

<<加强中国农村贫困地区基本卫生>>

图书基本信息

书名：<<加强中国农村贫困地区基本卫生服务项目完工总结报告>>

13位ISBN编号：9787500599678

10位ISBN编号：7500599676

出版时间：2007-6

出版时间：中国财政经济

作者：刘运国，刘谷琮主

页数：211

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<加强中国农村贫困地区基本卫生>>

内容概要

卫生项目/卫生支持性项目是中国政府同世界银行、英国国际发展部及其他援助机构合作开展的“改善中国农村贫困地区基本卫生服务项目”。

该项目共覆盖我国中西部10个省（直辖市、自治区）中的97个国家级和省级贫困县，受益人口约4678万人。

其中7个省（市）71个县称为项目A部分；另外3个省（区）26个县称为B部分（秦巴卫生子项目），由世界银行贷款“秦巴山区综合开发扶贫项目”中分离出来并入本项目中。

本项目由卫生部、财政部、国家发展与改革委员会共同领导，卫生部组织实施，自1998年10月启动，2007年6月30日结束。

项目共使用世界银行软贷款8500万美元、英国政府赠款2100万英镑、其他援助机构赠款419万美元、地方各级政府配套资金约4378万美元。

项目目标是通过改善农村贫困地区卫生服务提供能力和提高卫生服务的利用水平，保证当地居民获得基本医疗卫生保健服务，实现可持续的健康改善。

1998~2006年项目实施期间，各省项目县综合孕产妇死亡率、婴儿死亡率和5岁以下儿童死亡率分别降低一半或一半以上。

97个县综合孕产妇死亡率由1998年的131.5/10万降至2005年的69.6/10万，从高于同期全国农村孕产妇死亡率平均水平的1.77倍降到1.29倍；婴儿死亡率由1998年的48.9‰

降至2005年的22.4‰，5岁以下儿童死亡率由57.0‰降至27.4‰，项目结束时均已接近全国农村平均水平。

入户调查显示孕产妇住院分娩率由1997年的19.6%提高到2006年的80.2%；妇女儿童在家中死亡率的比例降低，死于可预防和在基层可治疗的疾病相对减少。

低收入人群受益程度比高收入人群更明显。

项目地区不同人群利用卫生服务的公平性有了明显改善，卫生筹资公平性和卫生资源分布公平性也有不同程度的改善。

健康状况比较差的人口，如65岁以上老年人口及贫困人口卫生服务利用水平均比一般人口高；女性、少数民族居民、低收入人群卫生服务需求满足程度明显提高；低收入家庭的医疗卫生支出增长幅度低于高收入家庭，其占家庭消费性支出的比例并没有增加；与对照县相比，项目地区单位农业人口拥有的医疗设备数量较高。

项目地区居民对基本卫生服务的物理可及性得到提高：到达基层卫生机构的距离和时间均缩短、卫生机构的应急能力有了大幅度提高；项目县卫生服务的物理可及性明显好于对照县。

居民就医的流向更多集中到基层卫生机构，尤其是村级卫生机构。

项目所开展的特困人口医疗救助、合作医疗、重点卫生干预等，减轻了居民获得基本卫生服务的经济负担，住院费用水平明显低于对照县，住院费用年均增长速度远低于全国的增长速度。

在英国政府赠款支持的综合试点县，贫困人群的受益程度和卫生服务利用得到进一步提高。

项目地区乡镇卫生院的服务质量有了明显改善。

2007年专题调查显示项目地区抗生素和激素的使用比非项目县更为合理，基本药物使用比例明显高于非项目县。

入户调查显示2006年居民对乡镇卫生院的服务态度、设备条件、技术水平和诊疗效果的满意度高于1998年，也明显高于同期对照县。

卫生项目/卫生支持性项目提高农村贫困地区卫生服务提供能力，改善基本卫生服务的可及性、服务质量和效率，提高居民对基本卫生服务的可负担性和利用卫生水平，改善项目地区的卫生公平性，并显著提高居民健康水平的主要策略包括以下几个方面：1.通过实施本项目，在农村贫困地区认真贯彻落实国家的农村卫生政策，树立了新的卫生发展理念。

项目始终以改善人群健康为最终目标，重视弱势群体在获得卫生服务和健康产出方面的公平性，积极引导和鼓励农村居民参与当地的卫生规划和发展过程。

大力开展政府卫生规划与协调能力、卫生部门管理能力、卫生改革创新能力和专家技术支撑能力的建

<<加强中国农村贫困地区基本卫生>>

设。

通过项目的实施，初步建立了项目县的卫生资源规划体制，卫生部门的规划实施和监督管理能力得到提高，中央和省级对项目的技术支持能力明显增强。

项目在投入过程中兼顾供需双方的平衡，通过建设以乡镇卫生院为重点的农村卫生基础设施、加强乡村级卫生组织，使农村居民有机会获得基本医疗和公共卫生服务，以期获得最佳的健康效果。

2.改善了项目地区整体卫生资源的配置。

项目地区基层医疗卫生机构资源存量明显增加，服务条件显著改善。

每所乡镇卫生院业务用房平均增加近300平方米，在部分卫生院进行了太阳能供电和采暖、地源热泵采暖/制冷试点。

卫生院产科基本设备和设施条件达到配置要求的比例从1997年的10%左右提高到100%；基础检查设备配置达到要求的乡镇卫生院比例从不足10%上升到50%左右；具备急救转诊能力的乡镇卫生院比例从不足1%上升到7%；政府对公共卫生服务的投入有一定程度的增加。

3.促进农村卫生人力资源开发，大力提高卫生服务能力和质量。

项目资助省、县两级共开展短期培训846 320人次，采取中长期培训方式为县级培训业务骨干3.

799人次、乡级8379人次；开展管理培训33125人次，改善了卫生工作人员的专业素质和管理能力。

2006年项目地区能够开展健康教育、有计划免疫接种室、孕产妇保健门诊和儿童保健门诊的乡镇卫生院所占比例分别比1998年增加1.86倍、2.23倍、1.33倍和1.34倍，远高于同期对照县的增长速度。

提供住院分娩和计划生育服务的能力明显提高，急救转诊能力得到加强。

能开展血常规、尿常规和生化检验以及X光照像、心电图和B超检查的乡镇卫生院比例大幅度增长。

村卫生室的服务能力也得到提高。

通过制定和实施临床诊疗规范、乡村两级基本药物目录，推行合理用药，强化医疗安全管理，开发质量评价工具并实施质量评价和改善，试行卫生机构绩效评价等，使项目地区的综合卫生服务能力和服务质量明显提高。

4.针对项目县主要卫生问题开展重点卫生干预。

通过分析项目地区存在的主要卫生问题，运用社会评估、疾病负担分析和成本效益分析方法，确定了12种重点疾病干预清单，由各项目县根据本县情况选择2~3个干预重点开展活动。

项目地区确定的干预种类包括：生殖健康和新生儿保健、结核病控制、计划免疫、健康促进（高血压预防、控烟、伤害预防、性病/艾滋病预防）、5岁以下儿童基本保健、白内障治疗、以学校为基础的儿童肠道寄生虫病控制、碘缺乏病控制、室内燃煤污染的氟中毒预防等。

重点卫生干预显著改善了项目县的公共卫生服务，改善了居民获得服务的可负担性。

5.支持建立合作医疗制度。

项目从1998年启动后即开始鼓励项目县恢复和建立合作医疗制度，探索农村居民疾病风险分担机制。到2002年，项目县共有177个乡建立了乡办乡管类型为主的合作医疗，覆盖110.6万农业人口，积累了初步经验。

2003年全国启动并开展了新型农村合作医疗试点后，项目县原有的合作医疗逐步过渡转入新型农村合作医疗制度。

至2006年项目地区启动新型农村合作医疗的县达到50个，参加总人数为1 048.5万人。

DFID所支持的综合试点县在探索新型农村合作医疗筹资机制、服务费用控制和民主监督方面进行了深入探索和实验，取得了许多创新经验。

6.开展特困人口医疗救助（MFA）。

项目从1998年开始，系统地开展了建立特困人口医疗救助制度。

通过民主方式和规定程序由村民和村委会确定特困家庭，由项目资金补助特困人口住院医疗费用的40%~60%、提供全部免费的孕产妇保健和儿童计划免疫服务费用、补助特困人口获得重点疾病干预服务的费用，以及资助特困家庭参加合作医疗。

采取定点服务、就地减免、事后由服务机构申报报销、专家督导审核、群众民主监督等方式，监控服务质量和成本。

截至2005年底，项目A部分MFA覆盖的特困人口占农业总人口的4.9%，项目B部分覆盖率为19.4%，均

<<加强中国农村贫困地区基本卫生>>

已接近预定目标。

1998~2005年,所有项目县累计确定救助对象1 159.7万人次,共减免各类医疗卫生费用5 765万元。

项目地区累计有14.3万住院病人和91.85万门诊病人获得了医疗费用的减免;6.28万孕产妇和18.37万儿童获得了孕产妇保健和计划免疫服务费用的减免。

在DFID综合试点县还探索了扩大医疗救助覆盖率、提高救助水平、改进对服务质量的监管和费用控制的措施。

本项目所开展的MFA及其相关试点和研究,为国家制定和组织实施农村医疗救助政策提供了实证依据和借鉴。

2004年之后,项目所开展的MFA逐步过渡到国家农村医疗救助,由项目活动转入制度化的健康保障体系。

本项目在各级党委和政府的领导下,经过广大项目管理人员、卫生工作者和国内外专家近10年的不懈努力和奉献,在农村贫困地区综合性地探索了贯彻落实国家农村卫生政策、促进农村卫生改革与发展、提高居民健康水平的策略和途径,取得了显著成效,实现了项目的预期目标。

2007年6月项目结束后,在以下几方面具备可持续性:通过增加政府卫生投入基本弥补项目终止后的大部分资金缺口、继续利用县级卫生规划改善卫生管理、延续卫生服务提供系统改善的效果、维持卫生人力发展、通过健康保障制度安排减轻农村居民的疾病经济负担等。

但是,项目中部分活动的可持续性将面临挑战:少数重点疾病干预活动可能由于政府公共卫生资金不足而减少甚至停顿;卫生服务质量的进一步改进有赖于从机制上改革政府对农村卫生机构的补偿和激励机制;农村卫生人力的可持续发展,需要政府制定政策解决基层卫生人员基本社会保障问题和鼓励卫生人员在贫困、边远地区和少数民族地区工作的优惠政策。

各县在总结项目经验、制定当地国民经济和社会发展“十一五”(2006~2010年)规划和“十一五”卫生规划时,已经对本县项目成果和主要活动的可持续性进行了分析并提出了具体对策。

本项目的实施,在农村卫生改革和发展、卫生管理体制和机制创新方面积累了许多经验,也存在许多不足和教训。

从项目中得到的启示和主要政策建议是:为实现构建社会主义和谐社会的目标,农村卫生迫切需要增加政府投入并以改善人民健康为目标;农村健康保障制度建设是保证中国卫生公平的长久之计,新型农村合作医疗和农村医疗救助制度是农村健康保障体系的发展基础,需要下大力气经营和完善;贯彻国家的农村卫生政策,需要有能力制定具体的行动策略、强化督导评价、鼓励体制创新;加强农村卫生服务网络建设除了基础设施建设外,今后更重要更艰难的任务是农村卫生人力开发;进一步提高农村卫生服务质量的关键,是改革现行的对服务机构的财政补偿机制和激励机制;农村公共卫生服务需要在财政支付和服务提供两个方面进行改革和创新。

<<加强中国农村贫困地区基本卫生>>

书籍目录

第一篇引言第一章项目背景一、农村卫生问题二、项目准备过程三、项目的政策依据和设计思路第二章项目概述一、项目覆盖范围和规模二、项目目标三、项目特点四、项目的主要内容五、其他合作伙伴第三章资料来源与分析方法一、资料来源二、分析方法第二篇项目主要成果第四章项目目标实现程度一、项目A部分目标实现情况二、项目B部分目标实现情况三、H8SP逻辑框架中相关指标的实现情况第五章健康状况改善一、孕产妇死亡率降低二、婴儿死亡率降低三、5岁以下儿童死亡率降低四、传染病报告发病率的变化五、居民自感健康改善第六章卫生公平性改善一、卫生服务利用公平性的改善二、卫生筹资公平性改善三、卫生资源配置的公平性改善第七章卫生服务可及性和可负担性改善一、卫生服务的可及性二、卫生服务可负担性第八章卫生服务质量和满意度一、乡镇卫生院卫生服务质量改善二、居民对乡镇卫生院的满意度第九章卫生投入效率改善一、对项目地区资源配置的影响案例1甘肃省三县卫生总费用分析结果二、对乡镇卫生院工作效率的影响第三篇项目策略与实施第十章提高卫生服务能力一、改善乡镇卫生院基础设施条件二、培训卫生人员,改善人力资源三、加强卫生服务管理四、卫生服务提供能力提高案例4重庆市项目中的合作医疗开展情况案例5重庆市黔江区的按病种付费三、特困人口医疗救助案例6案例7四、卫生服务利用改善状况第十二章卫生管理能力提高与卫生改革创新一、加强政府和相关部门的卫生规划和协调能力二、加强卫生部门管理能力建设三、加强农村卫生改革和发展的创新能力建设四、加强国家和省级专家队伍的技术支持能力第十三章项目组织与管理一、项目管理二、财务管理三、采购管理第四篇项目可持续性与管理启示第十四章项目的可持续性一、政府卫生筹资的可持续性二、卫生规划与管理的可持续性三、卫生服务提供系统的可持续性四、卫生人力发展的可持续性五、减轻疾病经济负担的可持续性第十五章项目的经验和不足一、项目的主要经验二、项目实施中的不足第十六章项目启示与政策建议一、农村卫生迫切需要增加政府投入并以健康产出为目标二、农村健康保障制度建设是保证卫生公平的长久之计三、贯彻国家农村卫生政策:制定行动策略、强化督导评价、鼓励体制创新四、加强农村卫生服务网络建设,重视农村卫生人力开发五、提高卫生服务质量的关键是改革卫生机构的财政补偿机制和激励机制六、农村公共卫生服务需要在财政支付和服务提供方面的改革和创新结束语附件1项目A部分分省监督评价指标数据项目B部分分省监督评价指标数据附件2分领域专题报告目录

<<加强中国农村贫困地区基本卫生>>

编辑推荐

“改善中国农村贫困地区基本卫生服务项目”由卫生部、财政部、国家发展与改革委员会共同领导，卫生部组织实施，自1998年10月启动，2007年6月30日结束。

项目共使用世界银行软贷款8500万美元、英国政府赠款2100万英镑、其他援助机构赠款419万美元、地方各级政府配套资金约4 378万美元。

项目目标是通过改善农村贫困地区卫生服务提供能力和提高卫生服务的利用水平，保证当地居民获得基本医疗卫生保健服务，实现可持续的健康改善。

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介, 请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>