

# 知证卫生决策工具之十

## ——评价系统评价结果时应考虑公平性\*

### SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 10: Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review\*

Andrew D Oxman<sup>1</sup>, John N Lavis<sup>2</sup>, Simon Lewin<sup>3</sup>, Atle Fretheim<sup>4</sup>

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-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5;
3. 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;
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** 本文我们主要讨论公平性问题。不公平可以定义为“不必要且可避免的、不公平、不公正的健康差异”。公平性和不公平与社会和经济因素间的关系已有成熟研究。有效的政策或项目能提高人群总体健康水平。但这些政策及项目对公平性的影响不一：它们可能并不影响公平性问题，也可能减轻或加剧不公平性问题（不论对人群健康的总体影响如何）。

当应用研究证据分析政策或项目方案对弱势群体及特定环境下公平性问题的潜在影响时，本文建议考虑以下4个问题：① 对于正在斟酌的方案，哪些可能是弱势群体或不利环境？② 针对弱势群体或不利环境的方案，对其相对效果的预期差异是否有合理解释？③ 是否不同群体或环境的基线情况有差异，以至方案在弱势群体或不利环境的绝对效果有差异，或主要问题的重要性不同。④ 是否对实施方案时应注意的问题做了深入思考，以确保减轻（如果可能）或至少不加剧不公平性问题。

## 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们写的“知证卫生决策支持工具”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基于当前可及的最佳研究证据。本系列文章的导论中详细介绍了 SUPPORT 工具及其运用方法<sup>[1]</sup>。每篇文章后面均附有本系列文章的所有术语（见附件）。SUPPORT 网站上可以找到本系列文章的西班牙语、葡萄牙语、法文和中文链接（[www.supportcollaboration.org](http://www.supportcollaboration.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。扩大基本药物保险覆盖范围是政府的一个优选项目。部长要求你就扩大覆盖范围提出方案，包括这些方案对弱势群体的预期影

响。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。你要求他们要特别注意不同政策可能带来的不公平影响。

## 3 背景

本文是“利用系统评价支持知证决策”这一系列文章中的第四篇（见图1）。本文提出了决策者在评估政策或项目可能对弱势群体及公平性问题带来的潜在影响时需考虑的4个问题。这些问题可以用于上述案例情景。对于决策者如卫生部长或卫生部高级官员，本文提出了他们在要求下属准备影响公平性问题方面的政策简报时应考虑的一系列问题。对于支持决策者如撰写政策简报的工作人员，本文提出一些问题来指导他们考虑如何使用公平性影响研究证据，特别是来自系统评价的证据<sup>[2]</sup>。

我们不为如何解决不公平性问题提供指导，因为这需要在具体环境和政策下来思考分析。但我们将提供一种结构化方法来考虑政策和项目方案对不公平性的影响，以支持关于实施哪些方案及如何实施的知证决策。

\* 本文英文原文发表于 *Health Research Policy and Systems*, 2009, 7(Suppl 1): S10 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S10

作者简介: Andrew D Oxman, Email: [oxman@online.no](mailto:oxman@online.no)

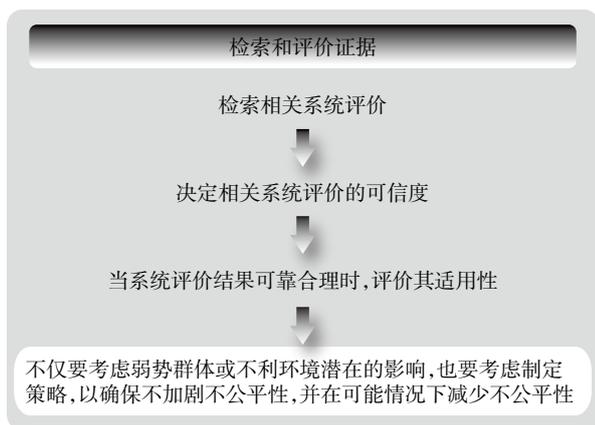


图1 查找和评价系统评价以支持知证决策的四个步骤:考虑公平性

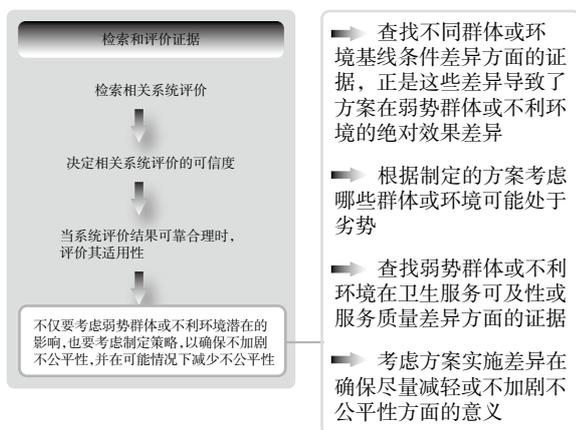


图2 评价系统评价结果时查找和整合公平性问题的四个步骤

Braveman 与 Gruskin 将公平性定义为:“不存在与社会优劣势地位系统相关的健康差异<sup>[3]</sup>”; Margaret Whitehead 更鲜明地强调不利因素,将不公平定义为:“不必要且可避免的、不公平、不公正的健康差异<sup>[4]</sup>”。

在卫生和医疗保健中与各种社会和经济特征相关的不公平现象已有很多记载。弱势群体健康状况几乎都较差<sup>[5]</sup>,难以得到卫生保健服务<sup>[6]</sup>,获得的卫生保健服务也较差<sup>[7]</sup>。有效的政策或方案能提高人群总体健康水平。但这些政策及项目对公平性的影响不一:它们可能并不影响公平性问题,也可能减轻或加剧不公平性问题而不论对人群健康的总体影响如何。因此,决策者只知道一项政策或方案有效是不够的,还需要考虑政策或方案如何影响公平性问题。如果可能会加剧不公平性,则他们还需要考虑如何改善这种状况。如许多减少吸烟的有效干预更容易被优势群体采纳,如果没有具体解决办法,这将扩大不同人群吸烟率和健康不公平性的差异。

#### 4 思考问题

以下问题可指导评估政策或项目方案可能对弱

势群体和公平性问题的潜在影响。

(1) 对于正在斟酌的方案,哪些可能是弱势群体或不利环境?

(2) 针对弱势群体或不利环境的方案,对其相对效果的预期差异是否有合理解释?

(3) 是否不同群体或环境的基线情况有差异,以至方案在弱势群体或不利环境的绝对效果有差异,或主要问题的重要性不同。

(4) 是否对实施方案时应注意的问题做了深入思考,以确保减轻(如果可能)或至少不加剧不公平性问题。

以上问题背后的逻辑推理如图2所示。

#### 4.1 对于正在斟酌的方案,哪些可能是弱势群体或不利环境?

弱势可能与经济状况、就业或职业、教育、居住地、性别、种族或上述多种因素有关。基于不同的历史环境,不同社会对某些因素关注更多或更少。如美国更关注种族问题;而英国更关注社会阶层问题;其他国家可能更关注特定的民族群体。

这些特征的相关性可能会因不同政策或项目而异。虽然通常会有很好的理由优选某些特定群体或环境,但对一些特定政策或项目,考虑其潜在弱势群体或不利环境相关的不公平性问题通常更重要。因可预见的显著政策效果差异,后续应重点关注这些弱势群体和不利环境。

通常,当政策或项目实施机制与某些特征存在联系时,研究人员和决策者应关注不同效果的差异。如:

- 经济状况:低收入群体对商品和服务价格变化更敏感,因为他们可支配的收入较少。如提高烟草税更可能使这一群体戒烟,但如果他们仍未戒烟则可能因需花更多钱购买烟草而使其经济状况恶化。
- 就业或职业:雇主支付的保险计划可能导致保险覆盖范围有差异,很可能导致失业人员、个体户、受聘于小公司的职员群体保险覆盖面更窄。
- 教育:在学校开展的项目可能对到校与不到校学生的影响不同。依靠印刷材料来改善卫生服务利用的宣传活动可能对文盲或低学历人群有不同影响。
- 居住地:通常农村地区卫生服务的可及性更差。因此,任何没有考虑改善提供有效临床或公共卫生干预服务的策略都可能在农村地区效果更差。

表 1 相对效果预期差异原因合理解释的例子

作为 1988 年世界卫生组织非洲地区卫生部长通过的巴马科倡议的一部分,使用者付费在撒哈拉以南的非洲地区被广泛采用<sup>[27]</sup>。该倡议主张以营利形式卖药给消费者:目的是用获得的利润(除用户协议付费外)来改善医疗服务的可及性和质量。引入使用者付费对卫生服务可及性影响的看法尚有争议,特别是对极端贫困的人群。这一倡议已成为超过 15 年热议的主题,但毫无疑问,对需要药物及其他卫生服务的穷人来说,使用者付费是一种经济障碍因素<sup>[28, 29]</sup>。

在第三方支付所有药物费用的情况下,患者潜在有不恰当的高使用率<sup>[30]</sup>。直接成本分摊政策将一部分经济负担从保险公司转移给患者,因此提高了患者对外方药的支付责任。这些政策是一种激励措施,以减少药物滥用、疗效有限或有其他更具成本效果替代药物的用药、第三方支付者的支出。期望病人会通过减少药物使用、转用廉价药物或增加自费来应对直接支付政策。通过减轻第三方支付者的筹资负担及促进合理用药,可通过节约资源及重新将其分配到其他卫生服务而提高整体健康水平。

但过于严格的药物保险政策可能产生相反的结果。如将成本从保险公司转移到消费者可能使患者停止使用必需药品。反过来,这可能会导致患者健康状况恶化,同时增加保险公司与患者医疗服务利用和支出。这是一个意外的结果,可能对低收入者或其他弱势群体有更大的影响,因为这些费用可能占其总收入的很大部分比例。因此涉及病人直接支付药费的保险计划仍有争议,因为提高了药品成本分摊比例可能是穷人或其他弱势群体的筹资障碍因素。设置处方药报销总额已证明减少了老年人及重度残障人士等弱势群体基本药物使用,并增加其住院及疗养院治疗<sup>[30]</sup>。

表 2 亚组分析解释指南

以下问题可有助于决定是否应基于亚组分析或总体结果进行决策。

#### 差异的程度是否重要?

如果亚组之间的差异程度不会导致不同亚组决策的差异就可以采用总体结果。

#### 亚组间的差异是否有统计学意义?

为确定一项政策或方案在不同情况下是否有不同效果,应直接比较不同亚组的效果大小。不应比较不同亚组分析内结果的统计差异,因为这很可能产生误导。若一个亚组分析表明一项政策或方案对女性的效果差异无统计学意义,但对男性有显著性差异,很可能仅仅因为纳入研究的女性样本量太少。这没有回答男女性别间效应值的差异是否比机遇导致的预期差异更大。若亚组分析间的效果差异不仅重要且有统计学意义,则应考虑基于亚组分析结果决策而不是总体结果。

#### 是否有支持结果的间接证据?

间接证据是未直接比较在目标人群实施目标政策方案的研究或未测量我们关注的重要结局指标的研究。如果亚组间差异有说服力,应是合理的,并有其他外部证据或间接证据支持。如测量了中间指标的研究(不是我们感兴趣的指标)可为效果差异提供合理的证据。对弱势群体的亚组分析理由类似——应有间接证据支持——以预期不同的效果。

#### 亚组分析是预先假设的还是事后分析的?

研究人员应声明亚组分析是预先假设的还是研究结果收集后进行的分析。如果预先确定的亚组因素较少,则其结果可信度较高。事后进行大量亚组分析可视为数据挖掘过程,是一个极不可靠的过程。因为考虑的亚组因素众多,总能找到一个明显但错误的效果差异解释。

#### 亚组分析是研究内还是不同研究间的比较?

研究内观察到的亚组效果差异要比多个研究间的亚组效果差异更可靠。如果这些研究内亚组差异在不同研究中可以被重复,则将增加结果的可信度。

- 性别: 使利益相关者参与制定优先次序的策略可能对女性和男性的影响不同,从而导致确定的优先领域对男性和女性有不同影响。
- 种族: 种族群体(如社会中某些人群自认为或被认为有区别于其他群体的共同特征<sup>[8]</sup>), 可能在接受某特定政策或项目时有自己的信念和态度。不考虑这些观点的政策实施策略可能使该政策或项目在那些不准备接受这种政策或项目的种族群体里不能有效实施。

#### 4.2 针对弱势群体或不利环境的方案, 对其相对效果的预期差异是否有合理解释?

表 1 介绍了一个关于可预见某政策或项目相对效果差异的案例。如表所述,与其他非弱势群体相比,弱势群体(如穷人)对要求使用者为药物或其他卫生服务付费政策的相对效果存在预期差异有合理

解释。试图减少这种情况下的差距时,决策者应寻找拟采取政策对相关弱势群体影响方面的证据。在决定采取什么行动时应考虑这些证据。如使用者付费政策是否应全面推广? 如果已经采纳该政策,为了减少对穷人的不利影响该如何设计和实施?

政策或项目影响公平性问题的证据极少。查找这方面的证据也很困难<sup>[9]</sup>。此外,发表偏倚可能也是一个问题,因为效果评价方面差异有统计学意义的研究比未发现差异者更可能发表<sup>[9]</sup>。如 Tsikata 和他的同事发现,只有 10% 的对照试验评估了政策或项目在不同社会经济亚组领域的有效性<sup>[10]</sup>。同样, Ogilvie 和他的同事发现,无论是在 Cochrane 系统评价还是纳入的原始研究中,关于烟草控制的 Cochrane 系统评价鲜有评价不同社会经济因素下政策或项目的影响<sup>[11]</sup>。系统评价一般不提供差异

化效果的证据<sup>[11-15]</sup>。正因如此,可能需要更大范围查找证据,而并不局限于系统评价中得到的证据。可能需要这种证据来支持或反对政策或项目的不同效果或对减轻不公平性方面影响的合理假说。

系统评价中进行亚组分析以探讨不同亚组的效果差异时,决策者应警醒可能会被误导。因为研究样本量太小不足以发现效果的差异而得到假阴性结论。同样,检验可能减弱政策效果的多因素假说可能会导致假阳性结论<sup>[16-20]</sup>。如亚组观察结果可能碰巧与研究中得到的整体效果不同<sup>[18,21]</sup>。奇怪的是对亚组中政策或项目结果的最佳估计可能是总体结果(纳入了不同亚组),而不是所关注亚组的具体结果<sup>[18,22,23]</sup>。在考虑亚组分析时(包括基于社会-经济因素的亚组分析),应以批判的精神来使用指导亚组分析结果解释的通用指南(见表2)<sup>[24]</sup>。

同样,由于弱势群体可能没有被纳入研究,往往缺乏关于他们的直接证据。这种情况下,决策者需要考虑现有证据的适用性,其讨论请参见本系列文章的文9<sup>[25]</sup>。

#### 4.3 是否不同群体或环境的基线情况有差异,以至方案在弱势群体或不利环境的绝对效果有差异,或主要问题的重要性不同?

如果一个政策或方案在不利环境下的相对效果相似,也可能因基线情况不同而使绝对效果有重要差异(见图3,案例见表3,相对和绝对效果的解释见表4)。通常,弱势群体的基线风险较大,因此预期能产生更大的绝对效果。如,若改善青蒿素联合疗

法(ACT)的服务供给,对弱势儿童与其他儿童疟疾死亡率的相对疗效相同,但对死亡率较高的弱势儿童群体的绝对效果更大。弱势群体的基线风险偶尔也可能较低,这种情况下绝对效果也会因此更低。菲律宾人冠状动脉疾病的基线风险大约是在美国人基线风险的五分之一。因此,在美国为防止1例冠状动脉疾病需要治疗的人数(和相应的费用)是菲律宾的5倍。

#### 4.4 是否对实施方案时应注意的问题做了深入思考,以确保减轻(如果可能)或至少不加剧不公平性问题。

弱势群体往往较难获得医疗服务,且常常获得的医疗服务质量较差。特别是对难以接触到的人群,如非法移民。因此,改善医疗服务可及性及质量的项目往往需要特有的实施策略,以解决那些影响弱势群体或不利环境医疗服务可及性及质量的因素(案例参见表5)。这些方法可能包括不同的卫生服务提供、筹资和监管策略,或增加资源投入。还可能包括提供更多技术支持以在这些群体实施其他策略。

## 5 结论

决策者可得到的大多数卫生政策对公平性问题影响的证据有限。决策者获得一些亚组分析探讨卫生政策是否会对特定弱势群体或不利环境带来不同

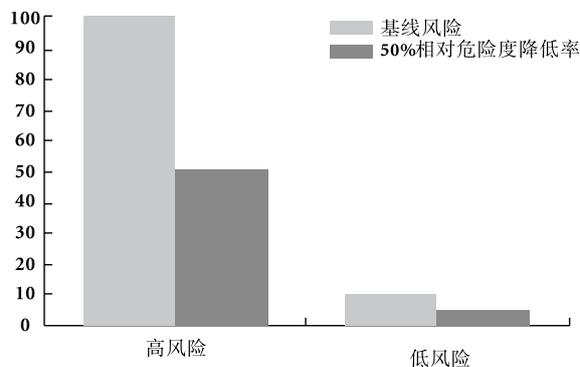


图3

表3 基线情况的差异导致绝对效果差异的案例

当设施配置完备、卫生工作者训练有素(即能提供有效的干预措施,以降低孕产妇因出血和子痫等常见死因所致死亡率),住院分娩可以降低孕产妇死亡率。通常由于对医疗设施的及可及性不同,农村地区住院分娩率比城市低。支付交通费用以改善医疗设施的及可及性能减轻不公平性。因为这项政策对交通成本是重要经济障碍的农村地区更有效,同时也因农村地区住院分娩率低(因此提高了绝对效果)。

表4 相对效果和绝对效果

相对效果是个比值。如相对危险度(或危险比)是干预组风险与对照组风险之比。如果干预组风险是2%(20‰),对照组风险是2.4%(24‰),则相对危险度(或危险比)为20/24或83%。相对风险度降低率(relative risk reduction)是相对效果的另一种表达方式。它是风险减少的百分比或构成比,相当于1-RR,在这个例子就是17%(1-0.83=0.17)。

如果RR等于1.0,表示干预组与对照组之间结局指标的发生率没有差异。但RR大于或小于1.0的意义取决于测量的结局指标是有利结局还是不利结局。如果RR大于1.0,则表示干预措施增加结局指标发生的风险。如果结果指标是有利结局(如健康婴儿的出生),RR值大于1.0表示干预措施效果更好。相反如果结局指标是不利结局(如死亡),RR值大于1.0表示干预措施效果更差。如果RR值小于1.0,表示干预减少结局指标发生的风险。如果是不利结局指标(如死亡)则表示干预措施效果更好。如为有利结局指标(如健康婴儿出生)则干预措施效果更差。

绝对效果是差值。如绝对危险度降低率(ARR)是干预组风险与对照组风险之差。在此例中,ARR=2.0%(20‰)-2.4%(24‰)=0.4%,即干预组患者死于肠癌的风险比对照组低0.4%(4‰)。

通常高风险人群(如弱势群体)和低风险人群绝对效果不同,而相对效果往往相同。因此考虑不同群体是否有不同程度的风险很重要。图3显示了50%相对危险度降低率情况下,高风险人群绝对风险降低率为50‰(每1000患病人群发生事件数从100减少到50),低风险人群仅为5‰(从10到5)。

表 5 政策实施时需要仔细考虑的例子

弱势儿童与其他儿童更可能面临更大的健康危险,抵抗疾病能力较差,因此死亡率较高。这些不公平现象由于卫生服务可及性下降而变得复杂。甚至卫生领域的公共补贴往往也是富人比穷人受惠更多。实施降低儿童死亡率的干预措施不一定会减少这些不公平现象,某些情况下甚至加重了不公平性。因此应该考虑减少不公平性的策略,如提供更便宜、可及的卫生服务。这些策略可以针对穷人或全面实施。有针对性的或全面实施的情况可能包括:

| 更适合有针对性实施的情况  | 更适合全面实施的情况   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 易于识别高风险人群</li> <li>• 只需干预有风险的儿童</li> <li>• 只保护接受干预的人群</li> <li>• 由公共部门广泛提供干预</li> <li>• 对干预措施自身需求低</li> <li>• 卫生服务无法覆盖全人群</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 难以确定高风险人群</li> <li>• 人人都需要干预</li> <li>• 干预措施有溢出效应</li> <li>• 由私营部门广泛提供干预</li> <li>• 对干预措施自身需求高</li> <li>• 卫生服务能覆盖全人群</li> </ul> |

全覆盖策略对疫苗更合适,人人都需要接种且有溢出效应(降低了接种人群及其他人的感染风险)。但为了减少疫苗接种覆盖率的不公平性,也需要其他有针对性的策略,如解决存在卫生服务可及性差异或弱势群体对疫苗需求不足的问题。

影响时,应认识到这些亚组分析可能产生误导。事实上许多政策或项目在不利环境及其他地方可能有相似的相对效果。但绝对效果差异(由于基线风险或需求差异造成的)及政策实施障碍因素的差异可能更常见。决策时应该考虑造成这些差异的证据。由于证据往往有限,因此对公平性的监测和评价应尽可能严谨,以确保实现预期效果及避免意外的负面影响。

为了监测或评估政策或项目实施对弱势群体的影响程度,决策者应确保使用了社会梯度和测量变化的合理指标。当减轻不公平性是决策的优先考虑事项时,他们应不仅仅考虑卫生体系措施对弱势群体的影响,还需要考虑解决影响健康的社会决定因素的潜在策略及支持这些策略的证据<sup>[26]</sup>。

## 资源

### 有用的文献及其他补充书目

Improving the use of research evidence in guideline development: 2. Incorporating considerations of equity. *Health Res Policy Syst*, 2006; 4: 24.

- <http://www.health-policy-systems.com/content/4/1/12>.
- This article reviews the literature on incorporating considerations of equity in guidelines and recommendations.
- Dans AM, Dans L, Oxman AD, Robinson V, Acuin J, Tugwell P, Dennis R, Kang D. Assessing equity in clinical practice guidelines. *J Clin Epidemiol*. 2007; 60:540-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17493507> - This article discusses criteria for users to evaluate how well

clinical practice guidelines address issues of equity.

- Braveman PA and Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:254-8. <http://jech.bmj.com/cgi/content/full/57/4/254>.
- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992; 22:429-45. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1644507>
- Tugwell P, de Savigny D, Hawker G, Robinson V. Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop. *BMJ* 2006; 332:358-61. <http://www.bmj.com/cgi/content/full/332/7537/358>.

## 网站链接

Although the focus of this article (and others in this series) is on policies within the health sector, we have included links to websites that also focus more broadly on the determinants of health. These are relevant to evidence-informed policy-making both within and outside the health sector.

- Archives of equidad@listserv.paho.org - This is the archive of the Pan American Health Organization's (PAHO's) EQUIDAD list. Messages sent to the list cover a broad range of material, both in published and grey literature, and address all aspects of equity in health as well as other health systems topics.
- Cochrane Health Equity Field: <http://equity.cochrane.org/en/index.html> - The Cochrane Health Equity Field forms part of the Cochrane Collaboration <http://www.cochrane.org>. It is co-registered with the Campbell Collaboration <http://www.campbellcollaboration.org> as the Campbell Equity Methods Group. This Field encourages and supports the authors of systematic reviews to include explicit descriptions of the effects of interventions on the disadvantaged and the ability of interventions to reduce inequalities.
- European Portal for Action on Health Equity: <http://www.health-inequalities.eu> - This portal is a tool to promote health equity amongst different socio-economic groups in the European Union. It provides information on policies and interventions to promote health equity within and between the countries of Europe.
- WHO - Commission on Social Determinants of Health: [http://www.who.int/social\\_determinants/en](http://www.who.int/social_determinants/en) - The final reports on the WHO Commission on Social Determinants of Health are available here. They are intended to support countries and global health partners to address the social

factors leading to ill health and inequities. These reports draw attention to the social determinants of health that are known to be among the worst causes of poor health and inequalities between and within countries. The determinants include unemployment, unsafe workplaces, urban slums, globalisation and a lack of access to health systems.

- World Bank - Multi-Country Projects in Equity, Poverty, and Health: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/TPA,content20219025~men460198~pagePK:148956~pi PK:~theS400476~isCURL:Y,00.html> - Recent increases in concern related to the health of the poor have given rise to a large number of inter-country research projects on poverty, equity and health. This website provides links to other resources for information on equity, poverty and health.
- EQUINET Africa: <http://www.equinet africa.org> - EQUINET, the Regional Network on Equity in Health in Southern Africa, is a network of professionals, civil society members, policymakers, state officials and others within the region who have come together as an equity catalyst, to promote and realise shared values of equity and social justice in health.
- Global Equity Gauge Alliance: <http://www.gega.org.za> - The Global Equity Gauge Alliance was created to support an active approach to monitoring health inequalities and to promote equity within and between societies. The Alliance currently includes 11 member-teams, called Equity Gauges, located in 10 countries in the Americas, Africa and Asia.

#### 附件

术语: <http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1478-4505-7-S1-S10-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*, 2009, 7(Suppl 1): 11.
- 2 Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 1. What is evidence-informed policymaking. *Health Res Policy Syst*, 2009, 7(Suppl 1): S1.
- 3 Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*, 2003, 57: 254-258.
- 4 Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*, 1992, 22: 429-445.
- 5 Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 2005, 365: 1099-1104.
- 6 Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health. The solid facts 1998 [<http://www.euro.who.int/DOCUMENT/E81384.PDF>]. Copenhagen: World Health Organization.
- 7 Kahn KL, Pearson M, Harrison ER, *et al.* Analysis of Quality of Care for Patients Who Are Black or Poor in Rural and Urban Settings 1993 [<http://www.rand.org/cgi-bin/health/showab.cgi?key=MR-292-HCFA&year=1993>]. Santa Monica: RAND.
- 8 Scott J, Marshall G. A dictionary of sociology Oxford: Oxford University Press; 2009.
- 9 Howes F, Doyle J, Jackson N, *et al.* Evidence-based public health: The importance of finding 'difficult to locate' public health and health promotion intervention studies for systematic reviews. *J Public Health*, 2004, 26(1): 101-104.
- 10 Tugwell P, Maxwell L, Robinson V, *et al.* Is health equity considered in systematic reviews of the Cochrane Musculoskeletal Group? 15th Cochrane Colloquium, Sao Paulo, Brazil (October, 2007). [<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcmr/articles/CMR-11272/frame.html>].
- 11 Ogilvie D, Petticrew M. Reducing social inequalities in smoking: can evidence inform policy? A pilot study. *Tob Control*, 2004, 13: 129-131.
- 12 Mackenbach JP. Tackling inequalities in health: the need for building a systematic evidence base. *J Epidemiol Community Health*, 2003, 57: 162.
- 13 Gruen R, Bailie R, McDonald E, *et al.* The potential of systematic reviews to identify diversity and inequity in health care interventions. 11th Cochrane Colloquium, Barcelona, Spain (October, 2003).
- 14 Tsikata S, Robinson V, Petticrew M, *et al.* Do Cochrane systematic reviews contain useful information about health equity? 11th Cochrane Colloquium, Barcelona, Spain (October, 2003) [<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcmr/articles/CMR-5123/frame.html>].
- 15 Thomson H, Petticrew M, Douglas M. Health impact assessment of housing improvements: incorporating research evidence. *J Epidemiol Community Health*, 2003, 57: 11-16.
- 16 Cooper H, Hedges L. The Handbook of Research Synthesis New York: Russel Sage Foundation; 1994.
- 17 Shadish W. Meta-analysis and the exploration of causal mediating processes: A primer of examples, methods, and issues. *Psychological Methods*, 1996, 1(): 47-65.
- 18 Davey SG, Egger M, Phillips AN. Meta-analysis. Beyond the grand mean? *BMJ*, 1997, 315: 1610-1614.
- 19 Thompson S. Why and how sources of heterogeneity should be investigated. In *Systematic Reviews in Health Care: Meta-analysis in context* Edited by: Egger M, Davey SG, Altman DG. London: BMJ Books; 2001: 157-175.
- 20 Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG, Eds. Investigating heterogeneity. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.0.1 (updated September 2008) 2008 [<http://www.cochrane-handbook.org>]. Oxford: Cochrane Collaboration.
- 21 Oxman AD, Guyatt G. A consumers' guide to subgroup analyses. *Ann Intern Med*, 1992, 116: 78-84.
- 22 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.
- 23 Efron B, Morris C. Stein's paradox in statistics. *Scientific American*, 1977, 236: 119-127.
- 24 Brookes ST, Whitley E, Peters TJ, *et al.* Subgroup analyses in randomised controlled trials: quantifying the risks of false-positives and false-negatives. *Health Technol Assess*, 2001, 5: 1-56.
- 25 Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review. *Health Res Policy Syst*, 2009, 7(Suppl 1): S9.
- 26 Commission on Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health 2008 [[http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)]. Geneva: World Health Organization
- 27 Hardon A. Ten best readings in ... the Bamako Initiative. *Health Policy and Planning*, 1990, 5(2): 186-189.
- 28 Creese A, Kutzin J. Lessons from cost recovery in health. In *Marketizing education and health in developing countries, miracle or mirage?* Edited by: Colclough C. Oxford: Clarendon Press; 1997: 37-62.
- 29 Ridde V. Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *Bull World Health Organ*, 2003, 81: 532-538.
- 30 Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist G, *et al.* Pharmaceutical policies: effects of cap and copayment on rational drug use. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008, 1: CD007017.
- 31 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.

李幼平 总审校  
王莉 李媛媛 译  
蒋兰慧 蔡羽嘉 审校

本文编辑: 蔡羽嘉