



## 医务人员医防融合知信行现状与影响路径研究\*

李乔晟<sup>1</sup>, 王婷<sup>2</sup>, 简伟研<sup>1△</sup>

1. 北京大学公共卫生学院 卫生政策与管理学系(北京 100191); 2. 国家传染病医学中心(北京)(北京 100015)

**【摘要】目的** 探究国家传染病防控医防协同医防融合试点城市医疗机构医务人员对于医防融合的知信行情况变化及其作用路径,为推动医防融合工作开展与完善相关政策提供实证依据。**方法** 本研究以国家层面传染病防控医防协同医防融合试点地区的医疗机构从事医防融合相关工作的医务人员作为研究对象,采用多阶段抽样选择研究样本,基于“知信行”理论框架设计调查问卷,在试点工作开始前(基线期)及一年后(末期)进行两次断面调查,对样本进行倾向性得分匹配(propensity score matching, PSM)后采用描述性统计、假设检验等方法对问卷资料进行统计分析,并拟合结构方程模型,了解调查对象对医防融合的知信行现状及作用路径。**结果** 本研究共获得样本11472例,经PSM后纳入10627例,其中政策实施前样本5007例,政策实施后样本5620例,两组样本在人口学变量上的分布差异无统计学意义。基线期样本对医防融合的知信行得分分别为13.32±0.05、15.62±0.04、6.37±0.02,末期得分分别为13.69±0.05、15.74±0.04、6.51±0.02,得分均有所提高( $P<0.05$ )。按医疗机构级别分层后发现,医务人员对于医防融合的认知与行为改变较明显( $P<0.05$ ),但态度并无显著改善( $P>0.05$ ),基层医疗机构医务人员对于医防融合工作的认知、态度以及工作频率普遍优于二、三级医院( $P<0.001$ ),二级医院医务人员的认知、态度、行为均未产生明显改变( $P>0.05$ )。医防融合的认知程度对行为的作用[标准化路径系数=0.496,95%置信区间(confidence interval, CI):0.482~0.508]强于态度对行为的作用(标准化路径系数=0.267,95%CI:0.244~0.290),对行为影响的直接效应(78.0%)大于以态度作为中介的间接效应(22.0%)。**结论** 国家传染病防控医防协同医防融合试点对提升医务人员医防融合的知信行有积极意义,医务人员对医防融合的认知程度是影响行为的主要因素。

**【关键词】** 医务人员 医防融合 知信行

## Current Status and Effect Pathways of Knowledge, Attitude, and Practice of Medical Care and Prevention Integration Among Medical Professionals

LI Qiaosheng<sup>1</sup>, WANG Ting<sup>2</sup>, JIAN Weiyan<sup>1△</sup>. 1. Department of Health Policy and Management, School of Public Health, Peking University, Beijing 100191, China; 2. National Center for Infectious Diseases (Beijing), Beijing 100015, China

△ Corresponding author, E-mail: [jianweiyan@bjmu.edu.cn](mailto:jianweiyan@bjmu.edu.cn)

**【Abstract】 Objective** To investigate the changes in knowledge, attitude, and practice (KAP) regarding the integration of medical care and prevention among medical professionals in medical institutions of pilot cities of the collaboration and integration of medical care and prevention, a national pilot program for infectious disease prevention and control, to examine the effect pathways, and to provide empirical evidence for promoting the implementation of the integration of medical care and prevention and improving relevant policies. **Methods** The participants in this study were medical professionals involved in medical care and prevention integration work. The participants were all from medical institutions of pilot cities for the collaboration and integration of medical care and prevention. The study sample was selected through multi-stage sampling. A questionnaire based on the theoretical framework of the KAP model was designed. Two cross-sectional surveys were conducted—once before the initiation of the pilot program (baseline) and again 12 months after implementation (after implementation). After propensity score matching (PSM), descriptive statistics and hypothesis testing were used to statistically analyze the questionnaire data. In addition, a structural equation model (SEM) was applied to assess the current status and effect pathways of the participants' KAP regarding the integration of medical care and prevention. **Results** A total of 11472 responses were collected, and 10627 were included in analysis after PSM, including 5007 before the implementation of the policy and 5620 after the implementation of the policy. No significant differences were observed in demographic variables between the two samples. Baseline scores for knowledge, attitude, and practice regarding the integration of medical care and prevention were  $13.32 \pm 0.05$ ,  $15.62 \pm 0.04$ , and  $6.37 \pm 0.02$  respectively, while the scores at the end of the study were 13.69, 15.74, and 6.51, respectively, all show an

\* 国家社会科学基金重大项目(No. 22&ZD143)资助

△ 通信作者, E-mail: [jianweiyan@bjmu.edu.cn](mailto:jianweiyan@bjmu.edu.cn)

出版日期: 2025-11-20

increase to a certain degree ( $P < 0.05$ ). Stratified analysis by institution level revealed relatively significant improvements in knowledge and practice ( $P < 0.05$ ), but no significant improvement in attitudes ( $P > 0.05$ ) among medical professionals. Medical professionals in primary medical institutions generally demonstrated superior knowledge, attitudes, and practice frequency compared with those in secondary and tertiary hospitals ( $P < 0.001$ ). No significant changes in KAP were observed among medical professionals in secondary hospitals ( $P > 0.05$ ). Regarding the integration of medical care and prevention, the effect of knowledge on practice (standardized path coefficient = 0.496, 95% CI: 0.482, 0.508) was stronger than that of attitude on practice (standardized path coefficient = 0.267, 95% CI: 0.244, 0.290). The direct effect of knowledge on practice (78.0%) was greater than the indirect effect mediated by attitude (22.0%). **Conclusion** The national pilot program for the collaboration between and integration of medical care and prevention in infectious disease prevention and control has a positive effect on improving the KAP regarding the integration of medical care and prevention among medical professionals. Knowledge of the integration of medical care and prevention is the primary factor influencing practice.

**[Key words]** Medical professionals Integration of medical care and prevention Knowledge, attitude, and practice

当前,我国的卫生服务体系仍然处于“碎片化”的低效率状态<sup>[1]</sup>,长期以来的“重医轻防”理念导致三级医疗机构的诊疗量占比持续扩大<sup>[2]</sup>,对病源和资源的虹吸作用日益增强,而包含疾病预防在内的初级保健服务体系则缺少活力<sup>[3]</sup>,居民难以获得优质高效、公平可及的全周期、连续化卫生健康服务。为破解卫生服务体系“碎片化”问题、提升服务效率,推动卫生服务模式由“治病为中心”向“健康为中心”转变,更好适应新时代人民群众的高质量健康需求,“医防融合”相关的政策研究与实践探索得到国内外广泛关注<sup>[4-7]</sup>。习近平总书记在2020年5月24日参加十三届全国人大三次会议湖北代表团审议时首次提出“要创新医防协同机制,强化各级医疗机构疾病预防控制职责”<sup>[8]</sup>,2022年,党的二十大将“创新医防协同、医防融合机制”作为重点任务进行部署<sup>[9]</sup>,随后在2024年党的二十届三中全会《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》中再次强调“健全公共卫生体系,促进社会共治、医防协同、医防融合”<sup>[10]</sup>。医防融合指疾病治疗服务与预防服务之间的整合,主要形式是鼓励医院在治疗服务的基础上提供公共卫生服务,属于服务协作与整合的范畴<sup>[11]</sup>。

现阶段关于“医防融合”相关的研究,主要以政策文本分析、逻辑层面的理论推演为主<sup>[11-13]</sup>,实证研究通常关注医防融合机制的建设现状、实施效果评价以及患者满意度分析<sup>[14-17]</sup>,少有研究从服务供方的视角出发,探究供方对于医防融合相关政策的认知状况和具体工作的开展情况及其影响因素。医防融合的核心目标是希望医疗机构多提供预防保健服务,而医防融合的最终落实需要一线医务人员的深度参与<sup>[18]</sup>,因此,医务人员的态度与行为则成为影响医防融合工作顺利推进的最直接因素。本文以国家传染病防控医防协同医防融

合试点城市医疗机构医务人员为研究对象,通过问卷调查的方式了解试点城市医疗机构医务人员对于医防融合的知信行情况及其作用路径,分析试点前后医务人员知信行的动态变化情况,为医院更好地开展医防融合工作提出对策建议,并为相关政策制定提供实证依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 研究对象

本研究以国家层面开展传染病防控医防协同医防融合的试点城市医疗机构医务人员(包括临床科室的医生与护士、行政管理科室中同时从事医疗工作的人员)作为研究对象,包括三级医院、二级医院以及基层医疗机构(一级医院和乡镇卫生院、社区卫生服务中心等)。采用多阶段抽样选择研究样本,第一阶段将试点地区范围内的医疗机构按照级别进行分层,在每层中按比例随机抽取部分医疗机构,第二阶段在抽取到的医疗机构内使用判断抽样方法选择与医防融合工作相关的医务人员。在本文中所提及的“医防融合”,是指医疗卫生机构在提供疾病医疗服务的基础上融合预防保健服务。根据这一定义,在医疗机构内部与医防融合相关的工作人员主要包括提供疾病治疗与保健服务的临床医护人员、开展预防保健服务的工作人员以及从事医疗与预防(公共卫生)工作管理或提供技术支持的行政职能科室工作人员,在判断抽样的过程中将以上岗位类型的人员作为选择标准。调查对象的纳入标准包括:①工龄1年及以上;②本单位正式在编员工;③自愿参与本课题研究。排除标准包括:①非本单位正式员工,例如外来交流学习人员、实习生、研究生、规培生等;②拒绝参与本研究。本研究的抽样流程如图1所示。

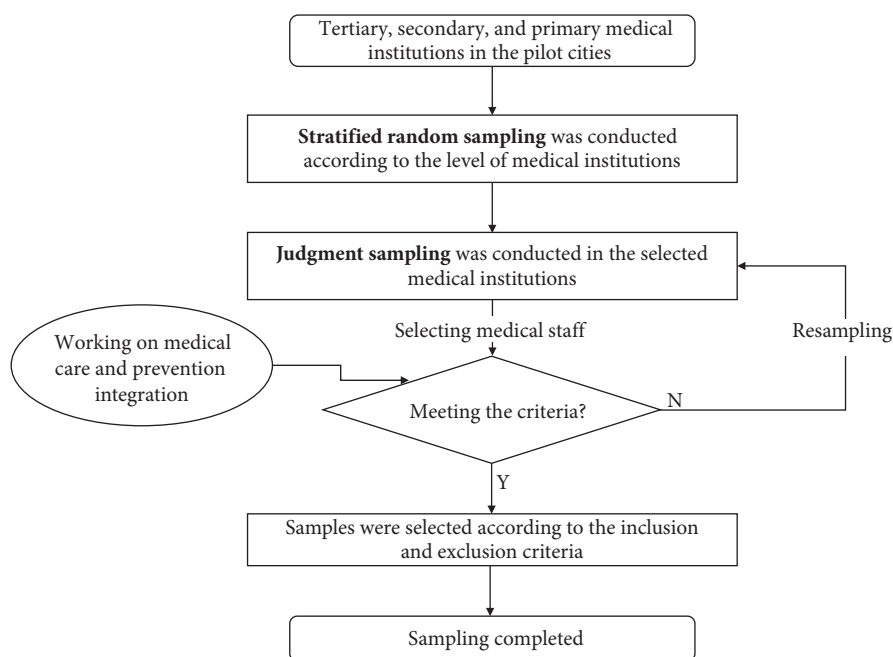


图 1 抽样流程

Fig 1 Process of sampling

## 1.2 问卷设计

基于健康教育与健康传播领域较为成熟的“知信行”理论框架设计调查问卷,了解调查对象对医防融合的认知情况、主观态度与行为状况。“知信行”理论(知识 Knowledge-态度 Attitude-行为 Practice, 简称 KAP)是用来解释个人知识和态度如何影响行为改变的最常用模式。该理论认为,知识是行为改变的基础,态度是行为改变的动力<sup>[19]</sup>。问卷内容主要包括:①调查对象人口学特征(包括性别、年龄、婚否、文化程度、民族等);②调查对象所在医疗机构情况(医疗机构级别、性质);③调查对象对医防融合的认知情况,包括知晓程度、态度、参与行为 3 个维度,其中知晓程度方面包括 4 个条目,态度方面包括 4 个条目,参与行为方面包括 2 个条目。问卷采用 Likert 5 级评分法评估,每个条目范围为 1~5 分,分数从低到高分别代表知晓情况、认同程度以及参与行为频率的从低到高。问卷 Cronbach  $\alpha$  系数为 0.949 4,说明问卷每个维度的问题具有一致性,测量结果相对稳定、可靠,信度较高;KMO 检验值为 0.909,同时通过 Bartlett 球形检验( $P < 0.001$ ),问卷测量结果有效。

## 1.3 质量控制

在问卷设计阶段,对调查目的、对象进行明确,充分回顾与调查主题、知信行理论相关的研究文献,并对从事相关领域研究的专家学者针对问卷内容开展专家咨询,确保问卷结构合理、逻辑清晰、重点突出。在正式调查之前,随机抽取 20 名传染病防控医防协同医防融合国家

试点城市医疗机构的医务人员进行预调查,并根据调查结果对问卷进行修改后,确定问卷终稿。在调查过程中通过设置质控问题、限制答题次数等方式确保问卷质量。调查结束后,对无效和存在关键信息缺失的问卷进行清除,再选择合适的统计学方法进行分析。

## 1.4 统计学方法

使用 Stata MP 18.0 分析调查问卷收集到的资料。为观测医务人员对医防融合政策的认知、态度和行为在试点工作不同阶段的动态变化情况,本研究进行两次断面调查,初次调查在试点工作启动前(基线期),第二次调查为试点工作一年后(末期),采用描述性统计(频数和百分比)、 $t$  检验、 $\chi^2$  检验与方差分析等方法对问卷资料进行统计分析,为确保政策实施前后的样本间具有可比性,使用倾向性得分匹配(propensity score matching, PSM)的方法,将样本的基本人口学信息(性别、年龄、婚否、民族、政治面貌、文化程度、职称、月收入、每日工作时长)作为自变量,对政策实施前后的两组样本使用最近邻匹配法进行 1:2 匹配,倾向性得分由自变量的 logistic 回归所得,匹配精度 Caliper 取值为 0.05。同时拟合结构方程模型,使用极大似然法进行参数估计,采用路径系数分析认知与态度对医务人员行为的影响,  $\alpha = 0.05$ 。

## 2 结果

### 2.1 样本基本情况

本研究共抽取医疗机构 45 家(其中三级医院 8 家,二

级医院9家, 基层或未定级医疗卫生机构28家), 获得样本11 472例, 其中基线期样本5 399例, 末期样本6 073例。接受调查的医务人员中, 绝大多数来自三级综合医疗机构。样本中女性占比略高于男性, 年龄大多集中在30~40岁(约50%)与40~50岁(约25%), 已婚的人员比例超过70%, 汉族超过90%。接受调查的医务人员中大部分为党员或群众, 占比达到80%; 文化水平以“本科”居多, 还有25%~30%的样本拥有硕士研究生及更高学历。样本中职称为“初级”和“中级”的各占约三分之一。从工作与收入情况来看, 多数医务人员的月收入在4000~10000元区间, 占样本总数约60%; 工作时长集中在8~12 h。基线期与末期的样本在医院性质、民族以及职称方面无明显差异( $P>0.05$ )。样本基本情况详见网络资源附件附表1。

经PSM后, 纳入分析的样本共10 627例, 其中政策实施前样本5 007例, 政策实施后样本5 620例。两组样本在性别、年龄等变量上的分布差异无统计学意义。具体数据详见网络资源附件附表2。

## 2.2 样本对于医防融合的知信行情况

### 2.2.1 概况

结果见表1。从对医防融合的认知来看, 样本在基线期的平均得分为13.32±0.05(满分为20分), 末期平均得分

增加至13.69±0.05, 差异有统计学意义( $P<0.001$ ), 样本对于医防融合概念( $P<0.001$ )、目标( $P<0.001$ )、医院在医防融合过程中承担的职能( $P<0.001$ )以及医院实施医防融合的具体措施( $P<0.001$ )的认知程度均有所提升。

在医防融合的态度方面, 样本在基线期的平均得分为15.62±0.04(满分为20分), 末期平均得分增加至15.74±0.04, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ), 样本对于医院开展医防融合相关工作( $P<0.05$ )、培训( $P<0.05$ )、信息化建设( $P<0.05$ )以及推进检验检查结果互认( $P<0.05$ )的支持度均有所提高。

对于医防融合的相关行为发生频率, 样本在基线期的平均得分为6.37±0.02(满分为10分), 末期平均得分增加至6.51±0.02, 差异有统计学意义( $P<0.001$ ), 样本从事医防融合相关工作( $P<0.01$ )以及参与医防融合相关培训( $P<0.001$ )的频率均有所增加。

### 2.2.2 不同级别医疗机构医务人员对医防融合的认知情况

结果见表2。无论是基线期还是末期, 不同级别医疗机构间的得分差异均有统计学意义( $P<0.001$ )。在实施医防融合试点之后, 基层医疗机构( $P<0.05$ )和三级医院( $P<0.001$ )医务人员对于医防融合的认知水平有所提升,

表1 样本对于医防融合的知信行情况

Table 1 The KAP scores of the sample for the integration of medical care and prevention

Items of the questionnaire	Baseline ( $n = 5\ 007$ )	After program implementation ( $n = 5\ 620$ )	$t$	$P$
Knowledge (K)				
Concepts	3.33 ± 0.01	3.43 ± 0.01	4.50	< 0.001
Hospital responsibilities	3.29 ± 0.01	3.38 ± 0.01	4.48	< 0.001
Response	3.30 ± 0.01	3.39 ± 0.01	4.63	< 0.001
Objectives of reform	3.39 ± 0.01	3.48 ± 0.01	4.12	< 0.001
Total	13.32 ± 0.05	13.69 ± 0.05	4.56	< 0.001
Attitude (A)				
Implementation of the work	3.87 ± 0.01	3.90 ± 0.01	2.16	< 0.05
Training	3.88 ± 0.01	3.91 ± 0.01	2.03	< 0.05
Construction of information technology	3.90 ± 0.01	3.93 ± 0.01	1.99	< 0.05
Mutually recognized inspection results	3.95 ± 0.01	3.98 ± 0.01	1.82	< 0.05
Total	15.62 ± 0.04	15.74 ± 0.04	1.92	< 0.05
Practice (P)				
Implementation of the work	3.24 ± 0.01	3.30 ± 0.01	2.98	< 0.01
Training	3.12 ± 0.01	3.20 ± 0.01	4.06	< 0.001
Total	6.37 ± 0.02	6.51 ± 0.02	3.63	< 0.001

表 2 不同级别医疗机构医务人员对医防融合的认知情况

Table 2 Knowledge of the integration of medical care and prevention among medical professionals at different levels of hospitals

Hospital level	Baseline (n = 5 007)	After program implementaion (n = 5 620)	t	P
Tertiary	12.87 ± 0.07	13.23 ± 0.07	3.49	< 0.001
Secondary	13.67 ± 0.11	13.91 ± 0.10	1.54	0.06
Primary	14.95 ± 0.16	15.47 ± 0.15	2.31	< 0.05
F	69.10	86.13		
P	< 0.001	< 0.001		

其中以基层医疗机构提升最明显(0.52分)。

2.2.3 不同级别医疗机构医务人员对医防融合的态度

结果见表3。无论是基线期还是末期,不同级别医疗机构间的得分差异均有统计学意义(P<0.001)。在实施医防融合试点之后,仅基层医疗机构医务人员对于医防融合的支持度提高(P<0.05)。

2.2.4 不同级别医疗机构医务人员开展医防融合行为的频率

结果见表4。无论是基线期还是末期,不同级别医疗机构间的差异均有统计学意义(P<0.001)。在实施医防融合试点之后,三级医院(P<0.01)和基层医疗机构(P<0.05)医务人员开展医防融合行为的频率有所提升,二级医院医务人员开展医防融合行为的频率未产生明显

表 3 不同级别医疗机构医务人员对医防融合的态度

Table 3 Attitude to the integration of medical care and prevention among medical professionals at different levels of hospitals

Hospital level	Baseline (n = 5 007)	After program implementaion (n = 5 620)	t	P
Tertiary	15.48 ± 0.05	15.55 ± 0.05	0.92	0.18
Secondary	15.64 ± 0.09	15.76 ± 0.07	0.96	0.17
Primary	16.31 ± 0.14	16.65 ± 0.12	1.81	< 0.05
F	15.67	31.41		
P	< 0.001	< 0.001		

表 4 不同级别医疗机构医务人员开展医防融合行为的频率

Table 4 Practice concerning the integration of medical care and prevention among medical professionals at different levels of hospitals

Hospital level	Baseline (n = 5 007)	After program implementaion (n = 5 620)	t	P
Tertiary	6.18 ± 0.03	6.33 ± 0.03	2.99	< 0.01
Secondary	6.50 ± 0.05	6.55 ± 0.04	0.76	0.22
Primary	7.11 ± 0.07	7.34 ± 0.07	2.19	< 0.05
F	60.02	74.38		
P	< 0.001	< 0.001		

变化(P=0.22)。

2.3 医务人员对医防融合知信行的结构方程模型

根据医务人员对开展医防融合的认知、态度、行为之间的关系,构建结构方程模型(图2),模型整体适配度良好[近似误差均方根(root-mean-square error of approximation, RMSEA)=0.069,比较拟合指数(comparative fit index, CFI)=0.990]。从结构方程模型的影响路径可以看出,医务人员医防融合的认知对态度[标准化路径系数=0.496,95%置信区间(confidence interval, CI):0.482~0.508,P<0.001]、认知对行为(标准化路径系数=0.470,95%CI:0.451~0.488,P<0.001)以及态度对行为(标准化路径系数=0.267,95%CI:0.244~0.290,P<0.001)均有直接影响。采用复制5000次的蒙特卡罗法检验医务人员对医防融合的认知与行为之间的中介效应(表5),效应值为0.143(95%CI:0.127~0.156),说明态度在认知对行为的影响过程中起到了一定的中介作用,中介效应占总效应的比例为22.0%。

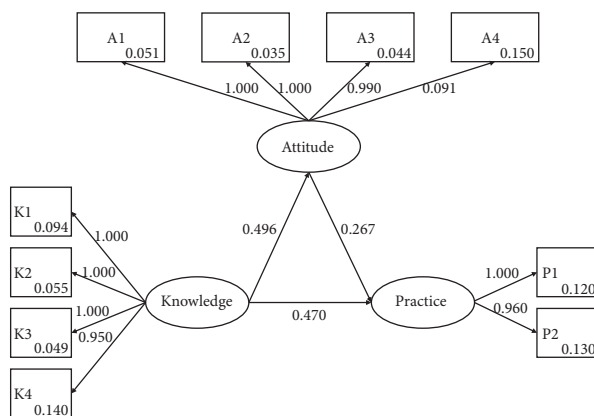


图 2 结构方程模型结果

Fig 2 Results of structural equation models (SEM)

K1-K4, A1-A4, P1, and P2 represent the questions measuring KAP in the questionnaire; the data on the arrow represent the standardized path coefficient or loading factor, and the remaining numbers represent the residual variance.

表 5 中介效应检验结果

Table 5 Results of mediation effect test

Knowledge→Practice	Values	95% CI	Proportion/%
Direct effect	0.507	0.492-0.525	78.0
Indirect effect	0.143	0.127-0.156	22.0
Total effect	0.650	0.603-0.691	100.0

3 讨论

3.1 试点地区医务人员医防融合知信行均有改善,其中认知与行为改变更明显

本研究发现,医防协同医防融合国家试点地区医疗

机构的医务人员对于医防融合的认知水平、主观认可度以及从事相关工作的行为频率均有明显提升,这说明试点工作对于提升医务人员主动落实“医防融合”具有积极意义<sup>[14]</sup>,特别是国家级试点工作能够更好地引起地方决策者对于该项工作的重视程度,进而医疗机构的管理者与一线员工能够及时感知到这种“重视”,主动了解医防融合相关的政策与知识,采取有力举措积极推动工作落实,将医防融合工作融入日常诊疗工作中。但是按医疗机构级别分层分析后发现,医务人员对于医防融合的认知与行为改变较明显,主观态度并无显著改善(仅基层医疗机构医务人员对于医防融合的支持度提高),这一结论与部分研究者的观点一致<sup>[20-21]</sup>。这可能是由于目前医务人员获得医防融合相关知识、开展相关服务的途径更多为“被动接受”决策者和上级管理者的行政命令或要求,能够主动提高医务人员对医防融合工作认可度的相关激励机制并未在真正意义上形成,医务人员的态度也就很难从“被动接受”转变为“主动认可”。具体来看,在现行的绩效考核制度下,医务人员的考核成绩受医疗服务(门诊与住院)数量的影响较多,预防服务相关的考核缺失,这是因为预防服务很难给医疗机构带来收益,并且预防服务的数量与效果也难以像医疗服务那样易于测量(医疗服务量可以通过就诊或出院人次等反映,效果可以通过再入院率、治愈率等指标测算)<sup>[22]</sup>,医疗机构管理者在设计绩效考核制度时也就不免会忽略预防服务,没有相应的考核,自然不会引起医务人员的重视。另一方面,除基本公共卫生经费外,预防服务也缺少相应的计价机制,缺少医保支付的支持,医务人员开展医防融合与否,很难通过收入差异来体现;医务人员的职称晋升也不考量医防融合的工作情况。绩效考核、薪酬待遇、医保支付等支持制度的缺失如导致对医务人员的激励不足,进而难以形成重视医防融合的积极氛围,也就难以转变对于医防融合的态度<sup>[23]</sup>。

### 3.2 医务人员对医防融合的总体认知水平仍然较低,基层医疗机构医务人员的认知水平相对更优

本研究发现,无论是在试点开始前还是开始一年后,医务人员对于医防融合的总体认知水平仍然较低,问卷中“认知”部分的满分为20分,实际平均分约为13分,侧面反映了医院医务人员长期以来形成的“重治轻防”理念尚未得到根本扭转,距离“以健康为中心”的服务理念形成与模式转变仍然具有一定差距。这一发现与现有研究结论相似<sup>[24-25]</sup>,医疗与公共卫生体系的相对独立导致临床医疗工作人员缺乏公共卫生与医防融合相关知识,进而难以高效开展医防融合相关行动<sup>[26]</sup>。值得注意的是,

基层医疗机构工作人员对于医防融合工作的认知情况普遍优于二、三级医院,这可能是由于基层医疗机构原本就承担着提供基本公共卫生服务的职能(从2023年的诊疗量数据来看,包含二、三级医院在内的各级各类医院开展包含基本公共卫生在内的初级保健服务的预防保健与全科医疗科诊疗量的占比约为1.64%,而基层医疗机构的占比约为39.09%<sup>[27]</sup>),工作人员已经较好地在工作理解并贯彻“医防融合”的理念。从国际经验来看,英国等国家推行的全科医生“守门人”制度体系,都是希望通过强化初级保健来提升整个卫生体系的绩效,这与我国的“医防融合”理念相契合,而在我国,基层医疗机构便充当“守门人”角色,承担常见多发病的基本医疗与慢病管理等公共卫生服务<sup>[28]</sup>。因此,在后续工作的开展过程中,注重对于医务人员特别是三级医院医务人员“疾病预防”理念的培养与增加预防保健知识的储备至关重要。

### 3.3 医防融合政策实施对二级医院医务人员的知信行影响的敏感性较低

本研究发现,医防融合试点工作的实施对于试点地区二级医院医务人员的认知、态度、行为均未产生明显影响。可能是因为,二级医院大部分属于综合性医院,但是其设备、技术、服务能力均不如三级医院,而便利性与可及性则不如基层医疗机构,在我国的分级诊疗体系中处于较为模糊的定位<sup>[29]</sup>,因此近年来服务量持续萎缩(全国二级医院诊疗量占比由2019年的16.04%下降到2023年的13.24%<sup>[27]</sup>),造成发展乏力。加之缺少系统的管理体制与激励机制的设计,自然难以对医防融合形成积极的响应。这一观点也得到了试点地区二级医院负责人的认同,其表示当前二级医院病种覆盖较宽,但缺少精度,人员、设施配备存在明显短板,属于“在夹缝中生存”,医务人员大多处于“躺平”的状态,因此不会对医防融合这样的新工作产生积极的态度。

### 3.4 对医防融合的认知程度是影响医务人员相关行为的主要因素

通过将医务人员的知信行使用结构方程进行拟合的结果可以看出,医防融合的认知程度对行为的作用强于态度对行为的作用,中介效应显示医防融合的认知程度对行为影响的直接效应(78.0%)大于以态度作为中介变量的间接效应(22.0%),提示行为受到知识储备的影响程度要大于是否具有积极的态度,这与上述“认知水平与相关行为频率的提高更明显”的发现相契合,医务人员扎实的知识积累是开展医防融合工作的基础与前提,也是工作质量的保障。但考虑到目前试点地区医疗机构医务人

员的认知水平总体偏低,故加强医务人员对于医防融合知识的培训与教育至关重要,也可以为医务人员从事医防融合相关工作奠定良好的基础。

### 3.5 对策建议

#### 3.5.1 完善医疗机构医防融合服务提供的激励机制

从医防融合长远发展来看,对医疗服务提供方的根本性激励应当是“患者越健康,医务人员收益也越大”。然而,目前这样的激励机制尚未建立,医务人员也难以对该项工作具有较强的认同感。在这种现实情况下,安排必要的资金促进医防融合的落实实属必要,特别是对于鼓励三级医院医务人员多开展预防保健服务的投入<sup>[30]</sup>(除给予预防保健服务专项补助的方式外,还可以在医疗服务价格目录中加入具有预防保健性质的收费项目),让医务人员开展的预防保健服务可以得到收入回报。另一方面,应当完善基于人群健康的绩效考核制度,在对医务人员的绩效考核中应当进一步强化人群健康相关的指标,并将考核结果与收入、晋职晋级挂钩,以增强其开展预防保健工作的积极性与重视程度,形成“提供的预防保健服务越多,患者健康水平越优,医务人员收益也越高”的良性循环。若能得到相关部门的支持,可以在医保支付方式改革方面有所突破,实行基于总额预算的打包付费制度,并落实“结余留用”,引导服务供方主动开展预防保健服务以减少患者,患者减少后医保基金的结余会增加,供方收入就会有所改善,也就更有积极性开展预防保健服务,能力也会得到提升,形成良性循环。

#### 3.5.2 通过加强医防融合人才培养填补医防融合的知识“鸿沟”

能够贯彻“大卫生、大健康”理念的复合型人才,是实现医防融合的内核。医疗机构医务人员受专业背景、工作内容所限,难以拥有医防融合的相关知识与技能的丰富储备。应以需求为导向,明确医院内部开展医防融合工作的各类岗位的胜任力要求和数量,并以此制定培训和培养方案,推动专业技术人员服务能力提升,实现临床医师“能防、善治、会应急”。同时,本研究发现,医务人员对医防融合的认知能更显著地影响行为,因此在人才培养过程中应当更加注重临床医生预防保健知识的培训,鼓励更多的临床医疗人才积极参加疾病预防控制相关的交叉培训和业务深造,成为“公卫精、医疗通、应急强”的公共卫生复合型人才。

### 3.6 局限性

鉴于医防融合工作在我国尚未完全落地,仍然处于探索阶段,本研究仍然存在一定的局限。一是本研究的周期为医防融合实施后的一年,时间跨度较近,难以观测

医防融合试点工作对于医务人员知信行的长期影响。二是本研究纳入分析的调查对象仅来自医防融合国家试点地区且基层医疗机构的样本量占比较小,研究结果可能更能反映三级、二级综合医疗机构的情况,对于基层医疗机构的敏感度相对较低,进而为结论外推产生一定阻碍,未来应当选取国内不同经济发展水平、不同医疗卫生基础等具有代表性的地区进行调查,同时扩大基层医疗机构的样本量占比,确保能够反映各级医疗机构的实际问题,以进一步提高研究结果的可靠性。

\* \* \*

**作者贡献声明** 李乔晟负责数据编、正式分析、研究方法、可视化和初稿写作,王婷负责调查研究和验证,简伟研负责论文构思、经费获取、研究项目管理、监督指导和审读与编辑写作。所有作者已经同意将文章提交给本刊,且对将要发表的版本进行最终定稿,并同意对工作的所有方面负责。

**Author Contribution** LI Qiaosheng is responsible for data curation, formal analysis, methodology, visualization, and writing--original draft. WANG Ting is responsible for investigation and validation, JIAN Weiyang is responsible for conceptualization, funding acquisition, project administration, supervision, and writing--review and editing. All authors consented to the submission of the article to the Journal. All authors approved the final version to be published and agreed to take responsibility for all aspects of the work.

**利益冲突** 所有作者均声明不存在利益冲突

**Declaration of Conflicting Interests** All authors declare no competing interests.

### 参 考 文 献

- [1] YIP W, FU H, CHEN A T, *et al.* 10 years of health-care reform in China: progress and gaps in Universal Health Coverage. *Lancet*, 2019, 394(10204): 1192-1204. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32136-1.
- [2] 国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴. (2024-10-31)[2025-05-13]. [https://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/tjztjcbw/tjsj\\_list.shtml](https://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/tjztjcbw/tjsj_list.shtml).
- [3] YIP W C, HSIAO W C, CHEN W, *et al.* Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms. *Lancet*, 2012, 379(9818): 833-842. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61880-1.
- [4] 顾海, 李子豪, 王福如, 等. 医防融合的关键问题、机制创新与实现路径. *卫生经济研究*, 2024, 41(1): 45-49. doi: 10.14055/j.cnki.33-1056/f.2024.01.004. GU H, LI Z H, WANG F R, *et al.* Study on key issues, mechanism innovation and implementation path of integration of medical and prevention. *Health Economics Research*, 2024, 41(1): 45-49. doi: 10.14055/j.cnki.33-1056/f.2024.01.004.
- [5] 王晨舟, 张研, 张亮. 我国医防融合困境中的管理和服机制剖析. *中国卫生政策研究*, 2024, 17(1): 2-8. doi: 10.3969/j.issn.1674-298.2024.01.001. WANG C Z, ZHANG Y, ZHANG L. Analysis of the management and service mechanisms in the integration dilemma of medicine and prevention in China. *Chinese Journal of Health Policy*, 2024, 17(1): 2-8. doi: 10.3969/j.issn.1674-298.2024.01.001.
- [6] 胡美丽, 张倩, 申斗, 等. 整合型服务体系构建背景下医防融合实现机制研究. *中国全科医学*, 2024, 27(22): 2706-2713. doi: 10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0722. HU M L, ZHANG Q, SHEN D, *et al.* Research on implementation mechanism of treatment-pervention integration under the background of constructing integrated service system. *Chinese General Practice*, 2024, 27(22): 2706-2713. doi: 10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0722.
- [7] LI X, LU J, HU S, *et al.* The primary health-care system in China. *Lancet*,

- 2017, 390(10112): 2584-2594. doi: 10.1016/S0140-6736(17)33109-4.
- [8] 中华人民共和国中央人民政府. 习近平参加湖北代表团审议. (2020-05-24)[2025-05-13]. [https://www.gov.cn/xinwen/2020-05/24/content\\_5514486.htm](https://www.gov.cn/xinwen/2020-05/24/content_5514486.htm).
- [9] 中华人民共和国中央人民政府. 习近平: 高举中国特色社会主义伟大旗帜 为全面建设社会主义现代化国家而团结奋斗——在中国共产党第二十次全国代表大会上的报告. (2022-10-25)[2025-05-13]. [https://www.gov.cn/xinwen/2022-10/25/content\\_5721685.htm](https://www.gov.cn/xinwen/2022-10/25/content_5721685.htm).
- [10] 中华人民共和国中央人民政府. 中共中央关于进一步全面深化改革 推进中国式现代化的决定. (2024-07-21)[2025-05-13]. [https://www.gov.cn/zhengce/202407/content\\_6963770.htm?sid\\_for\\_share=80113\\_2](https://www.gov.cn/zhengce/202407/content_6963770.htm?sid_for_share=80113_2).
- [11] 刘珏, 闫温馨, 刘民, 等. 新时期健康中国建设中的医防协同: 理论机制与政策演变. *中国科学基金*, 2023, 37(3): 451-460. doi: 10.16262/j.cnki.1000-8217.2023.03.009.
- LIU J, YAN W X, LIU M, *et al.* Medical-prevention coordination in the construction of healthy China in the new era: theoretical mechanisms and policy evolution. *Bulletin of National Natural Science Foundation of China*, 2023, 37(3): 451-460. doi: 10.16262/j.cnki.1000-8217.2023.03.009.
- [12] 肖翊冰, 王晓雨, 李伯阳. 动态能力赋能基层医疗卫生机构医防融合工作的理论框架研究. *医学与社会*, 2025, 38(1): 16-22. doi: 10.13723/j.yxysh.2025.01.003.
- XIAO Y B, WANG X Y, LI B Y. Theoretical framework of dynamic capacity empowering the integration of medical care and prevention in grassroots medical institutions. *Medicine and Society*, 2025, 38(1): 16-22. doi: 10.13723/j.yxysh.2025.01.003.
- [13] 崔珑严, 代高岚歆, 陶红兵. 我国医防融合典型路径及实现机制研究——基于主题框架分析. *卫生经济研究*, 2024, 41(12): 16-20. doi: 10.14055/j.cnki.33-1056/f.2024.12.015.
- CUI L Y, DAI G L X, TAO H B. Study on the typical path and realization mechanism of medical and preventive integration in China: based on thematic framework analysis. *Health Economics Research*, 2024, 41(12): 16-20. doi: 10.14055/j.cnki.33-1056/f.2024.12.015.
- [14] 郝一炜, 李冰, 魏丽荣, 等. 我国传染病医院医防融合机制建设现状分析. *现代预防医学*, 2025, 52(8): 1428-1434. doi: 10.20043/j.cnki.MPM.202501157.
- HAO Y W, LI B, WEI L R, *et al.* Current situation of the construction of the integration mechanism of medical treatment and prevention in infectious disease hospitals in China. *Modern Preventive Medicine*, 2025, 52(8): 1428-1434. doi: 10.20043/j.cnki.MPM.202501157.
- [15] WU Z, TIAN H, XU D, *et al.* Influencing factors and symbiotic mechanism of the integration of medical care and disease prevention during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey of public hospital employees. *Int J Environ Res Public Health*, 2022, 20(1): 241. doi: 10.3390/ijerph20010241.
- [16] WILLIAMS J, SACHDEV N, KIRLEY K, *et al.* Implementation of diabetes prevention in health care organizations: best practice recommendations. *Popul Health Manag*, 2022, 25(1): 31-38. doi: 10.1089/pop.2021.0044.
- [17] 李丽清, 翟小婷, 孙克, 等. 医防融合视角下慢性病患者对上下转诊服务的满意度及影响因素分析——基于江西省乡镇基层医疗机构的调查分析. *中国卫生事业管理*, 2025, 42(1): 107-112.
- LI L Q, ZHAI X T, SUN K, *et al.* Analysis of the satisfaction and influencing factors of chronic disease patient with upward and downward referral services from the perspective of medical prevention integration based on survey of township primary medical institutions in Jiangxi Province. *Chinese Health Service Management*, 2025, 42(1): 107-112.
- [18] 崔兆涵, 王虎峰. 紧密型县域医共体医务人员医防融合行为意愿影响因素研究. *中国医院管理*, 2024, 44(2): 40-45.
- CUI Z H, WANG H F. Study on the influencing factors of medical staff's behavior and intention to prevention and treatment integration in the merged medical community from the perspective of social cognitive theory. *Chinese Hospital Management*, 2024, 44(2): 40-45.
- [19] DENG J, FANG Y, WANG Q, *et al.* Meta-analysis of KAP toward COVID-19 in Chinese residents. *Front Public Health*, 2024, 12: 1279293. doi: 10.3389/fpubh.2024.1279293.
- [20] 任林琇, 张恬奕, 尤春雪, 等. 整合医疗视角下我国公立医院医防融合实施路径探析. *中国公共卫生*, 2024, 40(12): 1538-1544. doi: 10.11847/zgggws1144950.
- REN L X, ZHANG T Y, YOU C X, *et al.* Analysis of the implementation path of medical-prevention integration in public hospitals in China from an integrated care perspective. *Chinese Journal of Public Health*, 2024, 40(12): 1538-1544. doi: 10.11847/zgggws1144950.
- [21] 刘兰芳, 姚岚, 邱增辉, 等. 深圳市基层医疗卫生机构医防融合服务提供面临的困境与发展策略. *医学与社会*, 2024, 37(12): 18-25. doi: 10.13723/j.yxysh.2024.12.003.
- LIU L F, YAO L, QIU Z H, *et al.* Dilemmas and development strategies of the provision of medical care and prevention integration services in grassroots medical institutions in Shenzhen. *Medicine and Society*, 2024, 37(12): 18-25. doi: 10.13723/j.yxysh.2024.12.003.
- [22] NOORIHEKMAT S, RAHIMI H, MEHROUHASSANI M H, *et al.* Frameworks of performance measurement in public health and primary care system: a scoping review and meta-synthesis. *Int J Prev Med*, 2020, 11: 165. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM\_34\_19.
- [23] LI X, KRUMHOLZ H M, YIP W, *et al.* Quality of primary health care in China: challenges and recommendations. *Lancet*, 2020, 395(10239): 1802-1812. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30122-7.
- [24] 郑喆, 郭岩, 陈浩, 等. 医防融合背景下我国基层医疗卫生机构医防工作现状及认知调查. *现代预防医学*, 2022, 49(21): 3932-3936. doi: 10.20043/j.cnki.MPM.202204419.
- ZHENG Z, GUO Y, CHEN H, *et al.* A survey on the current status quo and perception of medical and preventive services in primary health care institutions in China under the background of medical and prevention integration. *Modern Preventive Medicine*, 2022, 49(21): 3932-3936. doi: 10.20043/j.cnki.MPM.202204419.
- [25] 王子荆, 高俊文, 李灿灿, 等. 供方视角下医防融合认知度及满意度研究. *中国全科医学*, 2025, 28(13): 1655-1660. doi: 10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0736.
- WANG Z J, GAO J W, LI C C, *et al.* Conception and satisfaction of integration of medical and prevention from providers' perspective. *Chinese General Practice*, 2025, 28(13): 1655-1660. doi: 10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0736.
- [26] 赖思宏, 陈静纯, 马晟杰, 等. 杭州市县域医共体公共卫生人员医防融合认知评价与工作境况现状分析. *现代预防医学*, 2023, 50(5): 879-883. doi: 10.20043/j.cnki.MPM.202210113.
- LAI S H, CHEN J C, MA S J, *et al.* Analysis on evaluation of working cognition and cognitive evaluation of medical-preventive integration of public health personnel in county medical alliances of Hangzhou. *Modern Preventive Medicine*, 2023, 50(5): 879-883. doi: 10.20043/j.cnki.MPM.202210113.
- [27] 国家卫生健康委员会. 2024中国卫生健康统计年鉴. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2025.
- [28] CAI C, MILLETT C, XIONG S, *et al.* Impact of China's primary healthcare reforms on utilisation, payments and self-reported health: a quasi-experimental analysis of a middle-aged and older cohort 2011-2018. *BMJ Public Health*, 2025, 3(1): e001595. doi: 10.1136/bmjph-2024-001595.
- [29] NODA S, HERNANDEZ P M R, SUDO K, *et al.* Service delivery reforms for Asian ageing societies: a cross-country study between Japan, South Korea, China, Thailand, Indonesia, and the Philippines. *Int J Integr Care*, 2021, 21(2): 1. doi: 10.5334/ijic.4739.
- [30] YIP W, FU H, JIAN W, *et al.* Universal health coverage in China part 2: addressing challenges and recommendations. *Lancet Public Health*, 2023, 8(12): e1035-e1042. doi: 10.1016/S2468-2667(23)00255-4.

(2025-05-15收稿, 2025-10-21修回)

编辑 余琳



开放获取 本文使用遵循知识共享署名—非商业性使用 4.0国际许可协议 (CC BY-NC 4.0), 详细信息请访问

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>。

OPEN ACCESS This article is licensed for use under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (CC BY-NC 4.0). For more information, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

© 2025 《四川大学学报(医学版)》编辑部

Editorial Office of *Journal of Sichuan University (Medical Sciences)*