

重大突发事件中医疗救治跨部门协同困境与优化路径研究

汤依恬

上海理工大学管理学院, 上海

收稿日期: 2026年7月14日; 录用日期: 2026年7月28日; 发布日期: 2026年8月18日

摘 要

重大突发事件中的医疗救治是降低伤亡率的关键环节, 但其效能不仅取决于临床技术, 更受制于跨部门协同水平。我国当前医疗救治链条涉及卫生健康、应急管理、医疗机构、公安交通等多主体, 在指挥统筹、信息共享与资源配置等方面存在结构性断裂, 导致“现场-转运-院内”全链条衔接不畅。本文基于协同治理理论与整体性政府理论, 构建“结构-过程-结果”分析框架, 系统剖析重大突发事件中医疗救治跨部门协同失灵的生成逻辑。研究发现: 医疗救治指挥权的碎片化、全链条信息传递的阻隔性以及应急状态下医疗资源调配的滞后性, 共同构成了协同困境的三重机制。在此基础上, 本文从统一指挥架构、全周期信息平台、区域协同救治网络与复合型协调人才培养四个维度提出优化路径, 以期为我国重大突发事件医疗救治效能提供参考。

关键词

重大突发事件, 医疗救治, 跨部门协同, 协同治理, 整体性政府

Research on the Dilemmas and Optimization Paths of Inter-Departmental Collaboration in Medical Treatment during Major Emergencies

Yitian Tang

Business School, University of Shanghai for Science & Technology, Shanghai

Received: July 14, 2026; accepted: July 28, 2026; published: August 18, 2026

Abstract

Medical treatment in major emergencies is a core link to reduce casualty rates. Its effectiveness depends not only on clinical technology, but also significantly on the level of inter-departmental collaboration. The current medical treatment system in China involves multiple stakeholders including health authorities, emergency management departments, medical institutions, public security and traffic departments. Structural fractures exist in overall command, information sharing and resource allocation, resulting in poor continuity across the entire “on-site rescue - patient transport - in-hospital treatment” chain. Based on collaborative governance theory and the holistic government theory, this paper constructs a “structure - process - outcome” analytical framework to systematically explore the underlying logic of inter-departmental collaboration failure in emergency medical treatment. The study identifies three core mechanisms behind the collaboration dilemmas: fragmented command authority for emergency medical care, barriers to end-to-end information transmission, and delayed allocation of emergency medical resources. Accordingly, this paper proposes optimization strategies from four dimensions: establishing a unified command system, building a full-cycle information platform, developing regional collaborative rescue networks, and cultivating interdisciplinary coordination professionals. It aims to provide a reference for improving the efficiency of emergency medical treatment in major emergencies in China.

Keywords

Major Emergencies, Emergency Medical Treatment, Inter-Departmental Collaboration, Collaborative Governance, Holistic Government

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

在重大突发事件中，医疗救治的效率瓶颈往往不在临床技术层面，而在跨部门协同的组织层面。医疗救治是贯穿重大突发事件应急响应全过程的核心环节，涵盖现场检伤分类、紧急转运、院内专科救治与院间分流等多个阶段。我国 2024 年新修订的《中华人民共和国突发事件应对法》确立了分级响应与属地管理的基本原则[1]，《院前医疗急救管理办法》明确了医疗急救的行业管理规范[2]，但在重大突发事件情境下，医疗救治链条涉及卫生健康部门、应急管理部门、医疗机构、公安交管部门及疾病预防控制机构等多元主体，各主体间缺乏常态化的协同规则与应急状态下的指挥衔接程序。这导致“谁统筹医疗救治”“谁调度专科资源”“谁协调院间分流”等关键问题在危机时刻悬而未决。现有研究多聚焦于院前急救网络布局、院内创伤救治技术或应急医疗设备配置，对医疗救治全链条的跨部门协同机制关注不足。

从理论层面看，将医疗救治置于跨部门协同的分析框架下，有助于拓展应急管理研究从“单点技术优化”向“全链条组织整合”延伸；从实践层面看，厘清医疗救治协同困境的生成逻辑，可为构建“现场 - 转运 - 院内”无缝衔接的救治体系提供路径参考。本文遵循“理论建构 - 困境诊断 - 经验借鉴 - 路径优化”的逻辑，对重大突发事件中医疗救治的跨部门协同问题进行系统分析。

2. 理论基础与分析框架

协同治理理论为理解多元主体间的合作关系提供了理论框架。协同是引导不同组织资源流动方向、

协调其相互合作的安排,是实现功能化响应的必要条件[3]。在重大突发事件医疗救治场景中,卫健、应急、医院、交通等部门构成了典型的多元主体网络,其协同效果并非自动产生,而是受制于上述主体的交互作用。多元主体视角下的协同治理是指以政府为主导,吸纳社会多元力量参与,实现多元主体间的信息、人才、资源共享,形成交叉互动的关系网络,充分发挥各主体的能力优势,再以法律制度为保障,深化协同治理机制,推动公共事务治理实现效能最大化[4]。

整体性政府理论为进一步破解部门碎片化提供了方向。需在政府统一领导下,从整体性治理视角出发,围绕公众健康这一目标,建立有效的制度保障、分工协作与体系融合机制[5]。医疗救治涉及现场检伤、紧急转运、院内分诊、专科救治、院间分流等多个环节,任何一个节点的部门自利行为都可能导致全链条效率损失[6]。因此,构建跨部门整合机制,实现信息共享、资源统筹与流程衔接,是提升医疗救治整体效能的必然要求。

基于上述理论,本文构建“结构-过程-结果”三维分析框架。结构维度关注医疗救治的组织架构与权责配置,对应协同治理中的“制度设计”变量;过程维度关注信息传递、资源调度与现场协调,对应“协同过程”变量;结果维度关注救治响应时效与伤员预后效果。三个维度层层递进:结构缺陷导致过程阻滞,过程阻滞引发结果偏差。下文将依此框架展开分析。

3. 医疗救治跨部门协同的现实困境

3.1. 结构维度: 医疗救治指挥权的碎片化

在结构层面,我国重大突发事件中的医疗救治面临“多头管理、权责交叉”的制度困境。从整体性政府理论的核心逻辑来看,当前重大突发事件医疗救治的结构性矛盾,本质上是传统碎片化行政体系与跨部门整体性治理需求之间的适配冲突。应急管理部门承担突发事件的总体指挥职能,卫生健康部门负责医疗行业的业务管理与质量控制,各级医疗机构作为独立法人实体自主开展救治活动,公安交管部门负责救援通道的交通管制。一旦进入重大突发事件应急响应状态,“谁有权统筹全市医疗救治资源”“谁决定伤员向哪家医院分流”“谁协调专科医生跨院支援”等关键问题缺乏明确的制度答案。以天津港“8·12”事故为例,事故初期现场同时存在企业消防队、公安消防队、港口消防队及社会救援力量,医疗救治力量的切入时机、指挥关系与资源调配长期处于模糊状态。这种“结构性模糊”使得医疗救治难以作为独立且优先的职能模块嵌入应急指挥体系,背离了整体性政府“以公共服务目标为核心打破部门壁垒”的救治原则,进而导致后续协同过程的混乱。

3.2. 过程维度: 全链条信息断裂与资源错配

在过程层面,信息孤岛与资源竞争构成了医疗救治协同的主要障碍。近年来,我国政府和各职能部门已经初步建立了信息共享平台,但是我国行业应急信息资源与整合依然不充分,应急管理信息系统缺乏法定和统一的数据标准、交换格式和技术规范[7]。协同治理强调多元主体基于信息共享实现全流程协同,而整体性政府理论则将跨部门信息系统的整合互通作为破解碎片化困境的核心支撑。重大突发事件中,现场救援力量已掌握伤员数量、伤情分级与特殊救治需求,但后方医院可能因未接入现场通信网络而无法同步获取信息,导致接收准备不足或救治资源错配。此外,各医院内部的床位、手术室、血库储备及专科救治能力等关键资源信息缺乏动态共享机制,指挥部门无法基于实时数据进行精准分流。例如,在涉及批量烧伤、中毒或创伤的突发事件中,伤员往往需要特定专科资源(如烧伤ICU、高压氧舱、透析设备),但现有机制下缺乏跨医院的专科资源统筹调度平台,导致部分医院资源闲置而另一些医院超负荷运转。在自然灾害事件中,例如城市内涝有时导致常规通信中断,院前急救力量与院内救治体系之间的信息链路受损,进一步放大了全链条协同的脆弱性。

3.3. 结果维度：救治延迟与医疗资源挤兑

协同治理理论指出，结构性碎片化与过程性协同障碍会形成传导效应，最终引发整体性公共服务效能的系统性损耗，甚至陷入协同失灵的恶性循环。结构与过程层面的缺陷最终传导至结果层面，表现为医疗救治响应的系统性延迟与资源挤兑。研究表明，创伤伤员在受伤后 1 小时内接受有效救治可显著降低死亡率与致残率，这一“黄金时间窗”在重大突发事件中却因行政协调成本与信息传递延迟而被压缩。当批量伤员同时涌入时，若缺乏预先启动的区域协同分流机制，单一或少数几家定点医院极易因超负荷运转而陷入“医疗资源挤兑”，会产生手术室排队、血库告急、ICU 床位不足的情况，进而延误重症患者的最佳救治时机。更值得警惕的是，结果层面的负面反馈会进一步强化部门间的信任赤字，使得各主体在后续事件中更倾向于自我保护而非主动协同，形成“协同失灵－信任下降－更难协同”的恶性循环。

4. 国外经验借鉴

4.1. 美国 ICS：统一指挥下的全链条医疗协调

美国的事件指挥系统(Incident Command System, ICS)为破解多部门协同困境提供了制度范本。作为标准化应急管理的工具，ICS 体系的制度框架融合了官僚结构的控制优势和网络协作的灵活特征，形成了独特的混合型组织形式。同时为适应复杂场景，该组织形式允许角色切换和动态调整权限[8]。ICS 的核心特征在于“统一指挥”：在重大事件中，消防、警察、医疗、环保等部门共同组建联合指挥部，各部门保留自身专业指挥权的同时，接受统一事件指挥官的协调。在医疗救治领域，ICS 下设医疗分支(Medical Branch)，负责统筹现场检伤分类、伤员转运、医院接收协调及医疗资源调配，确保医疗需求在全局资源分配中获得优先考量。这一制度设计将医疗救治从院前急救延伸至院内接收与专科资源统筹，有效避免了“谁指挥谁”的结构性模糊，实现了医疗救治全链条的统一协调。

4.2. 日本灾害医疗援助队：院内接收与专科资源统筹

日本在灾害医疗援助队(Disaster Medical Assistance Team, DMAT)建设中探索了过程层面的协同优化。DMAT 由医生、护士、药剂师及医疗协调员组成，其中“医疗协调员”扮演跨部门接口角色，负责对接消防、警察、地方政府及接收医院，统筹院内接收能力、医疗物资分配与专科医生调度[9]。日本将 DMAT 纳入国家应急体系，实现常态与非常态管理的无缝对接：日常开展标准化培训与跨部门联合演练，确保各部门在灾害发生时能够迅速进入协同状态。这一政策对我国医疗救治规划具有一定的启示：在医疗救治链条中设置专门的“医疗救治协调专员”岗位，作为跨部门信息汇聚与资源调配的枢纽，可有效弥补现有体系中的过程性缺陷。

4.3. 经验启示的本土化反思

美国 ICS 与日本 DMAT 的经验表明，破解医疗救治协同困境需要在制度设计、技术标准和人员能力三个层面同步发力。但上述经验均植根于特定的行政体制与法治环境，我国医疗救治协同机制的优化不能简单照搬，而应立足“统一领导、综合协调”的体制优势，通过制度嵌入与机制创新实现本土化转化。

5. 优化路径

5.1. 制度路径：构建兼顾常态与非常态的医疗救治统一指挥架构

针对医疗救治指挥权碎片化问题，应在国家层面明确重大突发事件中医疗救治的统筹主体。建议在现行应急响应框架下，设立“医疗救治指挥组”作为应急指挥部的常设分支，由卫生健康部门与应急管理

理部门共同派员组成，统筹院前急救、院内救治、专科资源调配与院间分流。日常状态下由卫生健康部门负责医疗行业管理；一旦启动Ⅱ级以上应急响应，医疗救治指挥组即自动激活，统一协调急救、消防、交通、医院等主体的救治行动，从制度上消解“多头指挥”风险。

5.2. 技术路径：打造伤员全周期信息共享平台

破解信息孤岛不能依赖“重建一个大系统”的粗放思路，而应推行“最小数据集”策略。由国家应急管理部门牵头，制定医疗救治跨部门信息共享的标准数据字段，涵盖现场检伤分类、伤员数量、伤情分级、特殊需求、转运状态及医院床位、手术室、血库动态等核心信息。通过平台整合来自不同部门和机构的数据，打破“信息孤岛”，实现数据的共享和交换[10]。各部门现有系统通过标准化接口实现数据推送，避免推倒重来。同时，建立“现场-转运-院内”双向信息通道，确保急救车辆、指挥部与接收医院实时共享动态，实现伤员全周期可追溯管理。

5.3. 机制路径：建立区域医疗协同救治网络与分级分流机制

针对资源错配与挤兑问题，应建立区域医疗协同救治网络，构建“分级分流、专科对口”的批量伤员接收机制。借鉴大规模伤亡事件(Mass Casualty Incident, MCI)管理经验，在区域层面预先划定不同等级医院的接收职责：综合医院承担普通创伤救治，专科医院承担特殊伤情救治，定点医院承担重症集中救治。通过预先签订的协同救治协议与定期的联合演练，确保突发事件发生时能够迅速启动区域分流，避免单一医院过载。

5.4. 人员路径：培养“应急-医疗”复合型协调人才

医疗救治协同失灵的根本原因之一在于“懂应急的不懂医疗，懂医疗的不懂应急”。建议在应急管理部门、卫生健康部门及各级医疗机构中选拔骨干，开展“应急-医疗”复合型培训，培养既熟悉应急响应流程又掌握医疗业务知识、具备资源调度能力的协调专员。这类人员可在重大事件中担任跨部门“翻译”与“纽带”，减少因专业话语体系差异与行政层级壁垒导致的沟通损耗，提升医疗救治协同的精准性与时效性。

6. 结语

本文基于协同治理与整体性政府理论，对重大突发事件中医疗救治的跨部门协同问题进行了系统分析。研究表明，医疗救治的效率瓶颈并非单纯的技术或资源问题，而是深嵌于组织结构与协同过程中的制度性困境。指挥权的碎片化、信息传递的阻隔性与资源调配的滞后性共同构成了协同失灵的三重机制。美国ICS的全链条医疗协调经验与日本DMAT的协调员制度表明，破解协同困境需要在统一指挥、信息共享、网络协同与人才培养四个维度同步发力。本文以质性分析为主，未能纳入大样本定量数据对医疗救治协同效率进行精确测度，这是后续研究可以拓展的方向。在风险社会日益深化的背景下，构建高效、韧性、整合的医疗救治协同体系，是推进我国应急管理体系现代化不可回避的议题。

参考文献

- [1] 中华人民共和国突发事件应对法[EB/OL]. https://www.gov.cn/yaowen/liebiao/202406/content_6960130.htm, 2026-07-24.
- [2] 院前医疗急救管理办法[EB/OL]. https://www.gov.cn/gongbao/content/2014/content_2580977.htm, 2026-07-24.
- [3] 李维安, 孟乾坤, 刘昱沛, 等. 公共卫生危机应急协同治理——基于火神山医院和红十字会的案例分析[J]. 工程管理科技前沿, 2024, 43(3): 8-17.
- [4] 胡建华, 廖恩鹏, 曾慧琳. 突发公共卫生事件协同治理研究[J]. 合作经济与科技, 2025(19): 171-175.

- [5] 梁佳慧, 段光锋, 马玉琴, 等. 超大城市突发公共卫生事件治理要素与机制研究[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2026, 21(6): 760-764.
- [6] 闪淳昌, 薛澜. 应急管理概论: 理论与实践[M]. 北京: 高等教育出版社, 2020.
- [7] 弓顺芳. 我国特大城市公共安全体系中的应急联动机制研究[J]. 江西电力职业技术学院学报, 2018, 31(1): 164-166.
- [8] 王宏伟. ICS 的演进、特点及其应对复杂性危机的困境[J]. 中国应急救援, 2026(4): 17-26.
- [9] 蒋福先, 赖丽娟. 国内外突发公共卫生事件应对体系比较研究[J]. 现代商贸工业, 2024, 45(11): 57-59.
- [10] 刘倩, 吕翼, 唐文明, 等. 综合医院公共卫生应急能力提升专项改造项目实践与探索[J]. 中国医院, 2022, 26(4): 26-28.