

DOI:10.3724/SP.J.1008.2014.00981

· 论 著 ·

# 从医务人员角度看家庭健康管理工作的困难与问题的定性研究

冯 婧,代 容,赵 勇,徐祥龙,侯峰刚,梁 翼,曾 缓\*

重庆医科大学公共卫生与管理学院,重庆 400016

**[摘要]** **目的** 从供方角度了解并分析重庆市某区家庭健康管理服务开展过程中遇到的困难和问题,为推动家庭健康管理提供建议。**方法** 选择重庆市某区5家社区卫生服务中心家庭健康管理服务的管理者5名和参与该工作的医务人员16名进行个人深入访谈。**结果** 宣传不足致居民配合度不高、医务人员业务素质及工作积极性不高、相关政策不完善、硬件设备等条件不足是制约该区家庭健康管理工作的主要因素。**结论** 需要扩大宣传,加强对医务人员培训并提高其工作积极性,完善配套政策及硬件设备等条件,从而推进家庭健康管理服务深入持续开展。

**[关键词]** 医务人员;家庭健康管理;社区卫生;访谈

**[中图分类号]** R 197 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0258-879X(2014)09-0981-07

## Difficulties and problems of family health management: a qualitative study from the perspective of health care workers

FENG Jing, DAI Rong, ZHAO Yong, XU Xiang-long, HOU Feng-gang, LIANG Yi, ZENG Huan\*

School of Public Health and Management, Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China

**[Abstract]** **Objective** To investigate the difficulties and problems of family health management in a district of Chongqing from the perspective of health service providers, so as to propose suggestions to promote family health management. **Methods** Participants included 5 community health administrators and 16 health care workers; they were sampled from 5 community health service centers in a district of Chongqing. In-depth individual interviews were conducted among the participants from March to July 2013. **Results** The critical factors restricting the family health management in the district included poor compliance of residents due to lack of propaganda, unqualified service and lack of motivation from the health workers, lack of supportive policies, and inadequate equipments. **Conclusion** To ensure a sustainable development of family health management, efforts should be made to train the health care workers and to improve their motivation, the supportive policies, and equipments.

**[Key words]** medical staff; family health management; community health; interview

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2014, 35(9):981-987]

有效的健康管理是提高居民健康水平,控制医疗费用的重要环节<sup>[1-2]</sup>。当前我国人口老龄化、慢性非传染性疾病形势严峻,在社区开展系统的、以预防为主的健康管理服务成为应对的重要手段<sup>[3]</sup>。家庭健康管理是一种以家庭为单位,为家庭成员提供全程、连续的健康管理的新型社区卫生服务模式,近年来在全国各地得到发展<sup>[4-7]</sup>。重庆市某区2012年5

月在试点基础上面向全区推广,探索实施家庭健康管理服务。开展该工作以来,居民对社区卫生服务的知晓率、利用率有所提高,但在实践过程中存在较多困难和问题。健康管理在发达国家已有多年的研究和实践<sup>[8]</sup>,国内对于这方面的研究近年来也有所增加,但多为理论框架的探讨<sup>[4-7]</sup>。本文采用定性研究的方法,从卫生管理者和服务提供者的角度,深入

**[收稿日期]** 2014-03-07 **[接受日期]** 2014-06-19

**[基金项目]** 中国社区卫生协会社区卫生科研基金项目(2012-2-78),重庆市渝中区科委软科学项目(201208). Supported by Community Health Research Foundation of Community Health Association of China (2012-2-78) and Soft Science Project of Science and Technology Committee of Yuzhong District, Chongqing (201208).

**[作者简介]** 冯 婧,硕士生. E-mail: 709285909@qq.com

\* 通信作者(Corresponding author). Tel: 023-68485008, E-mail: zenghuan586@aliyun.com

剖析家庭健康管理工作中的困难和问题,从而为该服务的可持续发展提供建议。

### 1 对象和方法

1.1 研究对象 采用目的性抽样及“信息饱和”原则,选择重庆市某区5家社区卫生服务中心家庭健康管理服务的管理者5名及参与该工作的医务人员16名进行个人深入访谈。

1.2 资料收集与分析 2013年3月至7月,采用定性研究方法中的半结构式访谈,并从有关部门收集二手资料。在征得访谈对象同意的前提下选取合适的时间和环境对其进行30~60 min的深入访谈。内容涉及家庭健康管理现状、困难及建议。根据访谈录音和笔记及时转录。从社区卫生服务管理中心、各社区卫生服务中心收集家庭健康管理服务内容、形式及医务人员工作记录等资料。运用定性

分析软件 MAXqda 11 管理资料,采用主题框架法进行分析,主题框架包括家庭健康管理服务内容、形式与对象,居民配合情况,团队服务能力与态度以及服务条件等。

1.3 质量控制与伦理考虑 通过查阅文献并结合研究目的制定访谈提纲,正式调查前进行预调查以修改并确定访谈提纲,对调查员进行规范化培训,调查期间及时整理资料、总结经验,课题负责人对调查过程进行督导和技术指导。在伦理方面,遵循知情同意原则,不涉及个人隐私,不记录被访谈者的真实姓名,所获数据仅为研究使用。

### 2 结果

2.1 访谈对象基本情况 受访者共21人。其中,社区卫生服务管理者5名,参与家庭健康管理工作的医务人员16名。详情见表1。

表1 访谈对象基本情况  
Tab 1 Characteristics of interviewees

No.	Gender	Age(year)	Occupation	Years of community work	Education background	Major
A-F1	Female	45	Administrator	20	B	CM
D-M1	Male	28	Doctor	4	B	CM
D-F2	Female	43	Doctor	22	J	GP
P-F3	Female	26	P	1	B	TW
P-F4	Female	28	P	1	B	TW
P-F5	Female	30	P	5	B	PM
P-F6	Female	54	P	6	J	PM
P-F7	Female	25	P	3	J	Pharmacy
A-M2	Male	38	Administrator	13	B	CM
D-F8	Female	45	Doctor	24	J	Nursing
N-F9	Female	23	Nurse	2	J	Nursing
D-F10	Female	24	Doctor	1	B	GP
N-F11	Female	28	Nurse	6	T	Nursing
A-M3	Male	37	Administrator	12	B	CM
D-F12	Female	25	Doctor	3	J	CM
N-F13	Female	23	Nurse	4	T	Nursing
P-M4	Male	26	P	2	B	PM
P-F14	Female	27	P	3	B	PM
A-M5	Male	52	Administrator	28	B	PM
A-F15	Female	40	Administrator	19	B	CM
P-F16	Female	35	P	13	B	PM

P: Public health physician; B: Bachelor degree; J: Degree of junior college; T: Degree of technical secondary school; CM: Clinical medicine; GP: General practice; TW: Combined traditional Chinese and western medicine clinics; PM: Preventive medicine

### 2.2 家庭健康管理服务现状

2.2.1 服务内容 根据该区开展家庭健康管理服

务工作实施方案的要求,该区家庭健康管理服务主要包括家庭健康需求调查与分析、健康档案的建立

与管理、健康体检、健康风险分析、健康评估、健康干预、亚健康管理、疾病管理、动态跟踪管理等九部分内容。

2.2.2 服务形式 由全科医师、公共卫生医师、社区护士各一名以及社区志愿者组成团队,为辖区内自愿签订协议的家庭及其成员提供服务。

2.2.3 服务对象 包括健康人群、亚健康人群和疾患者群三类。

### 2.3 家庭健康管理工作中的困难和问题

2.3.1 居民配合度低,签约阻力较大 几乎所有受访者表示居民对家庭健康管理服务的配合度较低,签约工作较难开展。分析原因,绝大多数管理者和医务人员都谈到当前很多居民的健康意识淡薄,缺乏疾病预防意识,尤其是一些年轻人,平时忙于工作而疏忽了健康,认为“预防保健、健康指导没有什么用处”,因而对以公共卫生服务为主的家庭健康管理服务不感兴趣(引文 A-M3, D-M1)。此外,宣传不足致使居民对家庭健康管理服务知晓率低,不知道签约后可获得哪些益处或害怕签约后被束缚,也是阻碍签约工作顺利开展的重要原因。采访中 16 名医务人员都谈到,该区家庭健康管理服务主要依靠团队成员与居民签约时现场宣传或医务人员下社区组织活动时附带宣传,力度远远不够。一方面是因为“社区医务人员自我宣传公信力不够,居民害怕上当受骗”;另一方面是宣传覆盖面较窄,“医务人员下社区时间与居民上班时间冲突,能接受到宣传的对象多为老年人”,人群相对局限(引文 P-F14, N-F11, P-M4)。

2.3.2 团队服务能力有待加强 一方面,医务人员业务水平偏低,且培训不足。通过收集二手资料我们了解到,截至目前,该区参与家庭健康管理工作中的人员中,初级专业技术职务占很大比例,为 77.2%,中级占 17.9%,高级仅为 2.4%。本科及以上学历占 35.5%,大专占 37.8%,中专及其他学历占 26.7%。在受访的 16 名医务人员中,8 名医务人员社区工作年限为 3 年或不足 3 年,其中有 3 名仅为 1 年。多数医务人员告诉我们,目前该区家庭健康管理团队中的医生以临床专业为主,合格的全科医生数量有限,加之医生平常忙于诊疗工作,家庭健康管理工作主要由团队中的护士和公共卫生医师承担。而有相当一部分护士和公共卫生医师感到自身的基

本临床专业知识和中医理论知识比较欠缺,对于居民提出的一些常见问题不能解答(引文 P-F7),在中医健康管理服务上也只能提供常识性的建议而不能进行更专业的指导(引文 P-F6)。这样就使得团队服务能力难以取得社区居民的信任。当被问及培训状况时,所有受访者表示目前对家庭健康管理团队成员的培训多为对该服务的内容、流程及家系图绘制的培训,而对临床专业知识、中医理论及医患沟通技巧等培训得较少(引文 P-F7)。一位全科医生还告诉我们,单位邀请的培训专家多是从事临床工作的,本身社区工作经验不足,培训的内容多停留在理论层面,与实际工作联系不紧密(引文 D-M1)。

另一方面,医务人员工作积极性也不高。该区各社区卫生服务中心医务人员数量严重不足而工作量又大。受访的 16 名医务人员表示他们都是“兼职”做家庭健康管理工作的,本身还有各自的日常工作。如医生要坐门诊,公共卫生医师和护士要负责各自辖区内的老年人体检、慢性病随访等基本公共卫生服务项目,家庭健康管理服务则是在其原有工作的基础上新增加的内容。受访者中,除 2 名表示能在上班时间抽空完成家庭健康管理相关工作以外,其余 14 名均表示只能利用中午、晚上或周末休息时间完成签约、档案整理和上门随访等(引文 D-M1, P-F7, P-M4)。由于占用了太多私人时间,大多数医务人员表示不愿意再从事家庭健康管理工作。当被问及对签约家庭是否达到了规范化管理要求时,几乎所有受访者表示,该区家庭健康服务刚刚起步,人员数量严重不足而签约指标量较高,因而对已签约家庭很难达到规范化管理要求,重“量”轻“质”的现象较为普遍(引文 P-F3)。被调查的 5 家社区卫生服务中心均是以任务形式将家庭健康管理工作的分配给某些医生和护士。个别中心缺乏有效的激励机制且团队内分工不明确,再加上管理工作没有统一指导文件和规范,很多医务人员都认为他们得到的报酬相对于其增加的工作量而言严重不成比例,这在很大程度上挫伤了其工作积极性(引文 D-F2, P-M4)。此外,资料档案完善工作烦琐重复,与所学知识联系不紧密,很多医务人员感到自己的能力不能很好地发挥(引文 P-F14)。再加上受仪器设备限制,不能为居民提供更细致的服务,为其解决实际困难,医务人员表示工作没有成就感。

2.3.3 内外服务环境有待改善 主要是优惠政策少,转诊合作缺乏政策支持。访谈中6名医务人员认为该区的家庭健康管理为居民提供的实际优惠项目太少是导致居民不配合的又一原因。在公共卫生服务方面,该区仅为几个特殊人群(60岁以上老年人、残疾人、低保人群、育龄妇女及高血压、糖尿病患者)提供了免费体检,一些不符合条件而对社区体检有需求的人群(如:外来务工的年轻人),因享受不到服务,签约的积极性受到严重打击;在医疗方面,仅仅减免1块钱挂号费的优惠对大多数居民缺乏吸引力,他们更希望能在医药费、诊疗费方面有所优惠(引文 P-M4,P-F6)。

通过访谈了解到,目前该区社区卫生服务中心均以各自名义与大医院或大医院的某个科室间建立合作关系,政府并没有出面为其指定对口医院。由于缺乏政策保护,转诊通道与合作关系的稳定性容易受到经济利益的影响。如有医生告诉我们:“我们和大医院有远程心电图的合作,患者在这里检查的心电图的数据会通过互联网传给大医院,由大医院出具检测报告。因为现在社区做心电监护的量不大,带给大医院的经济效益也不高,他们合作的积极性就不高。最开始投放在我们这里的4台设备现在已经回收得就剩1台了。毕竟不是直接从卫生局或者政策方面对他们进行要求,在这种情况下肯定都会有利益的问题。”(引文 D-M1)

另外,仪器药品欠缺,信息系统也待完善。几乎所有受访管理者和医务人员谈到,社区卫生服务中心的仪器设备陈旧、落后,很多是从大医院淘汰下来的,并且缺乏部分常规的检查设备,如:糖化血红蛋白仪、电解质检测仪等。也有个别医生抱怨社区卫生服务中心在购买仪器时,申报手续烦琐,审批时间过长(引文 D-M1)。居民的基本检查需求得不到满足,对社区卫生服务中心的信任度和利用率也大大下降。此外,由于缺乏便于携带的轻便仪器,医务人员上门随访时能做的检查项目往往很少。绝大多数医务人员提到,实施基本药品目录后,社区卫生服务中心的药品种类不能满足居民基本需求(引文 D-M1,P-M4)。

该区卫生局为每个社区卫生服务中心配置了公共卫生和全科医生信息管理系统,采访中我们发现,目前这两个系统是分开的,造成了患者门诊及公共

卫生的双重随访,大大增加了工作量(引文 P-F14)。

### 3 讨论

有效的家庭健康管理,可以促进居民健康意识的转变,使居民形成良好的生活方式,使用适宜的健康管理技术,主动实施健康管理,对提高社区居民的健康水平、降低医疗费用、促进社会和谐与稳定具有重要意义<sup>[9]</sup>。本次研究发现,对社区卫生服务中心、家庭健康管理服务的不了解是阻碍居民签约的重要原因,因此,加大宣传力度是推进该工作的重要措施。应由政府领导,多部门参与进行联合宣传。具体可以由社管中心负责家庭健康管理工作的人员首先对政府及相关部门和单位,如街道、居委会、民政局等的人员就相关内容进行直接、全面、准确的培训,然后再请这些部门协助联合宣传。在形式上,选择容易受到居民关注的方式,如在电视、公交车、轻轨上插播视频广告,在小区宣传栏中张贴海报,向各学校、机关、企事业单位免费印发宣传材料等;在内容上,全面准确地介绍家庭健康管理的服务内容和形式,使居民对自身能享受到的免费服务项目和优惠政策有深刻认识,消除其“担心签约后被束缚”的戒备心理,整体改变和提高全社会对该服务的认识<sup>[10]</sup>。此外,还应该加强对预防保健的重要性及社区卫生服务中心基本情况和功能定位的宣传,提高居民的健康意识和对社区卫生服务中心的知晓率,引导居民主动接受服务。

就该区家庭健康管理团队而言,本研究建议:一方面,聘请三甲医院在职专家定期到社区卫生服务中心坐诊,以吸引居民到社区就医,改变其对社区卫生服务中心固有的不良印象,从而提高其利用率。同时邀请既具有扎实的全科医学理论知识又具有丰富的社区工作经验的专家定期对全科医生进行规范化培训,加强中医疾病调理和康复的培训,同时加强对护士及公共卫生医师的临床知识和技能的培训,以不断提高团队的服务能力。另一方面,完善各社区卫生服务中心的绩效考核方案,建立有效的激励机制,加大对参与家庭健康管理服务的医务人员的奖励力度,采用竞聘方式、遵循自愿原则组建服务团队,同时加强团队内部管理,合理分工,责任到人,以调动和提高每一位团队成员的工作积极性。此外,发动小区楼长等群众中较有影响力的居民作为志愿

者,协助团队采集居民基本信息,了解家庭一般情况,同时向居民宣传社区卫生服务中心及家庭健康管理服务相关内容,充分发挥医生与居民间的纽带作用,这样既提高了居民对家庭健康管理服务的知晓率和医务人员的信任度,又减轻了医务人员的工作负担,使其有更多的时间来处理专业相关事宜,从而提高其工作效率和成就感。

在营造良好的内、外服务环境方面,本研究提出如下建议:(1)适度增加家庭健康管理的优惠服务项目、扩大优惠项目受益人群,如适当减免签约家庭成员就诊医疗费,对60岁以下居民开设部分重要项目的免费体检等。(2)由政府出面,为每个社区卫生服务中心指定对口支援的三甲医院,建立有效和稳定的双向转诊绿色通道。(3)通过调查了解居民对常用药、常用医疗检查的需求,并根据调查结果适当调整社区卫生服务中心药品目录及医疗检查仪器和设备,以满足居民对社区卫生服务的需求。

近年来,随着我国社区卫生服务的发展,各地都在积极探索开展基于健康管理的家庭医生服务,与之相关的研究也大量涌现,但主要是从理论角度对当地家庭医生服务实践经验进行总结和介绍<sup>[4-7]</sup>。本研究与既往研究相比,具有以下特点:(1)在方法学上,采用定性研究的方法深入挖掘影响工作开展的各项因素。定性研究注重事物的过程,可以了解事物发生过程中的许多细节,对未知领域的探索能提供更多的信息,具有足够的深度<sup>[11]</sup>,此外,定性研究的结果也可为后续定量研究提供线索。(2)从社区卫生服务管理者及服务提供者的角度出发,了解他们的工作现状,对当前政策、工作的看法、态度以及工作中的困难及建议,具有较强的实际意义。(3)切实反映本区开展家庭健康管理服务的实际情况,为推进该区工作及与本区具有相似政策和条件背景的其他地区开展该服务提供参考。

#### 4 利益冲突

所有作者声明本文不涉及任何利益冲突。

#### [参考文献]

- [1] McCarver P. Success of a diabetes health management program in employer-based health care centers [J]. AAOHN J, 2011, 59: 513-518.
- [2] Chao J, Wang Y, Xu H, Yu Q, Jiang L, Tian L, et al. The effect of community-based health management on the health of the elderly: a randomized controlled trial from China [J]. BMC Health Serv Res, 2012, 12: 449-457.
- [3] 王力,王丽辉.健康、健康管理、健康管理师及中国健康管理的发展前景 [J]. 中国疗养医学, 2011, 20: 1065-1067.
- [4] 徐敏薇,孟华,蔡滨,马伟玲,黄辉,王俊华.社区推行家庭医生责任制服务存在的困难及对策分析——以苏州市为例 [J]. 卫生软科学, 2013, 27: 142-143.
- [5] 鲍勇,杜学礼,张安,梁颖,徐婷.基于社区健康管理的上海市家庭医生制度发展战略与策略 [J]. 中华全科医学, 2012, 10: 997-998.
- [6] 倪建华,李云鹏,张颖,王志坚.基于家庭医生制的健康管理模式探索 [J]. 中华全科医学, 2013, 11: 477-478.
- [7] 舒群,黄静,何坪,吴建华.重庆市渝中区家庭医生健康管理服务运行状况及对策研究 [J]. 现代医药卫生, 2013, 29: 2394-2395.
- [8] 陈霄.健康管理的研究进展与展望 [J]. 卫生软科学, 2010, 24: 229-231.
- [9] 郑俊峰,陈洪波,朱晓萍,曹丽芳.社区居民家庭健康管理模式探讨 [J]. 临床医药实践, 2011, 20: 638-640.
- [10] 吴军,徐蕾,陆旻,胡艳红,沈安,沈娟.程家桥社区居民对家庭医生制服务的需求情况调查 [J]. 中国全科医学, 2012, 15: 1809-1811, 1814.
- [11] 李鲁.社会医学 [M]. 3版.北京:人民卫生出版社, 2007: 75.

附录

结果部分中相关引文

存在的问题	引文
居民配合度不高	
居民健康意识淡薄	<p>A-M3: “中国大部分人都是年轻时先挣钱,老了的时候才拿钱来养身体,健康意识不是很强。有些年轻人很胖,我建议他锻炼身体,他说工作太忙没时间,也没必要。”</p> <p>D-M1: “有一些老年人,他就是健康人,他觉得自己也没得撒子不舒服的,何必跑去听(健康讲座)嘛,他的积极性也不高。特别是那种老居民社区,整体的居民素质和文化素质都不是很高,那么他对健康的那种意识呀,都不会有那个高教育人群那么强。”</p>
宣传不足,居民知晓率低	<p>P-F14: “我们自己宣传自己,很不容易获得居民的信任。要是街道、居委会能帮忙宣传就好了。但是目前这些部门宣传不给力。”</p> <p>N-F11: “现在电视媒体宣传得很少,基本上都依靠中心人员自己去宣传。我们去小区宣传,人家很多都上班去了,我们上班他们上班,我们下班他们下班,你说怎么宣传呢?”</p>
团队服务能力有待提高	<p>P-M4: “第一个就是确实宣传不够,老百姓他根本都不了解这个东西,他从中得不到好处而且你经常还要打电话给他,他觉得有时候觉得你是骚扰,有些人就是拗种心理。”</p>
医务人员业务水平较低	<p>P-F7: “遇到调班,临床责任医生不在岗,有时候居民直接问你怎么办?等不到临床责任医生,我们只能根据自己的理解来回答。有时候问题解决不了,唉,我们觉得这样很不好(叹息)。”</p> <p>P-F6: “搞我们这个(公卫)的,中医都不是很了解,我们就只能叫他多喝点青菜汤,多吃点新鲜蔬菜水果,然后做做高血压保健操。到底中医还有什么具体专业的方法,我们好像还指导不了(显得很为难)。”</p>
培训不足	<p>D-M1: “现在搞全科医疗的都是基层医生,而培训全科的往往是大医院的,他自己反而没搞过那个东西(社区医疗工作),他培训别人只能停留在理论上或者说想当然,很少有那种自己搞过然后又有资格出来做培训的。”</p> <p>P-F7: “中医指导这方面不熟悉,需要培训一下,尤其是什么湿热燥湿,中医之道什么的都理解不到!”</p>
医务人员工作积极性不高	
人员数量不足,工作量大	<p>D-M1: “我们现在人员很紧,照理说我们这种医生(兼住院部值班),不可能有多余精力来做(家庭健康管理),正常的医疗值班后人都疲倦了,精力也不足,所以我们能够花在这上面的精力也有限。”</p> <p>P-F7: “我们平时的话都有可能是利用个人的很多业余时间跑的。我们很多都是利用下班时间呀,晚上呀一般去跑。”</p> <p>P-M4: “我们辖区有2000多人,每个季度要随访一次,人员的话确实不够。”</p> <p>P-F3: “肯定管理不到位,我们两个人负责4个居委会的老年人体检、慢病随访,有几万人,这是我们日常的科室工作。另外还要负责两个居委会的家庭健康管理,加起来差不多300户,每一户都按照规范规规矩矩地来管理,这个肯定不可能(带着气愤)!”</p>

续表

存在的问题	引文
付出回报不成比例	D-F2: “我跟你讲,我做了那么多,才给了多少钱!(付出与回报)绝对不成比例!我从去年到现在才2000元多点,而且我们这个团队是最高的。你说哪个愿意做吗?哪个都不愿意!(露出非常不情愿的神色)” P-M4: “那边(另外一个城市)他们从事家庭健康管理这一块,好像是市财政补助了几百块钱一个人,所以大家都愿意做,我们在这的话,我们做了这个东西,实际上我们的额外劳动没有任何体现。”
资料完善工作烦琐重复, 没有成就感	P-F14: “从专业上来说,感觉学公共卫生来搞社区这块,基本上都没用得上的,流行病统计用得很少,一般都是用基础知识,这个工作稍微有点医学常识的人都可以来做。”
服务环境有待完善 优惠政策少	P-M4: “如果开展家庭健康管理的话,老百姓更多的还是关心他从中能得到什么好处。我们区只是为几个特殊人群提供了免费体检,而实际上很多居民不能享受(免费体检),他们就不愿意支持这个工作。有的居民埋怨说:‘我到你这(社区卫生服务中心)体检你都不给我体检!’” P-F6: “现在对他(居民)的吸引太低了,有医保卡的就免了个挂号费,才免一块钱!而那些医药费呀,输液费呀,一点儿都不优惠,别人咋愿意来嘛!”
转诊合作无政策支持	D-M1: “比如说某个居民有病,我们没有权限或者说功能可以帮他直接联系大医院。目前是社区中心以各自名义和大医院或者是和大医院的某个科室进行联系,而不是由社管中心或者卫生局出面直接把整个区所有社区中心和就近的某些大医院建立联系,唉……” D-M1: “我们和大医院有远程心电图的合作,患者在这里检查的心电图的数据会通过互联网传给大医院,由大医院出具检测报告。因为现在社区做心电图监护的量不大,带给大医院的经济效益也不高,他们合作的积极性就不高。最开始投放在我们这里的4台设备现在已经回收得就剩一台了。毕竟不是直接从卫生局呀或者从政策方面对他的要求,在这种情况下肯定都会有利益的问题。”
常规仪器欠缺	D-M1: “疾病确诊相关的检查,像糖化血红蛋白仪,必要的,我们没有。我们社区只要超过4万块钱以上的设备,都必须申报,审批手续太麻烦,都要等很久才会有答复。我们之前查电解质的仪器,审批了两三年才下来。”
药品种类欠缺	P-M4: “我们基层只能用国家基本药品目录里面的药品,以前江中健胃消食片在目录里头,现在没在了,那些居民就跑来闹:你们是啥子医院哦,连这个最基本的药都没有,我们吃习惯了,你给我们开其他的我们吃不惯!”
信息系统待完善	P-F14: “我们这个系统临床和公卫是分开的,如果能连接到一起,社区医生可以进入临床系统,临床可以进入社区医生系统,临床医生随访了我们就可以看得到,就不用再随访了,工作量就少了很多。”