· 调查报告与分析 ·

江苏省基层医疗卫生机构管理者对公共卫生医师处方权认知、态度及建议：一项 2024 年网络问卷调查

曹骏颖[1,2]，苏峰[1]，查伟忠[3]，陈文娟[4]，吴亦淇[1,2]，马亚娜[2]，王哲[4]，马庆华[1,3]

1. 苏州市相城区元和街道社区卫生服务中心，苏州 215131；
2. 苏州大学苏州医学院公共卫生学院，苏州 215127；
3. 苏州市相城区阳澄湖人民医院，苏州 215138；
4. 江苏省卫生健康监督指导中心，苏州 210008
通信作者：王哲，E-mail：jswjwangzhe@sina.com；马庆华，E-mail：weitangfangbao@163.com

【摘　要】目的　了解江苏省基层医疗卫生机构管理者对公共卫生医师处方权的认知、态度及相关建议，为完善公共卫生医师处方权政策、推动医防融合提供参考。**方法**　于 2024 年 12 月，采用方便抽样法结合滚雪球法，以江苏省 85 名基层医疗卫生机构的管理者为对象，通过自行设计的问卷进行在线调查，运用 SPSS 27.0 和 Nvivo 软件进行数据分析。**结果**　91.76%（78/85）的医疗卫生机构管理者已了解公共卫生医师处方权的相关信息，95.29%（81/85）认可公共卫生医师的“医师”身份，92.94%（79/85）支持公共卫生医师经培训后享有相应处方权；92.94%（79/85）认为赋予处方权可提供一体化医防服务；92.94%（79/85）认为执业范围模糊、法规不明等是赋予公共卫生医师处方权落地实施的主要阻碍；同时建议从慢性病管理等方向扩展处方权执业范围。98.25%（56/57）认为公共卫生医师处方权培训考核需含对应临床知识技能，预防医学教育应增临床实践课时，向临床医学逐步靠拢。处方权缺失的弊端认知（χ^2=6.740，P<0.05）和培训考核方式的选择（χ^2=7.577，P<0.05）与原专业是否为预防医学显著相关，对公共卫生医师处方权的准入建议与是否为公卫（助理）医师显著相关（χ^2=6.518，P<0.05）。**结论**　基层医疗卫生机构管理者对公共卫生医师处方权普遍持积极态度，但受法规模糊、培训不足、患者信任度低等因素制约，建议需从制度规范、培训考核、认知引导等方面完善，以推动处方权落地及医防融合。

【关键词】基层医院；公共卫生医师；处方权；管理者；认知；态度；江苏省

Cognition, attitude and suggestions of managers of primary healthcare institutions in Jiangsu province regarding the prescription rights of public health physicians: a 2024 online questionnaire survey

CAO Junying[1,2], SU Feng[1], ZHA Weizhong[3], CHEN Wenjuan[4], WU Yiqi[1,2], MA Yana[2], WANG Zhe[4], MA Qinghua[1,3] (*1. Yuanhe Sub-district Community Health Service Center*, *Xiangcheng District*, *Suzhou City*, *Suzhou* 215131, *China*; *2. School of Public Health*, *Suzhou Medical College*, *Soochow University*, *Suzhou* 215127, *China*; *3. Yangchenghu People's Hospital*, *Xiangcheng District*, *Suzhou City*, *Suzhou* 215138, *China*; *4. Jiangsu Provincial Health Supervision and Guidance Center*, *Suzhou* 210008, *China*)
Corresponding authors: WANG Zhe, E-mail: jswjwangzhe@sina.com; MA Qinghua, E-mail: weitangfangbao@163.com

【Abstract】 Objective　To understand the cognition, attitudes, and suggestions of managers in primary medical institutions towards the prescription rights of public health physicians, thus providing references for improving the policy on public health physicians′ prescription rights and promoting the integration of medical and prevention services. **Methods**　In December 2024, through the convenience sampling method combined with the snowball sampling method, 85 managers from primary medical institutions in Jiangsu province were selected as the subjects. An online questionnaire was used for the survey, and SPSS 27.0 and Nvivo software were used for data analysis. **Results**　Among the surveyed managers in primary medical institutions, 91.76% (78/85) had learned about the relevant information on public health physicians′ prescription rights; 95.29% (81/85) recognized the "physician" identity of public health physicians; and 92.94% (79/85) supported public health physicians having corresponding prescription rights after training. Among them, 92.94% (79/85) believed that granting prescription rights could provide integrated medical and prevention services, and 92.94% (79/85) believed that the ambiguity of practice scope and unclear regulations were the main obstacles to the implementation of granting public health physicians′ prescription rights. It was suggested that the scope of practice of

开放获取：CC BY-NC-ND 4.0　DOI：10.11847/zgggws1148852
基金项目：江苏省卫生健康委预防医学及血地寄防科研课题（Ym2023043）
第一作者：曹骏颖（2002—），硕士在读，研究方向：公共卫生。
收稿日期：2025-09-09　修回日期：2025-11-13　录用日期：2026-03-12
利益冲突：不存在　伦理审查：已获取　出版授权：全体作者已与编辑部签署作者贡献声明及版权转让协议

prescription rights should be expanded in directions such as chronic disease management. Among the surveyed managers with positive attitude and providing suggestions, 98.25% (56/57) believed that the training and assessment of public health physicians′ prescription rights should include corresponding clinical knowledge and skills, and preventive medicine education should increase clinical practice hours and gradually align with clinical medicine. The cognition of the drawbacks of the absence of prescription rights (χ^2 = 6.740, P < 0.05) and the selection of training and assessment methods (χ^2 = 7.577, P < 0.05) were related to whether the original profession was preventive medicine, and the suggestion for the admission of public health physicians′ prescription rights was related to whether they were public health (assistant) physicians (χ^2 = 6.518, P < 0.05). **Conclusions** Managers in primary medical institutions generally hold a positive attitude towards public health physicians′ prescription rights but are constrained by factors such as unclear regulations, insufficient training, and low patient trust. It is suggested that the system norms, training assessment, and cognitive guidance should be improved to promote the implementation of prescription rights and the integration of medical and prevention services.

【**Keywords**】 primary hospital; public health physician; prescription rights; manager; cognition; attitude; Jiangsu province

公共卫生医师作为我国四大类医师之一，其处方权问题备受关注[1]。尽管《中华人民共和国医师法》未明确禁止公共卫生医师执行处方权，但因法律政策支持不足、执业范围未明确，大部分公共卫生医师没有处方权，导致“重医轻防、防治脱节”，阻碍基层疾病预防管理，弱化公共卫生医师专业能力提升[2–3]。2023 年国务院办公厅发布相关意见，建议出台公共卫生医师处方权管理办法，推进其规范化[4]。随后国家疾控局出台试点方案，在黑龙江省等地启动试点，标志着公共卫生医师处方权赋权进入实践阶段[4]。目前四川省等地已开展相关调查[5–11]，但研究存在局限。管理者作为医疗卫生机构稳定运行的核心力量，其对公共卫生医师处方权的认知和态度影响医防融合推进及资源配置[12]。本研究于 2024 年 12 月，以江苏省基层医疗卫生机构管理者为对象，通过问卷调查了解其对公共卫生医师处方权的相关认知和态度，并提出针对性建议，为完善政策及推动医防融合提供参考。

1 对象与方法

1.1 *对象* 2024 年 12 月，依托江苏省卫生健康监督指导中心举办的全省基层医疗卫生机构院长培训班，以参加培训的学员为对象并发放电子调查问卷，并以滚雪球的方式通过学员扩大调查范围，邀请符合纳入标准的其他受访者参与本次调查。调查对象纳入标准：(1)在基层医疗卫生机构任职≥1 年的院级管理班子成员(包括院长/副院长等)；(2)自愿参与本研究。本调查共发放问卷 103 份，回收问卷 90 份，删除了填写不全的问卷，有效问卷 85 份，有效率 94.44%。本研究已通过苏州市相城区元和街道社区卫生服务中心医学伦理委员会批准(批号：yhyyllpj2024–002)。

1.2 *方法* 本研究组充分参考相关文献研究并根据研究目的设计调查问卷，先于 2024 年 11 月在苏州市召开专家小组座谈会，邀请江苏省卫生健康指导中心专家、苏州、南京、南通、徐州 4 市卫生监督所领导、高校教授和基层卫生机构负责人参会进行问卷设计研讨。经过专家组讨论，综合专家建议后拟定调查问卷初稿，并在苏州市相城区 2 家基层卫生机构进行预调查，根据调查结果与反馈意见最终确定调查问卷。问卷内容共包括 3 个部分总计 42 个条目：(1)调查对象基本信息，包括性别、年龄、工龄、职称、职务、专业背景等；(2)对公共卫生医师处方权的认知与态度，包括对公共卫生医师身份认知、赋权影响因素、益处与弊端的态度等；(3)处方权赋权建议，包括对公共卫生医师处方权准入、执业范围、培训考核等相关建议。为保障研究数据质量，本次研究组建专业化调查小组，成员涵盖 4 名公共卫生专业在读硕士、2 名具备基层医疗调研经验的医护人员及 1 名项目督导员。所有成员在调查开展前已完成统一培训，明确问卷填写规范与质量标准。问卷设计层面，嵌入逻辑校验题并设置单 IP 填写限制，且调查问卷经专家小组论证及预调查优化，信效度均符合研究要求。

1.3 *统计分析* 定量数据分析利用 SPSS 27.0 软件，分类变量以频数(n)和百分比(%)描述，采用 χ^2 检验；若存在 1≤理论频数≤5 且总例数≥40，采用校正 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法进行统计分析，P<0.05 为差异有统计学意义；定性分析利用 Nvivo 软件，针对开放性问题，通过词频分析归纳公共卫生医师处方权赋予相关建议，完成质性内容的分析(研究小组通过整理问卷中调查对象给出的建议，将文本输入 Nvivo 软件进行词频分析，从高到低输出文本中所提及次数和频率较高的词语，给出该词语在全部词语中出现的频率)。

2 结　果

2.1　调查对象人口学基本特征　在调查的 85 人中，男性 53 人，占 62.35%；女性 32 人，占 37.65%；年龄≤30 岁 1 人，占 1.18%；31～40 岁 10 人，占 11.76%；41～50 岁 60 人，占 70.59%；51～60 岁 14 人，占 16.47%。受教育程度为高中/中专 1 人，占 1.18%；大学专科 12 人，占 14.12%；大学本科 70 人，占 82.35%；硕士研究生及以上 2 人，占 2.35%。工龄≤5 年 1 人，占 1.18%；6～10 年 1 人，占 1.18%；11～15 年 8 人，占 9.40%；≥16 年 75 人，占 88.24%。职称为初级 7 人，占 8.24%；中级 15 人，占 17.65%；副高级 44 人，占 51.76%；正高级 19 人，占 22.36%。职业类别中临床(助理)医师 35 人，占 41.18%；公共卫生(助理)医师 18 人，占 21.18%；口腔(助理)医师 1 人，占 1.18%；中医(助理)医师 8 人，占 9.41%；护师(士)10 人，占 11.76%；药师(士)、技师(士)各 3 人，占 3.53%；其他职业 7 人，占 8.24%。对于调查对象的城市分布，盐城占比最高，共 28 人，占 32.94%；徐州 11 人，占 12.94%；南通 10 人，占 11.76%；泰州 8 人，占 9.41%；扬州 7 人，占 8.24%；南京、苏州各 6 人，各占 7.06%；淮安、连云港各 3 人，各占 3.53%；常州、无锡、镇江各 1 人，各占 1.18%。临床医学专业占比最多，共 34 人，占 27.87%；预防医学共 18 人，占 14.75%；护理共 10 人，占 8.20%；中医学 9 人，占 7.38%；财务、药学专业各 3 人，各占 2.46%；放射、管理、计算机、检验、影像专业各 1 人，各占 0.82%。

2.2　不同职业类别医疗卫生机构管理者对公共卫生医师处方权的认知和态度(表 1)　通过医疗卫生机构管理者对问卷项目的赞同情况判断其对公共卫生医师处方权的认知和态度。91.76%(78/85)了解公共卫生医师处方权相关信息，95.29%(81/85)赞同公共卫生医师与临床医师、口腔医师一样具有“医师”身份，94.12%(79/85)认为处方权是执业医师的权利，92.94%(79/85)认为公共卫生医师经培训考核后可具备基础疾病诊疗能力，92.94%(79/85)支持按岗申请处方权，仅 62.35%(53/85)认为当前公共卫生医师能胜任处方权。医疗卫生机构管理者的职业类别是否为公共卫生(助理)医师与其对公共卫生医师处方权的认知和态度无关(均 $P>0.05$)。

表 1　不同职业类别医疗卫生机构管理者对公共卫生医师处方权的认知和态度

Table 1　Cognition and attitudes of managers of different occupational categories in medical institutions towards the prescription rights of public health physicians

项目	公共卫生(助理)医师(n=18)		非公共卫生(助理)医师(n=67)		合计(n=85)		χ^2值	P值
	赞同数	百分比/%	赞同数	百分比/%	赞同数	百分比/%		
已了解过公共卫生医师处方权的相关信息	15	83.33	63	94.03	78	91.76	0.966 [a]	0.326
公共卫生医师与临床医师、口腔医师等一样，均是接受过系统化医学教育，拥有“医师”身份的认证	18	100.00	63	94.03	81	95.29		0.574 [b]
处方权是执业医师应当享有的权利，是对“医师身份”的认证	18	100.00	62	92.53	80	94.12		0.579 [b]
公共卫生医师接受过系统化医学教育，并通过了执业医师考试，拥有丰富的医学知识储备，熟知药理学以及常见疾病临床用药相关方面的理论知识	17	94.44	62	92.53	79	92.94	0.000 [a]	>0.999
公共卫生医师经过专业处方权临床培训并通过考核后，能具备对常见基础性疾病进行诊断和治疗的能力	18	91.04	61	91.04	79	92.94		0.334 [b]
公共卫生医师能胜任处方权	13	72.22	40	59.70	53	62.35	0.948	0.330
对我国推行授予公共卫生医师处方权持有乐观态度	16	88.89	59	88.06	75	88.24	0.000 [a]	>0.999
支持公共卫生医师根据岗位职能需要进行申请，经专业临床理论和实践培训考核合格后享有执业范围相应的临床处方权(开具药物处方、检查单、诊断和治疗单等)	18	100.00	63	94.03	81	95.29		0.574 [b]

注：a 采用校正χ^2检验，b 采用Fisher确切概率法。

2.3　不同专业医疗卫生机构管理者对公共卫生医师处方权现状与发展的看法(表 2)　92.94%(79/85)的医疗卫生机构管理者认为赋权可提供一体化医防服务，92.94%(79/85)认为执业范围模糊、法规不明是主要阻碍；仅 37.65%(32/85)认为医疗卫生同行支持少；49.41%(42/85)认为公共卫生医师培训动力弱会影响赋权推进。原专业为预防医学与非预防医学的医疗卫生机构管理者，在“缺失处方权降低公卫人对专业和职业的认同感，致人才流失”(χ^2=6.740，P=0.009)、“限制了公共卫生医师职能的发挥，降低了公共卫生医师资源的利用率”(χ^2=6.260，P=0.012)、“导致公卫医师与公众间的疏离和信任的流失”(χ^2=7.941，P=0.005)的看法上存在差异，94.44%(17/18)的预防医学专业者认为缺失处方权会降低公卫人认同感、致人才流失、限制职能发挥。

表 2 不同专业医疗卫生机构管理者对公共卫生医师处方权现状与发展的看法

Table 2 Views of managers with different majors in medical institutions towards the current situation and development of the prescription rights of public health physicians

项目	预防医学专业（n=18）		非预防医学专业（n=67）		合计（n=85）		χ^2值	P值
	赞成数	百分比/%	赞成数	百分比/%	赞成数	百分比/%		
缺失处方权的弊端								
断裂了医疗卫生服务的连续性，降低患者就医体验	8	44.44	43	64.13	51	60.00	2.302	0.129
割裂了医与防的关系，不利于医防融合	16	88.89	55	82.09	71	83.53	0.111 [a]	0.739
降低公卫人对专业和职业的认同感，造成公共卫生人才的流失	17	94.44	42	62.69	59	69.41	6.740	0.009
公共卫生医师平时不接触临床工作，临床理论知识和技能水平下降	15	83.33	48	71.64	63	74.12	0.493 [a]	0.482
限制了公共卫生医师职能的发挥，降低了公共卫生医师资源的利用率	17	94.44	43	64.18	60	70.59	6.260	0.012
导致公卫医师与公众间的疏离和信任的流失	16	88.89	35	52.24	51	60.00	7.941	0.005
赋予处方权的益处								
有利于提高公共卫生资源的利用率，提高医疗卫生服务的效率	17	94.44	57	85.07	74	87.06	0.430 [a]	0.512
减少患者就诊转诊时间，缓解就医压力，提高患者就医体验	9	50.00	49	73.13	58	68.24	3.503	0.061
为居民提供一体化的医防服务，弥合医防裂缝，促进医防融合	17	94.44	62	92.54	79	92.94	0.000	>0.999
能激发公共卫生医师主动临床学习的积极性，提高公卫人才专业素质	15	83.33	54	80.60	69	81.18	0.000	>0.999
提高公共卫生医师的自主性和责任感，增强专业认同感，减少人才流失	14	77.78	50	74.63	64	75.29	0.000	>0.999
能强化公共卫生医师职能，提升国家基本公共卫生服务的效率和质量	16	88.89	47	70.15	63	74.12	1.712 [a]	0.191
赋予处方权进程的阻碍因素								
公共卫生医师执业范围界定模糊，缺乏相关法律法规对公共卫生医师处方权的明确规定	17	94.44	62	92.54	79	92.94	0.000	>0.999
预防医学本科和公共卫生专业硕士教育均缺乏临床实践和培训，临床专业能力不足	15	83.33	43	64.18	58	68.24	2.402	0.121
公共卫生医师规范化培训工作起步晚，相关规范不够全面完善	14	77.78	47	70.15	61	71.76	0.407	0.523
长期缺乏临床经验，公众对公共卫生医师认可度不高，信任不足	10	55.56	38	56.72	48	56.47	0.008	0.930
缺乏医疗卫生同行的支持	7	38.89	25	37.31	32	37.65	0.015	0.903
公共卫生医师主动参与临床培训和诊疗的动力不足	11	61.11	31	46.27	42	49.41	1.250	0.263
赋予处方权进程的促成因素								
公共卫生医师有扎实的医学理论知识储备	13	72.22	48	71.64	61	71.76	0.002	0.961
国家相关法律法规的完善，明确公共卫生医师处方权的准入、培训与审查机制	12	66.67	50	74.63	62	72.94	0.141 [a]	0.707
我国公共卫生体系和卫生健康事业的发展需要	12	66.67	41	61.19	53	62.35	0.181	0.670
公共卫生医师规范化培训工作的开展	12	66.67	44	65.67	56	65.88	0.006	0.937
公共卫生医师处方权试点工作的开展	15	83.33	41	61.19	56	65.88	3.094	0.079
国家基本公共卫生服务项目、相关公共卫生实践的现实需要	14	77.78	42	62.69	56	65.88	1.438	0.231
基层医疗卫生资源匮乏，就医压力大	9	50.00	25	37.31	34	40.00	0.951	0.329
其他医疗卫生同行的支持	4	22.22	13	19.40	17	20.00	0.000	>0.999
授予处方权可能带来的问题								
增加公共卫生医师工作量和工作压力	10	55.56	37	55.22	47	55.29	0.001	0.980
加剧医疗卫生环境的复杂程度，不利于医疗卫生单位管理	6	33.33	25	37.31	31	36.47	0.097	0.755
公共卫生医师临床经验不足，容易造成医患纠纷	12	66.67	53	79.10	65	76.47	0.627 [a]	0.429
患者不认可公共卫生医师，医防工作难以开展	11	61.11	47	70.15	58	68.24	0.535	0.465
影响其他类别医师的权益	5	27.78	11	16.42	16	18.82	0.570 [a]	0.450

注：a 采用校正χ^2检验。

2.4　不同职业类别医疗卫生机构管理者对公共卫生医师处方权申请者的准入建议及相关因素（表 3）　为进一步了解医疗卫生机构管理者对赋予公共卫生医师处方权的相关建议，研究仅纳入对赋予公共卫生以上处方权有积极性，且愿意给出相关建议的研究对象，共 57 人。89.47%（51/57）的医疗卫生机构管理者认为，公共卫生医师处方权申请者应从事慢性病防治管理、免疫规划与预防接种相关执业范围，92.98%（53/57）认为申请者工作单位为公立基层医疗卫生机构更符合准入条件。不同职业类别的医疗卫生机构管理者在“专科疾病防治机构”（χ^2=6.518，P=0.011）、“妇幼保健机构”（χ^2=5.803，P=0.020）申请单位类型的建议上差异有统计学意义，72.22%（13/18）的医疗卫生机构管理者认为处方权申请者应在专科疾病防治机构，77.78%（14/18）的医疗卫生机构管理者认为处方权申请者应在妇幼保健机构。

表 3　不同职业类别医疗卫生机构管理者对公共卫生医师处方权申请者的准入建议

Table 3　Admission suggestions for applicants of public health physician prescription rights from managers of different occupational categories in medical institutions

项目	公共卫生（助理）医师（n=18）		非公共卫生（助理）医师（n=39）		合计（n=57）		χ^2值	P值
	赞成数	百分比/%	赞成数	百分比/%	赞成数	百分比/%		
公共卫生医师处方权申请者的执业范围								
慢性病防制管理	18	100.00	33	84.62	51	89.47	1.677 [a]	0.195
免疫规划与预防接种	18	100.00	33	84.62	51	89.47	1.677 [a]	0.195
儿少与妇幼保健	17	94.44	33	84.62	50	87.72	0.381 [a]	0.537
传染病防治管理	17	94.44	32	85.96	49	85.96	0.709 [a]	0.400
血吸虫、寄生虫等地方病防制管理	11	61.11	26	66.67	37	64.91	0.167	0.683
重性精神病防制管理	9	50.00	29	74.36	38	66.67	3.288	0.070
职业病防制管理	7	38.89	25	56.14	32	56.14	3.180	0.075
临床营养	9	50.00	24	61.54	33	57.89	0.673	0.412
健康教育	10	55.56	27	69.23	37	64.91	1.011	0.315
学校卫生	8	44.44	25	64.10	33	57.89	1.952	0.162
处方权申请者的学历要求							0.053	0.819
全日制大专及以上	13	72.22	27	69.23	40	70.18		
全日制本科及以上	5	27.78	12	30.77	17	29.82		
处方权申请者的最低公卫工作年限							3.399	0.340 [b]
1年	2	11.11	8	20.51	10	17.54		
3年	6	33.33	14	35.90	20	35.09		
5年	10	55.56	13	33.33	23	40.35		
≥10年	0	0.00	4	10.26	4	7.02		
处方权申请者的最低职称							1.053	0.609 [b]
初级	8	44.44	20	51.28	28	49.12		
中级	10	55.56	17	43.59	27	47.37		
副高	0	0.00	2	5.13	2	3.51		
高级	0	0.00	0	0.00	0	0.00		
处方权申请者所在单位类型								
公立基层医疗卫生机构	16	88.89	37	94.87	53	92.98	0.070 [a]	0.792
公办二级及以上综合医院	12	66.67	19	48.72	31	54.39	1.599	0.206
公办二级及以上专科医院	9	50.00	11	28.21	20	35.09	2.569	0.109
疾病预防控制中心	13	72.22	22	56.41	35	61.40	1.299	0.254
专科疾病防治机构	13	72.22	14	35.90	27	47.37	6.518	0.011
妇幼保健机构	14	77.78	17	43.59	31	54.39	5.803	0.020

注：a 采用校正χ^2检验，b 采用Fisher确切概率法。

2.5 不同职业类别医疗卫生机构管理者公共卫生医师处方权培训与专业教育相关建议(表 4) 98.25%(56/57)的医疗卫生机构管理者认为公共卫生医师处方权管理可借鉴临床模式，预防医学教育应增加临床实践课时、向临床医学逐步靠拢；94.74%(54/57)认为培训考核需包含对应临床知识技能，87.72%(50/57)支持借鉴临床住院医师规范化培训模式。不同专业的医疗卫生机构管理者对培训机构的选择存在显著差异(χ^2=7.577，P=0.047)，55.56%(10/18)预防医学专业医疗卫生机构管理者建议选择区县公办二级及以上综合医院，46.15%(18/39)非预防医学专业建议选择公共卫生医师执业机构。

表 4 不同专业的医疗卫生机构管理者对公共卫生医师处方权培训与专业教育相关建议

Table 4 Suggestions on the training and professional education of public health physicians′ prescription rights from managers with different majors in medical institutions

项目	分类	预防医学专业（n=18）		非预防医学专业（n=39）		合计（n=57）		χ^2值	P值
		赞成数	百分比/%	赞成数	百分比/%	赞成数	百分比/%		
培训方式	脱产培训	7	38.89	17	43.59	24	42.11	0.112	0.738
	在职培训	11	61.11	22	56.41	33	57.89		
培训考核内容	工作领域对应临床学科的知识和技能	18	100.00	36	92.31	54	94.74		0.544
	工作领域对应临床科室轮转进修	13	72.22	31	79.49	44	77.19	0.072 [a]	0.789
	工作领域对应常规疾病诊断治疗原则	16	88.89	32	82.05	48	84.21	0.071 [a]	0.789
	工作领域对应临床常用药物药理学相关知识	16	88.89	32	82.05	48	84.21	0.071 [a]	0.789
	临床“三基三严”	13	72.22	30	76.92	43	75.44	0.003 [a]	0.958
	医疗卫生文书撰写规范	13	72.22	22	56.41	35	61.40	1.299	0.254
	相关法律规范	12	66.67	25	64.10	37	64.91	0.036	0.850
培训时长	半年	8	44.44	14	35.90	22	38.60	0.545	0.839 [b]
	1年	9	50.00	21	53.85	30	52.63		
	≥2年	1	5.56	4	10.26	5	8.77		
培训机构	公共卫生医师执业的医疗卫生/公共卫生机构	2	11.11	18	46.15	20	35.09	7.577	0.047 [b]
	所在地区的区县公办二级及以上综合医院	10	55.56	11	28.21	21	36.84		
	所在地区的地市公办二级及以上综合医院	4	22.22	6	15.38	10	17.54		
	所在地区的高等医科院校及其附属医院	2	11.11	4	10.26	6	10.53		
考核机构	接受培训的医疗卫生/公共卫生机构	4	22.22	15	38.46	19	33.33	2.841	0.393 [b]
	所在区县卫生健康委	10	55.56	15	38.46	25	43.86		
	所在地市卫生健康委	2	11.11	7	17.95	9	15.79		
	所在省卫生健康委	2	11.11	2	5.13	4	7.02		
培训和考核模式可以借鉴现行的临床住院医师规范化培训和考核方案		17	94.44	33	84.62	50	87.72	0.381 [a]	0.537
处方权行使的管理模式可以借鉴现行的临床医师处方权管理方案		18	100.00	38	97.44	56	98.25		>0.999
应加快推进各地区公共卫生医师规范化培训制度，并将公共卫生医师处方权考评纳入后续的规培中，完成公共卫生医师规培即有资格按需申请处方权		16	88.89	34	87.18	50	87.72	0.000	>0.999
支持合并基层公共卫生医师和全科医师职能，公共卫生医师通过全科医师转岗培训，加注全科医学执业范围，享有全科医师相应处方权		18	100.00	31	79.49	49	85.96	2.763 [a]	0.096
预防医学本科教育和公共卫生专业硕士(MPH)教育需要增加临床实践课时		18	100.00	38	97.44	56	98.25		>0.999
效仿国外医学教育模式，应逐步调整现行高校培养方案，预防医学向临床医学靠齐，做到前期趋同，后期分化		18	100.00	38	97.44	56	98.25		>0.999

注：a采用校正χ^2检验，b采用Fisher确切概率法。

2.6 医疗卫生机构管理者对公共卫生医师处方权安全有效实施的看法及其他建议 对于公共卫生医师处方权的赋予工作安全有效落实的看法共收集 35 条，医疗卫生机构管理者首要建议应注重公共卫生医师的定期培训(提及 12 次，占总词频 7.06%)和考核(提及 10 次，占总词频 5.88%)，规范化相关制度；对于公共卫生医师处方权赋权的其他相关建议共收集 20 条，医疗卫生机构管理者建议注重培训(提及 7 次，占总词频 7.53%)和考核(提及 4 次，占总词频 4.30%)，确定处方权

范围(提及 3 次，占总词频 3.23%)，完善并统一相关规定，加强对处方权的监管和审核(提及 2 次，占总词频 2.15%)。

3 讨　论

本研究结果显示，江苏省基层医疗卫生机构管理者对我国公共卫生医师处方权的赋予和普及普遍持正向认知和积极态度，但医疗卫生机构管理者认为公共卫生医师处方权胜任力方面仍存在不足，这一结果既符合医防融合政策推进的现实，也反映出基层管理视角下公共卫生服务优化的核心诉求。本研究结果与四川省基层医疗卫生机构管理者调查[6]、成都市管理者视角研究[10]结论相同，表明不同地区基层管理层对该问题认知存在共性，需求具有普遍性。

从医防融合视角，缺失公共卫生医师处方权会导致防治脱节，碎片化医疗卫生服务模式导致医防分离[13]。公共卫生医师因缺失处方权不能参与诊疗活动[14]，使其在工作中难以形成“预防—干预—治疗”闭环，增加患者转诊负担，并疏远医患关系，降低公众信任与依从[15]，这一观点与本研究中“处方权缺失致服务链条断裂”的结论一致。同时，管理者基于资源高效利用与服务闭环构建需求，及对《中华人民共和国医师法》等政策导向的敏锐感知，进一步强化了积极认知。

大部分预防医学专业医疗卫生机构管理者认为缺失处方权会造成公共卫生人才流失，降低公共卫生医师资源利用率，这与马达飞[16]、雷杰[14]和龙成旭[15]等提出的“公共卫生人才队伍稳定性不足”及赋予公共卫生医师处方权能够缓解基层公卫人才短缺、留不住人才的问题结论一致。所以赋权是优化基层医疗卫生资源配置的重要途径，有利于院长实现院内资源效能最大化；此外，还可增加公共卫生医师临床实践机会，提高公共卫生医师专业素质，稳定医师队伍[8]。

本研究显示，基层医疗卫生机构管理层同时认为公共卫生医师处方权推进面临多重制约，且预防医学专业与非预防医学专业医疗卫生机构管理者对处方权缺失造成不足的认知存在显著差异，这一结果能够解释管理者专业背景的不同影响认知深度。执业范围界定模糊与法律法规缺失是核心制约因素，这与廖嘉曼[2]、谭秋成等[3]观点相一致，当前赋权法律依据不足，医院可能面临医疗卫生纠纷和法律风险。公共卫生医师培训起步晚、标准不统一，与临床医师培训差距显著，且校内教育侧重理论，导致部分公共卫生医师临床思维不足，使院方对其处方安全性存疑，这也成为医疗卫生机构管理者认为目前公共卫生医师对处方权的胜任力不足的主要原因，此观点与王滢[6]、吕良[11]、马达飞等[16]的公共卫生医师规范化培训体系不完善，校内预防医学教育结构仍有缺陷，人才培养规模和模式与实际需求存在较大差距的研究结论相一致。患者信任度不足，与邹锟等[17]观点一致，患者更倾向选择临床医师，院方担忧公共卫生医师处方认可度低，影响机构公信力和名誉。此外，在本研究中，大部分职业类别为公共卫生医师的医疗卫生机构管理者认为处方权缺失会影响公共卫生医师对本职业和专业的认可度，患者对公共卫生医师的认可度也可能成为其原因。

本研究曾假设“医疗卫生同行支持少会成为赋权主要阻碍”，但实际仅 37.65% 的管理者认可此观点，远低于“法规不明”(92.94%)的比例。可能原因是基层医疗卫生机构中临床医师与公共卫生医师的工作交集较多，公共卫生医师参与基础诊疗可分担慢性病管理、常见病处置等工作，减轻临床医师负担，因此临床同行并非主要反对力量；而法规层面的模糊性会直接导致医疗卫生机构面临医疗卫生纠纷风险，管理者对这一因素的关注度更高，这也修正了此前对“同行支持”影响的认知偏差。

针对“积极支持但担忧风险”的双重态度及制约因素，可从 3 个方面完善：(1)制度层面，加强相关政策支持，尽快清晰公共卫生医师职责[18]，推动处方权从“收”到“放”的逐步进展[19]。根据本调查研究结果，建议卫生行政管理部门应出台专项文件，细化处方权执业范围，优先从慢病管理等领域入手。(2)培训考核方面，高质量教育培养高质量人才[20]，可参照临床医学专业，注重校内学生实践技能培养，提高预防医学学生毕业条件[21]，要加强规范化培训，参照临床或全科医师标准，将考评纳入规培，可参考黑龙江省“1+X”模式[22]，建立准入机制与激励政策[23]，留住人才。(3)患者信任度方面，宣传公共卫生医师资质，推广联合诊疗，可参考孙文桥等[24]的“驾照式”积分制规范管理，增强患者安全感，建立信任。

本研究以江苏省公立医疗卫生机构为调查地区，从院方管理层角度分析公共卫生医师处方权的认知与态度，数据一致性较强且具有一定创新性，但仍存在一定局限性。研究范围仅限江苏省公立基层医疗卫生机构，民营基层医疗卫生机构及其他省份未参与本调查，苏北、苏中、苏南因经济和资源差异，调查人数不平衡，可能限制结果普适性；医疗卫生机构管理者样本量较少，且未区分试点与非试点地区差异。未来研究可拓宽范围至全国不同经济水平地区，纳入民营机构与试

点城市进行对比，增加样本量，结合定性研究深挖管理逻辑，提升结论可靠性与政策参考价值。

数据可用性声明 本研究的原始数据因涉及参与者隐私保护等原因无法公开共享，但经脱敏处理后的数据可在合理请求下向通信作者申请获取。申请需通过伦理委员会审批，并签署数据使用协议。

参考文献

[1] 杨媛媛, 先德强. 医防融合背景下公共卫生医师的发展困境与对策 [J]. 医学与法学, 2025, 17(1): 30-35.

[2] 廖嘉曼, 黄浩, 黄雪良, 等. 新时代基层医疗卫生机构公共卫生医师职能定位探析 [J]. 中国公共卫生管理, 2023, 39(2): 170-173.

[3] 谭秋成. 基层医疗卫生机构的性质、行为及发展问题 [J]. 学术界, 2021(8): 195-209.

[4] 国务院办公厅. [中国政府网] 国务院办公厅关于推动疾病预防控制事业高质量发展的指导意见 [EB/OL]. (2023-12-27)[2025-11-11]. https://www.nhc.gov.cn/wjw/mtbd/202312/5e65d51c2f824201b7df08aa95cd7a9a.shtml.

[5] 陈晶. 我国公共卫生医师处方权探索进入实践阶段 [N]. 人民政协报, 2024-07-03(10).

[6] 王滢, 刘玲玲, 熊柯尧, 等. 基于四川省不同社会群体调查的公卫医师处方权赋予政策探索 [J/OL]. 预防医学情报杂志, 2025: 1-9. (2025-06-26)[2025-11-11]. https://link.cnki.net/doi/10.19971/j.cnki.1006-4028.250388N.

[7] 吴沁, 罗中根, 宋虹漪, 等. 四川省公共卫生医师处方权执业范围探讨分析 [J]. 现代预防医学, 2025, 52(12): 2230-2235, 2248.

[8] 严次玲, 邹锟, 王卓, 等. 四川省 10 个地市 227 家基层医疗卫生机构公共卫生执业医师处方权认知与态度调查 [J]. 预防医学情报杂志, 2025, 41(3): 384-390.

[9] 王卓, 邹锟, 曾智, 等. 四川省公共卫生医师对处方权认知的调查 [J]. 现代预防医学, 2024, 51(9): 1649-1653, 1707.

[10] 李星月, 吕良, 李佳圆, 等. 成都市基层医疗卫生机构管理者视角下公共卫生执业医师处方权研究 [J]. 医学与社会, 2023, 36(7): 74-78.

[11] 吕良, 李星月, 李佳圆, 等. 公共卫生医师处方权探讨——基于基层公共卫生医师视角的扎根理论研究 [J]. 现代预防医学, 2023, 50(5): 874-878, 939.

[12] 国务院办公厅. [中国政府网] 国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见 [EB/OL]. (2021-06-04)[2025-11-11]. https://www.nhc.gov.cn/wjw/mtbd/202106/947fd3eb610046948ae0449a503bf4c1.shtml.

[13] 龙成旭, 唐尚锋, 王若溪, 等. 新形势下中国公共卫生医师职能定位探析 [J]. 中国公共卫生, 2020, 36(2): 137-139.

[14] 雷杰, 罗会明, 戴政, 等. 公共卫生医师定位的思考 [J]. 中华预防医学杂志, 2020, 54(1): 13-17.

[15] 龙成旭, 唐尚锋, 冯达, 等. 公共卫生医师发展现状及改革对策 [J]. 中国公共卫生, 2019, 35(8): 937-940.

[16] 马达飞, 高翔, 张俊华. 新形势下中国公共卫生人才队伍建设路径 [J]. 江苏预防医学, 2023, 34(4): 382-385.

[17] 邹锟, 王玲, 王卓, 等. 陈志潜先生公共卫生实践对完善公卫医师执业制度的启示 [J]. 现代预防医学, 2021, 48(18): 3452-3456.

[18] 吴雨晨, 周卒天, 张钏泓, 等. 医防融合体系下的江苏省医疗机构公共卫生建设现状调查 [J]. 江苏预防医学, 2025, 36(3): 316-319, 345.

[19] 谭琪欣, 杨晓露, 孔天骄. 公卫医师处方权放开正当时 [N]. 健康时报, 2024-03-01(03).

[20] Wu T, Li L M. Evolution of public health education in China[J]. American Public Health Association, 2017, 107(12): 1893-1895.

[21] 黄月娥, 方基勇, 金岳龙, 等. 疫情形势下预防医学专业学生实践技能教育方式探讨 [J]. 中华卫生应急电子杂志, 2020, 6(5): 299-300.

[22] 衣晓峰, 董宇翔, 张磊, 等. 黑龙江启动公卫医师处方权试点 [N]. 健康报, 2024-07-02(03).

[23] 黄月英, 冯达, 王若溪, 等. 英国公共卫生医师管理启示与借鉴 [J]. 中国公共卫生, 2020, 36(3): 446-449.

[24] 孙文桥, 石磊, 彭滢, 等. “驾照式”积分制处方权管理系统开发与应用 [J]. 医疗卫生装备, 2018, 39(8): 38-42.