

“十五五”时期,教育公益向何处去?

“

2026年是“十五五”规划开局之年。“十五五”规划纲要明确提出,要“坚持教育优先发展,落实立德树人根本任务,深化教育综合改革,健全与人口变化相适应的教育资源配置机制,建设高质量教育体系,培养德智体美劳全面发展的社会主义建设者和接班人”。

■ 本报记者 王勇

面对新的形式、新的任务,作为教育事业的重要组成部分,教育公益力量应该如何行动?在4月18日至19日举办的第八届中国教育公益双年会上,教育公益实践者、研究者、资助方、跨界学者等围绕“破局:重焕教育公益生命力”这一主题,展开了深度对话与共创。

挑战与问题

“十五五”时期,我国发展环境面临深刻复杂变化,教育事业面临重大挑战。

首先,人口结构变化给经济发展、社会治理等提出新课题,教育事业首当其冲。近年来,我国每年出生的人口在1000万人以下,2023年为902万人,2024年为954万人,2025年792万人。

“学龄儿童的大幅下降,将导致整个学校系统的更新重组。”二十一世纪教育研究院名誉院长杨东平强调。

其次,数智技术创新,将促进生产方式深层次变革和生产力革

命性跃迁。“人工智能+”为教育事业发展带来深刻影响。“十五五”规划纲要提出,要积极探索运用数智技术提高基层医疗服务能力、促进教育公平,助力基本公共服务均等化。

“人工智能时代,数字素养不再是锦上添花的奢侈品,而是乡村儿童未来生存与发展轨迹的核心变量。”二十一世纪教育研究院执行院长黄胜利表示。

再次,心理健康问题日益受到社会广泛关注,心理健康工作面临新形势新挑战。未成年人心理健康问题检出率持续上升,焦虑、抑郁、休学低龄化现象显著。

“在教育整体的目标、业态、途径面临重大变化的当下,我们对教育公益理想和行动所秉持的价值原则和行动策略是否需要重新排序,以突出各自对问题理解的不同角度和对紧迫性的不同应对?”资深教育公益人梁晓燕强调。

应对与思考

面对新目标的紧迫挑战和现实改变的茫然滞后,作为一种相对



生机勃勃的交流现场

主动和前瞻的力量,教育公益力量应该如何更加积极主动的作为?

“面对这些新情况、新问题、新挑战,需要我们用创新的思路,新方法、新手段去回应。”杨东平强调,“我们要非常清晰地认识到,社会组织的真正功能是从从事社会创新。”

教育创新正在被越来越多的教育公益力量所重视。

从马云少年官VR博物馆课程,到直播带货中“文明必须到达的地方”的主题探索,再到联想小树苗项目《苹果百花园》乡土+AI课程

实践,公益力量的协作与创新,让甘肃省静宁县的孩子们有了田野里的未来学习中心。

北京师范大学教育基金会打造的尘明老师智能体,作为24小时在线的专业伙伴,不仅能为老师解答学科知识、课堂管理等专业问题,还能提供情感倾听与压力疏导,“既解专业感,也暖教师心”。

从精准资助单点服务到区域教育生态建设,从单个个体易感知的介入方式到一个抽象但可持续的体系构建,广东省麦田教育基金会通过战略变革,不断探索教育公

益的新形态。

上海春禾青少年发展中心与县教育局展开深度合作,从一所薄弱学校开始试点,探索全新的评价方案,发挥社会组织优势,为教育评价改革探路。

当单一机构难以带来思想观念、价值观和行为方式的转变时,跨组织协同成为公益力量的共同选择。例如,乡村儿童美育公益行动网络的建立,为乡村儿童美育公益行动者打造了成长交流与资源链接的平台,让越来越多的人认识到,美育公益不再只是增加一门学

海外精英

社区慈善诊所不一定是好主意

这家诊所开业之前,当地居民在遇到发烧、疼痛或轻微外伤等病症时,主要依靠当地的药店来解决;但随着时间的推移,居民对我们的信任日益加深,越来越多的患者开始前来就诊。然而仅仅两年后的2010年,由于资金削减,该组织被迫将诊所迁至城区另一处租金较低但交通比较不便的地段。不出几年,这家诊所彻底关闭,患者们只好重新回到药店求医。

2013年,我在该市另一家由国际资金资助的诊所里,再次经历了相同的循环——我们赢得了社区的信任,随后资助款项耗尽,诊所随之关闭,患者们回到药店。

时至今日,当年那些药店依然照常营业,里面挤满了前来求医问药的人群。

失败背后的规律

数十年来,全球卫生领域的捐赠方一直将建成诊所和接诊患者的数量作为衡量项目成效的指标。这种衡量标准所带来的后果是,整个行业呈现出一种景象——随着资助周期的终结,此前建立的医疗设施也土崩瓦解。

在孟加拉国,这一规律最典型的例证莫过于“微笑阳光诊所”(Surjer Hashi)。这是一个由当地非政府组织负责运营的固定式卫生诊所网络,经过多年的发展,它一度壮大成为全球规模最大的非政府初级卫生保健体系。

在2014至2015年的全盛时期,该网络的服务范围涵盖了孟加拉国近17%的人口,提供的服务包括妇幼保健、计划生育以及免疫接种等,在2012年至2017年间,每年提供约5000万次医疗服务。

然而,在获得了长达20余年的资助之后,该网络于2017年通过“全民健康覆盖”(Advancing Universal Health Coverage)项目,

“

2008年,我曾在孟加拉国达卡市(Darka)一个低收入社区的卫生中心担任医生。这家诊所的建立得益于一家在美国注册的国际组织的资助,资金通过当地一家非政府组织进行转拨。

转型为一家集约化的社会企业,旨在借此实现财务上的自给自足。

此次转型被视为孟加拉国历史上捐赠方最为审慎的一次项目退出行动。然而,当这家新成立的实体接手该网络旗下的369家诊所时,却赫然发现其整体成本回收率仅为38%,真正能够维持独立运营的诊所仅有134家。此外,在仅存的诊所中,若无持续的资金补贴,鲜有几家能够真正维持有效运作。

事实是,即便历经数十年的捐赠方投入与战略尽职调查,绝大多数由捐赠方援建的设施依然无法独立生存。



孟加拉国一所成功转型为协作医疗中心的社区药店

卫生领域的一股静默力量

这并非一个关于某个具体项目失败的故事,它所反映的,是一种在设计之初便会滋生依赖性的资金架构。

通常来说,全球卫生领域筹资是通过专项拨款、可审计实体、标准化操作规程以及以产出为导向的报告机制进行运作,而由捐赠方援建的诊所恰好契合这一架构。这些实体诊所可以轻易地被清点、审计并拍照留证,相比之下,实际的就医行为很难加以这样的统计。

正如《Alliance》杂志2020年“全球卫生慈善”专刊的客座编辑们所指出的那样,此类安排往往固化一种“重捐方利益、轻公共服务”的模式,从而制造出一种他们所形容的“岌岌可危且不健康的依赖性”。

与此同时,我们却遗忘了一个事实:在众多中低收入国家,有一套庞大的卫生基础设施一直在悄然发挥作用,且未曾耗费过一分一毫的慈善资金。以孟加拉国为例,这套基础设施便是由超过21.6万家持牌零售药店所构成的网络。当社区诊所撤离时,正是这些药店在坚守阵地。

这一现象与来自多个国家的实证数据相吻合。2021年的一项多国联合研究针对孟加拉国、肯尼亚、尼日利亚和巴基斯坦的非正规居住区(贫民窟)进行了调查,结果发现,当居民出现病症时,药店往往是他们寻求医疗帮助的首选之地。与此同时,发表于《卫生政策与规划》(Health Policy and Planning)期刊的一篇系统性综述也揭示了亚洲地区中低收入国家和地区存在的类似模式。尽管监管漏洞及逐利动机的影响,这些药店的服务质量参差不齐,但它们始终作为医疗服务提供者存在。

慈善对药店的回避态度

长期以来,捐赠方一直对药店避而远之,其原因亦不难理解。主要原因有:药店本质上属于商业实体,它们在许多地区不经处方就销售抗生素,而且它们往往无法契合捐赠方所依赖的既有监管框架。诚然,这些顾虑构成了实实在在的风险,但若仅仅因为这些风险便对药店的存在及其在医疗体系中的实际作用视而不见,反而无助于保护患者的利益。

无论慈善机构是否介入,药店都将继续作为民众寻求医疗帮助的首个去处而存在。问题的关键在于,药店所提供的医疗服务,是否是在接受了专业培训、遵循了临床操作规程并辅以数据监测的前提下进行的。换言之,若要对药店在医疗体系中的角色进行转型升级,所需的并非仅仅是新建几座建筑,而是必须建立起相应的服务标准与协作网络。

药店的售药人员完全可以接受培训,掌握急救、安全发放、分诊以及转诊等基本技能。为此所需的硬件改造也非常小,通常只需腾出一小块空间用于问诊检查,并配备体温计、血压计等基础医疗器械便已足矣。而在乡村地区,若有一名辅助医务人员,更能

为患者增添一层额外的安全保障与专业支持。

药房的转型优势,在于它本身就是一种潜在的连接纽带。这种纽带作用可具体体现为:建立与医生的远程医疗连接,与诊断中心开展转诊合作,以及构建一套简便的电子病历系统,伴随患者走完整个治疗过程。

此外,鉴于药店本身已通过零售业务产生营收,对其进行升级改造的成本远低于传统模式下的由捐赠方主导的诊所的建设与维系成本。在这种模式下,升级改造费用由慈善资金资助,而药店的日常运营开支则由其自身承担。

从理论到实践

这种做法绝非纸上谈兵。坦桑尼亚于2003年启动了“认证药品分发点”(ADDO)项目,通过设立9000家符合分发、储存及转诊质量要求的认证网点,有效改善了农村及城郊地区民众获取基本药物的状况。

现有证据表明,90%的认证药品分发点人员能够将严重的儿科肺炎病例妥善转诊至医疗机构。此外,抗菌药物的供应也得到了可靠保障,尽管其过度使用仍是一项亟待监管部门介入解决的挑战。

孟加拉国政府也采取了类似的举措。自2018年以来,已有超过11500名药品分发人员通过该国认证的“模范药房”与“模范药店”项目(Model Pharmacy and Model Medicine Shops)接受了“药店良好规范”(Good Pharmacy Practice)培训。这一举措旨在提升药品分发操作、储存条件、卫生状况以及患者用药咨询服务的水平。早期的评估结果显示,相关的硬件改造已取得了显著改善。

此外,在孟加拉国全境,一项名为“爱心健康”(Sneho Health)的创新项目仅用两年时间便建立了20家技术赋能型紧急护理中心。该项目采用一种由医生、诊断服

科,而是将美育的方法(如感知、体验、表达、创造等)转化为通用的学习方式。

创新意味着改变,但改变不能偏离初心。

“我们是面向儿童的,所以要看见儿童,回归生活,依据生活而教育。”杨东平强调。这一点也得到了与会各方的认可。

四川国际标榜职业学院院长刘一沛表示,要看到作为大多数的“非优势群体”——那些没有在重点中学就读的孩子。无论家庭教育还是学校教育,需要优先解决的是他们感知意义的能力。

“教育公益可以做什么?首先是赋能普通人,教好普通人。教育公益的核心是让更多人感受到幸福感和意义感,而不一定要创造很多精英。其次是推动创新教育成果的下沉,从而惠及普通学校的孩子。第三是支持更多人到现场去,实实在在地站在老师和学生的视角去判断,进而共同找出解决方案。”刘一沛强调。

不仅教育工作者要看见孩子,还要让孩子看见自己,“知识的传授容易被替代,但人生成长的每一步都无法替代。我们要引导孩子自己看见自己,培养他们的内在力量与生命底色,这才是应对未来的核心底气。”四川省凉山州美姑县千哈村小学支校长陈冠表示。

“真正的教育都是关于‘看见人、理解人、发展人’的,而教育公益理应在这三个方面保有自己的优势,同时还应该努力成为教育变革和社会变革的推动者。”Aha社会创新学院创始人顾远强调。

务、药品供应及数据管理四大部分构成的整合模式,将现有的社区药店转型升级为协调联动的医疗护理枢纽,而这些药店原本就是社区民众所信赖和依赖的场所。

卫生领域筹资的新架构

上述举措均无法取代政府所提供的初级卫生保健服务。健全的公共卫生体系依然至关重要,但我们必须承认,政府提供的服务从未完全覆盖众多偏远地区、农村及低收入社区;而药店体系的转型,则具备巨大潜力以填补这一服务可及性的鸿沟。

随着全球援助格局面临重组,且传统的资金渠道日渐缩减,2022年《柳叶刀-全球健康》初级卫生保健委员会呼吁推行一种新的筹资模式——将资源直接导向民众实际正在使用的服务提供者。与此理念相契合,慈善事业必须停止资助基础设施,转而资助连接纽带。

通过这种转变,慈善机构会发现其回报将在结构上呈现出本质差异。新建一家诊所需要投入土地、建筑、人员配置以及无休止的运营补贴;而对药店进行升级改造,只需投入培训、技术支持及转诊协作网络,且这些投入是叠加在一家本身已能实现自给自足的商业实体之上的。

在此背景下,真正的进步将源于对技术、培训项目及合作伙伴关系的投资,这些投资旨在对社区早已信赖的基础设施进行转型升级。衡量成功的标准,不应是新建设施的数量,而应是现有设施中有多少成功转型为纽带型的医疗服务节点。

基础设施早已存在,社区早已将其建立。慈善事业从业者仅仅需要认识到,这一现有体系值得他们去积极参与和投入。

(转自英国 AllianceMagazine 网站,作者伊什蒂克·扎希德,高文兴译)