

知证卫生决策工具之九

——系统评价结果的适用性评价*

SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 9: Assessing the applicability of the findings of a systematic review*

John N Lavis¹, Andrew D Oxman², Nathan M Souza³, Simon Lewin⁴, Russell L Gruen⁵, Atle Fretheim⁶

1. 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-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5;
2. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway;
3. Health Research Methodology PhD Program and Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, 1200 Main St. West, HSC-2D1 Area, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5;
4. Norwegian 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;
5. The Alfred Hospital, Monash University, Level 4, 89 Commercial Rd, Melbourne, VIC, Australia 3004;
6. 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 卫生体系的差异往往使得在某种环境下适用的卫生政策或规划不适用于其他情况,或这种差异使相同的卫生政策或规划在不同环境下起作用的方式不同,甚至使其效果大相径庭。因此,决策者及其支持者所面临的巨大挑战是需弄清支持某一决策的研究证据是否适用于他们所处的环境。系统评价通过总结各种背景下的研究证据而使这一问题迎刃而解。但许多系统评价并未对描述原始研究的实施背景。本文建议用下面几个问题来指导决策者评价系统评价结果在特定环境下的适用性:① 系统评价纳入研究的实施背景是否相同或研究结果是否能在不同环境下或不同时期内保持一致性?② 有可能明显改变决策的可接受性和可行性的现实条件和制约因素是否存在重要差异?③ 在卫生系统制度方面是否存在重要差异从而意味着某种决策不能以同样的方式起作用?④ 基线情况是否存在重要差异以至于产生不同的绝对效应,尽管相对效应是一致的?⑤ 从决策、实施、监测及评估中还能得到哪些启示?尽管有理由推断某决策在某特定环境下的作用可能不同,但我们几乎总是可以从对各种可能的决策方案及其实施、监测、评估方法的系统评价中获得一些启示。

1 关于STP

本文是为卫生政策和卫生规划决策者及其支持者所写“知证卫生决策支持工具”系列文章之一。该系列文章旨在帮助他们确保其了解当前可得最佳研究证据之后进行决策。SUPPORT 工具及其使用方法在本系列文章的导论中已有详述。每篇文后均附有本系列文章的所有术语(见附件1)。SUPPORT 网站上可找到本系列论文西班牙文、葡萄牙文、法文和中文翻译的链接(www.support-collaboration.org)。欢迎通过邮箱 STP@nokc.no 对如何完善该工具提出反馈意见。

* 本文英文原文发表于 *Health Research Policy and Systems*, 2009, 7(Suppl 1): S9 doi: 10.1186/1478-4505-7-S1-S9

作者简介: John N Lavis, Email: lavisj@mcmaster.ca

2 案例情景

情景 1 你是一名高级公务员,将向部长呈递一份简报,为某方案提供相关支持证据,该方案已被临时采纳用于解决某个需要优先考虑的问题。你关注决策所依据的相关高质量系统评价结果是否能适用于你所处的特定环境,并确保你的下属已对该问题进行了评价。

情景 2 你在卫生部工作,在准备一份有关某方案的简报,该方案正被考虑用以解决某重要问题。要求你在报告中总结最相关的高质量系统评价结果并评价该结果在你的特定环境中的适用性。

情景 3 你在为卫生部知证决策提供支持的独立机构工作,正在为卫生部准备一份详尽的研究报告,阐述对某优选问题的决策,我们已经知道什么,还不清楚什么。你得知决策者已找到一份很有说服

力的系统评价,但你想在如何评价该系统评价结果是否适用于你所处环境方面获得指导。

3 背景

对于决策者(情景 1),本文提供了一些问题供他们要求下级在准备有关某系统评价的简报时予以考虑,该系统评价为决策选择和交流选择依据提供基础。对于决策支持者(情景 2 和 3),本文提供了一些问题以指导他们评价系统评价结果在特定环境下的适用性。本文是“检索和评价系统评价以支持决策”系列 4 篇文章中的第 3 篇(另 3 篇见文 7、8 和 10^[2-4])。图 1 概述了查找和评价系统评价结果以支持决策的各个步骤。

人体生物学共性意味着同一临床操作或药物在不同病人身上通常作用相同。但事实并非总是如此,因此,帮助卫生保健服务提供者评价研究证据对其患者适用性的相关问题应运而生^[5]。卫生体系间的差异往往使得在某一背景下适用的卫生政策或规划在其他情况下不可行或不被接受。这些差异也可能使同一决策在另一背景下不能以同样方式发挥作用或产生不同的影响^[6,7]。如相对其他地区的国家,征收使用费在撒哈拉沙漠以南的许多非洲国家并未获得持久的正面效应,其失败部分归因于若干实施环境,如人们对公共卫生服务付费缺乏了解^[8]。因此,决策者及其支持者必须面临的重要挑战是弄清有关某一决策效果的研究证据是否适用于决策者所处的环境。

系统评价通过提供对不同环境下若干研究的一个总结使这一任务变得更加简单。此处所指的“环境”是指政治/国家的管辖范围(如加拿大或喀麦隆,或其各组成省份);也可包括部门(如初级保健或医院服务)及区域(如城市或农村)。系统评价还有助于对证据在某特定环境下的适用性作出判断,通过提供一种框架,若可能,还可提供研究证据用以识别那些能使决策成功开展或可能改变其实施效果的重要因素。如药物政策的系统评价(如药品参考价格政策、其它价格政策及采购政策)可提供影响参考价格定价政策效果的因素总结及各影响因素的基本论据^[9]。这些影响因素包括等值药品、激励机制、减免机制、药物可及性、价格水平和电子信息系统等。

遗憾的是,许多系统评价未做以下工作:

- 强调研究开展的环境特征,尤其是那些可能改变决策效果的特征
- 为识别可能的影响因素提供框架

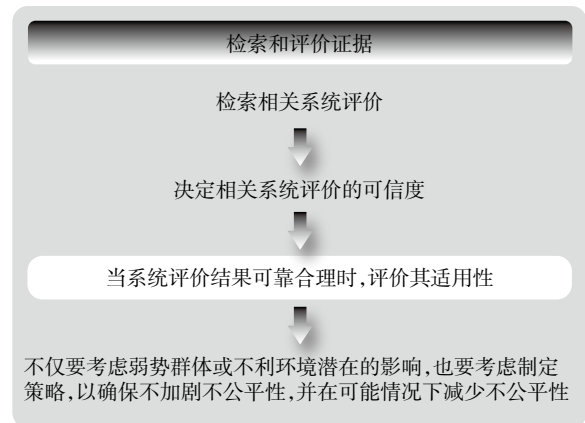


图 1 检索和评价系统评价以支持决策

- 提供有关影响因素的研究证据

在上述情况下,政策分析性文章或描述性综述可提供更有用的框架,可为系统评价中证据适用性的判断提供支持。

如一个为了解卫生部门腐败及其成因的研究框架强调了卫生系统制度(如限制垄断、要求透明和支持强制的管理制度)及其它因素如何影响“机会”和“压力”滥用及其合理化解,及其如何反过来影响为获取私利而出现的权利滥用^[10]。理想状况是,有关反腐工作效果的系统评价还应描述研究实施背景下的相关卫生系统制度。那些可能影响机会和压力滥用的特征及对该行为的合理性解释将特别让人感兴趣,因为他们可使读者将通过框架明确的将决定因素与系统评价展示的结果联系起来。

对其它类型系统评价适用性方面的考虑即便不是更重要,至少也是同等重要。如管理类数据库相关研究的系统评价和社区调查的系统评价可帮助研究者从比较的角度定位问题,而观察性研究的系统评价有助于确定某一决策可能带来的危害。定性研究的系统评价有助于理解将个体或群体分配到某特定问题的意义,明白某决策如何起作用及为何起作用,以及了解利益相关者体验该决策之后的看法。本文接下来将重点关注关于决策影响的系统评价。这将有助于评估有关危害的观察性研究的系统评价结果的当地适用性;而这种评估需要有关如何及为何某决策取得成效的综述的支撑;同时这一过程可为如何进行其他类型系统评价的当地适用性评价提供启示。

4 思考问题

以下 5 个问题可用以指导如何评估某系统评价的结果是否适用于某一特定环境:

- (1) 系统评价纳入研究的实施背景是否相同或

研究结果是否能在不同环境下或不同时期内保持一致性?

(2) 有可能明显改变决策的可接受性和可行性的现实条件和制约因素是否存在重要差异?

(3) 在卫生系统制度方面是否存在重要差异从而意味着某种决策不能以同样的方式起作用?

(4) 基线情况是否存在重要差异以至于产生不同的绝对效应, 尽管相对效应是一致的?

(5) 从决策、实施、监测及评估中还能得到哪些启示?

4.1 系统评价纳入研究的实施背景是否相同或研究结果是否能在不同环境下或不同时期内保持一致性?

如果系统评价所纳入研究的实施背景与决策者所处环境相同或十分相似, 则无需考虑系统评价适用性的问题。同样, 如果研究结果在不同环境下或不同时期内都保持一致, 则可预期决策将获得相同的结果。现实条件与制约因素、卫生系统制度及基线情况在不同环境下有差异, 且随时间变化而改变, 因此, 若研究结果在这些情况下仍保持一致则很可能意味着其具有广泛的适用性(这2个方面将是接下来的问题的焦点)。

决策者可利用系统评价中的以下信息对这2个方面作出判断:

- 纳入研究的实施背景及实施期间的信息。通常可从系统评价的“纳入研究特征”(或类似部分)找到。
- 研究结果一致性的信息通常可从系统评价的摘要或其“结果”部分找到。

如果系统评价缺乏对研究实施背景和期间的描述, 决策者及其支持者可联系该系统评价的作者以了解他们是否有该信息并找出影响证据本地适用性的重要因素。如果该问题特别重要而联系作者无果, 在时间和资源允许的情况下, 决策者及其支持者可检出入的原始研究并找到相关信息。直接联系作者有一个潜在的好处, 可以鼓励作者关注其研究结果地区适用性评价所需的信息, 并在日后的系统评价中予以考虑。

比较非营利性医院和营利性医院死亡率的研究可作为如何利用上述资料的一个范例^[11]。这项研究在美国开展, 耗时数十年, 这期间卫生系统发生了巨大变化。研究表明非营利性医院收治的病人其生存率明显高于营利性医院, 且这种差异长期保持着明显的一致性。基于此发现, 加拿大的决策者可推论在加拿大实施该研究也会得到类似的一致性结

果。这一结论可使他们避免在仅有非营利医院的现行体系中引入营利性医院(或至少可避免他们用健康获益当作此行为的正当理由)。

4.2 有可能明显改变决策的可接受性和可行性的现实条件和制约因素是否存在重要差异?

如果系统评价所纳入研究的实施背景与欲应用该系统评价结果的决策环境在资源及能力制约因素方面十分相似, 且卫生体系内各利益相关者的看法及政治影响力也非常接近, 则决策者有理由预期基于该系统评价的决策在他们自己的环境中兼具可行性和可接受性。但决策者很难在系统评价中找到有关资源及能力制约因素及利益相关者影响方面的信息, 而是找到对所研究的某种决策的描述。通常, 决策者对他们所处环境的资源、能力及利益相关者影响等非常熟悉, 使他们能够判断决策的可行性和可接受性。

如果决策者身处的决策环境中存在巨大的资源及能力限制, 那么决策者必须对某决策的可行性考虑再三^[12]。如某些决策环境下可能缺乏执业护士, 则那些要求这类卫生保健提供者发挥重要作用的决策在短期内不可行^[13]。同样, 有的情况下财政非常有限, 使得研究显示有明显效果的决策在没有大量资金捐赠情况下不被认为有大规模推广的可行性, 如青蒿素为基础的联合疗法(ACT)治疗疟疾^[14]。有些国家卫生体系资金捉襟见肘, 无法承载日益增长的卫生服务需要, 必须配合引入有条件的现金转移(如对遵循特定健康和就医行为的家庭及其成员给予补助)^[14,15]。或有的决策环境下政府内部或管理者、卫生服务提供者、卫生服务消费者(如卫生服务接受者及公民)之间缺乏足够能力以支撑某一特定决策的广泛推行。如审查和反馈(如向卫生服务提供者提供其工作表现数据)并不适用于常规收集数据不可靠的决策环境。

如果在某一决策环境下, 利益相关者反对某决策且对实施和政策有重要影响, 决策者不得不仔细地评估该决策被接受的可能。卫生保健提供者社团如护士协会如认为某决策会危及护士收入或地位则可能会反对之, 如引入非专业卫生工作者或扩大其规模^[14,16]。民间社团组织也可能积极反对那些将会减少处方药使用量的变革, 尤其是那些维系生命的药品及处理慢性疾病状况的重要药物^[14,17]。这类改革可包括设置封顶线(如消费者使用处方药可报销的最高设定限额)、共同保险(消费者支付一定比例的处方药费用)、共同支付(每一处方药消费者支付一固定费用)。

显然,许多现实条件和制约因素可随时间推移逐步得到解决。如从业护士培训项目可逐渐扩大规模,捐赠者可资助诸如 ACT 一类的昂贵药物。同样,政府可改善常规收集数据的质量,卫生保健提供者社团和民间社团组织可参与一系列的协商和对话。

4.3 在卫生系统制度方面是否存在重要差异从而意味着某种决策不能以同样的方式起作用?

如果系统评价纳入研究的实施环境与决策者所处环境的卫生系统制度很相似,尤其是那些可能会极大改变决策潜在影响的因素很类似,则决策者有理由预期相似的相对效应。确定卫生系统制度是否会改变决策效果需要理解某决策是如何及为何发挥作用的。在一篇系统评价中,决策者可能发现有关某项工作最基本的因素或提高效果的相关框架和证据。决策者还可找到纳入研究实施环境中那些可能改变决策效果的相关特征的总结。

如果一篇系统评价未提供必要信息用以确定卫生系统制度是否会影 响决策以同样的方式起作用,决策者可查找以下信息:

- 政策分析性文章或叙述评论性文章,此类文章论及的框架有助于识别可能改变决策效果的因素;
- 研究实施环境下的卫生系统制度的详尽描述,尤其是那些可能明显改变决策的潜在效应的重要因素。

《欧洲卫生体系和政策观察》出版并定期更新大量来自中、高收入国家的卫生体系资料文件。这些资料即“HiT (Health in Transition)”,可在 www.euro.who.int/observatory/hits/20020525_1 找到并免费下载。《卫生政策监督》提供了一个在线检索数据库(www.hpm.org/en/Search_for_Reforms/Search.html)用以检索上述国家中一部分国家卫生系统的主要特征。世界卫生组织的许多区域办事处同样提供本区域内国家的卫生系统资料文档(www.searo.who.int/EN/Section313/Section1515_6038.htm)。

决策者处于卫生系统制度差异巨大的环境中时,尤其是这些制度在确定某决策是否会以同样方式起作用时显得很重要的情况下,应谨慎对待能取得类似相对效应的推论。如 1 篇关于参考药物定价的系统评价^[9],其纳入的 10 个研究中有 6 个的研究对象是加拿大不列颠哥伦比亚省的老年人或领取养老金者。其他环境中的决策者如果他们的卫生系统制度中存在以下任何问题,便可很有把握地推断他们将无法获得与加拿大例子同等的效果。

- 对卫生服务消费者、卫生保健提供者、药剂师

及制药公司执行参考药物价格体系的激励不够;

- 电子处理系统无力实现与参考药物识别、处方、配药及免费情况处理相联系的低管理成本。

同理,在自由竞争制药市场环境下探讨的其他价格政策在垄断市场中可能会产生不同的相对效应。

不同于问题 2 中讨论的现实条件改变的可能性,卫生系统制度改变的可能更小。卫生系统制度很难改变,通常这种变革的理论依据必须比仅仅是有可能增强某单一决策的效应更具说服力。

4.4 基线情况是否存在重要差异以至于产生不同的绝对效应,尽管相对效应是一致的?

如果一篇系统评价纳入研究的实施环境与决策者所处的决策环境基线情况很相似,如规划或政策的覆盖人群类似,那么决策者有理由预期在其环境中可获得同样的绝对效应(加上对上面问题 3 的回答使他们可预期相似的相对效应)。决策者往往能从系统评价的“纳入研究特征”部分获得基线情况的相关信息。否则,他们需要检索纳入该系统评价的原始研究,希望能从中找到对基线状况更清晰的描述。决策者通常能找到有关其所处环境基线状况的当地证据(本系列的文 11 着重论述如何查找和使用当地证据^[18])。

决策者所处环境与系统评价纳入研究的实施环境基线状况不一致时可预期不同的绝对效应。如对推荐做法的基线依从性高时,审查和反馈的绝对效应会更大^[19]。同理,与高收入国家相比,在中、低收入国家倡议绩效工资将取得更大的绝对效应(因为在这些国家,小的金融激励都可能占工资的较大比重)^[20]。

临床诊疗环境中常存在这样的情况,某一临床干预在不同患者中的相对效应相同,但各患者基线风险差异相当大,因而强调基线状况与绝对效应相联系,在上述临床环境中同样适用^[21,22]。同样,该问题与公共卫生环境也高度相关,如基线差异很大的各国引入的免疫接种项目。本系列的文 16 探讨应用平衡表总结重要的影响因素并进一步阐述相对效应和绝对效应^[23]。

4.5 从决策、实施、监测及评估中还能得到哪些启示?

尽管系统评价结果不能直接适用于特定的决策环境,但仍可提供重要的经验教训。决策者可以从中发现自己在决策中未曾考虑到的因素,也可深入

了解其他环境中决策是如何贯彻的,还能直接利用系统评价研究结果来拟订监测和评估计划。如决策者可从以下方面了解到一种新的方法:支持基于团队的医护,让中层管理者和一线护士同时参与决策执行的重要性,监测和评估选定决策实施效果时应采用何种产出与结局指标。

表 1 和表 2 是系统评价适用性评价实例。

5 结论

评价系统评价结果的适用性需要花大量时间才能做好,但当作出的决策是建立在相关高质量系统评价基础之上时,其适用性评价尤为关键。决策者和其他利益相关者需要知道在他们所处环境中是否可期待相似的结果。不同于系统评价质量评价——该评价常可由研究者完成,证据的当地适用性评价须由这样的人员来完成,他们必须对其所处决策环境的现实条件和制约因素、卫生系统制度及特定环境的基线状况有非常好的理解。证据的当地适用性评价这一领域需要决策者及其支持者的积极参与。

资源

有用的文献及其他补充书目

- Dans AL, Dans LF, Guyatt GH: Applying results to individual patients. In Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. Edited by Guyatt GH, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. New York, USA: McGraw Hill; 2008.
- Haynes RB: Can it work? Does it work? Is it worth it?: The testing of healthcare interventions is evolving. BMJ 1999, 1999: 652-653.

网站链接

- SUPPORT Collaboration: www.support-collaboration.org
- Example of a source of policymaker friendly summaries of systematic reviews that provides an assessment of the applicability of the findings of each review (in this case to low- and middle-income countries), and that highlights the factors that policymakers need to bear in mind when assessing the applicability of the findings to their own setting.

表 1 家庭保健系统评价的当地适用性评价(加拿大决策者角度)

决策者评价 2005 年家庭保健系统评价的适用性,可考虑前面讨论的一系列问题,见下^[24]:

1. 系统评价所纳入研究的实施背景是否相同或研究结果是否能在不同环境下或不同时期内保持一致性?
 - 系统评价纳入 22 篇研究
 - 9 篇来自英国
 - 3 篇来自澳大利亚
 - 意大利、挪威和美国各 1 篇
 - 7 篇未描述实施国家
 - 不同环境下研究结果不一致
 - 2 篇研究发表于 1978 年,其余发表于 1992 年及以后。许多研究未指明时间,很难确定研究结果在不同时期内是否具有有一致性。
2. 有可能明显改变决策的可接受性和可行性的现实条件和制约因素是否存在重要差异?
 - 加拿大的护士需求极大(尤其是医院),许多护士没有参与家庭护理。意味着许多护士不会接受家庭保健领域的工作机会。
 - 15* 篇可获知研究实施国家的文献中有 9 篇来自英国,加拿大居民不同于英国居民,他们因是否有允许更密集家庭护理的补充医疗保险而不同。意味着相对富裕的人更有可能获得家庭护理。
 - 与英国不同,加拿大接受家庭护理的人及其家属如想获得急症护理要赶很长的路,因此有人会延迟出院;如转院困难有人会延误病情。
 - 在加拿大如果护士从医院转到社区工作薪酬会减少。因此多数护士会积极反对从医院护理转向家庭护理。
 - 加拿大卫生服务与社会服务间的鸿沟大于英国(至少魁北克省以外的地区是这样),这意味着尚无社会服务覆盖的部分,护理人员可能面临更大的负担。
3. 在卫生系统制度方面是否存在重要差异从而意味着某种决策不能以同样的方式起作用?
 - 如前所讨论的,加拿大接受家庭护理的居民及其家庭成员不能像英国居民一样获得同样广度的卫生服务(至少魁北克省以外的地区是这样)。
 - 不同于英国,加拿大政府的“第一元覆盖”承诺只涉及医院和医师提供的医疗服务而不包括家庭护理,意味着加拿大接受家庭护理的居民及其家庭在利用家庭护理方面面临明显经费障碍。
 - 不像英国,加拿大没有将多学科初级卫生保健实践与公民人头对接,接受家庭护理的居民甚至没有固定的初级卫生保健提供者。
4. 基线情况是否存在重要差异以至于产生不同的绝对效应——尽管相对效应是一致的?
 - 在加拿大,家庭护理已很好建立起了绝大多数的护理类型,意味着至少对无经济障碍的人而言家庭护理收益的绝对效应会很小。
5. 从决策、实施、监测及评估中还能得到哪些启示?
 - 在加拿大,相对于已为大家接受的计划而言,“避免入院计划”这一决策鲜为人知,如老年病人、术后病人或临终关怀病人提前出院。这篇系统评价现已更新并分为两大独立部分,其中一篇专门研究“避免入院计划”,与加拿大关系密切^[25]。

* 译者注:原文为 13,原文有误

表 2 非专业卫生工作者 (LHW) 干预系统评价的当地适用性评价 (南非决策者角度)

2006 年的一篇系统评价探讨了在初级和社区卫生保健机构妇幼保健工作中引入 LHW 的干预效果, 评价该系统评价适用性的决策者可遵循下述系列问题^[26,27]:

1. 系统评价所纳入研究的实施背景是否相同或研究结果是否能在不同环境下或不同时期内保持一致性?
 - 本系统评价纳入 48 篇原始研究
 - 25 篇来自美国
 - 3 篇来自英国
 - 巴西、南非和坦桑尼亚各 2 篇
 - 孟加拉、加拿大、埃塞俄比亚、加纳、印度、爱尔兰、墨西哥、尼泊尔、新西兰、巴基斯坦、菲律宾、泰国、土耳其和越南各 1 篇
 - 不同国家结果不全一致
 - 有一篇研究发表于 1980 年, 大多数发表于 1995 年及以后。目前尚不能确定研究结果是否在时间上具有一致性。
2. 有可能明显改变决策的可接受性和可行性的现实条件和制约因素是否存在重要差异?
 - 在南非, 人们关注下面的问题: 卫生系统和非政府组织 (NGO) 为超大规模 LHW 计划提供临床及管理方面支持的能力, 尤其是在当前资源不足的地区, 可以说这些地区最需要该计划。这种能力不同于高收入国家 (美、英), 而纳入研究大多数集中在这两个国家。
 - 在南非, 扩大 LHW 实践范围在护士和护理专业协会中均存在阻力, 这将限制 LHW 可从事的工作范围。尽管对现有计划的观察性研究显示, 消费者对 LHW 的承认似乎是合理的, 这一点也可能在同一国家不同地区和不同的卫生服务 (如免疫接种、促进母乳喂养) 中存在差异。
 - 在南非, 大多数 LHW 现投身于为人免疫缺陷病毒 (HIV) 感染者及艾滋病人 (AIDS) 提供家庭护理及为此类病人及结核病人提供治疗支持。目前尚不清楚将 LHW 的角色扩大到该系统评价显示有效的领域到底有多大的可行性, 这些领域包括促进免疫接种、儿童感染的治疗及促进母乳喂养。此外, 该系统评价显示有效的 LHW 干预仅限于非常特定的卫生问题, 如促进母乳喂养或免疫接种等。几乎没有证据表明更“通才”的 LHW 能否起作用, 他们肩负实施一系列初级卫生保健干预的职责。
 - 在南非, 关于母乳喂养及其不同基线水平及母亲中高 HIV/AIDS 比率的标准和传统将改变系统评价关于 LHW 促进母乳喂养研究结果的适用性。
3. 在卫生系统制度方面是否存在重要差异从而意味着某种决策不能以同样的方式起作用?
 - 在南非, LHW 无权为儿童急性呼吸道感染开抗生素处方, 也无权发放抗疟疾药物。因此, 在中、短期内难以用这种方法扩展 LHW 执业范围, 即使系统评价证明其有效。
 - 在南非, 大多数 LHW 受雇于 NGO, 政府将 LHW 的薪酬拨付给 NGO, 尚不清楚这种经费补助机制的安全性如何。
4. 基线情况是否存在重要差异以至于产生不同的绝对效应 —— 尽管相对效应是一致的?
 - 较之一些开展免疫接种领域 LHW 作用研究的国家 (爱尔兰、美国), 南非的基线免疫接种率相对较低。因此在南非可预期较高的绝对效应。
5. 从决策、实施、监测及评估中还能得到哪些启示?
 - 绝大多数显示有效的 LHW 干预集中于其执行单一卫生服务任务。但实施一系列初级卫生保健干预的“通才”LHW 是否能起到作用尚待评估。

- European Observatory on Health Systems and Policies: http://www.euro.who.int/observatory/hits/20020525_1 - Example of a source of (Health in Transition) profiles of the health systems of a large number of middle- and high-income countries.
- Health Policy Monitor: http://www.hpm.org/en/Search_for_Reforms/Search.html - Searchable online database of key health system features in a number of middle- and high-income countries.

附件

术语: <http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1478-4505-7-S1-S9-S1.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.* In Press.
- 2 Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews. *Health Res Policy Syst.* In Press.
- 3 Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review. *Health Res Policy Syst.* In Press.
- 4 Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 10. Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review. *Health Res Policy Syst.* In Press.
- 5 Dans AL, Dans LF, Guyatt GH. Applying results to individual patients. In *Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice.* Edited by Guyatt GH, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. New York: McGraw Hill; 2008.
- 6 Gruen RL, Morris PS, McDonald EL, *et al.* Making systematic reviews more useful for policy-makers. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83: 480-481.
- 7 Lavis JN, Posada FB, Haines A, *et al.* Use of research to inform public policymaking. *Lancet*, 2004, 364: 1615-1621.
- 8 Gilson L. The lessons of user fee experience in Africa. *Health Policy Plan*, 1997, 12: 273-285.
- 9 Aaserud M, Dahlgren AT, Kosters JP, *et al.* Pharmaceutical policies:

- Effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, 2: CD005979.
- 10 Vian T. Review of corruption in the health sector: Theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*, 2008, 23: 83-94.
 - 11 Devereaux PJ, Choi PT, Lacchetti C, *et al.* A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. *CMAJ*, 2002, 166: 1399-1406.
 - 12 Gericke CA, Kurowski C, Ranson MK, *et al.* Intervention complexity: A conceptual framework to inform priority-setting in health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83: 285-293.
 - 13 Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 2002, 324: 819-823.
 - 14 World Health Organization (WHO): Guidelines for the Treatment of Malaria. Geneva, World Health Organization. 2009.
 - 15 Lagarde M, Haines A, Palmer N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review. *JAMA*, 2007, 298: 1900-1910.
 - 16 Lewin SA, Dick J, Pond P, *et al.* Lay health workers in primary and community health care. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005, 1: CD004015.
 - 17 Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist G, *et al.* Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008, 1: CD007017.
 - 18 Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 11. Finding and using research evidence about local conditions. Health Res Policy Syst. In Press.
 - 19 Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, *et al.* Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006, 2: CD000259.
 - 20 Oxman AD, Fretheim A. An overview of research on the effects of results-based financing. Report Nr 16-2008. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008.
 - 21 Deeks JJ. Issues in the selection of a summary statistic for meta-analysis of clinical trials with binary outcomes. *Statistics in Medicine*, 2002, 21: 1575-1600.
 - 22 Engels EA, Schmid CH, Terrin N, *et al.* Heterogeneity and statistical significance in meta-analysis: An empirical study of 125 meta-analyses. *Statistics in Medicine*, 2000, 19: 1707-1728.
 - 23 Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 16. Using research evidence in balancing the pros and cons of policies. Health Res Policy Syst. In Press.
 - 24 Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, 3: CD000356.
 - 25 Shepperd S, Doll H, Angus RM, *et al.* Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008, 4: CD007491.
 - 26 Flottorp S. Do lay health workers in primary and community health care improve maternal and child health? A SUPPORT Summary of a systematic review. [http://www.iecs.org.ar/support/administracion/files/20080909113811_13.pdf]. 2009.
 - 27 Lewin S, Munabi-Babigumira S, Bosch-Capblanch X, Aja G, van Wyk B, Glenton C, Scheel IB, Zwarenstein M, Daniels K: Lay health workers in primary and community health care: A systematic review of trials. A policy brief prepared for the International Dialogue on Evidence-Informed Action to Achieve Health Goals in Developing Countries (IDEAHealth). Geneva, World Health Organization. 2006.

李幼平 总审校
 杨晓妍 陈群飞 译
 蒋兰慧 审校

本文编辑: 刘雪梅