

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2026.04.038

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20260106.1714.002\(2026-01-07\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20260106.1714.002(2026-01-07))

基于多利益相关者视角的主题框架分析对公卫医师处方权授予的实施路径研究*

王玉廷¹ 李正欢¹ 魏秀琴²

(1. 重庆医科大学附属第二医院公共卫生科, 重庆 400016; 2. 重庆市疾病预防控制中心, 重庆 400016)

[摘要] **目的** 基于多利益相关者视角的主题框架分析, 系统性探究与公共卫生医师(公卫医师)处方权授予相关的核心要素及可行的实施路径, 为相关政策制定提供实证依据。**方法** 采用目的抽样法, 选取 94 名卫生行政人员、公共卫生机构管理人员及公卫医师处方权试点人员进行半结构化访谈。运用主题框架法对转录文本进行编码、归类与分析。**结果** 分析出四大核心主题及其亚主题: 资质要求的分层认知(学历专业、工作资格、从业经验)、培训体系的共识与差异(培训时长、理论实践、考核认证)、执业规范的扩展需求(注册程序、授予流程、执业范围)、制度保障的系统构建(质量安全、监管考核、激励保障)。**结论** 公卫医师处方权的授予应构建以“明确资质要求、完善培训体系、严控执业规范、强化制度保障”为核心的处方权授予全过程实施路径。

[关键词] 公共卫生医师; 公卫医师; 处方权; 主题框架分析; 卫生政策

[中图分类号] R197.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8348(2026)04-0949-04

在我国卫生健康工作中, 公共卫生医师(公卫医师)长期面临着处方权缺失的问题^[1-3], 各方面的能力未能得到重视和发挥^[4-5]。处方权的缺失阻碍了公卫医师核心职能的发挥, 其社会和专业认同较低, 缺乏职业成就感^[6-7], 由此造成的“医防分离”, 与实际工作需求、群众健康需要脱节, 在公共卫生一线、国家基本公共卫生服务工作中表现得尤为突出^[8]。已有研究探索公卫医师处方权授予的可行路径^[9-10], 提出一系列关于可行性、安全性等方面的理论^[10-11], 形成规范、科学、全面的公卫医师处方权培训方案并检验其运用质量^[12-13]。有研究认为, 通过规范化的处方权培训后授予基层公卫医师相应处方权, 更有利于基层医疗对

部分疾病的早预防、早诊治^[14], 特别是在家庭医生等基本公共卫生服务中可发挥更大的用处, 最大化地保护人民群众健康, 真正做到医防协同^[15]。本研究通过对 94 名核心利益相关者进行深度访谈^[16], 并采用主题框架法对资料进行分析, 以期构建一个科学、可行的公卫医师处方权授予的实施路径框架。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用目的抽样法, 抽取重庆市公共卫生领域各环节人员 94 名, 采取书面问卷调查与访谈相结合的方法开展调查, 访谈对象基本情况及编码规则见表 1。

表 1 访谈对象基本情况及编码规则($n=94$)

代码	项目	群体特征	$n(\%)$
A	卫生行政人员	省、市两级卫生健康委或疾病预防控制中心管理人员。	37(39.4)
B	公共卫生机构管理人员	省、市级疾病预防控制中心业务所长或科室主任, 负责传染病、慢性病等具体公共卫生项目的管理与实施。	8(8.5)
C	医疗机构管理人员	综合医院或社区卫生服务中心的院级领导或医务科、公共卫生科负责人。	11(11.7)
D	公卫医师处方权试点人员	已通过考核并被正式授予处方权, 在试点机构开展处方权试点的公卫医师。	38(40.4)

1.2 方法

1.2.1 访谈内容

根据相关文献研究初步制定访谈提纲并进行预调查, 咨询公共卫生领域专家后确定最终调查和访谈提纲, 主要信息包括: (1) 探索授予公卫医师处方权的范围; (2) 探索赋予公卫医师处方权的执业管理; (3)

完善赋予公卫医师处方权的制度; (4) 探索公卫医师处方权的协调机制; (5) 建议、意见及存在的问题等。

1.2.2 质量控制

访谈小组由疾病预防控制中心领导, 小组成员具有公卫医师资格。对访谈对象进行半结构化深入访谈。访谈确保受访者充分表达, 直至理论饱和。编码员为

* 基金项目: 重庆市卫生健康委科研项目(2025WSJK035)。

有经验的公共卫生硕士研究生,访谈后 24 h 内整理材料,严格保密个人信息。

1.2.3 资料分析

采用主题框架分析法,搭建层次化主题框架进行分析。采用 Nvivo 12 软件逐行分析文本并进行开放式编码,从原始访谈语句提取最小有意义单位,赋予“代码”,生成原始编码。经研究人员讨论,将相近初始编码归类、合并,形成亚主题和核心主题,在此期间不断回溯原始资料、多次迭代优化主题框架。以最终主题框架为分析矩阵,将访谈资料相关内容填入对应主题和亚主题。确定核心主题和亚主题后提炼其文本内容,

梳理主题间关系。结合不同参与主体,最终形成公卫医师处方权授予的实施路径模型。

2 结 果

2.1 亚主题编码

本研究对访谈原始资料进行编码,初步整理形成 15 个实践问题,修改、筛选后剔除出现频率 ≤ 1 的实践问题。在此基础上,逐段逐句阅读 12 个问题对应的访谈文本,结合相关调研材料,确定 12 个实践问题对应的问题要素,确定为亚主题。最终对 12 个亚主题进行开放式编码。高频词汇包括学历专业、从业经验、执业范围、监督考核等,见表 2。

表 2 开放性编码形成的类别及亚主题

编码	亚主题	初始编码	原始资料示例	卫生行政 人员(n)	公共卫生 机构管理 人员(n)	医疗机构 管理人员 (n)	公卫医师 处方权试点 人员(n)
Q1	学历专业	临床、预防医学本科学历的必要性	必须有临床或预防医学的本科学历,这是医学知识的保证,不然基础知识不牢固,开药会出大问题。	35	7	9	35
Q2	工作资格	持有有效的公卫执业医师证书	前提必须是已经注册的公卫医师,这是法定资格,是红线。不在这个体系里监管,就不能行使这个权力。	37	8	11	38
Q3	从业经验	需在相关岗位工作满 4~6 年	没有至少 4、5 年在基层跟患者打交道的经验,直接开药风险太大。医疗决策需要经验的积累。	27	3	3	25
Q4	培训时长	至少 6 个月的脱产标准化培训	至少需要半年全脱产学习,才能把药理学、诊断学这些核心知识基础打牢,这是安全底线。	35	5	3	30
Q5	理论实践	推崇“理论学习先行,临床实践跟进”的模式	理想的模式是前期全脱产进行理论知识学习,时间约占总时间的 2/3,后期进入临床科室,在带教老师指导下进行实践。	36	4	6	27
Q6	考核认证	通过理论与实践双重考核	培训完了必须考,而且不能只是笔试。现场抽一个病例,考核问诊、诊断和开具处方的全过程,这很重要。	30	3	5	33
Q7	注册程序	培训合格后提交申请	在拥有培训资质的单位进行专业化的培训并考核合格获得结业证书,线上提交注册申请,经相关行政部门(卫生健康委和医保局)审批同意方可注册。	32	8	6	35
Q8	授予流程	执业机构严格把关	培训合格后,应在试点执业机构接受指定的临床医师带教 3 个月。授予与培训内容相一致的处方权,并向辖区医保局申报处方权备案。	27	3	6	32
Q9	执业范围	主要在基层或专业卫生机构开具处方,主要开具疾病预防类药物	赋予公卫医师处方权的执业机构应主要是基层或专业机构,以减轻二、三级医院对诊断明确、用药稳定的部分患者诊治的医疗压力,减轻患者的负担。授予范围应考虑疫苗、传染病预防性用药、慢性病用药、妇女儿童保健、营养运动处方等。	26	6	10	28
Q10	质量安全	开展全流程的处方质量监测	要加强信息化建设,利用信息化手段建立处方管理系统,实时监测和管理公卫医师的处方行为。同时,强化继续教育,更新知识,提高处方能力,建立责任追究机制,明确医师处方责任,对因不当处方导致的医疗事故或不良后果依法追责。	33	4	6	26
Q11	监管考核	建立健全考核评价制度	建立医生考核机制,将处方质量纳入考核指标,与医生的绩效、职称晋升等挂钩。公卫医师处方权一旦授予,全程参照临床医师进行管理,卫生健康、医保等有关行政部门的考核、处置、通报与临床医师一致。	29	6	10	31

续表 2 开放性编码形成的类别及亚主题

编号	亚主题	初始编码	原始资料示例	卫生行政人员(n)	公共卫生机构管理人员(n)	医疗机构管理人员(n)	公卫医师处方权试点人员(n)
Q12	激励保障	教学与资金支持	组建由具有丰富临床经验和教学经验的专家组成的教师团队,确保教学质量。提供全面、系统的教学材料和参考资料。争取政府和相关部门的政策和资金支持,为培训工作的顺利开展提供有力保障。	30	6	4	31

2.2 核心主题编码

亚主题编码确定后,进一步挖掘亚主题之间的逻辑关系,对亚主题层级关系进行聚类或拆分。经分析筛选,将 12 个亚主题集成 4 个核心主题并进行编码,即:资质要求、培训体系、执业规范、制度保障,见表 3。

2.3 处方权实施路径模型

亚主题、核心主题确定后,进一步分析总主题 A1~A4 及其原始资料,围绕“如何赋予公卫医师处方权”这一核心范畴,构建出公卫医师处方权实施路径模型,见图 1。

表 3 基于主轴编码形成的核心主题及其对应亚主题

编码	核心主题	对应亚主题	卫生行政人员(n)	公共卫生机构管理人员(n)	医疗机构管理人员(n)	公卫医师处方权试点人员(n)
A1	资质要求	学历专业、工作资格、从业经验	99	18	23	98
A2	培训体系	培训时长、理论实践、考核认证	101	12	14	90
A3	执业规范	注册程序、授予流程、执业范围	85	17	22	95
A4	制度保障	质量安全、监管考核、激励保障	92	16	20	88

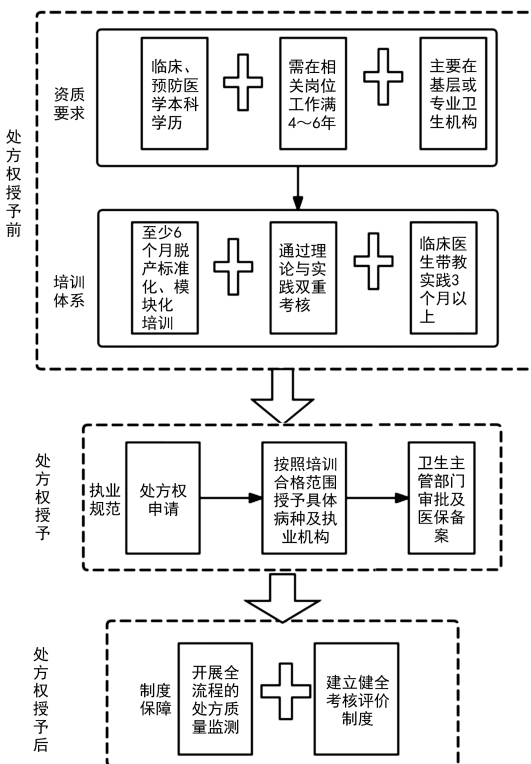


图 1 公卫医师处方权实施路径模型

3 讨论

3.1 严格规范授予路径是保障基础

本研究显示,公卫医师处方权授予需构建规范路

径,涵盖资质要求、培训体系、执业范围及制度保障。资质要求上,行政管理群体依赖标准化、可度量资质,认为本科学历作为教育背景保障,同时保障基层实践的实用性与刚需性。培训体系方面,应以岗位胜任力为目标精准培养,培训按病种模块化。执业规范上,公卫医师处方权需求与核心公卫职能挂钩,根据具体病种范围细化处方权范围。制度保障方面,应构建全流程处方监管及定期考核机制。构建完整、系统的处方权授予路径并提供坚实制度保障^[17]。

3.2 明确处方权范围是根本核心

应分范围、分层级、分机构,稳步有序放开公卫医师处方权^[17]。(1)从基层医疗机构、专业公共卫生机构入手逐步推广;(2)明确人员范围,尽量选择有医学背景且有基层工作经验的人员;(3)明确公卫医师开具处方的范围,如疫苗接种、慢性病维持用药、营养素、妇女儿童保健用药及传染病防控等,结合实际授予部分病种范围的处方权。

3.3 推行系统性模块化培训体系

本研究多视角建议推行“核心模块+专业方向模块”课程体系。核心模块(如法律、药理、处方开具练习)全员必修,确保能力达到基本标准;专业方向模块(如慢病用药管理)应契合处方权病种范围,培训内容与岗位培训衔接,依岗位需求制定学习内容,确保医师精准高效运用处方权,提高医疗服务质量与安全水

平。同时,部分利益相关者还认为应探索规范化培训与处方权授予融合路径,衔接高校学历教育等^[18]。

3.4 加强处方权监管是关键手段

本研究不同访谈对象多视角均认为公卫医师处方权管理应通过 3 个环节规范。执业注册环节:持公共卫生执业医师资格证及处方权培训合格证,向所在机构提交申请材料,经机构审核报卫生健康管理部门,审核通过后在执业证书增注范围即可行权。机构授予环节:接受临床医师 3 个月带教,经综合评估后授予对应处方权,并至卫生健康主管部门审批及医保部门备案。质量安全保障环节:建设信息化管理系统并设用药预警,将处方质量纳入考核,鼓励患者监督。同时授予单位管理部门应参考临床医师处方审核点评策略实现处方前置审核、动态监管、定期考核,确保处方质量、降低风险^[19]。

本研究通过主题框架法剖析公卫医师处方权实施路径核心要素,提出以“明确资质要求、完善培训体系、严控执业规范、强化制度保障”为核心的处方权授予全过程实施路径。为政策制定与落地提供实证和理论支撑。未来研究将追踪试点地区实施效果,评估公卫医师处方权授予后的患者健康结局、服务效率、卫生经济效益及制度长期运行成本,为政策优化提供反馈。

利益冲突:所有作者声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 程清忠,李战胜,王爱莲,等. 基层首席公卫医师制度的实践与探索研究[J]. 中国农村卫生, 2020,12(21):17-19.
- [2] 程锦泉. 我国疾病预防控制体系现代化建设的思考及对策建议[J]. 中华预防医学杂志, 2020, 54(5):475-479.
- [3] 陶芳标. 弥合公共卫生与临床医学教育裂痕推动医防融合实践[J]. 中华预防医学杂志, 2020, 54(5):465-468.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] 王卓,邹锬,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.
- [7] 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.
- [8] 邹锬,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.
- [9] 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.
- [10] 董潇杨. 成都市基层医疗卫生机构医疗服务与基本公共卫生服务关联性分析及影响因素研究[D]. 成都:四川大学, 2021.
- [11] 袁一雪. 短板待补齐公共卫生学急需完善人才培养体系[J]. 科学大观园, 2020(6):36-39.
- [12] 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.
- [13] 张伊人,黄蛟灵,庄宇,等. 公共卫生医师规范化培训中科研能力培养的上海实践与探索[J]. 中国卫生资源, 2023,26(6):761-767,772.
- [14] 胡月. 基本公共卫生服务均等化视角下乡镇卫生院公共卫生人力资源配置研究[D]. 南京:南京医科大学, 2014.
- [15] 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[J]. 现代预防医学, 2022,49(21):3932-3936,3992.
- [16] 胡广宇,王清波,朱明,等. 基于主题框架分析的公共卫生信息化建设典型案例研究[J]. 医学信息学杂志, 2021,42(5):20-25.
- [17] 刘霞,王岚,陈毅峰,等. 中国疾病预防控制体系改革的思考[J]. 中国公共卫生管理, 2020, 36(2):145-148.
- [18] 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]. 预防医学情报杂志, 2026,42(4):560-568.
- [19] 高广明,刘天娇,徐娜,等. 处方前置审核系统多维度优化策略与实践效果[J]. 中国药房, 2025, 36(14):1797-1801.

(收稿日期:2025-06-30 修回日期:2025-10-27)

(编辑:成卓)