·调查报告与分析·

医务人员对医疗联合体建设认知和参与情况及参与度影响因素分析：一项 2024 年问卷调查

钱峰[1,2]，刘媛[2,3]，王灵杰[2,4]，陈锦清[2,5]

1. 福建医科大学附属第一医院，福州 350004；
2. 福建医科大学附属第一医院滨海院区国家区域医疗中心，福州 350212；
3. 福建医科大学附属第一医院发展和改革处，福州 350004；
4. 福建医科大学附属第一医院远程医疗与互联网医学中心，福州 350004；
5. 福建医科大学附属第一医院人力资源处，福州 350004
通信作者：刘媛，E-mail：423849863@qq.com

【摘　要】目的 了解医务人员对医疗联合体（医联体）建设的认知和参与情况以及参与度的影响因素，为进一步推动医联体建设提供参考依据。**方法** 于 2024 年 6—9 月采用便利抽样方法在福建省某大型三甲医院抽取 400 名工作≥5 年的医务人员进行线上问卷调查，分析医务人员对医联体建设的认知和参与情况，并应用多因素非条件 logistic 回归模型分析医务人员参与医联体建设工作的影响因素。**结果** 最终纳入的 381 名医务人员中，有 353 人（92.65%）认为医院近年开展的医联体建设工作“有成效”，有 361 人（94.75%）认为有必要向医联体单位派驻管理干部，有 357 人（93.70%）认为有必要向医联体单位派驻技术/学术主任，有 306 人（80.31%）表示“临床任务重，难有余力开展医联体工作”，有 254 人（66.67%）将双向转诊首要难点归结为“信息系统不互通”，有 180 人（47.24%）参与过医联体建设工作；多因素非条件 logistic 回归分析结果显示，中级及以上职称、所在科室定期开展医联体工作和所在科室建立专家工作站的医务人员医联体建设工作参与度较高。**结论** 医务人员对医联体建设认同度较高但整体参与度仍有待提高，高职称、所在科室定期开展医联体工作和建立专家工作站是促进医务人员医联体建设工作参与度的关键因素，而本职工作负荷大、信息化支撑不足和制度建设不完善等则是阻碍其参与医联体建设的主要因素。

【关键词】 医疗联合体（医联体）；建设；认知；参与度；医务人员

Medical staff′s cognition and participation in medical alliance construction and its influencing factors: a network questionnaire survey, 2024

QIAN Feng[1,2], LIU Yuan[2,3], WANG Lingjie[2,4], CHEN Jinqing[2,5] (*1. The First Affiliated Hospital of Fujian Medical University*, *Fuzhou* 350004, *China*; *2. National Regional Medical Center*, *Binhai Campus of the First Affiliated Hospital of Fujian Medical University*, *Fuzhou* 350212, *China*; *3. Department of Development and Reform*, *The First Affiliated Hospital of Fujian Medical University*, *Fuzhou* 350004, *China*; *4. Remote Medicine and Internet Medicine Center*, *The First Affiliated Hospital of Fujian Medical University*, *Fuzhou* 350004, *China*; *5. Department of Human Resources*, *The First Affiliated Hospital of Fujian Medical University*, *Fuzhou* 350004, *China*)
Corresponding author: LIU Yuan, E-mail: 423849863@qq.com

【Abstract】 Objective To investigate the cognition and participation status of medical staff in medical alliance construction and explore the influencing factors of their participation, thus providing evidence for further promoting the construction of medical alliances. **Methods** From June to September 2024, a total of 400 medical staff members with working experience of no less than 5 years were recruited from a large grade A tertiary hospital in Fujian province by the convenience sampling method. An online questionnaire survey was conducted to analyze their cognition and participation in medical alliance construction. A multivariate unconditional logistic regression model was adopted to analyze the influencing factors of medical staff's participation in medical alliance construction. **Results** Among the finally included 381 medical staff members, 353 (92.65%) believed that the hospital′s medical alliance construction in recent years had achieved remarkable results; 361 (94.75%) held that it was necessary to dispatch management cadres to medical alliance institutions; 357 (93.70%) considered it necessary to assign technical and academic directors to medical alliance institutions; 306 (80.31%) reported that heavy clinical workload left them with little spare energy to carry out medical alliance-related work; 254 (66.67%) regarded the non-interconnection of information systems as the primary difficulty in two-way referral; and only 180 (47.24%) had participated in medical alliance construction. Multivariate unconditional logistic regression analysis showed that medical staff with intermediate and above professional titles, those working in

开放获取：CC BY-NC-ND 4.0 DOI：10.11847/zgggws1150386
基金项目：福建省科技创新战略研究联合项目（2024R0120）
第一作者：钱峰（1971—），高级经济师，硕士，研究方向：医院管理、人力资源管理。
收稿日期：2026-03-25 修回日期：2026-05-08 录用日期：2026-07-12
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

departments that regularly carried out medical alliance work, and those in departments with established expert workstations had a higher participation level in medical alliance construction. **Conclusions** Medical staff have a high recognition degree of medical alliance construction, while their overall participation remains to be improved. Professional title of intermediate level or above, regular development of medical alliance work in departments, and the establishment of expert workstations are key factors facilitating medical staff's participation. Heavy routine workload, insufficient information system support, and imperfect system construction are the main obstacles restricting their participation in medical alliance construction.

【Keywords】 medical alliance; construction; cognition; participation; medical staff

近年来，全球医疗卫生服务体系都在探索如何向整合型、协同性和连续型方向转型，以美国责任医疗组织（Accountable Care Organization, ACO）和英国医疗服务体系（National Health Service, NHS）为代表的整合型服务模式已成为优化资源配置、提升服务效率以及控制医疗成本的主流路径[1–3]。随着中国医药卫生体制改革不断向纵深推进，医疗联合体（简称“医联体”）已从政策框架落地阶段迈入实质化运行关键期，成为构建分级诊疗格局的核心载体[4]。作为医联体建设的牵头单位与核心力量，大型三甲医院的工作重心已从初期的形式化联合逐步转向管理协同、医疗同质、信息互通和文化融合的深层次整合[5]。在这一转型过程中，医院内部员工作为政策落地的直接执行者及协同价值的核心创造者，其认知态度、专业能力和行动意愿将直接决定医联体建设的最终成效。当前学界对医联体的研究多聚焦于宏观模式构建、资源配置优化或患者流转效果等层面[6]，而从医院内部管理视角，尤其是结合人力资源管理实践系统剖析员工层面制约因素的实证研究仍较为匮乏。人力资源管理是保障医联体制度落地的关键支撑[7]，但传统单一的机构人事管理模式已难以适配新的需求[8]。员工工作场景从院内延伸至医联体单位，工作内容在原有临床职责基础上新增了科研合作、学科建设和双向转诊等任务，绩效评价也需从个体产出导向转向多元贡献导向，这些变化对员工工作时间安排、激励导向和职业发展路径等均提出了新的要求[9]。为了解医务人员对医联体建设的认知和参与情况以及参与度的影响因素，为进一步推动医联体建设提供参考依据，本研究于 2024 年 6—9 月采用便利抽样方法在福建省某大型三甲医院抽取 400 名工作≥5 年的医务人员进行问卷调查，分析医务人员对医联体建设的认知和参与情况，并应用多因素非条件 logistic 回归模型分析医务人员参与医联体建设工作的影响因素。

1 对象与方法

1.1 对象　于 2024 年 6—9 月采用便利抽样方法在福建省某大型三甲医院抽取在该院临床或医技科室工作≥5 年、具备独立执业资格且参与日常诊疗工作的非行政后勤科室、进修、规培和实习的医务人员作为调查对象进行线上问卷调查。本次调查共发放问卷 400 份，回收有效问卷 381 份，问卷有效回收率为 95.25%。本研究经福建医科大学附属第一医院伦理委员会审查批准（批号：[2023]647 号），所有调查对象均了解本次调查目的且自愿填写问卷。

1.2 方法　参考部分医联体建设对医务人员认知情况相关研究[10–14]，结合研究目的自行设计调查问卷并通过问卷星平台编制生成二维码，在科室负责人的协助下，以互联网推送二维码的方式发放给符合纳入标准的医务人员，由其自愿扫码后匿名填写并提交。内容包括年龄、职称、所在科室等一般情况，医务人员及其所在科室前往医联体单位开展相关工作的频次、有无设立专家工作站或专科联盟等医联体工作开展现状，医联体业务成效认同度和医联体派驻人员设置认同度等医联体业务认同度以及医联体建设和双向转诊系统存在的主要问题、协作难点等医联体业务现存问题。

1.3 质量控制　本次调查采用线上调查方式，保障调查流程的便捷性与保密性。线上问卷设置了逻辑校验与必答题，避免漏填、错填；问卷首页明确说明研究目的、数据用途及匿名承诺，以电子提交形式确认知情同意，确保调查合规性。

1.4 统计分析　应用 SPSS 27.0 软件进行统计分析。计数资料采用 n(%)表示，采用 χ^2 检验进行组间比较，应用多因素非条件 logistic 回归模型分析医务人员医联体建设工作参与度的主要影响因素，检验水准 $\alpha_{双侧}$=0.05。

2 结　果

2.1 一般情况　本次调查最终纳入的 381 名医务人员中，年龄≤35 岁 110 人(28.87%)，36～45 岁 161 人(42.26%)，>45 岁 110 人(28.87%)；初级职称 70 人(18.37%)，中级职称 125 人(32.81%)，副高级职称 107 人(28.08%)，正高级职称 79 人(20.74%)；所在科室为内科科室 123 人(32.28%)，外科科室 193 人(50.66%)，医技科室 65 人(17.06%)。

2.2 医联体建设工作开展现状　最终纳入的 381 名医务人员中，不了解医联体建设工作者仅

23 人(6.04%)，有 319 人(83.73%)表示所在科室“定期”前往医联体单位开展工作；有 260 人(68.24%)表示所在科室已成立专科联盟，有 253 人(66.40%)表示所在科室已成立专家工作站；有 235 人(61.68%)倾向于“综合型医联体”；有 180 人(47.24%)参与过医联体建设工作，其参与频率以“1 次/月”为主[58.33%(105/180)]，其中有 72.22%(130/180)的医务人员表示对基层专科帮扶工作“非常接受”，有 27.22%(49/180)的医务人员表示对基层专科帮扶工作“一般接受”。有 231 人(60.63%)表示所在科室开展了双向转诊业务，但这些科室的转诊数据存在难以统计的情况，其中有 41.56%(96/231)的医务人员表示不做统计或难以统计，有 35.93%(83/231)的医务人员表示通过微信统计，仅有 22.51%(52/231)的医务人员表示通过医院信息系统进行统计；有 227 人(59.58%)表示不知晓医院自主开发的双向转诊的专用系统或 APP。

2.3 医务人员对医联体建设工作认同情况 最终纳入的 381 名医务人员中，有 353 人(92.65%)认为医院近年开展的医联体建设工作“有成效”；有 308 人(80.84%)认可医联体建设工作“提升医院医疗能力(如促进分级诊疗政策落地、优化医疗资源配置等)”；有 285 人(74.80%)认可医联体建设工作“提升医院品牌口碑和患者的吸引力”；有 361 人(94.75%)认为有必要向医联体派驻管理干部；有 357 人(93.70%)认为有必要向医联体单位派驻技术/学术主任。

2.4 医务人员感知的医联体建设障碍 最终纳入的 381 名医务人员中，有 306 人(80.31%)表示“临床任务重，难有余力开展医联体工作”；有 250 人(65.62%)认为“信息系统不互通”是医联体建设工作的障碍；有 254 人(66.67%)将双向转诊首要难点归结为“信息系统不互通”；有 190 人(49.87%)认为“缺乏完善明确的双向转诊标准”；有 141 人(37.01%)表明“合作双方诉求不匹配”是医联体建设的主要问题之一。

2.5 医务人员医联体建设工作参与度(表 1) 最终纳入的 381 名医务人员中，参与医联体建设工作者 180 人，医务人员医联体建设工作参与度为 47.24%。不同特征医务人员比较，不同年龄、职称、所在科室是否定期开展医联体建设工作、所在科室是否建立专家工作站和所在科室是否开展双向转诊医务人员医联体建设工作参与度不同，差异均有统计学意义(均 $P<0.01$)。

表 1 不同特征医务人员医联体建设工作参与度比较

Table 1 Comparison of the participation in medical alliance construction among medical staff with different characteristics

特征	分类	调查人数	医联体建设工作参与数/人	医联体建设工作参与度/%	χ^2值	P值
年龄/岁	≤35	110	21	19.09	53.575	<0.001
	36～45	161	86	53.42		
	>45	110	73	66.36		
职称	初级	70	8	11.43	92.792	<0.001
	中级	125	40	32.00		
	副高级	107	70	65.42		
	正高级	79	62	78.48		
科室	内科科室	123	65	52.85	3.589	0.166
	外科科室	193	90	46.63		
	医技科室	65	25	38.46		
所在科室定期开展医联体建设工作	否	62	11	17.74	24.465	<0.001
	是	319	169	52.98		
所在科室建立专家工作站	否	128	44	34.38	12.043	<0.001
	是	253	136	53.75		
所在科室成立专科联盟	否	121	54	44.63	0.345	0.557
	是	260	126	48.46		
偏好的医联体形式	综合型医联体	235	106	45.11	4.727	0.094
	自己联络专家工作站	58	35	60.34		
	专科联盟	88	39	44.32		
所在科室开展双向转诊	否	150	56	37.33	9.105	0.003
	是	231	124	53.68		
知晓转诊系统	否	227	103	45.37	0.613	0.434
	是	154	77	50.00		

2.6　医务人员医联体建设工作参与度的影响因素　以医务人员是否参与医联体建设工作为因变量（0=否，1=是），以年龄、职称、所在科室是否定期开展医联体建设工作、所在科室是否建立专家工作站和所在科室是否开展双向转诊共 5 个因素为自变量进行多因素非条件 logistic 回归分析。结果显示，中级职称（*OR*=3.628，95%*CI*=1.397～9.421）、副高级职称（*OR*=16.178，95%*CI*=5.372～48.719）和正高级职称（*OR*=53.831，95%*CI*=13.563～213.651）医务人员医联体建设工作参与度均较初级职称医务人员高，所在科室定期开展医联体建设工作医务人员医联体建设工作参与度较所在科室未定期开展医联体建设工作医务人员更高（*OR*=6.776，95%*CI*=2.958～15.518），所在科室建立专家工作站医务人员医联体建设工作参与度较所在科室未建立专家工作站医务人员更高（*OR*=1.894，95%*CI*=1.092～3.284）。

3　讨　论

本研究通过对福建省某三甲医院医务人员调查发现，有 92.65% 的医务人员高度认可医联体建设工作成效，分别有 94.75% 和 93.70% 的医务人员认为有必要向医联体单位派驻管理干部和派驻技术/学术主任。与既往研究相比，本次调查的医务人员对医联体建设工作的知晓情况较好，高于苏北地区[10]、广西地区[11]、上海市普陀区[12]和北京市[13]，可能是因为本次调查时间为 2024 年，医务人员对医联体建设工作的了解情况有所改善。此外，本次调查中医务人员对医联体建设工作成效的认可度亦高于黑龙江省省级医务人员对医联体建设工作成效认可度的 47.83%[14]。

但高认同并未有效转化为高参与度。本次调查结果显示，医务人员医联体建设工作的参与度较低，仅为 47.24%，与四川省医务人员医联体建设工作参与度较低（32.1%）的结论一致[15]。本研究多因素非条件 logistic 回归分析结果显示，中级及以上职称、所在科室定期开展医联体工作和所在科室建立专家工作站医务人员医联体建设工作的参与度较高。职称较高医务人员医联体建设工作的参与度较高，其中正高级职称医务人员医联体建设工作参与度最高（78.48%），这可能是因为医院为保证医联体建设工作的质量，要求前往医联体开展工作的人员需具备较高的职称。此外，医院于 2021 年实行主诊医师负责制，全面释放医务人员动能，充分调动起副高级职称人员的积极性。所在科室定期开展医联体建设工作医务人员医联体建设工作参与度较所在科室未定期开展医联体建设工作医务人员更高（*OR*=6.776，95%*CI*=2.958～15.518），所在科室建立专家工作站医务人员医联体建设工作参与度较所在科室未建立专家工作站医务人员更高（*OR*=1.894，95%*CI*=1.092～3.284）。提示科室对医联体工作有计划地安排能够显著提高或促进医务人员在医联体建设工作上的参与度。这些因素进一步凸显了组织支持和工作嵌入性的重要性，提示将医联体建设工作与日常职责结合时，有助于医务人员医联体参与度的提升。本研究中，年龄和科室开展双向转诊虽然与医务人员医联体建设工作参与度差异有统计学意义，但多因素非条件 logistic 回归分析后差异无统计学意义，可能原因为：（1）混杂因素影响，年龄与职称高度相关，而职称是关键影响因素，因此在校正职称后，年龄的独立作用不再显著；（2）中介或重叠效应，科室开展双向转诊与科室计划性安排医联体建设工作和建立专家工作站等因素已证实存在显著的内在关联；（3）检验效能不足，受样本量限制，多因素非条件 logistic 回归模型难以识别效应量较弱的真实关联。因此，未来研究可通过扩大样本量和采用结构方程模型等方法进一步厘清上述关系。

本次调查结果还显示，医务人员感知的医联体建设障碍包括工作压力负荷高、工具支持不足和数据统计与工作量转化困难等，这一发现与李梦斐[16]的研究基本一致，即医联体建设障碍包括体制型障碍、机制型障碍、政策型障碍和管理型障碍。其中，机制型障碍包括医护人员心态不平衡、缺乏联合主动性以及付出和回报不对等，政策型障碍包括医保未起到激励作用、双向转诊落实缺乏制度保证、缺乏管理和评价制度，管理性障碍包括信息化建设困难、患者信任危机、机构间文化冲突、统一管理困难、服务同质化难实现等。需要指出的是，本研究采用便利抽样法选取研究对象，该抽样方法可能因志愿者偏差等因素导致样本未能完全代表目标总体，从而引入选择偏倚，这一局限性使得研究结论在向更广泛的医务人员群体或不同医疗情境中外推时，其普适性可能受到一定影响。因此，未来研究可考虑采用随机抽样等方法以进一步验证本研究发现的稳定性与普适性。

综上所述，医务人员对医联体建设的高价值认同是宝贵的组织资产，但由于医联体制度建设不到位、医务人员工作负荷高、工具支持不足和数据与工作量统计困难等原因，导致医务人员参与医联体建设面临“无时间、无动力、无能力、无保障”的多重困境，制约了医联体进一步建设。建议医疗机构应创新岗位与工作设计和推动医联体职责制度化[17]，探索医联体工作量换算机制；

完善双向转诊的信息化支撑体系和提升协作服务保障水平，引导员工树立共享共赢的文化理念，从而推动医务人员对医联体的“高认同”转化为“高参与”，为分级诊疗格局的最终形成奠定基础。

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] Lin M Y, Hanchate A D, Frakt A B, et al. Association between physician-hospital integration and inpatient care delivery in accountable care organizations: An instrumental variable analysis[J]. Health Services Research, 2024, 59(6): e14311.

[2] Sanderson M, Allen P, Osipovic D, et al. Developing architecture of system management in the English NHS: evidence from a qualitative study of three Integrated Care Systems[J]. BMJ Open, 2023, 13(2): e065993.

[3] Conway S J, Himmelrich S, Feeser S A, et al. Strategic review process for an accountable care organization and emerging accountable care best practices[J]. Population Health Management, 2018, 21(5): 357-365.

[4] 李晶泉. 医联体视域下的分级诊疗制度建设研究——以浙江实践为蓝本 [J]. 卫生经济研究, 2022, 39(5): 49-52.

[5] 许贤雄, 林琴棋, 李跃明. 大型三级公立医院医联体模式下的党建工作机制创新实践 [J]. 现代医院管理, 2023, 21(1): 122-125.

[6] 王红, 王静怡, 文思莉, 等. 医联体模式下医疗机构协同路径研究: 基于信任传导与就医选择视角 [J]. 现代医院, 2025, 25(12): 1809-1814.

[7] 郭嘉硕, 刘兵, 徐椿善, 等. 紧密型城市医疗集团建设的实践研究 [J]. 中国医疗管理科学, 2025, 15(4): 106-110.

[8] 冀术明, 申瑞, 刘肖林, 等. 某三级甲等医院分院区筹建初期人力资源配置难点及对策探析 [J]. 中国医院管理, 2022, 42(11): 67-69.

[9] 胡容容, 梁晓玲, 蔡新, 等. 医务人员在医联体单位执业意愿及影响因素调查 [J]. 江苏卫生事业管理, 2025, 36(7): 945-947, 952.

[10] 赵宏亮, 苗春霞, 张洁, 等. 医务人员对医联体的知晓情况及影响因素分析 [J]. 卫生经济研究, 2020, 37(4): 21-24.

[11] 潘达颜, 蓝春勇, 李丽, 等. 跨区域医联体医务人员对医联体建设的认知和需求情况 [J]. 广西医学, 2017, 39(12): 1900-1904.

[12] 李英梅, 殷佩浩, 朱轶群, 等. 医联体模式下各级医疗机构人员对分级诊疗的认知调查 [J]. 中国医院, 2017, 21(7): 18-20.

[13] 左旭, 甄诚, 叶小琴, 等. 北京市医联体内医务人员参与医联体工作现状及效果评价研究 [J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(2): 37-43.

[14] 赵岩, 祁艳波. 黑龙江省医联体内医务人员对医联体认知情况调查分析 [J]. 中国卫生事业管理, 2019, 36(9): 654-656, 671.

[15] 吴侃, 郑艳, 万钰, 等. 四川省医务人员对医联体服务需求和利用现状及其效果评价 [J]. 中国公共卫生, 2020, 36(10): 1406-1408.

[16] 李梦斐. 我国“医联体”发展现状与对策研究 [D]. 济南: 山东大学, 2017.

[17] 熊之潔, 彭兰雅, 冯超. 医疗联合体模式下不同级别医疗机构人员对分级诊疗的认知调查 [J]. 中国卫生事业管理, 2025, 42(11): 1237-1240, 1247.