附件1

广州市医疗保障定点医疗机构履行服务协议

情况年度考核项目与评分标准

（门诊及住院）

| 类别 | 序号 | 考核项目 | 考核  方式 | 免检标志 | 评分标准 | 基本  分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗保障医疗服务基础管理情况** | 1 | 组织建设 | 现场考核 | AAA、AA免检 | ①未建立健全医疗保障服务管理（含负责医疗保障基金使用管理）部门，扣30分。②未配备2名以上专（兼）职医疗保障管理人员的，其中二级及以上或100张床位以上的医疗机构未配备专职工作人员的，扣50分。 | 150 |
| 2 | 制度建设 | 现场考核 | AAA、AA免检 | ①未制定门诊特定病种病历管理、医疗保险档案资料管理、定点医疗机构医保信息系统故障应急预案等制度或措施的，每缺少一项扣20分。②没有建立医疗保险病历自评自审制度的扣25分（不含门诊）。③未提交上年度工作总结，或上年度工作总结未提及当年度医疗保险相关工作或本年度医保工作规划的扣15分。④未建立医保基金内部管理制度的扣20分。本项最高扣80分。 |
| 3 | 标牌文件管理 | 现场考核 | AAA、AA免检 | ①未按规定悬挂标牌的，扣30分。②未按要求悬挂统一格式的广州市医疗保障定点医疗机构标牌的，扣20分。③丢失或现场未能提供协议年度内协议的纸质版或电子版，扣30分。④协议年度内协议内容发生变更的，未能提供《广州市医疗保障定点医疗机构医疗服务范围、项目及结算方式补充协议》协议变更页回执原件，扣20分。⑤本年度印发的医疗保险文件资料（含电子版）保管不全的，每份文件扣10分，最高扣50分。本项最高扣80分。 |
| 4 | 培训管理 | 现场考核 |  | ①未按规定组织开展院内医疗保险相关政策培训的，扣50分。②未制定详细、具体的医疗保险政策培训计划并实施的扣30分。③未编制院内培训教材的，扣20分；院内培训教材有误的，每发现一处扣10分。本项最高扣100分。 |
| 5 | 政策考核 | 现场考核 |  | 抽取医疗管理人员和医务人员进行测验：三级医院抽10人、二级抽5人、一级医院抽5人。成绩平均分85分为合格，85>平均分≥75，扣20分，75>平均分≥65，扣40分，低于65分，扣60分。本项最高扣60分。 |
| 6 | 咨询投诉管理 | 现场考核 | AAA、AA免检 | ①未设立医疗保险咨询服务台或张贴就医流程图及未在院区显著位置设置“医疗保障医疗服务宣传栏”的，每缺一项扣20分。②未按规定设置异地就医结算专窗或未悬挂明显专窗标识的，每例扣20分。③未能以任何方式为参保人提供基本医疗保险和生育保险药品目录、医疗服务项目目录、医用耗材目录查询渠道的，扣40分。④未在医疗机构显著位置采取适当的方式公开投诉、意见收集渠道的，扣50分。⑤没有及时（超过5个工作日的）处理医疗保险投诉箱内的举报信件，每例扣20分。本项最高扣100分。 |
| 7 | 医保POS机管理 | 现场考核 |  | ①查看医保专用POS机使用情况，弃置不使用或者擅自新增且事先未向医保部门报备的，每查实一台扣10分，最高扣50分。②年度检查前不能提供或不能及时按时间要求提供本院医保POS机信息登记表的，扣10分。本项最高扣60分。 |
| 8 | 基础信息管理 | 现场考核 |  | ①抽查定点医疗机构维护信息（含联系人等），每错、漏一项扣20分。②核查电子签约系统当年度签署的协议书中乙方、法定代表人、统一社会信用代码及地址是否有误，每错误一项扣20分。③抽查定点医疗机构医保医师个人档案存放情况，没有建立档案或档案登记信息错误的，每发现1例扣10分。本项最高扣60分。 |
| 9 | 信息维护管理 | 日常考核 |  | ①国家医保局数据库医保医师、护士信息维护准确率及赋码率，每错1例扣10分。②赋码率低于100%，每降低1%扣10分（100%>赋码率≧99%，扣10分，99%>赋码率≧98%，扣20分，以此类推），本项最高扣80分。 |
| 10 | 财务管理 | 日常考核 |  | ①定点医疗机构是否按财会制度规定及时办理清算不予支付医疗费用的财务处理，未按规定核销的，每查实一项扣50分。②未按中心通知内容规范操作返还医保违规费用，如退错收款账户，未按要求备注或备注不清等，每查实一项扣10分。③未按规定及时办理银行结算资料变更的手续，每次扣50分。本项最高扣110分。 |
| 11 | 配合医保工作 | 日常考核 |  | ①不按政策及协议的要求积极配合医疗保险管理部门进行日常监督检查工作的，每次扣20分。②不能按要求及时提供需要查阅的一般医疗档案和有关资料的每次扣10分，整份病历不能按要求提供扣20分。③报送结算报表、节假日值班表或其他要求反馈的结果不及时的，每次扣10分。④通知定点医疗机构对错误目录信息进行修改或进行目录匹配，定点医疗机构不配合，每次扣10分。⑤未按完善定点医疗机构基本信息工作有关要求做好相关工作的，扣20分。⑥不积极组织落实医保医师制度的，扣50分。⑦参加医保部门组织的医疗保险有关培训出勤情况，每缺勤一次扣20分。⑧因医院原因（内部培训、系统故障、指引不当等）未做好内部培训而导致操作错误影响参保人待遇的，每例扣10分。⑨未按要求制订医保费用补记账操作及指引工作流程的，扣30分。⑩未按相关指引及工作流程操作，造成参保人相关费用未能记账或补记账结算需零星报销的，每例扣10分，最高50分。⑾未履行服务协议书要求，发生参保人有效投诉的，每例扣20分。⑿未按要求提交自评表及自评报告，扣20分。⒀定点医疗机构HIS系统目录信息与医保信息系统目录信息不一致，并申报费用的，每例扣10分。⒁未按要求开展延续护理评估服务，每发生一例有效投诉，扣10分。⒂未配合我中心做好城乡居民大病医保经办工作，并在提供必要的服务场地、信息系统查询方面给予支持，每次扣10分。⒃未按要求配合做好宣传工作的，每次扣10分。⒄未按要求及时配合或协助稳妥处理12345工单或信访，或未妥善处理化解参保人投诉导致发生12345工单或信访的，每一单扣10分。⒅未按规定对外伤（含工伤）患者进行就医服务指引，导致符合支付条件的参保人未能记账费用，造成不良后果的，每例扣20分。本项最高扣150分。 |
| **为参保人员提供医疗服务情况** | 12 | 药品管理 | 现场考核 | AAA、AA免检 | ①常用药品价格标准不公开的，扣30分。②开展住院业务的定点医疗机构未按国家、省、市要求将国家医保谈判药品纳入院内药物配备的，扣50分。 | 400 |
| 13 | 收费管理 | 现场考核 |  | ①医疗服务价格未按规定公开的（如属于参加口腔种植价格专项治理的医疗机构，还应重点关注相关项目价格和调控总价公示情况），扣30分。②药品售价、医疗服务项目和价格未按照有关部门有关规定执行的，每查实一个人次或一个药品品种扣10分（参加公立医院改革的定点医疗机构抽查10项）。③收费票据打印不完整、不准确，未主动及时为参保人如实提供标准格式的门诊费用清单和财税部门专用票据的，每例扣10分。④不能提供参保人就医的财税部门专用票据存根联或复印件的，每例扣20分。⑤收费项目与实际开展情况不符的（不含串换项目行为），每例扣20分。本项最高扣100分。 |
| 14 | 门诊与生育就医选点管理 | 现场考核 |  | 现场抽查100份门诊处方用于核查（如为“双通道”协议定点医疗机构的，含5份“双通道”门诊处方按现有要求考核诊疗合理性；如为生育保险定点医疗机构的，含10份生育保险就医选点办理资料）：①门诊处方填写不完整、不规范，或填写生育保险就医确认申请表不完整的，每例扣5分，最高扣40分。②医疗保险处方或生育选点资料未按规定单独管理的，扣10分。③有分解处方的每例扣10分。④有其他不符合《广东省基本医疗保险诊疗常规》（以下简称《诊疗常规》）治疗规范的，每查实一例扣20分。⑤抽查1天普通门（急）诊统筹选点（如为生育保险定点医疗机构的，同步检查1天生育就医选点）办理情况，查阅普通门（急）诊统筹选点登记本，未按规定经参保人员或家属签字确认并登记姓名、联系电话的，每例扣5分，如为生育保险定点医疗机构的，查实未按规定为参保人办理生育选点手续的，每例扣5分。本项最高扣150分。 |
| 15 | 门特管理 | 现场考核 |  | 现场选取10位参保人门特病例（如为“双通道”协议定点医疗机构的，含5份“双通道”门特处方）核查①至③项：①未按规定保管门特申请单的，每例扣10分。②门特审核不准确、资料不完整、资料未归档的，每例扣10分。③在门特申请有效期内诊疗不合理，缺乏针对性治疗、仅有辅助治疗或过度诊疗的，每例扣20分。④抽查20人次二类门特申请记录，不符合填写要求的1例扣20分。⑤查实存在其他不规范情形参照住院就医管理的有关条款进行扣分。本项最高扣100分。 |
| 16 | 住院管理 | 现场考核 |  | 抽取年度内医疗保险住院病历（包括异地参保人病历，不少于10份）用于核查：①诊疗时间或周期欠合理、把握入院标准欠合理，每例扣20分。②检查、化验项目不符合病情诊断的需要，药物的应用（包括选择品种、剂量、疗程等）不符合医疗规范，限制用药标识的选择与实际情况不相符，每例扣10分。③治疗项目与诊断的疾病不相关，或治疗项目的应用不符合医疗规范，每例扣10分。④诊断编码、手术操作编码不合理的，每例扣20分。⑤定点医疗机构按其他结算方式申报指定手术单病种医疗费用的，经核实属于单病种范围，每例扣20分。⑥不符合指定手术单病种范围，定点医疗机构按指定手术单病种申报医疗费用的，每例扣20分。⑦对不按医疗保险政策规定办理转诊转院或异地转诊手续的，或实为转院但不为参保人办理转院手续的，或因限制参保人住院时间、住院费用等原因办理转院、出院的，或重复住院医保信息系统申请情况与实际情况不符的，每例扣20分。⑧病案首页、结算清单填写是否完整，诊疗项目等信息在住院病历、医保信息系统（结算清单）、医院HIS系统核对是否一致，存在问题的，每份病历扣20分。⑨自费项目未征得参保人或家属签字同意的，每查实一例扣 20分。⑩自费项目已签字但未列出具体项目的，每查实一例扣15分。⑾符合政策规定应“合并结算”的病例，无特殊原因未在医保系统办理“合并结算”的，每查实一例扣20分。本项最高扣300分。 |
| 17 | 在院病人管理 | 日常考核 |  | 医保经办机构通过远程监管功能进行人脸识别查房，超时未打卡的每例扣20分，最高扣100分；确认为“核查异常”的每例扣50分，最高扣300分。 |
| 18 | 统筹记账情况 | 日常考核 |  | 本年度未发生医疗保险统筹记账的，扣200分；本年度仅发生门诊医疗保险统筹记账的，扣150分。 |
| 19 | 异地就医管理 | 日常考核 |  | ①被本统筹区外的异地就医参保人或异地经办机构工作人员投诉医保相关问题，经查属实的，每例扣10分。②未按要求上传异地就医结算费用病案首页及出院小结，影响费用审核工作的，每例扣5分。③因工作疏漏，为异地参保人重复结算或费用申报时漏报错报的，每例扣5分。④未按规定配备跨省异地就医社保卡读写设备或未及时维护，造成跨省异地参保人无法及时结算的，每例扣5分。⑤未按要求落实我中心关于国家或省相关部门督查（督导）有关工作要求，经查存在问题造成不良影响的，扣100分。⑥开通异地就医结算服务后未产生联网结算费用，同时存在患者返回参保地零星报销的情况，扣30分。本项最高扣100分。 |
| 20 | 参保人满意度 | 日常考核 |  | 满意度调查结果低于辖区平均分的，每低5分扣10分（5<差值≤10扣10分，10<差值≤15扣20分，以此类推），最高扣100分。 |
| 21 | 审核扣减率 | 日常考核 |  | 采用智能审核扣减率=智能审核扣减金额/该院总金额进行计算，并将结果进行全市（基础数据统计含门诊及住院医疗机构）从低到高排名，排名比值（排名/总排名）小于10%的不扣分，排名比值在15%及以内的扣5分，每增加5%的加扣5分，最高扣100分。智能审核扣减金额低于50元的医疗机构不纳入统计范围。 |
| 22 | 医保零报率 | 日常考核 |  | 医保零报率=医疗机构零报数量/医疗机构医保业务总量×100%（受理时间为2023年1月至10月，剔除新生儿待遇追溯零报），高于全市平均水平的，每高1%扣10分（1<差值≤2扣10分，2<差值≤3扣20分，以此类推），本项最高扣50分。 |
| 23 | 全量结算数据上传 | 日常考核 |  | 截至2023年9月30日未按要求落实全量结算数据上传工作，自费病人结算业务上传数据量小于等于1的，扣30分。 |
| **信息系统建设及管理情况** | 24 | 信息系统建设 | 日常考核 |  | 不配合开展医保信息系统建设或改造工作，推进本单位HIS系统改造，实现与医保信息系统数据交换无缝对接的，每次扣10分，最高扣30分。 | 100 |
| 25 | 信息系统安全 | 日常考核 |  | 加强做好院内信息安全管理工作，如被市级网络安全管理部门通报的，每次扣40分；或医院年度内被发现存在高危医保专网安全威胁的，每次扣20分。最高扣40分。 |
| 26 | 信息系统管理 | 日常考核 |  | 不配合做好医保信息系统日常升级，或不及时处理院内各类系统故障而影响医保系统正常使用的，每次扣10分。最高扣20分。 |
| 27 | 医保电子凭证 | 日常考核 |  | 按要求推进医保电子凭证推广应用工作，如在医疗保障信息平台未使用医保电子凭证办理医保业务结算的，扣10分。最高扣10分。 |
| **DIP运行管理情况** | 28 | 费用指数 | 日常考核 |  | 费用指数=∑(某机构某病种例数\*该机构该病种次均费用/同级别机构该病种次均费用）/该机构总例数，超过同级平均值20%的，每高10%扣10分，最高扣100分；考核2023年1-10月所有纳入按病种分值付费住院病历，床日病例不纳入统计。 | 150 |
| 29 | 人次人头比 | 日常考核 |  | 人次人头比=住院人次/住院人数，超过同级平均值20%的，每高10%扣20分，最高扣100分；住院例数不足100人次机构及精神病专科、肿瘤专科医院此项目不扣分；考核2023年1-10月所有纳入按病种分值付费住院病历，床日病例不纳入统计。 |
| 30 | 自费率 | 日常考核 |  | 定点医疗机构纳入按病种分值付费范围住院医疗费用的年度总体自费率分别控制在一级医院5%、二级医院10%、三级医院18%、肿瘤专科医院及精神病专科医院20%以内；每超过一个百分点，扣4分，最高扣50分；考核2023年1-10月所有纳入按病种分值付费住院病历。 |
| 31 | 编码精准度 | 日常考核 |  | 定点医疗机构纳入DIP结算的病例医保结算清单主要诊断、手术操作编码灰码使用占比高于同级别平均值，每高5%扣5分；当次要诊断灰码使用占比高于同级别平均值，每高5%，扣3分。最高扣50分。考核2023年1-10月所有纳入按病种分值付费住院病历。 |
| 32 | 结算信息上传及时率 | 日常考核 |  | 在参保人就医结算后及时上传医保结算清单，最迟不得晚于结算次月月底，上传及时率=按时上传人次/结算申报人次\*100%（结算时间为2023年1月至10月），100%>上传及时率≥98%的，扣3分；低于98%的，每低0.5个百分点扣10分（0<差值≤0.5扣10分，0.5<差值≤1扣20分，以此类推），本项最高扣100分。 |
| **药品**  **耗材采购情况** | 33 | 药品耗材采购执行情况 | 日常考核 |  | ①药品报量任务完成率：已完成约定采购量的品种数占报量品种总数的比例。针对采购周期结束于考核年度内的各批次国家集采、省集采、市集采报量任务，将任务完成率未达100%的各医疗机构按报量任务完成率从高到低排序，将排位后50%的指标值视实际情况分为不超过5档，从第1档开始扣分，每降一档扣4分。最高扣20分。  ②医用耗材报量任务完成率：已完成约定采购量的品种数占报量品种总数的比例。针对采购周期结束于考核年度内的各批次国家集采、省集采、市集采报量任务，将任务完成率未达100%的各医疗机构按报量任务完成率从高到低排序，将排位后50%的指标值视实际情况分为不超过5档，从第1档开始扣分，每降一档扣4分。最高扣20分。  ③药品采购按期回款率：考核年度内的各批次国家集采、省集采、市集采，按期回款金额占应付金额的比例。按期回款金额是指本月收货验收的订单在次月底前完成支付的订单金额；应付金额是指已收货验收订单的总金额。将各医疗机构的药品采购按期回款率从高到低排序，视实际情况分为不超过6档，从第2档开始扣分，每降一档扣4分。最高扣20分。  ④医用耗材采购按期回款率：考核年度内的各批次国家集采、省集采、市集采，按期回款金额占应付金额的比例。按期回款金额是指本月收货验收的订单在次月底前完成支付的订单金额；应付金额是指已收货验收订单的总金额。将各医疗机构的医用耗材采购按期回款率从高到低排序，视实际情况分为不超过6档，从第2档开始扣分，每降一档扣4分。最高扣20分。  ⑤药品线下采购率：考核年度内，公立医疗机构药品线下采购总金额占药品采购总金额的比例。线下采购是指未在省平台、广州平台发起采购订单的情况（不包括中药饮片）。对线下采购率大于5%的医疗机构，指标值每超出1%扣1分，超出部分不足1%的按1%计。最高扣5分。  ⑥耗材线上采购率：考核年度内，公立医疗机构医用耗材线上采购总金额占医用耗材采购总金额的比例。线上采购是指在采购平台发起采购订单的情况。将各公立医疗机构的医用耗材线上采购率从高到低排序，将末位20%的指标值视实际情况分为不超过5档，从第1档开始扣分，每降一档扣3分。最高扣15分。 | 100 |
| 34 | 药品耗材采购加分情况 | 日常考核 |  | ①药品采购总金额排名：对考核年度内三级、二级、一级（含未分级）医疗机构在广州平台的采购总金额（已收货验收的订单纳入统计范围）分别从高到低进行排名，排名位于每个级别前20%的医疗机构加5分。  ②医用耗材采购总金额排名：对考核年度内三级、二级、一级（含未分级）医疗机构在广州平台的采购总金额（已收货验收的订单纳入统计范围）分别从高到低排序进行排名，排名位于每个级别前20%的医疗机构加5分。  ③积极配合药采工作：完成院内采购系统与广州平台对接加2分、积极参加广州平台中药配方颗粒采购工作加1分、积极参与药采方面的改革试点项目加2分、积极参与药采部门开展的调研及系统测试等工作加1分，此项累计最高加5分。因未在规定时限内完成集采报量、整改、提交报告等事项被药采部门通报的，该项不得分。 | 加分后药品及耗材采购考核项目总分值不超过100分。 |
| **重点工作扣分项目** | 35 | 双通道业务 | 日常考核 |  | 首批申请开展“双通道”业务的，2023年5月30日前已经签订“双通道”补充协议但未能正式为广州市医保参保人开展“双通道”外配处方服务，扣10分；2023年5月30日前未完成签订“双通道”补充协议的，扣20分，本年度内未完成系统改造验收及签订“双通道”补充协议的，扣30分。 | 100 |
| 36 | 检验检查结果互认 | 日常考核 |  | ①未按要求接入广州市检验检查结果互认平台的，扣10分。  ②在检验检查结果互认中发生违规行为的，扣30分。  ③截至11月30日接入广州市检验检查结果互认平台后未发生业务的，扣10分。 |
| 37 | 互联网医疗服务 | 日常考核 |  | 经卫健部门批准开展互联网诊疗活动的定点医疗机构但未申请开展医保互联网医疗服务的，扣10分。 |
| 38 | 就医信用无感支付 | 日常考核 |  | ①在规定时间内无任一待遇类型功能上线的，扣10分。  ②功能上线后未积极开展推广应用工作，本院当年度就医信用无感支付使用人次低于200笔的，扣10分。 |
| 39 | 新政策实施工作 | 日常考核 |  | 未按《广州市医疗保险服务中心关于做好新政策实施相关工作的通知》要求落实新政策宣传工作的，扣10分。 |
| **重点工作加分项目及其它** | 40 | 医保药品外配处方 | 日常考核 |  | 试点医院于9月30日前上线医保普通门诊外配处方流转信息化项目的，加5分。 | 按实际情况加分 |
| 41 | 双通道业务 | 日常考核 |  | 积极上线开展“双通道”业务，2023年3月1日前发生费用的，加10分；2023年5月30日前发生费用的，加5分。 | 按实际情况加分 |
| 42 | 就医信用无感支付 | 日常考核 |  | ①积极报名参与就医信用无感支付试点工作的，加1分。  ②按要求完成普通门诊、一类门特、二类门特、住院待遇类型功能上线工作的，每上线1个待遇类型得加2分，最高加8分。按时上线的再加1分。  ③功能上线后积极开展推广应用工作，本院当年度就医信用无感支付使用人次高于200笔的，可加5分，使用人次每高10个百分点，再加1分（累计最高加10分）。 | 按实际情况加分 |
| 43 | 医保服务点 | 日常考核 |  | ①定点医疗机构参与村卫生站医保便民服务点设置工作，按要求完成服务点场地布置、人员培训并对外服务，加4分。  ②本院负责管理的村卫站设置服务点比例达100%，加4分。  ③村卫生站医保服务取得良好成效的，加2分。 | 按实际情况加分 |
| 44 | 新政策实施工作 | 日常考核 |  | ①定点医疗机构及第一执业地点在该院的医护人员利用单位号、个人号在抖音、快手、今日头条、微博、微信视频号、小红书等各类平台正面解读、正面宣传新政策的，视受众数量、播放量、阅读量、宣传效果予以加分，每次加2分，最高加5分。  ②积极配合医保部门开展新政策实施宣传相关工作，加5分。 | 按实际情况加分 |
| 45 | 信息化项目建设 | 日常考核 |  | 按要求开展信息化项目建设（如新国家标准移动支付、医疗收费电子结算凭证上传、监管事前事中等），每上线一个信息化项目加4分，最高加10分。 | 按实际情况加分 |
| 46 | 媒体宣传 | 日常考核 |  | 积极通过市级以上党媒及主流新闻媒体结合本院实际工作正确宣传医保政策（非新政策宣传类的），每次加2分，最高加10分。 | 按实际情况加分 |
| 47 | 配合工作 | 日常考核 |  | ①获评广州市2022年落实有关重大政策措施真抓实干成效明显的单位，加5分。  ②配合医保部门做好接待外单位调研工作的，每接待1次加1分，最高加5分。 | 按实际情况加分 |
| 48 | 试点工作 | 日常考核 |  | 积极参与医保部门开展的创新性试点工作，视具体情况加分，最高加20分。 | 按实际情况加分 |
| 49 | 医保门诊服务量 | 日常考核 |  | 医保门诊统筹就诊人次数（含普通门诊、门诊特定病种）低于同级别平均值的，0<该机构门诊人次数≤同级平均值\*5%，扣50分；同级平均值\*5%<该机构门诊人次数≤同级平均值\*10%，扣30分；同级平均值\*10%<该机构门诊人次数≤同级平均值\*15%，扣20分；同级平均值\*15%<该机构门诊人次数<同级平均值\*20%，扣10分。 | 按实际情况减分 |
| 50 | 受处理情况 | 日常考核 |  | 因违反医保服务协议约定或违反《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》规定受到约谈处理的(以处理通知发放时间为准，下同)扣20分，受到中止医保协议处理的扣60分；因违反《医疗保障基金使用监督管理条例》有关规定受到行政处罚的扣40分。其他违反医保法律、法规的情形，参照上述条款，视情节轻重进行扣分。 | 按实际情况减分 |
| 51 | 发表不当言论 | 日常考核 |  | 发表关于医保政策的不当言论或错误解读医保政策，引发不良社会影响的，每次扣50分。 | 按实际情况减分 |
| **说明：**1.评分总分为1000分，得分不超过1000分；2.考核扣分在各考核类别的基本分值范围内扣完为止；相关服务量、医疗费用等数据以医疗保险信息系统申报数据为准；3.加减分均在总分核算完毕后进行加、减，加分总和不超过50分。 | | | | | | |