. What's in it for us? Or: The impact of environmental legislation on competitiveness. Bus Strat Env 8:95-107, 1999