

知证卫生决策工具之三

——设定优先顺序支持知证决策*

SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 3: Setting priorities for supporting evidence-informed policymaking*

John N Lavis¹, Andrew D Oxman², Simon Lewin³, Atle Fretheim⁴

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. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway;
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 决策者开展或支持知证决策与项目的资源有限。所需资源包括员工的工作时间、员工开展工作的基础设施(如电子图书馆的使用权限或购买期刊文章)和不断更新专业知识。决策者们也许更愿意将这样的工作承包给具备恰当技能和设施的独立机构,但决策者的资金有限。不管为知证决策提供的支持来自外部还是内部,是集中还是分散,资源都需要合理最大化利用。不恰当设定优先次序的例子包括:① 采取逐个评价个案的方式支持知证决策制定时间进度表,而不是为每一个时间进度表提供明确规范的支持力度;② 优先次序设定的标准含糊不清;尤其设定优先次序的过程不清楚或不系统不准确;③ 无交流和监测评价计划。本文提出用于指导在查找和使用研究证据支持知证决策的过程中如何设定优先次序的问题,包括:① 设定优先次序的方法可否明确地为以不同方式解决最优先问题制定时间表?② 该方法是否采用了设定优先次序的清晰标准?③ 该方法是否采用了设定优先次序的清晰流程?④ 该方法是否采用了交流策略和监测与评估计划?

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)。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 假如你是一位高级公务员,将向部长提交一份计划,关于如何分配人力及其他资源以保证对正在实施项目的良好管理、对突发问题的妥善处理和对最优先问题提供充分的决策证据支持。过

去你发现,对项目管理和突发事件的处理严重限制了支持知证决策的积极性。在这个计划里,你想引入一种设定优先次序的方法来支持知证决策。

情景 2 假如你在卫生部工作,正在准备一份关于卫生部的决策支持部门如何支持其他部门人员的简报。支持涉及:从快速提供某一特定问题所需的最佳合成证据,到提供更全面的知证问题评估和拟解决问题的方案及方案执行计划和建议(也许该计划建议需数周或数月才能完成)。该报告将考虑决策支持部门如何确定哪些问题优先得到特定的支持。

情景 3 假如你在某支持卫生部知证决策的独立机构工作,你正在为卫生部准备一份详细提案,关于机构如何设定需要政策简报和政策对话来支持其知证决策的问题的优先次序(这些问题是文 13^[2]和 14^[3]讨论的重点)。

3 背景

政策制定者和利益相关者可用于开展或支持知证决策和项目的资源有限。这种资源紧缺不仅在于工作人员的时间有限,也包括决策支持者对决策者

* 本文英文原文发表于 *Health Research Policy and Systems*, 2009, 7(Suppl 1): S3 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S3

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

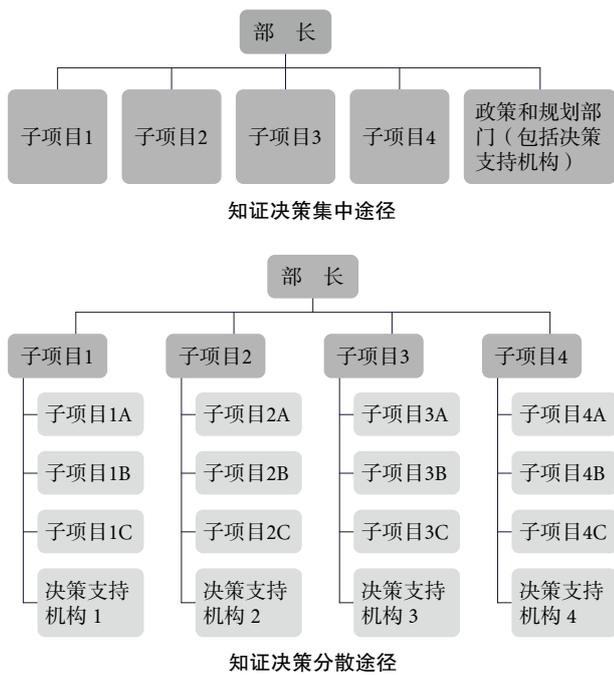


图 1

提供帮助的能力有限。这就意味着技术人员查找和使用研究证据去确定问题、拟定备选方案和计划实施方案(本系列的文 4 ~ 6^[4-6] 将集中论述这些问题)或支持知证决策的其它工作时间非常有限。工作人员的大量时间用于管理在研项目和处理紧急问题。资源有限也可影响到员工开展工作的基础设备(如电子图书馆的使用权限或购买期刊文章)和专业的可持续发展。

在资源如此紧缺的情况下工作,决策者和其他利益相关者可能会选择集中所有工作人员支持知证决策或将他们分派到各个项目领域。图 1 直观地展示了集中和分散两种支持知证决策的途径。集中途径有助于制定一套共同设定优先次序的途径和程序,但需与清楚了解该问题背景的项目工作人员保持紧密联系(可通过建立指导小组监督现有研究证据的评估实现)。而分散途径有助于在每一个项目里营造知证决策的文化氛围,但同样需与各项目间的决策支持者保持紧密联系。

决策者和利益相关者也可选择将一部分或全部工作外包给拥有熟练员工和相应基础设施的独立机构。但这种选择会受资金限制。与内部集中途径一样,外包合同要求通过可能的机制,如临时指导小组,与了解问题和背景的决策者和利益相关者保持紧密联系。

不论知证决策的支持是内部提供还是外包给独立机构,无论采用集中途径还是分散途径,都要求合理并最大化利用有限资源。但仅极少数问题可得到

制定优先级方法的要素	不合理特征	理想特征
时间表	逐个案例协商	每一级的支持规范(准则)
标准	不明晰	明晰
过程	特别、有选择的	系统并明晰
交流/监测和评估	缺乏	规划过

图 2

当前全面评估的研究证据。另外,资源有限也影响政策或项目、实施策略的抉择(本系列的文 5^[5]、文 6^[6] 将重点讲述这些问题)。本文主要讲述如何合理有效地使用资源来查找和使用研究证据以支持知证决策。

图 2 中的第二栏展示了制定优先次序方法可能出现的不合理做法。如支持知证决策的时间表是基于个案需求而制定的,决策者将不可能在有限的时间内(如半天, 5 天或 2 月)得到原本可以得到的决策支持(如系统评价所需的文献检索或对研究证据进行全面评估)。当设定优先次序的标准不明晰或制定过程不合理时,那些未能得到所需研究证据的决策者也许会因他们的项目缺少关注而沮丧,或因只能空谈知证决策而失望。如果没有信息交流计划或监测评估计划,决策者们将不了解为什么能或未能满足他们的证据需求,也不知道他们现行的方法能否完善及如何完善。

支持知证决策的决策者和利益相关者在制定优先次序的方法时面临巨大挑战。

- 他们必须把设定优先次序的主动方法(如当某卫生问题需纳入国家战略计划中时,应给予其哪一优先级?)和应对当前问题的被动方法(如报纸头版新闻或在条例讨论的问题应确定为哪一优先级?)相结合。设定优先次序的方法在应对当前潜在困难情况的同时也必须服务于未来的规划。
- 决策者必须平衡疾病导向(如艾滋病或糖尿病属于什么优先级?)、项目、服务和药品导向(如一项筛查项目、咨询服务或一类新药属于什么优先级?)及卫生服务措施导向(如护士日常工作范围的常规变动或医生薪酬财务制度改革或决定是否仅以大型设备提供的医疗服务形式改变,属于什么优先级?)。制定优先次序的方法需具备多种功能,通常同时具有交互性和导向性。
- 决策者必须平衡短期保密问题和长期承诺透

明与公众问责之间的矛盾。这对那些高度依赖公务员为他们评估问题的决策者尤其如此。严格的保密措施通常是为了确保在决策者尚未审查此问题之前其不被讨论。这很重要,因为决策者要以非常公开的方式对他们所做的决定负责(通过定期遴选)。制定优先次序的方法,至少在政府各部门,应符合保密和透明相结合的规定。

有些用于设定知证决策优先次序的方法,借鉴了用于其它领域设计优先次序的工具和资源。这些工具和资源可分为三种主要类型:

- 许多工具和资料说明如何制定疾病和创伤的优先次序,这些工具侧重利用现有疾病和创伤的患病率或发病率数据^[7-10]。
- 大部分工具和资料侧重于如何设定针对疾病和创伤或更广泛的亚健康项目、服务和药物的优先次序。其中许多侧重联合使用患病率或发病率数据和防治方案有效性或成本-效果研究证据^[11-13]。少数使用更宽泛的标准或更综合性的方法设定优先次序^[14-16]。
- 几乎没有工具和资料说明如何优选或改革卫生系统服务项目以支持具有成本-效果好的项目、医疗服务和药物^[17],或如何设定行动的优先次序以解决卫生的社会决定因素。

此外,还有专门适用于为研究机构优选原始研究和系统评价^[18-22]及给卫生部门优选推荐意见(如临床实践指南的工具和资源)^[23]。

以上讨论的工具和资源有助于为知证决策所关注的问题制定优先次序。如疾病负担数据也可用于评估某特定疾病对总体疾病负担的影响。有关项目、医疗服务和药品需求效果的研究证据可用于评估疾病治疗措施。同样,基础研究(也许使用5~25年)、应用型原始研究(也许使用2~5年)和系统评价(6~18月)的优先次序制定方法都能为政策简报(产生时间1~6个月)的优先次序设定提供借鉴(本系列文13将详细介绍政策简报的准备和应用)^[2]。用于设定优先次序的方法也能为查找和使用研究证据支持知证决策提供借鉴。但最近一个有关确定推荐方案优先次序的评论认为“指导制定优先次序标准和程序的有效证据很少”^[23]。表1列出了因使用优先次序确定方法而受益的各种机构。

4 思考问题

下述问题可指导如何设定优先次序来查找和使用证据支持知证决策:

表1 使用设定优先次序方法进行知证决策而受益的机构

很多不同类型的组织都争先支持知证决策。如:

- 英国卫生部成立战略政策科来理清需要数周或数月处理的最优问题
- 加拿大卫生部药物和治疗管理局(www.cadth.ca)是中央政府资助的机构,主要功能是对省级卫生厅在选择可以引进、推广或资助的卫生技术时为其所提出的要求或问题做出快速应答(即卫生技术咨询服务)
- 越南的知证决策网(www.evipnet.org)已经获得资助出版两份政策简报和下一年针对决策者和利益相关者的优先次序主题召开政策对话
- 欧洲卫生系统与政策观察站将在极短时间内召开一系列的政策对话包括“快速应答研讨会”

国际医疗比较在线设备署(www.lshtm.ac.uk/ihc/index.html),位于伦敦卫生与热带医学学院,负责回应英国卫生部关于在其他高收入国家卫生系统如何解决具体问题的要求。

这些机构都必须列出他们的时间进度表,不论是明示或是暗示。他们也需要标准来确定哪些是需花费更多时间的问题、哪些是只应占用少量时间的问题、哪些是不应为其耗时的问题,还要求有做出决策的过程。

(1) 设定优先次序的方法可否明确地为以不同方式解决最优先问题制定时间表?

(2) 该方法是否采用了设定优先次序的清晰标准?

(3) 该方法是否采用了设定优先次序的清晰流程?

(4) 该方法是否采用了交流策略和监测与评估计划?

4.1 设定优先次序的方法可否为不同方式解决最优先问题制定时间表?

决策过程也许耗时数天、数周甚至数年。系统且清晰地设定优先次序的过程一般不适用于短期决策项目(如几小时或几天),因为设定优先次序过程耗时长于决策时间。但简单明晰的标准仍然有助于判断哪些问题需要大家齐心协力查找和使用研究证据(如当部长说“现在就需要”的时候)。同样,简单明晰的标准可鉴别哪些问题可等一段时间后处理、哪些问题可置之不理、哪些问题介于二者之间。

对那些需耗时数周或数月的决策过程,清晰的优先次序设定标准和系统、清晰的程序可提高决策质量。以下状况尤其如此:当决策者和利益相关者寻求对研究证据的独立评估(如政策简报)(参见文13关于准备和使用支持知证决策的政策简报的论述)或通过政策对话吸引利益相关者寻求证据(文14将讨论如何组织和利用政策对话来支持知证决策)^[2,3]。优先次序设定过程是动态的,若要权衡采用主动和被动方法,则需每隔几周或几个月进行修正。

对长期的政策问题和历时数月甚至数年的决策过程,决策者和其他利益相关者可使用更策略的优

表 2 设定优先级方法的案例

部级决策支持部门为其它部级工作人员提供下列支持:

1. 检索解决某一问题的系统评价(时间进度:1天;每季度可以提供24篇)
2. 对关于问题各方面的系统评价进行质量评价,并总结其关键信息(时间进度:1周;每季度12篇)
3. 全面评估关于找准问题、拟订方案和计划如何实施方案的证据(时间进度:1月;每季度3篇)

决策支持部门持有一份询问清单,每一个问题为0~56分。每个问题由两名小组成员展开评价,按照下面三个标准来确定等级,1~7级。(等级1表明“强烈反对”,等级7表明“强烈支持”):

- 潜在问题如果得以正确处理,则可带来更多的健康获益、可改善卫生公平性或为现在或今后带来其它的积极影响
- 方案如得以合理实施,则影响到一些潜在问题,进一步带来更多的健康获益、改善卫生公平性或带来其它积极影响;或可减少伤害、节约成本或增加投入产出
- 政治事件将提供或已经提供(或已经打开)变革的机会

第三条标准的赋值是其余标准的两倍,因为其重要性是其余标准的两倍(一种可确保“部长优先权”被充分考虑的办法)。等级1是0~14分,等级2是15~28分,等级3是29~56分。两名员工中的一位将记录“支持申请”的类型(上面的类型1,2,3)。对其的评估是基于卫生部其他工作人员提交的申请内容及理由(得到部门领导同意后)。要求必须解决每一个标准使用现有数据与证据(如果可得)和采用清晰标准考虑优先级设定的适用性问题。

每周开始阶段,机构负责人和所有分管部门负责人一起评价每种支持类型里“支持申请”的优先级顺序。他们一致确认支持类型1中前两名“支持申请”和支持类型2中的最高“支持申请”已在本周开始执行。他们也可以批准支持类型3的最高要求待定,准备在新一轮评估中作为类型3的第二顺序一起完成。小组负责人(受过卫生政策研究培训)协调会议,需要考虑等级变化的合理性,按临时问题的清晰度、选择方案和实施来确保全面评估的任何要求都被考虑。然后部门负责人将评估决定及“支持申请”排名挂到卫生部局域网,并且指导那些“支持申请”提交后1月内仍未得以处理的工作人员提交更新后的申请。

机构负责人和分管部门一月一次评价小组的监测数据,该数据包括部门成员和他们提案的诉求。单位一年一次重新评估产生的等级,以决定是否提供更多的支持。单位每三年一次评估决策进程的影响。

先次序设定方法,包括要求研究者针对某一具体政策或项目进行系统评价或评估政策或项目某一方面的影响(文18将对此进行讨论)^[24]。

制定优先级的方法理想状态下可为以不同方式解决高优先问题制定时间表,以便决策者和利益相关者根据时限调整工作计划、决定接受何种支持。如:

- 检索有关问题的系统评价;
- 总结某问题多方面经过质量评价的系统评价中获得的信息,或
- 利用现有证据等综合性评估确定问题、列出解决该问题的选择方案和实施某方案的条件(如文13^[2]描述的政策简报)。

图2最后一栏强调了设定优先次序的理想方法,包括不同支持类型的时间进度表的使用规范。图中强调的其他方法是问题2~4的阐述重点。表2提供了不同支持类型对应的时间进度表(及如何

提供)的例子,还包括如何将问题2~4的启示用于卫生部设定其优先次序。

4.2 该方法是否采用了设定优先次序的清晰标准?

如果承诺严格保密,清晰的标准有助于指导优先次序的设定过程,确保与其他决策者及利益相关者讨论设定优先次序的合理性。确定某一问题的优先次序可能包括3个标准:

- 恰当确定优先次序的方法可使医疗福利、卫生公平性对当前或将来产生积极影响。
- 如果潜在的问题被合理/恰当地提出,可转化为近、远期的健康获益,提高卫生服务公平性或其它积极影响,或减少伤害,节约成本或增加投入产出。
- 政治事件可带来改革机遇(或政治事件已带来变革)。如1993年中国台湾为应对反对党的挑战开启了一项全民保险法案^[25]。这个紧急挑战开启了变革的视窗,也为查找和使用证据支持全民卫生保健决策提供了机会。

使用这些标准需要有可及的数据和研究证据,及选择是否值得为解决设定优先次序(基于这些或其他方面)的评估。全面的评估只适用于少数最优先问题。

上面列出的第一个标准与疾病负担和新发疾病或突发疾病可能带来的严重性有一定关系,也与该问题能否被列入优先级的可能性有关。这些重要问题可在不同范围内变化,小到具体疾病和创伤的具体特征,大到防治这些疾病和创伤和/或卫生系统政策支持项目、医疗服务或药物政策。若重要问题的数据和证据目前不可及或完全没有,则需要考虑其他方法(文4将提供使用证据找准问题的评价过程)^[4]。

第二个标准要求判断方案的成本是否可接受及能否达到预期效果(如优选备选方案的可能性大小)。拟定备选方案(文5重点阐述)要求系统评价研究证据来检验方案获益的可能性及成本和成本-效果的数据或研究证据^[5]。两个新开发的、包含了系统评价综合了上述特征的决策者界面友好的数据库(文7讨论),已经预先评估其可行性^[26]。但在无法获得选择方案的可行性证据时需做其他考虑。

第三个标准要求判断某举措的机会是否到来或已经到来^[27]。如文4所述,当某问题在特定时期予以关注,则可能已有机会^[4]。如大量媒体报道有关癌症护理服务质量和可及性间的巨大差距。这种机会因媒体关注度的迅速转移亦会快速消失。机会也可能由政治事件带来,如:拟解决同一问题的利益

相关者形成联盟,或事件涉及的人员被任命为卫生部长。一些与问题或政治相关的事件可被预知,如国家统计局的定期报告,国家卫生部门的战略发展计划和年度预算和选举。但机会的性质很难预见。

4.3 该方法是否采用了一个设定优先次序的清晰流程?

清晰的标准本身不能做出决策——但决策者可利用其做决定。而一个系统且清晰的流程可帮助决策者做出高质量决策。设定优先次序的流程包含4个理想特征:

- 事先总结了已有数据和证据并充分讨论了设定问题优先次序的标准的适用性;
- 确保涉及优选问题各方包括参与决策者和受决策影响的相关人员具有公平的代表性;
- 鼓励协调员利用结构良好的问题引导确定优先顺序,并讨论优先顺序的合理性;
- 一个经验丰富的决策者和研究者联合团队,致力于将高优先问题分解为清晰的一个或多个问题及经详细评估的可行方案。

事先提供一份对现有数据与证据的总结是让参会者做好会前准备参与设定优先次序的高效方法。数据和研究证据之间的差距与可获得性同样重要。这样的总结可为讨论提供基础。

设定优先次序的理想流程将吸纳许多可能参与优选或受其未来决策影响的团队进入。要做到这一点,需详细掌握所有利益相关团体的全面信息,再从不同的利益相关团体中选择恰当的个体。如因保密条文规定而将可能受相关事件未来决策影响的人排除在决策过程之外,则设定优先次序的流程将面临更大挑战。公务员尤其是政治家仍会因他们所代表的利益方参与。

一个经验丰富博学中立的组织者可以保证优先次序的设定过程顺利进行^[3]。本系列的文14将阐述这一特征的原理。设定优先次序的流程对政府完全是一个内部过程,若协调员来自决策支持单位再理想不过,远胜于来自负责制定特定政策的部门(如人力资源政策)或特定项目(如糖尿病治疗)的官员。

当一个经验丰富的决策者和研究者组成的团队,将最优先问题分解为清晰的一个或多个问题及经详细评估的可行方案。该团队将为每个问题制定清晰的时间表,也可提供哪些问题由内部机构承担和哪些问题由外部机构处理的指南。如某一问题需保密,可由内部机构处理,也可由外部机构处理,但需在外包合同中写入详细的保密条款。正如第2部分所述,这一过程听起来很复杂,但可在特定条件下

以特定方式操作。

4.4 该方法是否采用了信息交流策略和监测评估计划?

信息交流策略可确保决策者和利益相关者掌握最优先问题的相关证据和信息,以便他们确认问题、拟订方案和制定实施计划。理想情况下,精心为不同的利益相关者准备各种相关材料是实施信息交流策略的部分内容。但某些情况下或针对某一问题,保密条例可能不允许相应的利益相关者获得这种交流信息。

即使最佳的信息交流策略也做不到让所有人知晓,因而可能难以实现理想的解决最优问题的承诺。当最优问题不能在规定的时间内解决时,监测计划通过监测来解决。相应评估方案可系统监测特定问题,如优先级制定过程对决策过程的影响及利益相关者对确定的优选问题的反应及其原因。

5 结论

为查找和使用证据支持知证决策设定优先次序可轻易跳过不做或迅速草率完成。用以设定优先次序的方法可能不能顺利实施或不能完全实施。因为机会出现的时间不定,因此不可能定期重复采用某一特定方法。设定优先次序的任何失败都意味着错失支持知证决策良机 and 破坏知证决策氛围。应更多关注不同方式解决最优问题的时间表是否现实和恰当;设定优先级的标准和流程是否现实和有用;信息交流策略和监测评估方案即使在资源极其有限的情况下,对这些问题的关注都可能保证支持知证决策的已有资源发挥最大作用。

资源

有用的文件和补充阅读文献

- Healy J, Maxwell J, Hong PK, Lin V: Responding to Requests for Information on Health Systems from Policy Makers in Asian Countries. Geneva, Switzerland: Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization; 2007^[28]. – Source of lessons learned about organisations that support evidence-informed policymaking, but with little attention given to how priorities are set by these organisations (http://www.who.int/alliance-hpsr/RespondingRequests_HS_AsianCountries_Healy.pdf website)
- Nolte E, Ettelt S, Thomson S, Mays N: Learning from other countries: An on-call facility for health care policy. *Journal of Health Services Research and Policy* 2008, 13

(supp 2): 58-64 [29]. – Source of lessons learned by an independent organisation that supports evidence-informed policymaking, with some attention given to how priorities are set by the organisation

网址链接

- Global burden of disease: http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en website – Source of data and research evidence about the global burden of disease. This information can be one input among many in priority setting for evidence-informed policymaking.
- Disease Control Priorities Project: <http://www.dcp2.org/main/Home.html> website – Source of research evidence and recommendations about the programmes, services and drugs that should be prioritised in different types of countries. This information can be one input among many in priority setting for evidence-informed policymaking.
- CHOosing Interventions that are Cost-Effective (CHOICE): <http://www.who.int/choice/en> website – Source of data, research evidence and a tool about the programmes, services and drugs that should be prioritised in different regions and countries. This information can be one input among many in priority setting for evidence-informed policymaking.
- Canadian Priority Setting Research Network: <http://www.canadianprioritysetting.ca> website – Source of published articles about priority-setting in healthcare, which may provide lessons for priority setting for evidence-informed policymaking.

附件

术语: <http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1478-4505-7-S1-S3-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 forevidence-informed health Policymaking (STP). Introduc-tion. *Health Res Policy Syst*, 2009, 7(Suppl 1): I1.
- 2 Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, *et al.* SUP-PORT Tools for evidence-informed health Policymaking(STP). 13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking. *Health Res Policy Syst*, 2009, 7(Suppl 1): S13.
- 3 Lavis JN, Boyko J, Oxman AD, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 14.Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. *Health Res Policy Syst*, 2009, 7(Suppl1): S14.
- 4 Lavis JN, Wilson MG, Oxman AD, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 4.Using research evidence to clarify a problem. *Health Res Policy Syst*, 2009, 7(Suppl 1): S4.
- 5 Lavis JN, Wilson MG, Oxman AD, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymak-ing (STP). 5. Using research evidence to frame options to address a problem. *Health Res Policy Syst*, 2009, 7(Suppl 1): S5.
- 6 Fretheim A, Munabi-Babigumira S, Oxman AD, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymak-ing (STP). 6. Using research evidence to address how an option will be implemented. *Health Res Policy Syst*, 2009, 7(Suppl1): S6.
- 7 Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, *et al.* The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 2007, 370: 1929-1938.
- 8 DeSavigny D, Kasale H, Mbuya C, *et al.* In Focus: Fixing Health Systems. 2004 [<http://www.idrc.ca/openbooks/411-6/>]. Interna-tional Development Research Centre.
- 9 Rudan I, Lawn J, Cousens S, *et al.* Gaps inpolicy-relevant informa-tion on burden of disease in children:a systematic review. *Lancet*, 2005, 365: 2031-2040.
- 10 Stuckler D, King L, Robinson H, *et al.*WHO's budgetary allo-cations and burden of disease: a comparative analysis. *Lancet*, 2008, 372: 1563-1569.
- 11 Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TT. Generalized cost-effective-ness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost Eff Resour Alloc*, 2003, 1: 8.
- 12 Laxminarayan R, Mills AJ, Breman JG, *et al.* Advance-ment of global health: key messages from the Disease Control Priorities Project. *Lancet*, 2006, 367: 1193-1208.
- 13 Mitton C, Donaldson C. Health care priority setting: principles, practice and challenges. *Cost Eff Resour Alloc*, 2004, 2: 3.
- 14 Daniels N, Sabin J. Setting limits fairly. Can we learn to share scarce medical resources? Oxford University Press; 2002.
- 15 Gibson JL, Martin DK, Singer PA. Evidence, economics and ethics: resource allocation in health services organizations. *Healthc Q*, 2005, 8: 50-9, 4.
- 16 Kipiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K. Using burden of disease information for health planning in developing countries:the experi-ence from Uganda. *Soc Sci Med*, 2003, 56: 2433-2441.
- 17 Kipiriri L, Norheim OF, Martin DK. Priority setting at the micro, meso- and macro-levels in Canada, Norway and Uganda. *Health Policy*, 2007, 82: 78-94.
- 18 Ali N, Bhutta ZA, Bruce N, *et al.* The Combined Approach Ma-trix: A Priority-Setting Tool for Health Research. Global Forum for Health Research; 2004. http://www.google.ca/search?sourceid=navclient&ie=UTF-8&rlz=1T4GGLL_enCA333CA338&q=o+Ali+N%2c+Bhutta+ZA%2c+Bruce+N%2c+de+Francisco+A%2c+Ghaffar+A%2c+Gul-binat+W%2c+et+al.%3a+The+Com-bined+Approach+Matrix%3a+A+Priority-Setting+Tool+for+Health+Research+Glo-bal+Forum+for+Health+Research%3b+2004.
- 19 Gross CP, Anderson GF, Powe NR. The relation between funding by the National Institutes of Health and the burden of disease. *N Engl J Med*, 1999, 340: 1881-1887.
- 20 Lomas J, Fulop N, Gagnon D, *et al.* On being a good listener:setting priorities for applied health services research. *Milbank Q*, 2003, 81:

- 363-388.
- 21 Nuyens Y. Setting priorities for health research: lessons from low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*, 2007, 85: 319-321.
 - 22 The Working Group on Priority Setting. Priority setting for health research: lessons from developing countries. The Working Group on Priority Setting. *Health Policy Plan*, 2000, 15: 130-136.
 - 23 Oxman AD, Schunemann HJ, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 2. Priority setting. *Health Res Policy Syst*, 2006, 4: 14.
 - 24 Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, *et al*. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 18. Planning monitoring and evaluation of policies. *Health Res Policy Syst*, 2009, 7(Suppl 1): S18.
 - 25 Cheng TM. Taiwan's new national health insurance program: genesis and experience so far. *Health Aff (Millwood)*, 2003, 22: 61-76.
 - 26 Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, *et al*. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews. *Health Res Policy Syst*, 2009, 7(Suppl 1): S7.
 - 27 Kingdon JW. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2nd edition. Longman; 2003.
 - 28 Healy J, Maxwell J, Hong PK, *et al*. Responding to Requests for Information on Health Systems from Policy Makers in Asian Countries. 2007 [http://www.who.int/alliance-hpsr/RespondingRequests_HS_AsianCountries_Healy.pdf]. Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization.
 - 29 Nolte E, Ettelt S, Thomson S, *et al*. Learning from other countries: an on-call facility for health care policy. *J Health Serv Res Policy*, 2008, 13(Suppl 258-64 http://jhsrp.rsmjournals.com/cgi/print/13/suppl_2/58?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=nolte&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT]).

李幼平 总审校
袁强 陈群飞 蒋兰慧 译
王莉 审校

本文编辑: 刘雪梅