

Gróf Ágnes

A daganatos megbetegedések elleni küzdelem stratégiája

PhD értekezés

TÉZISEK

Témavezető
Dr Bélyácz Iván

2007

A daganatos megbetegedések hosszú évtizedek óta a halálozási statisztikák élén állnak a fejlett országokban, és számuk emelkedik más régiókban is. Előfordulásuk jellemző különbözőségeket és hasonlóságokat mutathat a népesség biológiai–genetikai, szociális-kulturális, és gazdaság-fejlettségi sajátosságain alapulva. Ez a jelenség elsősorban a betegség kialakulásában szerepet játszó tényezők különböző mértékű érvényesülésének tulajdonítható. Ha az adott népességcsoportban fő oki tényező feltárható, vagy a szerepet játszó tényezők behatárolhatók, akkor ez a betegség megelőzésének alapjául szolgálhat. Ezen alapszik az a feltevés, hogy környezeti és életmódbeli sajátosságok megváltoztatásával befolyásolható a daganatos megbetegedések előfordulása. Azonban a logikailag egyszerű következtetésként megnevezett hatásos eszköz, a megelőzés, azonnal komplex és talán meg sem valósítható feladatfolyammá válik, amint hozzá akarunk látni.

A komplexitás a probléma sajátosságából fakad. Egyrészt, a befolyásoló tényezők együttesen és nem mindig ismert módon fejtik ki hatásukat. Emellett, a már ismert befolyásoló tényezők visszaszorulása egyének és társadalmi szereplők döntésein és tényleges cselekedetein múlik, ami nehezen kontrollálhatóvá teszi a folyamatot. Másrészt, a betegség korai stádiumban történő felismerése - néhány daganat-lokalizáció kivételével - csak jelentős erőforrás-igényű lakossági szűrővizsgálattal valósítható meg. Ez az erőforrásigény hozzáadódik a terápia népességszinten tekintélyes költségéhez. A szűkös erőforrások pedig, a felhasználásukra vonatkozó döntés megszületése során számos szempont mérlegelését, esetenként figyelembevételük korlátozását igényli.

A kutatás kiindulópontja

Mindezek következtében **'a daganatos megbetegedések elleni küzdelem'** a társadalmi problématerben zajló, nem pontosan meghatározható kimenetelű, integrált stratégia, amely rendszerként vizsgálható. Az értekezés e megállapítást az egészség holisztikus és az egészségügy globális felfogásából kiindulva, a gondolatmenet alapjául választja. E két felfogás közel félévszázados fejlődésen túljutva, szükségszerűen vezet a társadalmi szintű stratégia iránti igény megfogalmazódásához.

Az értekezés **fő célja** ezért az egész társadalomra kiható daganatteher csökkentésének rendszerszemléletű megközelítése. A választott problémával összefüggő **további célok** a stratégiaformálás vizsgálata, és a stratégiára vonatkozó döntés elemzése.

A kutatás során az alábbi összefüggéseket vizsgálom

1) Az egészségi állapot interszektoriális célrendszerrel függősége 'a daganatteher csökkentésének' rendszerszemléletű megközelítését indokolja. Az egészség holisztikus, és az egészségügy globális felfogása következtében a népegészségügyi intervenciók a jóléti rendszer alrendszereként értelmezhetőek. A rendszerszemléletű megközelítést ezen túlmenően a népegészségügyi intervenciók stratégiai jellege is igényli.

2) A stratégiaformálás és alkalmazás a preventív intervenciók¹ új szemszögből történő csoportosítását (értelmezését) kívánja meg. A 'magatartásváltozásra irányuló' csoporthoz sorolható intervenciók jellegüknél fogva kommunikációs rendszerben értelmezhetőek.

3) A preventív intervenciók jövőbeli célállapot elérésére vonatkoznak.

¹ A betegségek kialakulásának megelőzését, vagy a káros hatásait csökkentését szolgáló korai felismerést lehetővé tevő beavatkozások.

Közösségben zajló intervenciók tervezésekor ezért a stratégiai gondolkodás sajátosságainak, és a komplex rendszerként felfogott tervezési folyamatnak kell érvényesülni.

4) A preventív intervenció bevezetésére vonatkozó döntés erőforrás felhasználására vonatkozó döntés, amelyet az allokációs hatékonyság és az erőforrás felhasználásának költséghatékonysága szemszögéből indokoltnak tekinthetünk.

5) A döntési alternatívák komplex probléma esetében (mint például a daganatos megbetegedések) nem egymást kizáró megoldási lehetőségek, hanem az 'erőforrásért vetélkedő', a felhasználható erőforrásokat a másik alternatíva számára korlátozó felhasználások.

6) Erőforráshiány, technológiai bizonytalanság, vagy a nem kellő előkészítettség megakadályozhatja a tervezett közösségi akció eredményre jutását, akkor is, ha a 'politikai szándék' támogató környezet megteremtése.

Módszerek

A rendszerbeli összefüggések vizsgálatát az alábbi módon végzem:

ad1. Elhelyezem a rendszerben a kutatás tárgyát: megkeresem a rendszert, amelyben 'a daganatos megbetegedések elleni küzdelem stratégiája' elhelyezhető. Egy rendszermodell létrehozásának elvi alapja az, hogy a 'megismert valóság' egyrészt lehatárolható, természetes funkcionális és szerkezeti kapcsolatai mentén, összetevőinek kölcsönhatásai segítségével, másrészt, e kölcsönhatások jellemzőinek minél tökéletesebb feltárásával a rendszer összetevői pontosabban megállapíthatók (Dénes, 2007). Ennek érdekében:

- a) újszerű értelmezésekkel és új definíciók megfogalmazásával vezetem le
- o a holisztikus és globális megközelítés szükségességét,
 - o az egészségügy jóléti alrendszerként 'működését',
 - o a népegészségügyi intervenciók stratégiai folyamatként való értelmezhetőségét.
- b) A stratégiai logikai keret meghatározásával és értelmezésével igazolom, hogy az intervencióra vonatkozó stratégiaformálás során is lényeges az alaprobléma rendszerben történő vizsgálata.
- c) A népegészségügyi intervenciók stratégiai jellegét az egészségpolitika 'kulcskérdései': az equity, a prevenció és a health outcome,² és összefüggéseik értelmezésén keresztül vezetem le. Segítségükkel az értekezés fontos következtetéseire jutok el.

ad2. A preventív intervenciókat új szemszögből értelmezem. Ezen alapulva két fő csoportot képezek: a) a 'közvetlen egészségügyi megelőző tevékenységek'³ csoportját, és b) a magatartásváltozásra⁴ irányuló intervenciók csoportját. A probléma komplexitását, a magatartásváltozásra irányuló intervenciók esetében, a rendszerműködés kommunikációelméleti megközelítésével létrehozott strukturális rendszermodellel, és a rákkontroll **epidemiológiai információs rendszerének** strukturális ábrázolásával érzékeltetem. A modell strukturális leírásán túl azonban az értekezés nem vizsgálja a létrehozott rendszert.

ad3. A népegészségügyi intervenciók folyamatának egyszerűsített ábrázolásával érzékeltetem, hogy stratégiai folyamatról van szó. A határos stratégia kialakításának jelentőségét és szükségességét stratégiai és

² A kifejezések a szakirodalomban egységesen ismert, angol nyelvű megnevezések.

³ Napjainkban elsősorban a hagyományos 'másodlagos' megelőzéshez sorolt eljárások.

⁴ Egyéni és közösségi viselkedésmód és szemléletváltás.

szervezetelméleti megközelítéssel támasztom alá. A stratégiai tervezési folyamat általánosan érvényesülő fázisait újszerűen definiálom, megvilágítva, hogy az egyes fázisokat a stratégiai tervezési rendszer elemeiként kell felfognunk.

A szervezetelméleti megközelítést elsősorban azért választottam, hogy a szervezeti működéssel, mint rendszerműködéssel, vagyis a szervezet egészével és környezetéhez való kapcsolatával összefüggésben vizsgálhassam a rákkontroll folyamatát. Nagyon hasznosnak bizonyult azonban ez a megközelítési mód a szervezeti belső kommunikatív interakciók rákkontroll során megnyilvánuló jelentőségének felismerése miatt is. Alkalmazása egyúttal a kommunikációs rendszermodell létrehozásának fontosságát is alátámasztotta. Definícióim szintén újak illetve újszerűek.

ad4. Gazdaságossági számításokat végzek, és analitikus hierarchikus eljárást alkalmazok. Az erőforrás felhasználását az allokációs hatékonyság és a technológiai hatékonyság szemszögéből is vizsgálunk, és indokolnunk kell. Ez abból fakad, hogy egyrészt a betegség megelőzését a betegség gyógyításának alternatívájaként foghatjuk fel. Másrészt, különösen a közvetlen egészségügyi megelőző tevékenységek esetében, az eljárásoknak mindig lehet alternatívája, a technológiák bizonytalansága, vagy éppen a technológiai fejlődés következtében.

a) A költséghatékonyság vizsgálatát a vastagbél- és végbélrák szűrővizsgálatára vonatkozó elemzéseken keresztül mutatom be. Egyrészt Boncz⁵ és munkatársainak megállapításai alapján, másrészt a Budapest XI. kerületben, 1997-1998-ban zajlott colorectális carcinoma (vastagbél és végbélrák-) szűrés adataival végzett számításaim segítségével. A költséghatékonyság vizsgálatát a hagyományos alkalmazások ismertetése mellett új nézőpontból is bemutatom a számítások során.

5

b) Az erőforrások daganatteher csökkentését célzó felhasználására vonatkozó döntést analitikus hierarchikus eljárással elemzem. Ez az 'Expert Choice' hierarchikus elemző módszerrel létrehozott modell képezi – bár változói klinikai, tudományos és egészségpolitikai/szervezési elméleteken és gyakorlaton alapulnak – **a kutatómunka másik fő újdonságát.**

ad5. Az összefüggés vizsgálatára képes az **alkalmazott analitikus hierarchikus eljárás** (AHP). A hipotézis azon a stratégia-elméletben (és a gyakorlatban) ismert jelenségen alapul, hogy a megoldandó probléma legtöbbször attól komplex, hogy egyidejűleg több tényező befolyásolja a cél elérését. Az egyes célok elérését biztosító alternatívák ebben az esetben súlyuktól függő erőforrás-elosztást igénylő akciókként jelennek meg. De előfordulhat, hogy nem tudunk biztosan meghatározni egy legfontosabb szempontot, ami alapján kiválasztanánk az alternatívát. Ebben az esetben a célhierarchia megfogalmazásának van jelentős szerepe. Általánosan érvényes lehet, hogy egy 'legfontosabb' szempontnak megfelelés a komplex problémára vonatkozó döntés során nem minden tekintetben bizonyul helyes döntésnek.

Az értekezésben alkalmazott AHP eljárás 'a daganatteher csökkentését szolgáló stratégia választását' modellezi, erőforrás-elosztási problémaként értelmezve. A daganatteher csökkentéséhez rendelkezésre álló erőforrásokat zárt rendszerként kell felfognunk, vagyis olyanként, amely korlátozott. Így a rendelkezésre álló erőforrások globális prioritása 1 (egy egész), amely felosztódik az egyes alternatívák között. A modell a prioritás szintetizálásánál disztributív értékelést alkalmaz. Erre azért van szükség, mivel valamennyi alternatíva relatív prioritását meg kell határoznunk a zárt rendszerben. Az értékelés kétféle módon történhet: vagy az alternatívák egyes kritériumok szerinti preferenciáit vizsgáljuk, még a kritériumok fontosságának értelmezése előtt, vagy a kritériumok fontosságát (súlyát) határozzuk meg, és ezután

következhet az egyes alternatívák vizsgálata. A modell ez utóbbi módszert alkalmazza.

ad6. A hipotézist összefüggésrendszerben vizsgálom. Kiindulópontom, hogy egy közösségi intervenció sikerét 4 alapvető körülménnyel hozom összefüggésbe:

- A felismert problémát milyen mélységig azonosították.
- Az akció célja egybe esik-e a közösség a problémával kapcsolatos 'közakarataival'.
- Milyen módon történik a közösség bevonása.
- Rendelkezésre állnak-e a szükséges anyagi és eszközbeli erőforrások.

Következtetéseimet részben értelmezésekkel, részben a modellezések eredményeinek elemzése során vonom le.

EREDMÉNYEK

Fő megállapításom

A daganatos megbetegedések elleni küzdelem szándék, ismeret, és erőforrás kérdése is. Komplex probléma megoldására irányuló, nem pontosan meghatározható kimenetelű folyamat, és a legtöbb esetben hosszú időtávra vonatkozó döntés, ezért stratégia, annak minden következményével együtt.

A 'döntés a stratégiáról' **a magatartásváltozásra irányuló intervenciók** esetén tulajdonképpen beleillik a társadalmi döntés fogalomkörébe. A társadalmi szintű céllá válás azonban nem csak szándék, hanem erőforrás kérdése is. A stratégiai erőforrás-allokációra vonatkozó döntés társadalminak csak akkor nevezhető, ha túlnő a kormányzat 'közpénz-felosztó-mechanizmusán', és kifejezetten társadalmi szintű preferencia-sorrend alapján, programszerűen finanszírozza a rákkontrollt. A programfinanszírozás egyértelműen az adott

ország (esetleg régió) tehervállalási képességétől, azaz erőforrás rendelkezésre állásától függ. A közvetlen egészségügyi preventív intervenció – a **szűrővizsgálatok** - lefolytatása lehet a programszerűen finanszírozott stratégia része, vagy költséghatékonyságon alapuló, közpénzből vagy egészségbiztosítási pénzből történő kifizetéssel finanszírozott tevékenység. Ezért a lakossági szűrővizsgálatot (a közvetlen egészségügyi preventív intervenciót) vagy társadalmi szintű céllá emelve programfinanszírozással, vagy kiterjesztett biztosítási rendszeren keresztül, meghatározott keretek között lehet gazdaságosan és hatékonyan végezni. Az utóbbinak különösen napjainkban van jelentősége, amikor az egészségügyi átalakulás számos problémát vet fel az 'egészséghez való hozzájutás' egyenlőségével kapcsolatban.

Megállapítások az összefüggések vizsgálata alapján

1. Az első összefüggés vizsgálatából levont következtetések

1.1 A több évtizedes múltra visszatekintő fogalmak értelmezése alapján megállapítható, hogy az egészség holisztikus felfogása a tartalmas állampolgári lét megvalósulásával hozza összefüggésbe, és az emberi szervezet dinamikus állapotaként értelmezi az 'egészséget'. Ennek következtében elismeri és megfogalmazza a támogató külső körülmények szükségességét. Ezeket a külső körülményeket elsősorban a 'Primary Health Care' fogalomkörében (WHO, 1978, Alma Ata-i tanácskozás dokumentuma), és az 'Ottawa Charter for Health Promotion' (1986) támogató társadalmi-gazdasági környezet iránt megnyilvánuló igényében lelhetjük fel. A holisztikus felfogás véleményem szerint olyan **gondolkodásbeli fejlődést eredményez, amely elkerülhetlenné teszi az egészségügy globális felfogásának érvényre jutását.** Az interszektoriális függőség felismerése az interszektoriális felelősség 'rémképét' vetíti előre. Ennek első következménye az egészségügy globális felfogása. Ez, a mai magyar társadalomorvostani / népegészségügyi gyakorlatban is, az alábbi

értelmezés:

'Olyan szemléletmód, eszköztár és gyakorlat, amely interszektoriális stratégiákon, politikai és közösségi kötelezettségen és felelősségvállaláson alapulva teszi lehetővé az egészség, mint legfőbb érték megteremtését, helyreállítását, vagy megőrzését'.

Az egészség holisztikus felfogása tehát **a társadalmi szinten megjelenő cél** megfogalmazásához járul hozzá. A társadalmi gazdasági helyzet és az egészségi állapot közötti (szintén jól ismert) összefüggések alátámasztják a társadalmi szintű cél megjelenésének szükségességét. A jólétnek tartható kiadások jelentős része az egészségi állapot és a társadalmi/gazdasági tényezők közötti összefüggések következtében befolyásolja az egészségügyi rendszer működésének eredményességét. Másként fogalmazva: átfogó jóléti stratégia esetén az egészség magának a jóléti rendszernek a következménye, annak egyik dimenziója. Ezt felismerve és elfogadva, közös érdekért felelősséget vállaló kollektív cselekvésként jelenik meg a 'healthy public policy' amelyet sikeres társadalmi kommunikációban kiérlelt preferenciák és értékek eszköz és intézményrendszereként fogok fel. Az értelmezés alapján

megállapítom,

hogy az egészségügy globális felfogása a környezet kumulatív biológiai hatásainak felismeréséből; a társadalmi 'kollektív cselekvés' potenciális gazdasági hasznának felismeréséből; az egészségfogalom 'átértékelődéséből'; a 'társadalmi kommunikatív integráció' eredményeként érvényre jutó preferencia és prioritásváltozásokból, és mindezek együtthatásából származtatható.

Ennek következtében:

- A tudatos egészségmagatartás választását csak támogató társadalmi, gazdasági, kulturális környezet képes kiteljesíteni;
- A kedvező társadalmi integráció és kohézió (véleményem szerint

visszahatva) fokozza az elvárásokat az 'intézményesített' egészség-támogató stratégiák iránt;

- Az egészségügy működésének hatékonysága és eredményessége két olyan feltétel teljesülésétől is függ, amely a jóléti rendszer 'alappillére': egyrészt a társadalmi felelősség, másrészt az egyéni hozzájárulás megnyilvánulásától.

Ily módon az egészségügy globális felfogásán alapuló intervenciókat a jóléti ideológia modern társadalmakban érvényesülő institucionális következményének tekintem. Vagyis az egészségügy értelmezhető a jóléti rendszer alrendszereként.

1.2 A jó egészségi állapot kialakulását és fenntartását biztosító interszektoriális intervenciók⁶ stratégiai jellegét az 'equity, a prevenció' és a health outcome'⁷ értelmezésén keresztül vezetem le. Mindhárom fogalom lényeges vonásának tartom, hogy közöttük összefüggések élnek; hogy többnyire stratégiai erőforrásigényük⁸ van; hogy mint célok, a teljes népeiséget érintő intervenciók stratégiákkal valósíthatóak meg; és hogy mindhárom visszavezethető a holisztikus és globális felfogásra, illetve, anélkül nem értelmezhetőek maradéktalanul. Ahhoz a stratégiai logikai kerethez tartoznak, amely felfogásom szerint a tervezés és döntéshozatal mozgástere. **A három fogalom közötti összefüggést a következőképpen értelmezem:** Ha az equityt az egészség egyenlő esélyének megteremtéseként fogjuk fel, akkor a prevenció ennek eszköze, amelynek eredményességét - az 'egészség igazságos elosztását' – a health outcome-mal igazoljuk, vagyis a stratégia maga ez utóbbira vonatkozik.

⁶ Jóléti és egészségügyi, vagyis 'társadalompolitikai' intervenciók.

⁷ A szakirodalomban egységesen ismert, angol nyelvű megnevezések.

⁸ Egyrészt a 'stratégiai alapok'-ról, másrészt magáról a tervezési-döntéshozatali folyamatról van szó.

A 'health outcome'-t tehát az egészségügyi intervenciók szemszögéből jövőbeli **célállapotként** definiálom, amelynek érdekében az intervenciós stratégiákat megfogalmazzuk. Ezért csak eredményváltozóként értékelhető. A **megváltozását célzó valamely folyamat** erőforrás felhasználással jár. Az érdekében hozott intézkedések és tevékenységek az egyének szokásainak és életvitelének korlátozását, gazdasági szereplők céljainak a társadalmi szempontoknak jobban megfelelő keretek közé szorítását vonhatják maguk után. Ezért, a folyamat maga **lényeges jellemzőkkel kell bírjon**. Meg kell feleljen az outcome-ra vonatkozó várakozásainknak, az erőforrások hatékony felhasználására vonatkozó igénynek, és – előbbivel összefüggésben is – annak a feltételnek, hogy döntésünk haszonáldozat-költsége az elérhető legjobb alternatíva értéke legyen. A health outcome **közgazdasági jelentősége az, hogy az adott döntésből származó haszon kifejeződése**. Az értelmezésekkel levezetett gondolatmenet alátámasztja azt, hogy az 'egészség igazságos elosztását' szolgáló stratégia szükségszerűen a 'health outcome'-ra kell vonatkozzon. Így az 'equality in outcome' felfogásomban nem más, mint az 'equality in health' fogalma.

2. A második összefüggés vizsgálatából levont következtetések

2.1 A 'daganatprevenció' általam behatárolt két fő csoportja közül a magatartásváltozásra irányuló intervenciók (elsősorban 'kommunikatív intervenciók' - szabályozások, informálás, képzés - és 'egészségtámogató beruházások') részben jóléti intervencióknak tekinthetők. Az egészséghez való hozzájárulásuk általános érvényessége elvként megfogalmazható. A gyakorlatban főként a primér prevenció eszköztárába tartozó, illetve annak hatásosságát segítő intervenciókként jelennek meg. **Egyes daganatos betegségek (tüdőrák, bőrrák, gyomorrák) esetében magának az intervenciónak a célja a betegség elsődleges megelőzését lehetővé tevő**

magatartásváltozás. A magatartásváltozásra irányuló intervenciók jelentősége azonban nem elhanyagolható a közvetlen egészségügyi preventív beavatkozások hatékonyságának alakulásában sem. A közvetlen preventív beavatkozások a daganatok esetében a másodlagos prevenciót, vagyis a betegség korai szakaszban történő felismerését teszik lehetővé. Ennek előkészítettsége függ a viselkedés és szemléletmód váltásra irányuló intervencióktól.

Fenti csoportosítást alátámasztja az, hogy a 'hagyományos' értelmezésben harmadlagos prevencióhoz tartozó tevékenységeket egyre inkább a terápiához kapcsoljuk. Ezt valószínűsítik az AHP modellezés egyes eredményei is.

2.2 Világossá válik a magatartásváltozásra irányuló intervenciók megkülönböztetésének jelentősége a népegészségügyi intervenciók hasznosságának megítélésekor is. A 'hasznosság' szemszögéből nézve sem mindegy, hogy elsődlegesen magatartásváltozásra irányuló, vagy elsődlegesen közvetlen egészségügyi intervenció bevezetéséről, költséghatékonysági elemzéséről van e szó. Előbbi esetben **a komplex kommunikációs modell eredményességét**, utóbbi esetben pedig a szóban forgó **intervenció** adott fogyasztói magatartástól –az igénybevételtől- egyáltalán nem független **gazdaságosságát** vizsgáljuk. Vizsgálatunk 'tárgya' a haszon egységére, vagy az össz haszonra jutó erőforrás felhasználás. A haszon egysége az a számbavehető változás, amelyet az adott intervenció alkalmazásával el akarunk érni. Ezt az intervenció célja határozza meg. Az egyedi fogyasztó hasznossági ítélete jelentősen kihat a daganatos megbetegedések prevenciójára a fogyasztói döntéseken keresztül. A magatartásváltozásra irányuló intervenció során, úgy vélem, végső soron a fogyasztó hasznosságra vonatkozó ítéletének megváltoztatására törekszünk. Ez nem kis feladat, amelynek kifejezése sem könnyű a gazdaságossági számítások során.

3.3 A harmadik, és egyben legfontosabb érvelés a magatartásváltozásra irányuló intervenciók csoport mellett, **a komplex kommunikációs modell,**

amely a 'rákkontroll' stratégiai rendszerének tekinthető. A modell létrehozásának elvi alapja az, hogy a rendszerek lényegi vonása a rendszerelemek közötti (alapjában véve kommunikatívnak tekintendő) interakció, ezért a rákkontroll stratégiai rendszere sem értelmezhető kommunikációelméleti megközelítés nélkül.

A strukturális modell létrehozását a stratégiai probléma 'tisztánlátása', a stratégiai irányok, eszközök meghatározása, a stratégia alkalmazása és értékelése, vagyis a rákkontroll egész stratégiai folyamata számára igen jelentősnek tartom. Lényege a kommunikatív interakciók tudatformáknak megfelelő megkülönböztetése, amellyel a komplex rendszer alrendszerei hozhatók létre. Az így feltárt három fő alrendszer:

➤ **Az irányultság szerinti alrendszer**, amely a szervezetek integrációját segítő kommunikatív mechanizmusokat foglalja rendszerbe. Azokat a szervezeti koordinációs mechanizmusokat, amelyek nélkül az egyén, vagy a társadalmi szereplők, nem alkalmasak a rákkontroll stratégiájának megfelelő környezeti értékek felismerésére, befogadására, és válaszadásra.

➤ **Az intézményi struktúrák szerinti alrendszer**, amely a társadalmi kapcsolathálóban zajló kommunikációk segítségével jön létre. A társadalmi kollektív cselekvés alapját képezi. Ez teszi lehetővé, hogy a társadalmi intézmények teljesíthessék alapvető szerepüket a bizonyos állandósággal ismétlődő gazdasági, politikai és társadalmi problémák megoldásában.

➤ **A kommunikáció tartalma és intenzitása szerinti alrendszer**, amelyet a rákkontroll, illetve összességében a preventív tevékenységek során nagy jelentőségűnek tartok. A kommunikációelméleti értelmezés alátámasztja, hogy a társadalom prioritásinak változásához az értékekről vallott felfogás megváltozása vezet. Vagyis az új értékek társadalmi kommunikációs folyamatokon keresztül eredményeznek változást. Helyes, ha e szemüvegen keresztül nézzük a tömegkommunikáció hatását, értelmezzük a manipuláció, és a

magatartásváltozásra irányuló intervenció fogalmi kereteit. Mindezek alapján

megállapítom,

hogy a következtetések alátámasztják a népegészségügyi megelőző intervenciók általam alkalmazott csoportosításának célszerűségét. Ezért az egészségügyi preventív intervenciókra általánosan érvényesnek tekintem.

3. A harmadik összefüggés vizsgálatából levont következtetések

3.1 A népegészségügyi intervenciók - szinte mindig - megelőző célú intervencióknak tekinthetők. Az 1. hipotézis vizsgálata már tisztázta azt, hogy az intervenció célállapot elérését szolgálja. Az egészségügyi intervenciók tervezési és végrehajtási folyamat-ábrázolásának önmagába visszatérő és újratekintendő ciklikusságával jelzem (az értekezés 46. oldalán), hogy az egészségügyi intervenciók esetében, a stratégia kialakításakor, az adaptív reagálást kívánó 'strukturális nyomás' erőteljesen érvényesül. Vagyis a célokat és a stratégiai irányokat meghatározó tervezési fázis jelentősége nagy. Míg a gazdasági rendszerekben a környezeti turbulencia gyakran aláássa az elhúzódozó, a környezeti kihívások részletes elemzésére épülő információk szintetizálásával nyert jövőképet - alátámasztva a formalizált stratégiai tervezés buktatóit⁹-, addig az egészségügyi intervenciók esetében alapvetően szükséges a komplex rendszerként felfogott tervezési folyamat. A komplexitás a probléma rendszerszemléletű megközelítését igényli; a 'kemény adatok' analízise a szintézis valóságosságát szolgálja; a bonyolult, több lépésre bontott folyamat¹⁰ pedig a stratégiai döntés megfelelő előkészítését biztosítja. A folyamat

⁹ Abell, D.F. (1999): Competing Today While Preparing for Tomorrow. Sloan Management Review, Spring, 1999, pp. 73-81

¹⁰ Vasconcelos, A.G.G., Rodrigues Almeida, R.M.V., Nobre, F. F. (2001): Path Analysis and Multi-Criteria Decision Making: An Approach for Multivariate Model Selection and Analysis in Health. AEP, Vol.11, No, 6, pp. 377-384

végeredménye így adott biztonsággal előrejelezhető.

A stratégia rendszerszemléletű megközelítésének jelentőségét a következőképpen fogalmazom meg: A rendszerszemléletű megközelítés megvilágítja a szervezet belső képességei, a külső környezet elvárásai, és a szervezeti szándék által behatárolt stratégiai mozgástér, valamint a szervezet által vizionált jövőképet formalizáló cél-hierarchia összefüggéseit. Egyik haszna tehát az alapprobléma strukturálása és a célhierarchia megfogalmazhatósága, melyek a stratégiaalkotás első lépéseinek tekinthetők. A célhierarchia megfogalmazása ugyanakkor elősegíti a döntéshozatal, például az erőforrás-elosztás során megnyilvánuló racionális magatartást is.

3.2 Az egyszerűsített folyamatára a prioritások felállításának, a stratégiai cél megfogalmazásának, a 'hatásos stratégia' alkalmazásának jelentőségét és szükségességét is érzékelteti. Ezekről függ a stratégiai erőforrás allokáció hatékonysága. Továbbá, jól látható belőle a stratégia-alkotás és végrehajtás egybefonódott folyamata a népegészségügyi intervenció során.

3.3 A stratégiai tervezési folyamat általánosan érvényesülő (a tervezési folyamat 'szokásosan' megnevezett) fázisait a stratégiai rendszer elemeiként kell felfognunk. Ennek érzékeltetésére és alátámasztására definíciókat fogalmazok meg, amelyek a stratégia fogalmának értelmezését is segítik (az értekezés 49-57. oldalán).

4. A negyedik összefüggés vizsgálatából levont következtetések.

4.1 Közösségi prioritás alapján hozott döntés az allokációs hatékonyság vizsgálatát igényli, amely az erőforrások 'haszonmaximáló' elosztásának segítségével valósítható meg. Az allokáció akkor megfelelően alátámasztott, ha a vetélkedő programok közötti forráselosztás az adott népességet a legnagyobb haszonhoz juttatja. Elméleti megfontolásunk ekkor ki kell terjedjen a II. fejezetben tárgyalt 'equity' és 'health outcome' kérdéskörre, és az intervenció

során bevezetett eljárások technikai hatékonyságára vonatkozó feltevésnek teljesülnie kell. A technikai hatékonyság megállapíthatóságának lényege az adott mértékegységgel kifejezhető outcome, amelynek előállítása a felhasznált pénzmennyiségtől függően költséghatékony lehet.

A fentiekből két fontos gondolatmenet körvonalazódik: **a hasznosság kérdése, és a hatékonyság megállapítása.** A népegészségügyi intervenció stratégiai folyamatában a végrehajtás módjának meghatározása (azaz a választás az alternatívák között), az ehhez szükséges erőforrásigény tervezése, az intervenció eredményességének mérése - a monitoring és korrekció - támaszkodik ezen információkra. Úgy is fogalmazhatok, hogy **ezek ismerete nélkül nincs stratégia.**

4.2 A szűrővizsgálat népességszintű bevezetésének átfogó célját a szakirodalomban az adott haláloki mortalitás csökkenése jelenti. A túlélési időt¹¹ azonban elsősorban a terápia megkezdésekor meglévő betegségi stádium befolyásolja. **A szűrővizsgálat hozamának így a felismert korai elváltozások arányát tartom.** A tényleges túlélési idő ezáltal alapjaiban meghatározott. A colorectális daganatokra vonatkozó gazdaságossági elemzésekben ezért **a mortalitást** célszerű lenne a **kolonoszkópiával igazolt stádiumok alapján prognosztizálni.** Továbbá igen **jelentős szempont a szűrővizsgálatba belépő életkora,** amely az általános halandósági jellemzők által nagymértékben befolyásolja a kimenet értelmezését. **Ezen alapulva a szűrővizsgálat elsődleges célja a betegség legkorábbi stádiumban történő felismerése,** hogy versenyezve az idővel, a megfelelő gyógyító ellátás megkezdődhessen.

4.3 Az egészségügyi intervenció bevezetésére vonatkozó döntés **beruházási döntésként** értelmezhető. A beruházásra vonatkozó döntés a 'nettó hozam' reményében történik. Ha a remélt hozamokat magasabb kamatrátával diszkontáljuk, a jelenlegi érték alacsonyabb lesz. Ezért **nem mindegy, hogy**

¹¹ Befolyásolja a mortalitási mutatószámot.

milyen diszkontálási faktort választunk.

A számítási modell eredményei szerint, mai áron, a kétéves időközökben végrehajtott szűrési program költsége az éves gyakoriságú szűrővizsgálat költségének 36,3%-a, vagyis kevesebb, mint a fele. Ennek jelenértéke 6%-os diszkontráta alkalmazásával a mai ár 85%-a, míg az évenként végzett szűrővizsgálat esetén a mai ár 68%-a a 20 éves periódus végén. A szűrővizsgálat 13. évéig a teljes összköltség 73%-a felmerül a kétévenként végzett, és 87%-a az évenként végzett szűrővizsgálat esetén. Megjegyzem, hogy a FCTW tesztre vonatkozóan elképzelhető ez a szűrővizsgálati periódustáv, egyéb technológiák esetében azonban a technológia **gazdasági cikluszájának figyelembe vétele szükséges**. Ezért elengedhetetlen a népességszintű szűrővizsgálatot beruházási döntésként kezelni. Ezzel a kérdéskörrel azonban az értekezés nem foglalkozik bővebben.

4.4 Az 'időpreferencia' kérdését a szakirodalmi állásponttól részben eltérően fogom fel. Bár a távoli jövőben jelentkező haszon lehet kevésbé értékes¹² (jobb ma egy lúd, mint holnap egy tuzok) az emberek számára, a népegészségügyi intervenciókra vonatkozó számításokban véleményem szerint más tényezők jelentősebbek. **Az életévekben, vagy variációikban kifejezett várható haszon diszkontálását az életévek 'növekvő mennyiségének reciprok súlya miatt' vélem indokoltnak, adott jövőbeli pontokra nézve. Ezt nem az idő távolsága, hanem az idővel reciprok csökkenő haszon eredményezheti.** Paradox módon, az egyén számára nyújtott segítség, a betegség halálos kimenetelének elkerülése vagy minél távolabbi időpontban bekövetkezése érdekében, mint társadalmi cél, veszít kívánatosságából az optimális élettartam 'közelébe kerülve', de helyettesítheti az életminőség. A minőségi mutatókkal korrigált életévek használatának e végpontokban lehet

¹²Gulácsi, L. (2005) szerk.: Egészséggazdaságtan. Medicina Könyvkiadó RT. Budapest, 2005

jelentősége a népegészségügyi intervenciók gazdasági elemzésekor. Feladatuk elsősorban a várható haszon maximum értékének korrigálása. Így képesek ellensúlyozni az emberi élethossz végességéből fakadó, (sokak számára valóban nem kívánatos) gazdaságossági megfontolások hatását. **Az értekezés egyszerű példával is felhívja a figyelmet arra, hogy egyrészt a fogyasztó hasznossági várakozásai, másrészt azoknak figyelembevétele a gazdaságossági számítások során számos csapdát rejt. Ezért mind a diszkontrátákkal, mind a preferencia-meghatározással óvatosan kell bánnunk.**

4.5 A szűrővizsgálat gazdaságossága. A számítási modell segítségével több fontos megállapításhoz jutok.

a) Változatlan költség és részvételi arány mellett, de csökkenő daganatos betegszám esetén, az **'egy tumoros eset' kimutatásának 'ára'** nő. A tényleges tumorra jutó szűrővizsgálati költség a diagnosztizált tumoros esetek számától függ. Ezért kijelenthető, hogy ha nem nagykockázatú egyének csoportjáról van szó; vagy nem olcsó módszerről és 'gyakori' betegségről; akkor a szűrővizsgálat gazdaságos lefolytatásához **olyan módszert kell választani**, amelynek diagnosztikai pontossága nagyfokú, és egyidejűleg a betegség kifejlődésének ideje közel azonos a szűrővizsgálat adott módszerrel történő gazdaságos megismételhetőségével.

b) Az **'eltérő hozam' jelentős mértékben befolyásolja a pénzeszköz felhasználásának megítélését**. Az értékhányadosok számítását az ismert képlettel¹³, a 2006. évi költségadatokkal, és az átlagosan várható 5-13 év túlélési idő figyelembevételével végeztem. A számításokhoz szükséges további információt, **a 'stádiumokban várható átlagos megmentett életéveket', a túlélésre vonatkozó valószínűségeket (Tulassay, 2004) alapján képeztem**: in situ carcinoma esetében a szorzó 0,9%-os; Dukes 'A' stádiumban 0,71%-os;

¹³ (I. eljárás költsége – II. eljárás költsége) / (megnyerhető életévek I. - megnyerhető életévek II.).

Dukes 'C' esetében pedig 0,41%-os. A várható minimum és maximum túlélési idők így 4,5-11,7 év; 3,55-9,23 év ; 2,15-5,59 év. A számítások alapján **megállapítom,**

- hogy a pénzfelhasználás megítélését egyértelműen az 'eltérő haszon' befolyásolja.
- Így a konkrét esetben **az in situ carcinóma korai felismerése és ellátása a nagyobb összegű ráfordítás ellenére 'olcsóbb'**, mivel a számítási elv alkalmazásával a hosszabb túlélési idő a betegség ellátását a három vizsgált költség szempontjából 'olcsóbbá' teszi.
- A számítási elv következménye, hogy azonos költség mellett 1 megnyert életévet különböző 'áron állítunk elő'.
- A bemutatott számítási mód alkalmazásának hasznát abban látom, hogy nem csak előre, hanem utólag **(az intervenció lezajlása után) is könnyen összehasonlíthatóak vele a vizsgált szűrési csoportok.** A haszon megítélését azonos költségek mellett módosítaná, ha az életéveket minőségre korrigálnánk. Ez a költségarányokon is változtatna.

Az elemzésekből egy tény határozottan leszűrhető: a költséghatékonysági vizsgálatok valódi **gyenge pontja** maga a számoláshoz használt alapadat.

5. Az ötödik összefüggés vizsgálata alapján levont következtetések.

5.1 A döntési probléma elemzése lehetővé teszi, hogy egyidejűleg tudjuk értékelni az egyes alternatívák "hasznosságát." Az alternatívák hasznosságának megállapítása nem egyszerű, különösen több-szemponos döntések esetében. A döntési változatok komplex probléma estében (mint például a daganatos megbetegedések) az erőforrás elosztást a célállapot bekövetkezéséhez való hozzájárulásukra vonatkozó ismereteink vagy feltevéseink alapján, más szemszögből az alapprobléma jól elhatárolható erőforrás-igényű területeiként befolyásolják. A legmegfelelőbb alternatíva

felismeréséhez információra van szükségünk.

A korlátozott racionalitás elméletének megfelelően **az alternatívák megfogalmazását olyan, a problémamegoldásra vonatkozó egyszerűsítésnek fogom fel, amely az általunk megszerezhető kielégítő¹⁴ információ alapján elvégezhető.** Az alternatívák kiválasztása során ezért annál pontosabb mértékben becsülhetjük a preferenciát, minél kisebb fokú a bizonytalanság. **A döntéshozatal legfontosabb körülményének tartom ezért, hogy a döntéshozó milyen ismeretekkel rendelkezik a döntési problémáról.** Az 'informáltságot', **a döntést igénylő problémával kapcsolatos tájékozottságot** tulajdonképpen **a döntési pozíció részeként kell tekintenünk.**

Az AHP alkalmazása során jelentőséggel bír ezért, hogy a döntéshozatal szereplői az adott problémával kapcsolatban legyenek, mint szakértői, mint hatásának elszenvedői, és hogy ne más csoportérdekeket képviseljenek.

5.2 A modellezés gondolkodásunk irányításához, és a döntéshez szükséges értékorientáció kialakításához nyújtott segítség. Az értékorientáció kommunikatív integráció eredménye lesz. Az értékorientációnak a döntési szempont preferenciájára kell vonatkoznia, nem magára a döntésre. A modell ezt jól igazolja. Ennek tanulsága, hogy az erőforrás elosztásra vonatkozó döntés meghozatala során érvényesülő olyan szempontok, amelyek 'felülírják' a kritériumok relatív súlya alapján konszenzusos álláspontot, a döntéshozatalra 'egyirányú nyomást' gyakorolnak

6. A hatodik összefüggés vizsgálata alapján levont következtetések.

6.1 A megfelelő előkészítettség többek között a közösség közakarátának, és az akciókba történő bevonásának függvénye. A társadalom, a közösség és az egyén stratégiai szereplőként megjelenése azokon a preferenciákon alapul, amelyek a prioritások meghatározásakor, a stratégiai cél megfogalmazásakor

¹⁴ A szükségesre vonatkozóan kielégítő.

jellemzik, illetve, amelyet a stratégiát befolyásoló döntéseken keresztül képvisel. A 'preferenciák' sok szempontból fontosak a közösségi stratégia számára. A 'közösségi prioritás', lényegi sajátosságaiból fakadóan, a stratégiára vonatkozó döntés során is vagy önmaga válik céllá, vagy a cél megvalósítását alapvetően befolyásoló tényező marad. Ezért a daganatos megbetegedések elleni küzdelem stratégiáját a társadalmi problématerben kell értelmeznünk, és kezelnünk.

6.2 A szervezeti azonosságtudatot a kollektív célokra vonatkozó konszenzus elérését segítő értékorientált integrációként értelmezem. Ezért a rákkontroll során elsődlegesen fontosnak tartott megelőző tevékenység¹⁵ szempontjából legnagyobb jelentőséget a szervezeti azonosságtudat kiépítésének tulajdonítok. A szervezeti azonosságtudat valamennyi – az I. fejezetben bemutatott rendszermodellben a társadalomban létező tudatformák szerint¹⁶ elkülönített – alrendszeren belül, és az alrendszerek között ki kell fejlődjön. Ez is magyarázza a rákkontroll során szükségszerűen komplexszé váló folyamatot.

A szervezeti azonosságtudat kiépülése a célorientált szervezeti stratégiák eredményességének alapja. Az egyes szervezetekben a kollektív célokra vonatkozó konszenzus az értékek integratív funkciója segítségével jön létre. A 'társadalmi döntés' a különböző szervezetek értékorientációját igénylő stratégiai döntések jellemző típusa.

6.3 E sajátossága miatt, a rákellenes intervenció során alapszükséglet a társadalmi döntés megszületése.

A hatodik összefüggésrendszer vezet el **az értekezés szerkezetének** kialakításához. Ennek megfelelően az I. fejezet a rendszert ismerteti, a II. fejezet a stratégiai folyamatot, a III. fejezet az erőforrások felhasználásának

¹⁵ Természetesen a már kialakult daganatos megbetegedések esetében a terápia fontossága kerül első helyre. Az erőforrás-allokációt népszerűségi szinten nehezítő körülmény az egyes betegségi szakaszok egyidejű előfordulása.

¹⁶ Az egyének, a társadalmi csoportok és civil szerveződések, a 'gazdaság szereplői', és a kormányzati szervek,

gazdaságosságát vizsgálja, a IV. fejezet a stratégiára vonatkozó döntést elemzi.

A témakörben megjelent közlemények

Folyóirat cikkek

1. Gróf, Á. (2001): A vállalat kommunikációs kapcsolatrendszerének szerepe. Marketing és Menedzsment. Vol. 35. No. 4., pp. 25-31,
2. Gróf, Á. (2001): Communication in the creation of corporate values. Corporate Communications:An International Journal Vol. 6, No. 4, pp. 193-198
3. Gróf, Á. (2000): Döntési modell a daganatos megbetegedések elleni küzdelem stratégiai erőforrásainak meghatározásakor. Magyar Onkológia, Vol. 44, No. 3, pp. 305-311
4. Gróf, Á.(2007): A 'daganatteher' csökkentését szolgáló stratégia választásának modellezése. Analitikus hierarchikus eljárás alkalmazása. Magyar Onkológia, Vol. 51, No. 3, pp. 197-208

Könyvfejezet, magyar nyelvű

Szervezett szűrés az onkológiában. Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató. Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 2000

Konferencia kiadványban megjelent magyar nyelvű kivonatok:

1. Gróf Ágnes (1995): A daganatregiszter szervezésének tapasztalatai. Magyar Onkológusok Társasága XXI. Nemzeti Kongresszusa. Magyar Onkológia, Supplementum, 80. oldal

2. Gróf Ágnes, Faluhelyi Zsolt (1996): A daganatregiszter stratégiai jelentősége. Magyar Onkológusok Társasága Dunántúli Szekciója IV. Tudományos Vándorgyűlése, Székesfehérvár. Előadások és poszterek kivonata, 109. oldal
3. Gróf Ágnes, Faluhelyi Zs., Győrffy K., Tóth J. (1998): A „vidék” és az egészségpolitika: a daganatos megbetegedések elleni küzdelem (II). Magyar onkológusok társasága Dunántúli Szekciója V. Tudományos Vándorgyűlése, Pécs. Előadások kivonatai, 43.
4. Gróf Ágnes (2001): A hatékonyság és eredményesség elérésének lehetősége a kommunikáció rendszer-szemléletű megközelítésén keresztül. Marketing, public relations és reklám az egészségügyben. IV. Országos Konferencia, Budapest. Előadások kivonatai, 5. oldal
5. Gróf Ágnes (2002): Finanszírozási kérdések a molekuláris epidemiológiában. Mandulavirágzás tudományos napok. PTE

Külföldön elhangzott előadásaim:

1. The Renewal of the Health Information System of Hungary. Health Services Management Centre, The University of Birmingham, Birmingham, UK; Workshop, 1993
2. Outline of the Renewed Health Policy of Hungary. Department of Health Economics, Limburg University, Maastricht, the Netherlands, 1994
3. The Strategic Role of the Cancer Registry. First International Meeting on Advances in the Knowledge of Cancer Management, UICC, Vienna, 1997