



## 青少年近视“医教协同”治理模式研究 Study on the“Medical and Education Coordination” Mode of Adolescent Myopia

钟丽萍<sup>1</sup>,金育强<sup>2\*</sup>,范成文<sup>1</sup>,艾玲<sup>1</sup>

ZHONG Liping<sup>1</sup>, JIN Yuqiang<sup>2\*</sup>, FAN Chengwen<sup>1</sup>, AI Ling<sup>1</sup>

**摘要:**基于协同治理与整体治理的理论基础,构建了我国青少年近视“医教协同”基层治理模式。该模式提出了学校与医院在政府的引导和推动下协同实施国家青少年近视政策的框架体系。这一体系中学校和医院是“医教协同”治理模式的两个重要参与主体,且学校是主要的责任承担者。同时,为了保证“医教协同”执行的效果,这一协同体系接受政府与社会的监督和评价。在分析确定这一模式各参与主体原因的基础上,明确了参与主体的具体责任,并探讨了“医教协同”治理模式的纵向与横向协同机制。最后,提出了“医教协同”治理模式的保障机制:完善领导体制,为“医教协同”提供组织保障;加强政策引导,为“医教协同”提供政策保障;协调各方资源,为“医教协同”提供人、财、物与技术保障;创新治理机制,为“医教协同”提供途径与方法保障;完善评价机制,为“医教协同”提供考核制度保障。

**关键词:**青少年近视;医教协同;协同治理;体教融合

**Abstract:** Based on the theory of Collaborative Governance and Overall Prevention, the grassroots governance model of “medical and education coordination” for juvenile myopia in China is constructed. This model puts forward the framework system for schools and hospitals to implement the national juvenile myopia policy under the guidance and promotion of the government. Schools and hospitals are two important participants in the governance mode of “medical and education coordination”, and schools are the main responsibility bearers. At the same time, in order to ensure the implementation effect of “medical and education coordination” mode, this collaborative system is subject to the supervision and evaluation of the government and society. The reasons for determining the participants, the specific responsibilities of the participants and the vertical and horizontal cooperation mechanism of the governance mode are analyzed. Finally, the guarantee mechanism of this mode is proposed: Improve the leadership system to provide organizational guarantee for “medical and education coordination”; strengthen policy guidance to provide policy guarantee for “medical and education coordination”; coordinate resources of all parties to provide human, financial, material and technical support for “medical and education coordination”; innovate governance mechanism to provide way and method guarantee for “medical and education coordination”; the evaluation mechanism should be improved to provide effective supervision for the “medical and education coordination” mode.

**Keywords:** adolescent myopia; medical and education coordination; collaborative governance; integration of sports and education

**中图分类号:**G804.5 **文献标识码:**A

### 第一作者简介:

钟丽萍(1973-),女,副教授,在读博士研究生,主要研究方向为体育管理,E-mail:909016826@qq.com。

### \*通信作者简介:

金育强(1956-),男,教授,博士,主要研究方向为体育管理与评价,E-mail:jyq1834@163.com。

### 作者单位:

1. 湖南工业大学,湖南 株洲 412008;
1. 湖南师范大学,湖南 长沙 410081
1. Hunan University of Technology and Science, Zhuzhou 412008, China;
2. Hunan Normal University, Changsha 410081, China.

近30年来,我国青少年近视发病率呈现逐年上升的高发态势,已经成为世界上青少年近视患病率很高的国家之一。近视患病率持续增长、近视率居高不下、近视低龄化、高度近视高发等视力缺陷问题严重影响青少年健康,已成为“危及当代人口素质、影响我国社会经济乃至国防安全的重大公共卫生问题”。2018年,习近平总书记作出重要指示,指出“近视是一个关系国家和民族未来的大问题,必须高度重视,不能任其发展”,强调要“共同呵护好孩子的眼睛,让他们拥有一个光明的未来”。同年5月,孙春兰副总理在国务院防治重大疾病工作部际联席会议上指出,“要建立青少年

近视的干预体系,推进医教协同,突出学校主体责任……坚决遏制青少年视力不良势头”。同时,2020年4月27日,中央全面深化改革委员会第十三次会议审议通过《关于深化体教融合 促进青少年健康发展的意见》,国家要求学校在“健康第一”理念的引领下,不断推动“体教融合”协调发展,加强学校体育工作,帮助学生在体育锻炼中“享受乐趣、增强体质、增进健康”,让体育锻炼成为近视防控的重要手段。2018年8月,教育部、国家卫生健康委员会、国家体育总局等八部门出台《综合防控儿童青少年近视实施方案》(以下简称《实施方案》),提出了我国青少年近视的整体防控目标及实施方案。可见,青少年近视问题已经引起了国家及政府部门的高度重视。然而,如何在国家整体青少年近视治理的框架体系下落实与执行《实施方案》是一个需要深入研究和探讨的问题。本研究基于协同治理与整体性治理理论探讨我国青少年近视的“医教协同”治理模式。

## 1 我国青少年近视“医教协同”治理的应然逻辑

### 1.1 医学防治技术突飞猛进,但无法遏制青少年近视的持续增长势头

目前医学界预防与控制近视的方法比较多,如眼功能训练、滴眼液治疗、佩戴光学镜片和手术治疗等。在矫治近视的进展中,角膜塑形镜和硬性透气性隐形眼镜(rigid gas permeable, RGP)通过改变周边屈光度数抑制近视的作用已被证实。手术治疗方面,准分子激光原位角膜磨镶术(laser-assisted in situ keratomileus LASIK)是目前临床上应用广泛的屈光手术,也是近年来发展较快、效果明显的医学高新技术之一,并且日趋完善,许多近视患者通过LASIK手术治疗改善了视力状况。然而,医学防治技术的进步并没能遏制我国青少年近视的增长势头,近视患病率持续增长、近视率居高不下、近视低龄化、高度近视高发等视力问题,依然是当前严重威胁我国青少年体质的首要问题。

### 1.2 医学防治之外青少年近视的多方位干预得到了学界的认可

学界对于青少年近视的协同治理的理论研究并不多。目前对于青少年近视的研究多集中在不同时期、不同年龄段、不同地区青少年近视现状的研究(杜丹丹等,2017;顾昉等,2018;刘建琼等,2011;谌丁艳等,2015;杨漾等,2012)。关于青少年近视的防治策略,有学者提出在医学防治之外要辅以其他治疗方法。如徐志元(2016)提出,改善用眼环境、增加户外活动、进行用眼健康教育干预;张欣(2018)提出了社会干预、学校干预、家庭干预、学生自身干预等多方干预的措施;谌丁艳等(2015)提出,学校和家庭应密切配合,加强学生视力保护,切实改善学生视力状况;吕美霞等(2011)对武汉市小学生近视干预的研究证明,综合干预效果最好,应将防治近视的年龄段

重点前移至有近视表象的儿童青少年,进行综合干预。以上研究表明,医学防治之外青少年近视的多方位干预得到了学界的认可。

### 1.3 近年来我国青少年近视治理的实践探索直指多元主体的协同治理

2008年,教育部印发实施《中小学学生近视眼防控工作方案》。2009年,武汉市被教育部确立为全国青少年近视防控试点实验区,并形成了“政府主导、部门配合、专家指导、项目运作”四位一体的管理体制,对青少年近视齐抓共管,在青少年近视的综合防控方面取得了较好的效果。这种管理模式初步体现了青少年近视协同治理的理念。近年来,国家层面防治近视政策的颁布及实施也充分体现了多部门协同治理青少年近视的理念。2016年,《关于加强儿童青少年近视防控工作的指导意见》提出协同推进儿童青少年近视防控工作的要求。2018年,教育部等八部门颁布的《实施方案》,提出了青少年近视的整体防控目标及实施方案,明确了家庭、学校、医疗卫生机构、学生、政府相关部门的责任与应采取的防控措施。综合防控体系的构建及实施也说明青少年近视协同治理的理念已被政府部门采纳。

### 1.4 青少年近视防治的顶层设计推进“医教协同”模式的发展

从国家层面来看,目前已经建立起部门协同推进儿童青少年近视防控工作体制。八部门颁布的《实施方案》不仅明确了儿童青少年近视防控工作目标,从政府、相关部门、医疗卫生机构、学校、家长和学生等6个方面明确了近视防控责任,还进一步完善儿童青少年近视防控的政策和制度体系,为实施健康中国战略、推进健康中国建设、建设教育强国提供有力支撑。这一政策与制度体系为我国青少年近视的防控做出了顶层设计。为了深入贯彻落实《“健康中国2030”规划纲要》与《实施方案》,进一步完善青少年近视联防联控机制,在国家顶层设计的基础上,充分发挥卫生健康部门专业优势和教育部门的组织优势,构建我国青少年近视的“医教协同”模式具有重要的理论与实践意义。

## 2 我国青少年近视“医教协同”治理的理论基础

### 2.1 协同治理理论及其在青少年近视治理方面的应用

协同治理是指为了解决那些仅凭政府部门,或者仅靠单个组织无法解决的公共难题,通过政府、企业、社会团体、公众等共同参与、共同协商、取得共识,来制定和执行政策的治理模式(蔡岚,2015)。协同治理最明显的特征是以“共识”为导向来解决问题,治理的目标是在众多参与者之间达成共识。

协同治理目前存在3种类型:1)政府发起的,一个或多个政府部门一起参与正式的、以共识为导向的、商议的、旨在制定或执行公共政策或管理公共事务或资产的

治理安排(Ansell et al., 2008); 2) 一组相互依存的利益相关者,为了解决复杂的、涉及多面的公共难题而协同工作,并制定相关政策的过程或制度,强调协同治理是一个协商过程(Choi, 2011); 3) 为了实现一个公共目的,使人们有建设性地参与跨公共部门、跨不同层级政府或跨公共、私人、公民团体的公共政策的制定和管理过程和结构(Kirk et al., 2012)。

协同治理理论目前在我国广泛应用于危机治理、环境治理和安全管理领域等复杂的公共事务管理领域。同时,在政府提供公共服务领域,协同治理已经在养老、教育、公共卫生等领域经受了实践的检验,成为公共服务的有效提供模式(徐嫣等, 2016)。

在青少年近视防治方面,武汉市“3·3·3”学生近视防控管理体系是协同治理理论应用的典型案例。2009年,武汉市被教育部确立为全国青少年近视防控试点实验区。随后发布的《武汉市人民政府办公厅关于印发武汉市青少年视力低下综合防治实施方案的通知》(武政办(2009)7号),对全市青少年视力低下防治工作作出整体部署,成立了市青少年视力低下防治工作指导委员会,组建了多学科的专家委员会,设立了武汉市青少年视力低下防治中心(武汉视防),制发《学生视力健康档案》,开展青少年近视的“三级监测”“三项康复”“三方共管”,创建了“3·3·3”学生近视防控服务体系,取得了明显效果(鲁本麟等, 2010)。2018年6月,教育部再次向武汉市授牌,武汉市从“学生近视眼防控工作实验区”上升为“示范区”。这一“医院-学校-武汉视防”协同防治青少年近视的服务体系为本研究“医教协同”模式的构建提供了参考。

## 2.2 整体性治理理论及其在青少年近视治理方面的应用

整体性治理理论的核心内涵在于协调和整合,克服新公共管理理论所带来的政府机构提供公共服务的“碎片化”问题,旨在通过“逆碎片化”达到“大部门制”式的治理,重新强调加强中央政府权力以破解权力分散和过度部门化的问题,通过重塑复杂的部门、公私、职能之间的关系,达到快速高效地为公民提供无缝隙的公共产品和服务的目的(卢守权, 2015)。多年以来,我国青少年近视问题的治理也呈现出了明显的“碎片化”特征,虽然教育、医疗、卫生部门以及家庭都在努力,然而治理效果并不理想,青少年近视日趋严重,甚至成为危害青少年健康的首要问题。因此,有必要基于整体性治理的视角来重新审视并重塑其治理模式。

2016年,北京大学李玲等人研究发布的《国民视觉健康》白皮书提出了“整体视觉健康”的理念。基于整体性治理理论,《国民视觉健康》认为,我国应从“整体视觉健康”的理念出发,围绕“健康融入一切政策”的原则,从决策、规划、操作和配套落实4个层面入手,构建我国视觉健康公共政策体系。在决策层面,提出建立国民视觉健康

决策体系;在规划层面,以整体视觉健康为目标,做到预防为主、防治结合;在操作层面,将视觉健康保障与医疗卫生和医改衔接起来;在配套落实层面,通过激励机制和明确时间表,借助行政体系来推动视觉健康保障(李玲, 2016)。“整体视觉健康”理念把视觉健康纳入国家的健康体系,强调视觉健康的国家整体决策与规划,强调自上而下各相关部门的协同配合,这一理念将推动我国青少年近视协同治理的发展。

## 3 青少年近视“医教协同”治理模式的构建

### 3.1 “医教协同”治理模式的框架体系

基于协同治理与整体视觉健康理念,在国家青少年近视的整体防控体系下,在近视治理的执行层面,本文构建了我国青少年近视的“医教协同”治理模式,这一体系在政府的引导和推动下协同实施国家的青少年近视防控政策。为了保证模式执行的效果,“医教协同”体系同时接受政府与社会的监督和评价(图1)。

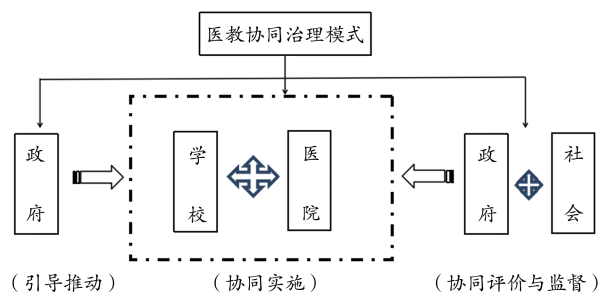


图1 “医教协同”治理模式的框架体系

Figure 1. The Framework of “Medical and Education Coordination” Mode

本文所构建的“医教协同”治理模式主要属于协同治理的第1种类型,即政府发起的多个政府部门一起参与正式的、以共识为导向的、商议的、旨在制定或执行国家青少年近视公共政策的治理安排。

从基层执行层面来构建青少年近视“医教协同”治理模式的原因在于,国家层面在2018年出台的《实施方案》已从宏观上对我国青少年近视治理做出了整体设计。目前这一方案正处于实施与执行阶段,然而地方各部门如何在国家整体设计的基础上有效落实与执行这一方案,尤其是负责基层执行的地方各部门之间如何有效协同,到目前为止可供参考的模式和案例有限,需要在具体执行过程中进行基层治理尝试和创新。因此,本文基于执行层面构建了“医教协同”治理模式。

### 3.2 “医教协同”治理模式参与主体的确定

治理主体的确定是协同治理的首要内容。本文构建的我国青少年近视“医教协同”治理模式把学校和医院作为治理青少年近视的主要参与主体,且学校作为主要责



任承担者,其他协同参与主体还包括各级政府、各级教育部门、各级卫健委、家庭及其他相关社会机构(图2)。

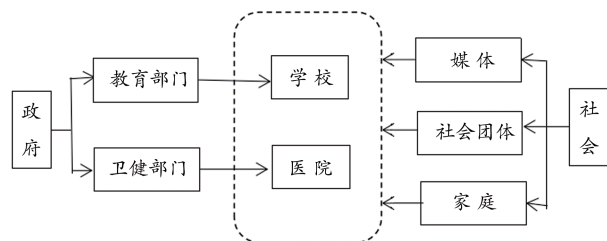


图2 “医教协同”治理模式的参与主体  
Figure 2. Participants of “Medical and Education Coordination” Mode

学校作为治理青少年近视主要责任主体的原因在于以下几个方面。1)基于我国的实际情况,学校是家庭之外我国青少年主要的活动场所,有研究认为学生在校学习与室外体育活动等因素是影响青少年近视的重要因素(罗军等,2013;谌丁艳等,2015;肖志刚等,2013)。因此,学校在组织学生文化知识的同时担负着促进学生健康的部分责任。2)学校在青少年近视防治方面具有明显的管理与学科优势。学校的教育功能决定其具有对学生健康教育的组织与管理优势;同时,学校还有通过体育活动和体育课来提升和改善学生体质的学科优势。3)学校的上层管理部门教育部近年来在青少年近视防控方面做出了很多的努力,积累了较为丰富的近视防控经验(樊泽民等,2018)。学校在教育部的组织和领导下能够尽快融入国家的青少年近视防控体系。因此,在基层执行层面,确定学校作为青少年近视治理的主体责任有助于更好落实国家的青少年近视治理政策。

医院作为次要责任主体主要是基于其在青少年近视防治中的医学技术优势。这一优势主要体现在以下两个方面:1)青少年视力状况的监测、分析与干预,通过监测了解不同年级的学生视力状况,并提出针对性的群体与个体干预措施;2)帮助近视青少年进行视力康复。针对学生近视程度,制定相应的矫正与治疗方案,实施光学、物理、药物和手术康复措施;3)由医院业务骨干组成的医疗技术团队可以整合预防医学、临床医学、康复医学和现代的管理技术协同防治青少年近视。因此,在基层执行层面,确定医院作为青少年近视治理的次要主体责任有助于解决防治过程中的技术问题。

政府作为一个较为重要的参与主体是因为国家顶层设计《实施方案》的框架体系主要是基于政府内部横向与纵向各部门之间的协同治理。目前政府已通过《实施方案》进行了青少年近视治理的引导和推动,在基层治理方面,如果没有政府的推动,参与“医教协同”的其他主体很难发挥协同作用。根据我国的实际情况,学校、医院及其上层管理部门都是政府的下属单位,有政府的主导与协

调能更好发挥“横向跨部门”协同与“纵向组织权威”协同的作用(周志忍等,2013)。

选择社会主体是因为家庭的引导和监督、媒体的宣传和监督、社会团体的关注与适度参与也是“医教协同”模式能够实施的重要保障。

### 3.3 “医教协同”治理模式的协同责任界定

从西方发达国家协同治理实践来看,治理主体边界的清晰,是协同治理实践的基本前提与基本事实。本文在确定“医教协同”模式参与主体的同时,根据学校、医院、政府部门以及上层管理部门一直以来在青少年近视防治方面的努力,结合“医教协同”的需求,对各参与主体做如下职责界定:

上层相关管理部门(政府-教育部-卫健委)负责横向协同制定青少年近视治理政策,并对政策的执行与落实进行纵向协同监管;地方管理部门(政府-教育局-卫生健康部门-视防部门)负责横向协同落实和监督政策的实施。

政府是“医教协同”模式的引导与推动者,主要负责成立青少年近视工作委员会,组建青少年近视防治专家委员会,并设立青少年近视防治中心;组织教育局、卫健部门协同出台地方青少年近视的政策与制度,协同商讨预防青少年近视的项目与活动,从政策与评价上督促3个管理部门务必引导学校和医院去切实开展“医教协同”模式。

学校是“医教协同”模式的主要责任承担者,主要承担以下责任:组织学生开展健康教育,对学生进行科学用眼、预防近视的知识与技能的教育,组织爱眼、护眼知识竞赛活动;减轻学生学业负担,教室营造良好的用眼环境,监督学生使用手机等其他电子产品;组织好体育课堂教学,培养学生的体育兴趣;组织大课间广播操以及课外体育活动,引导学生参加阳光体育活动;坚持眼保健操等护眼措施,定期组织学生开展视力监测,协助医院建立学生视力档案。

医院是“医教协同”模式的次要责任承担者,主要承担如下责任:配合学校做好学生的用眼护眼健康教育,承担宣传与教育责任;配合学校做好视力监测,建立学生视力档案工作;配合体育教师与学校为已经近视的青少年开具行之有效的“运动处方”;为近视青少年提供“医疗处方”,提供近视矫正措施、手术治疗或者验光配镜。

其他参与主体承担辅助责任:家庭负责配合学校和医院,做好电子产品使用的监督、良好用眼习惯的培养、户外活动的引导与陪伴等责任,充分发挥父母对于孩子的监督与培养作用;媒体作为大众宣传的主要阵地,负责通过电视、网络、社交媒体等渠道进行青少年近视的宣传报道,通过宣传引起全社会的重视,还负责对学校和政府及其主管部门的工作进行宣传报道和监督的责任。为了加强和发挥社会评价的功能,家庭和媒体在“医教协同”

模式中,还可以对学校与医院的具体工作进行评价,以此来督促“医教协同”模式的有效运行。

#### 4 青少年近视“医教协同”治理模式的协同机制

诚如上文对我国青少年近视协同治理应然逻辑的分析,协同治理的关键在于如何协同的问题。因此,必须在明晰职责的基础上,明确“医教协同”治理模式的协同问题及其责任,并针对这些协同问题思考解决问题的路径。有学者提出了我国跨部门协同的两种基本模式,建立在等级制基础上的纵向协同模式,以部际联席会议为代表的横向协同模式(周志忍等,2013)。这一分类方法为本文协同机制的构建提供了可以参考的分析框架,本文基于青少年近视治理的实际情况,构建了纵向与横向的治理协同机制。

##### 4.1 “医教协同”治理模式的纵向协同机制

基于图2所确定的我国青少年近视“医教协同”治理的参与主体,参照我国青少年近视管理的基本行政结构,存在以下3条纵向的协同体系:国务院-省政府-各级地方政府,教育部-教育局-学校,卫健委-卫健局-医院。治理的纵向协同是指3个近视治理的相关部门在纵向协同上采用传统的行政机制督促下属各单位执行上级主管部门的行政任务。上级主管部门主要是在国家青少年近视实施方案的基础上,明确自身职责,出台相关文件与政策,并要求下属部门切实执行。具体的行政机制包括行政命令、行政指导、行政监督和行政考核评价4种主要方式。

鉴于本文所构建的“医教协同”治理模式是在政府的主导与推动下的执行模式,因此必须首先明确政府层面的纵向协同机制是如何运行的。国务院的首要任务是成立青少年近视部际联席会议,出台国家层面的青少年近视治理方案,然后督促省级政府部门执行这一方案,市县级地方政府在省级政府的指导与督促下负责具体的落实与执行。上级政府对于下级政府主要通过行政机制执行国务院出台的近视治理方案。

“医教协同”治理模式是以学校为主要的责任主体,因此,3个方面的纵向协同,主要以教育部门的纵向协同为主。教育部门的纵向协同方式如下:1)教育部作为教育部门的最高组织结构,负责进一步明确各级学校在青少年近视治理中所承担的主要责任,出台相关政策督促中小学生学业减负、学校改善学生用眼环境,进一步促进中小学体育课堂教学工作的开展和落实,督促中小学生阳光体育运动的开展;2)省级、市级教育局在教育部的领导下,负责组织好下属各单位执行教育部的上述政策;3)各级各类中小学作为基层执行单位,主要负责按照教育部、省、市级教育局的政策与文件的要求,组织具体的防治青少年近视的活动。

卫健委部门的纵向协同主要是指各级卫健委在国家卫健委的指导与督促下,协同发挥卫生健康部门的技术资源优势来为我国青少年近视治理服务。纵向协同机制如下:国家卫健委在国务院的领导下,贯彻落实国家关于青少年近视的方政策和决策部署,督促并监督省级卫健委配合省政府与教育部门贯彻落实国家的青少年近视综合防治方案,出台各省的青少年近视治理方案;市级卫健委在上级卫健委及市政府的组织与领导下,负责督促各级医院配合教育部门及学校的协同防治青少年近视工作。

##### 4.2 “医教协同”治理模式的横向协同机制

横向协同机制主要讨论学校与医院如何协同以及这两个机构的上级主管部门如何横向协同才能保证《实施方案》的顺利实施的问题。我国青少年近视协同治理的横向协同主要包括以下3个层面:

在国家层面,建立青少年近视部际联席会议的协同组织。通过部际联席会议召集教育部、国家卫健委、国家体育总局等与青少年近视防治相关的部级代表,一起商议综合防控青少年近视的政策与措施,并以政府的名义组织政策的实施;强调政府组织的原因在于:横向协同的各个部门均属于政府的下属机构,在政府的统一领导与组织下,下属各单位协同的效率会更高一些。

在省市级层面,需要在各级政府组织下成立青少年近视工作委员会,主要成员由教育部门、卫健部门、体育部门以及学校与医院的相关部门的主管领导构成。青少年近视工作委员会的主要职责在于协商如何落实《实施方案》,尤其是学校与医院如何协同执行。机构的具体职责在于:确定青少年近视工作委员会的协商机制与议事程序;针对地方实际组织青少年近视调研,并出台相关政策措施;为“医教协同”遇到的具体问题做好横向与纵向协同的沟通与协调工作。同时由于青少年近视防治工作的技术性比较强,还可以参照武汉市的做法整合全市的人力物力财力资源成立视防中心,这一机构在政府青少年近视工作委员会的领导下,组建多学科专家委员会,为学校与医院为主体的“医教协同”体系提供健康教育、监测预警、综合干预、动态管理等技术与服务。

在省市级层面,还需要建立起“政府+社会”的横向协同监督与评价体系。如图1所示,政府评价方面,负责对下属各级“医教协同”的组织与保障部门,如教育主管部门、卫健部门、体育部门及其他相关单位,进行防治青少年近视工作组织与配合情况的监督和考核,同时对于执行机构各级学校以及医院的工作实效进行考核评价,以此督促这些部门群策群力落实国家政策。社会评价方面,可由基层卫健管理部门负责管理,具体事务交给高校青少年近视研究的学术专家,组织家长、媒体、事关青少年健康的社会团体、开展青少年近视研究的专家学者等



通过调查问卷的形式进行,在问卷调查的基础上形成最终的评价结果,提供给政府部门作为社会评价的参考。

在基层执行层面,以学校为主要责任主体,负责青少年近视的综合防治,医院负责配合学校的相关行动。学校与医院在基层政府的推动与监督下,落实国家的近视防治《实施方案》。双方的协同内容包括:1)普及与宣传青少年用眼健康知识,培养学生用眼健康的意识,养成眼健康的学习习惯。学校负责组织,医院负责宣讲用眼健康、近视预防等方面的知识。2)建立学生视力档案,每学期为学生进行视力检测。学校负责组织和管理学生的视力档案,医院负责检测视力工作。3)体医结合,为轻、中度的近视学生开具运动处方。在医生与体育老师的帮助下,为视力检测中不同程度近视的同学开具运动处方,体育老师负责根据医生的建议指导近视学生的体育活动。

## 5 青少年近视“医教协同”治理模式的保障机制

### 5.1 完善领导体制,为“医教协同”提供组织保障

鉴于儿童青少年近视问题产生因素的复杂性,有必要强化顶层设计,建立起在政府推动下的有助于促进我国青少年近视“医教协同”治理的领导与管理体系。整体视觉理念也提出,以整体视觉健康为目标,借助行政体系从决策、规划、操作和配套落实层面入手来推动视觉健康保障。基于整体性治理理论,本文所构建的“医教协同”模式纵向上构建从各级政府、各级教育部门、各级卫健委的3条协同体系;横向上通过国家层面成立青少年近视部际联席会议共同商讨并出台国家层面的青少年近视防治的政策与制度,地方层面政府通过成立青少年近视工作委员会来领导与管理青少年近视治理工作。通过横向与纵向领导与管理体的建立,从整体上推动我国青少年近视“医教协同”模式的发展。

### 5.2 加强政策引导,为“医教协同”提供政策保障

在构建从国家到地方层面青少年近视管理体制的基础上,还需要出台治理青少年近视的政策与制度,以此指导并推进我国青少年近视“医教协同”工作的落实。“医教协同”模式中多元治理主体合法地位的确立、职责分工的明确、医教及其他主体的协同行动等,均需要从国家到地方层面的政策与制度来予以保障与督促。以八部门出台《实施方案》为例,方案不仅提出了我国青少年近视治理的具体目标,还明确了家庭、学校、医疗机构、学生及有关各部门的具体职责,尤其是强调了要将儿童青少年近视防控纳入政府绩效考核,将儿童青少年身心健康、课业负担等纳入国家义务教育质量监测评估体系,对防近工作不力的地方政府和学校予以问责。青少年近视治理目标的提出为我国青少年近视工作指明了努力的方向,职责的明确让多元主体在各司其职的同时兼顾协同,防近考核与评价机制的出台调动了各级政府与相关部门协同履行防近职责的积极性。因此,本文所构建的基于基层执行

主体的“医教协同”模式也需要各级政府尤其是地方政府出台青少年近视方面的文件与政策来予以保障。

### 5.3 协调各方资源,为“医教协同”提供人、财、物与技术保障

在青少年近视“医教协同”治理的人力保障上,依据本研究构建的多元参与主体,需要组建行政人员、科研指导人员与专业技术人员3个方面的人力资源队伍。以河北省石家庄市的近视防控工作为例,行政人员工作队伍方面,由市、县两级教育行政部门设专人专岗;在科研指导人员方面,聘请眼科专家顾问,为视力健康干预工程提供科研保障和技术指导;在专业技术人员方面,依托河北省眼科学会的眼科医生对青少年提供近视科普服务,开展青少年近视监测、数据筛查与分析、治疗与康复工作(董鲁皖龙等,2018)。武汉市通过全方位的培训,建立了一支由中小学分管校长、保健老师(健康教育辅导员)、班主任、学生视保员组成的“视防大军”,形成群防群控、联防联控的大健康体系(郭丽霞等,2018)。在财力保障方面,建立青少年近视治理的专项基金,对提供医疗专业服务的医院和医生给予适当补贴,为学校提供一定的资金补助,同时还可以利用专项基金建立青少年视力基地,为学生提供专业的近视科普教育,开展视力筛查,进行近视治疗与康复,提高青少年近视的防控效果。在物质资源方面,为青少年近视基地或者视防中心的建立提供场所及配套设施,为学校进行教室和黑板照明的标准化改造,为学生提供可调节高度的课桌椅等都是对青少年近视治理的支持。在技术支持方面,由于我国青少年学生人数众多,为了提高视力监测、筛查、视力档案建立等工作的效率,在医学技术之外青少年近视治理还迫切需要智能化的防近设备。这方面可参考武汉视防中心的数字化智能云视力监测系统,这一近视风险监测系统实现了检测全程无纸化记录、数据传输和自动分析,大大提高了筛查工作效率,减少了后续信息、数据录入和汇总分析的工作强度(邹永宁,2019)。

### 5.4 创新治理机制,为“医教协同”提供途径与方法保障

在治理机制方面,首先,应摒弃以前单打独斗、各自为政的治理模式,强化青少年近视协同治理的意识,构建青少年近视的纵向与横向协同防治体系,多方联动协同治理青少年近视。以武汉市为例,2005年起,武汉坚持政府统筹,教育、卫生等多部门联动,创新机制成立非营利性专业技术服务机构——武汉视防中心,创建了武汉市“3·3·3”学生近视防控管理服务体系,在全国率先探索青少年近视防控有效路径(郭丽霞等,2018)。其次,应创新治理方法,采用多种途径落实“医教协同”。以山东省济南市高新区伯乐实验学校的防近工作为例,该校将防近活动落实到教学与管理过程中,组织多样化的防近活动。活动方面,开展“近视防控主题周”与“阳光大课间”,针对不同年级学生设计“毛毛虫”爬行、“袋鼠跳”“旋风跑”等

游戏;管理方面,落实教职员工作责任制、规范科学作息制度、健全眼保健操制度、禁止携带手机等电子产品进校园;学业减负方面,科学研究课程设计和教学、小学三年级以上布置的音体美作业和书面作业各占一半、禁留重复性作业和超出教学范围的作业等举措,让学生眼睛有了更多休息时间(刑婷,2019)。在监测技术创新方面,武汉市通过对眼屈光生物要素(角膜厚度、前房深度、晶体厚度、眼轴长度、角膜曲率等)进行检测,客观地反映眼发育本质,并针对监测结果进行分析、评估,对学生会不会发生近视、何时发生近视以及近视增长速度、并发症发生概率等做出科学判断,显著提高了评估预警效率及精准度(邹永宁,2019)。

### 5.5 完善评价机制,为“医教协同”提供考核制度保障

八部门出台《实施方案》中明确提出,要将儿童青少年近视防控纳入政府绩效考核,将儿童青少年身心健康、课业负担等纳入国家义务教育质量监测评估体系,对防近工作不力的地方政府和学校予以问责。国家层面评价与考核政策的出台为青少年近视的基层治理提供了标准。2018年以来的防近实践中,许多省市都按照这一政策的要求制定了评价办法。如山东省将儿童青少年近视防控工作纳入基本公共卫生服务的综合考核指标,对未实现年度学生防控近视工作目标或排在后位的市县,授权省教育厅、卫健委进行通报、约谈;对儿童青少年近视发生率连续3年不降低的市县级政府和学校依法依规予以问责。在考核评价的方式上,除了政府内部对于学校、医院的考核与评价,本研究还提出了政府与社会协同评价的方式,让社会大众也参与到防近工作中,充分发挥家庭、媒体对于“医教协同”责任落实的舆论监管作用,建立政府之外的社会评价方式。具体社会评价的方法可以通过专家学者课题调研的方式进行,通过对家长、学生、学校与医院管理的实地调研及问卷调查反馈“医教协同”责任的落实,发挥社会监督的作用。

## 6 结语

青少年近视已成为危害我国青少年身心健康的首要问题。近年来,学界对于我国青少年近视多方干预的认可、我国青少年近视的实践探索以及国家层面防治青少年近视的顶层设计均指向多元主体的协同治理。本文基于协同治理与整体视觉理念,在国家青少年近视治理的政策框架下,构建了青少年近视的“医教协同”基层治理模式,分析了这一模式的横向与纵向协同机制,并提出了模式运行的保障机制。

### 参考文献:

蔡岚,2015.协同治理:复杂公共问题的解决之道[J].暨南学报(哲学社会科学版),37(2):110-118.

- 董鲁皖龙,李小伟,2018.着“眼”健康 擦亮“心灵之窗”:教育系统开展青少年近视防控工作综述[N].中国教育报,2018-06-05(03).
- 杜丹丹,许文龙,徐婷,等,2017.武汉市92所视力健康管理的中小学校学生视力低下状况动态监测[J].华中科技大学学报(医学版), (4):480-483.
- 樊泽民,刘立京,2018.全面加强我国儿童青少年近视防控和视力健康管理[J].中国学校卫生,39(8):1121-1123,1131.
- 樊泽民,刘立京,王海涛,2018.扎实推进全国儿童青少年近视防控工作[J].中国学校卫生,39(11):1605-1608,1612
- 顾昉,展元元,章荣华,等,2018.2017年浙江省中小学生学习视力低下监测分析[J].疾病监测,33(9):782-786.
- 郭丽霞,刘嘉,杨枫,2018.武汉近视眼防控经验或入教育部方案[N].长江日报,2018-08-30(11).
- 李玲,2016.国民视觉健康报告[M].北京:北京大学出版社.
- 李小伟.教育部发文遴选全国儿童青少年近视防控专家宣讲团成员[EB/OL]. [http://www.sohu.com/a/318051606\\_656626](http://www.sohu.com/a/318051606_656626).
- 刘建琼,杜玉开,杨莉华,等,2011.武汉市中小学生学习视力状况分析[J].中国学校卫生,32(1):73-74.
- 鲁本麟,杨莉华,孙仁彪,等,2010.武汉“3·3·3”学生近视防控管理服务体系的创建与实施[J].中华疾病控制杂志,14(9):896-898.
- 卢守权,2015.中国政府迈向整体性治理的方略[J].湖南农业大学学报(社会科学版), (3):81-86.
- 罗军,陈树褪,朱晓霞,2013.杭州市2010年中小学生学习视力不良状况调查[J].中国学校卫生, 34(3):372-373.
- 吕美霞,杨莉华,鲁本麟,等,2011.武汉市中小学生学习近视综合干预效果分析[J].中国学校卫生,32,(4):459-461.
- 谌丁艳,周丽,王赞,等,2015.深圳市2009—2013学年初中及小学生学习视力状况分析[J].中国健康教育,31(5):460-463.
- 肖志刚,邓姿峰,周立军,等,2013.长沙市初中及小学生学习视力调查分析[J].国际眼科杂志, 13(3):634-635.
- 刑婷,2019.儿童青少年近视防控“山东探索”:织一张科学防控网[N].中国青年报,2019-05-31(06).
- 徐嫣,宋世明,2016.协同治理理论在中国的应用[J].天津社会科学, (2):74-78.
- 徐志元,2016.儿童青少年近视形成影响因素及防控研究进展[J].中国城乡企业卫生,(5):19-21.
- 杨漾,洪获园,彭宁宁,等,2012.上海市7~22岁学生视力状况及影响因素分析[J].中国学校卫生,33(5):590-592.
- 张欣,2018.重视儿童青少年近视环境危险因素的防控[J].中国学校卫生,39(1):6-8,12.
- 周志忍,蒋敏娟,2013.中国政府跨部门协同机制探析:一个叙事与诊断框架[J].公共行政评论,(1):91-117.
- 邹永宁,2019.多个“武汉经验”全国推广 获教育部点赞[N].湖北日报,2019-01-14(13).
- ANSELL C, ALISON G, 2008. Collaborative governance in theory and practice[J]. J Publ Adm Res Theor, 18(4):543-571.
- CHOI T, 2011. Information sharing, deliberation and collective decision-making: A computational model of collaborative governance [D]. California: University of Southern California.
- KIRK E, TINA N, STEPHEN B, 2012. An integrative framework for collaborative governance[J]. J Publ Adm Res Theor, 22(1):1-29.

(收稿日期:2019-05-22; 修订日期:2019-08-14; 编辑:马婧)