Practices in Medicaid Primary Care Case Management Programs [EB/OL]. [2015 - 08 - 05]. http://aspe. hhs. gov/health/reports/pccm/chapt6. htm.
[9] Ellen N, Cécile K, Richard BS. Assessing chronic disease management in European health systems: country report[R]. Copenhagen: World Health Organization European Observatory on Health Systems and Policies, 2015.
[10] Health and Social Care Information Centre. Quality and Outcomes Framework(QOF)2014 - 2015[EB/OL]. (2015 - 10 - 29)[2015 - 11 - 23]. http://www. hscic. gov. uk/catalogue/PUB18887.
[11] 王青,刘丽杭. 英国全科医师支付方式的改革与发展趋势[J]. 中国卫生经济,2008,27(12):82 - 85.
[12] Allied Health Professions Australia. Chronic disease management sharing the care and understanding between general practice and allied health professionals[R]. Victoria: Allied Health Professions Australia, 2010.
[13] 尤川梅,王芳,朱岩,等. 澳大利亚初级卫生保健与全科医疗绩效考核概述[J]. 中国初级卫生保健,2011,25(2):14 - 16.
[14] Reinhard B, Annette R. Health care system in transition: Germany [R]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
[15] 张小娟,朱坤. 部分发达国家全科医生薪酬支付方式介绍[J]. 中国全科医学,2014,17(17):1931 - 1933,1936.

收稿日期: 2015-12-07　(郭薇编辑　张翠校对)

· 专题报道 ·

四国慢性病防控领域循证应用现况跨国比较*

王朝昕[1,2],于德华[1],肖月[2],陆媛[1],潘莹[1],杨蓓蕾[3],石建伟[1,2]

摘　要:目的　揭示美国、澳大利亚、中国和巴西 4 个国家在慢性病防治领域,循证理念或方法的应用现况及所受到的阻力。**方法**　2015 年 2—7 月于各国公共卫生机构开展共计 50 项定性半结构式访谈,内容为循证慢性病防治的现况、实践与推广的阻力因素。**结果**　美国和澳大利亚正致力循证防控干预措施的推广,而中国和巴西处于证据积累阶段。但普遍地,政府投入不足或资金来源不稳定,缺乏有效的机制是阻碍慢性病循证防控实施的主要因素。**结论**　政策因素对各国慢性病循证防控的影响存在一定共性,但也因各国政策背景不同存在差异。发达国家经验可为发展中国家开展循证慢性病防治提供一定借鉴。

关键词:循证;慢性病防治;国际比较;政策分析
中图分类号:R 19　**文献标志码:**A　**文章编号:**1001-0580(2017)11-1583-04　DOI:10.11847/zgggws2017-33-11-11

Application of evidence-based chronic diseases prevention and control in four countries: a comparison study

WANG Zhao-xin*, YU De-hua, XIAO Yue, et al (*Department of General Practice, Yangpu Hospital, School of Medicine, Tongji University, Shanghai* 200090, China)

Abstract: Objective　To reveal current status and obstruction of the application of evidence-based concepts or methods in chronic disease prevention in United States, Australia, China, and Brazil. **Methods**　Fifty qualitative semi-structured interviews were conducted in public health institutions in the four countries between February and July 2016; the contents of the interviews involved the current status of application of evidence-based chronic disease prevention and obstructive factors for the implementation and promotion of the application. **Results**　The United States and Australia are committed to promote the evidence-based countermeasures against chronic diseases; while, China and Brazil are still in the stage of evidence accumulation. Deficit of governmental investment and stable source of funding and lack of efficient mechanisms are main hindering factors for the application of of evidence-based process in chronic disease prevention for the four countries. **Conclusion**　Policy is a common influencing factor for evidence-based chronic diseases prevention practice but the affect of the factor is different due to various backgrounds in the four countries. The experiences of the developed countries can provide certain references for evidence-based chronic diseases prevention in developing countries.

Key words: evidence-based process; chronic disease prevention and control; international comparison; policy analysis

* **基金项目:** 国家自然科学基金青年项目(71403185;71603182);2015 年中央高校基本科研业务费专项资金项目(1500219099);2016 年中央高校优秀青年教师计划(英才类)
作者单位: 1. 同济大学附属杨浦医院全科医学系,上海 200090; 2. 同济大学医学院; 3. 同济大学经济管理学院
作者简介: 王朝昕(1983 -),男,山东济南人,副教授,博士,研究方向:卫生政策。
通讯作者: 石建伟,E-mail:shijianwei_amy@126. com
数字出版日期:2017 - 10 - 13 14:35
数字出版网址:http://kns. cnki. net/kcms/detail/21. 1234. R. 20171013. 1435. 008. html

当今世界慢性病广为流行,已成为死亡和残疾的主要原因。近些年,在全球总死亡人数中,高达60%的人死于慢性病[1]。为应对日益增长的慢性病疾病负担,在 20 世纪 90 年代,发达国家公共卫生实践者和研究人员旨在借助科学手段和方法提高慢性病防治的效率,由此,基于循证的慢性病预防研究与实践流行开来[2-3]。然而,世界普遍的循证慢性病防控实践水平问题及发达国家和发展中国家的差距问题均未得以解析。因此,2015 年 2—7 月,本研究通过对美国、澳大利亚、中国和巴西 4 国开展实证比较,为中国慢性病防控和公共卫生的发展提供推力。

1　对象与方法

1.1　*对象*　受试对象由各国团队通过方便抽样方式确定,美国的受访谈对象来自当地卫生部门工作者;澳大利亚来自地区卫生部门、社区卫生服务机构和非政府组织;巴西则为地方卫生部门和卫生部工作人员。中国则来自社区卫生服务中心、二三级综合性公立医院和疾病预防控制中心。受访谈者均需符合年龄≥21 岁且在职时间≥6 月。共访谈 50 名对象,其中,美国 12 人,澳大利亚 13 人,巴西 9 人,中国 16 人。受访谈者年龄为 30 ~ 50 岁,平均年龄为 39 岁;以女性居多,为 42 人(84.0%)。

1.2　*方法*　跨国研究团队由澳大利亚、巴西、中国和美国的 13 名研究人员组成。通过回顾有关循证慢性病防治实践测评工具的文献,完善并设计了本次研究中的半结构式访谈指南。访谈指南包含 6 个方面:(1)受访者个体信息。(2)对循证慢性病防治干预的认识。(3)对循证慢性病防治实践阻碍的认知。(4)政策环境对循证慢性病防治的影响。(5)机构对循证慢性病防治的影响。(6)对循证慢性病防治推广策略的认知[4]。经从事慢性病预防的专家审议达成一致后,访谈指南由英语被翻译为巴西语和中文,并首先在各国展开试点访谈。正式访谈于 2015 年 2—7 月开展,由经过培训的调查者根据同一访谈工具进行。本次研究中,除中国外,其他 3 个国家均通过电话进行访问。

1.3　*统计分析*　通过使用 NVivo10,3 名经过培训的美国研究者对所调查问题进行文献回顾,并根据访谈指南确立先验结构框架,分层编码结构。每个国家的访谈资料均被三重编码,结果由研究者讨论达成共识后进一步比较,以评估者间一致率 90% 为标准,当访谈话题达到饱和时,终止访谈。开展各国比较时,从各国调查者处收集对编码本和结果的反馈,以减少跨文化误差。

2　结　果

2.1　*美国循证慢性病防控情况*

2.1.1　慢性病循证防控证据资源积累较多　访谈中,受访者认为美国的慢性病循证防控开始受到政府的关注,许多防控指南和大纲业已形成。2008 年后,美国国家层面的《社区预防服务指导》(The Guide to Community Preventive Services)、《临床预防服务指导》(The Guide to Clinical Preventive Services)、《癌症控制指南》(Cancer Control PLANET)等循证指南相继出台[5-7]。此外,Cochrane 网也是发达国家慢性病防控的重要证据库[3]。但是,不少受访谈者表示,这些有关慢性病防治最佳实践的理论与实施并未获得很好衔接。在问及哪些是阻碍公共卫生从业者广泛地使用并推广这些证据的阻力时,政策层面的因素被反馈是主要阻力。

2.1.2　政策阻碍因素是主导因素　几乎所有受访者均指出,缺乏政府投入资金是政策层面的主要阻碍因素。而政府投入不足的原因则在于决策者并未把慢性病预防视为重要问题。如有受访谈者就提出,慢性病预防的效果很难显现,因此他们正通过成立相关研究机构,努力让决策者和领导者直观获知慢性病发生所导致的成本。另外,不少地方政府认为公卫问题应该是个体的责任,而不是政府。不少受访者表示,只有当决策者可以轻松完成这个议题,并且认定这对他们选举非常重要时,其才会将慢性病放在优先位置。

2.1.3　CDC 等卫生行政部门的支持是促进循证实践的手段　在美国,虽然财政对于慢性病防控的投入并不稳定。但是,部分卫生行政部门对循证慢性病防治给予了特别重视,并形成了长效激励机制。某受访者表示,其所在地所有慢性病的资金多来自州卫生局。与此同时,国家 CDC 会定期下拨基金,以项目申报形式投入各机构,而对申报项目的要求便是这些项目是干预并且日后能持续培训,这促进不少机构和个人努力计划并开展基于证据的干预项目,这在很大程度上推动了美国慢性病循证防控的研究和实践。

2.2　*澳大利亚循证慢性病防控情况*

2.2.1　发展所处阶段和循证开展现况　分析 13 位公共卫生从业者的访谈后发现,受访者表示,澳大利亚在慢性病防控方面已经积累了不少证据,并且这些证据已经达成共识并通过相关平台宣传和推广,如澳大利亚的“HealthEvidence. org”网站上就发布了针对包括民众、医务人员的健康管理和促进的证据[8],且这些证据处于不断积累过程。但访谈结果却显示,虽然证据不断推出,但循证慢性病防控的方法和资源“既没有被广泛应用,也没有得到合理分配”。

2.2.2　政策层面因素为主要限制因素　研究显示,受访者列举的政策层面的因素主要为政府对慢性病

循证防控投入的短期性及投入资源的不稳定性。对于慢性病防控而言,投入的短期性往往导致无法与这一工作长期健康战略目标相匹配。受访者指出,要看到长期健康效果就要像烟草控制一样,至少投入 30 年时间开展预防。但就以肥胖预防为例子,却很难得到持续资金。澳大利亚的受访者还指出,绝大多数情况下,他们获得资金、执行和维持计划的能力取决于政府的资金拨出选择偏好。而频繁变化资助优先顺序的原因中,被提及最多的是执政党的变化。2014 年政府对澳大利亚国家预防保健机构(ANPHA)资金的削减,就是资金随着政党改变发生变动的一个典型例子。

2.2.3　当前推进慢性病循证实践的突破尝试　一些澳大利亚公共卫生从业者指出,其所在机构层面的努力缓解了政府资金不足的难题。机构通过逐步实现对循证实践的许诺,鼓励其发表成果,通过增加影响力吸引政府关注于健康问题投入的循证方法。事实上,很多项目一开始并未受到政府的关注,但相关发表的有影响力的成果对政府产生了一定影响。而另一些机构的努力表现为,试图将循证方法的使用列为首要支出项目。由于循证作为科学手段,从战略角度而言能促进机构发展,因此,获取机构优先资金下拨的可能性也就相对较大。

2.3　巴西循证慢性病防控情况

2.3.1　循证慢性病发展状况　巴西相关卫生机构及人员反映政府对慢性病防控的投入较少,循证手段用于慢性病的实践更为有限。当前,慢性病防控的证据积累并不多,并且相关工作人员并未树立循证意识。

2.3.2　政府资金优先性不稳定和投入不足为主要限制因素　针对巴西的 9 份访谈中,大部分访谈指出,妨碍循证实践的问题同样主要集中在资金方面,包括政府资金优先性的不稳定,以及政府对循证实践的投入不足。受访者表示,政府有时会在公共卫生领域确立一些目标并鼓励开展部分项目,但现实却是经常未能如期提供资金。部分受访谈者提出,慢性病防治项目是卫生部呼吁实施的,然而,由于卫生部并未通过预算,所以他们选择依靠市级支持继续这个项目。另一些受访者指出,政党的变动也部分程度造成这一结果,随着执政党的改变,政府基金投入的优先顺序受到影响。例如,主要影响因素是每四年改变一次的政府,有时候执政党不支持这些项目,会很难得到基金和开展项目。每次政党改变,健康推进以及疾病预防方面的项目均停止,尤其是在中小型城市。另一些受访者指出,循证实践缺乏政府的支持。而导致政府不重视的原因则在于,研究者对于研究项目的可适用性和效益并未充分展现,对决策者的说服力不够。例如,不少当地政府认为,很多研究者的研究并未聚焦地域样本,而从其他地区获取的证据可能没那么令人信服。

2.4　中国慢性病循证防控情况

2.4.1　现况　16 位公共卫生从业者多数表示,虽然临床实践层面有不少运用,如对各类级别诊疗大纲、临床指南的使用等,并且科研过程中均或多或少地接触或使用。但循证项目在慢性病防治、健康教育等公共卫生领域的应用则相对较少。而对循证公共卫生认知较深的医生,通常是因为参与相关科室某项目,如上海市大肠癌筛查的公共卫生项目等。

2.4.2　缺乏政府重视和资金投入的短期性为阻碍因素　研究得出影响实施慢性病循证防控的政治和社会文化因素。这些因素包括政府对循证实践缺乏支持、政府未把慢性病预防作为资助的优先项。几乎所有的受访者均指出,不论是循证实践还是慢性病预防都没有得到足够的资助。个别受访者提出,缺乏资助的主要原因是这些研究主题并不是政府愿意选择的优先主题。但不少人也对当前的政府支持表示乐观,认为中国政府已经开始关注循证慢性病防治,特别是那些涉及老年人慢性病的问题。政府已经意识到了由老年人口和慢性病带来的财政负担,对基层慢病防治越来越重视。比如,建立了以社区为基础的保健系统,在这个系统中有全科医生和家庭医生。

受访者指出,由于政府投入不稳定,慢性病循证防控实践无法持续。常常出现在第一笔资金到位后,就没有后续资金的现象。每次的政策均会有一个热点,热点会不停改变,热点问题会得到各方支持,热点过时则无人问津。而慢性病管理主要依靠生活方式的改变和健康的习惯,这需要花费很长时间。随访工作,健康教育等等这些也需要投入较多。

3　讨　论

本研究系统比较分析发达国家和发展中国家在推进循证慢性病实践的现况及相关影响因素,所得结论从实证角度验证了当前国际慢性病循证发展的最新动向[9-12]。研究发现不少发达国家的发展正趋向成熟,证据积累较多,当前愈来愈多的精力正投入于循证手段或方法的推广。而包括中国在内的典型发展中国家则处于起步阶段,由于政府投入少,循证慢性病防治更多需要依靠机构或个体的自发行动[13-15]。

而从限制发展的问题来看,本研究得出政策层面问题是发达国家和发展中国家的共性问题。普遍表现为资金投入不足和不稳定。西方国家主要是政党体制的变化引起政策和资金的不连续性,而中国

则表现为政府重视力度不足。因此,要有效实施循证慢性病防控,需要逐渐确立制度稳定性。在这方面,发达国家正逐步设计有效促进政府投入的规制方法。主要包括:通过设立专向资金提供研究支持;利用慢性病防控成本等证据说服政府;加强研究者与决策者的沟通。例如在美国,CDC(centers for disease control and prevention)设立了慢性病循证的专项资金,为循证干预的推广提供了重要支持,这样一定程度上推动了长效机制的建立。通过将循证干预作为批准资金、继续培训和给 CDC 提供资源的先决条件,促进了循证慢性病防控的发展。而在澳大利亚,则设有对公共卫生进行经济评估的委员会(Public Health Evidence Based Advisory Mechanism),用来对公共卫生决策开展经济评估[16-17]。评估结果对给政府决策施加了压力,从而可以引导政府科学决策。虽然发达国家的循证实践推广也并未达到理想状态,但是其当前做法值得我国借鉴。

本文对多国多名直接从事慢性病防控的公共卫生从业者开展定性访谈,并利用质性研究的科学方法,解读了各国的发展现况和实际阻力。所揭示的结果更有说服力,也从更为宏观和全面的视角解读了当前慢性病循证防控的发展现况。

对于我国而言,当前慢性病循证防控研究极为不足,相关研究均停留在探讨慢性病循证防控意义的阶段[18-19]。为下一步推进慢性病循证防控在我国的应用,围绕本次研究所发现的我国现有证据不足、循证实践和推广手段较少等现实问题,一方面需要加强证据的积累和完善,建立科学的慢性病循证防控数据库;另一方面,在推动循证慢性病防控证据的应用和推广时,更多应落于实地,设计有效的干预手段,特别是在政府决策者缺乏重视的起步阶段,应采用循序渐进的方法,秉着"顺应社会需求,考虑决策环境,有主要利益相关者参与,以及策略沟通这 4 个关键因素"[10]的循证要素。鼓励机构和从业人员发挥主观能动性,如机构可实施灵活的课题资金配套等激励手段来加强对慢性病循证防控的应用和推广。

参考文献

[1] Strong K, Mathers C, Leeder S, et al. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? [J]. Lancet, 2005, 366(9496): 1578-1582.

[2] 童峰,林移刚,张冲. 循证决策:一种忠于证据的公共卫生决策模式[J]. 医学与哲学,2015,36(5B):4-7.

[3] The Cochrane Public Health Group. Cochrane Collaboration [EB/OL]. [2016-06-13]. http://www.cochrane.org/.

[4] Allen P, Sequeira S, Jacob RR, et al. Promoting state health department evidence-based cancer and chronic disease prevention: a multi-phase dissemination study with a cluster randomized trial component[J]. Implementation Science, 2013, 8(1): 141.

[5] Division of Cancer Control and Population Sciences at the National Cancer Institute. Cancer Control PLANET [EB/OL]. [2016-06-13]. http://cancercontrolplanet.cancer.gov/index.html.

[6] Community Guide Branch. Guide to Community Preventive Services[EB/OL]. [2016-07-01]. http://www.thecommunityguide.org/index.html.

[7] Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to Clinical Preventive Services: 2010—2011[EB/OL]. [2016-07-01]. http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm.

[8] McMaster University Medical Centre. HealthEvidence.org[EB/OL]. [2016-07-10]. http://www.healthevidence.org/.

[9] Brownson RC, Ballew P, Brown KL, et al. The effect of disseminating evidence-based interventions that promote physical activity to health departments[J]. American Journal of Public Health, 2007, 97(10): 1900-1907.

[10] Jacobs JA, Dodson EA, Baker EA, et al. Barriers to evidence-based decision making in public health: a national survey of chronic disease practitioners[J]. Public Health Reports, 2010, 125(5): 736-742.

[11] Armstrong R, Pettman T, Burford B, et al. Tracking and understanding the utility of Cochrane reviews for public health decision-making[J]. Journal of Public Health, 2012, 34(2): 309-313.

[12] Armstrong R, Waters E, Dobbins M, et al. Knowledge translation strategies to improve the use of evidence in public health decision making in local government: intervention design and implementation plan[J]. Implemention Science, 2013, 8: 121.

[13] Wang R. Critical health literacy: a case study from China in schistosomiasis control [J]. Health Promotion International, 2000, 15(3): 269-274.

[14] Horn JS. Away with all pests: an English surgeon in People's China, 1954-1969[M]. New York: Monthly Review Press, 1969.

[15] 秦江梅,张艳春,张丽芳,等. 典型城市居民慢性病患病率及患者疾病负担分析[J]. 中国公共卫生,2014,30(1):5-7.

[16] Allin S, Mossialos E, McKee M, et al. Making decisions on public health: a review of eight countries[J]. European Observatory on Health Systems and Policy, 2004: 7-95.

[17] Healy J, Sharman E, Lokuge B. Australia: health system in review[J]. Health Systems in Transition, 2010, 12(2): 227-228.

[18] 柴国良,王朝昕. 循证方法在中国慢性病防治领域应用现况与问题分析[J]. 宁波:2012 年浙江省全科医学学术年会论文汇编,2012:187-189.

[19] 李幼平,杨晓妍,陈耀龙. 我国公共卫生领域的循证决策与管理-挑战与探索[J]. 中国循证医学杂志,2008,8(11):945-950.

收稿日期: 2016-09-05　　(郑新编辑　张翠校对)