

LUCYNA KAPKA^{1,2}, MAŁGORZATA CYRANKA¹

Klasyfikacja zdrowia publicznego – dane z raportu Public Health Classifications Project (Podsumowanie I fazy projektu)*

Public Health Classifications – based on the Public Health Classifications Project Final Report (Phase One)*

Streszczenie

Istniejące klasyfikacje zdrowia publicznego nie obejmują wszystkich istotnych płaszczyzn zdrowia publicznego, które zawierają się w jego funkcjach, metodach, interwencjach (wykorzystywanych do wypełniania funkcji), problemach zdrowia oraz czynnikach stanu zdrowia, do których adresowane są działania zdrowia publicznego, zasoby i infrastruktura, oraz regulacje jakim podlegają te działania. Stąd też pojawiła się potrzeba zaprojektowania wielowymiarowej klasyfikacji zdrowia publicznego, która spełni oczekiwania i potrzeby. Jej pierwotna wersja została przedstawiona w raporcie podsumowującym pierwszą fazę projektu klasyfikacji zdrowia publicznego. W artykule, korzystając z raportu, opisano proces rozwoju i tworzenia tej klasyfikacji.

Konsensus wypracowany przez ekspertów zajmujących się problematyką zdrowia publicznego został wypracowany zarówno w kwestii, że klasyfikacja zdrowia publicznego powinna być wielowymiarowa, jak też zgody co do podziału zdrowia publicznego na sześć głównych kategorii.

Prezentowana klasyfikacja obejmuje najważniejsze aspekty i aktywności podejmowane w ramach zdrowia publicznego, ułatwia organizowanie i porządkowanie informacji dotyczących zdrowia publicznego, jak też pozwala na docieranie do tych informacji na różnych płaszczyznach.

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, klasyfikacja, funkcje.

Summary

Existing public health classifications do not capture important areas of public health, which include its functions, the methods and interventions used to achieve these, the health issues and determinants of health that public health activities address, the resources and infrastructure they use, and the settings in which they occur. It became apparent that a simple, one-dimensional classification system for public health could not satisfy the needs. The Public Health Classifications Project report presents version one of a classification of public health. This paper describes the development of an initial version of such a classification.

There was a consensus among the public health experts consulted, that a public health classification should be multi-dimensional, and there was broad agreement on the top-level classes that should be included.

The public health classification captures the important dimensions of public health activity. It will facilitate the organisation of information so that it can be used to address questions relating to any of these dimensions, either singly or in combination.

Key words: public health, classification, functions.

¹ Samodzielna Pracownia Biologii Molekularnej, Instytut Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie

² Katedra Zdrowia Publicznego, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

Kategoryzowanie świata i jego porządkowanie poprzez tworzenie pojęć (kategorii) jest immanentną potrzebą człowieka. Nie dziwi więc ambicja autorów Krajowego Projektu Klasyfikacji Zdrowia Publicznego (*National Public Health Classification Project*), podjętego w Australii, w 2005 roku, aby rozproszoną, a przecież nienową, dziedzinę jaką jest zdrowie publiczne ująć w klarowny i czytelny system klasyfikacji.

Opracowanie klasyfikacji zdrowia publicznego, z uwagi na wysoce specjalistyczny charakter tej dziedziny, jak też nomenklaturę i terminologię z nią związaną, nie należy ani do zadań łatwych, ani intuicyjnych. A przecież warto ten trud podjąć, gdyż skategoryzowany obszar wiedzy, ujęty w ramy klasyfikacji łatwiej poddaje się analizie, pozwala tworzyć zestawienia i porównywać ze sobą pomysły i koncepcje, wychwytywać różnice i podobieństwa w zakresie zdrowia publicznego w różnych krajach świata.

Obecnie funkcjonuje szereg definicji zdrowia publicznego: pierwsza i ciągle aktualna definicja Winslowa, jej rozszerzenie autorstwa Dafoe, tzw. *nowa definicja zdrowia publicznego* czy też obszerna i wyczerpująca definicja Frenke'go to tylko przykłady tych najbardziej znanych i popularnych. Ich wielość może wprowadzać dezorientację i oczekiwania na sformułowanie nowej, obowiązującej wszystkich definicji. Jednak jak przekonuje Miller – nie ma takiej potrzeby. Definicje zdrowia publicznego różnią się w sformułowaniach i w szczegółach, ale nie różnią się zasadniczo co do treści i zakresu [1].

Autorzy projektu zauważają jednak, że zarówno w Australii, gdzie mają miejsce prace nad projektem, jak i w innych państwach, termin *'zdrowie publiczne'* nierzadko stanowi źródło nieporozumień. Często błędnie utożsamiany jest bowiem ze świadczeniami na rzecz zdrowia organizowanymi przez służby państwowe (rządowe i samorządowe), w odróżnieniu od organizacji i świadczeń instytucji pozarządowych i prywatnych. Dlatego też w niektórych rejonach można się spotkać z terminem alternatywnym *'zdrowie populacyjne'*, który odnosi się do tej samej dziedziny, jednak sam termin nie jest tak powszechny i dobrze rozpoznawany.

Autorzy raportu powstałego po I fazie projektu klasyfikacji zdrowia publicznego zwracają uwagę przede wszystkim na brak jednolitego nazewnictwa, zaadoptowania jednej, powszechnej, pełnej definicji zdrowia publicznego, uкорзнення się samego pojęcia w świadomości ogółu w jednym, spójnym znaczeniu – co zniemiennie utrudnia wszelkie wysiłki nakierowane na pozyskanie środków dla tego sektora.

W Polsce, przełożenie założeń polityki zdrowotnej państwa na założenia strategii finansowania opieki zdrowotnej opiera się na ustaleniu zasad podziału *całości* pieniędzy publicznych w sektorze ochrony zdrowia na kategorie wg jednego ustalonego kryterium. Jednym z proponowanych kryteriów jest kryterium sektorowe, którego przykładem jest struktura planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia, Podstawowa Opieka Zdrowotna, specjalistyka ambulatoryjna, szpitale, rehabilitacja itp. Ten podział jest ugruntowany w tradycyjnej „organizacji ochrony zdrowia” i w sposobie myślenia znacznej części decydentów sektora ochrony zdrowia, wychowanych w tej tradycji, ale wydaje się jednak być szkodliwy z punktu widzenia zdrowia publicznego. Przyjęcie zaś jako kryterium podziału środków kryterium zdrowia publicznego, oznaczałoby łączne podejście do finansowania, np. terapii nowotworów złośliwych układu

oddechowego, która obejmowałaby wówczas analizę potrzeb zdrowotnych (liczbowych i finansowych), dotyczących chemioterapii, radioterapii, leczenia chirurgicznego ww. nowotworów, opieki paliatywnej pacjentów, poradni chorób płuc w zakresie wczesnego wykrywania itp. [2].

Tymczasem wg raportu Państwowego Zakładu Higieny – Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, udział wydatków na zdrowie publiczne i zapobieganie chorobom w Polsce jest nieco niższy niż średnia w krajach OECD, ale wyższy aniżeli w większości europejskich krajów członkowskich OECD (dane za 2008 rok) [3].

Bolączką dziedziny zdrowia publicznego na skalę międzynarodową jest brak spójnego modelu conceptualnego. Zorganizowany przez Centrum Zwalczenia Chorób w USA w 1999 roku panel ekspertów dyskutował m.in. nad nagłą potrzebą opracowania jednolitej definicji zdrowia publicznego i stworzenia baz danych, które można by ze sobą porównywać i w ten sposób monitorować efekty działań zdrowia publicznego i poprawiać ich jakość. Pięć lat później, brak konsensusu w kwestii kategoryzacji zdrowia publicznego i ujednoczonej terminologii w tej dziedzinie zostały wymienione jako główne przyczyny ograniczające dostęp do finansowania zdrowia publicznego w tym kraju.

Istnieje szereg modeli pojęciowych definiujących podstawowe (*core*) lub zasadnicze (*essential*) funkcje zdrowia publicznego: *10 podstawowych zadań zdrowia publicznego*, zaproponowanych przez panel ekspertów zwołany przez amerykańskie Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (*Department of Health and Human Services*); *'podstawowe funkcje w praktykowaniu zdrowia publicznego'* zgodnie z wizją australijskiego National Public Health Partnership; zestaw *podstawowych funkcji* opublikowanych przez Głównego Lekarza Wielkiej Brytanii oraz pozostałe, opracowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1966 roku. PAHO (*Pan American Health Organization*) również opracowało swoje własne *'podstawowe funkcje zdrowia publicznego'* oraz określiło rolę zdrowia publicznego, odświeżając i odnawiając znaczenie tego pojęcia w 2002 roku, oraz poprawiając w 2007 roku.

Merytorycznie jednak wszystkie wymienione modele stanowią zwykłą, spłaszczoną listę, lub w najlepszym wypadku hierarchiczną taksonomię, która scala odrębne obszary zdrowia publicznego, tj. istotę zadań zdrowia publicznego, problematykę zdrowia i zagadnienia związane ze zdrowiem (*health issues*), regulacje (*settings*), które administrują komplectowaniem działań w obrębie poszczególnych funkcji. Żaden model natomiast nie definiuje wyczerpująco teoretycznych ram dla wielu, złożonych aspektów składających się na dobrą praktykę zdrowia publicznego.

Niektóre ze standardowych klasyfikacji, które istnieją na użytek dziedziny ochrony zdrowia podejmują także kwestie zdrowia publicznego, np. sporządzona przez WHO międzynarodowa klasyfikacja chorób, funkcjonowania i niepełnosprawności, oraz zewnętrznych przyczyn urazów, która może być wykorzystywana, w zakresie zdrowia publicznego, do klasyfikacji danych o zachorowalności i śmiertelności w kategoriach chorób, niepełnosprawności i urazów.

Wielowymiarowe podejście do klasyfikacji zostało zaadoptowane przez Obserwatorium Zdrowia Publicznego Wschodniego Regionu Wielkiej Brytanii (*Eastern Region Public Health Observatory, UK*), w celu skonstruowania – standardów tagowania (*nadawania znaczeń*) informacji

dotyczących zdrowia publicznego (*Public Health Information Tagging Standard, PHITS*). Celem systemu PHITS była kategoryzacja oraz nadanie logicznej struktury informacjom dostępnym w serwisach internetowych, jak też poprawa relewancji w wyszukiwaniu informacji o zdrowiu publicznym w źródłach bazujących na stronach internetowych. Na PHITS składa się 7 wymiarów: Człowiek, Czas, Miejsce, Czynniki, Zachorowalność i Śmiertelność, Usługi oraz Polityka. Obecnie znaczenie tych terminów zostało włączone do krajowego słownika pojęć związanych ze zdrowiem publicznym w Wielkiej Brytanii.

W założeniu, PHITS zaprojektowano raczej do kategoryzacji informacji, jakie można pozyskać ze źródeł internetowych, a nie jako propozycję klasyfikacji zdrowia publicznego. Podobnie jak inne istniejące klasyfikacje, również ta nie obejmuje wszystkich istotnych płaszczyzn zdrowia publicznego, które zawierają się w jego: funkcjach, metodach, interwencjach (wykorzystywanych do wypełniania funkcji), problemach zdrowia oraz czynnikach stanu zdrowia, do których adresowane są działania zdrowia publicznego, zasoby i infrastruktura oraz regulacje jakim podlegają te działania.

Wielowymiarowa klasyfikacja zdrowia publicznego, która opisuje wszystkie jego płaszczyzny, ich wzajemne relacje, oraz – gdzie jest to możliwe – wykorzystuje elementy już istniejącej klasyfikacji – będzie stanowiła użyteczne narzędzie o wielorakim zastosowaniu.

Główną, użyteczną jej cechą będzie możliwość standaryzacji i gromadzenia informacji o programach zdrowia publicznego, wydatkach, zasobach ludzkich i wykonalności zadań. Klasyfikacja usprawni system raportowania i przeprowadzania analiz informacji w sposób zależny od wybranej perspektywy, np. z punktu widzenia problemów zdrowia, do których skierowane są działania zdrowia publicznego czy regulacji, w ramach których ta działalność ma miejsce. W artykule przedstawiono pierwszą, wstępną wersję takiej wielowymiarowej klasyfikacji oraz opisano proces, który doprowadził do jej powstania.

W opracowywaniu klasyfikacji zdrowia publicznego autorzy raportu NPHP posłużyli się systemem opartym o ontologię. Termin ontologia ma wiele znaczeń, autorzy stosują go jednak w kontekście nauk informatycznych, gdzie ontologia oznacza inżynierskie artefakty służące do specyfikowania konceptów (pojęć, a także wiążących je relacji) wybranej dziedziny zastosowań, tak, aby programy (tzw. agenty) lub ludzie mogli się w rozważanej dziedzinie porozumiewać. Dziedzinie, w tym przypadku ograniczonej wyłącznie do pojęć z zakresu – zdrowia publicznego. Ontologia dotyczy tu także atrybutów zdrowia publicznego i ich wzajemnych powiązań, co pozwala ludziom (i komputerom) dzielić się informacją o zrozumiałej strukturze i zapewnia jednoznaczność przekazu. System ten wybrano, zamiast tradycyjnej metody tworzenia klasyfikacji, ze względu na fakt, że wielowymiarowa struktura klasyfikacji powinna być elastyczna, tak aby móc dopasować się do różnorodnych zastosowań i wielu, różnych grup użytkowników, a także w celu pełniejszego wykorzystania w przyszłości możliwości jakie dają sieci semantyczne. Idea „semantycznej sieci WWW” pojawiła się w związku z potrzebą sprawnego, automatycznego przetwarzania informacji zawartych w Internecie, co wymaga wiedzy o znaczeniu zawartości zgromadzonych w zasobach sieci internetowej dokumentów [4].

Autorzy raportu posłużyli się znanymi językami do wyrażania ontologii w semantycznej sieci WWW oraz darmowym programem Protégé (z University of Stanford) jako narzędziem tworzenia klasyfikacji opartej o ontologię. Protégé wybrano po przeanalizowaniu dostępnych metod i programów z uwagi na fakt, że jest powszechnie dostępny, nie wymaga zakupu licencji, spełnia aktualne standardy tworzenia sieci semantycznych, tj.: RDF (*Resource Description Framework*) – standard służący do opisywania danych-zasobów sieci internetowych i OWL (*Ontology Web Language*) – przeznaczony do definiowania semantyki dokumentów w systemie WWW, stanowi rozszerzenie standardu RDF; program posiada również rzeszę aktywnych użytkowników, z silną reprezentacją badaczy z dziedziny zdrowia, nauk biomedycznych i powiązanych. Protégé zapewnia dostęp do trzech rodzajów OWL, jednak autorzy wybrali prostszą opcję – stworzenia własnej ontologii w formacie CLIPS, który jest przystępniejszy w użyciu, szczególnie dla nowych użytkowników, a w perspektywie można go z powodzeniem przekonwertować do OWL.

Budowanie ontologii, zgodnie z regułami jakie przyjęli autorzy, opiera się na skompletowaniu czterech kroków:

1. Określenie zakresu i domeny ontologii
2. Rozważenie zastosowania istniejących ontologii
3. Wypunktowanie istotnych terminów dla ontologii
4. Zdefiniowanie klas i hierarchii klas

Grupa ekspertów w dziedzinie zdrowia publicznego nakreśliła schemat odpowiedzi dla kroków 1-4. Istniejące definicje zdrowia publicznego oraz podstawowe i zasadnicze funkcje zdrowia publicznego, (uwzględniając te używane przez WHO, system kont zdrowia OECD, Australijskie National Public Health Partnership, Amerykańskie Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Amerykańskie Stowarzyszenie Szkół Zdrowia Publicznego, PAHO, brytyjskie Ministerstwo Zdrowia, kanadyjski Krajowy Komitet Doradczy ds. SARS i Zdrowia Publicznego) zostały zrecenzowane na potrzeby kroku 2.

Proces klarowania się klasyfikacji następował poprzez serię konsultacji z ekspertami w dziedzinie zdrowia publicznego i lekarzami praktykami zdrowia publicznego na terenie Australii. Konsultacje związane z projektem miały na celu wypracowanie porozumienia co do wizji klasyfikacji i stworzenie pierwotnej wersji klasyfikacji, która byłaby „wystarczająco dobra”. Z tych wstępnych założeń można wywnioskować, że sklasyfikowanie zdrowia publicznego okazało się nie być wcale zadaniem łatwym, a wręcz przeciwnie – złożoność procesu, szereg trudności technicznych, nie pozostawiały szans na wypracowanie ostatecznych, akceptowalnych przez wszystkich sformułowań i rozwiązań. Pierwsze etapy konsultacji miały charakter nieformalny, w celu zorientowania się co, w opinii ekspertów, powinny zawierać poszczególne domeny (np. medycyna środowiskowa, promocja zdrowia). Późniejsze spotkania były bardziej formalne, organizowane z udziałem grup eksperckich reprezentujących różne rejony.

Przed każdym seminarium uczestnicy byli zapoznawani z założeniami projektu klasyfikacji. Wszystkie seminaria odbywały się z osobistą obecnością uczestników, ich ilość wahała się od 1-2 do grup liczących nawet 15 osób. Czas trwania seminariów także był zróżnicowany – od jednej do trzech godzin. Każde spotkanie poprzedzał wstęp dotyczący projektu w formie prezentacji PowerPoint, po czym nastę-

powołała prezentacja pierwszej wersji klasyfikacji zdrowia publicznego wygenerowana za pomocą programu. Kolejny etap seminarium to „sesja na żywo” – czyli demonstracja programu Protégé, co umożliwiło uczestnikom zapoznać się ze strukturą klasyfikacji i sposobem jej powstawania. W tym etapie, uczestnicy mogli aktywnie uczestniczyć dodając nowe elementy, nanosząc poprawki i zmiany z jednoczesnym podglądem efektu sugerowanych modyfikacji na całościową klasyfikację.

W ostatnim etapie, wszyscy uczestnicy zostali poproszeni o zidentyfikowanie i nazwanie praktycznych korzyści z zastosowania klasyfikacji dla zdrowia publicznego. Po seminarium miało miejsce spotkanie grupy eksperckiej, która debatowała nad propozycjami zmian, zanim podjęła decyzję o ich przyjęciu bądź odrzuceniu. Grupa robocza The National Public Health, rodzaj komisji reprezentującej wszystkie stany i terytoria Australii, po dyskusji opiniowała powstałą wersję klasyfikacji.

ZAŁOŻENIA PROJEKTU

Proces tworzenia klasyfikacji zdrowia publicznego podlegał następującym regułom:

1. Klasyfikacja powinna być wielowymiarowa.
2. Zakresy najistotniejszych obszarów i zagadnień powinny być rozważane i tworzone równocześnie.
3. W miarę możliwości przy tworzeniu klasyfikacji powinny być wykorzystywane istniejące systemy klasyfikacji (ze standardami międzynarodowymi i australijskimi łącznie).
4. Klasyfikacja powinna mieć charakter globalny, powinna być w sposób rozważny rozszerzona na główne zagadnienia. Granice zakresu klasyfikacji powinny być w większym stopniu definiowane w trakcie wdrażania poszczególnych rozwiązań, niż wyznaczane arbitralnie w trakcie tworzenia klasyfikacji.

KLASYFIKACJA ZDROWIA PUBLICZNEGO

Powstała w projekcie klasyfikacja zdrowia publicznego składa się z 6 głównych kategorii (*class*):

- Funkcje (w domyśle zdrowia publicznego)
- Problemy zdrowia
- Czynniki stanu zdrowia (*determinants*)
- Regulacje (*settings*)
- Metody (w domyśle interwencji)
- Zasoby i infrastruktura, obejmujące także hierarchię podklas i najniżej ułożone w hierarchii – przykłady. Każda podklasa i przykład powinny zostać przedstawione w relacji z kategorią, z której się wywodzą. Istniejące klasyfikacje, tj. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Funkcjonowania i Niepełnosprawności, może zostać użyta jako podklasa w ramach kategorii Problemy zdrowia, Regulacje oraz Zasoby i infrastruktura, podczas gdy nowa struktura podklas została zaproponowana dla klasy Funkcje, Czynniki stanu zdrowia i Metody. Robocze definicje dla sześciu głównych klas wymienione zostały w Tabeli 1.

Kategoria Funkcje jest obecnie najbardziej rozbudowana i zaawansowana. Zarówno funkcje podstawowe (*primary*) jak i instrumentalne są istotne w procesie konceptualizacji zdrowia publicznego (Tab. 2). Funkcje podstawowe to cele same w sobie, zaś instrumentalne to środki niezbędne do osiągnięcia tychże celów. Lekarze praktycy zdrowia publicznego określają funkcje instrumentalne także jako funkcje ‘pomocnicze’, ‘wspierające’, ponieważ opierają się na nich wszystkie funkcje podstawowe; jednocześnie funkcje instrumentalne nie zaliczają się w całości do żadnej z funkcji podstawowych. I o ile dla podklas kilku kategorii z 6 głównych, tj. Problemy zdrowia, Czynniki stanu zdrowia, Regulacje – udało się ekspertom wypracować kompromis, o tyle rozwój pozostałych klas pozostaje nadal we wczesnej fazie.

TABELA 1. Klasyfikacja zdrowia publicznego: główne kategorie i ich wstępne definicje.

Główne kategorie	Definicje wstępne
Funkcje	Zadania i funkcje zdrowia publicznego. Cele działań interwencyjnych, kampanii i programów, akcji podejmujących problematykę zdrowia publicznego.
Problemy zdrowia	Kwestie zdrowia i dobrego samopoczucia. Definicja zdrowia (wg WHO) jako „stanu pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności”.
Czynniki stanu zdrowia	Czynniki, które wpływają na stan zdrowia i determinują różnice i nierówności stanu zdrowia, do których należą: naturalne czynniki biologiczne, tak jak wiek, płeć, przynależność etniczną; środowisko i styl życia, w tym uzależnienia (palenie tytoniu, spożywanie alkoholu), nawyki żywieniowe, dieta, aktywność fizyczna, środowisko fizyczne i socjalne, związane zarówno z miem domowym jak i miejscem pracy, tak w okręgach rolniczych jak i przemysłowych, i wreszcie – powszechność dostępu do opieki zdrowotnej.
Metody	Metody koordynujące zorganizowany wysiłek społeczeństwa (programy, świadczenia, kampanie społeczne) na rzecz ochrony, promowania i przywracania ludziom zdrowia i sprawności, zapobiegania chorobom i urazom; metody zostały opracowane w celu poprawy stanu zdrowia behawioralnego, społecznego, środowiskowego i zawodowego.
Regulacje	Regulacje obejmujące interwencje, programy i kampanie podejmowane przez zdrowie publiczne, instytucje i organizacje społeczne, zasady współpracy poszczególnych instytucji i organizacji, lokalizację ich działalności (w obrębie szkół, szpitali, miejsc pracy, samorządów lokalnych).
Zasoby i infrastruktura	Zasoby i infrastruktura, środki, które są przeznaczone na działanie systemu opieki zdrowotnej i ochrony zdrowia, obejmujące zasoby ludzkie, pomieszczenia, wyposażenie i zaopatrzenie, środki finansowe i wiedzę. Angażują zarówno czas jednostek jak i przewidują działania długofalowe.

Źródło: Gruszin S, Jorm L, Churches T, Straton J. *Public Health Classifications Project Phase One: Final Report: Report to the National Public Health Partnership Group*. Melbourne: National Public Health Partnership; 2005

TABELA 2. Przegląd podklas w kategorii Funkcje zdrowia publicznego.

Funkcje	Podklasa poziom II	Podklasa poziom III
Funkcje podstawowe (cele)	Ocena zdrowia całej populacji	Monitorowanie stanu zdrowia. Ocena czynników ryzyka i korzyści zdrowotnych. Ocena nierówności stanu zdrowia.
	Ochrona przed czynnikami szkodliwymi dla zdrowia	Gotowość do reagowania na czynniki szkodliwe dla zdrowia. Reakcja na czynniki szkodliwe dla zdrowia. Kontrola i łagodzenie skutków ekspozycji na czynniki szkodliwe dla zdrowia.
	Promocja zdrowia i zapobieganie chorobom, urazom, niepełnosprawności	Promocja zdrowia i dobrego samopoczucia. Zmniejszenie częstości występowania chorób, urazów i niepełnosprawności. Profilaktyka i wczesne diagnozowanie chorób.
Funkcje instrumentalne (środki do realizacji funkcji podstawowych)	Umacnianie zdrowia publicznego	Tworzenie i funkcjonowanie służb medycznych i opiekuńczych. Tworzenie i funkcjonowanie infrastruktury opieki zdrowotnej. Tworzenie organizacji zdrowia publicznego.
	Ewaluacja badań dotyczących zdrowia publicznego	Prowadzenie badań dotyczących zdrowia publicznego. Ocena sprawności działań podejmowanych przez zdrowie publiczne.

Źródło: Gruszin S, Jorm L, Churches T, Straton J: *Public Health Classifications Project Phase One: Final Report: Report to the National Public Health Partnership Group*. Melbourne: National Public Health Partnership; 2005

Przyczyną nieporozumień oraz sporów pomiędzy niektórymi ekspertami stała się kategoria Metody. Część ekspertów sugerowała zawężenie zakresu tej kategorii do metod, które są typowe dla zdrowia publicznego lub są używane tylko przez zdrowie publiczne (np. epidemiologia populacyjna, promocja zdrowia, szacowanie ryzyka środowiskowego). Pozostali sprzyjali podejściu „włączenia” (*inclusive*) wszystkich metod, które są wykorzystywane przez zdrowie publiczne, łącznie z tymi, które nie są specyficzne dla tej dziedziny, ale z racji stosowania przez pracowników służby zdrowia w trakcie wykonywania ich obowiązków, także powinny zostać ujęte w klasyfikacji (np. system administracji, polityka zarządzania, zmiany w polityce zdrowotnej). Podejście „włączania” przyjęto zgodnie z regułami tworzenia klasyfikacji, przedstawionymi powyżej.

Skrajnie odmienne poglądy prezentowali eksperci zdrowia publicznego również w kwestii, czy Infrastruktura reprezentuje zbiór „zasobów”, czy „zasoby” są *de facto* tylko podklasą kategorii Infrastruktura. Także tutaj, zgodnie z przyjętymi zasadami tworzenia klasyfikacji, zastosowano regułę „włączania” - dlatego też kategoria Zasoby i infrastruktura, jak również jej podklasy, jest mieszaniną dwóch komponentów, np. infrastruktury administracyjnej, systemu informatycznego oraz elementów jednolitych (np. finanse, zasoby ludzkie).

Dalsze badania są jednak niezbędne aby rozwikłać mieszaninę parzystych zestawień typu holonim-meronim, lub subsumpcyjnych powiązań (hiperonim-hiponim) pomiędzy obecnymi podklasami istniejącymi w ramach tej kategorii.

Słowem wyjaśnienia, najprostszym rodzajem ontologii jest taksonomia, oparta na relacji hierarchizującej pojęcia, która bywa nazywana relacją typu *is-a*, relacją *hiponimii* (wraz z odwrotną relacją *hiperonimii*), np. hiperonim (pies) – hiponim (jamnik). Stosowanie tego rodzaju relacji jest dobrze ugruntowane zarówno teoretycznie, jak i praktycznie. Bardziej zaawansowane kategorie ontologii mogą zawierać również inne rodzaje powiązań. Nie istnieją ogólnie przyjęte zbiory relacji ontologicznych, i dlatego proponuje się różne rozwiązania, z których jedynie część bazuje na dobrze

ufundowanych podstawach, nawiązujących np. do ontologii formalnych (mereologiczna teoria relacji typu całość-część), np. osa (holonim) – żądło (meronim) [4].

POTENCJALNE ZASTOSOWANIE KLASYFIKACJI

Wielu uczestników zaangażowanych w projekt wyraziło opinię, że klasyfikacja powinna być pomocna w procesach definiowania i charakteryzowania zdrowia publicznego. Mają również nadzieję, że klasyfikacja umożliwi odpowiedź na stawiane dzisiaj pytania, a także posłuży za narzędzie ułatwiające sporządzanie raportów z działalności zdrowia publicznego (Ryc. 1).

1. Ile środków przeznaczono w ostatnim roku na walkę z otyłością?
2. Na ile zdrowie publiczne jest istotnym składnikiem systemu świadczenia usług zdrowotnych?
3. Dlaczego środki przeznaczane na działania w ramach zdrowia publicznego różnią się pomiędzy województwami?
4. Czy można opisać skrining na gruncie medycyny naprawczej? (np. cytologia przeprowadzana w ramach dobrej praktyki lekarskiej przed zabiegiem chirurgicznym)
5. Ile środków przeznaczono na walkę z HIV/AIDS w porównaniu do prewencji innych chorób?
6. Jaki charakter ma związek pomiędzy zdrowiem publicznym a pozostałymi sektorami, i jakie są tego koszty?
7. Ile osób jest zatrudnionych w sektorze objętym ryzykiem środowiskowym i w jakich warunkach odbywa się ich praca?
8. Ile środków przeznaczono i na jakie aktywności związane z eliminowaniem czynników ryzyka?

RYCINA 1. Wykaz pytań, w których na udzielenie odpowiedzi powinna okazać się pomocna klasyfikacja zdrowia publicznego.

Zasugerowano również potencjalną skalę możliwości aplikacyjnych klasyfikacji (Ryc. 2). Została także opisana baza danych oparta na wiedzy dotyczącej kontroli rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych, skonstruowana również przy użyciu programu Protégé. Sugeruje to, że stworzenie analogicznej bazy danych dla innych specjalistycznych bądź ogólnych obszarów praktyki zdrowia publicznego, przy użyciu klasyfikacyjnej ontologii pozostaje w zakresie naszych możliwości.

1. Wyjaśnienie pojęcia – zdrowie publiczne
2. Zorganizowana informacja, która pozwoli odpowiedzieć na kluczowe pytania związane ze zdrowiem publicznym
3. Wspieranie spójności i konsekwencji w opisywaniu zdrowia publicznego
4. Możliwość lepszego gromadzenia danych i usprawnienie systemu sprawozdawczości
5. Przyczyni się do opracowania standardów działalności i klasyfikacji na wyższym poziomie
6. Projektowanie i tworzenie informacji i systemów komunikacyjnych
7. Tworzenie modeli dobrej praktyki zdrowia publicznego
8. Łączenie badań, nauki, polityki i praktyki

RYCINA 2. Potencjalne możliwości wykorzystania klasyfikacji zdrowia publicznego.

Proces tworzenia klasyfikacji uwypuklił szereg kwestii spornych, co do których nie ma porozumienia wśród australijskich lekarzy praktyków zdrowia publicznego, a które wynikają z samej natury praktykowania tej dziedziny. Jedną z takich kwestii było włączenie działań prewencyjnych dostarczanych indywidualnym pacjentom podczas kontaktu bezpośredniego. Do działań tych zaliczono prewencję, wraz ze skriningiem i wczesnym wykrywaniem chorób, szczepienia, poradnictwo, także w zakresie zdrowego trybu życia i zachowań prozdrowotnych, jak również – kontrolowanie czynników ryzyka wystąpienia np. chorób serca, tj. podwyższonego poziomu cholesterolu czy ciśnienia krwi za pomocą środków farmakologicznych lub zmiany stylu życia.

Wielu uczestników projektu postulowało, że formy indywidualnej prewencji związane z przenoszeniem chorób zakaźnych (szczepienia, monitorowanie i leczenie chorób wenerycznych) należą do działań zdrowia publicznego, ponieważ pomagają chronić zdrowie całej populacji dzięki powszechnym szczepieniom i kontrolowaniu rozprzestrzeniania się infekcji. Inni natomiast wyrażali zdanie, że szczepienia stanowią usankcjonowaną część działań w ramach zdrowia publicznego, jedynie wówczas gdy stanowią element zorganizowanych, finansowanych przez rząd programów, realizowanych przez władze lokalne czy zakłady opieki zdrowotnej.

Większość lekarzy praktyków zdrowia publicznego była zgodna, co do tego, że wczesna diagnoza chorób poprzez metody skriningu należy do działań zdrowia publicznego wtedy, gdy jest organizowana i finansowana jako programy rządowe (np. narodowy program wczesnego wykrywania raka piersi czy raka szyjki macicy). Mniej oczywiste jest zaś, czy skrining, który nie jest częścią programu rządowego, np. oportunistyczny skrining osteoporotycznych zmian w kość-

ciach – powinien być zaliczany do zdrowia publicznego.

Brak porozumienia pomiędzy lekarzami praktykami zdrowia publicznego zaznaczył się wyjątkowo wyraźnie w kwestii, czy do działań zdrowia publicznego włączyć prewencję i nadzór nad rozprzestrzenianiem się chorób niezakaźnych, która przyjmuje formę poradnictwa indywidualnego lub bezpośrednich interwencji naceLOWanych na czynniki ryzyka związane ze stylem życia (tj. palenie tytoniu, niedożywienie, nadużywanie alkoholu, brak aktywności fizycznej), czy też wczesne wykrywanie i kontrolowanie biologicznych czynników ryzyka, np. podwyższonego ciśnienia krwi. Wielu lekarzy utrzymywało, że zdiagnozowanie stanu patologicznego (np. podwyższonego ciśnienia krwi) lub choroby wyznacza granicę w praktykowaniu zdrowia publicznego. Inni uznali tę granicę za błędną, ponieważ po pierwsze proces patologiczny, który leży u podstaw rozwoju choroby chronicznej ma charakter ciągły, a po drugie – podjęcie interwencji poprzez zalecenie spożycia leków np. obniżających ciśnienie krwi (najwykłej aspiryny!) może przynieść wymierne korzyści w obniżaniu zachorowalności i śmiertelności na niektóre choroby w skali całej populacji.

Przyjęcie zasady „włączania” pozwala w procesie klasyfikacji zdrowia publicznego na podejmowanie dyskusji i decyzji w kwestii granic, zaliczania czy wykluczania poszczególnych zagadnień indywidualnie, przez lekarzy, na każdym etapie wdrażania klasyfikacji. Jest to szczególnie istotne w przypadku kwestii spornych (gdzie kończy się zdrowie publiczne, a zaczyna medycyna kliniczna i naprawcza?), o które może zostać wzbogacone zdrowie publiczne wraz z poszerzaniem się wiedzy dotyczącej działań prewencyjnych, i tego jak i dla kogo powinny być one stosowane.

Problemem często pojawiającym się w trakcie relizacji projektu była kwestia, czy klasyfikacja zdrowia publicznego powinna być ograniczona jedynie do sektora zdrowia, czy też powinna podejmować działania dotyczące ochrony zdrowia, ale związane z innymi sektorami. Większość lekarzy praktyków zdrowia publicznego przyznało, że finansowanie zdrowia publicznego powinno obejmować działania i inwestycje na rzecz zdrowia publicznego, także w obrębie dziedzin niezwiązanych bezpośrednio ze zdrowiem (transport, edukacja), a podejmowanych przez rząd, samorządy lokalne czy organizacje pozarządowe. Jest to zgodne z definicją zdrowia publicznego, którą posługuje się amerykański Institute of Medicine: „*zdrowie publiczne to wszystko to, co my jako społeczność robimy wspólnie aby zapewnić ludziom warunki do bycia zdrowym*”.

W praktyce jednakże napotyka się spore trudności w zdobywaniu informacji o działaniach związanych ze zdrowiem publicznym i ich kosztami w sektorach niezwiązanych ze zdrowiem. W Australii, dostęp do raportów z wydatkowania środków na zdrowie publiczne jest obecnie ograniczony do sprawozdań z finansowania całkowitej ochrony zdrowia przez rząd centralny i samorządy lokalne. Jedną z opinii głosi, że działania w ramach sektorów niezwiązanych ze zdrowiem powinny być rozważane w zakresie zdrowia publicznego, jeśli zdrowie publiczne stanowi w nich cel podstawowy (np. szczepienia organizowane przez władze lokalne). Uznano, że kwestie sporne odzwierciedlają różnice w sposobie funkcjonowania zdrowia publicznego oraz tego jak jest ono pojmowane i organizowane w Australii. Zapewne podobne badania przeprowadzone w innych kra-

jach wskazałyby na zupełnie inne problemy. Dla przykładu, świadczenia w ramach zdrowia publicznego w USA (gdzie opieka zdrowotna jest silnie sprywatyzowana) są postrzegane jako te, które odgrywają główną rolę w uzupełnianiu luk w dostarczaniu świadczeń zdrowotnych (np. w przypadku opieki zdrowotnej świadczonej matce i dziecku) tym, którzy nie posiadają pełnego ubezpieczenia, jak też pełnią funkcję w ewaluacji rozwoju i poprawy jakości indywidualnej opieki zdrowotnej. W kilku krajach europejskich, ciężar świadczeń z zakresu zdrowia publicznego jest całkowicie przenoszony na samorządy lokalne, które są także odpowiedzialne za problemy dotyczące czystości wody i powietrza, redukcję hałasu, gospodarkę odpadami. Wydaje się bardzo prawdopodobne, że organizacja systemu opieki zdrowotnej w tych krajach wpływa na sposób w jaki lekarze praktycy zdrowia publicznego pojmują granice pomiędzy podstawową opieką zdrowotną, zdrowiem publicznym a ochroną środowiska.

Funkcja 'Jakości Ubezpieczenia' nie znalazła miejsca w obecnej klasyfikacji, chociaż występuje wśród funkcji zdrowia publicznego opublikowanych w USA, Wielkiej Brytanii, Ameryce Południowej i najnowszych pracach WHO. Lekarze praktycy zdrowia publicznego i eksperci w tej dziedzinie w Australii na żadnym z etapów nie przyznali, jakoby ta funkcja stanowiła istotny element ich pracy.

Założenia i reguły jakie zastosowano w trakcie tworzenia i rozwoju klasyfikacji powinny nadawać jej maksymalną elastyczność w zakresie wdrażania, także przy innych regulacjach. Proces kategoryzacji oparty o ontologię w sposób szczególnie korzystny daje możliwość uporania się z rozbieżnymi opiniami (często silnie utrwalonymi) co do tego, co powinno a co nie powinno się znaleźć „w zakresie zdrowia publicznego”. Mimo tego, iż głównym celem projektu było zdefiniowanie i specyfikacja kategorii, nacisk położono także na modelowanie wzajemnych relacji pomiędzy poszczególnymi kategoriami (klasami), bardziej nawet niż na międzyklasową hierarchię.

Autorzy z powodzeniem stosowali zasadę „włączania”, zaś decyzje o tym, co należy wykluczyć z „zakresu zdrowia publicznego” podejmowane były na etapie testowania klasyfikacji w praktyce. Pozostaje, więc mieć nadzieję, że zastosowanie klasyfikacji w praktyce pozwoli rozstrzygnąć kwestie sporne, zachęci do debaty oraz pozwoli wypracować wspólny język opisujący działalność zdrowia publicznego w każdym państwie.

PODSUMOWANIE

Powstała klasyfikacja zdrowia publicznego stanowi pierwszą tego typu próbę, podjętą w celu opisanego płaszczyzn istotnych dla funkcjonowania tej dziedziny. Ułatwi ona zarządzanie informacją dotyczącą zdrowia publicznego, tak, że będzie można adresować pytania związane z każdą płaszczyzną aktywności zdrowia publicznego, zarówno osobno, jak i w kombinacji z innymi pytaniami.

Klasyfikacja zdrowia publicznego w założeniu ma służyć pomocą różnym grupom użytkowników, od sektora rządowego po badaczy, studentów i osoby zainteresowane problematyką tej dziedziny. II faza projektu ma być poświęcona poszerzaniu kategorii Funkcje, Czynniki stanu zdrowia i Metody. Zaplanowano także prezentację internetowej wersji klasyfikacji zdrowia publicznego w celu zapoznania się z opiniami użytkowników, i umożliwienia im aktywnego udziału w dalszym rozwoju i doskonaleniu klasyfikacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Miller M, Zieliński A. Zdrowie publiczne – misja i nauka, *Przeg Epidemiol.* 2002;56:547-57.
2. Lubicz M. Modelowanie systemu finansowania opieki zdrowotnej: cele, dane, obiekty, prognozy, symulacje. Część 1. Cele – kontekst zastosowania metod ilościowych w finansach służby zdrowia, *Prace Naukowe Instytutu Organizacji i Zarządzania Politechniki Wrocławskiej. Stud Mat.* 2004;75(17):183-202.
3. Wojtyński B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski (red.), wydawnictwo Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny; 2008.
4. Cybulka J. OWL – język definiowania ontologii w semantycznej sieci WWW. *Pro Dialog.* 2004:18.

* Opracowano na podstawie: National Public Health Partnership (NPHP) (2006) Public Health Classifications Project Phase One: Final Report. Melbourne: NPHP

Informacje o Autorach

Dr n. med. LUCYNA KAPKA – adiunkt, Katedra Zdrowia Publicznego, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie; kierownik, Samodzielna Pracownia Biologii Molekularnej, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, mgr MAŁGORZATA CYRANKA – Samodzielna Pracownia Biologii Molekularnej, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie.

Adres do korespondencji

Samodzielna Pracownia Biologii Molekularnej
Instytut Medycyny Wsi
ul. Jaczewskiego 2, 20-090 Lublin