

张 宁,王 玮. 疾病诊断相关组支付制度改革对医院信息化的影响及对策[J]. 中华医学图书情报杂志, 2021, 30(2): 75-80.

DOI: 10.3969/j.issn.1671-3982.2021.02.012

· 医院信息管理 ·

## 疾病诊断相关组支付制度改革对医院信息化的影响及对策

张 宁<sup>1</sup>, 王 玮<sup>2</sup>

[摘要] 根据我国新医改的发展进程、医保支付政策和疾病诊断相关组支付方式的发展历史,以病案首页作为数据采集来源,通过病种组合计算相对权重的方式,实现医保结算的预付费制度。面对疾病诊断相关组支付方式给我国医院信息化工作带来的新要求和挑战,提出了医院信息化工作应对疾病诊断相关组支付方式时的相关对策。

[关键词] 疾病诊断相关组; 医保支付; 医院信息化

[中图分类号] R197.324

[文献标志码] A

[文章编号] 1671-3982(2021)02-0075-06

### Effect of payment system reform for disease diagnosis-related groups on hospital information system construction and its countermeasures

ZHANG Ning<sup>1</sup>, WANG Wei<sup>2</sup>

(1. Beijing Aerospace General Hospital, Beijing 100076, China; 2. Chinese PLA General Hospital No. 5 Medical Center, Beijing 100071, China)

Corresponding author: WANG Wei

[Abstract] The advance payment system for the setting account of medical insurance was developed by calculating the relative weight of disease diagnosis-related groups with the first page of medical records as its data collection source according to the development of new medical insurance reform and the policy of medical insurance payment. Certain countermeasures were put forward for hospital information system construction in our country in order to meet the new requirements and challenges of the payment methods of disease diagnosis-related groups.

[Key words] Disease diagnosis - related groups; Medical insurance payment; Hospital information system construction

2009 年 4 月,《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》的发布标志着新一轮医疗卫生体制改革(以下简称“新医改”)的启动。2009-2011 年,国务院、卫生健康委员会(简称“卫健委”)、发展和改革委员会等和地方政府陆续出台了

多项新一轮医改的相关文件<sup>[1]</sup>。系列政策文件构成了新一轮医改的政策体系,指导该项工作向前推进。新医改的目标是建立基本的医疗卫生服务制度,医疗保障体系建设是新医改的重要内容之一。医保支付制度改革是医疗保障体系建设中的关键环节,是撬动“三医联动”的重要杠杆<sup>[2]</sup>。医保是医疗服务最大的买单方,支付制度改革对医疗机构的医疗服务效率、效能,以及药品的生产和流通产生“鞭梢效应”<sup>[3]</sup>。医院信息化工作是医院业务环节的“中枢神经”<sup>[4]</sup>,如何在疾病诊断相关组(Diagnosis Related Groups, DRG)支付制度改革的背景下发挥技术优势,支撑 DRG 支付制度改革是包括医院在内

[作者单位] 1. 北京航天总医院,北京 100076; 2. 解放军总医院第五医学中心,北京 100071

[作者简介] 张 宁(1982-),女,硕士,高级工程师,研究方向为医院管理。

[通讯作者] 王 玮(1967-),女,本科,副主任技师,研究方向为医院管理。E-mail: wangwei05@163.com

的医保相关各方讨论的重点。

## 1 DRG 发展及在我国的应用

DRG 是用于衡量医疗服务质量效率及进行医保支付的一个重要工具,其实质是一种病例组合分类方案,即根据年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归和资源消耗等因素,将患者分入若干诊断组进行管理的体系<sup>[5]</sup>。它诞生于 20 世纪 60 年代末的美国,解决了医疗服务提供者服务的可比性问题,便于医保部门选择优质医疗服务<sup>[6]</sup>。不同医疗服务提供者之间收治的患者个性化差异较大,很难应用单一指标直接比较。为了解决这个问题,“病例组合”(Case-Mix)将临床过程相近和(或)资源消耗相似的病例分类组合成为若干个组别,组与组之间采用“权重(Weight)”指标反映各组的诊疗难易程度。这样,处于同一病例组合的病例就能直接进行比较,不同病例组合的病例则通过权重进行调整后再进行比较。

DRG 重点关注“临床过程”和“资源消耗”2 个维度。若分组结果在同一个 DRG 组内,则说明其病例的临床过程相似、资源消耗相近。疾病类型通过疾病的“诊断大类”(Major Diagnostic Categories, MDC)辨别,治疗方式则依据“外科手术、非手术操作、内科”进一步区分,病例的个体特征则通过年龄、性别、出生体重(新生儿病例)、合并症、并发症等变量反映<sup>[6]</sup>。

国家医疗保障局(简称“医保局”)发布了《关于印发疾病诊断相关分组(DRG)付费国家试点技术规范 and 分组方案的通知》及《国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)细分组方案(1.0 版)的通知》,明确了我国采用的 DRG 分组及细分组规范标准。DRG 作为公立医院的主要医保支付方式,已在 30 个城市试点。各试点城市及所在省份要在国家 DRG 付费试点工作组的统一领导下,按照“顶层设计、模拟测试、实际付费”3 步走的思路,确保完成各阶段的工作任务,2020 年实现模拟运行,2021 年启动实际付费<sup>[7]</sup>。

## 2 医院信息化工作现状

### 2.1 医疗服务外部环境变化加速

新一轮医改实施以来,与医院服务息息相关的政策相继出台。相关政策的频繁出台、快速试点、快

速反馈、快速调整是改革过渡时期的基本特点。医院作为改革的关键节点,势必受到政策因素的影响,并随之调整变化。

随着信息基础技术、网络信息技术、生物科学技术的飞速发展,医工结合持续深入,特别是 5G、物联网、大数据技术、云计算、人工智能等技术在医疗领域的应用,医疗水平的进步不断加速。人们的健康观念不断变化,健康意识不断提升。2016 年出台的《“健康中国 2030”规划纲要》明确指出,随着生活水平的不断提升,人们对健康的需求已从“治病”向“治未病”“促进健康”转变。人们健康观念的转变对医疗服务的影响深远,医疗服务的信息化保障要满足实时、便捷、准确、安全等需求。这些外部环境的变化要求医院的信息化基础工作与时俱进。

### 2.2 信息化资金投入不均衡

信息化建设的管理价值越来越受到医院的重视,医院纷纷加大对信息化建设的投入,但各级医院的信息化投入并不均衡。2019 年 9 月,中国医院协会信息专业委员会发布的《2018-2019 年度中国医院信息化状况调查报告》(简称“调查报告”)显示,2018-2019 年度三级医院中信息化建设年投入金额在 200 万元以上,投入占比明显高于三级以下医院,而年投入金额在 200 万元以下所有区间的对比情况则完全相反,说明三级及以下医院在信息化建设方面的年投入金额具有显著差异,三级医院对信息化建设的投入金额更大;医院 2018-2019 年度信息化投入预算占年度预算的平均比例约为 1.13%,较 2017-2018 年度(为 1.09%)有所增长。

### 2.3 信息标准化建设水平不高

信息标准化和规范化一直是我国医院信息化建设面临的核心问题。医院的信息标准化强调医院医疗信息编码的统一性和一致性,包括药品编码、电子病历数据结构、手术操作编码及彼此间的统一互认等。但根据国家卫生统计信息中心提供的通过全国百强医院各类信息化等级测评的医院数据显示,有 65% 的百强医院未通过等级评测;通过等级评测的医院中,通过互联互通标准化成熟度测评的医院有 32 家,通过电子病历系统应用水平分级评价的医院有 13 家,通过电子病历应用成熟度评估的医院只有 10 家。

### 3 DRG 支付制度改革带来的影响

#### 3.1 DRG 对医院领导战略决策的影响

##### 3.1.1 对绩效考核模式的挑战

医院原有的绩效考核模式重点放在激励粗放式规模增长,科室只有增收才能获得绩效奖励。DRG 付费背景下,需建立新的绩效考核模式激励追求内涵质量效益的增长,更加关注精细化运营。医院必须提升医疗服务能力,加强成本管控,否则医保不买单,医院增收不增效。

##### 3.1.2 对病案首页质量的要求

DRG 付费的重要依据是病案首页,因此要求医院重视病案书写,即所谓的“向每份病历要效益”。如果不熟悉 DRG 规则,忽视病案首页的质量,病案首页的主要诊断、次要诊断及并发症等信息存在缺陷等,将直接影响医院的医保支付额度。

##### 3.1.3 对功能定位病种结构的挑战

目前医保支付按照总额预算与均次费用考核相结合的支付方式。对于中小基层医院来说,担心费用超编不敢接诊本来可以诊疗的疾病,患者就会转诊至上级医院,造成大医院患者的“虹吸效应”越来越强。DRG 支付方式基于医院“同病同价”原则,按照医院功能定位确定不同的支付系数,因此需要医院明确适合自身定位的学科建设方式和重点诊疗病种和病组。这对医疗服务能力不足、学科建设及病种与功能定位不匹配的中小型基层医院冲击最大。

##### 3.1.4 对成本控制的冲击

目前,医院为了防范药占比超标和防范医疗纠纷,需要做不必要的“防御性”医技检查。由于医疗服务收费价格不合理,通过医技检查获得收益被称为“以技补医”。DRG 支付背景下,按照病种预算包干,多开检查、多用药、多用耗材都成为医院的成本。医保有了病种的“买价”,作为医疗服务提供方的医院需要了解 DRG 病种到底“卖价”多少才合理,医院需清楚病种的成本才能“讨价还价”,所以对医院最大的冲击是通过大数据信息化手段核算 DRG 病种的成本。

##### 3.1.5 对信息化建设的挑战

DRG 支付背景下,医院信息化主要面临以下不利因素:信息单一局限,孤立性大,重复度高;数据应用缺乏弹性,可用度低,开放性差;诊疗数据缺乏标

准化及系统化;数据信息交流及再处理能力差;存在信息安全隐患。要实施 DRG 支付,医院信息化建设还需要关注 DRG 分组情况,加强病案质控,分析病种成本效益,这要求信息化建设横跨业务、质控、财务等部门进行工作协同,将业务和财务进行有机融合。

实施 DRG 支付后医院信息化面临的具体挑战主要来自 5 个方面。

一是对病案管理系统质控的挑战。DRG 分组依据病案首页数据,分组精准与否直接取决于病案首页的质控效果。这对医院病案首页管理信息化的质控设计提出了更高要求。

二是对信息统一编码的挑战。医学信息因使用者不同,概念表达标准不一致,编码也随之出现差异。而 DRG 收费模式依赖医疗服务相关信息的标准化,即诊疗过程必须采用统一的信息标准表示。

三是对分组器辅助分组能力的挑战。DRG 分组是否合理取决于分组器依据分组规则对病案首页信息的分组能力,DRG 分组器辅助分组的质量越高,病种分组越趋于合理,对医院获得医保支付越有利。

四是对各子系统间数据共享与交换的挑战。病案首页数据经过分组器分组后进入各 DRG 细分组,DRG 在数据采集过程中需要在医院管理信息系统的病案系统、电子病历系统、费用结算系统等之间进行数据交换,各子系统需要支持数据的无缝共享和交换。

五是对数据权限逻辑的挑战。数据合理权限分配是医院信息化建设的核心内容,实施 DRG 支付后,病案首页中患者的个人隐私数据、疾病分组过程中的诊疗数据、医保结算的财务数据等都是医院信息化建设中最为核心的运营数据。这些数据分配给哪些角色、角色如何分组、分组权限是否存在交叉等合理授权访问问题都是开展 DRG 支付后医院信息化建设面临的挑战。

#### 3.2 DRG 对医疗服务带来的影响

从医院整体发展模式而言,在 DRG 付费下,医院将从规模化发展转变为差异化、精细化发展,需要从医疗技术能力、医疗质量、运营效率、运营成本等多方面综合评价和建设医院学科,走差异化的学科

发展道路。医院可通过病种结构的优化,持续做强优势学科,调整一般性学科,控制弱势学科。

从医院临床管理方面而言,需要从临床规范、治疗流程、质量管理等多个角度进行优化,全面体现医院降本增效的要求。尤其需加强临床规范的管理,以临床路径为核心,以保障医疗效果、降低医疗费用及成本为目标,在临床路径的制定过程中融入卫生经济的因素,从根本上保障医院运营效率的提升和运营成本的降低。根据 DRG 付费和医院内部管理的要求,完善、建设医院的信息系统。一方面建设 DRG 管理系统,以保障 ICD 编码、病案数据、DRG 分组结果、DRG 费用结算、数据统计等准确无误;另一方面应提升医院信息系统(hospital information system, HIS)、电子病历系统、运营管理系统等信息系统的应用水平,并适配 DRG 付费的各项要求。

此外,医院应严格控制诊疗成本,加大信息预警的力度,从而避免大处方和不必要的检查等行为。医生需重视病案首页的规范,因为如果病案首页填写不准确或信息缺失,会对后续的医疗支付直接产生影响。

### 3.3 DRG 对医院学科建设带来的影响

公立医院绩效考核计算医疗服务收入占比的公式:“医疗服务收入占比=医疗服务收入/医疗收入×100%”。其中医疗服务收入包括挂号、床位、诊察、治疗、手术、药事服务、护理的收入;医疗收入是门诊收入和住院收入之和。医疗服务收入占比是反映医院收入结构的重要指标,占比越高,说明药品、耗材及检查检验占比总体降低,越能反映医疗服务价格的合理性。

此外,DRG 权重(RW)和费率是影响 DRG 支付的 2 个重要因素。通常而言,医疗成本数据比医疗费用数据更易获取,住院费用则分为“医疗”“护理”“医技”“药耗(药品耗材)”“管理”5 类,目前多数 DRG 方案均采用医疗费用历史数据法计算基础权重,DRG 权重的计算公式:DRG 权重=该 DRG 中病例的例均费用/所有病例的例均费用;DRG 费率的计算公式:当年 DRG 费率=当年预测住院总费用/预测 DRG 总权重。

医院若希望得到较好的医保支付,就必须了解 DRG 相关指标,特别是核心的病例组合指数(Case-

Mix Index, CMI) 的意义。

CMI 的计算公式:病例组合指数(CMI)=Σ(某 DRG 权重×该医院 DRG 病例数)/该医院全体病例数。

CMI 值越大,说明治疗病例的技术难度越高。一般而言,病种风险越高,说明医疗服务能力越强,医疗服务的收入相应越高。虽然目前 DRG 权重测算是按照医疗费用测算的,但随着病种成本核算的精细化水平不断提升,医务人员服务的价值及价格将处于上调趋势,检查检验收入、药品收入和耗材特别是高值耗材收入总体则处于严格管控和降价趋势。

## 4 相关对策

### 4.1 提升基础数据的可用度

DRG 支付对医院管理信息化建设提出了更高的要求。医院信息化系统不但是支持医院运营的数据承载平台,更是分析数据和辅助决策的支持工具。医院信息化建设应根据自身的特点研发或引进部署符合 DRG 支付模式的新型医疗数据分析系统,让业务数据不再以割裂的数据列表形式呈现,而是将其作为整体进行分析。

### 4.2 加强医院 DRG 相关的信息标准化

概念表达标准不一致、编码不统一的现象在当前国内医疗系统是普遍存在的。驱动信息标准化发展的动力是信息交换和共享的需求<sup>[8]</sup>,在医疗健康领域,信息标准相互之间存在不一致、不统一是医院信息化面临的巨大挑战。

DRG 支付模式的成功必须依赖于医疗服务相关信息的标准化,即治疗效果必须采用统一的信息标准表示。如相同的病情必须使用统一的疾病编码,患者服用药品必须使用统一的药品编码,医疗服务项目和手术项目代码也必须统一<sup>[9]</sup>。

### 4.3 引导医生适应 DRG 的医疗服务习惯

在保证患者安全的情况下,要积极改进医院的管理,优化人才结构,积极实施精细化管理,改进诊疗方案,积极快速扭转医生不正确的诊疗习惯,做到合理用药、合理检查、合理治疗<sup>[10]</sup>。医生必须积极主动适应 DRG 支付的变革,包括诊断、治疗、用药和耗材使用等。除了改变自身以外,医院还应以更加专业的精神积极参与医保政策制定,为患者争取更

好的治疗和康复条件。

#### 4.4 研究制定适应 DRG 的绩效评价办法

##### 4.4.1 绩效评级指标

DRG 支付背景下,医院绩效评价主要包括能力、效率、安全 3 个维度的指标(表 1)。能力维度包含 DRG 组数和 CMI 值,其中 DRG 组数用以表示医院治疗病例所覆盖疾病类型的范围,是评价医院收治疾病覆盖范围的指标,CMI 值用以评价医疗服务整体技术难度;效率维度中的时间消耗指数和费用消耗指数 2 个指标用来评价医院的管理行为;安全维度的 DRG 指标包括低风险组死亡率等。

表 1 DRG 背景下医院绩效考核维度指标

维度	DRG 指标	DRG 评价内容
能力	DRG 总权重	治疗病例所覆盖疾病类型的范围
	DRG 组数	治疗病例所覆盖疾病类型的范围
	CMI 值	医疗服务整体技术难度
	每床位权重	每床位的住院服务产出
	每医生权重	每医生的住院服务产出
效率	时间消耗指数	治疗同类疾病所花费的时间
	费用消耗指数	治疗同类疾病所花费的费用
	标化的平均住院日	单位难度下的平均住院日
安全	低风险组死亡率	疾病本身致死概率极低的病例死亡率
	中低风险组死亡率	疾病本身致死概率较低的病例死亡率

##### 4.4.2 DRG 创新医疗评价体系

近年来,多学科协作组(MultiDisciplinary Team, MDT)的诊疗模式得到普遍应用。医院集多个学科的优势,采用综合评价、治疗、支持、预后监测的方法,同时兼顾患者生存、生活质量,系统制订患者的个性化治疗方案。DRG 支付环境下,医院无疑会将 MDT 的理念移植到 DRG 管理中,创建由病案室、统计室、医务部、运营管理办公室、医保处、信息科 6 个职能部门协作的 MDT 管理模式,将 DRG 管理工具嵌入病案首页管理、医疗质量评价、医院绩效评价、医保付费改革等信息系统,协同提升医院的精细化管理水平。

##### 4.4.3 DRG 驱动精细化管理

DRG 的医疗服务管理涉及风险调整,在一定程

度上均衡了评价对象的个性化特征,其分组结果更有针对性和指导意义。医保局要求,2021 年将按 DRG 运行医保支付。目前很多医院临床科室的管理者已经运用 DRG 分析科室短板,思考科室的发展方向,临床科室正从被动完成绩效考核指标向主动思考科室建设和发展转变。

##### 4.4.4 DRG 可实现医疗服务的比较

DRG 能够让医院、各临床科室甚至医生之间进行横向比较。同样也能够让医院、科室和医生在不同时期进行自身的纵向比较,通过汇总积分的形式,综合各项指标的具体分值,实现评价对象间的可比性;通过相对权重明确表示出疾病诊疗的难度和风险,使评价结果相对公平和可靠。DRG 的评价结果能在一定程度上反映出医院、科室和医生的诊疗行为特点,为医院的可持续发展提供针对性建议。

##### 4.5 研究拟定适应 DRG 的学科建设策略

控费和提效是 DRG 支付模式向医院等医疗机构明确提出的两点要求。建立低成本运行机制,促进医院高效运行,构建 DRG 制度下医疗服务成本管理体系,分析分级诊疗体制下医院的定位,即病种战略选择,考虑病种成本的影响,以病种成本为约束条件,优化病种临床路径设计<sup>[11]</sup>。DRG 支付背景下,如何将 DRG 与国家级临床重点专科评审指标相结合是困扰医院的问题之一。应用 DRG 既能够评价某医院、某科室病种结构变化情况,对照《国家级区域医疗中心设置标准》(综合医院)进行查漏补缺;可以评估医疗服务的辐射力和影响力,了解专科疾病谱,扩大专科诊治范围;可对医院的专科进行定位,对照同级同类专科,进而找出差距;还可以评价专科工作效率,促进日间病房建设,评价专科医疗质量,助力专科建立提升医疗质量的措施,并促进三级公立医院绩效考核工作<sup>[12]</sup>。

##### 4.6 选择适宜 DRG 的信息化服务提供商

2019 年,医保局公布了 30 个 DRG 试点城市名单,正式启动 DRG 付费全国试点,标志着医保局正式着手核心工作——医疗保险支付制度改革。目前国内 DRG 系统几个版本共存,C-DRG 版本已经在三明市及深圳市运行,代表厂商只有“金豆数据”;开放版本 CN-DRG 目前在全国多被用于卫健委绩效考核,代表厂商有“东软望海”和“万达信息”。此

外还有上海的申康版本及在金华、柳州等地试点的国新健康点数法版本。商业保险公司、金保结算厂商、HIS 厂商等也逐渐加入 DRG 阵营中。但 DRG 系统本身能否有效打通“医保局-医院-患者”，实现真正的收付费一体化，还是各大厂家面临的基础且关键的问题<sup>[13]</sup>。

## 5 结语

随着 DRG 支付制度改革不断推进，医院管理者需要从信息化角度重新审视医院的各项业务工作的协同问题<sup>[14]</sup>，强化信息化的标准化建设，持续检查规范病历首页诊断，不断提升病案首页填写质量。要重视病案编码工作，配备高水平的编码团队。要重视信息化建设，持续改善医院信息系统的信息共享和复用能力。要重视学科均衡发展，研究建设支持 MDT 诊疗模式的信息化系统。要积极运用大数据和人工智能技术提升医疗质量及成本控制与预警能力。

## 【参考文献】

- [1] 杜海靖. 医改背景下公立医院公益目标导向下经营战略研究: 以 Z 区人民医院为例[D]. 济南: 山东建筑大学, 2019.
- [2] “三医联动”是全面建成医疗保障体系的关键一招[EB/OL]. (2019-03-12) [2020-10-25]. <https://www.cn-healthcare.com/articlewm/20190312/content-1047456.html>.
- [3] 上海医保监管新规即将实施打击欺诈骗保需“内外兼修”[EB/OL]. (2020-05-31) [2020-10-25]. [https://www.sohu.com/a/398898858\\_139908?\\_trans\\_=000014\\_bdss\\_dklzxb-pegP3p:CP=.](https://www.sohu.com/a/398898858_139908?_trans_=000014_bdss_dklzxb-pegP3p:CP=)
- [4] 刘海一. 信息化应需而生 成为医院管理的“中枢神经”[EB/

OL]. (2016-09-29) [2020-10-25]. [https://www.sohu.com/a/115275276\\_397305](https://www.sohu.com/a/115275276_397305).

- [5] 国家医疗保障局. 关于印发疾病诊断相关分组(DRG)付费国家试点技术规范 and 分组方案的通知[EB/OL]. (2019-10-24) [2020-10-25]. [http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/10/24/art\\_37\\_1878.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/10/24/art_37_1878.html).
- [6] 王 禾. 公立医院医生薪酬激励机制与模型研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2019.
- [7] 国家医疗保障局. 国家医保局 财政部 国家卫生健康委 国家中医药局关于印发按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单的通知[EB/OL]. (2019-06-05) [2020-10-25]. [http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/6/5/art\\_37\\_1362.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/6/5/art_37_1362.html).
- [8] 吴蓉蓉. 我国现行医疗服务价格的分析研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2009.
- [9] 唐晓璇. 按病种收费改革对住院费用的影响研究[D]. 青岛: 青岛大学, 2019.
- [10] 王曼丽. 纵向紧密型医疗联合体绩效评价模型及其绩效改进策略研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2018.
- [11] 冯 虹, 张玉玺. DRGs 试点的住院费用控制效果分析与推行建议[J]. 北京联合大学学报: 人文社会科学版, 2019, 17(3): 116-124.
- [12] 胡靖琛, 程羿嘉, 宋士杰. 应用 DRGs 助力医院学科建设[J]. 中国卫生质量管理, 2018, 25(5): 28-30.
- [13] DRG 付费国家试点正式启动, 相关厂商迎来“春天”[EB/OL]. (2019-05-28) [2020-10-25]. <https://zhuanlan.zhihu.com/p/67232123>.
- [14] 别凤赛, 王 珊, 饶克勤, 等. 国内外疾病诊断相关分组(DRGs)支付制度改革与实践应用评价[J]. 中华医学图书情报杂志, 2018, 27(8): 43-47.

[收稿日期: 2020-11-22]

[本文编辑: 刘 娜]