

知证卫生决策工具之十四

——组织和开展政策对话支持知证决策*

SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 14: Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking*

John N Lavis¹, Jennifer Boyko², Andrew D Oxman³, Simon Lewin⁴, Atle Fretheim⁵

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. Health Research Methodology Programme, 1200 Main St. West, HSC-2D1, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5;
3. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N0130 Oslo, Norway;
4. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa;
5. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

摘要 政策对话允许将研究证据与受未来优先决策问题影响并参与决策的个人的观点、经验和隐性知识综合考虑。众多因素激起了对使用政策对话越来越多的关注,这些因素包括:①认识到对决策者和其他利益相关者而言本土化“决策支持”的需要;②认识到研究证据仅是影响决策者和其他利益相关者决策过程的因素之一;③认识到许多利益相关者能给决策过程注入自己的价值观或偏好;④认识到不仅决策者、许多利益相关者也能够采取行动解决高度优先问题。

本文通过提出一些问题引导组织和开展政策对话支持知证决策。这些问题包括:①对话是否致力于解决高度优先问题?②对话是否提供了机会来讨论问题、问题解决方案及方案实施中需考虑的重要事项?③是否已通过预先发放政策简报和讨论影响决策过程的全部因素为对话提供信息?④对话是否确保了该问题决策参与者或将受其影响的人员代表的公平性?⑤该对话是否有人主持并遵循不评价个体也不强求达成共识的原则?⑥所得结果和后续活动是否支持行动措施?

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所写“知证卫生决策工具”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。SUPPORT工具及其使用要领在本系列文章的导论中已有详述^[1]。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文章西班牙文、葡萄牙文、法文和中文链接(www.support-collaboration.org)。欢迎通过邮箱 STP@nokc.no 提出修改意见。

2 案例情景

情景1 你是一名高级公务员应邀参加部长关

* 本文英文原文发表于 *Health Research Policy and Systems*, 2009, 7(Suppl 1): S14 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S14

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

注的某个问题的政策对话,你关心政策对话的组织形式是否有助于为问题涉及的各个方面提供决策信息,及是否认识到利用研究证据、利益相关者观点和经验的重要性。你还想确保政策对话得出的结论不是政治或经济上都不可行的建议,从而使部长为难。

情景2 你在卫生部工作,被要求在数小时内准备一份对为解决卫生部高度优先问题政策对话的计划文件的评估报告。你仅被告知本次政策对话在许多方面与你过去为卫生部组织的利益相关者参与过程不同,包括利益相关者如何在对话前通过概要形式被告知关于问题、问题解决方案和实施过程的当前最佳证据。

情景3 你在支持卫生部知证决策的独立机构工作。你正准备为高级政府官员和重要的利益相关者举办一次政策对话来讨论问题、问题解决方案及方案实施中需注意的重要事项。你已被告知开展这次政策对话要能在某种程度上增强其潜在影响力,而你很想有个方案来指导你怎么做。

3 背景

对决策者而言(情景 1),当决定是否参加政策对话或怎样使他们主办的政策对话价值最大化时,本文提供了一些他们可能会要求其下级考虑的问题。对决策者的支持者而言(情景 2 和情景 3),本文提供了很多问题以指导他们对政策对话计划或组织的评估。

寻找互动型知识共享机制越来越被关注,这种机制要求综合考虑研究证据与今后优先问题决策参与者或受其影响者的观点、经验和隐性知识^[2,3]。众多因素促进了这种关注:

- (1) 认识到对决策者和其他利益相关者而言本土化“决策支持”的需要^[4,5];
- (2) 认识到研究证据仅是影响决策者和其他利益相关者决策过程的因素之一^[6,7];
- (3) 认识到许多利益相关者能给决策过程注入自己的价值观或偏好^[8,9];
- (4) 认识到不仅决策者、许多利益相关者也能够采取行动解决高度优先问题。

政策对话建立了一个具有发展前景的“互动型知识共享机制”。这些对话的发展情况已通过两篇系统评价在决策中使用研究证据的影响因素的结果公开,至少部分被公开^[10,11]。尽管这些评价发现该领域的研究还不是很全面、严谨或一致,但还是有少数几个因素显现出以下一致性:

- 研究者和决策者间较高水平的互动能增加研究证据被采用的可能性(尤其是当这种互动交流基于非正式关系时)。相反,缺乏交流互动则会减少研究证据被采用的可能性。
- 时效性好能够增加研究证据在决策中被采用的可能性,而缺乏时效性则会减少这种可能性。
- 当可得研究证据与政治家、公务员和利益相关者的信仰、价值观、利益或政治目标和策略一致时(或特定的政治立场尚不明朗时),就能增加研究证据在决策中被采用的可能性。相反,缺乏一致性则会减少研究证据被采用的可能性。

通过对上述因素的调整,政策对话有可能促进研究证据的运用。这种可能性可通过与以下直接相关的支持来实现:

- (1) 研究者与决策者(及更广范围能采取行动的利益相关者)之间的相互交流;
- (2) 及时发现和诠释可得的研究证据(当紧急

表 1 对话和辩论的区别

对话	辩论
合作的	对立的
共同点	有输赢
拓宽视角	肯定自己的观点
寻找共同点	寻找不同点
促进自省	引起争论
寻找优势	寻找劣势(薄弱环节)
重新评估假设	为自己的假设辩护
聆听对话的意义	倾听然后反击
开放式的结果	得出一个结果或结论

Source: Adapted from the Co-Intelligence Institute and appearing in Jones CM, Mittelman MB. The IUHPE Blueprint for Directed and Sustained Dialogue for Partnership Initiatives

开展政策对话以解决高度优先问题时);

- (3) “实时”确认研究证据与决策者和利益相关者信仰、价值观、利益或政治目标和策略间的一致性。

表 1 提供了一个简单框架以区别“对话”和“辩论”的区别。政策对话的目的是交换意见,而辩论通常不是提供适当机会来支持积极的互动交流和确定共同的立场。但这并不意味着辩论在决策中没有关键和补充作用。事实上,构建可促进争议价值定位的论坛也是需要的。支持替代问题定义、方案和实施策略(为高度不同的价值观所支持)的研究证据的程度和质量可以被公开呈现和辩论。

政策对话模式可以从彼此和其他利益相关者参与进程的三个方面来区分,依据以下几点:

- 目标——包括信息共享、网络化、讨论,形成共识声明及相关目标和/或进程的行动计划;
- 小组构成;
- 小组进程——包括讨论前后发放的讨论材料和讨论形式(如几个小组同时审议或单个小组连续审议及其规则)。

发动公众参与^[12,13]和制定临床实践指南的区别(及其意义)日益受到关注^[14-16]。如研究者已开发了一个证据平台,为制定指南提供设计选择。包括小组组成、讨论前的证据摘要总结及共识规则^[17]。

寻求支持知证决策或支持与卫生体制相关的其他类型知证行动的政策对话,其替代方法的获益、危害和成本极少被关注。一篇系统评价发现政策对话的效果没被严格评价^[3]。但这篇系统评价肯定了政策对话令人鼓舞的特点,如:与受政策对话结果影响的各方磋商、科学家与利益相关者代表的公平性、高质量的证据合成及专业的会议主持^[2,3]。我

们自己对一个有 20 个来自中、低收入国家的决策者、民间团体和研究者参与政策对话的规范评估发现:对话前发放的证据总结、专业的会议主持、运用 Chatham House 规则(禁止归咎具体评论)、不强调达成共识,均属于最有价值的设计选择^[18]。

4 思考问题

下列问题能够指导如何组织和开展政策对话来支持知证决策:

(1) 对话是否致力于解决高度优先问题?

(2) 对话是否提供了机会来讨论问题、问题解决方案及方案实施中需考虑的重要事项?

(3) 是否已通过预先发放政策简报和讨论影响决策过程的全部因素为对话提供信息?

(4) 对话是否确保了该问题决策参与者或将受其影响的人员代表的公平性?

(5) 该对话是否有人主持并遵循不评价个体也不强求达成共识的原则?

(6) 所得结果和后续活动是否支持行动措施?

4.1 对话是否致力于解决高度优先问题?

理论上讲,政策对话应解决部分或所有利益相关者高度优先考虑的问题。如果关键的利益相关者已经把某个问题列入其议事日程一段时间了,那么政策对话如政策简报(文 13 中有进一步讨论)就可以作为一种促进采取行动的方法^[19]。如在布基纳法索和喀麦隆的知证决策网络(EVIPNet)召集了一次国家政策对话,主要是关于青蒿素类复方治疗无并发症的恶性疟疾低覆盖率这样一个存在已久的问题。如果政策简报中的某个问题相对较新,那么相关的政策对话可能潜在发挥其设置议程的作用。但不论是否这样做,政策对话的核心在理论上总是被认为是优先问题,至少是部分关键利益相关者关注的问题。

为开展政策对话挑选优先问题时,旨在达成共识的过程可能使组织者成为那些支持现状或试图逃避改革的决策者和利益相关者的谈判筹码。对于如何最佳地识别问题或拟订方案达成共识的问题,可能也会使那些试图逃避改革的决策者和利益相关者享受到特权。这些小组有可能拥有选择对话邀请对象或主持人及有关支持知证决策后续行动决定的特权(这些考虑详见下述问题 2 ~ 6)。

本文主要关注现有政治体制下主动参与开展的政策对话,其他情况的政策对话也有可能。这些可包括那些反对派领导人身边的工作人员、“影子”卫生部长及那些不太可能分享关于构成高度优先问题

条件或可行解决办法主流说法的人组织的对话。

由于确定优先问题的方式改变,政策对话的时机往往也十分关键。为了解决哪些被认为高度优先的问题,且发生改变的“机遇之门”已经打开时,有必要迅速组织政策对话。

4.2 对话是否提供了机会来讨论问题、问题解决方案及方案实施中需考虑的重要事项?

政策对话,如政策简报,主要集中于:

(1) 某个问题的不同特征,包括(尽可能包括)如何影响特定群体;

(2) 若干可供选择的问题解决方案;

(3) 实施中重要的注意事项。

政策对话参与者的结论可能是“没有一种方案可供选择”。这种情况下,他们可能提出借用其他方案中的某些选择,以创造一种“杂交”(或“捆绑”)的方案。政策对话也可在决策过程的不同阶段召开,如在决策早期关注定义问题,决策晚期则更强调如何实施。

政策简报提供了最佳可得的合成研究证据,但(如文 13 所述)他们并不明确地说出基于那些证据可能采取的行动。与此相反,政策对话可以做到这一点。这种情况下关注的重点可能就是哪些工作靠单独行动(如,某位官员),哪些工作靠共同行动(某个组织,如卫生专业协会)。但可能“共同”完成的事并不意味着包括每一个人。而仅意味着有成员正在参与某个政策对话的少数几个群体会共同向前发展。正如我们下面所讨论的,人们通常不会积极寻求达成共同行动这类共识。

4.3 是否已通过预先发放政策简报和讨论影响决策过程的全部因素为对话提供信息?

如文 13 所述,政策简报是一种介绍全球和本地关于某个问题研究证据的高效方法^[19]。它也为对话参与者提供了一些问题的解决方法和重要事项的参考。政策对话的目标是支持某个高度优先问题相关考虑因素(包括研究证据)的充分讨论,以提供信息给决策或其他类型的行动。对话提供了一种利用多种类型信息并创造本土化知识的工具,从而支持相关决策和其他类型的行动。

为确保关键的相关研究证据受到重视,讨论前分发政策简报十分重要。这是因为政策简报提供了所要讨论问题的共同基础。每一次商议的开始(分别关于某个问题、解决方案和实施注意事项)应该非正式地突出介绍政策简报相应的部分。理论上,应非正式地阐述和讨论这些决定性的突出内容。另一种更加正式表述的方法可能会给一些参加者留下

印象,认为研究证据是商议的唯一重点或优先于其他注意事项。商议最后集中于谁会支持可能行动的实施措施,这部分在政策简报里没有相应内容。

尽管能够以政策简报的形式编写研究证据,或许未来高度优先问题的决策参与者或受其影响者的个人观点、经验和隐性知识最好能在政策对话过程中自发产生。理论上,对话参与者会被邀请介绍他们自己对需要考虑因素的理解,包括现实情况和制约因素、居民和社区的价值观和信仰、各利益团体的权力分配、制度约束及相关“外部”因素的考虑(如扩展经济状况;中低收入国家的情况、捐赠者的策略重点等)。对这些方面的理解十分重要,因为它会影响参与者对问题的处理、解决问题方案的选择、所选方案的实施及关于谁应承担执行具体行动的决定。

4.4 对话是否确保了该问题决策参与者或将受其影响的人员代表的公平性?

理想的政策对话应汇集许多参与某一高度优先问题未来决策,或受其影响的团队,以确保代表的公平性。第一步,要求仔细平衡与此有关的现有各利益相关者的代表性。利益相关者代表性平衡图可通过创建针对该问题的作用清单完成,作用清单包括:

- 国家和 / 或地方政府(如果在地方政府水平存在相关问题的独立公共决策机构)的决策者(包括选举官员、行政工作人员或公务员)。这些决策者可能来自很多不同部门,而不仅仅只是卫生或财政部门;
- 行政区域、医疗机构(如医院)和非政府组织及其他相关组织的管理者;
- 民间社团成员,可包括消费群、卫生专业协会、行业协会及其他;
- 国家研究机构、大学和其他行政辖区的研究人员。

在一些国家,个人可同时担任几个上述角色(或先后担任不同角色)。

第二步,从上面的作用分类清单里仔细选择代表,下面提供的两个标准可能会有用:

(1) 代表要具备明确清晰地表达某个方面对

某问题的观点和经验的能力,同时要能积极与来自其他方面的参与者交流并向他们学习;

(2) 代表要具备支持解决自己方面范围内问题工作的能力。

邀请哪些人和多少人参与讨论高度优先问题在不同的政治制度下有不同的惯例,这可能或不可能、或渴求根据具体的政策对话来调整惯例。但决定邀请人数时,一方面需考虑的关键因素之一是平衡所有重要方面的代表,另一方面是所有代表贡献的机会。某些情况下和对某些问题,15 ~ 20 人可能足以达到所述要求或平衡。对其他一些情况或问题可能需要两倍于该人数的参与者。一些讲法语的非洲国家,如知证决策网络(EVIPNet)团队已举办的政策对话规模甚至还要更大(表 2 有进一步讨论)。这些情况下,为了让所有被邀请的代表都有机会表现,当地组织者在不同分组中同时加入了相关讨论内容。

政策对话邀请函对关键参加者非常重要。理想的政策对话标题最好能用较好的措词吸引被邀决策者和利益相关者,如采取引人注目的提问形式。邀请函还应提供参与对话的设计者和资助者的名单(召开对话和对话本身涉及的资助者)及其联系方式。

4.5 该对话是否有人主持并遵循不评价个体也不强求达成共识的原则?

为了确保政策对话顺利进行,需要一名熟练、知识渊博且中立的主持人。需要有保证对话紧扣关注问题的技巧,以确保所有对话参与者都能发表自己的意见,并积极挑战讨论过程中对问题的误解及对其他可能影响决策过程的证据。主持人要避免产生有关参与者地位的认知(组织中的地位、教育背景或其他因素)或其他有关语言障碍的考虑,不要赋予对话中部分参与者有别于他人的特权。关于该问题中等水平的知识和当地背景对解释政策简报的作用和掌握政策对话的进度十分必要。也需要中立的立场以确保所有参与人员都把对话看作商议的“安全港湾”而不是主持人用来控制引导商议朝他们想要的方向的工具。

安排这样一个可靠的商议空间需要一些普遍认同的准则以保证参与的个人坦率地表述,且消除对

表 2 促进疟疾治疗的政策对话

布基纳法索和喀麦隆的两个知证决策网络团队都进行了一次国家层面的政策对话,主要是关于如何支持广泛运用青蒿素复方疗法治疗无并发症的恶性疟疾的各方面注意事项(包括研究证据)。

2008 年 5 月,布基纳法索的政策对话汇集了 38 名利益相关者讨论该问题、三种可供选择的解决办法及注意事项。对话的结果直接告知布基纳法索政府做好向防治艾滋病、肺结核与疟疾全球基金会成功申请准备。

2009 年 1 月,参与喀麦隆政策对话利益相关者的数目近乎布基纳法索的两倍,也是讨论疟疾的治疗方法,并通过了三种适当的疗法和需要考虑的事项。该团队分为 4 个小的“工作组”各自进行讨论,本次对话也引起了媒体的极大关注,增加了随后几个月付诸实际行动的可能性。

媒体或其他代表的抵触(因其一直这么做)的任何担忧。很多政策对话都遵循 Chatham House 规则:“与会者可自由使用在会议中获得的信息,但不得透露发言者及其他参与者的身份与单位等信息(www.chathamhouse.org.uk/about/chathamhouse/)”该规则确保了对话参与者感到被充分授权,可根据自己学到的知识行事,同时知道其在会上的言行以后也不会被用来报复或伤害他们。

不以达成共识为目标起初会觉得自相矛盾,但对很多决策者和利益相关者来说这是一个很重要的原则。最终负责制定政策的是决策者。因此,当实际制定政策一般均要经过政府官员和利益相关者间复杂的交流过程时,仅靠一次对话,或没有机会对话政府其他部门决策者或其他利益相关者,这种情况下多数决策者会非常犹豫允诺某种方法或措施。同样,一些利益相关者需要返回他们自己的小组或组织来决定小组或组织应采取什么样的行动。所有这一切表明,大多数情况下寻求共识不是一个很恰当的目标,但如果自发显现出来,共识还是能够或应该被采用。

4.6 所得结果和后续活动是否支持行动措施?

改善健康的行动是政策对话优选的结果,因此需要创建机制提供给对话参与者和相关人员一些工具以支持这样的行动。起码应该积极宣传政策简报

和政策对话摘要的精髓(如要点式总结而不是详细报告)。对话摘要需要遵循 Chatham House 规则,即不透露发表评论或意见的个体姓名或单位;也不包括对话参与者名单。

额外的步骤也可被用于支持任何要求的行动,如 McMaster 健康论坛(一个基于大学的政策对话召集者):

(1) 为对话参与者提供参与一个简短视频访谈的机会,他们可以描述对对话的理解或他们认为解决问题的关键。同时向他们清楚地说明,使他们能自由选择的 Chatham House 规则用于其他人时也不会改变。

(2) 为重要的利益相关群体提供一份个体化的关于对话意义的简报,便于帮助其理解政策简报和对话对他们的意义。

(3) 提供为期一年的证据服务,关注刚发表或刚发现的系统评价。这为需要改变或建议行动增加了额外的动力。视频访谈和证据服务更新都会张贴在论坛的网站上以鼓舞并告知他人。

随着这个新兴领域作出的所有努力,这种后续行动确保了进一步的评估。

随着时间的推移,可以考虑政策对话怎样能够“适合”知证决策过程其余的阶段,及它们是否能够成为重要问题的规范。

表 3 政策对话规范评估的方法举例

- McMaster 健康论坛调查了其组织的全部政策对话的参与者,其长期目的是:识别针对特定类型问题或什么健康体系环境类型下效果最好且相匹配的特定设计特征。这种参与是自愿、保密并具有匿名安全保障。
- 以下是对话的 12 个特点,这也是规范评估调查中的主要问题:
 - 解决高度优先问题
 - 提供机会讨论某个问题的不同特点,包括(尽可能)怎样影响特定群体
 - 提供机会讨论解决某个政策问题的三种方案
 - 提供机会讨论实施的关键因素
 - 提供机会讨论由谁来采取什么样的行动
 - 由预先发行的证据简报通知,该证据简报涵盖了全球和本地有关某个问题、三个解决途径及实施注意事项的研究证据
 - 通过影响决策各种因素的讨论告之,以便了解如何处理问题、选择解决问题的方法及其贯彻落实情况
 - 汇集关于某些问题未来决定方方面面的参与者或相关人员
 - 确保决策者、利益相关者和研究者代表的公平性
 - 聘用主持人协助研究讨论
 - 允许根据 Chatham House 规则举行直接、非正式的会议:“与会者可任意使用在会议中获得的信息,但不得透露演讲者及其他与会者的身份与单位等信息”
 - 不以达成共识为目标
- 调查涉及到每种设计特点的问题如下:
 - 根据自己认为的有用程度从 1(完全没用)到 7(非常有用)判定该方法多有用?
 - 改进意见和建议?
- 调查还会问到:
 - 政策对话如何实现其目的,即支持某个备受关注问题的具体相关事项(包括研究证据)通过充分讨论以至成功付诸行动是怎样实现的,从 1(失败)到 7(成功)?
 - 对话的哪些特点应该一直保留下去?
 - 对话的哪些特点应该有所改进?
 - 其他哪方面可以做得更好更有效以解决首要关注的问题及他们个人在哪些方面还可以做得更好或与以往有所不同?
 - 他们的角色和背景(这样 McMaster 健康论坛能够确定对话里的不同组有不同的观点和工作经验)
- McMaster 健康论坛还计划在对话后进行为期 6 月的随访调查,旨在确定参加人员已开始哪些实践活动及有何影响,这同样也是自愿参与、保证保密并具有匿名安全保障。
- 非洲、亚洲和美洲的知证决策网络(EVIPNet)计划在他们的政策对话规范评估中运用类似的方法。

5 结论

政策对话代表了一种崭新且不断发展的支持知证决策的方式,这是众多有助于知证的政治交流形式的一种。基于实践经验政策对话的组织开展也在不断发展。为了促进我们对哪种设计特点和后续行动更容易被特定类型的问题和情况所接受的理解,有必要评价这种方式。如 Chatham House 规则可被看作是高端政治化议题非常重要的规则。同样,在有着悠久传统的社会政治制度的决策过程中,不以达成共识为目标很不适当。作为一种促进我们对政策对话和相关后续行动是否及怎样支持知证决策的方式,评价也很有必要。表 3 描述了一种政策对话规范评估的方法。

资源

有用的文件和补充阅读文献

- Lomas J, Culyer T, McCutcheon C, McAuley L, Law S: Conceptualizing and Combining Evidence for Health System Guidance. Ottawa, Canada: Canadian Health Services Research Foundation; 2005[3]www.chsrf.ca/other_documents/pdf/evidence_e.pdf

网址链接

- Chatham House: www.chathamhouse.org.uk – Source of the ‘Chatham House Rule’
- Evidence-Informed Policy Networks: www.evipnet.org – Network of groups involved in convening national policy dialogues.

附件

术语: <http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1478-4505-7-S1-S14-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 Culyer AJ, Lomas J. Deliberative process and evidence-informed decisions-making in health care: Do they work and how might we know? *Evidence & Policy*, 2006, 12: 357-371.
- 3 Lomas J, Culver T, McCutcheon C, et al. Conceptualizing and Combining evidence for health system guidance. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation, 2005.
- 4 Lavis JN. Moving forward on both systematic reviews and deliberative processes. *Healthcare Policy*, 2006, 1: 59-63.
- 5 Lomas J. Decision support: A new approach to making the best healthcare management and policy choices. *Healthcare Quarterly*, 2007, 10: 16-18.
- 6 Hanney SR, Gonzalez Block MA, Buxton MJ, et al. The utilisation of health research in policy-making: Concepts, examples, and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*, 2003, 1.
- 7 Lavis JN, Posada FB, Haines A, et al. Use of research to inform public policymaking. *Lancet*, 2004, 364: 1615-1621.
- 8 Gregory J, Hartz-Karp J, Watson R. Using deliberative techniques to engage the community in policy development. *Australia and New Zealand Health Policy*, 2008, 5.
- 9 Schunemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 10. Integrating values and consumer involvement. *Health Research Policy and Systems*, 2006, 4.
- 10 Lavis JN, Hammill A, Gildiner A, et al. A Systematic Review of the Factors that Influence the Use of Research Evidence by Public Policymakers. Final Report Submitted to the Canadian Population Health Initiative. Hamilton, Canada, McMaster University Program in Policy Decision-Making, 2005.
- 11 Lavis JN, Davies HTO, Oxman A, et al. Towards systematic reviews that inform healthcare management and policymaking. *J Health Serv Res Policy*, 2005, 10: 35-48.
- 12 Abelson J, Forest P-G, Eyles J, et al. Deliberations about deliberative methods: Issues in the design and evaluation of public participation processes. *Social Science & Medicine*, 2003, 57: 239-251.
- 13 Abelson J, Forest P-G, Eyles J, et al. Examining the role of context in the implementation of a deliberative public participation experiment: Results from a Canadian comparative study. *Social Science & Medicine*, 2007, 64: 2115-2128.
- 14 Black N, Murphy M, Lamping D, et al. Consensus development methods: A review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 1999, 4: 236-248.
- 15 Fretheim A, Schunemann HJ, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 3. Group composition and consultation process. *Health Research Policy and Systems*, 2006, 4.
- 16 Fretheim A, Schunemann HJ, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 5. Group processes. *Health Research Policy and Systems*, 2006, 4.
- 17 Schunemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 1. Guidelines for guidelines. *Health Res Policy Syst*, 2006, 4: 13.
- 18 Lavis JN, Hamid M, Sewankambo NK, et al. International Dialogue on Evidence-Informed Action. Hamilton, Canada: McMaster University Program in Policy Decision-Making, 2007.
- 19 Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking. *Health Res Policy Syst*, In Press.

李幼平 总审校
文进 高露 译
蒋兰慧 审校
本文编辑: 蔡羽嘉