

危机学习的困境：基于特别重大 事故调查报告的分析

马 奔 程海漫*

【摘要】事故调查是危机学习的重要环节，是预防危机的关键因素。论文在对近年（2008—2016年）公开发布的34份特别重大事故调查报告分析的基础上，结合我国事故调查的现状，按照危机学习过程的思路，对危机学习可能存在的困境进行了解释。并发现：重问责的调查导向影响了危机学习的潜力；事故调查总结的宏观指向割裂了双环学习的步骤；独立调查主体的缺失会限制危机学习信息的客观真实性；干部失职和监管不力为主轴的事故原因凸显了危机学习的体制障碍；调查时限约束了调查报告内容的深度。这些在不同程度都会影响危机学习的效果。

【关键词】事故调查 危机学习 调查报告 危机预防 困境

【中图分类号】D63

【文献标识码】A

【文章编号】1674-2486（2017）02-0118-22

一、导论

事故调查的目的是为了探明事实真相，调查的结果以调查报告的形式体现出来，应该为危机学习提供事实材料，而不应以强化问责为导向。即使公共危机管理中的问责制是对官员的一种激励机制，同时具有回应社会压力的政治功能（林鸿潮，2014），但不应该夸大危机问责的作用（蔡志强，2006）。因此，事故调查的重点在于发现危机预防和危机应对的不足，避免危机的再次发生，而不是把事故调查的重点放在责任追究中来。但在特别重大事故的危机发生之后，却往往会出现了重问责和轻学习的现象（Roed-Larsen & Stoop, 2012）。

* 马奔，山东大学政治学与公共管理学院，教授；清华大学中国应急管理研究基地（北京哲社办资助），研究员；程海漫，山东大学政治学与公共管理学院，硕士研究生。感谢匿名评审人的意见。

基金项目：教育部重大攻关项目“我国社会治理体系构建及其运行机制研究”（16JZD026）、山东大学青年学者未来计划（2015WLJH10）。

危机学习 (Learning from Crisis) 是指从一个或多个危机中吸取经验教训, 为应对未来可能发生的危机构建预防体系 (Farazmand, 2007), 提高组织的应对能力 (Boin, 2008), 或者改变政策与制度的不合理之处, 以减少类似错误重复发生的概率 (Crichton et al., 2009)。政府为预防事故的发生投入了很大努力, 但尽管如此, 事故依然持续发生并且对人民的生命财产造成了极大地损坏, 而事故的再次发生部分归因于组织未能进行有效的危机学习 (Kjellén, 2000)。事故调查为危机学习提供了依据, 良好的事故调查能够帮助查明事故发生的真相以及探测潜在的不安全因素, 为危机学习提供基础与保障。本文以 2008—2016 年公开发布的 34 份特别重大事故调查报告为研究对象, 结合危机学习的相关文献, 分析当前事故调查中的因素对危机学习的影响。

二、文献综述

不能从灾难中检讨过错的政府是不善于学习的政府。近年来, 危机学习受到了国外学者越来越多的关注。针对危机引发的学习, 有学者从危机学习的方式、过程等方面作了论述。危机学习从方式上可以分为两种: 单环学习和双环学习 (Argyris & Schön, 1978)。单环学习是对组织内部的行为或者程序的修正, 特别强调调查报告和经验分享是实现危机学习的重要途径 (Gordon, 2008; Sepeda, 2006); 双环学习是对最根本的制度规范、政策或者组织目标的纠正 (Argyris & Schön, 1978)。单环学习与双环学习不是相互对立和排斥的关系, 在实际操作中, 以单环学习为开端的危机学习可能会以双环学习的形式来结束 (Deverell, 2010)。根据不同的标准, 危机学习过程可分为报告和收集、数据收集、数据存储、信息处理与信息传达给组织内的决策者四个阶段 (Kjellén, 2000), 也可分为资料收集与报告、分析与评估、决定、实施与后续工作五个阶段 (Jacobsson et al., 2011), 亦可分为收集信息、调查与分析、计划、实施与评估五个阶段 (Drupsteen & Guldenmund, 2014)。也有学者从调查报告的角度对危机学习进行了分析: 由于政治以及组织上的阻力, 调查报告沦为了只有形式而缺乏实际内容的文件, 在调查报告中, 事故真正的原因没有得到深度挖掘, 针对问题的有效解决策略没有提出, 由于很难去检验事故发生之后是否进行了学习, 因此事故调查报告在发布之后就被束之高阁 (Birkland, 2009)。还有学者提出了危机学习效果不佳的问题: 虽然大家认识到了危机问题的严重性, 也认识到必须针对这些问题进行政策调整或者组织变革, 但由于政府组织体系的复杂性以及执政者的精力受到其他事务的影响, 因此, 危机学习沦为了一项敷衍

的工作和一场肤浅的学习过程，最终没有任何的政策或制度的改变（May，1992）。

国内学者也开始关注到了危机学习的重要性，分别从以下层面进行了阐述：危机学习的内容和遇到的阻力（马丹妮，2010）；以复杂性的视角看待危机传播，并据此提出组织内部适应性学习的必要性（吴颢，2011）；以认知视角及文化视角对危机学习作了综述和讨论（卢小君，2012）；在复杂适应性的基础上，对政府危机治理组织结构变革的探讨（方堃等，2012）；危机之后的政治学分析，以政治学的角度对危机管理体系建设提出了建议（李程伟，2014）；以中美事故调查报告为研究对象，对危机学习面临的阻碍进行了探讨（张美莲，2016）；以“7·23 重大事故”为分析对象，从完善调查机制的角度为减少事故的发生提出了对策建议（薛澜等，2012）；以事故调查、问责和学习的关系为切入点，揭示了事故预防不力和学习效果不佳的问题（张宏波，2006）。总的来说，学者对于危机学习的研究特别是国内学者已经意识到危机学习的重要性，并提供了良好的研究基础。但对于如何分析危机学习的困境，还有必要从实证研究的方向进一步探索。本文把单环学习与双环学习结合起来，以危机学习的视角来探究我国调查机制、调查报告总结和调查报告利用存在的不足，进而对危机学习可能存在的困境予以解释。

二、研究设计与方法

危机学习的每个步骤都是危机学习过程中的重要组成部分，值得深入探讨与挖掘其中的价值。参考不同的危机学习过程，结合双环学习方式，我们将危机学习过程分为收集信息、分析与评估、经验传播与后续实施工作四个阶段。事故调查报告是危机学习的重要材料，危机学习的部分效果可以从调查报告的总结与发布中予以体现。根据危机学习过程，并且结合调查报告的总结，我们将事故调查报告的发布与学习过程分为事故调查、报告形成、报告发布与事后学习四个阶段，并在此思路构建了“基于危机学习过程的文章分析框架”（参见图1）。

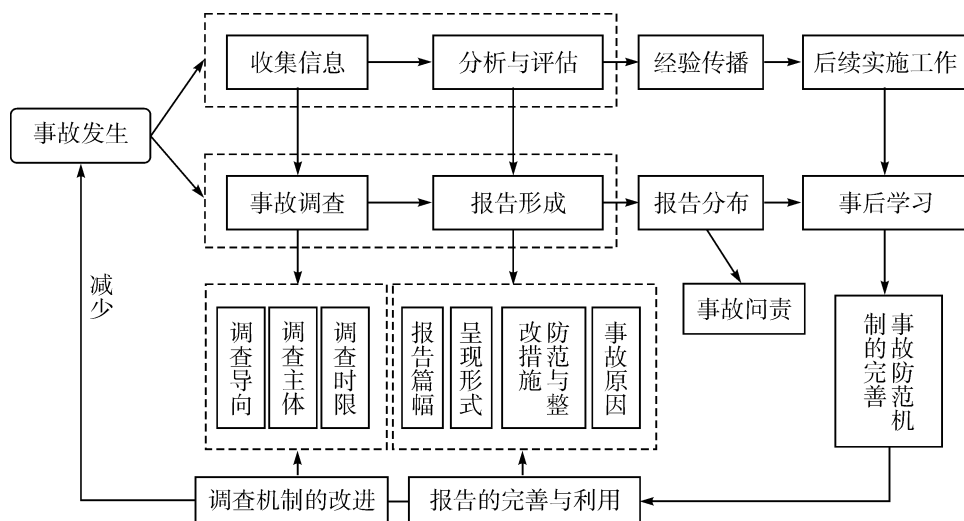


图1 基于危机学习过程的文章分析框架

资料来源：作者自制。

通过吸取以往相似案例失败的教训，并以此作为预防潜在危机的一种参考 (Stead & Smallman, 2002)，这已经成为一种共识。我们根据以下原则选取了事故时间发生在 2007—2015 年安监总局网站公开 (2008—2016 年发布) 的 34 例特大事故调查报告进行分析。第一，案例的可获得性与权威性。资料来源于国家安全生产监督局网站，所选用调查报告的资料比较全面，案例易于获取并仅可获取以上调查报告；内容是官方发布，具有权威性。第二，案例的典型性。选取了近年来官方网站发布的特别重大事故进行分析，事故造成的影响大，具有典型性，较为容易对目标问题进行分析。第三，案例之间的可比性。报告中的案例均属于中国近些年发生的特别重大事故，事故级别一致，时间上具有延续性，可比性强。根据文章的分析框架，我们对调查报告进行内容分析基础上，提取了以干部失职为主轴的事故原因、以监管不力为主轴的事故原因、事故原因归因结构、学习总结、报告篇幅、报告形式以及报告组成比例对调查报告进行了编码 (见表 1)，并使用 SPSS 与 ROST - CM6 等软件对数据进行了描述性统计与内容分析。

表1 特别重大事故调查报告编码表

序号	定义	编码说明	序号	定义	编码说明
A1 以干部 失职为 主轴的 事故 原因	A1a 擅离职守	1: 有 0: 无	A3	原因部位、	1: 内因稳定可控
	A1b 责任不明	1: 有 0: 无	事故原 因归因 结构	稳定性、	2: 内因稳定不可控
	A1c 滥用职权	1: 有 0: 无		控制性的	3: 内因不稳定可控
	A1d 监管不力	1: 有 0: 无		排列组合	4: 内因不稳定不可控
	A1e 权钱交易	1: 有 0: 无	A4 学	模式	——
	A1f 应急处置不当	1: 有 0: 无	习总结	事故教训、 防范措施与 建议数量	
A2 以监管 不力为 主轴的 事故 原因	A2a 领导责任	1: 有 0: 无	A5 报	调查报告	——
	A2b 体系建设责任	1: 有 0: 无	告篇幅	篇幅	
	A2c 审批责任	1: 有 0: 无	A6 报	报告呈现	1: 文本
	A2d 执法责任	1: 有 0: 无	告形式	形式	2: 文本、目录
	A2e 规划责任	1: 有 0: 无			3: 文本、图表与附录
	A2f 教育培训责任	1: 有 0: 无	A7	各个部分	1: 基本信息占报告的比例
	A2g 行业管理责任	1: 有 0: 无	报告组	所占报告	2: 问责占报告的比例
	A2h 内部监督责任	1: 有 0: 无	成比例	的比例	3: 学习占报告的比例

资料来源：作者自制。

四、危机学习的困境

事故不断发生的一个重要原因便是组织未能成功地从以往的事故中吸取教训，没有把学习到的教训应用到实践中（Drupsteen & Guldenmund，2014）。危机学习被认为是防止危机发生和最大限度地降低危机影响的关键因素（Carley & Harrald，1997）。危机学习的步骤是连续的，各个步骤的学习效果取决于输入、方法、资源及产出等多个方面（Drupsteen et al.，2013）。因此，上个步骤的输出即可认为下个步骤的输入，为了提高危机学习的效果，有必要深入了解危机学习的步骤，并从中挖掘危机学习的潜力。事故调查与事故调查报告是经验总结和学習的前提，是危机学习过程的重要环节，危机学习效果的好坏在很大程度上取决于事故调查、调查报告的总结撰写及对调查报告的分析与利用。

（一）重问责的调查导向影响了危机学习的潜力

事故调查的目标是还原真相，核心在于全面收集揭示真相的证据，找到导致事故发生的直接或间接的原因，避免类似事故再次发生。美国国家运输安全委员会（NTSB）的目标在于调查并确认运输事故的事实和发生的原因，而不是为了确认过失或者追究责任。国际民航组织也对此进行了规定，明确调查的目的不是为了问责，而是为了通过危机学习以达到防止类似事故发生的目的，这也是西方发达国家事故调查普遍的目标取向（曾辉、陈国华，2011）。如果不通过事故教训促进危机学习，而偏重于责任的追究，那么事故发生率将无法得以减少，这是世界绝大多数国家在事故调查上达成的共识（张宏波，2006）。

我国的事故调查与问责关系密切，问责甚至成了事故调查的最终目标。从事故调查的目标取向看，主要分为查实型调查和问责型调查两类。查实型调查的主体一般是事故调查机构组织，其目的是查明原因，建立防范机制（张玲、陈国华，2009）；问责型调查的主体一般是司法机关组织，更关注于对事故原因、性质的认定以及在此基础上对相关人员的问责。从我们国家事故调查的情况来看，既有行政机关组织的查实型调查，也有司法机关介入的问责型调查。在收集的34份特重大事故调查报告中，报告的比例组成整体失调。问责的部分平均占比最高，达到43.6%；基本信息次之，占43.4%；而学习部分只占到了13%。其中，2008—2009年间发布的8次特重大事故调查报告中，有6份没有涉及到危机学习的内容。问责所占比例过高和学习所占报告比例过低甚至调查报告不涉及危机学习部分无疑偏离了事故调查的根本目标，会影响危机学习的潜力（见表2）。

表2 34份特重大事故调查报告之各个部分所占报告的比例

	样本个数	最小值（%）	最大值（%）	均值（%）	标准差
基本信息占报告的比例	34	20	67	43.4	0.1
问责占报告的比例	34	25	75	43.6	0.116
学习占报告的比例	34	0	37	13	0.085

注：将调查报告分为三个部分：基本信息、问责与学习。基本信息包括：事故发生经过和事故救援情况，事故造成的人员伤亡和直接经济损失，事故发生的原因和事故性质；问责包括：事故责任认定以及对事故责任者的处理建议；学习包括：事故防范和整改措施。

资料来源：国家安全生产监督管理总局（2008—2016）。

事故的发生与相关负责人的失职行为有时候是有关系的，责任追究也是必要的。在我国查实型的调查和问责型的调查一并进行的模式下，事故调查过于重视问责，事故调查与责任追究有时候成了一对孪生兄弟，责任追究甚至成为了事故调查的根本目的（薛澜等，2012）。特重大事故的发生往往会引起公众极大关注，虽然公众的重视在一定程度上能够给予危机学习的推动力，但公众的重视往往伴随着政治上的批评与问责，而事故处理的政治化容易造成对组织失败理解的偏差。压力之下的政策制定者往往因为时间的约束而被限制了眼界，从而有可能把重点放在事故问责而不是组织结构或制度中的不合理之处（Dekker & Hansén, 2004），即为了在短期内消除影响而把公众的焦点从结构性的问题转移到了问责之中。此时，事故调查就变成了回应社会关切和社会情绪的工具，从而有可能异化成为平息公众舆论、各方相互平衡与妥协的责任划分过程，使得原本纯粹的技术调查演变成为了一场复杂的政治博弈过程（钟开斌，2015），也因此牺牲了事实真相调查的质量，会阻碍对事实真相的挖掘以及防范机制的建立，从源头上影响了危机学习的潜力。

（二）事故调查总结的宏观指向割裂了双环学习的步骤

事故防范与整改措施的总结是对事故调查结果利用的首要环节，是危机学习的重要材料，也是对事故相关单位的信息反馈。良好的危机学习总结能够在对事故原因精准分析的基础上，不仅指明组织下一步的努力方向，还针对特定的组织提出了具体的要求或行动措施。然而通过分析发现，危机学习的总结部分宏观性较强，操作性较差，对危机学习的针对性总结不足。在调查报告的危机学习部分中，我们对高频词作了统计与分析（见表3与图2）。“加强”“严格”“切实”“进一步”及“提高”等宏观战略层的词汇出现的频率较高。“加强”与“管理”、“加强”与“监管”、“切实”与“加强”等共现次数较多，是学习总结部分的热点所在（线条越粗，共线次数越多）。这从一个侧面反映出危机学习部分的总结偏向于宏观战略性，而实用性较差。“事故防范”与“整改措施”过于公文化、官僚化与抽象化，建议中缺乏具体的行动措施，指向也不够明确，过于宏观的描述使得相关机构无所适从。而国外的事故调查机构如美国的化工安全与危害调查委员会（Chemical Safety Board, CSB）发布的调查报告，在建议的总结方面不仅指向明确，而且具有可操作性，分别针对某个政府组织或单位列出了具体的要求或实施的步骤，避免了“空话”与“套话”，真正将事故教训与危机学习经验落到实处。“事故防范”与“整改措施”不是一句口号，在危机学习部分的总结中，更应该注意指向的明确性以及建议的具体

事故教训、防范措施与建议的数量在一定程度上影响危机学习的效果。虽然建议数量多的调查报告不一定在内容上占有优势，但是建议数量太少的调查报告则不利于危机学习活动的进行，如 6 份调查报告没有出现事故教训、防范措施与建议，6 份调查报告只有 4 条事故教训、防范措施与建议，仅各有 1 份报告分别提出了 13 条和 18 条事故教训、防范措施与建议（见表 4），事故调查总结的宏观指向和缺少具体的建议割裂了双环学习的步骤与环节，使得事后学习难以展开。危机学习的每一个步骤都对学习效果产生了重要影响，其中任何一个步骤的缺失或没有得到完全执行都将导致危机学习的失败或学习效果的不佳。“事故防范”与“整改措施”是对组织结构中漏洞的识别及弥补策略的探讨与总结，其内容的具体全面与否将直接影响到危机学习。

表 4 34 份特重大事故调查报告之事故教训、防范措施与建议的数量

数量（条）	频率	比例（%）
0	6	17.7
4	6	17.7
5	8	23.5
6	8	23.5
7	3	8.9
8	1	2.9
13	1	2.9
18	1	2.9
总计	34	100

资料来源：国家安全生产监督管理总局（2008—2016）。

（三）独立调查主体的缺失会限制危机学习信息的客观真实性

调查主体的独立性被认为是危机学习最重要条件之一（Hovden et al., 2011）。缺乏独立性的调查主体对事故调查的客观真实性造成不利影响。从事故调查的主体来看，主要分为独立型与自我型。独立性的调查机构只对事实真相予以负责，不受任何机关、组织与个人意志的支配，客观性较强。自我型的调查机构是由利益相关方主导的团体调查。由于调查活动受到相关利益方的干扰，调查结果的客观性受到很大影响（李长城，2007）。

国外很多国家实行司法调查与技术调查分离的机制，设立独立的调查机构。例如，美国的联邦运输安全委员会（National Transportation Safety Board, NTSB）在组织上采取独立委员会的建制，以避免相关利益主体的干扰。美国的化工安全与危害调查委员会（CSB）作为调查工业性化学事故的联邦政府机构，成为

独立于其他机关外的组织，目的是为了审查、评估政府部门以及其他利益主体所采取的措施。除此之外，英国海事调查局（Maritime Accident Investigation Branch, MAIB）、加拿大的运输安全委员会（Transportation Safety Board of Canada, TSBC）、澳大利亚运输安全局（Australian Transport Safety Bureau, ATSB）等也是具有独立性的调查机构。

事故调查过程和结果的客观性是事故教训与危机学习防范措施总结是否合理有效的重要影响因素之一，事故调查的独立性是调查结果公正性、客观性与高可信度的重要保障，但是我们国家还没有设立独立的调查机构。事故调查组是临时组成，人员从单位中抽调（张宏波，2006）。虽然国内调查小组在调查时秉承“科学严谨、依法依规、实事求是、注重实效”的原则，但既是运动员又是裁判员的双重角色难以使公众信服。并且部分事故调查小组人员往往代表着不同的利益相关者，这样同体型的调查往往使得调查过程和结果的客观性受到影响，从而在一定程度上难以为危机学习提供客观真实的信息。

（四）干部失职和监管不力为主轴的事故原因凸显了危机学习的体制障碍

很多事故的再次发生是因为组织没能从过去的危机中吸取教训，也就是说，在对事故原因的分析和采取措施去纠正已经识别的漏洞以防止危机的再次发生方面依然有可供完善的空间（Drupsteen et al., 2013）。从事故中学习不仅要把注意力集中在防止危机复发的外部环境上，还应该从组织自身找原因。基于此，我们对2007—2015年特大事故中以干部失职为主轴的事故原因和以监管不力为主轴的事故原因进行了分析。

特大事故的原因可以用归因理论推导。归因是个体对于某项行为发生原因的知觉或者推论，它能够有效地影响人们的认知（高恩新，2015）。为了更好地理解不同归因主体的归因取向且对归因取向加以应用，韦纳在经验分析的基础上提出了三个维度的归因成分：部位（内部或外部）、稳定性（稳定或不稳定的）和控制性（可控或不可控的）（见图3）。其中稳定性是指归因的要素具有连续性、可预见性，在短期内难以改变。控制性的判断标准为行动中意志控制的出现与否，若在行动中意志控制出现，那么该因素属于可控性因素；反之，则为不可控性因素（林钟敏，1989）。

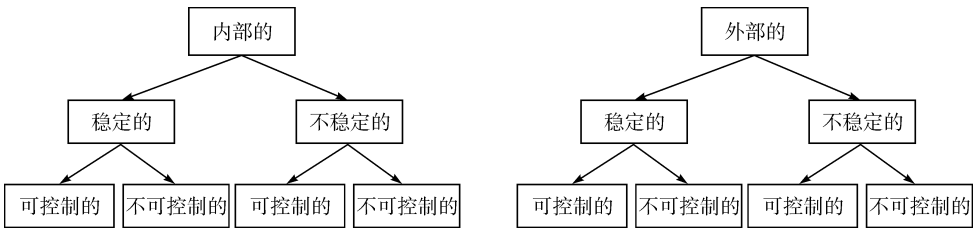


图3 韦纳归因理论的三成分组合模式

资料来源：林钟敏（1989：6）。

1. 以干部失职为主轴的事故发生原因

在对以干部失职为主轴的事故原因的分析中发现，34 个事故中有 32 个涉及政府的“监管不力”，发生频率最高，占 68.09%；其次是“责任不明”，占 10.64%；再次是“权钱交易”、“滥用职权”与“应急处置不当，分别占比 8.51%、6.38%与 6.38%；“擅离职守”在报告中并未提及（见表 5）。

表 5 2007—2015 以干部失职为主轴的事故发生原因

时间	擅离职守	责任不明	滥用职权	监管不力	权钱交易	应急处置不当	总计	比例（%）
2007	0	0	0	4	0	0	4	8.51
2008	0	1	0	2	0	0	3	6.38
2009	0	0	0	1	0	0	1	2.13
2010	0	0	0	7	1	0	8	17.02
2011	0	0	1	4	1	0	6	12.77
2012	0	1	1	2	1	0	5	10.64
2013	0	2	0	4	0	1	7	14.89
2014	0	0	0	4	0	0	4	8.51
2015	0	1	1	4	1	2	9	19.15
总计	0	5	3	32	4	3	47	100
比例（%）	0	10.64	6.38	68.09	8.51	6.38	100	

资料来源：国家安全生产监督管理总局（2008—2016）。

根据韦纳的归因理论，我们对 2007—2015 以干部失职为主轴的事故原因进行分析。由于以干部失职为主轴的原因属于内部原因，因此只对事故原因的稳

定性及控制性进行分析（见表6及表7）。在稳定性的维度上，“监管不力”“责任不明”“权钱交易”和“滥用职权”等可以通过认知调整和行为改变消除，不具有连续性和可重复性，属于不稳定性因素；对于“应急处置不当”来说，由于事故具有很大的不可预料性，很难在短时间内提高应急处置能力，因此“应急处置不当”属于稳定性因素。在控制性的维度上，主要通过行动中意志出现与否的标准进行判断（林钟敏，1989），同时，可控性也意味着政府及其职能部门有能力改善安全管理，消除该因素在特大事故发生过程中的作用，降低特大事故发生的几率（高恩新，2015）。“监管不力”是由于行政主体未履行其法律职责而对民众造成了具体的、重大明显的损害，是由“懒政”、“怠政”等所导致，属于政府及职能部门可以改善或消除的因素；“责任不明”可通过体制机制的完善等努力而避免，属于政府有能力改善的因素；“权钱交易”是由权力所滋生的腐败行为，是受意志控制的；“滥用职权”是行为主体主观上的故意过错，是引发事故的责任主体的一种有意识的行为（关保英，2005）。

总之，“监管不力”“责任不明”“权钱交易”和“滥用职权”等是由行为主体有意识的行为所引发或可通过相关措施得以消除，具有可控性。而“应急处置不当”则是由于缺乏经验或人为操作失误等所导致，且其行为主体没有意愿或者没有意识到其行为具有特定的破坏后果，因此具有不可控制性。内因稳定不可控响应次数3次，占6.38%；内因不稳定可控响应次数44次，占93.62%。由此可见，2007—2015特大事故以干部失职为主轴的事故原因中，有93.62%的原因不具有连续性及可重复性且同时具有可控性，而这些事故原因是在预防事故发生中可以改进之处。

表6 2007—2015特大事故以干部失职为主轴的事故原因结构维度分析表

原因结构	维度	频率	比例（%）
稳定性	稳定	3	6.38
	不稳定	44	93.62
	合计	47	100
控制性	可控	44	93.62
	不可控	3	6.38
	合计	47	100

资料来源：国家安全生产监督管理总局（2008—2016）。

表 7 2007—2015 特大事故以干部失职为主轴的事故原因结构维度分析表

原因结构	频率	比例 (%)
内因稳定可控	0	0
内因稳定不可控	3	6.38
内因不稳定可控	44	93.62
内因不稳定不可控	0	0
合计	47	100

资料来源：国家安全生产监督管理总局（2008—2016）。

2. 以监管不力为主轴的事故发生原因

在对以干部失职为主轴的事故原因分析中，“监管不力”发生频率最高，达到 68.09%，我们对“监管不力”作进一步的分析。以监管不力为主轴的事故原因，最集中的三项是“领导责任”“审批责任”与“执法责任”，分别占比 30.6%、19.4% 与 19.4%。其次是“内部监督责任”“教育培训责任”与“体系建设责任”，分别占比 14.3%、9.1% 与 3.1%；所占比例最低的是“规划责任”，占比 1%（见表 8）。

表 8 2007—2015 以监管不力为主轴的事故原因

时间	领导 责任	体系建 设责任	审批 责任	执法 责任	规划 责任	教育培 训责任	行业管 理责任	内部监 督责任	总计	比例 (%)
2007	4	0	1	1	0	0	1	1	8	8.2
2008	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2009	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
2010	7	0	2	2	0	3	0	2	16	16.4
2011	4	1	3	4	0	1	0	2	15	15.3
2012	2	0	1	1	0	0	1	1	6	6.1
2013	4	0	4	4	1	1	0	3	17	17.3
2014	4	1	4	4	0	1	1	3	18	18.4
2015	4	1	4	3	0	3	0	2	17	17.3
总计	30	3	19	19	1	9	3	14	98	100
比例 (%)	30.6	3.1	19.4	19.4	1	9.1	3.1	14.3	100	

注：本文只统计了调查报告中提及的原因，未提及的原因以“0”计。

资料来源：国家安全生产监督管理总局（2008—2016）。

2007—2015年间，以干部失职为主轴和以监管不力为主轴的事故原因在不同的事故中不断重复且没有下降趋势，对于可控性且不具有重复性的内在事故原因不断重复，凸显了事故调查体制对危机学习的障碍。如果事故的主要原因是干部失职和监管不力，就需要强化问责，来提高干部的责任心和强化监管的力度；另一方面，越是问责的严厉和问责的扩大化，也会导致在日常监管和事发响应过程中，出现干部推诿责任的可能，也越有可能导致事故的发生或扩大。在事故调查的过程中，为了避免被问责，相关干部更多的注意力集中在撇清责任，会设置各种人为的因素，阻止调查的深入和挖掘事故的真相，而容易忽视了危机学习。采取有效行动对已经查明的事故原因进行分析进而弥补体制的不足是危机学习中关键环节，能够有效提高组织抵御危机的能力，这也是双环学习区别于单环学习之处。以干部失职和监管不力为主轴的事故原因凸显了危机学习的体制障碍，如果危机学习过程没有内化于组织的结构体制中，缺少从体制上加以约束与规范，改变事故调查体制不合理之处的后续步骤往往被忽视。

（五）调查时限约束了调查报告内容的深度而不利于危机学习

危机学习是包含多个步骤与环节的组织学习过程，当危机学习中的某个环节出现缺失或其结果出现次优时，那么下一个环节的预期效果也会随之变差（Drupsteen et al., 2013）。事故调查是事故发生之后的首要环节，其执行结果的优劣决定了整个学习过程的有效与否，而事故调查时限约束了调查报告内容的深度而应该给予重视。我国《生产安全事故报告与调查处理条例》第二十九条规定：事故调查组应当自事故发生之日起60日内提交事故调查报告；特殊情况下，经过负责事故调查的人民政府批准，提交事故调查报告的期限可以延长，但延长的期限最长不超过60日（国务院，2007）。欧盟大多数国家，政府给予监察员充分的时间来寻求事故发生的根本原因（曾明荣、王兴，2015）；美国的一些事故调查机构对于调查期限的规定也较为灵活，如CSB近期发布的两份调查报告，其发布历时分别为3年零4个月（CSB，2016a）与2年零8个月（CSB，2016b），报告发布历时较长。期限较短的调查虽然有助于对相关人员进行问责处理，及时消除社会各方面的质疑或者影响，但是却因强调结果而忽略了过程，因速度而牺牲了质量。事故原因纷繁复杂，由于一些不可抗拒的客观因素，一些事故原因很难在短时间内调查清楚。缺乏灵活性的调查期限在一定程度上影响了对事故原因的真正挖掘，约束了调查报告内容的深度。

调查报告是呈现调查结果的重要载体，其深度将对危机学习产生影响。一份好的调查报告不论在形式上还是在内容上都对危机学习形成较好的助力，然

而通过分析发现,调查报告的内容整体偏少,呈现形式也不够丰富多样。篇幅过小,势必影响事故基本信息的描述以及事故防范措施的总结,从而阻碍了对教训的学习。2009年以及之前发布的调查报告中,有些报告篇幅甚至不足一页,很难为危机学习提供基本的保障,而同期CSB发布的两份调查报告的篇幅为54页(CSB, 2009a)与77页(CSB, 2009b),其近期发布的两份调查报告则分别达到了74页(CSB, 2016a)与134页(CSB, 2016b)。报告呈现形式的多样性也是影响危机学习的因素之一,丰富的呈现形式有利于从多个角度对教训加以总结。“目录”能更清晰呈现报告结构,“图表”能直观反应事故真相,“附录”有利于从多个角度对事故真相进行解释。在34份调查报告中,有91.2%的调查报告都是“文本”的单一形式。含“文本、目录”与“文本、图表与附录”的报告分别占2.9%与5.9%(见表9)。2016年发布的两份调查报告增加了“图表”与“附录”,是调查报告在呈现形式上的进步,但是没有一份调查报告全部涵盖“文本”“目录”“图表”与“附录”。在调查报告的呈现形式上依然有可改进之处。

表9 34份别重大事故调查报告的报告呈现形式统计

报告呈现形式	频率	比例(%)
文本	31	91.2
文本、目录	1	2.9
文本、图表与附录	2	5.9
总计	34	100

资料来源:国家安全生产监督管理总局(2008—2016)。

五、结语与启示

事故调查是危机学习中的重要环节,基于上述研究,重问责的调查导向、事故调查原因总结的宏观指向、独立调查主体的缺失、危机学习的体制障碍、缺乏灵活性的调查期限以及调查报告的深度不足会导致危机学习的困境。虽然我国近两年的事故调查有了改善,但亦应反思事故调查的不足,提高危机学习的质量。

首先,明确事故调查最重要的目的是用证据来寻求事故的真正原因,并在此基础上进行危机学习而不是过度的问责。探讨技术调查与司法调查分离的制

度设计，赋予了技术调查灵活性的调查期限，有效避免因问责而导致各种人为因素干扰调查的过程。提高技术调查报告的公正性与客观性，为危机学习提供真实客观的资料，从灾难中学习到应有的教训，对可控性且不具有连续性的监管不力、责任不明、权钱交易和滥用职权等内在事故原因应高度关注，反思并改变事故调查的体制障碍，建立激励相容的危机学习制度安排。

其次，确保调查主体的独立性，为危机学习提供客观真实性的信息。事故调查是挖掘事故发生真相的过程，但当事故牵扯到政府部门或大型国有企业，事故调查主体会面临官僚体系或国企的压力、游说甚至利益的诱惑。与其他国家的事故调查委员比，我国事故调查还是政府内部的“同体调查”，应探讨制定专门的事故调查法赋予调查主体独立的调查权限，或激活 1982 年宪法关于设立特别调查委员会的制度设计，尽可能摆脱行权权力干预，调查结果才有信服力，从而为危机学习提供客观真实的信息。

第三，提高事故调查报告的科学性与规范性，为危机学习提供详尽的事故原因分析和可操作性的措施。提高调查报告篇幅，虽然篇幅长不一定质量高，但篇幅较短很难将事故的完整信息和危机学习的预防措施交代清楚。报告呈现形式要丰富多样，采取从不同角度和形式对事故原因等情况予以说明。避免“事故防范”与“整改措施”的官僚化与抽象化，指向明确和具体的操作性建议才能有利于采取危机学习行动。

附录：

表 1 事故的基本信息

案例 编号	事故发 生时间	报告发 布时间	案例 名称	事故发 生省份 (地市)	事故 类型	死亡 人数 (个)	受伤 人数 (个)	直接经 济损失 (万元)
①	2007/ 4/16	2008/ 7/29	王庄煤矿 瓦斯爆炸	河南省平 顶山市	生产安 全事故 (矿难)	31	9	1 088
②	2007/ 4/18	2008/ 1/25	清河特殊 钢钢水包 倾覆	辽宁省铁 岭市	生产安 全事故	32	6	866.2
③	2007/ 8/13	2008/ 1/25	堤溪沱江 大桥坍塌 事故	湖南省凤 凰县	道路交 通事故 (大桥坍 塌)	64	22	3 974.7

◆ 论文

(续上表)

案例 编号	事故发 生时间	报告发 布时间	案例 名称	事故发 生省份 (地市)	事故 类型	死亡 人数 (个)	受伤 人数 (个)	直接经 济损失 (万元)
④	2007/ 8/17	2008/ 2/5	山东华源 矿业溃水 淹井事故	山东省泰 安市	生产安 全事故 (矿难)	172	0	0
⑤	2007/ 11/8	2008/ 7/21	群力煤矿 煤与瓦斯 突出	贵州省毕 节地区	生产安 全事故 (矿难)	35	7	1 261
⑥	2008/ 7/21	2009/ 8/18	那读煤矿 透水事故	广西壮族 自治区百 色市	生产安 全事故 (矿难)	36	0	989
⑦	2008/ 9/20	2009/ 8/18	龙岗区 火灾	广东省深 圳市	火灾 事故	44	58	1 589
⑧	2008/ 9/21	2009/ 8/18	新丰二矿 煤与瓦斯 突出事故	河南省郑 州市	生产安 全事故 (矿难)	37	7	1 766
⑨	2009/ 11/21	2010/ 12/10	龙煤矿业 新兴煤矿 瓦斯爆炸	黑龙江省 鹤岗市	生产安 全事故 (矿难)	108	133	5 614.65
⑩	2010/ 3/1	2011/ 1/24	骆驼山煤 矿透水 事故	内蒙古乌 海市	生产安 全事故 (矿难)	32	7	4 853
⑪	2010/ 3/28	2011/ 1/24	王家岭矿 透水事故	山西省河 津市	生产安 全事故 (矿难)	38	115	4 937
⑫	2010/ 3/31	2011/ 5/5	国民煤业 煤与瓦斯 突出事故	河南省洛 阳市	生产安 全事故 (矿难)	44	0	2 728.4
⑬	2010/ 5/23	2011/ 1/26	阜新市道 路交通事 故	辽宁省阜 新市	道路交 通事故	33	24	2 403.5
⑭	2010/ 8/16	2011/ 8/3	华利公司 烟花爆竹 爆炸事故	黑龙江省 伊春市	生产安 全事故 (危险品 爆炸)	34	152	6 818.4

(续上表)

案例 编号	事故发生 时间	报告发 布时间	案例 名称	事故发 生省份 (地市)	事故 类型	死亡 人数 (个)	受伤 人数 (个)	直接经 济损失 (万元)
⑮	2010/ 8/24	2012/ 6/29	伊春飞机 坠毁事故	黑龙江省 伊春市	飞机坠 毁事故	44	52	30 891
⑯	2010/ 10/16	2011/ 7/4	平禹四矿 煤与瓦斯 突出事故	河南省禹 州市	生产安 全事故 (矿难)	37	4	2 274
⑰	2011/ 7/22	2012/ 6/27	河南信阳 卧铺客车 燃烧事故	河南省信 阳市	火灾 事故	41	6	2 342.06
⑱	2011/ 7/23	2011/ 12/28	甬温线铁 路交通事 故	浙江省温 州市	铁路 事故	40	172	19 371.65
⑲	2011/ 10/7	2012/ 7/12	滨保高速 天津道路 交通事故	天津市滨 海新区	道路交 通事故	35	19	3 447.15
⑳	2011/ 11/10	2012/ 8/28	私庄煤矿 煤与瓦斯 突出事故	云南省曲 靖市	生产安 全事故 (矿难)	43	0	3 970
㉑	2012/ 8/26	2013/ 4/12	包茂高速 陕西延安 道路交通 事故	陕西省延 安市	道路交 通事故	36	3	3 160.6
㉒	2012/ 8/29	2013/ 3/26	肖家湾煤 矿瓦斯 爆炸	四川省攀 枝江市	生产安 全事故 (矿难)	48	54	4 980
㉓	2013/ 3/29	2013/ 7/11	八宝煤矿 瓦斯爆炸 事故	吉林省白 山市	生产安 全事故 (矿难)	36	12	4 708.9
㉔	2013/ 5/20	2013/ 9/9	山东保利 民爆炸 事故	山东省章 丘市	生产安 全事故 (爆炸)	33	19	6 600
㉕	2013/ 6/3	2013/ 7/11	宝源丰禽 业火灾 爆炸	吉林省长 春市	火灾 (爆炸) 事故	121	76	18 200

◆ 论文

(续上表)

案例 编号	事故发 生时间	报告发 布时间	案例 名称	事故发 生省份 (地市)	事故 类型	死亡 人数 (个)	受伤 人数 (个)	直接经 济损失 (万元)
②⑥	2013/ 11/22	2014/ 1/11	青岛市输 油管道 爆炸	山东省青 岛市	生产安 全事故 (爆炸)	62	136	75 172
②⑦	2014/ 3/1	2014/ 6/10	山西晋城 段道路交 通危化品 燃爆	山西省晋 城市	道路交 通(危险 品爆燃) 事故	40	12	8 197
②⑧	2014/ 7/19	2014/ 11/30	湖南邵阳 道路交通 危化品 爆燃	湖南省邵 阳市	道路交 通(危险 品爆燃) 事故	54	6	5 300
②⑨	2014/ 8/2	2014/ 12/30	中荣金属 制品爆炸	江苏省苏 州市	生产安 全事故 (爆炸)	97	163	35 100
③⑩	2014/ 8/9	2014/ 11/30	西藏拉萨 道路交通 事故	西藏自治 区拉萨市	道路交 通事故	44	11	3 900
③⑪	2015/ 5/15	2015/ 8/25	陕西咸阳 道路交通 事故	陕西省咸 阳市	道路交 通事故	35	11	2 300
③⑫	2015/ 5/25	2015/ 10/14	河南平顶 山火灾	河南省平 顶山市	火灾 事故	39	6	2 064.5
③⑬	2015/ 8/12	2016/ 2/5	天津港火 灾爆炸	天津市	生产安 全事故 (危险品 爆炸)	165	798	686 600
③⑭	2015/ 12/20	2016/ 7/15	广东深圳 渣土受纳 场滑坡	广东深圳	生产安 全事故	73	17	88 112.23

注：事故调查报告中未提到的受伤人数或直接经济损失以“0”计。

资料来源：国家安全生产监督管理总局（2008—2016）。

参考文献

- 蔡志强主编(2006). 社会危机治理——价值变迁与危机治理. 上海: 上海人民出版社.
- 方堃、姜庆志、杨毅(2012). 政府公共危机治理中的学习与组织结构变革研究——以复杂适应性为线索. 大连理工大学学报(社会科学版), 33(1): 95-100.
- 高恩新(2015). 特大生产安全事故的归因与行政问责——基于65份调查报告的分析. 公共管理学报, 4: 155-156.
- 关保英(2005). 论行政滥用职权. 中国法学, 2: 60-65.
- 国家安全生产监督管理总局(2008—2016). 特别重大事故调查报告. 国家安全监管总局网: <http://www.chinasafety.gov.cn/newpage/>. 2016年10月20日访问.
- 国务院(2007). 生产安全事故报告和调查处理条例(国务院令 第493号). 中华人民共和国中央人民政府官网: http://www.gov.cn/flfg2007-04/19/content_589264.htm. 2016年10月20日访问.
- 李长城(2007). 对事故调查组的质疑. 法律科学, 25(5): 164-169.
- 李程伟(2014). 危机学习能力建设: 政治学角度的思考. 信访与社会矛盾问题研究, 3: 17-22.
- 林鸿潮(2014). 公共危机管理问责制中的归责原则. 中国法学, 4: 267-285.
- 林钟敏(1989). 韦纳“归因理论”的原则和原因的结构. 心理科学进展, 7(1): 1-8.
- 卢小君(2012). 非常规突发事件的危机间学习研究综述——基于认知视角与文化视角的比较. 情报杂志, 31(6): 65-69.
- 马丹妮(2010). 关于公共部门危机学习的研究初探. 中国集体经济, 28: 63-64.
- 吴颖(2011). 复杂性视角下的危机传播: 从危机管理到危机学习. 理论月刊, 1: 59-62.
- 薛澜、沈华、王邗强(2012). “7·23 重大事故”的警示——中国安全事故调查机制的完善与改进. 国家行政学院学报, 2: 23-28.
- 张宏波(2006). 改进我国事故调查工作的建议. 劳动保护, 3: 66-67.
- 张玲、陈国华(2009). 国外安全生产事故独立调查机制的启示. 中国安全生产科学技术, 5(1): 84-89.
- 张美莲(2016). 危机学习面临的挑战: 一个事故调查报告的视角. 吉首大学学报: 社会科学版, 37(01): 91-99.
- 曾辉、陈国华(2011). 对建立第三方事故调查机制的探讨. 中国安全生产科学技术, 7(6): 81-86.
- 曾明荣、王兴(2015). 中欧事故报告与调查处理比较研究. 中国安全生产科学技术, 11(5): 148-152.
- 钟开斌(2015). 中国突发事件调查制度的问题与对策——基于“战略-结构-运作”分析框架的研究. 科技与社会, 7: 59-67.
- Argyris, C. & Schön, D. A. (1978). Organizational Learning: A Theory of Action Perspective.

- Reading: Addison – Wesley, 10(4):4079 – 4087.
- Birkland, T. A. (2009). Disasters, Lessons Learned, and Fantasy Documents. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 17(3):146 – 156.
- Boin, A. (2008). Learning from Crisis: *NASA and the Challenger Disaster*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Carley, K. M & Harrald, J. R. (1997). Organizational Learning under Fire: Theory and Practice. *American Behavioral Scientist*, 40(3):310 – 332.
- Crichton, M. T., Cameron, C. G. & Kelly, T. (2009). Enhancing Organizational Resilience Through Emergency Planning: Learning from Cross – Sectoral Lessons. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 17(1):24 – 37.
- CSB. (2009a). CSB: Allied Terminals Fertilizer Tank Collapse. Available at (Oct. 20, 2016): <http://www.csb.gov/allied-terminals-fertilizer-tank-collapse/>.
- CSB. (2009b). CSB: T2 Laboratories Inc. Reactive Chemical Explosion. Available at (Oct. 20, 2016): <http://www.csb.gov/t2-laboratories-inc-reactive-chemical-explosion/>.
- CSB. (2016a). CSB: Williams Olefins Plant Explosion and Fire. Available at (Oct. 20, 2016): <http://www.csb.gov/williams-olefins-plant-explosion-and-fire-/>.
- CSB. (2016b). CSB: Freedom Industries Chemical Release. Available at (Oct. 20, 2016): <http://www.csb.gov/freedom-industries-chemical-release-/>.
- Dekker, S. & Hansén, D. (2004). Learning under Pressure: The effects of Politicization on Organizational Learning in Public Bureaucracies. *Journal of Public Administration Research and Theory: J – PART*, 14(2):211 – 230.
- Deverell, E. C. (2010). *Crisis – induced Learning in Public Sector Organization*. Utrecht: Utrecht University Press.
- Drupsteen, L., Groeneweg, J. & Zwetsloot, G. I. (2013). Critical Steps in Learning from Incidents: Using Learning Potential in the Process from Reporting an Incident to Accident Prevention. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 19(1):63 – 77.
- Drupsteen, L. & Guldenmund, F. W. (2014). What is Learning? A Review of the Safety Literature to Define Learning from Incidents, Accidents and Disasters. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 22(2):81 – 96.
- Farazmand, A. (2007). Learning from the Katrina Crisis: A Global and International Perspective with Implications for Future Crisis Management. *Public Administration Review*, 67(1):149 – 159.
- Gordon, H. J. (2008). Integrating Learning into Safety: Developing a Robust Lessons – Learned Program. *Professional Safety*, 53(9):30.
- Hovden, J., Størseth, F. & Innmannsvik, R. K. (2011). Multilevel Learning from Accidents – Case Studies in Transport. *Safety Science*, 49(1):98 – 105.
- Jacobsson, A., Ek, A. & Akselsson, R. (2011). Method for Evaluating Learning from Incidents

- Using the Idea of “Level of Learning”. *Journal of Loss Prevention in the Process Industries*, 24(4):333 – 343.
- Kjellén, U. (2000). *Prevention of Accidents through Experience Feedback*. Boca Raton: CRC Press.
- May, P. J. (1992). Policy Learning and Failure. *Journal of Public Policy*, 12(4):331 – 354.
- Roed – Larsen, S. & Stoop, J. (2012). Modern Accident Investigation—Four Major Challenges. *Safety Science*, 50(6):1392 – 1397.
- Sepeda, A. I. (2006). Lessons Learned from Process Incident Databases and the Process Safety Incident Database(PSID) Approach Sponsored by the Center for Chemical Process Safety. *Journal of Hazardous Materials*, 130(1 – 2):9 – 14.
- Stead, E. & Smallman, C. (2002). Understanding Business Failure: Learning and Un – Learning from Industrial Crisis. *Journal of Contingencies & Crisis Management*, 7(1):1 – 18.

责任编辑:朱亚鹏