

中国中小学校卫生人员聘任模式现况

王海雪¹, 朱广荣¹, 温萌萌¹, 崔立华², 张冰¹, 马军¹, 刘星彤³, 谢婷⁴, 彭玉林⁵, 杨杰文⁶

1. 北京大学公共卫生学院/儿童青少年卫生研究所, 北京 100191; 2. 河北理工大学公共卫生学院;
3. 吉林省教育厅; 4. 陕西省西安市教育局; 5. 河南财经政法大学; 6. 广州市中小学卫生健康促进中心

【摘要】 目的 了解中国中小学校卫生人员聘任模式现况, 为相关政策制定提供参考。**方法** 按照我国三大经济地带划分, 分层选择调研省份, 每个调研省份选择 1~2 个调研点, 共覆盖 20 个省、自治区、直辖市, 30 个调研点。每个调研点选择城区、郊县各 1 个, 每个调研区县选择小学、初中、高中各 1 所。调研方法为学校卫生相关部门领导、学校领导、校医及班主任等座谈会及个人深入访谈。共召开区县、学校座谈会 243 次, 个人深入访谈 1 267 次, 覆盖学校 179 所。运用定性数据分析软件 Maxqda 12.0 对资料进行整理、编码、主题归类和分析。**结果** 我国中小学校卫生人员聘任模式多种并存。使用最多的是校内调剂模式 (30/30), 各调研点均有使用; 其次是临时聘任模式 (24/30) 和公开招聘模式 (18/30); 部分地区正在进行医疗机构派驻模式 (6/30) 和学校购买服务模式 (4/30) 的试点工作; 少数资源匮乏地区使用诊所/医院承包模式 (8/30)。不同经济发展水平地区聘任模式有所不同, 医疗机构派驻和学校购买服务模式受到试点地区的普遍欢迎和认可, 值得借鉴。**结论** 中国中小学校卫生人员聘任模式存在区域性和多样性, 需要完善传统模式, 探索创新模式, 政府购买服务值得借鉴。

【关键词】 卫生人员; 中小学生卫生保健服务; 组织和管理

【中图分类号】 G 478 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-9817(2017)03-0475-03

1990 年颁布实施的《学校卫生工作条例》(以下简称《条例》)、2007 年印发的《关于加强青少年体育增强青少年体质意见》[中发(2007)7 号]文件, 以及 2008 年印发的《国家学校体育卫生条件试行基本标准》都对中小学校的卫生人员配备做了明确规定和具体要求, 但多年来我国中小学校卫生人员配备不足问题一直比较突出^[1-2], 在一定程度上影响了学校卫生工作的顺利开展。对于卫生人员配备不足问题, 需要创新思维, 从多个角度考虑解决办法。其中探索适宜的聘任模式是加强学校卫生人员队伍建设的关键措施之一。本研究将针对聘任模式进行探索性调研和分析, 以期为加强学校卫生人员队伍建设, 制定相关政策提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 2015 年 10 月, 按照我国三大经济地带划分, 分层选择调研省份, 每个调研省份选择 1~2 个调研点。共覆盖北京、辽宁、江苏、广东、上海、福建、山西、内蒙古、黑龙江、河南、湖北、湖南、重庆、甘肃、新疆、云南、河北、吉林、陕西、四川等 20 个省/自治区/直辖市, 30 个调研点。其中东部沿海地带 7 省/市 11 个调研点, 中部地带 7 省/市 12 个调研点, 西部地带 6

省/市/自治区 7 个调研点。每个调研点选择 1 个城区和 1 个郊县进行现场调研, 每个调研区县选择小学、初中、高中各 1 所作为现场调研学校。选择学校时注意代表性, 共调研学校 179 所。调研点学校卫生相关部门领导包括省、市、区县教育部门、卫生计生部门、中小学卫生保健所、疾病预防控制中心、社区医疗中心等相关部门领导, 以及调研学校的校长、主管校长、校医/保健教师、班主任等相关人员。

1.2 方法 采用座谈会和个人深入访谈等方法进行调研和收集资料。每个调研点召开相关部门领导座谈会 1~2 次、校医座谈会 1~2 次, 每个调研学校召开卫生相关人员座谈会 1 次; 并对相关部门领导和学校校长、主管校长、校医/保健教师、班主任等进行个人深入访谈。共召开相关部门领导、校医及学校座谈会 243 次, 个人深入访谈 1 267 次, 其中深入访谈当地教育部门、卫生计生部门、中小学卫生保健所、疾病预防控制中心等部门相关人员 110 人, 学校校长及分管领导 408 人, 校医及保健教师 304 人, 班主任 445 人。调研内容为现阶段学校卫生人员的聘任模式及运行情况、问题和建议。聘任模式包括人员来源及方式、编制、任职资格、岗位设置、培训、职称待遇、职责等要素。

1.3 质量控制 为保证调研结果的真实有效性, 对研究设计、现场实施和统计分析 3 个阶段都进行严格的质量控制。访谈提纲的制定经过 2 次专家研讨会及预调查后修改确定; 依据全国学生体质健康监测站选择调研点, 使调研代表性更好; 因为本研究为定性研究,

【作者简介】 王海雪(1989-), 女, 河南驻马店人, 在读硕士, 主要研究方向为健康教育。

【通讯作者】 朱广荣, E-mail: zhuguangrong@bjmu.edu.cn。

DOI: 10.16835/j.cnki.1000-9817.2017.03.050

调查员的素质和培训非常重要。选择全国中小学体质健康监测中心研究人员及 26 个全国中小学体质健康监测站工作人员作为调研员,并进行为期 1 d 的面对面统一培训,培训内容包括调研目的、内容和方法,尤其是定性调研的访谈和资料整理的方法和技巧。为促使被访者畅所欲言,本研究遵循知情同意匿名调查的伦理学原则,保护被访者隐私不被侵犯;为避免信息遗漏,访谈过程进行录音,并保留相关记录材料。本次调研信息量比较大,为减少信息损失、增加结果分析的科学性,使用通用的定性数据分析软件对资料进行整理分析。

1.4 统计分析 采用定性数据分析软件 Maxqda 12.0 对现场搜集的座谈和访谈资料进行整理、编码、主题归类和分析。

2 结果

2.1 基本情况 我国中小学校卫生人员的聘任模式存在多样性,可初步归纳为以下 6 种比较有代表性的模式:公开招聘、校内调剂、临时聘任、医疗机构派驻、学校购买服务、承包给诊所/医院等。调研中发现,很多地区多种聘任模式并存,见表 1。30 个调研点均有校内调剂模式,80%的调研点有临时聘任模式,60%的调研点有公开招聘模式,20%的调研点在试用医疗机构派驻模式,13.3%的调研点在试用学校购买服务模式。相比东西部地区,中部地区公开招聘模式使用较少,临时聘任模式使用较多。在创新模式探索方面,东西部地区较中部地区更为活跃,学校购买服务模式在中部地区尚未发现,但东西部均已发现有试行地区。

表 1 不同地区调研点中小学校卫生人员聘任模式

地区	数量	公开招聘	校内调剂	临时聘任	医疗机构派驻	学校购买服务	承包给诊所/医院
东部	11	8	11	6	2	2	1
中部	12	5	12	12	2	0	5
西部	7	5	7	6	2	2	2
合计	30	18	30	24	6	4	8

2.2 不同聘任模式的运行和问题 调研发现,仅有部分地区坚持开展公开招聘校医,多数地区已经很久没有公开招聘校医了。主要问题:(1)编制受限。目前全国中小学教师普遍缺少编制,校医作为教辅岗位,很难争取到编制;(2)职称晋升受限。校医是教育系统的卫生人员,职称晋升归属教师系列或卫生系列都有极大劣势,很多老校医的职称依然是初级或中级,使校医职业缺乏吸引力,校医缺乏职业热情。

临时聘任模式使用范围较广,优点是不占用学校编制,聘用对象多为离退休医务人员,他们工作经验丰富,可以很好地处置学校中常见的小病诊疗。但主要问题是素质参差不齐,不稳定,公共教育经费不允

许支付临时雇佣人员工资。

校内调剂模式是各地普遍采用的一种,校医来源多样,有政教老师、大队部老师、音乐老师、体育老师、生物老师、绘画老师等。优点是自带编制,学校容易解决。缺点是缺乏卫生专业背景和学校卫生相关培训。对传染病缺乏预警常识,遇到突发公共卫生事件或重大传染病事件时不能及时妥善处理。很多保健老师反映,自己很难胜任学校卫生工作,只能做些常规的事务性工作。

医疗机构派驻是本次调研中发现的创新模式,目前共 6 个调研点正在试行。调研发现,这种模式受政府支持,学校欢迎,教育和卫生部门认可,各方面配合良好,试点效果良好。该模式目前有 2 种运行机制。其一是在区政府领导下,由区政府发文,要求社区医疗服务中心为辖区学校派驻兼职校医。派驻校医工资及人事关系仍隶属社区医疗服务中心,兼职做校医,每周保证不少于 5 个半天,学校对校医进行绩效考核,并每月支付一定的劳务补贴(1 500 元/人,由区财政拨款)。这种运行机制自 2010 年开始在河南省郑州市某区进行试点,并在全区推广,效果较好。这种模式不仅有效解决了学校编制紧缺、学校卫生人员职称晋升困难等问题,还在很大程度上提高了学校卫生人员队伍的质量,使当地学校卫生工作得到了很大提升,学生传染病发病率显著降低。但调研发现,兼职校医不能完全满足学校的需要,学生随时可能发生状况,校医最好是全职在岗。因此,在借鉴时要对专兼职的问题进行深入探讨。其二是以民生工程的形式开展试点工作。政府通过区人大会议立项,用民生工程经费购买社区医疗服务中心的校医服务。社区医疗服务中心公开招聘、培训和派驻专职校医到学校,与学校签订 1 年期校医服务合同。培训内容比较全面,首先在社区医疗服务中心各科室轮岗培训 2 个月,然后由教育局组织学校卫生相关培训 2 周,培训合格后派到学校。派驻校医的工资及人事关系归属于社区医疗服务中心。实习期满转正后,按卫生专业职称水平确定劳务工资。学校非常欢迎这种模式。除以上 2 种运行机制,还有第 3 种机制正在研讨中,即政府向第三方机构购买校医服务。第三方机构具有医学背景,成为一个校医统筹和管理的平台,负责招募、培训、派驻校医,以及校医的继续教育、职称晋升、远程协助等。医疗机构派驻模式克服了以往校医队伍建设中的难题,优点如下:(1)不受编制限制;(2)卫生专业背景,素质有保证。试点中应聘上岗的人多数是具有 1~5 年工作经验的卫生专业背景的年轻人;(3)人员来自卫生机构,队伍稳定;(4)职称和待遇与社区医疗服务中心一致,晋升渠道通畅。该模式尚处于试点阶段,需要不断完善,主要问题是购买服务的经费持续性和 1 年合同到期后的人员流动制度。

学校购买服务模式目前共有 4 个调研点在试行,与医疗机构派驻模式的本质都是政府购买服务,只是购买校医服务的费用由学校支付给医疗机构,而不是由政府支付。运行机制如下:区教委招募试点学校,试点学校从区教委提供的备选名单中选择购买校医服务的医院和科室(主要是一些差额拨款的二类医院或第三方机构,如国有控股企业设立的医疗卫生机构、医科院校设立的医院管理公司等),与之签订 1 年期的服务合同。签约机构负责招聘、培训和派驻专职校医,为学校提供稳定的校医服务。优点是学校具有一定的选择空间,主动性更强。但学校的购买能力和政策支持是最主要的问题。调研中多数学校表示,只要政府允许公共教育经费中列支购买校医服务,学校愿意并有能力购买。少数学校表示,学校规模小,教育经费紧张,支付购买服务有困难。

承包给诊所/医院模式在 8 个调研点使用,访谈中发现此模式主要问题是诊所医生不能有效开展学校卫生工作,缺乏学校卫生工作知识和培训,仅仅是缺乏校医时的权宜之计。

3 讨论

随着社会的发展和进步,人们对健康水平的要求越来越高,家长、学校乃至国家对青少年健康水平的要求也越来越高。因此,提高学校的卫生工作水平,加强学校卫生人员队伍建设成为迫切需要解决的问题。作为公共卫生服务的一部分,学校卫生服务更应该逐步加强。多年来,我国校医队伍存在着“进不来、留不住、质量差”的问题,需要对传统的聘任模式进行反思和完善,并探索创新的适宜模式,加强校医队伍建设,满足学校卫生工作的需要,提高学生的健康水平。

本次调研发现,很多地区因地制宜,探索创新聘任模式。医疗机构派驻和学校购买服务 2 种模式受到学校欢迎,教育和卫生部门认可,重要的是得到试点地区政府的大力支持,值得借鉴和推广。早在 1989 年,山东枣庄就采用“医疗机构派驻”的模式配置校医^[3]。1994 年,孙大永^[4]在对农村地区校医来源途径进行探讨时提出了学校对乡村医生实行“聘任”的模式。在英国,规模较大经费充足的学校往往自行雇用校医(校护),一些规模较小的学校则由当地卫生部门统一雇用校医(校护)并予以派驻;瑞士卫生部门有专门管理校医的机构,主要负责与学校校长沟通、校医聘用与培训、选派校医到学校工作、建立和维护健康促进网站等,校医酬金均由该机构解决。俄罗斯的小中小学学校均设有校医室,校医室配备的校医(校护)由学校所在社区的医疗服务中心/医院选派,学校与选派单位签订协议,并定期对派驻的校护(校护)工作进行检查评定^[5-7]。尼日利亚相关学者也建议由初级卫

生保健中心的护理工作人员覆盖邻近学校,负责学校的卫生工作^[8]。日本在 1958 年制定《学校卫生法》,校医制度以立法的形式确定^[9]。日本学校的校医为来自医学会的兼职校医,学校卫生是整个社区医疗的一部分。

我国幅员辽阔,区域发展不均衡,校医聘任模式在不同的经济发展地区确实存在很大不同。提示我国校医聘任模式需要因地制宜,允许多种模式并存。但不论何种模式,政府重视和政策支持都是最重要的。校医是教育系统的卫生人员,校医配置问题需要教育、卫生、人事、财政等多个部门在政府领导下,通力合作,协调资源,共同努力^[10-12]。

综上所述,我国中小学校卫生人员聘任模式存在区域性和多样性,需要完善传统模式,探索创新模式,政府购买服务值得借鉴。中小学校卫生人员队伍建设需要在政府领导下,多部门合作,协调资源,制定政策,满足学校卫生工作发展之需要。

志谢 感谢 20 个省、市、区(县)教育部门及 26 个中小學生体质健康监测站的组织实施,感谢参与调查的所有学校老师和学生的积极配合。

4 参考文献

- [1] 尚大光.1994 年全国学校卫生现状抽样调查:2000 年学校卫生发展战略目标与对策研究之一[J].中国校医,1997,11(6):405-408.
- [2] 仇元营,余小鸣,张芯,等.我国中小学校专职校医配备现状[J].中国学校卫生,2014,35(11):1746-1748.
- [3] 赵士新,渐秀颜,钟桂菊,等.聘请校外保健教师是解决农村学校卫生人员缺乏的新途径[J].中国学校卫生,1992,13(4):228.
- [4] 孙大永.农村地区校医、保健教师来源途径的探讨[J].中国校医,1994,8(1):62.
- [5] 张芯,姚志化.欧洲一些国家学校卫生管理模式初探及启示[J].中国学校卫生,2011,32(11):1281-1282,1287.
- [6] BALTAG V, LEVI M. Organizational models of school health services in the WHO European Region[J]. J Health Organ Manag, 2013, 27(6):733-746.
- [7] POMMIER J, JOURDAN D, BERGER D, et al. School health promotion: organization of services and roles of health professionals in seven European countries[J]. Eur J Public Health, 2010, 20(2):182-188.
- [8] AKPABIO I. Problems and challenges of school health nursing in Akwa Ibom and cross river states of Nigeria[J]. Contin J Nurs Sci, 2010(2):17-28.
- [9] 崔彦红,高凌.日本的学校卫生[J].国外医学(卫生学分册),2008,35(5):311-313.
- [10] 马军.当前学校卫生工作的机遇和挑战[J].中国学校卫生,2012,33(1):1-4.
- [11] 杨建文,甄世祺.学校卫生存在问题的现状分析和建议[J].中国公共卫生管理,2014,30(5):621-624.
- [12] 李晓辉,刘艳,李明川,等.学校卫生防病管理体系的建立[J].职业卫生与病伤,2012,27(1):51-53.

收稿日期:2016-07-21;修回日期:2016-09-01