

中国基本卫生服务项目（卫生Ⅶ项目 / 卫生Ⅶ支持性项目）系列丛书

中国政府 / 世界银行 / 英国国际发展部资助

加强中国农村贫困地区基本卫生服务项目 完工总结报告

主 编 刘运国 刘谷琮

副主编 刘茂伟 徐 玲



Final Report on China Basic Health Services Project



中国财政经济出版社
China Financial & Economic Publishing House

中国基本卫生服务项目（卫生Ⅷ项目/卫生Ⅷ支持性项目）系列丛书
中国政府/世界银行/英国国际发展部资助

加强中国农村贫困地区 基本卫生服务项目 完工总结报告

Final Report on China Basic Health Services Project

主 编 刘运国 刘谷琮
副主编 刘茂伟 徐 玲

中国财政经济出版社

China Basic Health Services Project (H8/SP) -Series Book

Jointly Funded by

The Government of China

The World Bank

Department for International Development of UK

Final Report

On China Basic Health Services Project

China Financial & Economic Publishing House

图书在版编目 (CIP) 数据

加强中国农村贫困地区基本卫生服务项目完工总结报告/刘运国, 刘谷琮主编.

—北京: 中国财政经济出版社, 2007. 6

ISBN 978-7-5005-9967-8

I. 加… II. ①刘… ②刘… III. 农村卫生-卫生服务-财政支出-工作报告-中国

IV. F812.45 R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 078706 号

中国财政经济出版社出版

URL: <http://www.cfeph.cn>

E-mail: cfeph@cfeph.cn

(版权所有 翻印必究)

社址: 北京市海淀区阜成路甲 28 号 邮政编码: 100036

发行处电话: 88190406 财经书店电话: 64033436

北京人卫印刷厂印刷 各地新华书店经销

787×1092 毫米 16 开 14.75 印张 291 000 字

2007 年 6 月第 1 版 2007 年 6 月北京第 1 次印刷

印数: 1-10 500 定价: 45.00 元

ISBN 978-7-5005-9967-8/F·8657

(图书出现印装问题, 本社负责调换)

编审人员

王陇德	卫生部
朱宝铎	卫生部国外贷款办公室
李长明	国家新型农村合作医疗技术指导组
刘新明	卫生部政策法规司
杨 青	卫生部妇幼保健与社区卫生司
米勇生	民政部最低生活保障司
张朝阳	卫生部农村卫生管理司
杨英明	财政部国际司
任 伟	国家发改委社会发展司
董 青	商务部国际司
于世利	卫生部规划财务司
肖 俊	国家发改委国外资金利用司
乔建荣	英国国际发展部驻中国代表处
张 硕	世界银行驻中国代表处

China Basic Health Services Project (H8/SP) -Series Book

Jointly Funded by

The Government of China

The World Bank

Department for International Development of UK

Reviewers

Longde Wang	Ministry of Health, China
Baoduo Zhu	Foreign Loan Office, Ministry of Health, China
Changming Li	National Expert Team on National NCMS
Xinming Liu	Law Enforcement Department, Ministry of Health, China
Qing Yang	MCH & Community Health Department, Ministry of Health, China
Yongsheng Mi	Social Assistance Department, Ministry of Finance, China
Zhaoyang Zhang	Rural Health Management Department, Ministry of Health, China
Yingming Yang	International Department, Ministry of Finance, China
Wei Ren	Social Development Department, National Development and Reform Commission (NDRC)
Qing Dong	International Department, Ministry of Commerce, China
Shili Yu	Dept. of Planning and Finance, Ministry of Health, China
Jun Xiao	Foreign Capital Utilization Department, NDRC
Jianrong Qiao	Department for International Development, U. K. , China.
Shuo Zhang	World Bank Beijing Office

编 委 会

主 编：刘运国 刘谷琮

副 主 编：刘茂伟 徐 玲

编 委（以姓氏笔画为序）：

王禄生	冯占春	叶宜德	乐 虹	刘 方	刘运国
刘谷琮	刘 岳	刘茂伟	李世敏	陈迎春	严迪英
汪和平	吴群红	张 剑	张 亮	张振忠	赵郁馨
高 军	徐 玲	聂 健	黄文缨		

顾 问：Richard Meyers 乔建荣
Gerald Bloom Chris Scarf
Vivian Lin 张 硕

编写助理：樊海英 张耀光 蔡 敏

Written by

Yunguo Liu, MD, MPH
H8/SP Project Director
Foreign Loan Office
Ministry of Health, P. R. China

Gucong Liu, MD
National Expert Panel of H8/SP
Zhejiang Provincial Health Bureau
P. R. China

Maowei Liu, MPH
Project Manager
Foreign Loan Office
Ministry of Health, P. R. China

Ling Xu,
National Expert Panel of H8/SP
Center of Health Statistics & Information
Ministry of Health, P. R. China

Contributors:

Diyang Yan	Fang Liu	Gucong Liu	Haiying Fan
Heping Wang	Hong Le	Jian Nie	Jian Zhang
Jun Gao	Liang Zhang	Ling Xu	Lusheng wang
Maowei Liu	Qunhong Wu	Shimin Li	Wenying Huang
Yide Ye	Yingchun Chen	Yue Liu	Yunguo Liu
Yuxin Zhao	Zhanchun Feng	Zhenzhong Zhang	

Adivisors:

Richard Meyers	Qiao Jianrong	Gerald Bloom	Chris Scarf
Vivian Lin	Shuo Zhang		

Assistants:

Haiying Fan	Yaoguang Zhang	Min Cai
-------------	----------------	---------

缩略词表

CMS	项目开展的合作医疗
DFID	英国国际发展部
DOTS	在直接观察督导下, 给予病人免费、标准短程化疗方案治疗
GDP	国内生产总值
GEF	全球环境基金
H8SP	卫生Ⅷ支持性项目
H8/SP	卫生Ⅷ项目/卫生Ⅷ支持性项目
ICB	国际竞争性招标
JSDF	日本社会发展基金
MA	农村医疗救助
MFA	项目开展的特困人口医疗救助
NCMS	新型农村合作医疗
NCB	国内竞争性招标
ORBIS	国际奥比斯
PSM	倾向得分匹配法
RHIP	福特基金支持的改善生育卫生服务项目
SARS	(Sever Acute Respiratory Syndrome) “严重急性呼吸系统综合征”, 我国称为非典型肺炎。
SDR	特别提款权
SIDA	瑞典海外发展署
STD/HIV	性病/艾滋病
WB	世界银行, 简称“世行”

名词解释

卫生部门研究	中国政府与世界银行共同完成的对中国卫生行业开展的政策研究，主要涉及卫生筹资与费用、卫生保健系统效率、健康保障制度等方面的内容。共开展了四次，分别在 1984、1992、1998 和 2004 年。
世行软贷款	世界银行以较低的利率和长期优惠的方式发放的用于国家政策性大中型基本建设项目的贷款。
卫生Ⅷ项目	中国政府利用世界银行贷款开展的第八个卫生项目——“加强中国农村贫困地区基本卫生服务项目”。
卫生Ⅷ支持性项目	英国国际发展部为支持世界银行贷款卫生Ⅷ项目而开展的赠款合作项目。
卫生Ⅷ项目 A 部分	包括山西、安徽、河南、重庆、贵州、甘肃、青海 7 个省（直辖市）共 71 个项目县。
卫生Ⅷ项目 B 部分	世界银行贷款中国秦巴山区综合扶贫项目的卫生子项目（简称“秦巴卫生子项目”），包括：陕西、四川和宁夏 3 个省（自治区）共 26 个项目县。
秦巴卫生子项目	卫生Ⅷ项目 B 部分。
第一批项目县	卫生Ⅷ项目 A 部分第一批启动的 28 个项目县。
第二批项目县	卫生Ⅷ项目 A 部分第二批启动的 43 个项目县。
卫生Ⅷ项目县	卫生Ⅷ项目 10 个项目省的 97 个项目县。
卫生Ⅷ支持性项目试点县（DFID 试点县）	在卫生Ⅷ项目县基础上利用卫生Ⅷ支持性项目赠款重点支持的 10 个试点县。
基线调查	1998 年在项目 A 部分第一批 28 个项目县中进行的家庭和机构状况调查。
终末调查	2006 年 12 月项目实施后期，在基线调查的 A 部分 28 个项目县基础上，增加了 5 个 DFID 试点县和 B 部分样本县，按照与基线调查相对照的原则所进行的家庭和机构状况调查。
对照县	为了评价项目影响，在 A 部分每个省选取了 1 个非项目县作为对照县，共 7 个县。对照县与项目县同时开展了家庭健康询问调查。

国家卫生服务调查	为了系统了解城乡居民健康状况、卫生服务需要与需求、卫生服务利用与费用、卫生系统的反应性等开展的全国抽样调查。从 1993 年开始第一次调查,以后每 5 年 1 次,最近的是 2003 年组织的第三次国家卫生服务调查。
特别提款权	国际货币基金作为计算货币使用的基本等值货币。
报账提款	世界银行贷款项目的资金管理方式。项目所需资金先由项目单位垫付,再向世界银行申请回补。
倾向得分匹配方法	该方法用于非随机(非实验)设计调查数据资料的分析研究,通过倾向得分为处理组个体在非处理组中寻找合适的可比对象进行配对,从而去除选择性偏倚和混杂偏倚的一种方法。
卫生服务质量	卫生机构所提供的卫生服务符合质量标准及规定、满足患者需求的程度。
降消项目	从 2000 年开始,在我国中西部地区农村实施的“降低孕产妇死亡率和消除新生儿破伤风项目”,至今已先后扩展到 22 个省、自治区、直辖市和新疆生产建设兵团的 1 000 个县,总覆盖人口达到 3 亿人。
四苗接种率	指麻疹疫苗、卡介苗、百白破三联疫苗、小儿麻痹糖丸四种疫苗的接种率。
老年人口	年龄 ≥ 65 岁的人口。
五保户	所谓五保,主要包括以下几项:保吃、保穿、保医、保住、保葬(孤儿为保教)。五保主要是针对缺乏劳动能力又缺乏生活来源的老人、未成年的孤儿和残疾人而设立的。
私人诊所	私人开业,没有被当地卫生部门指定为村卫生室的所有诊所。
贫困人口	由当地政府部门认定的贫困户里的人口。
SWOT 方法	将内外部条件各方面内容进行综合和概括,进而分析组织的优劣势、面临的机会和威胁的一种方法。
询价采购	是对几个供货人(通常至少三家)提供的报价进行比较,以确保价格具有竞争性的一种采购方式。
汇兑损益	是在各种外币业务的会计处理过程中,因采用不同的汇率而产生的会计记账本位币金额的差异。
门诊统筹	合作医疗筹集资金中用于门诊补偿的费用。
住院统筹	合作医疗筹集资金中用于住院补偿的费用。
大病统筹	大病统筹也称大病医疗基金统筹,是指一定区域或一个行业范围内建立大病医疗基金制度,对患各类大病开支的医疗费实行社会统筹,旨在解决因患大病造成医疗费负担畸重的问题,实行统一筹集、支付及管理等等。

序

20 世纪 70 年代末我国实行改革开放政策后,开始引进和使用国际金融组织以及双边政府贷款,以促进经济和社会发展,同时学习借鉴国际经验,支持国内政策开发和各行业的改革。自 1980 年 5 月 12 日恢复中国在世界银行的合法席位后,我国即开始了与世界银行在卫生领域的合作。27 年来,已由中央政府组织实施了 15 个大型卫生项目,共使用世界银行贷款 12.6 亿美元,获得相关赠款 1.12 亿美元。这些项目覆盖了除我国西藏、香港、澳门和台湾以外的所有省、市、自治区。在此期间,中国政府还同世界银行合作完成了四次大型卫生部门研究。这些贷款项目和部门研究,在一定程度上弥补了我国贫困地区和关键卫生领域中政府投入的不足,配合和促进了国家卫生战略重点规划与实施,引进了国际先进的卫生管理思想和适宜技术,为国家制定宏观卫生政策提供了研究和实证依据,培养了大批现代卫生管理和研究人才,使项目地区人民健康水平得到显著提高,也构筑了我国卫生工作同国际交流的平台与合作基础。

本报告是我国政府同世界银行、英国国际发展部合作开展的“加强中国农村贫困地区基本卫生服务项目”的完工总结评估结果。该项目是我国政府同世界银行在卫生领域合作开展的第八个卫生贷款项目,共使用世界银行软贷款 8 500 万美元、英国国际发展部赠款 2 100 万英镑、其他援助机构赠款 400 余万美元,以及动员国内地方政府配套资金 4 000 多万美元。项目覆盖我国中西部 10 个省、直辖市和自治区中 97 个国家级或省级贫困县,直接受益人口 4 678 万。是我国涉及贫困地区范围较大、受益人口较多的卫生扶贫项目。该项目从 1998 年 10 月启动实施,2007 年 6 月结束,历经 10 年时间,在卫生部、财政部、国家发改委指导下,由项目地区各级政府领导和组织完成。

与以往所有卫生贷款项目不同的是,该项目综合性地探索了我国农村贫困地区的卫生改革与发展。项目在改善农村卫生基础设施和服务能力的同时,通过重点卫生干预、支持恢复农村合作医疗、建立特困人口医疗救助制度等措施,始终将贫困、弱势群体作为项目的主要受益对象,以改善卫生公平性、提高基本卫生服务的可及性和可负担性为目的,致力于实现贫困人口健康改善的目标。在英国国际发展部的支持下,该项目组织了一系列农村卫生政策应用研究并取得了有价值的成果,开展了农村卫生改革的综合试点,鼓励和资助基层试行了许多卫生服务管理和运行机制创新活动并得到部分推广。

1999 年 7 月,该项目曾经被世界银行质量保证小组评选为 1998 年度世界银行十大优秀设计项目之一。世界银行副行长 J. M. Severino 曾致函中国卫生部、财政部、国家发展计划委员会,高度评价了该项目设计所包含的健康公平理念及其同国家卫生战略重点的高度一致性。

今天,我们欣慰地从评估结果中看到,该项目不仅实现了预定的目标,而且还为当前我国农村卫生改革与发展提供了宝贵的实践经验和研究成果。项目最令人印象深刻的成绩是:在农村贫困项目县建立了制定、实施和根据卫生需求调整县级卫生资源规划的能力;改造了千余所乡镇卫生院并在西部寒冷地区引进被动式太阳能暖房卫生院建筑技术;为乡村两级配备了基本医疗设备;显著改善了乡村级卫生队伍的专业水平和服务能力;培训了大批卫生管理人员;在乡村卫生机构广泛推行临床诊疗规范、双向转诊制度、基本药物目录、院内感染控制和X射线防护等制度,引入了卫生服务质量和机构绩效评价方法;使痰涂阳肺结核病人的DOTS管理率达96.3%,并治愈了1.6万例肺结核病人;为11364例白内障病人进行了手术,其中9025例植入了人工晶体并获得费用减免;为9.28万名孕产妇提供了保健和住院分娩补助,为53.6万名育龄妇女提供了减免费用的生殖道感染检查和治疗;至2002年,已在全国117个乡镇恢复了合作医疗制度并在2003年之后支持50个贫困县建立了新型农村合作医疗制度;系统地实验和建立了特困人口医疗救助制度,救助了14.3万人次的贫困农民住院治疗,救助116.5万人次的贫困农民、老人、儿童门诊和预防保健服务,减轻其住院医疗费用负担和门诊医疗费用负担40%左右,并免除了全部预防保健服务的费用,并使项目县的特困人口医疗救助平稳过渡到2003年之后建立的国家农村医疗救助制度。

当年,选择这些项目县的基本条件是:属于国家级或省级扶贫工作重点县,人均收入低、县内贫困人口比例较高,婴儿死亡率和孕产妇死亡率较高、住院分娩率低;没有或较少有在建的世界银行卫生贷款项目。现在,项目地区的产妇住院分娩率已从1998年的32.5%上升到2006年的74.2%,其中低收入组产妇住院分娩率由17.1%提高到72.7%,少数民族妇女住院分娩率由12.7%提高到78.7%。1998~2006年间,项目地区孕产妇死亡率、婴儿死亡率、5岁以下儿童死亡率降低一半以上,接近或低于全国农村平均水平。

项目实施的10年,是见证中国卫生发展、探索农村卫生改革的10年。它使项目县的农村卫生面貌发生了显著改观,包括政府卫生管理能力提高和人群健康行为改进。在贫困人口健康改善和项目县卫生发展成果的背后,凝聚了各级项目管理人员和卫生工作者的10年艰辛努力和奉献,汇集了世界银行、英国国际发展部和所有合作伙伴对我国农村卫生事业的关注和支持,印记了大批国际国内专家留在大山深处和黄土高原的足迹,更反映了广大农村居民的积极参与和各级党和政府富有成效的工作。该项目为这些贫困县的卫生事业在21世纪的进一步发展打下了坚实的基础。

项目所提供的成功经验和教训,对于当前制定和实施农村卫生改革与发展政策,具有重要的参考价值和现实意义。因此,这份报告很值得卫生管理人员、卫生政策研究者和公共服务管理人员一读。也可以作为卫生项目管理者的参考。如果对照该项目的相关专题分析报告和独立外部评估报告进行研读,会获得更多的启示和收获。



2007年5月14日

摘 要

卫生Ⅷ项目/卫生Ⅷ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4 678万人。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8 500万美元、英国政府赠款2 100万英镑、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。

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的卫生服务利用水平平均比一般人口高；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Ⅷ项目/卫生Ⅷ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846320人次,采取中长期培训方式为县级培训业务骨干3799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、设有计划免疫接种室、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问题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。