

中国医疗卫生 改革的思考

Zhongguo Yiliao Weisheng
Gaige De Sikao

黄滢 李珊珊 骆前秋 邹炳文◎著



四川大学出版社



中国医疗卫生 改革的思考

ZHONGGUO YILIAO WEISHENG GAIGE DE SIKAO

黄 滢 李珊珊 骆前秋 邹炳文◎著



四川大学出版社

责任编辑:唐 飞
责任校对:蒋 珂
封面设计:墨创文化
责任印制:王 炜

图书在版编目(CIP)数据

中国医疗卫生改革的思考 / 黄滢等著. —成都:
四川大学出版社, 2016. 8
ISBN 978-7-5614-9795-1

I. ①中… II. ①黄… III. ①医疗保健制度—体制改革—研究—中国 IV. ①R199. 2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 194406 号

书名 中国医疗卫生改革的思考

著 者 黄 滢 李珊珊 骆前秋 邹炳文
出 版 四川大学出版社
地 址 成都市一环路南一段 24 号 (610065)
发 行 四川大学出版社
书 号 ISBN 978-7-5614-9795-1
印 刷 四川永先数码印刷有限公司
成品尺寸 148 mm×210 mm
印 张 5.75
字 数 154 千字
版 次 2016 年 10 月第 1 版
印 次 2016 年 10 月第 1 次印刷
定 价 20.00 元



版权所有◆侵权必究

◆读者邮购本书,请与本社发行科联系。

电话:(028)85408408/(028)85401670/
(028)85408023 邮政编码:610065

◆本社图书如有印装质量问题,请
寄回出版社调换。

◆网址:<http://www.scupress.net>

前 言

医疗卫生制度的改革和演进是在经济、政治、社会发展和价值取向、伦理道德需求等多个因素的共同作用下进行的，我国医疗卫生制度的改革不仅是民生问题、经济问题和社会问题，也是关乎国家稳定、中国特色社会主义道路建设成败的重大问题。新中国成立以来，我国医疗卫生制度的建设和改革大体可以分为三个阶段。

在新中国成立初期，建立起了与计划经济相匹配的国家主导的医疗卫生制度。这一时期，政府致力于建立一套成本低廉的、惠及全体国民的、高度公平的医疗服务体系。公共卫生体系、医疗服务体系、药品流通体系、医疗保障体系都由国家包揽，国家集中精力实施公共卫生计划，不引进“高大上”的医疗设备，而是采取覆盖广、成本低、执行速度快的医疗卫生措施，努力实现卫生服务的可及性和公平性。这一阶段的医疗卫生工作在当时国家经济基础相对薄弱的历史条件下无疑是成功的，国民健康状况得到大幅度提升，新生儿死亡率大幅度下降，很多流行性疾病得到彻底消除，该体制被世界卫生组织和世界银行誉为“以最少投入获得了最大健康收益”的中国模式，成为发展中国家医疗卫生工作开展的典范。

但是完全用计划方式配置医疗卫生资源逐步显现了其运行效率低、供需不平衡等问题，在国家进行市场经济改革的过程中，医疗卫生领域也开始了市场化倾向的体制改革。在支出端，城市

取消了劳保医疗和公费医疗制度，大部分人被排除在医疗保障的范围之外；农村从 2003 年逐渐开展了农村合作医疗试点工作，且缴费以自愿为主。对绝大部分社会成员来说，医疗服务上的需求能否被满足以及被满足的程度，基本取决于个人和家庭的经济能力，公共卫生领域也是如此。在供给端，医疗服务领域进行了市场化改革，政府逐渐退出医疗卫生领域的投入与监管，由此导致本时期的改革，效率有所上升而公平性和可及性却有所下降。在 2005 年 7 月 28 日《中国青年报》刊登的由国务院发展研究中心负责的最新医改研究报告中，通过对历年医改的总结与反思，认为“目前中国的医疗卫生体制改革基本上是不成功的”，引发了对深化医药卫生体制改革的大讨论。这一阶段是旧医改时期。

2009 年，《中共中央国务院关于深化医药卫生体制》和《医药卫生体制改革近期重点实施方案》等文件的发布与实施，标志着新医改的全面启动。此阶段医改以“建立中国特色医药卫生体制，逐步实现人人享有基本医疗卫生服务的目标，提高全民健康水平”为宗旨，以“坚持公共医疗卫生的公益性质，强化政府责任和投入，完善国民健康政策，健全制度体系，加强监督管理，建设覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供，不断提高全面健康水平”为指导思想，以“坚持以人为本，把维护人民健康权益放在第一位；坚持公平与效率，政府主导与发挥市场机制作用相结合”为基本原则，以“建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，为群众提供安全、有效、方便、廉价的医疗卫生服务”为总体目标。新医改从筹备到实施已经历时 10 年，新医改至今取得了一些成就：国家对医疗卫生的财政投入不断加大，医保覆盖率不断提高，碎片化的医疗保险制度不断得到整合等。但是看病难、看病贵的医疗现状并没有得到本质的缓解，医患矛盾日益白炽化，医药费用占国民收

入的比重持续上升，个人的医药费用支出增加迅速，医疗保险支付金额不断增加，收支平衡岌岌可危，旧的问题尚未得到根本性解决，新的问题又开始突显。当前，医改已经进入深水期，成为“牵一发而动全身”的关节点，各种矛盾聚焦于此，亟需深化改革，因此，确定医疗卫生制度各体系的内在逻辑和相互关系，合理地进行顶层设计和制度创新，使之具有可操作性、前瞻性和持续性，是我国医疗卫生改革能否成功的关键所在。

本书试图首先依据经典理论剖析药品与医疗服务的本质，对我国医药卫生体制改革实践进行回顾和梳理，探索当前医改中存在问题的历史根源，梳理和比较分析部分发达国家的医疗卫生体制沿革，归纳其医疗卫生体制改革的经验教训，然后在此基础上提出一系列对中国医疗卫生体制改革的建议。本书共9章。第1章主要阐释了我国医疗卫生制度改革的历史演进过程，将我国医疗卫生制度改革分为三个阶段：第一阶段为1949—1978年计划经济时期的医疗卫生制度；第二阶段为1978—2006年旧医改时期，此阶段是在经济体制改革下进行的具有明显市场化倾向的医疗卫生制度改革；第三阶段为2006年至今，2006—2008年为旧医改与新医改之间的过渡期，之后医疗卫生制度改革进入新医改阶段。通过对三个阶段医疗卫生制度的主要特点、运行机制的分析，追溯了我国当前医疗卫生改革问题症结的历史根源，为提出合理建议提供历史基础。第2章主要针对国外医疗卫生体制的沿革进行了介绍和比较分析，总结了其各自的特点和经验教训。第3章立足于理论分析，主要回答药品、医疗服务的性质问题，通过对公共产品理论的探析和运用，论证了药品与医生服务的多元化性质结构，为市场与政府针对不同医疗卫生领域发挥不同作用提供了理论依据。第4章针对药品与医生服务的多元化性质，论述了市场与政府在不同领域发挥的不同作用。第5章对医保控费机制进行了分析和阐释，主要从支出端论述如何控制医疗费用，

通过完善进入医保的药品和医生服务的准入机制，优化药品和医生服务在医保报销中的比例来控制医疗费用的增长。第6章主要探讨医疗服务价格机制，按医疗服务性质将其分为纯公共产品、纯私人产品和混合产品，针对不同产品性质的医疗服务采取不同的价格形成机制来完善医疗服务价格机制。第7章对医疗卫生体系中的要素——药品的多元化性质结构进行了分析，提出对于不同药品性质类型的价格形成机制，市场和政府发挥着不同的作用，然后对专利药品、独家药品的价格谈判机制提出了政策建议。第8章通过分析医生收入制度、医保制度与医德和医患的关系，提出解决医患关系、提高医德的根本在于完善医生收入制度与医保制度。第9章研究全科医生、家庭医生与分级诊疗体系，首先针对全科医生与家庭医生的含义进行了辨析，通过对分级诊疗体系的运行机制、特点进行考察，发现我国分级诊疗体系建设中仍然存在的问题，借鉴国外分级诊疗体系构建的经验，提出了建设我国分级诊疗体系的建议，其中建设和完善分级诊疗体系的关键之一是加强全科医生制度的建设。

本书第1章、第8章由李珊珊执笔，第2章、后记由骆前秋执笔，第3章、第5章由黄滢执笔，第4章、第6章由邹炳文执笔，第7章和第9章由黄滢、李珊珊、邹炳文、骆前秋共同执笔，黄滢负责书稿写作的协调与本书编辑相关事宜。

著 者

2016年5月于四川大学

目 录

第 1 章 我国医疗卫生制度的历史沿革	(1)
1. 1 1949—1978 年计划经济时期的医疗卫生制度	(2)
1. 2 1978—2006 年旧医改时期的医疗卫生制度	(9)
1. 3 2006 年至今新医改时期的医疗卫生制度	(26)
1. 4 新医改的意义	(41)
第 2 章 发达国家医疗卫生体制概述	(43)
2. 1 美国的市场主导型医疗卫生体制	(43)
2. 2 德国的社会保险型医疗卫生体制	(52)
2. 3 英国的福利型医疗卫生体制	(58)
2. 4 日本的医疗卫生体制	(67)
2. 5 不同国家的医疗卫生体制改革对中国的借鉴意义	(75)
第 3 章 药品、医生服务的性质界定	(78)
3. 1 对公共产品属性界定的简要回顾	(78)
3. 2 药品、医生服务的性质	(86)
第 4 章 市场机制与政府管制的双重作用	(91)
第 5 章 医保控费机制和医保支付制度	(96)
5. 1 进入医保支付范围的药品与医疗服务的确定机制	(98)
5. 2 药品和医疗服务在消费过程中的控费机制	(99)

第 6 章 医疗服务价格机制 ·····	(102)
6.1 营利性医疗机构的医疗服务价格形成机制 ·····	(107)
6.2 非营利性医疗机构的医疗服务价格形成机制 ·····	(107)
第 7 章 完善药品价格机制 ·····	(110)
7.1 我国药品价格形成和管理机制 ·····	(110)
7.2 构建国家层面的专利药品和独家生产药品价格谈 判机制 ·····	(116)
第 8 章 医生收入制度、医保制度与医德和医患的关系 ·····	(129)
8.1 制定合理的薪酬制度，提高医生薪酬待遇 ·····	(136)
8.2 适度的工作强度 ·····	(138)
8.3 加强医德教育 ·····	(139)
8.4 加强医疗法制建设，保护医患双方的正当利益 ···	(141)
第 9 章 全科医生、家庭医生与分级诊疗体系 ·····	(143)
9.1 全科医生、家庭医生辨析 ·····	(143)
9.2 全科医生与分级诊疗体系的关系 ·····	(145)
9.3 我国分级诊疗体系现状及存在的问题 ·····	(147)
9.4 西方国家医疗体系建设实践 ·····	(150)
9.5 全科医生在分级诊疗和卫生防疫中的作用 ·····	(156)
9.6 借鉴与建议 ·····	(157)
后 记 ·····	(160)
参考文献 ·····	(163)

第1章 我国医疗卫生制度的历史沿革

医疗卫生制度是在一定的经济、政治、社会和价值取向等多方面影响下逐渐形成的，并处于不断的发展变化中，特别是在某方面的问题积累到一定程度，发生了某些危机事件，引起社会舆论关注时，整个医疗制度的变化就会加快，并最终通过一定的政治程序予以解决。新的制度实行之后，新的问题可能又会出现，从而引发下一次医改的可能。问题总是促进变革的奇迹，而变革的方向、方法等又受到经济、政治、社会和价值的影响和限制。^① 我国医疗卫生制度的历史变迁也不例外，它根植于当时中国的政治、经济环境，受人们的社会价值形态和意识观念的影响。^② 本书对我国医疗卫生制度沿革的历史阶段的划分主要依据我国经济体制的发展，以及影响医疗卫生体系变迁的重大政策、事件，并结合当前学者的主要划分方法，将其大致划分为三个阶段。

① 蔡江南. 医疗卫生体制改革的国际经验 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2016: 5—9.

② 张鹏. 医疗卫生产品供给及其制度安排研究 [D]. 天津: 南开大学, 2009: 137.

1.1 1949—1978 年计划经济时期的医疗卫生制度

1.1.1 医疗服务供给制度

1.1.1.1 公立医院情况

公立医院通常是指由政府或者其他国有企业、事业单位出资兴办的医院。^① 从新中国成立到 1954 年前后这一段时期，既是国民经济恢复的重要时期，又是国家医疗卫生系统的奠基时期。这一时期，我国的医疗卫生保健组织机构初步建立并不断完善。1949 年 11 月成立的“中央人民政府卫生部”在 1954 年更名为“中华人民共和国卫生部”，领导全国医疗卫生体制的建立和完善工作。^② 新中国成立之初，公立医院主要由部分人民解放军野战医院转变的地方医院和旧政府、外国教会及慈善机构等遗留下来的医疗机构组成。在新中国成立之初的新民主主义社会制度下，政府允许民营医疗机构的存在和发展，卫生部规定公立医院、民营医院和公私合营医疗机构要相互促进、相互合作。到 1950 年，全国卫生系统从业人员 61.3 万人，其中私人开业人员 48 万人（占 78.3%），集体所有制卫生机构 0.3 万人（占 0.5%），全民所有制卫生机构 13 万人（占 21.2%）。^③

① 李玲，江宇. 中国公立医院改革——问题、对策和出路 [M]. 北京：社会科学文献出版社，2012：42.

② 陈海峰. 中国卫生保健史 [M]. 上海：上海科学技术出版社，1993：87.

③ 钟东波. 我国的公立医院体制改革——历程、绩效、原因机制及政策建议 [C] // 中国改革国际论坛暨中国改革的下一步：变化与选择国际研讨会论文集. 2008.

从20世纪50年代开始,我国医疗卫生体制进入全面发展时期,逐步建立了与当时计划经济相联系的医疗卫生体系。随着“一五”计划的实施,国民经济得到了一定程度的发展。在社会主义改造、基本建设、工业、农业、交通运输业等方面取得巨大发展的同时,政府投资建立了一大批公立医院。国家对公立医院先后实行“全额管理、差额补助、结余上缴”和“分级管理、定项补助、预算包干”的财务管理制度。除政府卫生部门所属医院外,还有工业及其他部门所属医院,形成多部门办医的格局。与此同时,民营医疗机构也得到一定的发展。据统计,截至1956年,由私人开业医生组织的农村城市联合诊所已由1950年的803个发展到51000个以上。到1958年,大部分转为公社卫生院和城市街道医院或卫生院(所)。

当时特定的社会制度决定了医疗供给是以社会公平性优先的定位,医疗制度是社会主义制度下的福利制度,我国公立医院无论是在质量还是在数量上,均占绝对优势,且这些医院以事业单位的身份受政府管制,并享受政府财政补贴。由于片面强调医院的福利性,自1958年以来,三次大幅度降低医疗收费标准,低成本收费,公立医院补偿严重不足,给原有的卫生管理体制和一些卫生机构均带来严重的破坏,卫生装备条件和服务能力有所下降,使医院的卫生资源不能充分发挥应有的作用,医疗服务供需矛盾日趋尖锐,看病难、住院难、手术难成为社会热点,医院发展不能适应我国经济建设和人民群众对医疗卫生服务的需求。^①

这种按计划配置医疗资源的方式是以计划经济为基础的。由政府决定资源的分配包括统一分配医疗资源,统一安排医疗机构及其发展规模、收费标准等,从社会整体利益出发来规划医疗资

^① 蒋祥虎. 公立医院运行机制改革创新研究 [M]. 北京: 中国经济出版社, 2005: 3.

源的配置，在较大程度上体现了医疗系统的公平性和整体性。

1. 1. 1. 2 医院的管理、运行机制

计划经济时期，政府对医疗卫生机构实施严格规制。规制范围涵盖医疗卫生机构的人、财、物等服务要素，以及生产、分配、消费等各环节，医疗卫生机构缺乏经营管理自主权。政府实行“管办不分”的医院管理体制，既管理又举办医疗卫生机构。在财务管理方式上，采用统收统支的集权管理方式，医疗卫生机构是政府卫生主管部门的附属单位，缺乏经营管理自主权。政府编制部门控制和审批医疗卫生机构的编制人数，职工由政府卫生主管部门派遣，职工工资由政府人事部门确定，与工作绩效无关，管理层由政府卫生主管部门任命，无权罢免职工。资金由财政部门拨付，实行统收统支。医疗卫生机构业务收入、支出与职工经济利益无关，职工缺乏利益动机投身于医院的增收节支活动。药品、器械按国家计划价格调拨，没有讨价还价余地，也不存在购买药品、耗材与器械的回扣与让利。

1. 1. 1. 3 医疗服务体系形态

受当时城乡经济二元结构的影响，医疗卫生体系的构建也呈现出二分化。通过政府统一规划、大力投入，医疗服务体系得到迅速发展，形成了包括医疗、预防、保健、康复、教学、科研等在内的布局合理的医疗服务体系。在城市地区有由市、区两级医院和街道门诊部组成的三级医疗服务和预防体系；在农村地区形成了以县医院为龙头、以乡镇卫生院为枢纽、以村卫生室为基础的三级医疗预防保健网络，医疗服务可及性大幅度提高。

到 1965 年，全国省、市、自治区和地区级以及县级的医疗机构、卫生防疫站、防治所、妇幼保健院（所/站）都已建立起

来, 疗养事业也有了明显的发展。^① 据统计, 截至 1965 年, 全国医疗卫生机构数发展到 224266 个。其中, 疾病预防控制中心 2499 个, 专科疾病防治院 (所/站) 822 个。全国妇幼保健院 (所/站) 从 1955 年的 3944 个发展到 1960 年的 4213 个。^② 全国卫生工作在控制各种传染病、地方性疾病、常见病和保障母婴健康方面取得了显著的成绩。

1.1.2 公共卫生供给制度

在医疗卫生资源紧约束的现实条件下, 为迅速提高人民群众的健康水平, 我国从实际出发, 探索建立实用型的公共卫生服务体系。依靠经过短时间培训的拥有较低技能的医护工作者作为公共卫生和基本医疗服务的提供主体, 各级政府大力发展了劳动力密集型 (如采集中草药) 而不是资本密集型的医疗技术 (如大型医疗设备), 强调落实预防和初级卫生保健工作, 政府集中精力实施公共卫生计划, 而不是单纯地关注个体的医疗和健康需求。通过广泛开展爱国卫生运动, 消灭了老鼠、苍蝇、蚊子、臭虫等“四害”; 给民众免费注射多种预防传染性疾病的疫苗, 以防御天花、肺结核等疾病的侵害。依托各级政府行政组织落实的公共卫生措施, 具有成本低、执行速度快、群众广泛参与的特点, 大大降低了疾病发生率, 从而减少了居民对医疗服务的需求, 同时显著地提高了居民的健康水平。医生采取固定工资制度, 没有趋利动机, 基本上不存在过度医疗行为, 医疗卫生资源利用充分。但是在“反右倾”斗争中, 有些卫生组织干部和医药卫生专家受到了“拔白旗”“反右批斗”等打击, 相关卫生保健机构陷入瘫痪,

^① 钟东波. 我国的公立医院体制改革——历程、绩效、原因机制及政策建议 [C] // 中国改革国际论坛暨中国改革的下一步: 变化与选择国际研讨会论文集. 2008.

^② 数据来源: 《2013 中国卫生统计年鉴》。

很多卫生防疫机构和妇幼保健机构被取消，卫生保健工作受到巨大损失。另外，卫生工作的规划、计划和工作制度也遭到破坏，医药卫生科研规划无法落实，许多科研工作不能进行。卫生法规都已失去作用，各种保障人民健康的卫生防疫条例不能执行。^①医疗卫生机构从1960年的261195个减少到1970年的149823个，其中，妇幼保健院（所/站）从1960年的4213个减少到1970年的1124个。^②直到“文化大革命”结束后，卫生保健工作才逐渐开始恢复。

1.1.3 医疗保障制度

1.1.3.1 城镇的公费医疗制度和劳保医疗制度

在计划经济时期，我国医疗保障制度主要由城镇的公费医疗制度和劳保医疗制度、农村的农村合作医疗制度组成。在城镇，由国家向国有单位机构提供公费医疗和劳保医疗福利，再由国家对医疗服务的供给进行筹资和组织，国家拥有所有的医疗机构，直接向所有的医疗服务提供者支付工资。公费医疗制度是对机关和事业单位工作人员以及大专院校学生实行的一种免费的医疗预付体制。享受公费医疗的人群主要包括国家机关及全民所有制事业单位的工作人员和离退休人员、高等院校学生、革命残废军人等。实行公费医疗制度的单位是机关事业单位。公费医疗经费全部由国家通过财政预算进行支付。公费医疗经费的水平由国家根据职工的需求、国家的财力确定每人每年享受公费医疗待遇的预算定额，将经费拨给地方财政，超支部分由地方财政补贴。劳保医疗制度是我国劳动保险制度的一个组成部分，是对企业职工实行免费、对其家属实行半费的医疗保障制度。享受劳保医疗待遇

① 陈海峰. 中国卫生保健史 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1993: 83.

② 数据来源: 《2013 中国卫生统计年鉴》。

的有全民所有制企业、交通运输部门、金融等，还有区、县以上集体企业。劳保医疗经费来源于本企业的纯收入。参加公费医疗和劳保医疗的人员可免费接受大量的门诊和住院服务，收益范围可延伸到参与者家属。

1.1.3.2 农村的农村合作医疗制度

农村合作医疗制度从20世纪50年代后期发展起来，在60年代后期得到广泛发展，是农民依靠集体经济的力量在自愿互利的基础上建立起来的社会福利制度。农村基层医疗卫生技术主力及核心是“赤脚医生”队伍，其报酬为工分加微薄补贴。国家财政拨款县医院和公社卫生院的基本建设和设备购置经费及人员工资，并补助医院部分开支。对集体性质的卫生院的基本建设、设备购置和工资给予少量补助。药物由国家定价，通过补贴药厂严控药价，集资渠道主要是村民缴纳的医保费，公益金来源主要是药物利润所得。^① 合作医疗站的财产是集体财产，合作医疗站的人员报酬由集体经济支付，合作医疗基金由农民个人和集体共同筹集。

1.1.4 计划经济体制下医疗卫生服务的成就

计划经济体制下的医疗卫生制度是与特定生产力和生产关系相适应的。在生产力相对落后，国内矛盾复杂的计划经济时期，这种由国家承担绝大部分医疗费用的模式不仅保证了国民就医的基本权利，也体现了社会主义的优越性。计划经济体制下的医疗卫生制度使得国家将有限的资金投入到了保证国家安全和生产性领域的建设中去，初步建立完整的工业体系和国民经济体系，为实

^① 周毅. 医疗体制改革比较研究 [D]. 杭州: 浙江大学, 2014.

现国家工业的现代化创造了条件，是特定历史条件下的必然选择。^①

在这一时期，政府一直致力于建立一套廉价的、惠及所有居民的基本医疗服务体系，形成了覆盖面很广的医疗保障机制。在城镇地区，公费医疗制度和劳保医疗制度基本覆盖了所有劳动者，多数职工家属也能够报销部分医疗费用；在农村地区，农村合作医疗制度最高覆盖了90%的农村人口。三项保障制度使全国绝大部分人口在发生疾病风险时都可以得到不同程度的费用保障。在医疗服务体系供给方面，医疗机构的人员工资、医疗设备投入主要来自政府，药品价格也受到政府严格控制，因此，医疗服务体系在提供基本医疗服务的同时也具有转移支付功能，即使未参加任何形式医疗保障的居民，看病时也已经获得政府的补贴，由此确保了全国绝大多数居民特别是经济困难群体能够看得起病，从而大大提高了医疗事业的可及性、公平性。这一时期的医疗卫生体系成绩显著，人均期望寿命迅速提高，孕产妇死亡率和婴儿死亡率大幅度降低，各种传染病得到了有效控制。^②但是，由于我国医疗卫生体系是适应计划经济体制建立起来的，计划经济的低效率必然“导致医疗卫生投入和专业技术教育赶不上医疗服务体系的迅速扩张，致使医疗卫生服务的总体技术水平较低；经济、社会发展的不平衡状况，导致地区之间、城乡之间在医疗服务体系发展和医疗保障水平上存在很大差距；过分严格的政府计划管理，在一定程度上影响着医疗服务机构及医疗人员的

① 周海沙，李亚青，李卫平．我国公立医院政策演化评述[J]．中国医院管理，2005（8）：9—13．

② 张鹏．医疗卫生产品供给及其制度安排研究[D]．天津：南开大学，2009：141．