

加强循证决策：不改善卫生系统管理，可能吗？

Reza Majdzadeh* Bahareh Yazdizadeh Saharnaz Nedjat Jaleh Gholami Sharareh Ahghari

德黑兰医科大学公共卫生学院 伊朗德黑兰 141786

【摘要】背景：世界范围内的卫生系统都面临资源限制。因此，通过科学循证决策来削减成本并防止资源浪费非常重要和必要，本研究旨在分析伊朗卫生系统循证决策的障碍。方法：通过对决策者的深度访谈和焦点小组讨论收集数据，共进行了 13 次访谈和 6 组焦点小组讨论，并对数据进行了主题分析。结果：障碍涉及决策者特点、决策环境和研究系统三个方面，每个方面由相关主题和分主题构成；机构价值观、选择决策者的标准、对循证决策的态度是循证决策的重要障碍，并且与管理有关。结论：循证决策有不同层级的障碍，需要从多个角度寻找强化科学循证决策影响的解决方案；几个已经确定循证决策的障碍植根于卫生体系治理，如跨部门合作的薄弱、没有制定卫生研究重点。因此，为做好循证决策，加强卫生系统管理势在必行。

【关键词】循证决策；利用；治理；决策；知识；伊朗

中图分类号：R197.1 文献标识码：A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.04.002

Strengthening evidence-based decision-making: is it possible without improving health system stewardship?

Reza Majdzadeh, Bahareh Yazdizadeh, Saharnaz Nedjat, Jaleh Gholami, Sharareh Ahghari

School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran 141786, Iran

【Abstract】 Background: Health systems worldwide have always suffered resource constraints. Therefore, making decisions informed by scientific evidence to optimize costs and prevent wastage of resources is both important and necessary. The current study was designed to identify barriers to evidence-based decision-making (EBDM) in Iran's health system. Methods: Participants were purposively selected. In-depth interviews with policy-makers and focus group discussions (FGDs) with researchers were used to collect data. Thirteen in-depth interviews and six FGDs were held. Data were analysed using thematic analysis. Results: The barriers mentioned were categorized into decision-makers' characteristics, the decision-making environment and the research system, with each category consisting of further relevant themes and subthemes. Organizational values, criteria for selecting decision-makers, and the attitude toward EBDM were found to be important barriers to EBDM, and were related to stewardship. Conclusion: There are various barriers to EBDM at different levels, and multi-dimensional solutions are required to strengthen the impact of scientific evidence on decision-making. Several recognized barriers to EBDM are rooted in health system stewardship, such as the weakness of inter-sectoral collaborations and ill-defined priorities. It appears that improvement of EBDM is secondary to the strengthening of health system stewardship.

【Key words】 Evidence-based policy; Utilization; Governance; Decision making; Knowledge; Iran

每年，卫生领域都会开展大量研究，关键问题是这些研究对促进健康和改善卫生公平性发挥了多大

作用？世界卫生组织“Knowledge for Better Health”报告重点关注了这一问题。报告指出：利用知识并制

* 作者简介：Reza Majdzadeh, 男，博士，教授，德黑兰医科大学学术与卫生政策中心负责人，主要研究方向为卫生政策。

E-mail: rezamajd@tums.ac.ir

通讯作者：Bahareh Yazdizadeh. E-mail: baharehyazdizadeh@yahoo.com

本文英文原文参见 Health Policy and Planning, 2011, 1-6, doi: 10.1093/heapol/czr072, 略有删减。

定健康促进的干预措施只是一方面,如何利用知识执行干预措施更加重要。^[1]世界银行预计,为了实现卫生领域的千年发展目标,每年需要投入 200 亿 ~ 250 亿美元,并且前提是卫生领域采用了有效的循证决策。^[2]鉴于资源有限,循证决策变得异常重要,因为政府没有额外的资源用以进行决策流程试验。

1984 年,医学教育被纳入伊朗卫生服务部并形成了卫生和医疗教育部 (Ministry of Health and Medical Education, MOHME), 此举具有新的内涵。^[3]原则上,该机构应该能减少循证决策的障碍,特别是弥合研究和决策之间的鸿沟。然而,有证据表明,在伊朗充分利用知识进行循证决策任重道远。^[4]近年来,为加强循证决策,伊朗政府采取了一些干预措施,包括呼吁大规模采用研究计划书 (research proposals), 将医科大学 2% 的资金用于卫生服务研究^[5], 以编制并执行系统综述 (systematic review) 及实践指南 (practice guidelines) 为目标进行能力建设^[6] 和在 MOHME 成立卫生技术评估中心^[7]。所有这些干预措施都证明了伊朗决策机构将卫生系统带上循证决策轨道的决心。尽管到目前已经采取了一些积极措施,但现在的问题是还可以采取哪些进一步的措施改进循证决策呢?

Hyder 等调查了包括伊朗在内的 6 个发展中国家的循证决策障碍,结果表明主要障碍来自于证据的交流和传播以及政治背景影响。^[8]本研究在 Hyder 等之前即已制定研究计划,并独立完成,可以视作验证 Hyder 等人研究结果的一种途径。确定改善循证决策途径的最重要一步是认清决策机构在循证决策过程中将面对的障碍。本研究旨在确定整合后的伊朗卫生系统在循证决策方面的障碍。

1 研究方法

1.1 研究设计与抽样方法

根据研究目标,本研究采用了定性研究和立意抽样 (purposive sampling) 方法。研究对象包括卫生和医疗教育等部门的决策者、研究管理者、临床医生和研究者。研究小组选取了两所大学的教职人员:一所大型大学(具有多个互补专业、国家级教育和研究水平),另一所属于低一级的大学(负责一般项目的教研,并向地方人口提供服务)。

1.2 数据收集方法

为方便数据采集,组织研究者和卫生服务人员进行焦点小组讨论 (focus group discussions, FGDs) 并对决策者和管理者进行了深度访谈。因为决策者和管理者通常都会忙于工作,不可能在同一时间聚集到一个地点,因此采用深度访谈以采集数据。完成每次访谈和焦点小组讨论需要花费 1 ~ 1.5 小时。每次小组讨论平均参与人数是 4 人。访谈持续进行直至获得所需的全部数据,其中一人进行采访,另一人做笔录。

访谈问题包括伊朗知识转化的障碍、其原因和可能的解决方案。为设计深度访谈和焦点小组提纲,采用了德黑兰医科大学 (Tehran University of Medical Sciences, TUMS) 知识转化模型^[9], 该模型展示了知识转化过程中从产生证据到决策的不同阶段。采用该模型旨在分析卫生组织系统的证据采集情况。

所有访谈和讨论所调查的问题相同。但是,随着讨论的深入,结合每个参与者进行了相关主题讨论(决策者、管理者、研究者和/或医务人员)。

1.3 资料分析方法

采用主题分析方法处理定性数据^[10], 首先,进行了文本阅读并将障碍编码成不同主题;最后,合并类似主题并进行分类。为确保分析结果的可靠性,每个研究小组单独抽调了两名人员检查深度访谈和焦点小组讨论的文字记录。如果出现歧义,小组就主题选择做最终决策。

1.4 伦理事宜

项目提议递交至德黑兰医科大学研究事务部并由伦理委员会负责审批。描述完每次研究目的后,每个讨论环节开展之前都要获得参与者的口头许可。参与者同样会被告知,如果认为有必要,可以随时要求停止录音。

2 结果

开展了 13 次深度访谈和 6 次焦点小组讨论。所有研究参与者都同意参与此项研究。为方便理解,将参与者描述的循证决策障碍分为三大类:(1)决策者特征;(2)决策环境;(3)研究系统。表 1 列举了障

碍清单。参与者引言标注为楷体。结合研究者在证据链采集及应用中的作用,他们强调了证据链的不同部分。然而,不同参与者小组(决策者、管理者、医务人员和研究者)观点大多一致。因此,我们在引言时不会具体强调引言来自哪个参与者小组。

表 1 伊朗卫生系统循证决策清单

一级指标	二级指标
决策者特点	决策筛选标准
	奖励激励机制
	知识和对待循证决策的态度
	缺乏对国内证据的信任
决策环境	对研究者能力的认识
	机构价值
	决策观限制
	非技术问题影响
	政策执行力
	循证决策缺乏对预算分配的影响
研究系统	抵制创新
	决策机构部门之间缺乏协调
	没有系统的卫生研究重点
	资源限制
	知识创造者和决策者之间缺乏沟通

2.1 决策者特点

大多数参与者强调的障碍是管理者选拔和任命缺乏合适标准,而且任期过短。该障碍既削弱了循证决策,也降低了对可用资源的利用。下列陈述可以明确表明这一点:

“大学管理者教育课程内容没有针对性,仅做一般背景知识介绍。”

“管理者在就任之前没有经过应有历练,然后就拿到了相应薪水。”

“有时候,管理者更换过度频繁导致培训效果不明显。”

“每天,都有一个新的小组到来。”

有些参与者认为决策者和管理者动机影响因素在循证决策中发挥重要作用。有些参与者认为公立医院和私立医院付费制度的差异使得公立医院利益动机不强。因此,决策者倾向于参与私立医院。另一个科学循证决策动机影响因素是缺乏奖惩制度。因此,管理者 and 决策者也就缺乏科学循证决策的动机。

有些参与者认为动摇循证决策的原因包括:缺乏对循证决策重要性的认识、管理者 and 决策者不太

了解决策中知识应用的方法。有位参与者声称:“管理者和决策者不相信循证决策的优点。”

还有位参与者认为,有些管理者根据个人喜好开展项目,他们会比较偏执而不会考虑与他们喜好有分歧的科学证据。有位参与者说道,“大家都根据个人喜好行事,”而且“很多决策者是来自大学的研究者,他们到哪儿都是重要人物,他们都只接受自己的研究。”

此外,国内证据的可及性程度和决策者对研究者能力了解都非常低。针对这种情况,有位参与者说道,“我们不能跟随研究者,因为如果开始寻找他们和他们的工作内容,我们就会很自然地错过自己的工作。”

决策者偏好国外证据也造成了国内研究者和决策者之间的鸿沟。在参与者看来,偏好国外证据导致大家缺乏对国内科学证据质量的信任。

2.2 决策环境

有些研究者认为,循证决策在决策环境中的被重视程度不够。有位参与者声称,“如果制定政策未考虑特定任务或决策所需要的知识,而且也没有相应处罚措施,那么没有基于相应知识的盲目决策将一直得不到处罚。”

有些参与者认为,在进行决策时缺乏开放、全面的视角,而且不关注国家宏观规划(如长期规划)是循证决策的重大障碍。针对这种情况,有位参与者说道,“将工业研究成果转化为市场产品或金钱容易,卫生系统则不然,我们现在投资,也许 20 年后才有收益。大多数决策者不会接受这种工作,他们希望如果现在投资,两年后就应该见效。我们的眼光很局限,不能很好地把握未来。”

循证决策还有其他障碍。就医药产业而言,参与者认为知识应用不够有下列原因:生产部门依靠进口和跨国医药公司,缺乏国内支持导致对医药和生物产品部门的深度研究不足,技术知识应用激励机制不强,这种情况很难在国家层面有所改观。有位参与者补充道,“研究中心和医药及医疗技术企业缺乏沟通,我们大多数药品都是一般性的,产业缺乏创造性,大多都是重复设置。这些产业被认为没有创新必要。”

循证决策的另一障碍是决策受非技术问题影响。有位参与者说道,“举例来说,假设有个地方的医院不需要CT。市或省议会议员则会向决策者施压要求在一个人口不到10 000人的市镇医院购置CT。”

有些参与者认为,从实践层面来看,许多关键政策得不到有效执行。有位参与者认为,“从决策层面来看,我们的环境缺乏遵守政策及相应的计划执行力。”还有位参与者从决策执行的角度强调了循证决策的意义,并说道,“如果决策者能够更切合实际,执行者也就更能成功的遵守政策,原因是制定政策切合实际。然而,如果决策不符合实际,执行力就会受限。”

参与者认为缺乏对预算分配的影响会阻止循证决策的发展;同样,向未基于科学证据制定的方案注资也会削弱循证决策。参与者还指出,当前卫生服务系统缺乏创新。就这方面,有位参与者补充道,“如果出现有可能改变系统的新任务,就会有相应的常规抵制。这种情况是我们目前很多活动的障碍。”

方案和决策过度依靠个人管理而非系统管理,而且,方案变更和管理者变更是阻碍循证决策的重要障碍。其他提到的阻碍原因还包括未很好参考顾问或智囊团的意见。

参与者还认为,因为很多决策都是国家层面或宏观层面的,这些决策需要不同部门之间的配合协调,决策机构部门之间缺乏沟通也进一步削弱了循证决策。

2.3 研究系统

参与者们一再强调的一项内容是需要突出卫生需求和卫生研究。参与者们强调说,需要依照科学系统原则确定卫生研究重点。此外,研究者们还需要经常学习研究重点。有位参与者提到,“卫生部公布的内容都具有普遍性。研究者需要找到自身研究课题,他们就会按照自己的方向采集相应信息。”

决策者明显缺乏证据搜集和研究的基金;同样,卫生技术评估和政策信仰也被视作阻碍循证决策发展的因素。参与者认为,为保证研究和循证决策的质量,则必须具有足够资源,如人力资源管理。

循证决策的技术设施障碍则是知识创造者和使

用者之间缺乏沟通;如果缺乏有效的规律性沟通,分别清除两个部门障碍则不会改善循证决策。研究者和决策者缺乏沟通的原因包括:过往经历的不当影响、用户缺乏对大学满足客户需求能力的信任、研究者和决策者缺乏对彼此能力和需求的认识、卫生部决策者和研究者之间缺乏共同语言、卫生部在向研究者提供所需信息时缺乏配合、研究者和执行部门的距离(如卫生系统里没有研究机构)、因不能及时获得研究成果而无法快速满足快速决策需要等。

3 讨论

本文从研究者和决策者角度考察了卫生系统循证决策的障碍,并将其分为三类:决策者特点、决策环境和研究系统。主要研究结论包括为确保循证决策流程的精确性,需要适当保持科学证据采集、决策和实践(政策执行)之间联系的一致性。如果这三个领域之间缺乏正确有效沟通,所做的某些决策则无法达到执行要求。

就制定政策和卫生管理循证决策障碍所做的两项研究结果支持当前结论。他们将循证决策障碍分类如下:个人层面(缺乏证据评估应用经验和能力、缺乏相互信任、对变更态度消极),机构层面(缺乏支持性文化、循证决策激励机制不强、研究者奖励制度不合适、缺乏政治稳定性、人员流动性大),沟通因素(信息筛选机制差、数据量过大、决策者科学语言不适合、缺乏行动信息、研究者和决策者直接沟通不顺畅),时间相关因素(研究者和决策者时间安排不同而且决策时间有限),权利和财务资源争议、研究质量差。^[11-12]

南非境内进行的一项妇幼保健领域的研究考察了循证决策的决定因素。该项研究确定了类似障碍因素,包括机构存在官僚主义和保守僵化作风,研究者和决策者之间缺少协作。^[13]

Hyder及其同事考察了发展中国家知识应用的障碍和战略^[8],主要障碍包括:沟通不畅、研究者和决策者目标和语言的差异、开展政策相关研究能力不足、资源限制、机构文化、立法流程、议会机制和预算政策。

本文发现的一些障碍看起来似乎是卫生系统内部重大问题的外部信号。如果当局有一定的决心,

则缺乏对研究者能力认识和没有系统的卫生研究优先序列等小问题可以轻易解决。另一方面,机构价值、决策观限制、非技术问题影响和抵制创新等是根本性问题,需要付出一定努力才能解决,包括对卫生系统管理的关注。在 2000 年世界卫生报告中,管理被定义为制订和实施游戏规则并向所有参与部门提供战略方向^[14];管理被分作三大领域,包括采集并利用信息、制定政策与确定方法。

循证决策被定义为一种方法,通过该方法将最好的可用研究证据置于政策制定和执行的核心以便帮助人们就政策、计划和项目做出明智的决策。^[15]通过分析循证决策的定义可以看出高效管理是循证决策的前提条件。

考察表 1 中所列的障碍,可以发现通过强化基本管理任务可以清除循证决策的主要障碍。事实上,正因为缺乏对循证决策根本问题的关注,我们也没有看到管理缺乏证据的真正原因。因此,加强卫生系统管理对改善循证决策有根本性作用。

循证决策障碍是伊朗卫生系统管理问题的一个方面。2007 年伊朗卫生部门的分析表明,加强管理是一大重点。缺乏跨部门协调的重要事件包括在处理非传染疾病和健康社会决定因素方面缺乏与其他机构的沟通。卫生部门需要强化分权以及提高领导力和管理技能。^[7]从另一方面来看,不能单独考虑卫生部门管理。因此,在伊朗第四个长期规划中(2005—2009),改善治理是所有政府机构的共同目标,具体任务包括消除机构低效、组织冲突、集权和工作重叠等。^[16]

世界银行开展的伊朗卫生系统研究表明:伊朗卫生管理突出问题是决策集中制和决策重点不突出。该研究报告指出省级部门决策力弱,省级部门缺乏和卫生与福利部之间的互动等问题。^[7]

因此,必须在加强整套卫生系统管理中定义改善循证决策的干预措施。在这种情况下,循证决策干预措施必须有效,比如向决策者提供科学证据、告知研究者决策流程、设立知识经纪人负责在决策者和研究者之间传达科学决策证据、机构知识管理。^[17]

首先也是最重要的是,直接干预措施应该针对决策价值体系以及应该从何种程度强调循证决策意义。事实上,既然决策系统考虑到了循证决策的价

值,那么人事评估系统也应考虑到这点。另一个解决方案——伊朗知识用户部门——应该从管理和决策层面变更决策文化。所需要采取的干预措施包括:赋予人员权利、确定编制、提高对现有机构规划的忠诚度并削弱对个人决策的依赖。

第二,连续职业教育和官方学习计划的内容和质量会影响到决策者的认识和能力,这些内容应该做相应调整。决策者应该具备理解、阐释并应用信息的素质。决策者应该能透过证据描述并预测时间进而了解时间的决定因素。这一要求符合相关研究所提倡的行动方案,即改善管理技能以加强卫生系统管理。^[7]

知识创造者和应用者之间出现分歧的重要原因是缺乏彼此互信。通过澄清彼此需求和能力可以削弱这一分歧。研究者和决策者之间进行合作比较复杂。研究者和决策者具有不同目标、对信息的不同态度、不同语言、不同时间限制和不同职业晋升途径。^[18]研究者和决策者之间缺乏合作就会影响研究合作。伊朗规模最大的一所医科大学对该问题进行了定量研究,研究结果发现合作程度不理想。^[19]

其他重要要求包括开展基于需求的研究并提高研究质量。基于需求的研究可以提高研究结果被应用的几率。推荐干预措施之一是要求知识创造者和应用者开展全面合作并在双方参与下系统科学地确定研究重点。如果采集的科学证据具有很高可信度(如系统绩效研究的产出),则相关证据就会直接影响到国内证据的使用以及决策者和研究者之间的合作。这进一步说明了一个国家的研究系统对于实现循证决策的重要性。

总之,为加强循证决策,必须采取多种干预措施,而不仅仅是创造和使用知识的机构采取措施。如果只通过一个部门采取干预措施,我们无法实现目标。为了清除循证决策的障碍,首先应该做的是加强卫生系统管理。

研究资金来源

本研究由德黑兰医科大学资助,拨款编号为 1468, 2007/11/17。

利益冲突

无人宣称有利益冲突。

参 考 文 献

- [1] WHO. World Report on Knowledge for Better Health: Strengthening Health Systems[R]. Geneva: World Health Organization, 2004.
- [2] Devarajan S, Miller M, Swanson E. Goals for Development: History, Prospects and Costs. World Bank Policy Research Working Paper No. 2819[M]. Washington, DC: World Bank, 2002.
- [3] WHO EMRO. Assignment report on integration of medical education and delivery of health services in Islamic Republic of Iran[R]. Cairo: WHO EMRO, 2006.
- [4] Majdzadeh R, Nedjat S, Denis J L, et al. Linking research to action in Iran: two decades after integration of the Health Ministry and the medical universities[J]. Public Health, 2010, 124(7): 404-411.
- [5] Majdzadeh R, Nedjat S, Fotouhi A, et al. Iran's approach to knowledge translation[J]. Iranian Journal of Public Health, 2009a, 38(sup. 1): 58-60.
- [6] Yousefi-Nooraie R, Rashidian A, Nedjat S, et al. Promoting development and use of systematic reviews in a developing country[J]. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2009, 15(6): 1029-1034.
- [7] World Bank Group. Islamic Republic of Iran Health Sector Review[M]. Washington, DC: World Bank, 2007.
- [8] Hyder A C, Corluca A, Winch P, et al. National policy-makers speak out: are researchers giving them what they need? [J]. Health Policy and Planning, 2011, 26(1): 73-82.
- [9] Majdzadeh R, Sadighi J, Nejat S, et al. Knowledge translation for research utilization: design of a knowledge translation model at Tehran University of Medical Sciences[J]. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 2008, 28(4): 270-277.
- [10] Mays N, Pope C. Qualitative Research in Health Care [M]. London: British Medical Journal Publishing Group, 1996.
- [11] Innvaer S, Vist G, Trommald M, et al. Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review[R]. Journal of Health Services Research and Policy, 2002, 7(4): 239-244.
- [12] Mitton C, Adair C E, Mckenzie E, et al. Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature [J]. Milbank Quarterly, 2007, 85(4): 729-768.
- [13] Daniels K, Lewin S. Translating research into maternal health care policy: a qualitative case study of the use of evidence in policies for the treatment of eclampsia and pre-eclampsia in South Africa[J]. Health Research Policy and Systems, 2008, 7(6): 12.
- [14] WHO. World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance[R]. Geneva: World Health Organization, 2000.
- [15] Davies P. Is evidence-based government possible? [C]. The 2004 Jerry Lee Lecture, 4th Annual Campbell Collaboration Colloquium, Washington D C, 2004.
- [16] Management and Planning Organization. The Fourth Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran, 2005-2009[Z]. Tehran, 2004.
- [17] Choi B C, Gupta A, Ward B. Good thinking: six ways to bridge the gap between scientists and policy makers[J]. Journal of Epidemiology and Community Health, 2009, 63(3): 179-180.
- [18] Choi B C, Pang T, Lin V, et al. Can scientists and policy makers work together? [J]. Journal of Epidemiology and Community Health, 2005, 59(8): 632-637.
- [19] Majdzadeh R, Nedjat S, Gholami J, et al. Research collaboration in Tehran University of Medical Sciences: two decades after integration[J]. Health Research Policy and Systems, 2009b, 7: 8.

[收稿日期:2012-03-20 修回日期:2012-04-12]

(编辑 刘 博)