



RED CROSS REPORT

人道公益系列报告

谁在为中国中小学生的健康守门

——中国中小学校医室现状调查研究报告

Investigation report on the status of infirmary in the primary and middle schools in China

创造人道和有尊严的生活 To Build A Life With Humanity And Dignity



16

NEUTRALITY 中立
普遍 UNIVERSALITY
VOLUNTARY SERVICE 志愿服务
人道 HUMANITY
IMPARTIALITY 公正
统一 UNITY
INDEPENDENCE 独立

CONTENTS

摘要	08
第一部分 现状	16
一、中小学生健康现状	18
1. 生理健康	18
2. 心理健康	19
二、中小学学校基本情况	19
三、中小学校医室现状	22
四、校医室人员现状	24
1. 人群特征	24
2. 管理情况	32
3. 工作情况	46
4. 设备需求	53
第二部分 问题及原因	56
一、中小学生健康状况令人担忧	57
二、中小学医疗保健服务机构功能不清晰，多数不符合国家标准	58

目录

三、学校基本医疗保健服务不到位、能力差、缺乏保障	61
四、校医的人事、晋升、培训等方面存在诸多问题	61
五、设备配备不合理	68
六、经费不足	70
第三部分 典型做法	72
一、机构设置	73
二、校医室模式	73
三、应急事件	73
四、案例分析	73
第四部分 政策建议	78
一、建立制度，规范管理	79
二、基于需求，完善设备	79
三、制定标准，加强培训	79
四、保障经费，持续发展	80

版权

本报告系在中国红十字基金会资助下开展的课题研究成果，任何第三方对报告信息的使用均需获得中国红十字基金会的授权。

此报告于 2018 年 12 月正式发布。

致谢

本次研究中，国家卫生计生委卫生发展研究中心、北京大学中国卫生发展研究中心、北京大学医学部公共卫生学院、河北医科大学、青海大学医学院、陕西师范大学、山东省莱阳卫生学校、九江学院、苏州卫生职业技术学院、石家庄教育局等机构相关专业人员，以及所有参与本项目的各省市中小学校的老师和同学们对本项目的研究工作提供了大量的帮助和支持，为本次报告的撰写提供了丰富的建议和数据支持。

在此向给予支持的同仁一并致谢！

研究团队

自 2017 年 11 月项目启动以来，国家卫生计生委卫生发展研究中心研究团队和各合作单位的主要负责人，在全国六省 18 个县，开展了为期一年的中国中小学校医室现状调查研究工作。

项目总负责人：

胡丹 国家卫生计生委卫生发展研究中心 副研究员

项目顾问：

张光鹏 国家卫生计生委卫生发展研究中心 研究员

研究团队

刘晓云 北京大学中国卫生发展研究中心 教授

席 彪 河北医科大学 教授

夏修龙 九江学院 教授

吕俊峰 苏州卫生职业技术学院 教授

研究团队成员：

黄明玉 青海大学 教授

刘英丽 河北医科大学 副教授

聂景春 陕西师范大学 讲师

于全勇 山东莱阳卫生学校 校长

高洪勋 山东莱阳卫生学校 主任

贾宗林 九江学院临床医学院 院长

朱 芸 九江学院 副教授

宋悦宁 江苏卫生职业技术学院 副教授

闫丽娜 国家卫生计生委卫生发展研究中心 实习研究员

张 颖 国家卫生计生委卫生发展研究中心 硕士研究生

闫 萍 国家卫生计生委卫生发展研究中心 硕士研究生

周 蒙 国家卫生计生委卫生发展研究中心 硕士研究生

崔志胜 国家卫生计生委卫生发展研究中心 硕士研究生

张 众 北京大学中国卫生发展研究中心 硕士研究生

孟 陆 北京大学中国卫生发展研究中心 硕士研究生

刘美岑 北京大学医学部公共卫生学院 硕士研究生

张圣捷 北京大学医学部公共卫生学院 硕士研究生

李谊澄 北京大学医学部公共卫生学院 硕士研究生

吕林景 北京大学医学部公共卫生学院 硕士研究生

王仪思 北京中医药大学 硕士研究生

ABSTRACT

摘要

研究背景

随着中国社会经济的快速发展，中小学文化和素质教育质量也得到快速提升，然而在校学生的健康状况却不容乐观，校园踩踏、传染病传播、集体食物中毒、学生自杀等校园公共安全和卫生事件时有发生。近些年，中小学生的健康问题主要集中在肥胖、龋齿、视力不良以及强迫、偏执等心理现象。《“健康中国 2030”规划纲要》明确提出要加大学校健康教育力度，以中小学为重点，建立学校健康教育推进机制。校医室是学校健康工作的主要执行者，在学校健康教育和健康促进中发挥重要的作用。但目前有关校医室建设现状和功能发挥等问题，没有引起足够的重视，尚缺乏深入的调查研究。本研究通过对中国 6 个省市的校医室的发展现状进行深入研究，将为校医室的发展策略以及中小学健康工作发挥积极的推动作用。

研究目的

调查分析中小学医务室的发展现状及存在问题，通过总结各地校医室的发展经验，为完善校医室的发展建设提出科学建议。

具体目标包括：了解中小学校医室的发展现状，明确校医室的功能定位；明确校医室发展中存在的主要问题和需求；总结和推广建设校医室的经验，为完善校医室建设提出科学建议。

研究方法

本研究根据经济发展水平，在东、中、西部分别选取两个省，东部省份为江苏和山东、中部省份为江西和河北，西部省份为青海和陕西。每个省抽取 1 个市（共 6 个市），每个市抽取 3 个县（共 18 县）。采用定量和定性相结合的方法收集和分析资料。定量调查对象包括：县教育局行政人员、中小学校负责人和校医。共发放定量调查问卷 1478 份，其中县教育局行政人员问卷 18 份，中小学校长问卷 923 份，中小学校医问卷 538 份；有效回收率为 100%。利用 SPSS 统计分析软件对定量资料进行统计分析。

定性研究通过半结构化访谈提纲，对校医室建设的关键知情人进行深入访谈或小组座谈，访谈对象包括：各样本县教育部门分管校医室的行政人员、卫生部门分管校医室的行政人员、中小学校长（或者副校长），校医（或者保健医师），教师代表，学生和家長代表。访谈内容包括校医室的建设现状、人员配置、经费来源、存在问题、学生和家長对学校健康教育和保健的需求等内容。利用 MAXQDA 软件，采用主题框架法，对定性资料进行摘录、归纳、描述和分析。

主要发现

1. 校医室政策文件急需完善

国家层面对于中小学医疗保健机构功能的规定相关文件分别有 1990 年、1995 年、2008 年出版的三个文件。由上可以看出三个文件均较为老旧，距今最近的文件也已经有十年之久。文件老旧带来的与现在需求不匹配的矛盾日益明显。另外，文件中对于全国各地没有进行分类规定，没有考虑因中国地区发展不平衡带来的复杂因素，导致各个学校具体执行时难免出现无法按照标准执行或标准不足以满足需求的情况。

2. 校医室设施设备不足

参与调查的6个省18个县，每个县平均有公立中小学88所，私立中小学2所，其中设有校医室或保健室的学校有41所，可见大部分学校都没有设校医室或保健室。据现场观察，很多校医室的房间同时有其他用途，如青海省的某学校医室、德育室、心理室、留守儿童关怀在同一个房间。

校医室设备匮乏，部分配备清单存在不合理现象，所调查的县，很多学校没有统一配置校医室设备，大部分校医室的设备匮乏，仅有的一些诊疗设备也是陈旧、功能不全的。高中部校医室设备匮乏现象尤为严重，原因是高中部校医室大部分是共建共享型，不享受教育局经费和设备上的统一配备政策。

被调查的18个县中，有部分教育局为九年义务教育（小学和中学）的学校校医室配置了41项标准设备，由于配置清单不合理，导致部分设备存在闲置现象。这些医务室大部分都是学校独立设置的校医室，其中以中学的初中部和小学为主，绝大部分没有开展诊疗业务，加之校医室工作人员缺乏，导致部分设备闲置现象的出现。

3. 校医室工作人员配置不足

总体上来讲，全国中小学校医室工作人员配备严重不足，拥有临床医学教育背景的人员占极少数。各省中小学校医室工作人员类型与配置方式存在巨大差别。绝大部分的校医室工作人员是非医疗专业人员兼任，比如有些学校校医室工作由体育、英语或语文老师兼任。

青海、山东、河北、陕西几省中校医室工作人员是医学专业背景的比例不足20%，主要以教育、心理、体育专业背景为主。江西省校医室工作人员是医学专业背景的调查对象占比29.8%，其中临床专业8.5%，

护理专业 21.35%；江苏省校医室工作人员是医学专业背景比例最多，占比 81%，其中临床和护理专业占比分别为 19.7% 和 53%。

4. 缺乏培训机会

在所有被调查人员中，对开展培训的态度问题的回答中，认为开展培训非常需要及需要总占比 78.91%，可见其必要性。但是学校内部缺乏培训规划引导，缺乏在专业方向上的培训计划安排，专职的校医缺少培训机会，在我们的调研中发现 2016 年校医参加培训的次数平均在 2-3 次，一次 0.5-2 天左右，江苏省的校医参加培训次数最多，青海省最少。在访谈中我们了解到河北省有一个医生一直想趁暑假期间到医院参加培训，但是总没有机会。一些兼职的保健教师，根本没有接受过培训，被调研的 6 个省中，除江苏外，其他五省有 10-20% 的校医未接受过培训。

对于专职校医，现有培训大多不够深入，专业性不强。对于兼职校医，首先参加培训的不一定是真正从事校医工作的（因为兼职校医人员流动性大），其次是短暂培训，知识并没有掌握扎实，即使在培训后也没有信心开展相关业务，培训后也不需要反馈成果，导致培训效果不佳。

5. 健康教育资源不足

校医室健康服务内容以公共卫生服务和健康教育为主，被调查的中小学校中，绝大部分开展了健康教育和公共卫生类的服务，极少数开展临床诊疗服务，开展了诊疗服务的校医室基本都是与校外的医疗卫生机构共建。被调查的学校中，大部分校医室工作人员主要的工作职责是上传下达健康政策文件要求、健康数据上报、学校环境消毒、晨检和记录学生健康考勤等。

健康教育通常由班主任负责，校医室工作人员有时负责提供健康教

育素材。学校普遍反映缺少健康教育的材料，健康教育课程体系尚不完善，东西部省份健康教育资源和水平差距较大。

6. 校医室经费不足

目前绝大多数中小学校医室没有固定的经费来源。校医室的经费用途主要包括人员工资和购买药品。药品（红药水、创口贴、消毒液等）费用都从学校的办公经费中支持，国家拨款经费中没有专门的校医室经费预算。人员工资部分，在编人员按照教师岗位从教育经费中支付，非在编人员，大部分学校按照后勤工作人员支付薪酬。

一些学校由于没有经费，采取了外包服务的方式，如河北省和江西省的一些学校。校内设置诊室供学生和社会人士看病，诊所自负盈亏，此方法下的校医室设备配备最为标准。看似既满足了学生的就医需求又解决了学校的难题，但背后隐藏着巨大风险，若是出了问题学校难逃责任。

7. 校医室建设类型多样化

被调查的中小学校在校医室建设上存在多种服务模式，根据校医室所有权、运营方式和使用情况，可以归纳为以下四种模式：

共建共享型：校医室的所有权归学校（医疗机构卫生执业许可证名称和所有者为学校），场地由学校提供，委托给具有医师执业资质的医务人员运营，为学校师生提供诊疗服务，可以对外营业。经营者自付盈亏。

外部服务型：学校不设置校医室（无场所，无人员），所有健康保健服务和诊疗服务通过外部购买服务的方式提供。

独立设置型：校医室属性、场所、运营都由学校承担，仅对学校师生提供服务。

社区依托型：社区卫生服务中心或诊所租用学校的场地，或者与学

校比邻，为学校师生提供健康保健和诊疗服务。

8. 东西部地区差异大

被调查的东西部省份校医室建设差异显著，经济发展水平高的省份学生健康状况较经济发展水平一般的省份更好，校医室建设更规范，校医室人员配置和经费相对充足，健康教育资源丰富。例如，江苏省校医及保健医师配备人员相对充足，学历水平比较均衡，以大专和本科为主的形势下，也存在少部分中专和高中学历背景的人员；而青海省人员配备明显不足。其中，江苏省校医医生专职比例较高，占比79.5%；而河北、江西、青海、山东、陕西专职人员占比均低于30%，分别为7.6%、29.8%、6%、28.2%、9.3%。江苏省兼职校医医生比例仅为20.5%，而青海、河北、陕西兼职比例较高，分别占比94%、92.4%和90.7%；山东、江西次之，兼职比例分别为71.8%和70.2%。

政策建议

1. 建立制度，规范管理

建议从国家层面出台科学性、合理性和可行性强的中小学校医室建设标准及相关配套实施文件，明确校医室功能定位，确保各项工作都做到有法可依。协同地方卫生行政部门和教育行政部门加强政策落实力度。将校医室建设纳入学校考核评价体系，作为学校评审标准之一。尤其是对于中小学校医室工作人员的管理，要体现出其特殊性，在编制、培训、薪酬、晋升和职业发展上参照医师和教师类的专业技术人员管理体系制定相匹配的管理制度。

2. 基于需求，完善设备

根据校医室业务开展需求，配备合理的设施设备。具体做法是按照校医室的建设模式、提供的健康服务内容、专业技术人员的配备情况等

指标制定设备清单。同时对已有的闲置设备进行调剂，对已有的陈旧设备及时更新。增加改善学校卫生室硬件设施方面的经费投入，尤其要改善大部分学校的校医室环境和基础设施。将完善校医室基础设施作为一项长期工作列入学校财政预算中，制定学校校医室硬件和基础设施更新制度，保证每年安排一定的预算更新校医室固定设备，建立设施设备的使用记录和维护记录。

3. 制定标准，加强培训

制定校医室工作人员的培训标准，加大培训经费的投入，加强在职培训的力度，保证校医室工作人员培训的制度化，以保证健康服务的专业水平。学校相关部门制定校医培训制度和计划，建立考核程序和要求。采取带薪进修、学校补助、国家补贴等办法落实培训制度。

4. 优化课程，丰富教材

依据教育部制定《中小学健康教育指导纲要》制定丰富的卫生保健教育课程，例如健康行为与生活方式、疾病预防、心理健康、生长发育与青春期保健等，同时开展生命安全、地震安全、消防安全、交通安全、家庭安全等科普教育，以及开展心肺复苏、创伤处理、气道异物梗塞等应急救护培训。

5. 保障经费，持续发展

利用各种社会资源，鼓励多体制、多渠道、多形式为中小學生提供健康服务，建立全社会参与中小学医疗保健服务机构建设和服务供给的机制。根据学校的规模和健康服务现状匹配合适的可持续发展的校医室建设模式。

最后，呼吁社会各界关注中小學生健康，尤其是学生在校期间的身心健康和服务保障措施的关注，呼吁政府各部门对学校的健康保健服务机

构给予足够的重视，从政策上重视中小学校医室的建设和校医室工作人员队伍建设，关注校医这一特殊群体的职业发展，逐渐建立校医的培养培训体系，完善校医的管理制度。





PRESENT SITUATION

现状

本次调查是在河北、江苏、江西、山东、陕西、青海六省进行，定量调查对象为这六个省份的县级行政人员、中小学校长、中小学校医。共发放问卷 1478 份，其中县级行政人员问卷 18 份，中小学校长问卷 923 份，中小学校医问卷 538 份；共回收有效问卷 1478 份，有效回收率为 100%。各省份具体的问卷发放和回收情况如下：

表 1 各省份调查表发放和回收情况 (n)

省份	县级行政人员问卷	中小学校校长问卷	中小学校校医问卷	合计
河北	3	322	131	453
江苏	0	63	132	195
江西	2	82	47	122
山东	1	152	103	255
陕西	5	187	75	267
青海	7	116	50	173
合计	18	923	538	1478

其中，问卷来源地图分布情况：

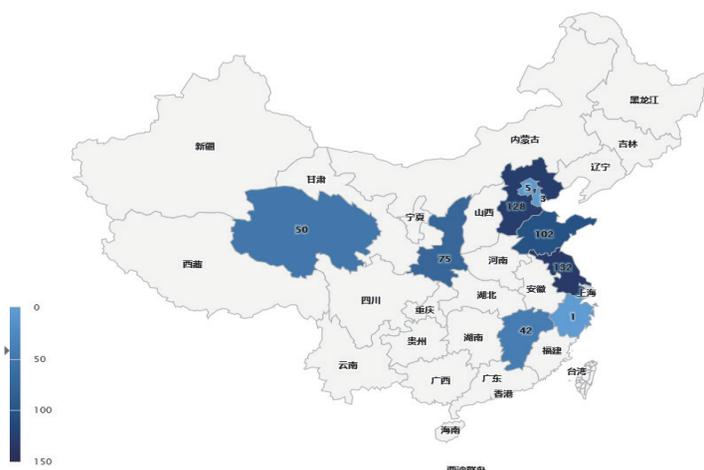


图 1 问卷来源地图

一、中小学生学习健康现状

中小学习是青少年中的重要群体，此阶段正处于身心生长发育的关键时期，他们的健康状况、营养水平及保健需求受到社会的广泛关注。中国目前的发展不充分不平衡，不同地区中小学习健康情况不尽相同。《“健康中国 2030”规划纲要》中明确提出要加大学校健康教育力度，以中小学为重点，建立学校健康教育推进机制。学校的健康卫生管理工作对学生的健康有着重要影响，校医室是学校卫生工作的负责和执行单位。但目前缺少大样本的、具有代表性的调查研究。

相对于快速发展的社会经济和教育水平，中国中小学习目前的健康状况不容乐观，校园踩踏、传染病传播、集体食物中毒、学生自杀等校园公共安全和卫生事件时有发生。目前，中小学习个体的健康问题主要集中在肥胖、龋齿、视力不良以及强迫、偏执等心理现象。

1. 生理健康

不同省份中小学习个体的生理健康状况及问题不尽相同，同时健康体检的检查方法也不同。很多研究采取按照《学生健康检查技术规范》（GB/T26343 - 2010）方法和《中小学习健康体检管理办法》对学生进行健康体检，按照《全国学生营养评价方法》对学生的营养状况进行评价 [1]。也有其他地区另有更适合的方法，如湖南岳阳市按照《湖南中小学习健康体检管理实施办法》及地方特色，自制统一的学生健康体检表对中小学习进行检查 [2]。

全国来看，中小学习的健康状况不容乐观，不同省份的中小学习共同的主要健康问题包括：超重肥胖、龋齿、视力不良、血压异常、营养不良、沙眼及其他。超重肥胖最为普遍，山东省蓬莱市城区中小学习 2010-2014 年平均肥胖率达到 18.7% [3]，成都市新都区 2014 年超重和肥胖率为 18.5%，且呈逐年上升趋势 [4]。泰兴市 2014 年则为

30.76%，呈低龄化趋势 [5]。梧州市 2011—2013 年肥胖总检出率为 20.5% [6]。岳阳市 2013 年肥胖率为 20.35%，但同时出现乙肝检出率为 18.85% 的情况 [7]。深圳宝安区某街道肥胖率为 9.97%，但同时出现 1.81% 肝功能异常的中小學生。可以看出，肥胖是中小學生生理健康最主要的问题，且可能会导致其他一系列健康状况。蓬莱市、成都市新都区、泰兴市、梧州市、岳阳市、深圳宝安区某街道的龋齿检出率分别为 24.08%、8.4%、25.63%、23.36%、30.04%、46.54%，视力不良率分别为 70.12%、65.2%、72.38%、63.27%、47.03%、39.47%。

随着生活水平提高和学习压力的增大等原因，肥胖、口腔卫生（一颗龋齿影响整个口腔卫生 [8]）和视力不良正成为困扰我国中小學生生理健康的三大问题，亟待解决。

2. 心理健康

心理健康是中小學生不可忽视的一大健康问题，由于学业压力、社会转型、家庭因素等 [9]，越来越多的中小學生面临着心理健康问题 [10]。国内相关研究显示，小學生心理健康问题主要包括：强迫现象、偏执多疑、敌对情绪、心里抑郁、焦虑等 [11]。2000 年对北京、河南、重庆、浙江、新疆五个不同地区的中小學生调查发现，中小學生有心理问题的比例均至少达到了 15%，有严重心理问题的比例高达 2.5—5% [12]。有文献显示，中小學生最烦恼的问题排在前三位的分别是学习压力大、父母的期望值高和同学中没友谊，主要集中在学习、与父母关系和交友等方面 [13]。文献数据证明，寄宿小學生孤独感显著高于非寄宿小學生 [14]。可见，中小學生的心理健康问题需要引起家庭、学校以及社会重视。

二、中小学校校医室建设与管理的基本情况

行政人员问卷共收集有效问卷 18 份，分别来自 5 省，青海 7 份、

陕西 5 份、河北 3 份、江西 2 份、山东 1 份，如图 2 所示：

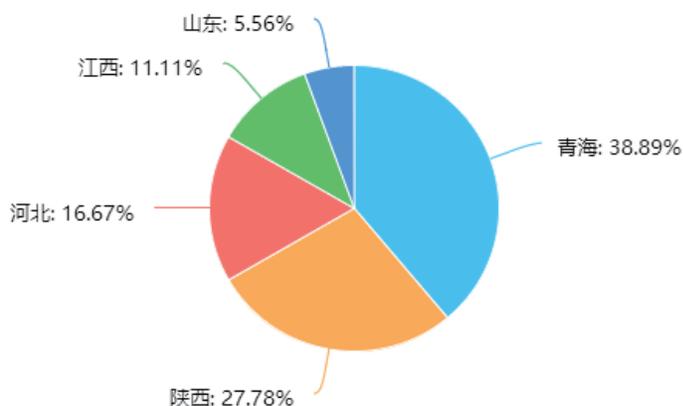


图 2 中小学学校现状问卷收集情况

参与调查的每个县平均有公立中小学 88 所，私立中小学 2 所，设有医务室的中小学平均有 12 所，设有医务室或者卫生保健室的平均有 29 所，从整体来看平均每个县的医务室建设情况如图所示：

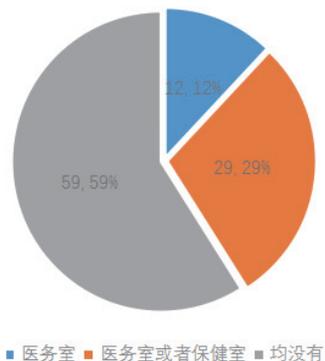


图 3 医务室建设情况

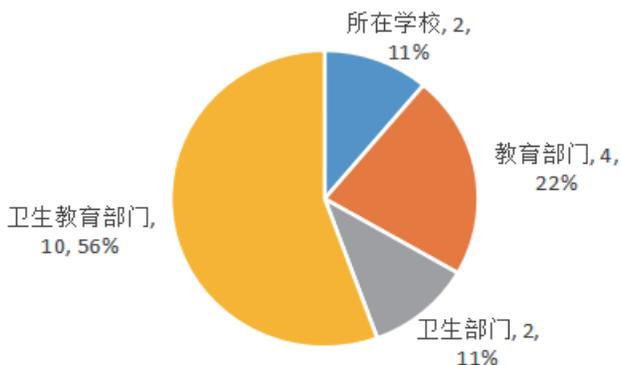


图 4 中小学医务室的监管情况

目前辖区内的中小学医务室或者卫生保健室的监管情况如图所示，大多数被调查的行政人员认为校医室或卫生保健室是由卫生部门和教育部门联合监管，少部分人是认为由教育部门独立监管，还有人认为是由学校或者卫生部门独立监管。

在所调查的行政人员所在的县市当中，三分之二没有出台校医室建设的相关政策或文件，只有三分之一出台了相关管理办法和指南。

并且在所调查的行政人员当中，有 83% 的人认为大多数校医室的综合能力没有满足学校卫生工作的需求，只有 17% 的行政人员认为学校卫生工作的需求得到了满足。

此外，在认为校医室没有满足学校卫生需求的行政人员当中，有 87% 的认为是由于校医数量不足引起的，同时，有 80% 的人认为设备、设施不全也是重要的影响因素，其次，有 60% 的认为资金不足同样会引起校医室的供给能力不足，另外，有 40% 的人认为上级部门的重视不足也是原因之一，如图所示。对于中小学校医室目前发展的最大障碍，参与调查的行政人员主要解释为医务人员缺乏、设施、设备不齐全、资金紧缺等几方面。

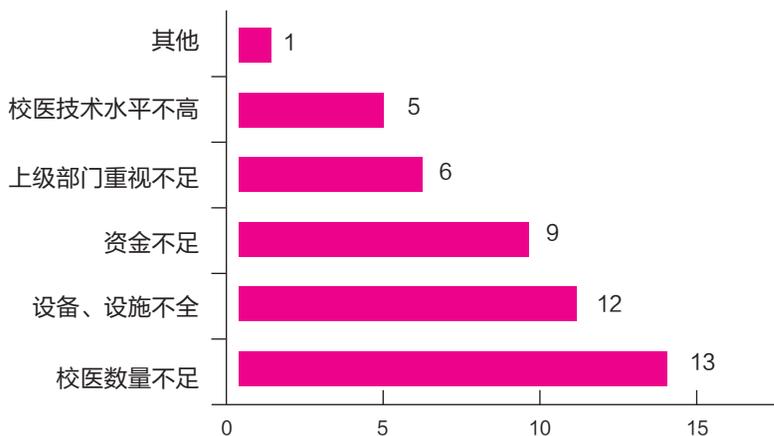


图 5 影响校医室建设的因素

三、中小学校医室现状

1. 校医室基本现状

学校负责人问卷总共收集有效问卷 923 份，分别来自山东、河北、江西、江苏、陕西和青海六个样本省，如图 6 所示。

其中，按学校性质分类，有 905 所公立院校、16 所私立院校以及 2 所其他院校；按在校学生数量分类，学生人数小于 600 人的学校为 575 所，其中提供住宿的学校有 110 所，设有医务室的学校有 99 所；学生人数在 600-1800 人之间的的学校有 240 所，其中提供住宿的有 65 所，设有医务室的有 118 所；学生人数大于 1800 人的学校有 108 所，其中提供住宿的有 36 所，设有医务室的有 79 所，具体情况如图 7 所示。

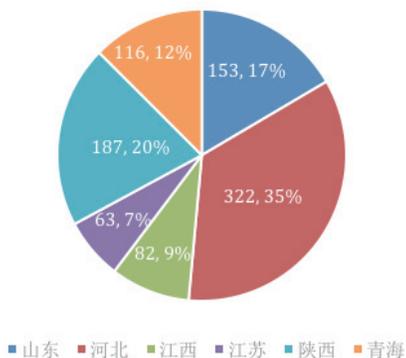


图 6 学校负责人问卷收集情况

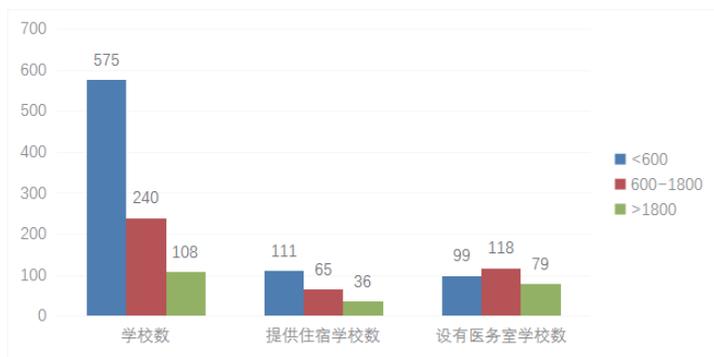


图 7 学校基本情况

2. 未设置校医室的原因

在未设置校医室的学校当中，由于上级没有明确要求的是 21 所，没有足够资金的是 26 所，没有场地和设备的是 73 所，没有医务人员的是 421 所，由于其他原因所致的是 86 所，如图所示：

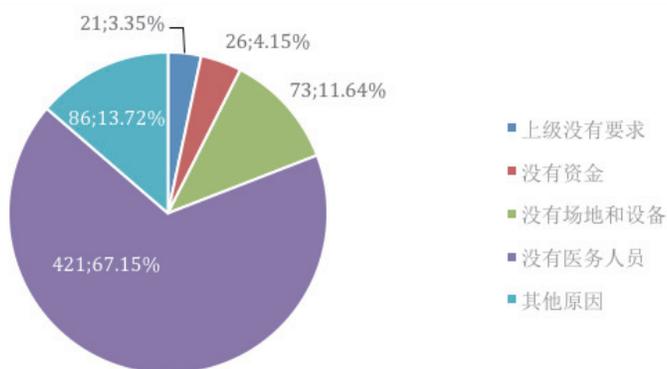


图 8 未设置校医室的原因

3. 校医室具有执业许可证情况

在拥有校医室的 296 所学校中，有 56 所的校医室具有医疗机构执业许可证，其余 240 所没有相关职业许可证，如图所示：



图 9 医务室执业许可证情况

四、校医室人员现状

1. 人群特征

1.1 性别

在所有调查对象中，女性比例远高于男性，其中男性 154 人，女性 384 人，男女比例为 1: 2.49，具体情况如下表：

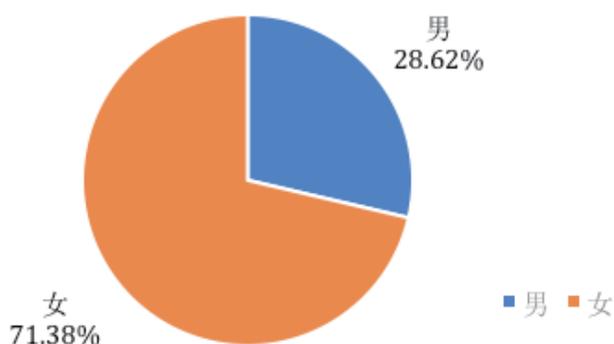


图 10 调查对象性别比例对比 (%)

1.2 年龄

在所有调查对象中，年龄在 35~44 岁占了 41.82%，年龄在 45~54 岁的比例占 30.67%。可以看出，校医或保健医师的人员年龄分布主要在 35 ~ 54 岁，具体调查对象年龄比例对比见表 2。

表 2 调查对象年龄比例 (n,%)

25 岁及以下	25 ~ 34 岁	35 ~ 44 岁	45 ~ 54 岁	55 ~ 59 岁	60 岁及以上	合计
24	103	225	165	17	4	538
4.46%	19.14%	41.82%	30.67%	3.16%	0.74%	100%

1.3 学历

在所有调查对象中，学历为本科及以上学历的占比为 60.96%，其中本科占比为 58.92%；而学历为高中及以下占比为 1.12%。可以看出，校医（或保健医师）的学历相对比较高。具体调查对象的学历比例情况，见表 3。

表 3 调查对象学历比例 (n,%)

高中及以下	中专	大专	本科	研究生及以上	合计
6	26	178	317	11	538
1.12%	4.83%	33.09%	58.92%	2.04%	100%

根据省份交叉分析显示，陕西省大专和本科占比分别为 41.33% 和 50.67%；江西省大专和本科占比分别为 31.91% 和 61.7%；山东省大专和本科占比分别为 27.45% 和 67.65%；江苏省大专和本科占比分别为 36.36% 和 55.30%；河北省大专和本科占比分别为 24.24% 和 64.39%；青海省大专和本科占比分别为 48% 和 46%。

各省结果中青海和江苏比较特别，两省无研究生学历，但存在一定比例的中专、高中及以下学历背景的工作人员。具体情况见表 4。

表 4 各省调查对象学历比例 (n,%)

	高中及以下	中专	大专	本科	研究生及以上	合计
河北	1	7	32	85	6	131
	0.8%	5.3%	24.4%	64.9%	4.6%	100.0%

	高中及以下	中专	大专	本科	研究生及以上	合计
江苏	3	8	48	73	0	132
	2.3%	6.1%	36.4%	55.3%	0.0%	100.0%
江西	0	2	15	29	1	47
	0.0%	4.3%	31.9%	61.7%	2.1%	100.0%
青海	2	1	24	23	0	50
	4.0%	2.0%	48.0%	46.0%	0.0%	100.0%
山东	0	3	28	69	3	103
	0.0%	2.9%	27.2%	67.0%	2.9%	100.0%
陕西	0	5	31	38	1	75
	0.0%	6.7%	41.3%	50.7%	1.3%	100.0%
合计	6	26	178	317	11	538
	1.1%	4.8%	33.1%	58.9%	2.0%	100.0%

1.4 技术职称

在所有调查对象中，初级职称比例为 29.74%，中级职称 50.74%；而高级职称占比较小，仅 5.39%，具体调查对象职称比例对比见表 5。

表 5 调查对象职称比例 (n,%)

无职称	初级	中级	副高	正高	合计
76	160	273	29	0	538
14.13%	29.74%	50.74%	5.39%	0.00%	100%

根据省份交叉分析显示，各省均以中级职称为主，其次为初级职称，而江苏省无职称调查对象占比最多，占比 19.7%。具体情况见表 6。

表 6 各省调查对象职称比例 (n,%)

	无职称	初级	中级	副高	合计
河北	19	41	70	1	131
	14.5%	31.3%	53.4%	0.8%	100.0%
江苏	26	49	54	3	132
	19.7%	37.1%	40.9%	2.3%	100.0%
江西	4	9	25	9	47
	8.5%	19.1%	53.2%	19.1%	100.0%
青海	6	7	30	7	50
	12.0%	14.0%	60.0%	14.0%	100.0%
山东	16	21	58	8	103
	15.5%	20.4%	56.3%	7.8%	100.0%
陕西	5	33	36	1	75
	6.7%	44.0%	48.0%	1.3%	100.0%
合计	76	160	273	29	538
	14.1%	29.7%	50.7%	5.4%	100.0%

1.5 工作年限

在所有调查对象中，在校医室工作的年限多为 0~5 年，比例为 63.38%，其次为 6~10 年，比例为 14.68%，具体调查对象工作年限比例对比见表 7。

表 7 调查对象工作年限比例 (n,%)

0~5	6~10	11~15	16~20	21~25	26 及以上	合计
341	79	32	32	31	23	538
63.38%	14.68%	5.95%	5.95%	5.76%	4.28%	100%

1.6 工作性质

在所有调查对象中，校医室工作的兼职人员 370 人，占比 68.77%，专职人员 168 人，占比 31.23%，具体调查对象专职及兼职人员比例对比见表 8。

表 8 调查对象专兼职人员比例 (n,%)

兼职	专职	合计
370	168	538
68.77%	31.23%	100%

根据省份分析显示，青海、河北、陕西几省校医室工作人员是兼职的比例较高，分别占比 94%、92.4% 和 90.7%；而山东、江西次之，兼职比例分别为 71.8% 和 70.2%。而较为特别的是江苏省，兼职比例仅为 20.5%。这种差异可能部分是由各地经济水平以及人力资源配给状况导致的。各省校医室工作人员专兼职比例对比情况见表 9。

表 9 各省调查对象专兼职人员比例 (n,%)

	兼职	专职	合计
河北	121	10	131
	92.4%	7.6%	100.0%
江苏	327	105	132
	20.5%	79.5%	100.0%
江西	33	14	47
	70.2%	29.8%	100.0%
青海	47	3	50
	94.0%	6.0%	100.0%

	兼职	专职	合计
山东	74	29	103
	71.8%	28.2%	100.0%
陕西	68	7	75
	90.7%	9.3%	100.0%
合计	370	168	538
	68.8%	31.2%	100.0%

1.7 专业背景

在所有调查对象中，校医室工作人员属于医学专业的分别为临床 71 人（13.20%），护理 85 人（15.8%），预防 15 人（2.79%），中医 9 人（1.67%），总占比 33.46%。而教育及体育背景占比分别为 32.53%、9.67%，总占比 42.2%，具体调查对象专职及兼职人员比例对比见下表。

表 10 调查对象专业背景比例 (n,%)

教育	体育	临床	护理	预防	中医	管理	心理	其他	合计
175	52	71	85	15	9	7	15	109	538
32.53%	9.67%	13.20%	15.80%	2.79%	1.67%	1.30%	2.79%	20.26%	100.00%

根据各省份分析显示，青海、山东、河北、陕西几省中校医室工作人员为医学专业背景的比例不足 20%，主要以教育、心理、体育专业背景为主。江西省医学专业背景下的调查对象占比 29.8%，其中临床专业 8.5%，护理专业 21.35%；江苏省在医学背景下人数比例最多，占比为 81%，其中临床和护理专业占比分别为 19.7% 和 53%。可见目前从事校医室工作的专业人员以护理专业为主。

表 11 各省调查对象专业背景比例 (n,%)

	临床	护理	预防	中医	管理	教育	心理	体育	其他	合计
河北	9	1	1	3	3	51	5	33	25	131
	6.9%	0.8%	0.8%	2.3%	2.3%	38.9%	3.8%	25.2%	19.1%	100.0%
江苏	26	70	10	1	0	7	1	1	16	132
	19.7%	53.0%	7.6%	0.8%	0.0%	5.3%	0.8%	0.8%	12.1%	100.0%
江西	4	10	0	0	1	13	3	5	11	47
	8.5%	21.3%	0.0%	0.0%	2.1%	27.7%	6.4%	10.6%	23.4%	100.0%
青海	4	0	1	1	1	25	1	2	15	50
	8.0%	0.0%	2.0%	2.0%	2.0%	50.0%	2.0%	4.0%	30.0%	100.0%
山东	20	3	1	2	2	40	2	9	24	103
	19.4%	2.9%	1.0%	1.9%	1.9%	38.8%	1.9%	8.7%	23.3%	100.0%
陕西	8	1	2	2	0	39	3	2	18	75
	10.7%	1.3%	2.7%	2.7%	0.0%	52.0%	4.0%	2.7%	24.0%	100.0%
合计	71	85	15	9	7	175	15	52	109	538
	13.2%	15.8%	2.8%	1.7%	1.3%	32.5%	2.8%	9.7%	20.3%	100.0%

1.8 执业资格证书

在所有调查对象中，在校医室工作的人员中具有执业医师或执业助理医师资格证的人数为 77 人，占比 14.31%；具有注册护士资格证的人数为 80 人，占比 14.87%；具有教师资格证的人数最多，为 362 人，占比 67.29%，具体调查对象执业资格证持有情况比例对比如下表。

表 12 调查对象执业资格证情况 (n,%)

执业医师资格证	执业助理医师资格证	注册护士资格证	教师资格证	其他	合计
48	29	80	362	66	538
8.92%	5.39%	14.87%	67.29%	12.27%	100%

各省数据显示，与专业背景相对应，江苏省拥有执业医师资格证、执业助理医师资格证、注册护士资格证的人数较多，其中又以注册护士资格最为突出，其次为执业助理医师资格证；而山东省具有相对较多的执业医师资格证，这得益于山东省开展的为学校招聘校医专业举措；相较而言，河北省执业医师资格证及教师资格证较多，这与河北省存在的较多的合作校医室模式有关；青海省及陕西省以教师资格证为主，与当地医疗人力资源不足以及当地经济水平有关。

表 13 各省调查对象执业资格证情况 (n,%)

	执业医师资格证	执业助理医师资格证	注册护士资格证	教师资格证	其他	合计
河北	9	2	0	113	14	129
	6.9%	1.5%	0.0%	86.3%	10.7%	100.0%
江苏	10	18	69	35	21	143
	7.6%	13.6%	52.3%	26.5%	15.9%	100.0%
江西	4	2	9	34	5	50
	8.5%	4.3%	19.1%	72.3%	10.6%	100.0%
青海	0	1	1	45	3	50
	0.0%	2.0%	2.0%	90.0%	6.0%	100.0%
山东	19	2	1	72	16	91
	18.4%	1.9%	1.0%	69.9%	15.5%	100.0%
陕西	6	4	0	63	7	74
	8.0%	5.3%	0.0%	84.0%	9.3%	100.0%
合计	48	29	80	362	66	537
	8.9%	5.4%	14.9%	67.3%	12.3%	100.0%

1.9 择业途径

在所有调查对象中，医学院校毕业人员为 75 人，占比 13.94%；

由其他医疗机构调动的人员为 68 人，占比 12.64%，两项总占比 26.58%，相对地代表了校医室工作参与的专业人员比例，而本校教师转岗人数为 146 人，占比 27.14%。其他途径人数为 249，占比 46.28%，其中多为在校教师兼职，其中江苏省有 1 例人员来源于事业局公益性岗位招聘考试，具体调查对象工作参与途径比例对比见下表。

表 14 调查对象校医室工作参与途径比例 (n,%)

本校教师转岗	其他医疗机构工作调动	医学院校毕业	其他途径	合计
146	68	75	249	538
27.14%	12.64%	13.94%	46.28%	100%

1.10 择业原因

在所有被调查人员中，由于学校安排而选择从事校医相关工作为主，这与前文所说的兼职、教师参与校医岗位是相对应的，具体情况见下表：

表 15 调查对象择业原因比例 (n,%)

个人兴趣	学校安排	教育或卫生局安排	待遇好	工作轻松	其他	合计
63	324	68	2	3	78	538
11.71%	60.22%	12.64%	0.37%	0.56%	14.50%	100%

2. 管理情况

2.1 编制

在所有调查对象中，在校医室工作的人员中有编制的为 368 人，占比 68.4%，6 省中江苏省无编制人员相对较多，而河北、山东、陕西、青海、陕西几省则是有编制人员占比均在 65% 以上，具体情况见下表：

表 16 各省调查对象编制比例 (n,%)

	有	没有	合计
河北	95	36	131
	72.5%	27.5%	100.0%
江苏	69	63	132
	52.3%	47.7%	100.0%
江西	32	15	47
	68.1%	31.9%	100.0%
青海	33	17	50
	66.0%	34.0%	100.0%
山东	82	21	103
	79.6%	20.4%	100.0%
陕西	57	18	75
	76.0%	24.0%	100.0%
合计	368	170	538
	68.4%	31.6%	100.0%

2.2 月收入

在所有调查对象中，校医室的工作人员月收入基本在 3000 元以上，占比 72.68%。具体调查对象月收入情况比例对比见下表：

表 17 调查对象月收入比例 (n,%)

1001~2000 元	2001~3000 元	3001~4000 元	4000 元以上	合计
48	99	168	223	538
8.92%	18.4%	31.23%	41.45%	100%

2.3 福利

在所有调查对象中，校医及保健医师基本福利（五险一金）覆盖率

不足 90%，福利相对较差，少数学校给校医或保健医师提供子女教育优惠政策。调查中江苏省一位护士由于希望子女入当地较好学校，而从事该校校医工作。调查对象福利情况比例对比如下：

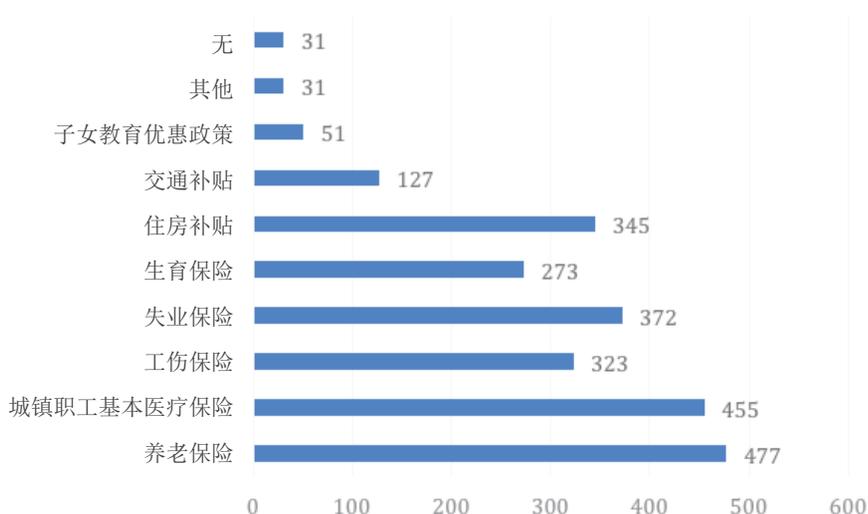


图 8 调查对象福利情况

2.4 晋升

2.4.1 晋升情况

根据各省数据显示，六省被调查人员中有晋升情况的占比 67.8%。

表 18 各省调查对象晋升情况比例 (n,%)

	晋升	从没晋升过	合计
河北	91	40	131
	69.5%	30.5%	100.0%
江苏	74	58	132
	56.1%	43.9%	100.0%
江西	33	14	47
	70.2%	29.8%	100.0%

	晋升	从没晋升过	合计
青海	39	11	50
	78.0%	22.0%	100.0%
山东	73	30	103
	70.9%	29.1%	100.0%
陕西	55	20	75
	73.3%	26.7%	100.0%
合计	365	173	538
	67.8%	32.2%	100.0%

2.4.2 晋升依据

在被调查人员中，有 173 人目前尚未晋升，365 人在之前 1-17 年的时间内有晋升；其中未晋升的比例为 32.16%。而各单位晋升的主要依据有所不同，其中工作表现和工作年限的比列分别为 38.66%，22.12%，为主要晋升依据，具体情况如下：

表 19 调查对象晋升依据情况 (n,%)

工作表现	工作年限	学历	学生满意度	个人关系	不知道	合计
208	119	17	4	3	80	538
38.66%	22.12%	3.16%	0.74%	0.56%	14.87%	100%

根据各省数据显示，六省在晋升依据上表现较为一致，均以工作年限和工作表现作为晋升依据，而学生满意度及学历在晋升上未起到显著作用。

2.4.3 晋升机会

校医（或保健医师）对本单位职业发展（晋升、提拔等）的机会调查显示，对目前校医或保健医师的晋升及职业发展现状不容乐观，

50.93% 人员认为晋升机会较少、很少或没有，缺乏晋升机会可能是校医及保健医师职业发展的主要障碍之一，具体情况如下表：

表 20 调查对象晋升机会比例 (n,%)

很少或没有	较少	一般	较多	很多	合计
184	90	198	54	12	538
34.2%	16.73%	36.8%	10.04%	2.23%	100%

2.5 培训

2.5.1 培训时间及频次

根据各省数据显示，2016 年培训次数 2-3 次为主，每次培训时间在 0.5-2 天左右。而培训次数为 0 次即在 2016 年末参与培训的人员中，青海及江西占比最多，分别为 42% 和 29.8%。河北、山东、陕西 2016 年从未参与培训的人员占比在 10-20%，江苏表现最佳，2016 年从未参与培训人员仅 3 人，占比 2.3%。总体来看，各省培训次数以 1-3 次为主，青海省培训次数上尚显不足，应该着重加强。

表 21 各省调查对象培训次数比例 (n,%)

	0	1	2	3	4	5	6	7 次及以上	合计
河北	13	19	29	35	7	11	9	8	131
	9.9%	14.5%	22.1%	26.7%	5.3%	8.4%	6.9%	6.1%	100%
江苏	3	13	34	22	19	20	10	11	132
	2.3%	9.8%	25.8%	16.7%	14.4%	15.2%	7.6%	8.3%	100%
江西	14	15	12	2	0	2	0	2	47
	29.8%	31.9%	25.5%	4.3%	0.0%	4.3%	0.0%	4.3%	100%
青海	21	20	6	1	0	0	0	2	50
	42.0%	40.0%	12.0%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%	100%

	0	1	2	3	4	5	6	7次及以上	合计
山东	14	26	19	17	5	5	2	15	103
	13.6%	25.2%	18.4%	16.5%	4.9%	4.9%	1.9%	14.6%	100%
陕西	12	31	17	10	2	1	1	1	75
	16.0%	41.3%	22.7%	13.3%	2.7%	1.3%	1.3%	1.3%	100%
合计	77	124	117	87	33	39	22	39	538
	14.3%	23.0%	21.7%	16.2%	6.1%	7.2%	4.1%	7.2%	100%

根据各省数据显示，青海和江西两省培训天数为 0 的人员与培训次数相对应，均较多，分别占比 42% 和 29.8%。各省培训天数以 2 天以下为主，江西和陕西较长培训天数所占的比例相对较高。5 天及以上培训占比 10.6% 和 10.7%。在培训天数上，青海省依旧应作为重点关注对象。

表 22 各省调查对象培训天数比例 (n,%)

	0	0.5	1-2	3-4	5天及以上	合计
河北	13	13	82	15	8	131
	9.9%	9.9%	62.6%	11.5%	6.1%	100.0%
江苏	3	22	102	2	3	132
	2.3%	16.7%	77.3%	1.5%	2.3%	100.0%
江西	14	1	19	8	5	47
	29.8%	2.1%	40.4%	17.0%	10.6%	100.0%
青海	21	3	18	4	4	50
	42.0%	6.0%	36.0%	8.0%	8.0%	100.0%
山东	15	32	46	7	3	103
	14.6%	31.1%	44.7%	6.8%	2.9%	100.0%
陕西	12	5	47	3	8	75
	16.0%	6.7%	62.7%	4.0%	10.7%	100.0%
合计	78	76	314	39	31	538
	14.5%	14.1%	58.4%	7.2%	5.8%	100.0%

2.5.2 培训内容

2.5.2.1 培训内容现状

所有调查者中，参与的培训内容主要为传染病预防、健康教育及急救知识，比例均在 50% 以上，而关于心理咨询及护理知识的培训比较匮乏，具体情况见下表：

表 23 调查对象培训内容比例 (n,%)

常见病诊断治疗	急救知识	预防接种知识	传染病防治知识	护理知识	健康教育	心理咨询	其他	合计
211	305	223	404	102	346	153	119	538
39.22%	56.69%	41.45%	75.09%	18.96%	64.31%	28.44%	22.12%	100.00%

各省数据分析显示，从总体培训内容来看，江西、青海和陕西三省培训情况较差，而河北、江苏、山东三省较好。从各个省单独来看，（1）河北省，在护理知识及心理咨询方面的培训比较欠缺，在河北省调查人员中占比分别为 16% 和 31.3%；同时在预防接种知识及常见病治疗方面也相对比较欠缺，占比分别为 42% 和 41.2%，在急救知识、健康教育、传染病防治知识方面培训较好，分别占比 50.4%、72.5% 和 74.8%；（2）江苏省，在护理知识及心理咨询方面的培训比较欠缺，占比分别为 25% 和 25%；同时在常见病治疗方面也相对比较欠缺，占比为 58.3%，在健康教育、预防接种知识、急救知识、传染病防治知识方面培训较好，分别占比 65.2%、67.4%、87.1% 和 93.2%；（3）江西省，在护理知识、心理咨询及预防接种知识方面的培训比较欠缺，占比分别为 12.8%、25.5% 和 27.7%；同时在传染病防治知识及健康教育方面也相对比较欠缺，占比分别为 51.1% 和 38.3%，在急救知识培训较好，占比 66%；（4）青海省，在护理知识、预防接种知识、常见病诊疗、心理咨询方面的培训均比较欠缺，在急救知识、传染病预防知

识、健康教育方面相对完善，占比分别为 36%、48% 和 54%，但总体来看还有待加强。同时考虑到青海存在大量留守儿童，心理咨询内容的培训不可忽视；（5）山东省，在护理知识和心理咨询方面培训较少，占比分别为 24.35 和 25.2%；在常见病诊疗、急救知识、预防接种知识方面相对好一些，分别占比 40.8%、39.8% 和 44.7%；在传染病防治知识和健康教育方面做得较好，分别占比 81.6% 和 68%；（6）陕西省，在护理知识、预防接种知识及常见病诊疗方面比较缺乏，占比分别为 17.3%、21.3% 和 24%；在急救知识和心理咨询方面相对好一些，占比分别为 45.3% 和 37.3%；在传染病防治知识和健康教育方面做的较好，分别占比 68% 和 66.7%。

总体来看，应加强各省关于心理咨询和护理知识的培训内容，具体情况见下表：

表 24 各省调查对象培训内容比例 (n,%)

	常见病诊断治疗	急救知识	预防接种知识	传染病防治知识	护理知识	健康教育	心理咨询	其他
河北	54	66	55	98	21	95	41	25
	41.2%	50.4%	42.0%	74.8%	16.0%	72.5%	31.3%	19.1%
江苏	77	115	89	123	33	86	33	30
	58.3%	87.1%	67.4%	93.2%	25.0%	65.2%	25.0%	22.7%
江西	11	31	13	24	6	18	12	14
	23.4%	66.0%	27.7%	51.1%	12.8%	38.3%	25.5%	29.8%
青海	9	18	4	24	4	27	13	19
	18.0%	36.0%	8.0%	48.0%	8.0%	54.0%	26.0%	38.0%
山东	42	41	46	84	25	70	26	20
	40.8%	39.8%	44.7%	81.6%	24.3%	68.0%	25.2%	19.4%

	常见病诊断治疗	急救知识	预防接种知识	传染病防治知识	护理知识	健康教育	心理咨询	其他
陕西	18	34	16	51	13	50	28	11
	24.0%	45.3%	21.3%	68.0%	17.3%	66.7%	37.3%	14.7%
合计	211	305	223	404	102	346	153	119
	39.2%	56.7%	41.4%	75.1%	19.0%	64.3%	28.4%	22.1%

2.5.2.2 培训内容需求

在所有调查人员中，对培训的需求主要仍旧是传染病预防、健康教育、急救知识，占比均超过 70%，相较于前文所述的培训内容现状，关于急救知识的培训仍旧需要加强。此外，心理咨询内容的培训目前占比为 28.44%，而其需求 53.35%，可见在心理咨询方面的培训还有很大空白，需要得到关注。而常见病诊疗及护理知识需求也存在一定的需求。

表 25 调查对象培训内容需求比例 (n,%)

常见病诊断治疗	急救知识	预防接种知识	传染病防治知识	护理知识	健康教育	心理咨询	其他	合计
325	435	213	410	216	405	287	52	385
60.41%	80.86%	39.59%	76.21%	40.15%	75.28%	53.35%	9.67%	100.00%

根据各省数据分析显示，与培训内容现状相对应的，各省对于急救知识、传染病防治知识及健康教育方面的需求最大；此外，培训内容现状于需求之间缺口最大的是关于心理咨询、护理知识和常见病诊疗方面培训，应注重增加这些方面的培训内容。

表 26 各省调查对象培训内容需求比例 (n,%)

	常见病诊断治疗	急救知识	预防接种知识	传染病防治知识	护理知识	健康教育	心理咨询	其他
河北	73	103	56	97	59	95	77	10
	55.7%	78.6%	42.7%	74.0%	45.0%	72.5%	58.8%	7.6%

	常见病诊断治疗	急救知识	预防接种知识	传染病防治知识	护理知识	健康教育	心理咨询	其他
江苏	102	120	72	118	56	106	55	13
	77.3%	90.9%	54.5%	89.4%	42.4%	80.3%	41.7%	9.8%
江西	30	42	15	37	21	33	30	7
	63.8%	89.4%	31.9%	78.7%	44.7%	70.2%	63.8%	14.9%
青海	22	36	10	31	15	43	29	9
	44.0%	72.0%	20.0%	62.0%	30.0%	86.0%	58.0%	18.0%
山东	62	78	42	76	39	77	45	7
	60.2%	75.7%	40.8%	73.8%	37.9%	74.8%	43.7%	6.8%
陕西	36	56	18	51	26	51	51	6
	48.0%	74.7%	24.0%	68.0%	34.7%	68.0%	68.0%	8.0%
合计	325	435	213	410	216	405	287	52
	60.4%	80.9%	39.6%	76.2%	40.1%	75.3%	53.3%	9.7%

2.5.3 培训方式

2.5.3.1 培训方式现状

在所有被调查人员中，参与培训的方式以专家讲课及观看多媒体资料为主，同时采用技术操作培训及远程培训为辅。

表 27 调查对象培训方式比例 (n,%)

专家讲课	网上或远程培训	观看多媒体资料	技术操作培训	其他
405	153	229	167	102
75.28%	28.44%	54.28%	31.04%	18.96%

各省数据显示，各省培训方式无明显差异，均是参与培训的方式以专家讲课及观看多媒体资料为主，同时采用技术操作培训及远程培训为辅；而江苏在技术操作培训方面优于其他省份。

表 28 各省调查对象培训方式比例 (n,%)

	专家讲课	网上或远程培训	观看多媒体资料	技术操作培训	其他
河北	100	34	69	29	23
	76.3%	26.0%	52.7%	22.1%	17.6%
江苏	127	33	81	80	18
	96.2%	25.0%	61.4%	60.6%	13.6%
江西	29	12	19	15	13
	61.7%	25.5%	40.4%	31.9%	27.7%
青海	20	9	24	8	16
	40.0%	18.0%	48.0%	16.0%	32.0%
山东	79	37	60	22	17
	76.7%	35.9%	58.3%	21.4%	16.5%
陕西	50	28	39	13	15
	66.7%	37.3%	52.0%	17.3%	20.0%
合计	405	153	292	167	102
	75.3%	28.4%	54.3%	31.0%	19.0%

2.5.3.2 培训方式喜好

在所有被调查人员中,对培训方式的喜好程度由高到低排序依次为:专家讲课、技术操作培训、观看多媒体资料、远程培训。由此可见,被调查人员更倾向于参与式的培训方式,可适当增加专家讲课、技术操作培训方式的开展。

表 29 调查对象培训方式喜好比例 (n,%)

专家讲课	网上或远程培训	观看多媒体资料	技术操作培训	其他
427	192	236	310	37
79.37%	35.69%	43.87%	57.62%	6.88%

各省数据分析显示，各省培训方式喜好无明显差异，被调查人员更倾向于参与式的培训方式，可适当增加专家讲课、技术操作培训方式的开展。

表 30 各省调查对象培训方式喜好比例 (n,%)

	专家讲课	网上或远程培训	观看多媒体资料	技术操作培训	其他
河北	102	40	50	66	8
	77.9%	30.5%	38.2%	50.4%	6.1%
江苏	120	58	74	94	6
	90.9%	43.9%	56.1%	71.2%	4.5%
江西	39	12	14	26	5
	83.0%	25.5%	29.8%	55.3%	10.6%
青海	29	15	20	27	9
	58.0%	30.0%	40.0%	54.0%	18.0%
山东	80	39	46	57	6
	77.7%	37.9%	44.7%	55.3%	5.8%
陕西	57	28	32	40	3
	76.0%	37.3%	42.7%	53.3%	4.0%
合计	427	192	236	310	37
	79.4%	35.7%	43.9%	57.6%	6.9%

2.5.4 总体培训效果

在所有调查人员中，多数人认为培训效果比较好，占比 48.88%；而认为培训效果不太好或非常不好的人数占比 4.46%，认为培训效果一般的占比 30.86%，认为培训效果非常好的占比 15.8%。采取更贴近的培训内容，采用更好的参与式的培训模式，可能会增加被调查者对于培训的总体满意度。

表 31 调查对象培训方式喜好比例 (n,%)

非常不好	不太好	一般	比较好	非常好	合计
12	12	166	263	85	538
2.23%	2.23%	30.86%	48.88%	15.8%	100%

根据各省数据显示,江苏省和山东省总体培训效果显示较好,而青海省和陕西省相对差一些。

表 32 各省调查对象总体培训效果比例 (n,%)

	非常不好	不太好	一般	比较好	非常好	合计
河北	5	1	40	59	26	131
	3.8%	0.8%	30.5%	45.0%	19.8%	100.0%
江苏	4	0	19	89	20	132
	3.0%	0.0%	14.4%	67.4%	15.2%	100.0%
江西	0	1	15	21	10	47
	0.0%	2.1%	31.9%	44.7%	21.3%	100.0%
青海	1	6	31	9	3	50
	2.0%	12.0%	62.0%	18.0%	6.0%	100.0%
山东	0	1	24	60	18	103
	0.0%	1.0%	23.3%	58.3%	17.5%	100.0%
陕西	2	3	37	25	8	75
	2.7%	4.0%	49.3%	33.3%	10.7%	100.0%
合计	12	12	166	263	85	538
	2.2%	2.2%	30.9%	48.9%	15.8%	100.0%

2.5.5 总体培训需求

在所有被调查人员中,关于对开展培训的态度调查中,非常需要及需要总占比 78.91%,可见开展培训的必要性。

表 33 调查对象培训方式喜好比例 (n,%)

非常需要	需要	一般	不太需要	完全不需要	合计
188	256	59	29	6	538
34.94%	47.58%	10.97%	5.39%	1.12%	100%

根据各省数据显示，各省中小学校医室或保健室工作人员的培训需求无明显差异，其中江苏省需求占比高达 93.9%。

表 34 各省调查对象总体培训效果比例 (n,%)

	非常需要	需要	一般	不太需要	完全不需要	合计
河北	45	59	18	8	1	131
	34.4%	45.0%	13.7%	6.1%	0.8%	100.0%
江苏	61	63	5	2	1	132
	46.2%	47.7%	3.8%	1.5%	0.8%	100.0%
江西	16	24	7	0	0	47
	34.0%	51.1%	14.9%	0.0%	0.0%	100.0%
青海	20	19	3	7	1	50
	40.0%	38.0%	6.0%	14.0%	2.0%	100.0%
山东	27	53	16	7	0	103
	26.2%	51.5%	15.5%	6.8%	0.0%	100.0%
陕西	19	38	10	5	3	75
	25.3%	50.7%	13.3%	6.7%	4.0%	100.0%
合计	188	256	59	29	6	538
	34.9%	47.6%	11.0%	5.4%	1.1%	100.0%

3. 工作情况

3.1 工作量

每日工作6-9小时，每周工作5天。其中，用于校医室工作的时间在各个学校有所不同，兼职校医人员用于校医室工作内容的时间为每天1-4小时。

3.2 工作内容

在所有被调查人员中，工作内容主要为安全知识培训及开展健康教育、健康档案管理、处理突发状况（擦伤、割伤等）、传染病防治、参与学生体检，占比均超过60%；其次为学习卫生及心理卫生知识的培训、日常多发病处理（感冒发烧等），占比约40%-50%；而关于药品及器械管理、学校大型活动的医疗保障、心理咨询、学生生长发育监测方面还有很大欠缺，占比在20%-30%。

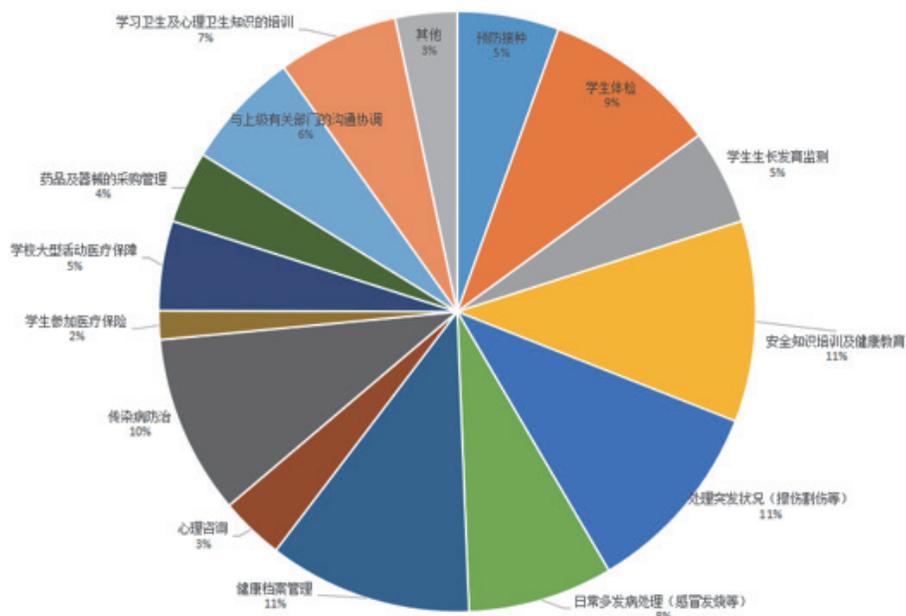
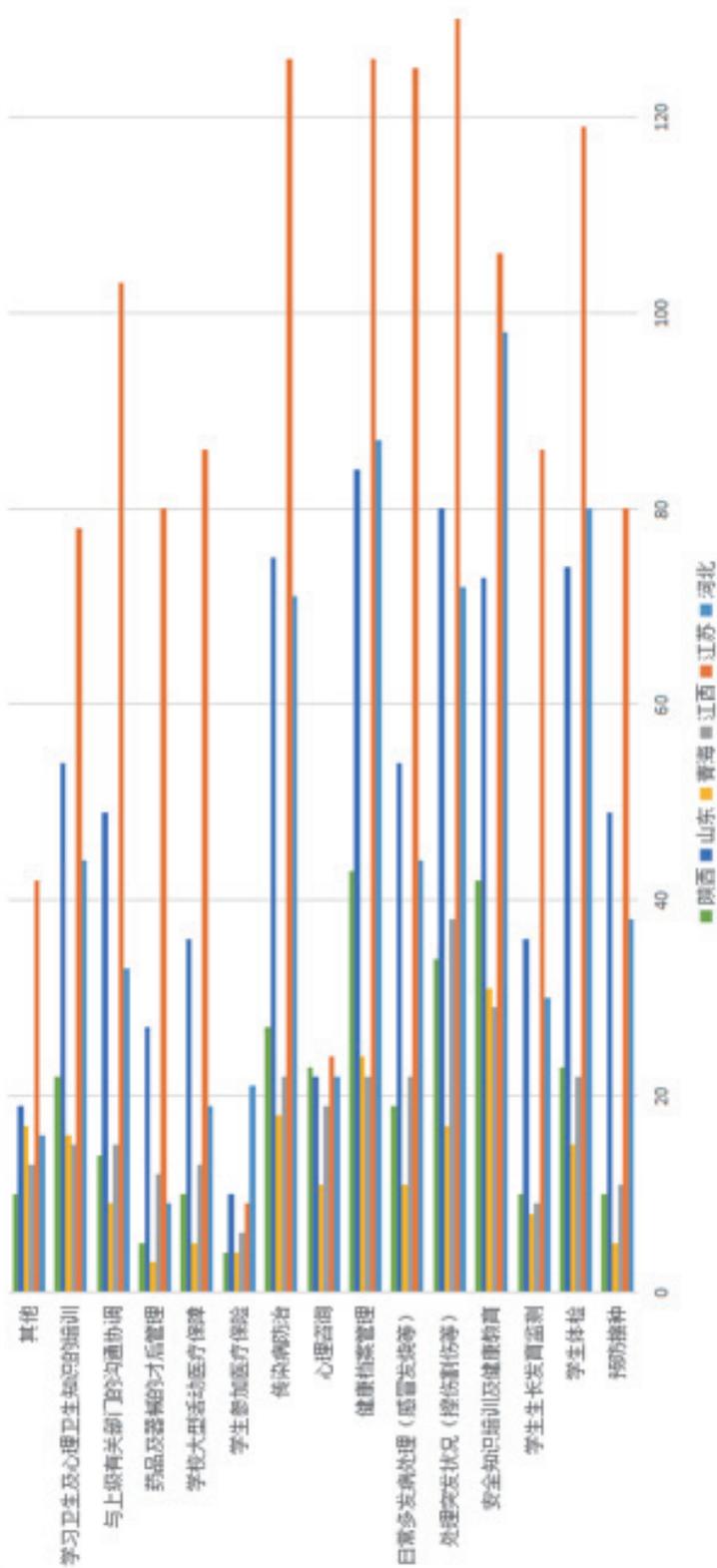


图9 调查对象工作内容

根据各省数据显示，江苏省在各个方面做的都比较好，青海和山西相对差一些。此外，各省在心理咨询、学生生长发育监测、学生参加医疗保险、预防接种方面的工作需要加强。其中，校医及保健医师对学生健康安全培训内容情况如下：

图 10 各省调查对象工作内容对比



主要内容为基本急救、火灾、地震、学校灾害应急方法、艾滋病知识、食物中毒、运动伤害处理等方面内容。

表 35 对学生开展健康安全培训内容情况 (n,%)

	基本急救	心肺复苏	气道异物 阻塞	火灾	地震	洪水	学校灾害 应急方法	艾滋病 知识	食物中毒的预 防与管理	运动伤害 处理	其他
调查人员	309	201	149	284	284	137	315	259	348	308	117
	66.6%	43.3%	32.1%	61.2%	61.2%	29.5%	67.9%	55.8%	75.0%	66.4%	25.2%

各省数据分析显示,对学生开展的健康安全知识培训与被调查人员接受的培训内容呈现出一致性,且江苏省在各个方面同样优于其他省份;青海省和陕西省相对来说对学生开展的健康安全知识培训情况差一些。

表 36 各省对学生开展健康安全培训内容情况 (n,%)

	基本急救	心肺复苏	气道异物 阻塞	火灾	地震	洪水	学校灾害 应急方法	艾滋病 知识	食物中毒的预 防与管理	运动伤害 处理	其他
河北	72	43	27	79	78	47	91	61	87	80	25
	55.0%	32.8%	20.6%	60.3%	59.5%	35.9%	69.5%	46.6%	66.4%	61.1%	19.1%
江苏	104	91	64	69	67	32	75	77	92	95	42
	78.8%	68.9%	48.5%	52.3%	50.8%	24.2%	56.8%	58.3%	69.7%	72.0%	31.8%
江西	26	16	12	26	26	13	23	20	26	21	9
	55.3%	34.0%	25.5%	55.3%	55.3%	27.7%	48.9%	42.6%	55.3%	44.7%	19.1%
青海	20	5	4	21	21	12	23	20	23	18	9
	40.0%	10.0%	8.0%	42.0%	42.0%	24.0%	46.0%	40.0%	46.0%	36.0%	18.0%
山东	56	31	30	61	59	24	63	68	80	61	20
	54.4%	30.1%	29.1%	59.2%	57.3%	23.3%	61.2%	66.0%	77.7%	59.2%	19.4%
陕西	31	15	12	28	33	9	40	13	40	33	12
	41.3%	20.0%	16.0%	37.3%	44.0%	12.0%	53.3%	17.3%	53.3%	44.0%	16.0%
合计	309	201	149	284	284	137	315	259	348	308	117
	57.4%	37.4%	27.7%	52.8%	52.8%	25.5%	58.6%	48.1%	64.7%	57.2%	21.7%

3.3 工作能力

在所有被调查人员中，传染病预防隔离动作掌握相对较好，掌握该操作技能人数占比 88.28%，心肺复苏、紧急包扎、创口换药、烫伤处理、运动伤害处理等操作技能掌握人数占比在 50%-60%，而骨折固定和气道阻塞紧急处理掌握程度不够，掌握人数分别占比 34.38% 和 37.5%。应加强骨折固定和气道阻塞处理的培训。

表 37 调查对象工作能力比例 (n,%)

	掌握	未掌握	合计
心肺复苏	69	59	128
	53.91%	46.09%	100 %
骨折固定	44	84	128
	34.38%	65.63%	100 %
紧急包扎	72	56	128
	56.25%	43.75%	100 %
创口换药	81	47	128
	63.28%	36.72%	100 %
气道阻塞紧急处理	48	80	128
	37.50%	62.50%	100 %
运动伤害处理	79	49	128
	61.72%	38.28%	100 %
传染病预防隔离	113	15	128
	88.28%	11.72%	100 %
烫伤处理	78	50	128
	60.94%	39.06%	100 %

根据各省数据显示，河北省、江西省、山东省、陕西省在骨折固定、

气道阻塞紧急处理的急救能力方面比较欠缺；江苏省在各方面做的都好，而青海省在各方面都还需要加强。

表 38 各省调查对象工作能力比例 (n,%)

	心肺复苏	骨折固定	紧急包扎	创口换药	气道阻塞紧急处理	运动伤害处理	传染病预防隔离	烫伤处理
河北	71	45	74	84	51	82	115	81
	54.2%	34.4%	56.5%	64.1%	38.9%	62.6%	87.8%	61.8%
江苏	126	109	126	120	102	116	131	122
	95.5%	82.6%	95.5%	90.9%	77.3%	87.9%	99.2%	92.4%
江西	32	18	34	34	17	30	36	30
	68.1%	38.3%	72.3%	72.3%	36.2%	63.8%	76.6%	63.8%
青海	17	6	16	15	6	12	22	13
	34.0%	12.0%	32.0%	30.0%	12.0%	24.0%	44.0%	26.0%
山东	60	43	69	69	43	59	99	68
	58.3%	41.7%	67.0%	67.0%	41.7%	57.3%	96.1%	66.0%
陕西	28	20	38	35	19	36	53	40
	37.3%	26.7%	50.7%	46.7%	25.3%	48.0%	70.7%	53.3%
合计	334	241	357	357	238	335	456	354
	62.1%	44.8%	66.4%	66.4%	44.2%	62.3%	84.8%	65.8%

3.4 工作满意度

在所有调查人员中，对于收入、单位福利、工作条件、培训机会、职业发展、人际关系等六个维度，基本处于一般及比较满意状态，两者占比超过 50%。其中，满意度最突出的为人际关系，而不满意最为突出的是收入及职业发展。可见，对于校医及保健医师最具有吸引力的为

学校环境中较为良好的人际关系，而最不具吸引力的则为较低的收入及较少的职业发展机会。

表 39 调查对象多方面满意度比例 (n,%)

	非常不满意	不满意	一般	比较满意	非常满意	合计
收入	31	85	274	132	16	538
	5.76%	15.80%	50.93%	24.54%	2.97%	100%
单位福利	22	57	285	146	28	538
	4.09%	10.59%	52.97%	27.14%	5.20%	100%
工作条件	9	35	228	209	57	538
	1.67%	6.51%	42.38%	38.85%	10.59%	100%
培训机会	15	45	220	208	50	538
	2.79%	8.36%	40.89%	38.66%	9.29%	100%
职业发展	36	73	274	124	31	538
	6.69%	13.57%	50.93%	23.05%	5.76%	100%
人际关系	8	8	111	283	128	538
	1.49%	1.49%	20.63%	52.60%	23.79%	100%
均值	20.17	50.50	232.00	183.67	51.67	538
	3.75%	9.39%	43.12%	34.14%	9.60%	100%

在所有调查人员中，总体满意度较高，比较满意和非常满意占比69.33%，而离职意愿中不太想要和非常不想要占比60.97%。由此可见，校医及保健医师对工作的满意度及认可度相对较高；一旦进入该行业，人员离职的意愿并不高。

总体满意度情况见下图：

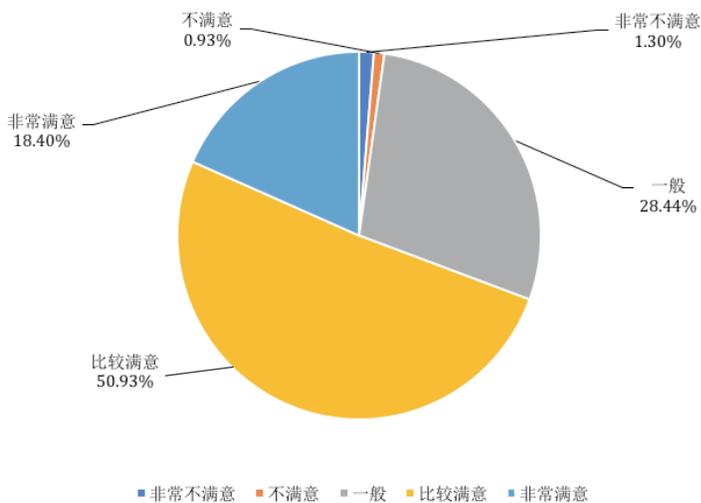


图 11 调查对象总体满意度情况

总体离职意愿情况见下图：

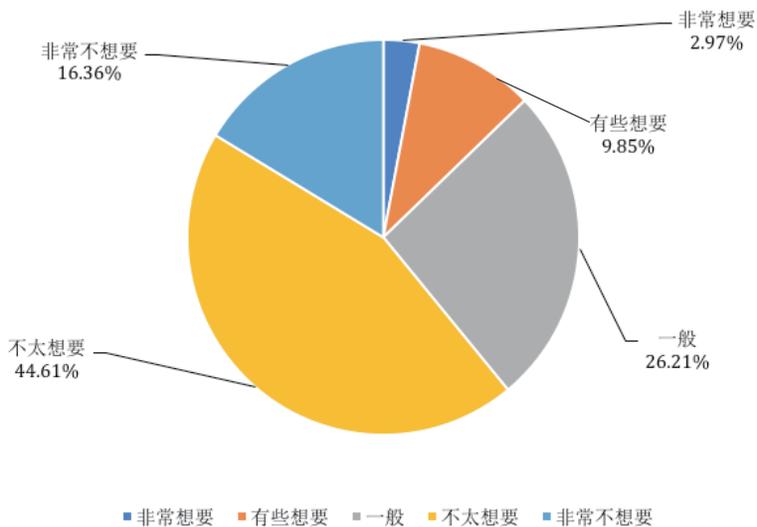


图 12 调查对象离职意愿情况

4. 设备需求

在所有被调查人员中，认为一般及大部分时候设备能满足工作要求，占比 52.38%，可见校医室建设仍有欠缺，需要一定的资金及设备投入。

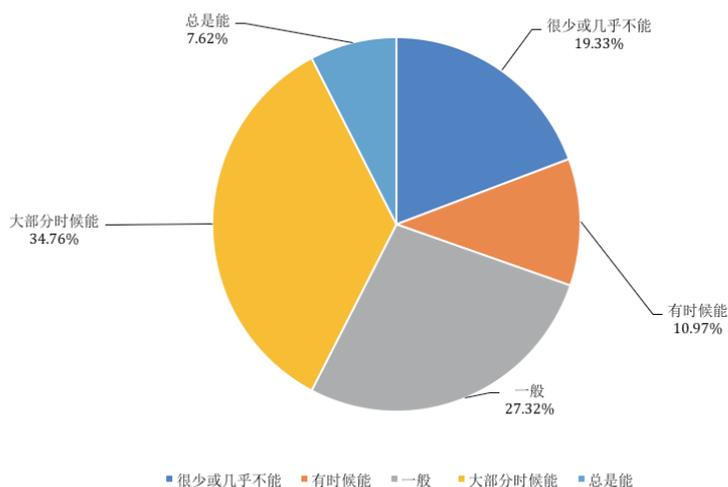


图 13 调查对象设备需求是否满足情况

交叉分析显示，在设备是否满足工作要求调查显示，陕西、青海、河北三省校医室设备相对不足，其中陕西、青海有校医及保健人员的也相对较少，分别为 75 人和 50 人，其建设还非常不完善。山东和江苏在设备配置方面比较充足。

表 40 各省调查对象设备需求比例 (n,%)

	很少或 几乎不能	有时候能	一般	大部分 时候能	总是能	合计
河北	36	13	47	28	7	131
	27.5%	9.9%	35.9%	21.4%	5.3%	100.0%
江苏	3	8	25	82	14	132
	2.3%	6.1%	18.9%	62.1%	10.6%	100.0%
江西	3	12	9	18	5	47
	6.4%	25.5%	19.1%	38.3%	10.6%	100.0%
青海	18	7	18	5	2	50
	36.0%	14.0%	36.0%	10.0%	4.0%	100.0%
山东	5	13	28	46	11	103
	4.9%	12.6%	27.2%	44.7%	10.7%	100.0%
陕西	39	6	20	8	2	75
	52.0%	8.0%	26.7%	10.7%	2.7%	100.0%
合计	104	59	147	187	41	538
	19.3%	11.0%	27.3%	34.8%	7.6%	100.0%



博爱校园 健康行动

行动起来，从毕节开始——



援建10个校医室

培训100名校医
实现七星关区全覆盖

对16000名青少年开展
免费体检和疾病筛查

给孩子们上10堂
健康教育公开课



微信公众号



微博

touch-to 小事

生活参与的大小

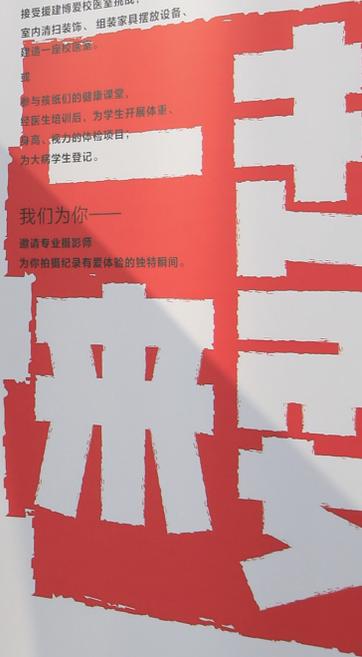
你为孩纸们——

接受援建博爱校医室挑战，
室内清扫装饰、组装家具摆放设备，
建造一座校医室。

参与孩纸们的健康课堂，
经医生培训后，为学生开展体重、
身高、视力的体检项目，
为大学生生登记。

我们为你——

邀请专业摄影师
为你拍摄记录有差体验的独特瞬间。



微信公众号



微博

touch-touch
小事见生活的大情怀
参与的小行动



PROBLEMS AND REASONS **问题及原因**

一、中小学生学习健康状况令人担忧

中小学习生是青少年中的重要群体，此阶段正处于身心生长发育的关键时期，他们的健康状况、营养水平及保健需求受到社会的广泛关注。中国目前的发展不平衡不充分，不同地区中小学习生健康情况不尽相同，健康问题主要集中在肥胖、龋齿、视力不良以及强迫、偏执等心理现象，保健需求除围绕这些方面外还有教育需求。

在关注中小学习生保健需求的同时也应关注对他们的健康教育。有研究表明，健康教育是提高个体健康素养和健康水平的有效途径 [15]。事实上，我国已经于 2011 年发布《中小学习生健康教育规范》[16]，确立“提高中小学习生健康素养”为教育目标，并给出“评价建议”，但目前为止尚未建立相应的评价体系和工具。只有上层重视起来才可能会在国家层面上有所作为。美国于 1995 年颁布《国家健康教育标准》，并在 2005 年对其进行修改细化，明确提出以培养中小学习生健康素养为教育宗旨，并给出不同学段教育目标，还形成了评估健康教育效果的标准体系和工具 [17]。WHO 于 2004 年提出“以健康技能为基础”的学校健康教育课程指南，用于测评中小学习生健康素养状况。由此可见，国际上对于健康教育非常重视，中国也应将其纳入中小学习生健康需求必不可少的一部分。

总体来看，中国中小学习生存在很多健康问题，健康状况不容乐观，需要有效的解决途径和解决方法。无论是生理还是心理，中小学习生发生的健康问题大多集中在学校层面，需要在校解决健康问题，如修建校医室，完善相关规章制度，开展有针对性的预防和教育措施等。实施干预时应能够首先解决主要问题，针对现阶段中小学习生存在的主要健康问题，逐一设置相应对策，参考和借鉴国外相关经验，满足中小学习生保健需求。

二、中小学医疗保健服务机构功能不清晰，多数不符合国家标准

现有的国家标准中，由于大部分均未对中小学医疗保健服务机构的建设和人员配备提出具体要求，对于功能的定位不清晰甚至没有，导致全国各个中小学的做法不一，大多数的功能不能一一对应国家标准。

1. 国家规定功能定位

目前，国家层面对于中小学医疗保健机构功能的规定相关文件分别有1990年、1995年、2008年出版的三个文件。

1.1 1990年由国家教委发布的《学校卫生工作条例》中规定“学校卫生工作的主要任务是：监测学生健康状况；对学生进行健康教育，培养学生良好的卫生习惯；改善学校卫生环境和教学卫生条件；加强对传染病、学生常见病的预防和治疗。”

1.2 1995年同样由国家教委发布的《中小学卫生保健机构工作规程》中对中小学医疗保健机构的工作任务规定为：

1) 协助教育行政部门规划、部署学校卫生工作。协助学校全面贯彻教育方针，实施学校卫生工作。

2) 调查研究本地区中小學生体质健康状况。

i. 负责学生的健康体检，做好本地区学生的体质健康监测工作。

ii. 建立健全学生健康档案，做好资料统计分析和积累工作，为教育行政部门制定有关政策提供科学依据。

iii. 根据学生健康状况和发育水平，提高干预措施，指导学校卫生保健工作。

3) 开展和指导中小學生常见疾病及其他疾病的防治工作。

i. 开展对近视眼、龋齿、沙眼等学校常见疾病的群体预防和矫治工作。

ii. 按照国家有关规定认真做好传染病、地方病的防治工作。

iii. 对在体检中发现有器质性疾病的学生要及时做好转诊工作；对因病不能坚持正常学习的学生要及时向学校提出处理意见。

4) 帮助学校开展健康教育和咨询，普及卫生保健知识，提高学生的卫生素养和自我保健能力。

5) 协助所在地区教育行政部门制定本辖区中小学卫生技术人员的培训计划，负责对本辖区内的中小学卫生技术人员和健康教育课教师进行培训和业务指导。

6) 指导学校开展各项卫生工作，协助卫生行政部门对学校教学卫生、体育卫生、环境卫生、劳动卫生、饮食卫生等实施卫生监督。

7) 开展辖区内学生卫生保健服务。

1.3 2008年由国务院牵头，国家教育部、卫生部、财政部联合发布了《国家学校体育卫生条件试行基本标准》，其中关于中小学医疗保健机构有一定的职能定位：

1) 卫生室是指取得《医疗机构执业许可证》的学校卫生机构，承担学校预防保健、健康教育、常见病和传染病预防与控制、学校卫生日常检查并为师生提供必要的医疗服务。

2) 保健室是指未取得《医疗机构执业许可证》的学校卫生机构，在卫生专业人员指导下开展学校预防保健、健康教育、常见病和传染病预防与控制、学校卫生日常检查。其中有一项明确要求如下：“每年对在校学生进行一次健康体检，并建立学生健康档案。地方教育行政部门和学校应选择符合相关要求的保健和医疗机构承担学生体检工作。”

《标准》中明确了需要以学校为单位进行体检、反馈，并建立健康档案，还规定“（卫生室需要）有适应学校卫生工作需要的功能分区”，虽未要求需要由卫生（保健）室承担所有工作，但也提到了需要有合适

的功能分区。这一规定给了地方及各个学校很大的弹性，也是现在中小学医务室的功能良莠不齐的原因之一。

由上可以看出三个文件均较为老旧，距今最近的文件也已经有十年之久。文件老旧带来的与现在需求不匹配的矛盾日益明显。另外，文件中对于全国各地区没有进行分类规定，没有考虑因中国地区发展不平衡带来的复杂因素，导致各个学校具体执行时难免出现无法按照标准执行或标准不足以满足需求的情况。

2. 具体学校执行措施

为了解现在具体学校真正的做法和各地中小学医疗保健机构的功能，课题组对六省校医进行了专项调研。从定量角度看，在所有被调查人员中，工作内容主要为安全知识培训及开展健康教育、健康档案管理、处理突发状况擦伤、割伤等、传染病防治、参与学生体检，占比均超过60%；其次为学习卫生及心理卫生知识的培训、日常多发病处理（感冒发烧等），占比约40%-50%；而关于药品及器械管理、学校大型活动的医疗保障、心理咨询、学生生长发育监测方面还有很大欠缺，占比在20%-30%。

根据各省数据显示，江苏省在各个方面做的都比较好，青海和山西相对差一些。此外，各省在心理咨询、学生生长发育监测、学生参加医疗保险、预防接种方面的工作需要加强。

其中，校医及保健医师对学生健康安全培训内容情况如下：

主要内容为基本急救、火灾、地震、学校灾害应急方法、艾滋病知识、食物中毒、运动伤害处理等方面内容。

各省数据分析显示，对学生开展的健康安全知识培训与被调查人员接受的培训内容呈现出一致性，且江苏省在各个方面同样优于其他省份；青海省和陕西省相对来说对学生开展的健康安全知识培训情况差一些。

三、学校基本医疗保健服务不到位、能力差、缺乏保障

各个中小学校医提供的服务及服务能力在第二点中有所描述，可以看出虽然很多学校能提供基本医疗服务，但仍不到位、能力差，且缺乏保障。

上述提到的《学校卫生工作条例》中有“教育行政部门负责学校卫生工作的行政管理。卫生行政部门负责对学校卫生工作的监督指导。”“县级以上卫生行政部门对学校卫生工作行使监督职权。”等规定，可以看出学校基本医疗保健服务处于两管两不管的尴尬境地，规制中“体卫”不分家，监管部门不对口，校医室的监管部门为教育部门。教育部门最主要的职能是对教育事业的领导与管理，而对医学专业并不擅长。相反，此时专门管理医疗机构的卫生部门却没发挥作用。这也是中小学校医室的服务缺乏保障的根本原因。

另外，中小学校医室普遍存在人员编制不够规范，队伍不稳定，人员更替频繁的问题。从业人士普遍顾虑由于校医编制不明确、工作性质等原因，其不具备卫生体系下同是医科专业背景医务人员的晋升渠道，校医缺少临床科研，就是连参加职称评定都很难。

其次，校医室的药品及医疗器械来源同样缺乏保障。在调研中我们发现，江西省瑞昌市会由政府教育部门统一采购，但很多其他地区的校医室都是自己采买，质量得不到保证。

四、校医的人事、晋升、培训等方面存在很多问题

1. 人事方面的问题

首先，人员编制是最大的问题，学校优先将编制给教师人员，因此很难争取到校医的编制。前面的定量数据显示，约有 31.6% 的校医没

有编制。在青海省的实地访谈中我们发现甚至学校以校医招聘来的人员，由于学校老师短缺，最终成为生物教师的情况。

其次，薪酬待遇也是不容忽视的问题。对于大部分学校来说，存在着考核体系与现实脱节的现象。学校医疗机构没有建立现代考核体系，而是沿袭了旧有的工资制度，实行岗位无差别的工资支付办法。作为学校的辅助部门，对其进行绩效考核存在一定的难度。目前实行的基本工资制度和单一分配方法一定程度上限制了学校校医的发展。所以现实的情况就是校医不仅没有考核工资，也没有绩效工资，每个人每月只有基本工资，不以工作量、工作效率和工作成果来设置，远远低于一般教师水平。

1.1 问题根源

国家层面，国家虽然很早就已出台了《学校卫生工作条例》，但条例中的相关条款只向学校提出要配备专职卫生技术人员的要求，而没有明确落实该专职卫生技术人员的编制问题。没有确立编制，则在学校的实际操作中，就有可能把校医归属到教辅人员编制中，而有的学校教辅人员编制原本就少，学校很有可能直接就把校医省去，把校医的编制给了其他岗位的教辅人员。由于长期以来学校校医编制不明确、工作性质等原因，校医不具备卫生体系中医科专业背景医务人员的晋升渠道，校医缺少临床科研，就是连参加职称评定都很难。

学校层面，学校作为教育教学部门，更多的是在追求高的升学率和如何创新求发展，而没有在学校卫生工作的发展上投入相应的精力和财力。而学校管理者认为学校卫生只能作为学校的后勤保障工作，并不是工作的重点。

1.2 解决对策

政府应在学生升学考核中适当增加身体健康的指标，比如，视力、

肥胖、龋齿、心理等因素，并加大学生健康这方面的经费投入，从根本上解决学校不重视校医工作的问题，从而有效激励校医更好的投入到学校卫生的工作中。缩小公私立学校校医间收入差距，增大不同工作年限间校医的津贴差距。大锅饭是惰性机制，调动不了校医积极性。管理要能上能下，动态管理。对于考核不达标或在职期间因重大过失而导致事故的，要坚决拿下。

访谈中有校长及校医提出这样的想法：校医的配置跟社区公共医疗结合起来，即每家社区医院辐射临近几个学校，社区医院的医生编制留出若干校医名额，学校统一由社区医院派驻医疗人员，按学期或年度为节点，轮岗到学校担任校医工作，以此解决校医编制问题。这样就解决了编制的问题，并且还能够让校医的编制晋升。在这种情况下，尽管学校向医疗机构购买了校医服务，但是学生的卫生工作主体责任还是在学校，不会因医院派出校医而改变。

对于校医由谁管的问题，有人提出将现有的各中小学校医编制收回各区县一级卫生机构，集中培训、考核，再根据学校情况按比例足额派送到各中小学。校医的工资待遇由区县一级财政部门根据学校和卫生部门的联合考核情况统一拨付。在山东省已经实行了政府统一招聘。

2. 晋升方面的问题

对学校医务工作者的职业教育制度不完善，未形成科学的、健全的教育培训体系，而且校医的自我学习、自我教育意识较淡薄，导致校医的综合素质提高普遍较慢，跟不上时代发展的步伐。但通过调查发现大部分校医对于个人提升和职业发展的诉求十分的强烈。而医务工作者通过专业技术职称的晋升来显示个人的职业价值和专业水平。然而，通过对中小学校医的访谈调查了解到，因为执业地点的限制他们只能晋升到中级职称，地方教育部门认为一个校医的职称到中级已经足以，没有必

要引入高级职称人才，在这种情况下即使学校同意将校医提升为副高级职称，到了县里市里也不能被批下来。在我们调研的陕西省，有一位副高级职称的中医进入学校当校医后却拿着中级职称的公职，维权几次无果，理由就是校医最高只能中级职称。这样对留住人才，发展学校卫生事业是个损失。

如果应届毕业生进入学校当校医，由于缺乏临床实践经验，无法申报医学职称，只能申请教师职称，但比医学职称的待遇要低。即便拥有医学职称的医生转做校医后，也缺少晋升的渠道，因为没有挂靠的医院。所以有些从医院出来的医生护士职称依然保留在医院，而编制却在学校，这使得他们职称晋升难上加难。

2.1 问题根源

问题的最大根源出在教育、卫生和人社等相关部门间的合作问题，没有明确校医职称、编制具体放在那里，晋升的渠道是什么。可以归结为：“校医归属教育和卫生两个部门管理，权责不清，职责不明”。现行的《学校卫生工作条例》是1990年颁布实施的，已经远远不能适应新时期学校卫生工作的需要，需要出台新的法规明确权责，于是就有校医这样说“校医工作时是全科医生、是教师、是心理咨询师、是营养师，但是评职称、论待遇的时候要沾哪一边都不容易”，“跑了这么多年，始终也没弄明白关于校医评职称的政策是怎么回事，自己到底是老师还是医生”。

其次对于职称的评定需要激励制度，激励校医愿意去晋升。目前很缺乏激励制度，激励制度要坚持自我公平、内部公平以及外部公平的三个公平原则。内部公平是指学校的一线教师的激励与校医之间是否公平合理，外部公平是指不同的学校之间的激励措施之间是否公平合理。其他学校的激励水平是一种市场水平，因此不能低于其他学校的水平，

在做好外部公平的时候首先要深入仔细的调查该行业过后再制定激励措施。自我公平是指校医将自我的绩效与激励力度形成纵向的比较，从历史的经验角度来评价自己的努力是否与绩效相适应，这也会很大程度上影响员工的积极性。

现有的中小学校医评价考核制度存在着很多不科学的因素，首先，在学校层面上，由于目前升学率几乎是衡量学校和老师的唯一标准，因此学校领导对学校卫生工作及校医工作理解程度和重视程度明显不足，这样作为学校后勤人员的校医几乎不能参与教师同等的评价考核及绩效制度，大大降低了校医的工作积极性。其次，在政府层面上，对校医的评价考核仅限于日常的监督和指导，浮于形式，只有短期考核指标而没有长远效果评价指标，这样就使应付检查和琐碎的登记记录占据校医日常工作大部分时间，而实际真正能够减少孩子未来健康影响因素的工作不能切实开展，如预防近视、控制肥胖、心理干预等。

2.2 解决对策

首先，明确校医的编制及职称晋升渠道，并且将卫生与教育部门的权责划分清楚。北京市已经有人大代表呼吁出台政策，保证校医职称晋升渠道通畅。北京市卫计委和北京市人社局等有关部门应设立学校卫生专业技术人员序列进行评定，或列入社区医生序列进行职称评定，培养和规范这一专有学校医疗服务团队。

具体而言，可以建立校医晋升的平台，有利整合资源，政府设立校医职称编制的管理部门，单独设指标考核，不再占用学校教师晋升职称编制。经过严格考核学术能力、技术水平、工作经验，给予职称上的晋升。伴随着校医个人的成长，职业生涯设计和岗位聘任结合，互动互进，从而指导校医脚踏实地、循序渐进地从低岗位不断向高岗位发展。

实施中小学校医职业生涯规划也是发展校医的重要措施，体现了短

期激励与长期激励，内激励与外激励的统一。校医职业规划中的可持续发展，就是要将整体的校医职业发展体系与个体职业规划结合起来，校医短期职业目标的实现与长期职业目标的实现结合起来。

3. 培训方面的问题

学校内部缺乏培训规划引导，缺乏在专业方向上的培训计划安排，导致很多医生专业能力迅速降低，专业技能和专业医学知识越来越落后，在工作中缺乏激情和创造性。现实情况是由于极少接触临床，缺少与其他医生的交流，大多数校医工作几年后就把专业知识忘了，连最基本的药物知识也不能掌握。

脱离临床，校医的工作依旧繁杂，他们往往会疲于应对这些日常工作，甚至有时会进行兼职教学，再加上对学校医务工作者的职业教育制度不完善，未形成科学的、健全的教育培训体系，所以校医学习机会少，业务技能不能跟上需求。

专职的校医缺少培训机会，在我们的调研中发现 2016 年校医参加培训的次数在 2-3 次，一次 0.5-2 天左右，江苏省的校医参加培训次数最多，青海省最少。在访谈中我们了解到河北省有一个医生一直想趁暑假期间到医院参加培训，但是就是没有机会。一些兼职的保健教师，根本没有接受过培训，在调研省除江苏外基本都有 10-20% 的校医未接受过培训。

综上，对于专职校医，现有培训大多不够深入，专业性不强。对于兼职校医，首先参加培训的不一定是真正从事校医工作的（因为兼职校医人员流动性大），其次是短暂培训，知识并没有掌握扎实，即使在培训后也没有信心开展相关业务，培训后也不需要反馈成果，导致培训效果不佳。

3.1 问题根源

在学校的日常管理中，由于学校领导对校医不够重视，缺乏在经费上的支持，因此针对校医的教育培训和专业能力提升机会更加稀少，这些校医很难有机会参与专业知识和专业能力培训活动，也很难拥有获取自身专业能力提升的机会，这必然导致校医知识老化，难以适应不断专业化发展的校医环境。

很多校医都是抱着自己家人在学校上学或者工作而来做校医的，所以本身对自身工作期望就不高，自身动力不强。这也就导致了校医存在“干好干坏一个样”、“吃大锅饭”、“混日子”的状况。

3.2 解决对策

经过系统化培训出来的中小学校医要将自己的学习心得和经验传授给同一部门的其它同事，共同分享学习体会。加大对校医的在职带薪培训。学校相关部门制定校医培训制度和计划，经过学校主管领导审批实施，保证校医培训制度化，在培训中贯彻终身教育理念，加大在职培训力度，建立严格的在职培训学分制度，严格考核程序和要求。同时，拓宽培训渠道和方式，充分利用内外部资源。通过理论知识积累与实践检验相结合的培训方法，专题培训和综合素质拓展培训方法，以及现场讲解与课堂模拟实践相结合的方法，采取更多更加灵活多样和丰富多彩的形式，以校医乐于接受的方式进行培训。

在培训内容上，以急救和外伤处理为最重要和最急需。因为对于疾病的处理，很多校医即使有了行医执照也不敢开药，一是学校进药成本高，且群体为学生群体，比较敏感，不愿承担风险，遇到疾病首选还是将孩子送到附近的医院。

在培训渠道上，既可以通过课堂讲解也可以通过远程计算机网络学习来进行。校医的培训制度可以采取更多样的培训形式：

- i. 与大学、医疗科研院所等科研机构合作，让大学医学教授参加

与校医项目紧密相关的研究课题；

- ii. 让学校校医参加本专业的高级学术研讨会等形式；
- iii. 参加相关专业领域的短期或长期培训；
- iv. 接受大学的各种远程函授教育等。

在职业培训方面，还要强化培训经费的投入和培训的考核，在资助培训经费方面，采取带薪进修、有偿进修、学校补助、国家补贴等办法。在培训考核方面，除了做好培训反馈，还可以采取与聘任评估相挂钩，督促校医在培训中积极学习不断提高业务水平。

总之，要加大在职培训的力度，使培训制度化。学校及业务主管部门要以终身教育理论为指导，通过制定制度的形式规定做培训，建立严格的学分制并计入日常业务培训的考核，构建具有鲜明特色的学校校医在职培训制度，将培训与聘任评估相结合。

五、设备配备不合理问题

经过 2003 年的非典和 2009 年的甲流，学校卫生工作越来越受到关注，同时校医工作也越来越规范。但是在实际情况中，并非尽如人意。参与调查每个县平均有公立中小学 88 所，私立中小学 2 所，其中设有校医室或保健室的学校有 41 所，可见没有设校医室或保健室的学校占较大比重。据现场观察，很多校医室的房间同时有其他用途，如青海省的某学校医室、德育室、心理室、留守儿童关怀在同一个房间。相关政策中对校卫生保健室设施与设备配备有明确要求，在 1990 年的学校卫生工作条例（卫生部令第 1 号）中有规定：

1. 卫生室：

（1）卫生室建筑面积应大于 40 平方米，并有适应学校卫生工作需要的功能分区。

（2）卫生室应具备以下基本设备：视力表灯箱、杠杆式体重秤、

身高坐高计、课桌椅测量尺、血压计、听诊器、体温计、急救箱、压舌板、诊察床、诊察桌、诊察凳、注射器、敷料缸、方盘、镊子、止血带、药品柜、污物桶、紫外线灯、高压灭菌锅等。

2. 保健室：

(1) 保健室建筑面积应大于 15 平方米，并有适应学校卫生工作需要的功能分区。

(2) 保健室应具备以下基本设备：视力表灯箱、杠杆式体重秤、身高坐高计、课桌椅测量尺、血压计、听诊器、体温计、急救箱、压舌板、观察床、诊察桌、诊察凳、止血带、污物桶等。

现在的校医室多为简单的一间房（15-30 平米左右）、一张病床，诊室、处置室、治疗室等共为一室。现实的情况是卫生室和保健室概念不清，有的地方没有专职医师及执照却也叫卫生室。但不管卫生室还是保健室，设备或多或少都有缺项。有些学校的设备状况甚至是严重不足。比如河北赵县一中的校医室，诊察床是用几块砖头垫起来的。

设备情况各省的差异比较大，甚至是同省不同县的差异也是十分显著。但共同存在的问题是即使有设备也没有会用的人，校医生或保健医生的专业能力还很欠缺，很多校卫生室或保健室的功能仅限于应付磕碰外伤和消毒之类的处理。而据观察，一些状况也比较令人担忧：

消毒情况：按规范应严格执行消毒灭菌管理，建立健全消毒管理制度，定期对空气、物品、器械消毒。但据观察，大多数医务室无规范的消毒制度，配有紫外消毒灯的医务室利用率也不高，设备器械没有定时消毒。

医疗垃圾处置情况：按规定对医疗垃圾分类存放、定点焚烧，而大多数医务室将垃圾丢弃于生活垃圾处，没有单独设立医疗垃圾，估计原因为医疗垃圾少，送到焚烧点较麻烦。

过期药品情况：拥有药品的医务室比较少，且都比较注意药品的保质期。

校医值班情况：学校校医经常发生上班时间外出锁门的情况，有些根本不在校医室值班。

所以有些校医室形同虚设，校医生或保健医师的专业能力还存在很大欠缺，很多设备闲置，设备闲置与短缺现象同时存在。在设备方面，提出以下建议：

增加改善学校卫生室硬件设施，尤其要改善大部分学校的校医室面积和基础设施。将完善校医室基础设施作为一项长期工作列入学校财政预算中，制定学校校医室硬件和基础设施更新制度，保证每年安排一定的预算更新校医室固定设备。现场调研发现不同省份设备来源不同，如陕西省为教育局统一配发，青海省部分校医室由关工委提供设备，这两省都存在不能覆盖到每一所学校的情况。

最后要明确卫生医疗设备如何保管，具体责任人和处罚措施，并建立卫生设备台帐，账目必须清晰、完整。对卫生设备的购置情况、使用情况、保管情况等详细登记，并以此为基础，制定定期检查制度，定期对卫生设备的使用状况进行检查。

六、经费不足

1990年，政府制定了《学校卫生工作条例》，作为指导学校卫生工作的纲领性文件。二十八年过去了，我国的经济政治和文化各个领域都发生了翻天覆地的变化，但是我国并没有出台相应的法律法规文件来规范学校卫生工作，仍然使用二十八年前的工作条例作为现在工作的指导，显然已经跟不上时代的步伐。只有在第三章《学校卫生工作管理》中第二十四条“应当将学校卫生经费纳入核定的年度教育经费预算。”对经费来源给予了说明，但条例中没有明确规定各级教育行政部门和学

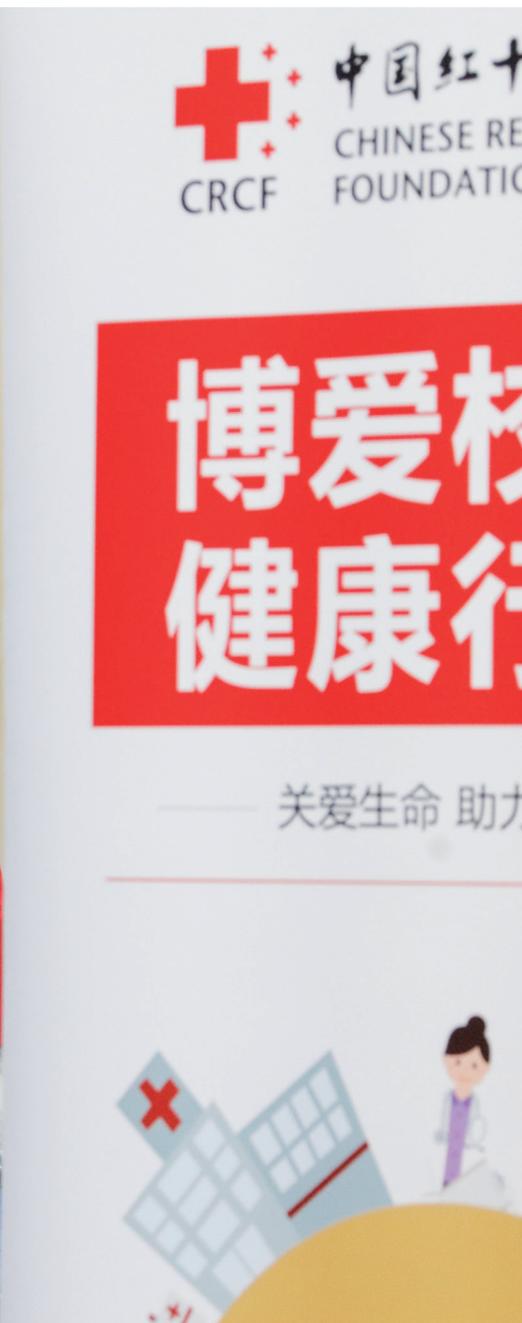
校负责多少，由谁来来牵头等，这也直接导致了由于校医室的经费来源不同使得校医室建设情况参差不齐。

学校作为教育教学部门，更多的是在追求高的升学率和创新求发展，而学校卫生只能作为学校的后勤保障工作，做好相应的卫生保障，而没有在学校卫生工作的发展上投入精力和财力。所以单纯由学校公用经费建设的校医室通常设备条件最差，无法达到基本设备要求，现在学校内也实行专款专用，完全由学校建设的医务室更是难以为继。

为了解决编制及经费的问题，各地采取了不同的措施：陕西省由地方教育局（县教育局）统一配发设备，而有些地方政策中要求学校评优中保健室是必不可少的一项，所以校方有动力寻找单独房间设立卫生室或保健室，再加上县上统一配发的设备，一个看似“规范”的校医室便建成了，但其实最关键的问题没有解决，那就是“人”的问题，解决办法大多是找兼职老师充当校医。陕西省有一例非常好的模式——地方教育局下设健康教育所，负责编制健康教育教材，开展体检并检测学生体质健康的任务，这样的模式让学生系统学习健康知识，教育部门持续掌握学生健康状况并提出解决策略。

还有一些学校由于没有经费，采取了外包服务的方式，如河北省和江西省的一些学校。校内设置诊室供学生和社会人士看病，诊所自负盈亏，此方法下的校医室设备配备最为标准。看似既满足了学生的就医需求又解决了学校的难题，但背后隐藏着巨大风险，若是出了问题学校难逃责任。

一些教育质量好的学校经费来源比较广，有些校医室是基金会投资修建的。在陕西省有学校与市红十字会合作，医务室设备投放到位，有相关教材，这样的校医室最大的问题是“人”的问题。



TYPICAL PRACTICE **典型做法**

一、机构设置

不同地方的做法不同，江苏省苏州市、陕西三原县和河北省石家庄市的做法是，在教育局下面成立一个学校健康教育研究所，机构的主要职能是开展中小学生学习健康教育相关课题的研究工作，组织体检，编制统一健康教育教材等。

二、校医室模式

被调查的中小学校在校医室建设上使用了适合学校健康服务需求的模式，根据校医室所有权、运营方式和使用情况，可以归纳为以下四种模式：

共建共享型：校医室的所有权归学校（医疗机构卫生执业许可证名称和所有者为学校），场地由学校提供，委托给具有医师执业资质的医务人员运营，为学校师生提供诊疗服务，可以对外营业。经营者自付盈亏。

外部服务型：学校不设置校医室（无场所，无人员），所有健康保健服务和诊疗服务通过外部购买服务的方式提供。

独立设置型：校医室属性、场所、运营都由学校承担，仅对学校师生提供服务。

社区依托型：社区卫生服务中心或诊所租用学校的场地，或者与学校比邻，为学校师生提供健康保健和诊疗服务

三、应急事件

调研发现，中小学最常见的卫生应急事件是癫痫发作的应急反应，建设了校医室并配备有合格的执业医生的学校，能够正确诊断并及时正确处理应急事件。

四、案例分析

江西省湖口县湖口中学医务室是由湖口中学创办的一所医疗机构，

创办时间为 2014 年 5 月 18 日，该医疗机构的历史虽短，却也有着只属于它自己的特色和故事。

该医务室位于江西省九江市湖口县湖口中学校区内，注册资金 15 万元，资金来源由学校提供，法人代表是湖口中学校长，所有制性质为集体所有制，经营模式为校办民营，占地面积 80 余平方米，分上下两层：下层是工作区，由观察室、诊室、处置室、治疗室、药房五室组成；上层是医务室工作人员生活区。医务室内现有三名工作人员，分别是医生、护士和勤杂工。工作人员均为学校聘用，用工性质为合同工。医务室对外开门两扇：一扇对校内，方便全校师生就诊；一扇对校外，方便周边居民就诊。

具有医务室 + 诊所的双重功能，作为校医务室，其一方面能在第一时间为全校师生提供及时、便利、廉价、规范的医疗、预防、保健、卫生宣教服务。

及时：由于医务室设在校园内，紧邻篮球场和足球场，如若学生在运动过程中出现意外摔伤，擦伤，一分钟之内便可赶到医务室接受治疗；距教室，学生公寓都在 100 米之内，如学生上课或休息时出现感冒发烧腹泻等病症，最多五分钟之内即可接受校医务室的治疗。

便利：因其优越的地理位置，学生发病受伤时，既不用请假到校外医治，也便于学校对学生的管理。如学生在运动过程中出现关节脱臼，骨折，流血，校医可及时赶到现场进行复位固定，止血等医学处理，避免二次伤害。

廉价：学校师生在医务室就医既不用挂号，也不用做一些可有可无的检查，又因有学校的严格监督和管理，医疗服务和药品价格都很低廉合理。

规范：为了保证校医务室工作人员的服务水平，学校从一开始的聘

用工作人员就严格把关，必须要具备或略高于卫生行政主管部门对从业人员的准入要求。对医护人员的学历资质、技术等级资质、临床工作年限都有一定的要求。

医疗：医护人员能对常见病，多发病具有丰富的诊疗经验，对传染病，流行病及时识别并按要求报告转送。

预防：贯彻“预防为主，防治结合”的卫生工作方针，按照卫生行政主管部门的要求，切实做好各种疾病的预防工作。

保健：定期或不定期对学生的身高，体重，视力等进行监测，指导学生合理饮食，合理运动，科学用眼，劳逸结合等。

卫生宣教：定期或不定期对学生进行健康宣教，指导学生养成良好的生活习惯，了解生活方式对健康的影响，早期认识疾病，防治疾病。如青春期中女学生，痛经现象时有发生，有的是一般性痛经，对于频繁出现的剧烈痛经，校医便指导她们到大医院检查，结果有不少人查出多囊卵巢综合症，通过早期治疗，避免了以后影响生育的后果。

湖中医务室采取一种共建共享的经营模式，即所谓的“校办民营”经营模式。

校办：医务室由学校申请设置，所有制形式为集体所有，法人代表为湖口中学校长，学校为医务室提供医疗场所，房屋，资金，设备，学校负责医务人员的招聘，对医务室的工作进行领导，监督，管理，使医务室的功能，医护人员的服务能力有基本的保障。

民营：由于采取民营的经营模式，业务多少好坏与医护人员的收入直接挂钩，为了创收，医护人员在做好学校师生医护工作之余，主动提高服务态度和医疗水平，吸引周边居民来医务室就诊，增加业务收入。不但省去了学校对医护人员的工资支出，还激发了医护人员的工作积极性和主观能动性。民营的优点在于“人尽其才，物尽其用，时尽其效”，

避免了管理不善的公立医院，由于缺乏激励机制，出现迟到早退，出工不出力，干好干坏一个样，干多干少没区别，服务态度恶劣等现象。

存在的问题分析：

首先，医护人员的继续教育得不到保障。由于医务室既不像大型公立医院集医疗、科研、教学于一体，医护人员可以得到定期规范的继续教育，也不像乡村医疗机构有政策资金的支持，能得到定期的医疗技能培训。除了医护人员在医疗实践中遇到困难后，主动去学习，再也没有更好的学习条件和途径，甚至连学习时间和经费都没有基本的保障。医疗技术难以得到提高。

其次，医务室的发展受到制约。大型公立医院既有国家政策资金的大力扶持，还有庞大的业务创收；乡村医疗机构也有国家相应的政策资金扶持。而校医务室目前实际处于一个既无政策扶持，又无资金支持的发展盲区，硬件设备得不到更新，房屋得不到改造，医务室缺乏发展后劲。

最后，医务人员的待遇缺乏保障。医务室人员收入处于没有基本保障的境况，业务的好坏与多少直接影响到医务室人员的生存质量，医务室人员自己得了重大疾病就面临生存危机。







POLICY SUGGESTION

政策建议

一、建立制度，规范管理

首先，从制度方面，建议从国家层面出台科学性、合理性和可行性强的中小学校医室建设标准及相关配套实施文件，确保各项工作都做到有法可依。各级地方行政部门严格落实相关政策，根据本地区经济发展水平和地方健康服务情况出台具体实施方案。将中小学卫生保健机构的建设纳入到本地重点建设项目中去，加大人力、物力、财力等方面的支持力度。

其次，从功能方面，建议各级政府出台文件，明确中小学校医室要以急救、健康教育和疾病防治为主要功能，辖区内各学校根据实际情况，制定实现各项功能任务的方法和保障措施等制度。

最后，从管理方面，协同地方健康行政部门和教育行政部门共同做好在校学生的健康服务和校医室的建设。将校医室建设纳入学校考核评价体系，作为学校评审标准之一。尤其是对于中小学校医室工作人员的管理，要体现出其特殊性，在编制、培训、薪酬、晋升和职业发展上参照医师和教师类的专业技术人员管理体系制定相匹配的管理制度。

二、基于需求，完善设备

根据校医室业务开展需求，配备合理的设施设备。具体做法是按照校医室的建设模式，健康服务提供内容，专业技术人员配备情况等指标制定设备清单。同时对已有的闲置设备进行调剂，对已有的陈旧设备及时更新。增加改善学校卫生室硬件设施，尤其要改善大部分学校的校医室面积和基础设施。将完善校医室基础设施作为一项长期工作列入学校财政预算中，制定学校校医室硬件和基础设施更新制度，保证每年安排一定的预算更新校医室固定设备，建立设施设备的使用记录和维护记录。

三、制定标准，加强培训

校医室工作人员作为学生在校健康服务的主要提供者，有其特殊的

岗位胜任力需求。建议制定校医的培训标准，加大培训经费的投入，加强在职培训的力度，保证校医室工作人员的培训制度化，以保证健康服务的专业水平。

学校相关部门制定校医培训制度和计划，建立考核程序和要求。采取带薪进修、学校补助、国家补贴等办法落实培训制度。同时，拓宽培训渠道和方式，充分利用内外部资源。通过理论知识积累与实践检验相结合的培训方法，专题培训和综合素质拓展培训方法，以及现场讲解与课堂模拟实践相结合等灵活多样和丰富多彩的形式提高校医参加培训的积极性。

在培训内容上，以急救、健康教育和疾病防治为主要内容。例如，通过情景模拟培训，让校医掌握心肺复苏、癫痫的紧急处理、不同部位骨折的固定方法等，通过远程和网路的形式传授健康保健知识，通过面授和短期进修的形式使校医掌握常见病和多发病的预防保健和治疗技术。

在培训途径上，既可以通过课堂讲解也可以通过远程计算机网络学习来进行。校医的培训可以采取更多样的培训形式，例如，与大学、医疗科研院所等科研机构合作，让大学医学教授参加与校医项目紧密相关的研究课题；让学校校医参加本专业的高级学术研讨会等形式；参加相关专业领域的短期或长期培训；接受大学的各种远程函授教育等。

四、保障经费，持续发展

利用各种社会资源，鼓励多体制、多渠道、多形式为中小學生提供健康服务，建立全社会参与中小学医疗保健服务机构建设和服务供给的机制。根据学校的规模和健康服务现状匹配合适的可持续发展的校医室建设模式。校医室建设模式主要有以下四类：

共建共享型：校医室的属性为学校（医疗机构卫生执业许可证名称

和所有者为学校)，场地由学校提供，委托给具有医师执业资质的社会人员经营，运营经费由经营者自付盈亏，为学校师生提供诊疗服务，可以对外营业。

外部服务型：学校不设置校医室（无场所，无人员），所有健康保健服务和诊疗服务通过外部购买服务的方式提供。

独立设置型：校医室属性、场所、运营都由学校承担，仅对学校师生提供服务。

社区依托型：社区卫生服务中心或诊所租用学校的场地，或者与学校比邻，为学校师生提供健康保健和诊疗服务。

最后，呼吁社会各界关注中小学生学习健康，尤其是学生在校期间健康服务的保障措施的关注，呼吁政府各部门对学校的健康保健服务机构给予足够的重视，从政策上重视中小学校医室的建设和校医室工作人员队伍建设，关注校医这一特殊群体的职业发展，逐渐建立校医的培养培训体系，完善校医的使用制度。



REFERENCE

参考文献

- [1] 邱星元, 江海棠, 钟苑芳, 等. 深圳市宝安区某街道 2011-2013 年中小学生健康状况分析 [J]. 中国初级卫生保健, 2014, 28(3):84-86.
- [2] 屈芳, 邹享玉, 张云燕, 等. 岳阳市区中小学生 2013 年健康状况调查分析 [J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2016, 13(1).
- [3] 孙永朋. 2010-2014 年蓬莱市城区中小学生健康状况调查分析及干预措施 [J]. 医疗装备, 2015(14):74-74.
- [4] 吴晓华, 陈冬梅, 李进. 2012-2014 年成都市新都区中小学生健康状况及趋势分析 [J]. 保健医学研究与实践, 2015, 12(6):20-22.
- [5] 谢正兴, 沈谦, 夏鹏, 等. 2014 年泰兴市区中小学生健康状况调查与分析 [J]. 社区医学杂志, 2016, 14(18):23-25.
- [6] 黄利安, 周素芳, 莫桂姮, 等. 梧州市 2011-2013 年中小学生健康状况分析 [J]. 医学动物防制, 2015(8):924-926.
- [7] 陈容, 张迪, 谭颖惠, 等. 沈阳市中小学生龋齿患病情况分析 [J]. 中国公共卫生, 2010, 26(1):22-23.
- [8] 王甲娜, 常颖, 付家亮, 等. 沈阳市中小学生心理健康状况与人格特征关系 [J]. 中国公共卫生, 2010, 26(11):1424-1425.
- [9] 张雅明, 曾盼盼, 俞国良. 中小学生心理健康量表的信效度检验 [J]. 中国临床心理学杂志, 2004, 12(1):6-8.
- [10] 高屹, 于新红, 张瑞凯. 北京中小学生心理健康状况调查 [J]. 北京青年政治学院学报, 2008, 17(2):35-42.
- [11] 俞国良. 中小学心理健康教育的现状与发展 [J]. 教育科学研究, 2001(7):8-

10.

[12] 孟四清. 当前我国中小学生心理健康状况调查与分析 [J]. 天津市教科院学报, 2015(5):57-61.

[13] 姜少凯, 梁进龙. 寄宿与非寄宿中小学生心理健康状况调查研究 [J]. 襄阳职业技术学院学报, 2015(2):121-125.

[14] 高屹, 张瑞凯. 北京市不同发育阶段中小学生心理健康状况分析 [J]. 中国学校卫生, 2011, 32(4):486-487.

[15] Kannas L K, Paakkari L T, Ormshaw M J. Measuring child and adolescent health literacy: a systematic review of literature[J]. Health Education, 2013, volume 113(5):433-455(23).

[16] 中华人民共和国卫生部. 中小学健康教育规范 GB /T 18206 — 2011[S]. 北京: 中国标准出版社, 2012.

[17] Mhsm E M, Nancy Hudson RN MS CHES, Ped T B D, et al. Promoting Health Literacy Through the Health Education Assessment Project[J]. Journal of School Health, 2007, 77(4):157 – 163.

100%
RECYCLED



中国红十字基金会

中国红十字基金会（简称中国红基会），全国性公募基金会，国家“5A级基金会”。我们坚守红十字运动的七项基本原则：人道、公正、中立、独立、志愿服务、统一和普遍。我们的宗旨是：弘扬人道、博爱、奉献的红十字精神，致力于改善人的生存状况和发展境况，保护人的生命与健康，促进世界和平与社会进步。

中国红基会公益项目以“红十字天使计划”为核心，由健康干预、救灾赈济、教育促进和社区支持四个部分组成，包括贫困重症（白血病、先天性心脏病、唇腭裂、再生障碍性贫血等）儿童医疗救助、乡村卫生院（站）及乡村博爱学校援建、乡村医生及乡村教师培训、灾害及贫困地区博爱家园援建、景区红十字救护站援建等子项目。

The Chinese Red Cross Foundation (CRCF) is a national public fundraising organization registered through the Ministry of Civil Affairs. CRCF is ranked as 5A, the top rank, non-profit organizations in China. We stick to the Red Cross movement of the seven basic principles: humanity, impartiality, neutrality, independence, voluntary service, unity and universality. We carry forward humanitarian, love and dedication of the Red Cross spirit, committed to improving the situation of human survival and development, protection of human life and health, and promoting world peace and social progress.

CRCF charity projects, "Red Cross Angel Program" as the core, from health interventions, disaster relief, education and community support to promote four parts composition, construction of Chinese ethics and actions of humanitarian welfare system. Include Serious Disease Relief, Aid-Constructed Village Clinics & School, Village Doctor & Teacher Trainings, Aid-Constructed Red Cross First Aid Stations & Humanitarian Homestead etc.



中国红十字基金会
地址：北京市东城区东单北大街干面胡同 53 号
邮编：100010
www.crcf.org.cn

