

知证卫生决策工具之一 ——什么是知证决策*

SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking?*

Andrew D Oxman¹, John N Lavis², Simon Lewin³, Atle Fretheim⁴

1. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway;
2. Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D;
3. Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5, 3Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa;
4. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

摘要 本文讨论以下3个问题:①什么是证据?②研究证据在知证卫生决策中有何作用?③什么是知证决策?知证卫生决策是一种决策方法,旨在保证基于最佳可及的研究证据做出决策。知证决策的特点是将系统、透明地获取和评价证据的方法引入决策全过程。虽不要求制定政策的整个过程系统和透明,但在制定政策的全过程,采用系统的步骤可以确保合理地查找、评价和使用相关研究。过程透明化旨在确保他人可以检查什么样的研究证据被用于支持决策并评价证据及其意义。知证决策帮助政策制定者了解这些过程。

1 关于STP

本文是为卫生政策和卫生项目决策者及其决策支持者写的“知证卫生决策工具”系列文章中的一篇。该系列文章旨在帮助他们确保其所做的决策是基于当前可及的最佳研究证据。SUPPORT工具及其使用要领在本系列文章的导论^[1]中已有详述。每篇文后均附有所系列文章的所有术语(附件1)。SUPPORT网站上可以找到本系列文章的西班牙文、葡萄牙文、法文和中文链接(www.support-collaboration.org)。欢迎通过邮箱 STP@nokc.no 提出修改意见。

2 案例情景

你在卫生部工作,部长要求你就如何扩大享受儿童健康保险的覆盖范围提出方案,希望确保解决这个重要问题的决策有充分的证据支持。你决定委托一个支持卫生部知证决策的机构来准备一份政策简报,总结有关该问题可得到的最佳证据和解决这一问题的方案。

* 本文英文原文发表于 *Health Research Policy and Systems*, 2009, 7(Suppl 1): 11doi:10.1186/1478-4505-7-51-11

作者简介: Andrew D Oxman, Email: oxman@online.no

3 背景

对资深决策者及上述案例中涉及到的其他人,本文为一般性了解证据的组成、证据在制定卫生政策中的作用、知证卫生决策的构成及其重要性的原因等提供基础信息。

“人人公平享有医疗保健”作为与健康有关的千年发展目标及其它卫生目标之一,更可能依靠基于证据的卫生政策和行动来实现^[2-5]。遗憾的是,事实上卫生政策通常不是基于研究证据^[5-8]。缺乏证据的决策可能是导致卫生服务不能完全满足最重要的需求、健康指标可能偏离轨道、许多国家也许未能实现千年发展目标的原因之一^[9]。缺乏证据的决策还可能引起卫生系统的效果、效率及公平性问题。

撒哈拉沙漠以南的非洲国家人均医疗卫生费用约€80,亚洲为€190,经济合作与发展组织(OECD)中的高收入国家人均€2 700^[10]。鉴于资源有限而疾病负担重,低、中收入国家合理使用医疗卫生费用至关重要;高收入国家因其日益增长的医疗需求及费用同样面临资源紧缺的压力。

卫生服务通常不能平等获取,而低效的卫生系统又可能加剧这种不平等^[11]。即便个体可获得卫生服务,其得到的服务也可能质量不高且费用昂贵。有效价廉的干预有时未被采用或根本不可及^[12](如

硫酸镁治疗子痫或先兆子痫)而无效或不必要的昂贵干预有时却仍被采用(如常规外阴切开术,或治疗儿童腹泻用静脉输液而不用口服补液)。更好的利用研究证据选择和推行干预措施、确定服务提供措施、财务措施和管理措施来支持使用这些干预措施以减少上述问题,可参见表 1 中的案例。

知证决策工具可更好地帮助决策者实现自己使用研究证据;也能帮助他们更好地应对被各种游说者所误用的研究证据,这些游说者包括那些充当某政治立场倡导者的研究者。知证决策工具使决策者可以:

- 对支持拟定政策的研究证据提出关键问题;
- 证实他们的决策基础是高质量的证据;
- 确保他们对所提议的政策评估恰当,所测量的结果真实且与事先预期相符。

知证决策方法还可使决策者意识到政策有可能基于不完善的信息制定。这种认识减少了政治风险,因为当政策未能达到预期效果时,它提供了相应的

方式调整决策程序。若未认识到现有证据局限性仍推荐决策或不管结果如何坚守政策均会冒更大的政治风险,使决策者因为与政策有关或无关的失败而受到批评。

本系列文章的目的是通过更好地使用研究证据作出卫生决策,从而提高卫生政策的效益、效率和公平性。本文旨在研究如何以最佳方式组织卫生系统方面的决策,包括卫生服务方面的服务提供、财务及管理措施及实现改革的策略^[2,13]。此系列中,我们以这些类型的决策为例说明通过研究证据能更好地了解决策制定的途径。类似方法也可用于支持项目、服务或药品选择方面的决策^[14]。

4 什么是证据

对循证实践及知证决策的讨论会引起关于“究竟什么是证据”的争论。通常认为证据与用于支持结论的事实(实际的或声称的)有关^[15]。而事实是证据是通过经验或观察获得的。这种理解蕴含的一

表 1 卫生决策中使用研究证据的案例

标题	内容
硫酸镁治疗子痫及先兆子痫——价廉有效,但卫生系统未推荐的干预措施	高质量证据表明,硫酸镁(一种低成本药物)可有效治疗子痫及先兆子痫 ^[31,32] 。但如低、中收入国家其他许多有效的治疗方法一样,硫酸镁未得到广泛普及 ^[12,33] 。注册、采购及配送机制的失败限制了它在一些国家的可及性,如莫桑比克和津巴布韦 ^[12] 。其他国家出现的问题包括缺乏推荐使用硫酸镁的指南、未将其列入基本药物目录、已有指南未得以执行、对有助于推动其普及的设施和卫生工作人员的限制 ^[33] 。虽然相比其它卫生保健问题对妇女的影响,受子痫和重度先兆子痫影响的妇女人数很少,但每年全球仍有约 63 000 名妇女死于该病,且新生儿死亡也与其有关。
按绩效付费——卫生系统推荐并广泛采用,但效果不确定且缺乏评价其影响的干预措施	按绩效付费(P4P)指根据人们执行某一可测量工作情况或其完成预期目标的情况支付酬劳和提供物资。为提高医疗保健质量、扩大覆盖率及实现其它目标包括千年发展目标,P4P 被广泛提倡和应用。一篇以患者、卫生服务人员、卫生服务机构及政府为研究对象,在卫生部门中实施的所有类型 P4P 效果的综述发现有 12 篇系统评价 ^[34] 。结果表明,针对享受医疗保健的人和单个医疗卫生专业人士的经济刺激,因其目标行为简单、明确、规范,在短期内是有效的。但仅有少数证据证明经济刺激能保证其长期有效。P4P 对卫生服务机构或对低、中收入国家(LMICs)影响的证据也很有限。在低、中收入国家中,P4P 方案通常还包括附属条件,如更多的资源、培训和技术支持。而对其评价却很少包括对条件本身产生影响的评估。几乎没有 P4P 成本-效果方面的证据。此外,P4P 可以造成不良影响,包括催生意外不良行为,改变目标(忽略无金钱回报的重要任务),欺诈(不是专注于如何完善工作而是在递交报告时粉饰或伪造结果),避重就轻(基于实现绩效目标的难易程度选择或回避病人),扩大贫富间的资源差距,加大对经济刺激的依赖。
不列颠哥伦比亚参考价格——知证方法支持的更有效的药品政策	加拿大不列颠哥伦比亚省自 1995 年实施药物参考目录以来,相关配套政策作为一种控制成本策略褒贬不一。这些政策由药品保健项目(由省卫生厅负责的公众基金药品保险项目)推出。药品保健项目近年一直致力于遏制每年药品费用两位数的增长势头及实现药物参考目录的主旨,即在不增加其它卫生服务费用或减少不良健康事件发生的情况下,为相近的药物提供相近的保险覆盖。参考药物目录受到医药企业的质疑,他们认为这对病人不利。但因有证据支持,参考药物目录受到卫生部的保护。参考药物目录实现其目标的程度由独立研究者评价,成为卫生部回复质疑和持续支持该方案的证据基础。研究者需要站在决策者的立场思考,包括竞争性医疗必需品的定义及加速和减速的政策周期。研究者持续参与政策咨询委员会,建立起研究者与决策者间的相互尊重和理解,使对该政策的随机试验得以顺利实施。与对方无先前合作经历的新工作人员很难续接决策者和研究者间的这种相互合作关系。
墨西哥的塞古罗热门——用知证方法扩大医疗保险覆盖面并评价其影响	2004 年,墨西哥政府推出了新医疗保险制度,即所谓的“塞古罗热门”(又称为受欢迎的健康保险计划),旨在将保险扩大到现有保险尚未覆盖的约 50 万墨西哥人。该计划在墨西哥全国逐步推行,从最贫穷的社区开始,提供统一的医疗服务包。据当时墨西哥卫生部长胡里奥弗伦克说:这近乎是一个很好的教材案例,讲述证据如何从改变公众的观点,然后通过基于证据的辩论,到最后转变成法律的过程。最初引发对关于是否需要改革的广泛辩论的关键证据,是发现与公众想法相反,墨西哥旧卫生系统的筹资主要来自私人自费。证据不仅为辩论和完善方案提供支持,还发挥了评价的作用。得用逐步推行的时间表,政府组织了对照试验,比较实行计划与尚未实行计划的社区间的结果。在墨西哥,从可评价的研究中得出的证据,如塞古罗热门的对照研究,被看作是从中央到全国的民主振兴。2004 年,因其有政治和道德义务评估决策的影响,墨西哥政府立法要求评价各种公共方案的影响。

一个重要启示是,证据可用于支持某一结论,但不等同于结论。证据本身不能形成决策。

这种对“什么是证据”的理解有多种涵义。第一,专家意见不仅指证据本身,它是事实、对事实的解释和结论的组合。专家意见通常包含证据。合理使用证据要求找出形成意见的事实基础(经验得出或观察得出),也需要评价事实支持结论的强度^[16]。第二,并非所有证据的强度一样。证据的强度取决于它用的观察方法类型及执行情况。研究证据通常比偶然性观察得到的结果更有说服力。因为它用系统方法收集和分析观察获取的资料。同样,设计好、执行严谨的研究强度高于设计差、执行不严谨的研究。第三,应评估不同类型证据的可信度(即证据的“质量”)。这种评估最好是系统、明确的,以避免错误、解决分歧,进行严格评价和促进信息交流。因此,要求对需要考虑的证据做出明确判断。第四,所有证据都具有“环境敏感性”,即所有观察必然是环境特异性的。因此当证据在非原来环境或条件下使用时都必需评价其适用性。这种评价最好是系统和明确的,其理由与要求系统、明确评价证据质量一样。第五,全球证据,即来自全世界的最佳证据,是评估政策和项目影响的最佳起点。尽管所有证据都具有环境敏感性,但基于一个与特定环境直接相关的(如某一特定国家或人群)亚组观测做出的决定可能产生误导^[17]。将所有相关证据纳入考虑可更充分地支持决策者判断其是否采纳亚组观测的结论^[18]。最后,采用当地证据(来自拟实施决策和行动的特定环境)有助于判断当地存在的主要问题及其解决措施和贯彻落实策略。当地证据包括特定条件下存在的影响因素,需求程度(如患病率及其危险因素或卫生服务提供、财务措施或管理措施等问题)、价值取向、成本及可获得的资源^[18]。

5 研究证据在知证决策中的作用

为了最优质高效地实现人人公平享有卫生保健,政策制定者需要获得强有力的证据以更好的知证决策。需要用证据来确定:应提供或包括哪些服务和项目、如何提供这些服务、财务措施和管理措施及如何实施改革^[2]。系统评价可用于为这些领域内每一个关键问题的决策提供证据支持^[4-6]。系统评价的案例参见表2。图1显示了系统评价证据及当地证据在知证卫生决策中的作用。

政策抉择常受证据之外的其他因素影响,包括制度约束、利益、观念(包括价值观)及外部因素如经济萧条。研究证据也不是知证决策中唯一的信

息来源,但如何加强研究证据的使用和提高决策者正确评判研究证据的相关性及其质量的能力,成为限制其取得更大卫生成效和高效利用资源最严峻的挑战。

6 什么是知证决策

由于是基于充分知证而非信息匮乏下的卫生决策,用更系统、透明的方法来使用和评价研究证据尤为重要。知证卫生决策是一种制定政策的方法,旨在确保基于最佳可及的研究证据决策。实现这一目的的方法多种多样,取决于所做决策的类型及其背景。但知证决策的共同特点是将系统、透明地获取和评价证据的方法贯穿到知证决策的全过程。这并不意味着政策制定的全过程都要系统、透明,而是要求在政策制定全过程都采用系统的步骤以确保相关研究被合理地纳入、评价和使用。这些步骤是透明的,以供其他人知晓哪些研究证据用于了知证决策、决策意见及其影响如何。

本系列文章中,我们介绍了通过更系统、透明的决策过程解决常见问题的知证决策,确定证据需求、查找和评估证据、基于证据作出决策(如图2所示)。如本系列文章中介绍的系统、透明的步骤有助于防止发生错误和偏倚(相对于非系统、不透明的步骤而言)。系统评价可以减少机遇对结果误导的风险和有偏倚的选择及评价证据的风险(表2)。

不同的证据类型与不同的问题有关,如针对特定问题的最佳证据的内容构成的选择可能存在合理分歧,知证卫生决策的目标是确保找出有关证据,并系统、透明地判断哪些证据相关,判断证据的可靠性和适用性^[19]。知证决策也可确保利益冲突不会影响这样的判断或正在为知证决策提供证据新研究。

知证决策的另一基本特点是帮助决策者懂得查找、评价和合理使用相关证据的全过程,及使用这种过程的可能性,本系列文章旨在帮助决策者实现这种目标。

自20世纪90年代初出现催生循证医学的驱动力,从最初关注医生的临床决策^[20,21],这一驱动力已扩展到其他卫生专业人员和用户,被称为“循证医疗保健”或“循证实践”,反映其更大的使用范围。渗透到决策管理领域的循证方法,被称为“循证决策”^[22]。所有这些领域争论的焦点是循证方法究竟是什么,究竟与常规方法有何不同,及其相对获益和风险。循证医学及循证决策一直被批判为:实践或决策很大程度上取决于研究证据^[4,23-25]。这种批判极大地错误解释了循证医学提倡的内容。不论是个

表 2 系统评价的含义及相关案例

标题	内容
初级妇幼保健中的非专业卫生工作者——服务提供措施案例	<p>虽然非专业卫生工作者没有受过正规专业教育,但通常接受过与工作有关的培训。他们可以参与有偿或志愿医疗服务。他们从事多种不同的医护工作,有若干术语专门用于描述他们,包括乡村卫生工作者、社区志愿者、健康咨询人。一个检索至 2006 年 8 月的关于非专业卫生工作者随机对照试验的系统评价发现 48 个有关母亲和儿童健康及高负担疾病的临床试验,在招募受试者、训练方法、受试对象、设计及测量结果方面都有不同。主要调查结果包括:</p> <ul style="list-style-type: none"> 与常规保健项目或未实施干预的保健项目相比,在母亲和儿童保健项目中吸纳非专业卫生工作者在下列方案有相当优势: <ul style="list-style-type: none"> - 提高儿童免疫接种率 - 促进母乳喂养 - 降低 5 岁以下儿童病死率 - 降低儿童常见疾病发病率 关于用非卫生专业人员取代专业人员的效果及培训、支持和维护非专业人员队伍等策略来替代专业人员效果的证据较少。
患者直接支付药品费用——财务措施案例	<p>患者取药时直接支付药费,包括总额控制(报销处方或药品的最高上限)、固定共付(患者支付每张处方或药品的固定金额)、层级共付(每张处方或药物患者支付固定金额,费用高低多少取决于专利药物或普通药)、共同保险(患者支付一定比例的药品费用)、封顶线(不论患者是支付部分还是全部药费,为其确定一个全年最高支付额度作为上限,超过上限的费用保险公司不赔付或低赔付)。系统检索评估这些政策影响的研究,共 21 个研究报道了 30 种差别很大的干预。主要结果有:</p> <ul style="list-style-type: none"> 总额控制和有封顶线的共同保险、共付政策能减少药物使用、为药品政策或健康计划节约开支。 减少了维持生命的药物、治疗慢性疾病的重要药物及其他药物的使用。 虽然关于健康结果的数据不多,但大幅度减少使用与人们健康密切相关的药物可能带来一些不利影响。如可能导致医疗服务使用的增加,由此增加整体支出。 只要政策中包含了非基本药物,或政策中加入了免税制度来确保市民得到所需的医疗服务,人们直接支付药品的政策不大可能有害。
患者参与——监管措施的案例	<p>患者参与卫生保健的重要性已被广泛认可,但一个系统评价发现,在卫生决策中如何最好实现这一参与的证据很少。通过征求患者意见或促进与其合作的过程,他们可以参与卫生决策。可就单一事件或重复事件,大型或小型事件展开协商。他们可以个人或群体参与,以展开辩论。病人群体可召开特别协商,也可以建立患者组织。他们可以通过研讨会或媒体组织活动。系统检索至 2006 年 5 月的一个比较患者不同参与方式的影响的研究,发现只有一个方法学研究设计,让患者参与卫生决策。该研究提供了极低质量的证据——为社区优选健康目标顺序,患者参与电话讨论及面对面小组讨论优于信件调查,且会导致设置不同的优选次序。</p>
继续教育会议——改革策略的案例	<p>教育会议(讲座、研讨会和培训班)是专业卫生人员继续教育最常见的方式之一。该类会议在内容、参加人数、相互影响的程度及类型、培训时间及频次等方面差异很大。系统检索至 2006 年 3 月的关于审计与反馈的随机试验,发现 81 个研究符合纳入标准。大多数试验的研究对象是医生。干预措施根据内容及形式的不同而异,结局测量指标差异很大。主要调查结果包括:</p> <ul style="list-style-type: none"> 教育会议可以改进医生的专业实践能力和患者的健康结局 与其他继续医学教育活动的效果如审计反馈及外出访问学习相比,中位效果从低到中 不同研究的效果差异很大,对哪种方法最有效无确切结论 具有互动性和启迪性的教育会议效果更明显

系统评价是对研究证据的总结,这些研究证据用系统和明确的方法提出一个清楚和结构化的问题,通过查找、筛选,严格评价相关研究,进一步收集和分析纳入研究中提取的数据。使用或不用统计方法(Meta 分析)来分析总结研究结果。可在 SUPPORT 网站 www.support-collaboration.org 查到有关卫生系统措施的系统评价的结构式摘要,包括以上例子。

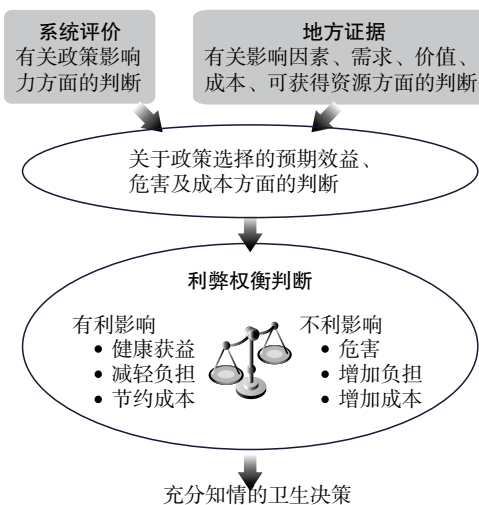


图 1 卫生政策决策中证据的角色

患者决策还是制定政策都不单由证据决定。判断、价值观及其他因素始终发挥作用。

虽然“循证”与“知证”可以互换,但我们选择知证的说法,因为它更好地描述了证据在决策中的作用及有充分证据支持的决策^[4,26]。

7 什么不是知证决策

像其它任何工具一样,那些用于支持知证决策的其他工具也可能被滥用。不合理使用证据带来的不良影响可能包括低效率的官僚程序,不合理的抑制或延误承诺的项目、误导决策问题、操纵民意、扭曲研究过程等。证据被误用的方式包括选择性使用证据,限制证据的合理使用,制造不确定性结论的假象。监测和防止证据不当使用的最好方法是使用过

知证决策的要素	决策制定中常见问题	知证卫生决策可更系统、透明的解决问题
支持知证决策	缺乏支持研究证据应用的组织安排及优选研究证据程序	组织安排支持研究证据的使用；制定证据分级程序以支持研究证据的使用
确定研究证据的需求	缺乏研究证据的明确需求	明确研究证据需求以界定问题，实施政策选择的构架及解决方案
寻找和评价证据	随意或有偏见地使用研究证据制定卫生决策	寻找和评估研究证据的方法
依据研究证据作出决策	利益相关者参与不足及未充分依据研究证据做出的决策	合理吸纳利益相关者参与决策及利用研究证据作出决策的方法

图 2 知证决策中如何针对常见问题

程的系统化和透明化,我们将在本系列以后的文章中描述。

8 结论

全球范围内对更好地利用研究证据制定卫生相关政策兴趣日益增长。如 2004 年世界卫生组织发表的健康知识世界报告,包括了讨论研究联系实际一章^[27]。同年在墨西哥城召开的卫生部长峰会,讨论了卫生研究,发表了研究对促进健康及加强卫生体系的重要性宣言^[28]。2005 年 5 月,第 58 届卫生大会通过一项决议,承认墨西哥会议在卫生研究方面的声明,敦促会员国建立或加强知识转化机制,支持循证公共卫生、卫生保健提供系统和循证卫生相关政策^[29]。墨西哥峰会确定的推动证据转化也在 2008 年由 53 个国家的卫生部、科技部、教育部及其它部的代表发表的巴马科宣言中得以反映^[30]。实现这一目标的第一个关键步骤是确保决策者和研究者共同理解什么是研究证据及研究证据在支持知证决策中的作用。

资源

有用的文件和补充阅读文献

- Evidence-informed health policy video documentaries: <http://www.kunnskapssenteret.no/Artikler/2061.cms> – These compelling video documentaries are part of a report on more than 150 organisations, particularly in LMICs, that are building bridges between evidence and policy (<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/469.cms>). The video documentaries tell the stories of eight case studies across six continents, where people are trying

to improve health systems by using research evidence to inform decision making

- The Mexico statement on health research, 2004 http://www.who.int/rpc/summit/agenda/Mexico_Statement-English.pdf - World Health Assembly. Resolution on health research, 2005 http://www.who.int/rpc/meetings/58th_WHA_resolution.pdf
- The Bamako call to action on research for health, 2008 <http://www.who.int/rpc/news/BAMAKOCALLTOACTIONFinalNov24.pdf>
- Chalmers I. If evidence-informed policy works in practice, does it matter if it doesn't work in theory? Evidence & Policy 2005; 1:227-42 <http://www.ingentaconnect.com/content/tpp/ep/2005/00000001/00000002/art00006>
- Isaacs D, Fitzgerald D. Seven alternatives to evidence-based medicine. BMJ 1999; 319:1618. <http://www.bmj.com/cgi/content/full/319/7225/1618>
- Macintyre S, Petticrew M. Good intentions and received wisdom are not enough. Journal of Epidemiology and Community Health 2000; 54:802-3 <http://jech.bmj.com/cgi/content/full/54/11/802>
- Moynihan R. Using health research in policy and practice: Case studies from nine countries. Milbank Memorial Fund report, 2004 <http://www.milbank.org/reports/0409Moynihan/0409Moynihan.html>

网址链接

- Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet): <http://www.who.int/rpc/evipnet/en/>, <http://evipnet.bvsalud.org/php/index.php> , EVIPNet is an initiative to promote

the systematic use of health research evidence in policy-making. Focusing on low- and middle-income countries, EVIPNet promotes partnerships at the country level between policymakers, researchers and civil society in order to facilitate both policy development and policy implementation through the use of the best scientific evidence available.

- Alliance for Health Policy and Systems Research: <http://www.who.int/alliance-hpsr/en/> webcite The Alliance HPSR is an international collaboration housed in the World Health Organization (WHO). It aims to promote the generation and use of health policy and systems research as a means to improve the health systems of developing countries.
- Canadian Health Services Research Foundation: http://www.chsrf.ca/home_e.php webcite This Foundation promotes and funds management and policy research in health services and nursing to increase the quality, relevance and usefulness of this research for health system policymakers and managers. In addition, the foundation works with these health system decision makers to support and enhance their use of research evidence when addressing health management and policy challenges.
- UK government's Policy Hub: <http://www.nationalschool.gov.uk/policyhub/index.asp> webcite This site aims to promote strategic thinking and improve policymaking and delivery across government. It endeavours to provide users with access to a range of perspectives on policy matters.

附件

1. 术语: <http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1478-4505-7-S1-S1-S1.doc>
2. 决策中运用研究证据的例子: <http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1478-4505-7-S1-S1-S2.doc>
3. 系统评价例子: <http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1478-4505-7-S1-S1-S3.doc>

利益冲突、作者贡献及致谢

见原文。

参 考 文 献

- 1 Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction. *Health Res*

Policy Syst, 2009, 7(Suppl 1): 11.

- 2 Lavis JN, Wilson MG, Oxman AD, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health policymaking (STP). 4. Using research evidence to clarify a problem. *Res Policy Syst Health Res Policy Syst*, 2009, 7(Suppl 1): S4.
- 3 Task Force on Health Systems Research: Informed choices for attaining the millennium development goals: towards an international cooperative agenda for health systems research. *Lancet*, 2004, 364: 997-1003.
- 4 Chalmers I. If evidence-informed policy works in practice, does it matter if it doesn't work in theory? *Evidence & Policy*, 2005, 1(2): 227-2242.
- 5 Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A. The use of evidence in WHO recommendations. *Lancet*, 2007, 369: 1883-1889.
- 6 Lavis JN, Davies HTO, Oxman A, *et al.* Towards systematic reviews that inform healthcare management and policymaking. *J Health Serv Res Policy*, 2005, 10: 35-48.
- 7 Innvaer S, Vist G, Trommald M, *et al.* Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*, 2002, 7: 239-244.
- 8 Lavis JN, Ross SE, Hurley JE, *et al.* Examining the role of health services research in public policymaking. *Milbank Quarterly*, 2002, 80: 125-154.
- 9 United Nations: The Millennium Development Goals Report. [http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2007/UNSD_MDG_Report_2007e.pdf] webcite United Nations; 2007.
- 10 United Nations Development Programme: Human Development Report 2006. [<http://hdr.undp.org/hdr2006/statistics/data>] webcite United Nations Development Programme; 2006.
- 11 Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, *et al.* Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*, 2003, 362: 233-241.
- 12 Sevene E, Lewin S, Marino A, *et al.* Can a drug be too cheap? The unavailability of magnesium sulphate for the treatment of eclampsia and preeclampsia in Mozambique and Zimbabwe: systems and market failures. *BMJ*, 2005, 331: 765.
- 13 Lavis JN, Posada FB, Haines A, *et al.* Use of research to inform public policymaking. *Lancet*, 2004, 364: 1615-1621.
- 14 Guyatt G, Rennie D, Meade MO, *et al.* Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. Second edition. McGraw Hill; 2008.
- 15 Lomas J, Culver T, McCutcheon C, *et al.* Conceptualizing and Combining evidence for health system guidance. [http://www.chsrf.ca/other_documents/evidence_e.php] webcite Canadian Health Services Research Foundation; 2005.
- 16 Schuneman HJ, Fretheim A, Oxman A. Improving the Use of Research Evidence in Guideline Development: 9. Grading evidence and recommendations. *Health Res Policy Syst*, 2006, 4: 12.
- 17 Counsell CE, Clarke MJ, Slaterry J, *et al.* The miracle of DICE therapy for acute stroke: fact or fictional product of subgroup analysis? *BMJ*, 1994, 309: 1677-1681.
- 18 Guyatt G, Wyer P, Ioannidis J. When to believe a subgroup analysis. In Users' Guide to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. Edited by: Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. New York: McGraw Hill; 2008: 571-593.
- 19 Oxman AD, Fretheim A, Schuneman HJ. Improving the Use of Research Evidence in Guideline Development: 7. Deciding what evidence to include. *Health Res Policy Syst*, 2006, 4: 19.
- 20 Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based

- medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 1992, 268: 2420-2425.
- 21 Oxman AD, Sackett DL, Guyatt G, for the Evidence-Based Medicine Working Group: Users' guides to the medical literature, I. How to get started. *JAMA*, 1993, 270: 2093-2095.
 - 22 Packwood A. Evidence-based policy: rhetoric and reality. *Social Policy and Society*, 2002, 1(3): 267-272.
 - 23 Straus SE, McAlister FA. Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms. *CMAJ*, 2000, 163: 837-841.
 - 24 Clarence E. Technocracy reinvented: the new evidence based policy movement. *Public Policy and Administration*, 2002, 17: 1-11.
 - 25 Parsons W. From muddling through to muddling up – evidence based policy making and the modernisation of British Government. *Public Policy and Administration*, 2002, 17: 43-60.
 - 26 Nutley S. Bridging the policy/research divide: reflections and lessons from the UK. [<http://www.treasury.govt.nz/publications/media-speeches/guestlectures/pdfs/tgls-nutley.pdf>] webcite St. Andrews: University of St. Andrews; 2003.
 - 27 World Health Organization: World report on knowledge for better health. [<http://www.who.int/rpc/wr2004>] webcite World Health Organisation, 2004.
 - 28 World Health Organization. The Mexico statement on health research. [http://www.who.int/rpc/summit/agenda/Mexico_Statement-English.pdf] webcite World Health Organization; 2004.
 - 29 World Health Assembly. Resolution on health research. [http://www.who.int/rpc/meetings/58th_WHA_resolution.pdf] webcite World Health Organization, 2005.
 - 30 World Health Organization. The Bamako call to action on research for health. [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_12Add2-en.pdf] webcite World Health Organization; 2008.
 - 31 Duley L, Henderson-Smart D. Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2003, 4: CD000127.
 - 32 Duley L, Gulmezoglu AM, Henderson-Smart DJ. Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2003, 2: CD000025.
 - 33 Langer A, Villar J, Tell K, *et al.* Reducing eclampsia-related deaths—a call to action. *Lancet*, 2008, 371: 705-706.

李幼平 总审校
李媛媛 蒋兰慧 译
王莉 审校

本文编辑: 刘雪梅