

1985—2015年我国医疗卫生体制改革逻辑评述

朱凤梅^①

摘要 从医疗卫生体制改革的背后逻辑出发,将1985—2015年医疗卫生体制改革划分为三个阶段:1985—1999年、2000—2008年和2009年至今。研究内容主要包括:不同时期医疗卫生体制改革面临的背景、采取的改革措施以及改革路径。提出医疗卫生体制改革顺应市场经济发展具有必然性,取消人才身份限制和发展分级诊疗应成为目前医改困局的突破口。

关键词 医疗卫生体制改革;公立医院;药品招标采购;医疗保障体系

中图分类号 R1-9; R197 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2016)01-0005-05 **DOI** 10.7664/CHE20160101

Logical Review on the Chinese Medical and Health System Reform from 1985 to 2015/ZHU Feng-mei//Chinese Health Economics, 2016,35(1):5-9

Abstract By reviewing the backgrounds and measures of medical and health system reform, it divided medical and health system reform into three stages: 1985-1999, 2000-2008 and 2009 till now. The research content mainly contained: the background of medical and health system reforms in different periods, the applied reform measurement and reform path. It was inevitability for medical and health services to comply with the market economic development. Cancelling talent identity restrict and development classification treatment should be the breakthrough for current medical reform predicament.

Key words medical and health system reform; public hospital; bidding and purchasing of medicine; medical security system

Author's address Graduate School, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing, 102488, China

1 1985年医改:财政压力下的医疗机构自主权改革

1.1 医改背景

这一时期的医疗经费由国家和企业包揽,缺乏各方筹资机制和有效的约束机制,在一定程度上刺激了不合理的医疗消费,造成卫生资源浪费。同时,卫生事业经费和投资严重不足,加之20世纪60年代以来的三次大幅度降低收费标准,致使医疗收费标准过低,医疗机构亏损严重。据国家财政部测算,仅1984年一年全国医院就亏损9.5亿元^[1]。全民所有制单位职工医疗费用由1978年的人均35.46元,增长为1985年的人均63.61元。1978—1985年医疗费用平均增长率为8.7%^[2]。

1.2 这一时期的医改政策概述

1985年4月,国务院批转原国家卫生部的《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》(国发〔1985〕62号)中指出,当前面临的主要问题是卫生事业发展缓慢,与我国经济建设和人民群众的医疗需要不相适应。上述62号文件中提出:“为了加快卫生事业的发展,中央和地方应逐步增加卫生经费和投资;同时,必须进行改革,放宽政策,简政放权,多方集资,开阔发展卫生事业的路子,把卫生工作搞活”,正是这一标志性的政策使得1985年成为我国医改的启动年。

1.2.1 完善卫生机构补偿机制。为了推动改革的顺利进行,弥补卫生经费投入不足的状况,1985年8月原国家卫生部下发的《关于开展卫生改革中需要划清的几条政策界限》中指出:“医疗卫生单位在保证完成各项

任务的前提下,从扩大服务项目和服务范围中增加的合理收入,其纯收入部分用于改善其工作和生活条件,应允许和支持。”1989年国务院批转了原卫生部、国家财政部等部门《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》(国发〔1989〕10号),这是继62号文件之后又一个推进卫生改革的重要文件。其中提出:积极推行各种形式的承包责任制;允许有条件的单位和医疗卫生人员从事有偿业余服务;进一步调整医疗卫生服务收费标准;医疗卫生事业单位实行“以副补主”,组织多余人员举办直接为医疗卫生工作服务的第三产业或小型工副业,实行独立核算、自负盈亏。1992年9月,《卫生部关于深化卫生改革的几点意见》(卫办发〔1992〕34号)确立了“建设靠国家、吃饭靠自己”的体制。

1.2.2 公费医疗、劳保医疗制度改革。至1990年底,全国享受公费医疗保健的为2 693万人,享受劳保医疗的11 160万人,另外在职工供养的直系亲属6 636万人享受半费医疗待遇。职工人均医疗开支为165元左右^[3],过高的医疗支出使得财政难以承受。1998年,国务院下发的《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发〔1998〕44号)标志着城镇职工医疗保险改革正式在全国范围内启动。与以往公费医疗和劳保医疗相比,城镇职工基本医疗保险制度典型特征为“统账结合”。

2 2000年医改:搭建医疗保障体系

2.1 医改背景

随着第一轮医疗卫生改革的不断深化,卫生事业得到了快速发展。然而,卫生改革的相对滞后以及转

^① 中国社会科学院研究生院 北京 102488

作者简介:朱凤梅(1985-),女,博士在读;研究方向:卫生经济学;E-mail: fengmei.zhu@163.com。

轨时期各种因素摩擦的影响,使得医疗卫生服务领域里一些深层次的问题逐渐暴露出来。

2.1.1 医疗卫生资源配置与结构不合理。卫生资源主要集中在城市和三级医疗机构,农村人口医疗可及性差,且占有的医疗卫生资源远远低于全国平均水平。同时农村医疗卫生资源配置也不尽合理,主要表现为乡镇卫生院机构臃肿,人员技术力量薄弱,以及村级医疗点分布不均,出现医疗服务盲点等问题^[3]。

2.1.2 医疗费用普遍上涨,个人医疗费用负担较重,城乡居民普遍感到“看病难、看病贵”。与1993年相比,1998年县医院每诊次费用和每床日费用分别上涨了232.48%和208.07%;乡镇卫生院每诊次费用和每床日费用分别上涨了141.00%和156.72%(表1)。医疗费用的快速增长,导致城乡居民因经济困难而未接受医疗服务的比例大幅上升。根据国家卫生服务调查数据,与1993年相比,1998年无论是城市居民还是农村居民因经济困难放弃就诊的比例的问题愈发严重,且因经济问题放弃住院的比例均在较高的水平(城市17.70%、农村25.10%)^[4]。

表1 1993年和1998年县、乡两级医院医疗费用情况
元

年份	县医院费用		乡镇医院费用	
	每诊次	每床日	每诊次	每床日
1993	13.02	46.32	8.83	29.72
1998	43.29	142.70	21.28	76.30

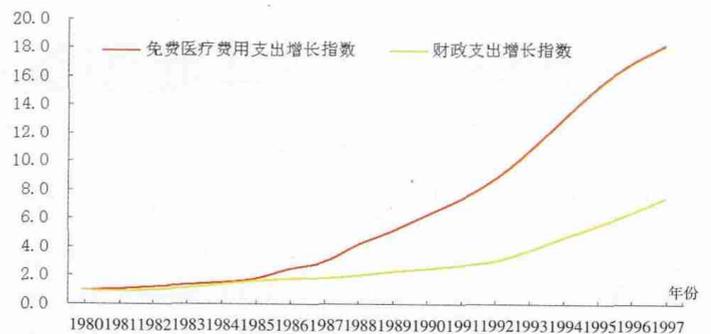
注:数据来源于1993—1998年卫生事业经费决算资料。

2.1.3 免费医疗(公费医疗和劳保医疗)支出已成为财政支出的沉重负担。1984年,原国家卫生部、国家财政部联合发出的《关于进一步加强公费医疗管理的通知》未能控制住医疗费用高涨的势头^[5]。与1980年相比,1997年政府财政支出增长7.5倍,免费医疗费用支出增长18.2倍。免费医疗费用支出增长速度远远高于政府财政支出增长速度(图1)。

2.1.4 公立医疗机构的管理体制和运行机制缺乏活力。表现在医疗资源的配置效率和技术效率均不高。医疗劳务定价过低,导致医疗机构以药养医情况严重,特别是乡镇医院。郝模等人^[6]的调查显示1986和1988年乡镇卫生院药品费收入占总收入的比例分别高达67.60%和70.50%。胡善联等人^[7]抽样调查显示,2001年乡镇卫生院药品收入占业务收入67.00%,村卫生室占89.00%,个体诊所占65.00%。基层的医疗机构主要依靠药品批零差价和批发企业及药厂的让利来维持。

2.2 这一时期的主要医改措施概述

经过20世纪80年代国家“多给政策少给钱”的时期,财政拨款的比重逐渐下降,减轻了财政负担。但问题在于政府一方面减少医院经费拨款,另一方面又



注:数据来源于历年“中国劳动统计年鉴”。

图1 1980—1997 免费医疗(公费+劳保医疗)费用与财政支出增长指数

对医疗服务价格进行管制。在这种情况下,医院想要维持运转、增加收入,唯有通过经销药品获得利润、购置大型设备增加检验项目和兴办非医性产业等手段补偿医院经费。各种不正之风的盛行,造成医药费用的快速上涨,人民群众“看病难、看病贵”。

2.2.1 医疗保险制度改革。1990年实施的劳保医疗改革以及1998年全面推开的城镇职工基本医疗保险并没有提高社会医疗保险覆盖率,与1993年相比,1998年劳保医疗和公费医疗分别减少了3.58%和0.85%,自费看病的比例相应提高了6.50%。至1998年自费比例高达76.40%,其中城市和农村分别为44.10%和87.30%^[8]。这在一定程度上与20世纪90年代国有企业改革、经济结构战略性调整导致职工下岗、失业有关,这部分人群丧失社会医疗保障(如劳保医疗)自动加入了自费的行列^[9]。

2003年,国务院颁布《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》(国办发〔2003〕3号),要求从2003年起开始新型农村合作医疗试点。之后,国家人力资源和社会保障部相继出台了《关于推进混合所有制企业和非公有制经济组织从业人员参加医疗保险的意见》(劳社厅发〔2004〕5号)和《关于开展农民工参加医疗保险专项扩面行动的通知》(劳社厅发〔2006〕11号),要求大力推进混合所有制企业和非公有制经济组织职工参加基本医疗保险。逐步扩大基本医疗保险制度覆盖面,全面推进农民工参加医疗保险工作。

2.2.2 医疗卫生体制改革。一是实施城镇医疗机构分类管理。2000年,原国家卫生部、国家中医药管理局、财政部、国家计委联合颁布《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》(卫医发〔2000〕233号),将医疗机构划分为非营利性和营利性两类,实施分类管理。放开营利性医疗机构医疗服务价格,允许其根据市场需求自主确定医疗服务项目;对政府举办的非营利性医疗机构享受同级政府给予的财政补助和税收优惠政策,执行政府规定的医疗服务指导价格,其他非营利性医疗机构不享受政府财政补助。二是重视城市

社区卫生服务工作。自1999年我国第一个发展社区卫生服务政策指导性文件《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》(卫基妇发〔1999〕第326号)颁布之后,2000年12月卫生部印发《城市社区卫生服务机构设置原则》、《城市社区卫生服务中心设置指导标准》和《城市社区卫生服务站设置指导标准》明确了社区卫生服务中心(站)应具备的基本功能、基本设施、科室设置、人员配备及管理制度等。之后,2001年卫生部发布《城市社区卫生服务基本工作内容(试行)》(2001年1月)和《关于2005年城市社区卫生服务发展目标的意见》(2001年12月)以及2006年国务院《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》(国发〔2006〕10号),一系列政策文件的出台为社区卫生服务工作的发展提供了政策支持。

2.2.3 药品生产流通体制改革。一是实行药品收支两条线管理。2000年,原国家卫生部和国家财政部联合发布《关于印发医院药品收支两条线管理暂行办法的通知》(卫规财发〔2000〕229号)提出:医院药品收支结余上交卫生行政部门,统一缴存财政社会保障基金专户,主要用于弥补医院的医疗成本和发展建设。

二是实行药品招标采购政策。2000年1月1日开始实施医疗机构药品集中招标采购。原国家卫生部先后出台了一系列配套文件,规定自2000年7月起对医疗机构所使用药品实行“集中招标采购,顺加作价”。2004年进一步扩大药品集中招标采购范围,目的是纠正医药领域的不正之风和规范医疗机构的购药行为,以期降低药品虚高价格。

2.2.4 公立医院人事制度改革。自1990年以来,随着市场经济体制目标的确立和国有企业改革的推进,公立医院也实行了进一步扩大自主权、改革人事制度和分配制度、建立新的补偿机制等。1992年9月,《卫生部关于深化卫生改革的几点意见》提出要进一步扩大医疗卫生单位的自主权。中央机构编制委员会《关于事业单位机构改革若干问题的意见》(中办发〔1996〕17号),提出差额补贴的事业单位要向自收自支或企业化管理过渡。中共中央组织部、原国家人事部等《关于深化卫生事业单位人事制度改革的实施意见》(人发〔2000〕31号)提出改革卫生事业单位的用人制度和工资分配制度。原国家卫生部《关于印发卫生事业单位人事制度改革配套文件的通知》(卫人发〔2002〕325号)提出逐步拉开不同岗位和人才之间的收入差距,上级工资管理部门逐步建立“单位分配”能高能低、重实绩、重贡献与整体效益相适应的工资总量动态调控机制。

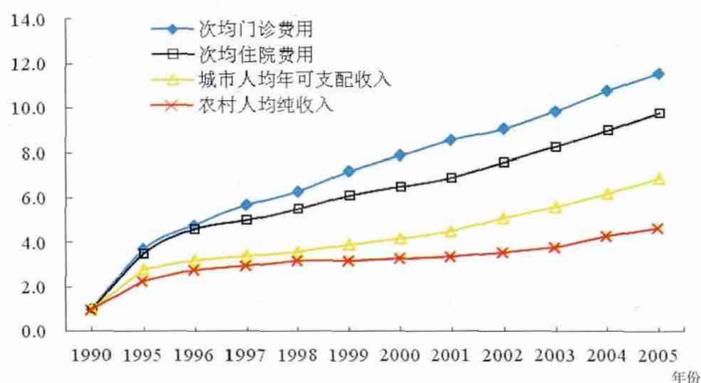
3 2009年新医改:供需方同补,构建全民医保体系

3.1 新医改背景

经过之前一系列的医疗卫生体制改革,“看病难、

看病贵”“以药养医”“政府补偿机制”以及“医保覆盖率低”等问题并没有得到有效解决,医疗卫生体制改革广受诟病,表现在:

我国卫生事业费占财政支出的比例一直处于较低水平,2005年仅为1.85%。与其他国家相比,我国医疗保障的支出也较低,甚至低于印度,2005年政府卫生支出占政府开支总额比重中国为1.00%,印度为3.50%,美国为21.80%^[10]。较低的医疗保障水平和较高的个人支出使得医药费用的快速上涨远远超过了城乡居民收入水平的增加。将1990年的次均门诊费用和次均住院费用分别定为1,对历年费用的增幅进行计算,结果显示,卫生部门所属的综合医院2003年次均门诊费用和次均住院费用分别是1990年的11.60和9.80倍,而2003年城乡民众的收入仅为1990年的6.90倍和4.70倍(图2)。



注:数据来源于《2006中国卫生统计年鉴》;《2006中国统计年鉴》。

图2 1990—2005年卫生部门所属综合医院医药费用的增长指数

医保覆盖率依然较低。根据2003年第三次国家卫生服务调查数据,看病时无任何医疗保险的城乡居民比例为65.00%,其中农村居民这一比例高达79.00%,城市居民为44.80%;拥有社会医疗保险和合作医疗的比例为26.60%,而被商业保险覆盖的比例仅为7.00%;同时,仍有2.40%的人群被劳保医疗覆盖^[11]。由此可知,较低的医保覆盖率以及快速上涨的次均门诊费用和住院费用导致百姓“看病贵”就不足为奇了。

3.2 市场化之争

个人医疗费用支出的快速增长,使我国医疗卫生体制改革再次成为社会关注的热点话题。讨论的焦点主要围绕对过去20多年的医疗体制改革的评价和未来改革的方向,政府主导派认为,“看病难、看病贵”根源在于国家对医院的直接投入不足导致的过度市场化结果,因此其改革路线应该是政府直接加大对公立医疗机构的投入,为全民直接提供基本医疗服务^[12]。市场主导派则认为,“看病难、看病贵”的根源在于医疗服务医疗保障供给严重不足,在公共财政负担能力有限

的情况下，应该通过购买医疗服务与医疗保险的方式促进民营医疗服务与医疗保障机构的多元竞争，增大服务供给^[13]。

2006年末，国家医药卫生体制改革部级协调小组成立，标志着新一轮医改正式启动。2007年，医改协调小组邀请包括北京大学、复旦大学、北京师范大学、国务院发展研究中心、世界银行、世界卫生组织和麦肯锡公司在内的7家国内外机构进行独立、平行研究，对中国医药卫生体制的改革提出指导原则和制度设计框架。8家机构（包括中国人民大学后来主动提交了另一份改革方案）就整个医药卫生体制的改革与发展给出了全面的、系统性的、综合性的建议。对于中国医药卫生体制的弊端，这8家机构的分析大同小异。而就医疗保障、公共财政与卫生筹资、医疗服务、医疗服务的监管和药品生产与流通这5个制度领域的改革分别给出了各自的建议^[14]。

历经3年多时间的大讨论之后，2009年4月6日《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6号）（以下简称《意见》）正式公布。《意见》明确提出，政府要增加对医疗卫生事业的投入，而且政府投入兼顾医疗服务的供方和需方。重点推进五项改革：一是加快推进医疗保障制度建设，二是初步建立国家基本药物制度，三是健全基层医疗卫生服务体系，四是促进基本公共卫生服务逐步均等化，五是推进公立医院改革试点。值得一提的是2006年之后，国家将原有的药品集中采购政策目标从“转换医疗机构采购模式”调整为“降低虚高药价，治理医药购销中的商业贿赂，减轻患者的医药费用负担”，药品集中采购制度淡出历史舞台，取而代之的是“以政府为主导，以省为单位的网上集中采购”^[15]。

3.3 我国医疗卫生体制现状

截至2014年，中国新一轮医改已经过去了5年，中国的医疗保险在制度上实现了人群的全覆盖。但我国社会保障制度的板块化、碎片化特征明显，表现为目前的社会保障制度将人群分割为城镇职工、城镇居民和农村居民，尽管部分地区已经走向了新农合和城镇居民医保之路，但在城镇职工中，还细分为政府机关、事业单位和企业职工。每一个社会保险类别按属地原则对应不同的风险池，使得我国的社会基本医疗保险制度基金不可持续、社会医疗保险制度呈现碎片化，不能满足多样化需求。

公立医院（这里指政府办医院）依然集中了大量的医疗资源，尤其是在医疗服务中至关重要的人力资源。尽管2013年公立医院机构数占比已降为39.1%，但其床位数占有、卫技人员占比及业务收入额占比分别高达76.1%、78.9%和86.5%^[16]。公立医院在医疗服

务市场上占据了绝对的主导地位。2015年5月8日和17日，国务院办公厅正式相继公布了《关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》和《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》，对公立医院的改革又提升到了一个新的高度。新颁布的公立医院改革意见较已往有了较为实际的动作和目标，而分级诊疗模式将成为新一轮公立医院的突破口。

自2009年以来基层医疗卫生机构主要的改革措施，一是收支两条线管理，意在打破医疗机构收入与医疗服务提供的关联。二是建立基本药物制度，将基层用药限制在基本药物目录的范围内，通过保障基层的基本药物用药，限制过度用药，为居民提供廉价、可及的药物。然而，这两个制度的实施后果实际扭曲了基层医疗卫生机构的激励机制，抑制了基层医疗卫生机构服务提供的积极性。导致基层机构对居民和患者的吸引力下降，居民更多的涌入了大医院，加剧了城市大医院的“看病难、看病贵”问题。

4 医疗卫生体制改革顺应市场经济发展的必然性

我国从计划经济体制向市场经济体制转轨以及在市场经济体制发展的过程中，经济体制的不同特征和经济发展的不同阶段决定了我国卫生改革在各阶段面临的主要问题和矛盾，也决定了卫生事业的发展顺应市场经济发展的必然性。在计划经济时期，国家对医疗服务的提供实行垄断和管制政策，政府是医疗服务的直接生产者和提供者，主导医疗卫生资源的配置。随着改革开放我国经济体制由计划经济向市场经济转轨，为了适应市场经济体系的需要，扩大医疗卫生机构的经营权和自主权成为第一轮医疗卫生体制改革的突破口，其背后的约束条件是财政压力，各级财政难以直接供养医疗卫生机构。但在医疗服务价格和药品价格管制下，必然产生医院以药养医和个人自付医疗费用大幅上涨的后果。为了解决这个问题，医疗卫生体制改革重点转向了建立全民医疗保障体系，通过社会医疗保险的方式解决个人自付医疗费用过高的问题，同时探索医保支付方式改革。但结果表明，若无供方改革的配套，医保支付方式改革很难取得预期的效果。因此，新医改把供方改革提上日程。一是对基层医疗卫生机构的改革，改革的重点是收支两条线和基本药物制度；二是对医院的改革，主要是公立医院改革。从目前的状况看，基层医疗卫生机构改革束缚了基层医疗卫生机构的发展，降低了基层医疗卫生机构的服务意愿和服务能力。而公立医院的改革，至今尚未形成可供操作的模式。

党的十八届三中全会提出正确处理好政府和市场的关系，使市场在资源配置中起决定性作用。卫生事业发展中医疗服务的提供关键在于人，目前公立机构的医务人员依然是拥有国有事业编制身份的国家干

部,受制于国有事业编制必然的行政控制,这一体制严重束缚了医生数量的增长和医生的自由流动。尽管早在1996年,中央机构编制委员会就提出差额补贴的事业单位要向自收自支或企业化管理过渡。然而由于事业单位的保障社会化改革未能同步推进,事业单位改革一直困难重重。因此,唯有让人才流动起来,同时辅以分级诊疗的推进,才可能解决目前的医改困局。

参 考 文 献

- [1] 彭瑞驰,蔡仁华,周采铭.中国改革全书(1978-1991)——医疗卫生体制改革卷[M].大连:大连出版社,1992:1-61.
- [2] 李卫平.公费、劳保医疗制度的发展及改革方向[J].中国卫生经济,1991,10(8):4.
- [3] 张奇林,杨红燕.中国医疗保障制度改革研究[M].湖北:武汉大学出版社,2007:94.
- [4] 中华人民共和国卫生部统计信息中心.第三次国家卫生服务调查分析报告[R].北京,2004:45-46.
- [5] 韩中明,高绪兰.公费医疗改革的出路是建立适应市场经济的社会医疗保险[J].中国卫生事业管理,1995(11):590.
- [6] 郝模,林子华.谈乡镇卫生院的发展危机[J].中国卫生事业管理,1990(2):80.
- [7] 胡善联,张仁伟.“乡村卫生机构药品购销体制研究”总报告[J].卫生经济研究,2003(4):3-5.
- [8] 朱铭来,丁继红.我国医疗保障制度再构建的经济学分析[J].南开经济研究,2006(4):65.
- [9] 卫生部卫生统计信息中心.卫生改革专题调查研究[M].北京:中国协和医科大学出版社,2004:29.
- [10] 中华人民共和国卫生发展研究中心.中国卫生总费用报告[R].北京,2012.
- [11] 中华人民共和国卫生部统计信息中心.第三次国家卫生服务调查分析报告[R].北京,2004:15.
- [12] 国务院发展研究中心课题组.对中国医疗卫生体制改革的评价与建议(概要与重点)[J].中国发展评论,2005(增刊1期):10-13.
- [13] 刘国恩.医改应尊重市场经济基本规律[N].21世纪经济报道,2012-03-03(2).
- [14] 余晖.一个独立智库笔下的新医改[M].北京:中国财富出版社,2014:1-15.
- [15] 何芬华,力晓蓉.药品集中招标采购历程的文献研究:1999-2010[J].中国卫生政策,2011(4):64-66.
- [16] 国家卫生和计划生育委员会.中国卫生统计年鉴[M].北京:中国统计出版社,2014.

[收稿日期:2015-11-25](编辑:李金澄)

《中国卫生经济》杂志稿约

《中国卫生经济》杂志是由中华人民共和国卫生部主管,中国卫生经济学会、卫生部卫生发展研究中心(原卫生部卫生经济研究所)主办的卫生经济专业学术期刊。自1982年1月5日创刊以来,历经30年的不懈努力,在期刊影响力方面,《中国卫生经济》杂志不但集“中国中文核心期刊”、“中国科技核心期刊”和“RCCSE中国核心学术期刊”三大核心期刊称号于一身,而且还成为了医药卫生事业管理学科期刊中最具影响力的期刊。

1 办刊宗旨

坚持党的四项基本原则,贯彻“百花齐放、百家争鸣”方针,研究社会主义卫生经济学理论,探索卫生经济客观规律,普及和提高卫生经济学知识,交流卫生经济管理和实践经验,理论联系实际,积极为卫生改革和发展服务。

2 读者对象

医药卫生行政部门及相关行政部门领导,医药卫生事业单位管理者,高等院校、科研机构的相关教学与研究人员,基层卫生经济工作者。

3 征稿范围

本刊征稿范围囊括卫生经济学所有研究领域,重点包括:卫生经济理论研究、卫生经济政策分析与评价、卫生筹资、卫生资源配置、区域卫生规划、医疗保障(医疗保险、医疗救助)、新型农村合作医疗、公共卫生服务、社区卫生服务、农村卫生服务、卫生服务价格、卫生服务调查(卫生服务需求、供给与市场)、疾病经济负担、健康投资效益、健康与行为(危害健康的行为的卫生经济学)、医院经济运营、卫生财务管理与分析、会计与审计、成本核算、药物经济以及境外卫生经济动态等。

4 投稿须知

本刊仅接受在线投稿,投稿网站:<http://www.cn-he.cn>或<http://www.中国卫生经济.cn>。

文稿书写格式执行《科学技术报告、学位论文和学术论文编写格式》(GB 7713-87)。

文稿应论点明确,论据可靠,数据准确,层次清晰,文字精练。论著、综述、调查报告一般不超过6 500字符(包括摘要、图表和参考文献),其他文稿4 500字左右为宜。文稿内容不涉及国家机密。

详见《中国卫生经济》投稿网站上的“投稿须知”栏目中的“《中国卫生经济杂志稿约》”一文,网址为:<http://www.cn-he.cn/Corp/30.aspx>。