

## · 学者论坛 ·

## 关注循证公共卫生决策

李立明 吕筠

公共卫生的最终目标是促进大众健康,延长期望寿命。公共卫生是一个社会问题而非技术问题,其实施涉及社会的方方面面,是单个机构无力承担、短期内难以获得回报、却又关系到国家整体利益和长远利益的社会工程。因此,公共卫生的实质是公共政策问题,要靠政府的政策支持和法律法规的保障。而政策的制定是一个复杂的过程,受众多因素的影响,除了科学研究生产的证据以外,还包括意识形态、政治的考虑、传统的价值观念、公众的压力、行为习惯、显赫同僚的意见、决策者个人的兴趣、经验和利益等。其中,科学证据的作用似乎微不足道,但是越来越多的国家和政府开始意识到科学证据在决策中的决定性作用。

资源稀缺与人类不断增长的卫生服务需求之间的矛盾是永恒的。公共卫生服务既要追求效率,又要兼顾公平。同时,民众要求政府行政公开透明的呼声日益强烈。这些都迫使公共卫生政策的制定必须从既往较大的随意性、“暗箱操作”向着循证实践的模式转变,以便改善中国公共卫生政策的科学性、针对性、及时性、有效性等,这是一个时代发展的必然,而我们已经看到了这个时代的到来。

## 一、循证公共卫生决策的涵义

1989 年一项震惊整个医学界的研究问世,英国著名的流行病学家 Iain Chalmers 公布了他的系统综述结果:当时在产科使用的 226 种方法中,临床试验或系统综述证明,只有 20% 是有效的且疗效大于不良反应;30% 是有害或疗效可疑;而 50% 缺乏随机试验证据。这一研究结果说明,经验是不可靠的。医学干预,不管新旧,都应接受严格的科学评估。应停止使用那些无效的干预措施,预防新的无效措施引入医学实践,所有医学干预都应基于严格的研究证据之上。从此“循证医学”(evidence-based medicine, EBM)一词开始亮相于医学文献。这种新的医学实践模式席卷医学中的各个子领域,并逐渐渗透到非医学领域(如社会科学、教育、司法界等);从指导临床实践拓展到更广义的决策过程。“循证”

一词已成为 20 世纪 90 年代以来医学界的一个流行语。

首任牛津大学循证医学中心主任 David Sackett 教授和牛津大学卫生科学研究院副院长 Muir Gray 爵士于 1996 年在 BMJ 上对循证医学给出了如下定义:“循证医学是有意识地、明确地、审慎地利用现有最好的证据制定关于个体患者的诊治方案。实施循证医学意味着医生要参酌最好的研究证据、临床经验和患者的意见”。过去制定卫生保健决策时主要考虑价值和资源,而很少去注意科研证据。因此如何利用有限的资源提供最佳的服务?也只有根据科学证据制定出的决策才能达到这样的目的。利用循证医学的思想方法解决患者群体及人群的卫生问题,随即出现了循证保健学(EBHC)。循证保健学强调对个人、群体的任何保健策略和措施的制定不仅要考虑资源和价值,还要以当前科学研究的最佳成果为依据。

循证公共卫生决策的概念虽然得益于循证医学和循证保健学的启迪,但并不简单地是循证医学应用领域的拓展。公共卫生政策会影响更广泛的人群,应用的背景环境更加复杂。关于循证公共卫生政策(evidence-based public health policy)的讨论并不仅仅停留于学术界。1999 年英国政府白皮书《现代化政府》中写到:政策的制定应该是基于已有的最佳证据,而不是为了应对短期的外界压力;治本而非治标;看结果,而不只是看采取了什么行动;应该是灵活、创新的,而不是封闭、官僚的;对待民众,应该是促进依从,而非回避或欺骗。……政府应该将政策的制定视作是一个连续的学习过程,而不是一系列的一次性行为。我们要加强对证据和研究的利用,以便更好地理解有待解决的问题。

在政策制定过程中,对科学证据的利用可分为三种情况。第一种,政策的制定完全基于科学证据(evidence based),保证是无偏的、客观的。第二种,称之为“证据告知”(evidence informed),政策制定过程中,现有的最好的科学证据都摆了出来,作为政策制定者重要的、但非惟一的参考。运作过程透明、诚实,政策制定者对使用了哪些证据,如何利用的,证

据为什么被采纳,为什么没有被采纳,都有明晰、合理的解释。第三种,称之为“证据支持”(evidence supported),这种政策制定过程可谓是虚伪的,打着“循证”的旗号,有选择性的利用证据,只有支持自己观点的证据才会被考虑,用有偏的证据证明当前的决策是正确的。

政策的制定应该参考现有最好的科学证据,但是我们不得不承认,科学研究生产的证据不可能成为公共卫生政策制定过程中惟一的考虑。因此,一些专家现在更倾向于使用“evidence informed”或“evidence aware”用词,更符合客观现实,更具可行性、可推广性。

在循证实践中,证据和决策的背景环境是两个基本要素。图 1 反映证据与背景环境、循证医学与传统决策实践的关系。循证医学追求的是高质量的证据,同时尽量将背景环境的影响最小化。至于对证据普遍性(外推性)的判断自然而然地留到了个体临床实践的水平上,临床医生需审慎地考虑具体患者的特殊性,根据自己的临床经验,综合把握和平衡研究证据、医疗条件和患者的选择,做出最合适的决定。与循证医学相反,传统的决策实践受背景环境的影响较大,而过分地忽略了证据的提示,给人的感觉是随意性较大。理想的循证公共政策应该是处于中间地带。政策制定者必须处理好证据和背景环境的关系,在两者之间找到适当的平衡点。

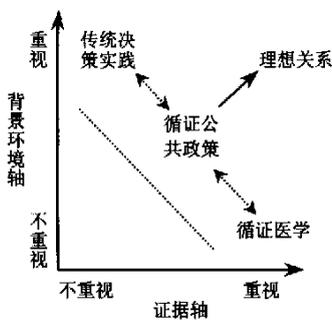


图1 循证决策轴(引自 Dobrow, et al, 2004 年)

### 二、循证公共卫生决策的实践要点

循证医学实践主要步骤:①提出需解决的临床问题;②检索和收集最好的相关证据;③评估文献的方法学质量、效果大小和结论的外推性;④综合证据和其他相关因素,制订对患者的处理方案;⑤评估上述①至④项的效果和效率,不断改进。循证决策实践的步骤基本相同,但是在一些具体问题上与循证医学存在较大的差异。

1. 提出问题:公共卫生决策涉及的问题是广泛和复杂的。通过循证实践需要回答:①需要解决的问题是什么?需要优先解决的问题是什么?②何种策略与措施可以解决问题?③如何有效的付诸实践?④跟谁有关?哪些人、哪些部门应该参与进来?⑤为什么会成功,为什么会失败?简单的归纳起来就是一句话:知道在何种背景环境下,对哪些人,采取哪种措施有效,为什么?

2. 证据及其质量:在公共卫生政策发展过程中,哪些可以视为证据呢?明确这个概念非常重要。1999 年英国政府内阁办公室(UK Government Cabinet Office)对证据做了如下的描述:“专家的知识、发表的研究、现有的统计资料、相关人员的咨询意见、以前的政策评价、网络资源、咨询结果、多种政策方案的成本估算、由经济学和统计学模型推算的结果”。我们可以看到,在这个叙述中,由科学研究生产的证据只是众多证据中的一种。

整个政策制定周期中——引起关注、进入日程,明确问题,确定备选方案,做出选择,实施,监督与评价——任何一个环节,由于目的不同,所需的证据类型不同,生产对应证据的方式(包括研究设计)不同,证据的获取方式及可得性也不同。就公共卫生政策的制定而言,由于有待解决的问题和面向的对象更复杂,很多问题远非单纯的医学技术手段就能够解决;因此,非医学领域(如社会科学、经济学、教育、伦理、司法等)中的证据反而更具借鉴价值。我们既需要来自生物医学领域的证据,也需要社会、经济、心理、政治等方方面面的证据。既有定量研究生产的证据,也有定性研究生产的证据。而且,在公共卫生领域中,尤其是政策制定过程中,这类“软”的、定性的证据有时更富价值。研究类型既包括实验性研究(如 RCTs),用以评价干预措施的效果;也可以是描述性研究,例如,在确定国家或地区优先解决的重大疾病问题,并明确重点地区、重点人群时,疾病监测产生的证据是重要的参考;分析性研究可以用来确定问题的影响因素,有助于明确实施干预的切入点。还可以开展综合的政策分析,即根据现有可得证据,对未来的政策进行预测分析,归纳备选方案的优势、不足、收效和代价,并推荐最佳组合。这里既有对理论模型的构建和分析,也要考虑对政策覆盖人群、机构开展的调查研究的结果,还要参考专家的意见和建议等,这个过程中会需要借鉴社会科学领域中的一些研究方法。

除了科学研究产生的证据以外,咨询意见、政府工作记录、约定俗成的规范(文化的、伦理的、价值观)等,乃至政治的因素也应作为广义证据中不可或缺的一部分。一些研究者认为只有科学研究获得的才是证据,但是又不得不承认,公共卫生政策制定者必须兼顾个人和社会利益,在经济和伦理原则面前,科学证据也不得不作一定的让步。“让步”一词中蕴涵了研究者的百般无奈。但是,从另外一个角度来说,为什么不能把证据的范畴定义的更广泛些呢?社会文化、伦理、价值观、政治的因素也应作为一种类型的证据,从本质上来讲它们并不一定都是处于“科学”的对立面。例如,20世纪80年代,英国政府倡导安全性行为的运动是在全人群中开展的,而不是根据研究证据的提示只需在高危人群中开展,从而避免了社会对同性恋人群和黑人人群的对抗行为。不同类型的证据应该是互补的,而非互斥。循证的过程是指决策者在对当前所有相关的证据做充分、合理的权衡后,制定出当前背景环境下最优的政策,以最低的成本、最高的工作效率、做好应该做的事。

3. 综合证据的方法:循证决策中综合证据的重要方法就是系统综述(systematic review)。系统综述过程中,既可以利用专门的统计学技术,确定干预措施效应的性质,定量估计效应的大小,以及确定不同研究中的效应是否同质——即 Meta 分析;也可以采用定性的、叙述性的综合分析(narrative synthesis),构造结构性摘要,讨论各个研究的特征和结果。从客观性、科学性、可重复性等方面来看,系统综述明显优于传统的综述。尽管如此,当将系统综述方法用于公共卫生政策制定实践中时,仍存在着一些问题。

三、加强政策制定者与研究者在循证政策实践中的作用

虽然,对于“是否要在政策制定过程中应用循证的理念”问题的认识很容易达成共识。但是,真正由知识和态度转化为行为,却不是一件容易事。可能的原因很多:①研究周期通常较长,时效性差,难以满足政策制定的即时需要。②已有研究生产的证据,无论是在种类、质量、数量、可得性、相关性上,都不能满足政策制定者的需要。科学证据的生产实际上是依研究实施者(科研工作者)的意志为转移的,而不是依研究结果使用者(政策制定者)的意志为转移的,即生产的证据不是政策制定者所需要的,而需要的又没有积累。③研究领域与政策制定领域的兴

趣点不同,认识和解释问题的方式不同(科学研究的结果多数为概率性的,而政策制定者多希望获得肯定性的答案),使用的术语不同,时间进度不同,资助系统不同,导致交流上的障碍。④政策制定者不知道如何向研究者表达需求,而研究者也不善于以政策制定者易懂、易接受的方式去表达、传递研究结果,更不愿意主动地参与到政策制定过程中。

如何改善这种状况呢?循证公共卫生政策不是只针对政策制定者提出的要求,实际上也是对研究者提出了挑战:①首先,政策制定者需要培养“循证”的意识,营造“用证据说话”的环境。另外,政策制定者应该转换角色,将自己变成研究证据的需求方、消费者,主动地反映需求,参与到证据生产的过程中去,而不是被动地接受供应。②研究者应该摒弃所谓的“政学分途、不问政治、专心学术”的观点。独立生产证据,不受政治意图的侵扰是必须的。但是,研究者应该主动参与到政策的制定过程中,了解政策制定者的需求,主动提供证据,促进政策制定的科学化、合理化。展示证据时,应该一改既往简单的呈递研究报告、汇报结果的方式。不同的场合、不同的听众,需要有针对性的采用不同的展示方式,提供不同的信息。除了告知研究结果,还要说明其在相关政策领域中的意义,从专业角度提出未来行动的建议。③完善证据发布和获取的途径。研究者发布证据属于由内向外的信息传递过程(推出)。但是,单纯这一种信息传递的途径,效率会很低。应该同时建立信息获取的入口(如网络、开放的数据库),使得需求者可以根据自己的需要,方便地获取信息。

#### 四、结语

关于“循证”在公共卫生决策中的应用,文献中会出现不同的用词,如循证实践、循证决策、循证政策等,不管使用哪一个词汇,都是要表达这样一种期望:即公共卫生政策的制定必须有据可依,最大限度地降低政策制定者的主观随意性。资源不足和政治的压力是把双刃剑,可以作为忽略证据的借口,也可以成为循证实践的动力。

循证医学的诞生确实有“一石激起千层浪”的效应。但是,当应用拓展到临床实践以外的其他领域时,机械照搬其理论和方法是不可行的。公共卫生政策制定领域极具复杂性。制定政策时除了参考研究生产的证据以外,还必须考虑其他类型的证据,即广义的证据,以及政策应用的背景环境。不是说“政策的制定完全依据研究生产的证据”才叫“循证”。

这种认识是狭隘的,也不现实,只会阻碍“循证”实践的发展。“循证决策”应该是在全面考虑、合理权衡各类证据之后制定的政策,制定者必须赋予政策公开、透明、合理的解释。另外,政治的考虑并不一定就是科学的对立面,有时是在一定背景环境下必须的考虑,可以成为政策顺利、有效实施的重要保障。而且,我们要有信心:过硬的证据和分析可以跃过政治的壁垒。循证决策行动不可能一蹴而就,必定经历一个漫长的、螺旋上升的过程,或者以图 1 的循证决策轴为例,必定是一个从左向右,由上至下逐渐平移的过程。

证据是循证实践的核心。政策制定者、研究者、证据交流平台是循证决策实践的三个基本要素。当前第一要务就是要加速政策制定者和研究者在政策制定过程中角色的转变,搭建证据交流平台,加强政策制定者与研究者之间的交流。建立证据生产、归纳总结和利用的良性循环。

循证在公共卫生政策制定领域中的萌芽与发展,其意义不仅仅是方法学的发展,更重要的是理念的进步。而这种理念恰好与中国新一届政府的执政方针相得益彰。作为一个负责任的政府,循证决策是实现目标的最佳方法。这因此也成为公共卫生政策制定领域中推动“循证”发展的良好契机。

参 考 文 献

- 1 8.1 planning the analysis. Accessible at: [http://www.cochrane.dk/cochrane/handbook/hbook.htm#8\\_analysing\\_and\\_presenting\\_results/8.1\\_planning\\_the\\_analysis.htm](http://www.cochrane.dk/cochrane/handbook/hbook.htm#8_analysing_and_presenting_results/8.1_planning_the_analysis.htm). Available in Oct 2004.
- 2 Boaz A, Hayden C. Pro-active evaluators: enabling research to be useful, usable and used. 2002, 8: 440-453. Accessible at: <http://evi.sagepub.com/cgi/reprint/8/4/440.pdf>. Available in Oct 2004.
- 3 Boaz A, Ashby D. Fit for purpose? Assessing research quality for evidence based policy and practice. 2003. Accessible at: <http://www.evidencenetwork.org/Documents/wp11.pdf>. Available in Oct 2004.
- 4 Beyond ideology, politics, & guesswork: The case for evidence-based policy. Accessible at: [http://www.urban.org/uploadedPDF/900636\\_EvidenceBasedPolicy.pdf](http://www.urban.org/uploadedPDF/900636_EvidenceBasedPolicy.pdf). Available in Oct 2004.
- 5 Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination. Can Med Assoc J, 1979, 121: 1193-1254.
- 6 Zussman D. To social policy research and evaluation conference. 2003. Evidence-based policy making: some observations on recent Canadian experience. Accessible at: [http://www.pforum.ca/ow/ow\\_s\\_05\\_20\\_2003.htm](http://www.pforum.ca/ow/ow_s_05_20_2003.htm). Available in Oct 2004.
- 7 ESRC UK Centre for Evidence Based Policy and Practice; Working Paper 19. Lesley Grayson. Alan Gomersall. A difficult business: finding the evidence for social science reviews. 2003. Accessible at: <http://www.evidencenetwork.org/Documents/wp19.pdf>. Available in Oct 2004.
- 8 Reid F. Evidence-based policy: where is the evidence for it? 2003. Accessible at: [http://www.bristol.ac.uk/sps/downloads/working\\_papers/sps03\\_fr.pdf](http://www.bristol.ac.uk/sps/downloads/working_papers/sps03_fr.pdf). Available in Oct 2004.

- 9 Marston G, Watts R. Tampering with the evidence: a critical appraisal of evidence-based policy-making. The Drawing Board: An Australian Review of Public Affairs 2003, 3: 143-163. Accessible at: [http://www.econ.usyd.edu.au/drawingboard/journal/0303/marston\\_watts.pdf](http://www.econ.usyd.edu.au/drawingboard/journal/0303/marston_watts.pdf). Available in Oct 2004.
- 10 Papaioanou M, Malison M, Wilkins K, et al. Strengthening capacity in developing countries for evidence-based public health: the data for decision-making project. Social Science & Medicine, 2003, 57: 1925-1937.
- 11 Dobrow MJ, Goel V, Upshur REG. Evidence-based health policy: context and utilisation. Social Science & Medicine, 2004, 58: 207-217.
- 12 Medical Sociology Group. Criteria for the evaluation of qualitative research papers. Med Social News, 1996, 22: 68-71.
- 13 Jackson N. The meanings of evidence based practice in higher education: themes, concepts and concerns emerging through public discussion. Accessible at: <http://www.ltsn.ac.uk/embedded-object.asp?docid=20920>. Available in Oct 2004.
- 14 Petticrew M. Systematic reviews from astronomy to zoology: myths and misconceptions. BMJ, 2001, 322: 98-101.
- 15 Popay J, Rogers A, Williams G. Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research qualitative. Health Research, 1998, 8: 341-351.
- 16 Prime Minister and the Minister for the Cabinet Office. Modernising government. 1999. Accessible at: <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm43/4310/4310.htm>. Available in Oct 2004.
- 17 Pawson R. Evidence-based policy: in search of a method. Evaluation, 2002, 8: 157-181. Accessible at: <http://evi.sagepub.com/cgi/reprint/8/2/157.pdf>. Available in Oct 2004.
- 18 Pawson R. Evidence-based policy: the promise of 'realist synthesis'. Evaluation, 2002, 8: 340-358. Accessible at: [http://www.inlogov.bham.ac.uk/pdfs/readinglists/Pawson\\_on\\_evidence\\_based\\_policy\\_and\\_realism.pdf](http://www.inlogov.bham.ac.uk/pdfs/readinglists/Pawson_on_evidence_based_policy_and_realism.pdf). Available in Oct 2004.
- 19 Nutley S, Davies H, Walter I. Evidence based policy and practice: cross sector lessons from the UK. 2003. Accessible at: [http://www.rsnz.govt.nz/advisory/social\\_science/media/nutley.pdf](http://www.rsnz.govt.nz/advisory/social_science/media/nutley.pdf). Available in Oct 2004.
- 20 Nutley S, Walter I, Davies HTO. From knowing to doing. Evaluation, 2003, 9: 125-148. Accessible at: <http://evi.sagepub.com/cgi/reprint/9/2/125.pdf>. Available in Oct 2004.
- 21 Nutley S. Bridging the policy/research divide. Reflections and lessons from the UK. 2003. Accessible at: [http://209.197.113.29/pdf/Evidence\\_and\\_policy\\_nutley.pdf](http://209.197.113.29/pdf/Evidence_and_policy_nutley.pdf). Available in Oct 2004.
- 22 Black N. Evidence based policy: proceed with care. BMJ, 2001, 323: 275-279.
- 23 Systematic reviews: what are they and why are they useful? 4. What is a systematic review? Accessible at: <http://www.shef.ac.uk/scharr/ir/units/systrev/definitions.htm>. Available in Oct 2004.
- 24 Systematic reviews: what are they and why are they useful? 6. Advantages and disadvantages of systematic review. Accessible at: <http://www.shef.ac.uk/scharr/ir/units/systrev/advdis.htm>. Available in Oct 2004.
- 25 Solesbury W. Evidence based policy: whence it came and where it's going. 2001. Accessible at: <http://www.evidencenetwork.org/Documents/wp1.pdf>. Available in Oct 2004.
- 26 World Health Organization. World health report 2000. Accessible at: <http://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/contents.htm>. Available in Oct 2004.
- 27 唐金陵. 循证医学. 见: 李立明, 主编. 流行病学. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003. 362-377.
- 28 王继平. 以公共政策创新保证公共产品供给(观点). 人民日报. 2003 年 06 月 13 日第 9 版. Accessible at: <http://past.people.com.cn/GB/paper464/9413/871642.html>. Available in Oct 2004.
- 29 中国疾病预防控制中心. 突发公共卫生事件应急管理干部培训系列教材之二. 中国公共卫生体系改革与思考, 2004.

(收稿日期: 2005-12-20)  
(本文编辑: 张林东)