

探索适应健康中国战略的公共卫生硕士培养创新途径

金玉兰¹, 韩 奇², 张秀军^{1*}

¹华北理工大学公共卫生学院, 河北 唐山

²河北省疾病预防控制中心科研培训管理处, 河北 石家庄

收稿日期: 2026年6月18日; 录用日期: 2026年7月15日; 发布日期: 2026年7月22日

摘 要

健康中国战略对公共卫生人才培养提出了“平急结合、医防融合、基层导向”的新要求, 而当前我国公共卫生硕士(MPH)培养普遍存在理论教学与实践脱节、基层岗位胜任力不足、应急响应能力薄弱等问题。本文基于能力本位教育与协同育人理论, 系统分析了我国MPH培养的现状与差距, 设计了一套适应健康中国战略的实战型MPH培养模式, 包括培养目标重构、课程体系模块化、实践教学“学-练-战-评”闭环、双导师制优化、毕业评价机制创新以及跨界融合等六大创新路径, 并提出了相应的实施保障机制。该模式强调以岗位胜任力为核心, 通过沉浸式实训、多站点轮转、项目制实战等方式, 着力培养“留得住、用得上”的高素质应用型公共卫生人才, 为深化MPH教育改革提供理论依据与实践参考。

关键词

健康中国战略, 公共卫生硕士, 实战型培养, 培养模式创新

Exploring Innovative Approaches to Master of Public Health (MPH) Training Aligned with the Healthy China Strategy

Yulan Jin¹, Qi Han², Xiujun Zhang^{1*}

¹School of Public Health, North China University of Science and Technology, Tangshan Hebei

²Division of Scientific Research, Training and Management, Hebei Provincial Center for Disease Control and Prevention, Shijiazhuang Hebei

Received: June 18, 2026; accepted: July 15, 2026; published: July 22, 2026

*通讯作者。

文章引用: 金玉兰, 韩奇, 张秀军. 探索适应健康中国战略的公共卫生硕士培养创新途径[J]. 教育进展, 2026, 16(7): 1267-1275. DOI: 10.12677/ae.2026.1671496

Abstract

The Healthy China Strategy has introduced new requirements for the training of public health professionals, emphasizing “integration of routine and emergency response”, “combination of medical care and disease prevention”, and “a primary-care orientation”. However, current Master of Public Health (MPH) programs in China commonly face challenges such as a disconnect between theoretical instruction and practical application, insufficient competency for grassroots positions, and weak emergency response capabilities. Grounded in competency-based education and collaborative training theories, this paper systematically analyzes the current state and gaps in MPH education in China. It designs a practice-oriented MPH training model tailored to the Healthy China Strategy, featuring six innovative pathways: restructuring training objectives, modularizing the curriculum system, establishing a “learn-practice-combat-evaluate” closed loop for practical training, optimizing the dual-supervisor system, innovating graduation evaluation mechanisms, and promoting cross-sector integration. Corresponding implementation safeguards are also proposed. The model emphasizes job competency as its core, and through immersive fieldwork, multi-site rotations, and project-based training, it aims to cultivate high-caliber, application-oriented public health professionals who are “retainable and competent” at the grassroots level, thereby providing theoretical rationale and practical references for deepening MPH education reform.

Keywords

Healthy China Strategy, Master of Public Health (MPH), Practice-Oriented Training, Innovation in Training Models

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

2016 年“健康中国 2030”规划纲要颁布实施,标志着健康中国上升为国家战略。该战略明确提出“以基层为重点,以改革创新为动力,预防为主,中西医并重,将健康融入所有政策,人民共建共享”的新时代卫生与健康工作方针。然而,长期以来 MPH 培养存在“重理论轻实践、重课堂轻现场、重论文轻技能”的倾向,毕业生面对突发公共卫生事件时往往不知所措,难以胜任基层疾控、社区防控、应急管理等工作岗位。因此,探索适应健康中国战略的 MPH 培养创新途径,已成为高等医学教育改革的紧迫课题。同时,全球公共卫生事件凸显实战型人才短缺问题,公共卫生岗位对复合型、应急型、实践型人才的需求激增,传统 MPH 培养在课程设置、实践环节、评价体系等方面存在局限性[1]。探索适应健康中国战略的 MPH 培养创新路径,推动公共卫生硕士教育与实践需求深度融合,提升人才岗位胜任力极具现实意义[2][3]。

2. 我国公共卫生硕士培养的现状与问题分析

2.1. 培养目标与课程体系现状

目前,我国 MPH 培养目标表述较为笼统,多为“培养掌握公共卫生理论与方法的高层次专门人才”,缺少针对健康中国战略的细化描述[4]。课程设置上,多数院校仍以传统五大卫生(流行病学、卫生统计、

劳动卫生、环境卫生、营养与食品卫生)为主,而健康政策、应急管理、社区动员、风险沟通等健康中国急需的内容占比偏低。据一项对 23 所高校 MPH 课程方案的调查,健康中国相关专题课程的平均课时仅为 12 学时,占总课时的不足 5% [1]。此外,跨学科课程(如大数据分析、卫生法学、公共管理)开设率不足 30%,难以适应“大卫生、大健康”的工作需求[2] [5]。

2.2. 实践教学与基地建设现状

尽管各高校均设置了实践教学环节,但普遍存在“三多三少”现象:校内模拟多、现场实战少;参观观摩多、动手操作少;短期见习多、系统轮转少。实习基地主要集中于省市级疾控中心,而社区卫生服务中心、卫生监督所、应急办等基层或特殊岗位基地覆盖率低。实践内容往往流于形式,学生难以真正参与应急处置、监测分析、干预设计等核心工作[6]。据部分院校反馈,约 65%的 MPH 学生在实习期间“未独立完成过一份完整的流调报告”或“未参与过一次真正的应急演练” [7]。

2.3. 师资队伍与导师制度现状

校内导师普遍拥有高学历和丰富科研经验,但缺乏一线公共卫生工作经历。调查显示,MPH 校内导师中,曾在疾控或卫生行政部门全职工作 1 年以上者不足 15% [4]。虽然多数院校实行“双导师制”,但行业导师的参与深度有限,通常只在开题或答辩时露面,日常指导责任难以落实。加之缺乏对行业导师的工作量认定和薪酬激励,导致双导师制流于形式[8]。

2.4. 评价与学位授予现状

绝大部分院校仍将学术论文作为 MPH 毕业的必要条件。然而,学术论文侧重理论创新,与公共卫生现场工作的实际产出(如暴发调查报告、监测数据分析报告、政策建议书、干预方案等)严重脱节。学生为了发表论文,往往花费大量时间在实验室或数据处理上,挤占了宝贵的实践时间。此外,MPH 教育与公共卫生医师规范化培训之间存在断裂,毕业生无法自动获得规培资格,导致职业发展路径不畅[7] [9]。

2.5. 与健康中国战略要求的主要差距

归纳以上问题,我国 MPH 培养与健康中国战略要求之间存在的核心差距可概括为四点:一是基层服务能力培养缺位,学生对县域、社区的公共卫生工作方法不熟悉、不愿去、留不住;二是突发应急响应能力薄弱,大部分学生未经受过完整的事件推演、现场处置和指挥协调训练;三是医防协同素养不足,缺乏在医疗机构开展公共卫生工作的技能(如医院感染控制、传染病监测报告、慢病随访管理等) [10];四是跨学科整合能力欠缺,难以运用大数据、法律、管理等工具解决复杂公共卫生问题[3]。

3. 适应健康中国战略的 MPH 培养创新途径设计

针对上述问题,本文设计了一套包含六项创新途径的实战型 MPH 培养模式,总体框架遵循“目标牵引-过程再造-评价倒逼-保障支撑”的逻辑。

3.1. 培养目标重构:从“学术型”到“岗位胜任型”

首先,需要依据健康中国战略和公共卫生岗位需求,明确 MPH 毕业生的核心能力画像。建议确立五大核心能力:(1) 现场流行病学调查与应急处置能力;(2) 卫生政策分析与决策建议能力;(3) 健康教育与风险沟通能力;(4) 社区健康管理与医防协同能力;(5) 跨部门协作与公共卫生项目管理能力。在此基础上,设定差异化目标:面向省级疾控和三甲医院的学生,强化监测分析、科研设计与培训能力;面向县区级及以下机构的学生,突出基层适宜技术、群众动员、基本公共卫生服务管理能力。

3.2. 课程体系创新：模块化 + 场景化

将传统学科导向的课程体系改造为“基础模块 + 核心模块 + 拓展模块 + 实战模块”的模块化结构。基础模块压缩理论课时，保留高级流行病学、生物统计、卫生事业管理学等核心知识；核心模块增设健康中国专题(包含健康社区建设、医养结合、慢病综合防控、基层卫生体系等)、突发公共卫生事件案例教学(以真实事件为脚本的复盘分析)；拓展模块引入 GIS (地理信息系统)空间分析、公共卫生大数据挖掘、卫生法学、危机公关等跨界工具[2][3]；实战模块采用工作坊形式，如“应急推演工作坊”“应急指挥沙盘”“媒体沟通模拟”等。各模块之间通过“案例主线”串联，避免知识点碎片化。

3.3. 实践教学模式创新：“学 - 练 - 战 - 评”闭环

这是本次创新设计的核心环节。构建“学(基础训练) - 练(模拟仿真) - 战(基地实战) - 评(能力认证)”的闭环流程。

学：在校内完成案例教学和基本技能训练，如流调表设计、采样操作、数据统计分析等。练：借助虚拟仿真平台和标准化现场，进行传染病暴发桌面推演、应急指挥沙盘模拟、标准化病人沟通训练等。战：安排不少于 6 个月的多站点轮转，建议按“县区疾控(4 周)→社区卫生服务中心(4 周)→应急办(2 周)→卫生监督所(2 周)→传染病医院公卫科(2 周)”的路径，每个站点均需完成规定任务(如独立完成一次应急事件接报、组织一场社区健康讲座等)[6]。同时，实施“项目制实战作业”，要求学生以团队形式承担一项真实的区域健康问题干预任务(如某街道老年人流感疫苗接种率提升方案)，最终产出可落地的干预计划并争取实施。评：建立“技能护照”，逐项考核现场流调、快速检测、防护服穿脱、应急组织等 20 余项实操技能，全部通过方可进入学位答辩环节。

3.4. 双导师制度优化：深度融合与联合考核

变“挂牌导师”为“责任导师”。制定行业导师准入标准(如具有副高以上职称、10 年以上现场工作经验、担任过应急队长等)，与疾控中心签订联合聘任协议。实行“三联”制度：联合备课(行业导师参与课程设计)、联合指导(每月至少一次线下或线上指导，记录在册)、联合答辩(行业导师作为答辩委员)。建立导师激励措施：校内教师赴疾控中心挂职锻炼计入工作量，行业导师指导费纳入学校预算，对优秀导师在职称评审中给予倾斜。每年对导师进行考核，淘汰不达标的导师。

3.5. 毕业评价机制创新

打破唯论文倾向，允许以下成果替代学术论文：(1) 被县级以上疾控中心或卫健委采纳的突发公共卫生事件调查报告；(2) 被采纳的卫生政策建议或决策咨询报告(需提供采纳证明)；(3) 标准化实战考核(如现场模拟应急处置，由三位以上行业专家评分)；(4) 在核心期刊发表的与公共卫生实践密切相关的论文，但不作为唯一选项。同时，积极推动 MPH 教育与公卫医师规培衔接，争取将 MPH 毕业生的“技能护照”直接作为规培第一阶段免修或减免时间的依据。

3.6. 跨界融合与数字赋能

顺应健康中国“将健康融入所有政策”的要求，鼓励跨学科培养。开设“公共卫生大数据分析”微专业、“卫生法律与伦理”模块、“公共卫生项目管理”课程。利用虚拟教研室平台，开展跨校远程病例讨论；建设“公共卫生应急虚拟仿真实验教学中心”，提供传染病传播模拟、资源调度等虚拟实验项目。此外，建立 MPH 毕业生追踪数据库，持续评估培养质量与岗位胜任力的关联，为培养方案动态调整提供数据支持。

3.7. 实践与学术的平衡机制：防止“重技轻理”倾向

在前述六项创新途径的设计中，一个不可避免的前提性问题是：当培养重心显著向实践倾斜时，MPH 学生的科研能力与理论素养是否会受到结构性削弱？这一担忧并非多余。专业学位与学术型学位的本质区别在于“知识运用”而非“知识生产”，但这绝不意味着专业学位可以放弃理论思维和科研训练。事实上，公共卫生实践中的任何高质量决策——无论是暴发调查中的假设检验、干预方案中的效果评估，还是政策建议中的证据合成——都依赖于扎实的研究方法论功底。为此，本研究在整体框架中嵌入了三重平衡机制，确保实践强化不以牺牲学术能力为代价。

3.7.1. 机制一：培养方向的分流设计

并非所有 MPH 学生都指向同一类岗位。基于“以终为始”的原则，建议在入学后第 1 学期末，根据学生的职业规划与能力倾向，将学生自愿分流为两个方向：

(1) 实践应用方向：面向拟赴县区疾控、社区卫生服务中心、卫生监督所、医疗机构公卫科等基层或一线岗位就业的学生。该方向侧重现场操作、社区动员、应急处置、项目管理等技能的深度训练，毕业成果可采用调查报告、干预方案、政策建议书等形式(详见 2.5 节)。

(2) 研究转化方向：面向拟赴省级及以上疾控中心、科研院所、大型医疗机构科研岗、或有意攻读博士学位的学生。该方向在保留核心实践轮转的基础上，增加高级研究方法论课程(如复杂干预设计、实施科学、系统评价与 Meta 分析、卫生经济评估等)，并要求学生在实践基地完成一项具有转化价值的研究项目(如利用现场数据完成一篇可发表的方法学论文或高质量数据分析报告)。

两个方向实行“基础模块共享、高阶模块分流”的课程架构。基础模块(占总学分 60%)确保所有学生具备共同的 MPH 核心胜任力；分流后的高阶模块(占总学分 40%)则提供差异化的能力纵深。这种设计既避免了“一刀切”的僵化，也防止了实践导向成为“低学术标准”的代名词。

3.7.2. 机制二：研究训练深度嵌入实践全过程(“研究型实践”模式)

最有效的平衡不是在课程表中增加几节“科研方法”课，而是将研究思维训练植入每一个实践环节。具体做法包括：

第一，在“学-练-战-评”闭环中设置“研究触发点”。在每个实践站点轮转结束时，学生必须提出一个源于现场的真实研究问题，并完成初步的研究设计。例如，在社区卫生服务中心轮转时，学生发现高血压患者随访失访率高达 30%，即可提出“失访影响因素分析及预测模型构建”的研究问题，并设计数据采集方案。这一问题将贯穿后续轮转，最终形成一篇以实践数据为基础的学术论文或研究报告。

第二，实施“双产出”毕业要求。每位学生必须在以下两类产出中各完成一项：(a) 实践产出——如暴发调查报告、政策建议书、干预方案等；(b) 研究产出——如同主题下的数据分析论文、方法学综述或研究设计方案。两者围绕同一实践问题展开，形成“实践提出问题→研究解决问题→实践验证方案”的闭环。这种设计既保证了实践能力的可证性，也保留了学术训练的系统性。

第三，在实践基地配备“研究导师”角色。在原有的“校内学术导师 + 行业实践导师”双导师基础上，增设一名研究方法导师(可由校内擅长研究设计的教师或疾控中心具有较高学术水平的专家兼任)，专门负责指导学生将现场观察转化为可操作的研究问题，并指导数据收集、分析、论文撰写等环节。

3.7.3. 机制三：评价体系中的学术能力保留条款

在 2.5 节毕业评价创新的基础上，进一步明确对学术能力的基本要求。具体操作是：无论学生选择何种毕业成果形式，都必须通过“研究方法论综合考核”——这是一项独立的、标准化的学术能力测试，内容包括：研究设计评价、统计方法选择与解释、因果关系推断逻辑、文献系统检索与批判性评价等。

该考核不依赖论文发表,而是通过限时案例分析或口试答辩方式进行,确保每一位 MPH 毕业生都具备基本的科学研究素养。

3.7.4. 平衡机制的逻辑自治性说明

上述三重机制的内在逻辑可概括为:分流不降格、嵌入不附加、考核不偏废。它不是简单地在实践课程之外“叠加”更多研究课程(那样只会加重学生负担而效果有限),而是将科研训练从“平行轨道”转为“嵌入式轨道”——实践提供真实问题,研究提供解决方案,两者互为因果、相互成就。

需要强调的是,这种平衡设计并非对学术型硕士培养模式的模仿或妥协,而是基于公共卫生岗位的内在知识需求。现场工作中最棘手的问题(如“如何判断公共卫生应急事件的真伪?”“如何在资源有限时选择最优干预策略?”)本质上都是研究问题。因此,强化学术能力不是对实践导向的背离,恰恰是对高层次实践能力的深度支撑。

此外,在“技能护照”中增设一项“研究素养”模块(参见附录模块五)。

4. 创新培养模式的实施保障机制

任何教育改革都必须有坚实的保障体系。本模式需从政策、组织、师资、质量四个层面建立保障。

4.1. 政策与制度保障

建议出台《关于深化公共卫生硕士专业学位培养改革的指导意见》,明确实战能力在 MPH 评价中的核心地位,允许高校自主设置替代论文的成果形式。将 MPH 培养改革纳入公共卫生体系建设的考核指标。高校层面,修订 MPH 培养方案和学位授予细则,建立学分制度,允许学生用实践成果和职业资格证书免修或免考相应课程。

4.2. 组织与资源保障

成立高校、卫健委、疾控中心、医院、社区卫生服务中心代表共同组成的“MPH 联合培养委员会”,负责统筹基地建设、师资聘任、质量监控等重大事项。建设区域共享型“公共卫生实战实训中心”,由政府投入为主,学校和企业共建,配备标准化接诊室、洗消训练区、指挥沙盘室、虚拟仿真机房等设施。争取社会资源,设立“基层公共卫生人才奖学金”,鼓励毕业生到县及以下机构就业。

4.3. 师资与激励保障

建立“双栖型”师资队伍。对校内教师,实施疾控中心现场锻炼计划,鼓励 MPH 任课教师每 3 年脱产赴疾控中心工作至少 3 个月。对行业导师,建立动态管理库,按照指导时长和工作量发放课酬,优秀导师可设置相应激励机制。同时,组织开展导师培训工作坊,提升行业导师的教学能力。

4.4. 质量评估与持续改进

构建“在校生-毕业生-用人单位”三维质量评价体系。在实践能力评价指标之外,质量保障体系同时跟踪学生的学术能力保留情况。具体监测指标包括:(1) 毕业时“研究方法论综合考核”的通过率与得分分布;(2) 毕业成果(无论形式)中“数据分析深度”与“理论框架运用”的专家评分;(3) 毕业后 1 年、3 年追踪调查中,毕业生自评的“研究能力满意度”及用人单位对毕业生“数据分析与科研思维”维度的评分。若追踪数据发现实践强化显著伴随学术能力下滑,则触发培养方案的动态调整机制。

在校生阶段,每学期进行实践技能考核;毕业后 1 年、3 年开展追踪调查,重点评价岗位胜任力、职业发展等;定期向用人单位发放满意度问卷。每年形成《MPH 培养质量白皮书》,反馈给联合培养委员会。进行周期性认证,以评促建、以评促改^[10]。健康中国战略对 MPH 培养提出了明确的实战导向要求,

当前培养模式与这一要求存在较大差距,亟待系统性改革。实战型 MPH 培养模式应以岗位胜任力为核心,通过“目标重构-课程模块化-实践闭环-双导师制-评价多元-跨界融合”六位一体的创新途径,实现从“知道什么”向“能做什么”的转变。实施这一模式需要政策、组织、资源、质量四重保障,尤其是高校与疾控中心系统的深度协同是关键。

5. 研究局限与展望

本研究主要基于文献分析和理论构建,缺乏大规模实证数据支撑;所设计的创新途径在不同层次(双一流高校与地方院校)、不同区域(东部与西部)的适应性还有待检验。未来可进一步开展基于能力标准的量化评估研究,并探索 MPH 与公共卫生应用型博士(DrPH)一体化培养的衔接路径,为构建具有中国特色的公共卫生教育体系提供持续支撑。

基金项目

河北省研究生教育教学改革研究项目(YJG2024057)。

参考文献

- [1] 闫琪,戴江红. 新疆某高校公共卫生硕士研究生培养模式比较分析[J]. 新疆医学, 2026, 56(4): 579-584.
- [2] 徐阳,武慧欣,浦明伟,等. 数智时代公共卫生专业硕士研究生创新能力的培养路径研究[J]. 华东科技, 2026(2): 92-94.
- [3] 石建伟,谭硕源,邵钰清,等. 数字公共卫生背景下新型公共卫生人才培养模式的思考[J]. 中华预防医学杂志, 2026, 60(1): 124-130.
- [4] 仝娜,陈然,高素琴,等. 以胜任力为导向的公共卫生硕士(MPH)培养模式创新与实践[J]. 科技资讯, 2020, 18(9): 223-224.
- [5] 唐迪,亓雪,王芳,等. 公共卫生硕士培养目标重构与创新[J]. 医学教育研究与实践, 2024, 32(5): 550-555.
- [6] 徐青,叶冠廷,王钦,等. 基于高校与疾控联合办学的实战型公共卫生硕士培养模式实践探索[J]. 浙江医学教育, 2026, 25(1): 44-49.
- [7] 张晓磐,许传志,宋莹,等. 边疆民族地区公共卫生硕士联合培养模式创新与实践[J]. 卫生软科学, 2019, 33(4): 69-71.
- [8] 陈宝军,郝晓宁,盛晨,等. 医防融合背景下医务人员培训现状及知识需求分析[J]. 中国卫生事业管理, 2025, 42(12): 1402-1411.
- [9] 闫琪,吴海燕,张艺,等. “四证合一”公共卫生硕士专业学位研究生培养模式探索与优化研究[J]. 疾病预防控制中心通报, 2025, 40(5): 96-99, 105.
- [10] 刘雨欣,刘娟,胡伟力. 新医科建设背景下公共卫生硕士专业学位研究生培养质量保障体系研究[J]. 创新创业理论与实践, 2025, 8(23): 165-167.

附 录：公共卫生硕士(MPH) “技能护照” 考核项目清单

说明：本清单共设 5 个模块、22 项核心技能。学生在学期间需逐项通过考核，每项技能须由具备资质的考评员(校内导师或行业导师)签字确认。全部通过者方可进入学位论文答辩环节。标★项为“一票否决项”，任何一项未通过则整体不予认定。

模块	序号	技能项目	考核形式	通过标准	适用轮转站点
一、现场流行病学基础技能	1	流行病学调查表设计与修订	提交一份完整流调表 + 修改说明	涵盖暴露史、时间链、接触者追踪三要素	县区疾控
	2	传染病病例个案调查与报告撰写★	模拟案例限时完成 + 专家评分	2 小时内完成一份完整个案调查报告	县区疾控
	3	传染病描述性分析(三间分布)	提供数据集，上机操作	正确绘制流行曲线、发病地图，识别高危人群	县区疾控
	4	聚集性传染病初步核实与上报流程	情景模拟 + 流程演练	30 分钟内完成接报→核实→初步判断→上报全流程	应急办
二、应急处置与现场工作	5	个体防护装备(PPE)穿脱流程★	现场操作考核	按国家标准流程完成，无污染暴露风险	应急办/传染病医院
	6	疫点消毒技术规范操作	现场操作考核	消毒剂配比准确、消毒范围与作用时间符合规范	应急办
	7	应急指挥沙盘推演(团队协作)	小组推演 + 评委打分	角色分工明确、指挥链条清晰、信息报送规范	应急办
	8	突发公共卫生事件初次报告撰写	限时 30 分钟撰写	包含事件基本情况、已采取措施、下一步建议	应急办
三、社区健康管理	9	社区健康状况评估与需求分析	提交一份社区诊断报告	至少包含人口学特征、主要健康问题、资源分布	社区卫生服务中心
	10	健康讲座/健康教育活动策划与实施	现场开展一次讲座 + 教案	目标明确、内容科学、通俗易懂、有互动环节	社区卫生服务中心
	11	慢性病患者随访管理与健康档案更新	模拟随访 + 档案填写	按 SOAP 格式(主观 - 客观 - 评估 - 计划)完成记录	社区卫生服务中心
	12	基本公共卫生服务项目绩效考核指标解读	笔试 + 案例分析	正确列出 14 类基本公卫项目核心指标	社区卫生服务中心
四、医防协同素养	13	医疗机构传染病监测报告流程	流程演练 + 系统操作	正确完成法定传染病直报系统模拟填报	传染病医院公卫科
	14	医院感染暴发初步调查与报告	案例复盘分析 + 书面报告	识别院感暴发信号、完成初步调查报告框架	传染病医院公卫科
	15	公共卫生问题临床 - 预防双向转介演练	情景模拟 + 角色扮演	明确转介指征、完成转介单填写	传染病医院公卫科
五、综合应用能力	16	公共卫生监测数据分析报告	提供真实数据集 + 撰写分析报告	运用至少两种统计方法、结论有政策建议	省/市疾控
	17	卫生政策建议书撰写	给定议题，限时完成	结构含“问题 - 证据 - 备选方案 - 推荐方案”	卫生监督所
	18	媒体沟通与风险沟通模拟	模拟新闻发布会/接受采访	信息准确、态度诚恳、避免引起恐慌	卫生监督所
	19	跨部门协作方案撰写(多部门联动)	给定场景，撰写协作方案	明确卫健、教育、交通、宣传等部门职责分工	卫生监督所

使用说明：

考核时间：贯穿整个培养周期，每项技能最多可补考 2 次。

考评员资质：模块一至二由疾控中心副高以上人员担任；模块三至四由社区卫生服务中心/医院公卫科负责人担任；模块五由校内导师与行业导师联合评定。

通过率控制：不设硬性比例限制，以“是否达到实操标准”为准。