

岳阳市医疗保障局文件

岳医保发〔2025〕8号

岳阳市医疗保障局 关于印发《2025年度医保信息化标准化建设 工作要点》的通知

各县市区医疗保障局，局机关各科室、各直属单位：

现将《2025年度医保信息化标准化建设工作要点》予以
印发，请对照标准抓好贯彻落实。



岳阳市医疗保障局

2025 年度医保信息化标准化建设工作要点

为深入贯彻国家局、省局以及市委、市政府关于深入推进医保信息化标准化工作的相关文件精神，严格按照“统一、兼容、高效、便捷、安全”原则，加快推进省医保信息平台在我市全域和全业务深入应用，建立健全高效的网络安全和运维管理体系，全面提升医保数据治理水平，全面提供便捷高效可及的医保公共服务，加强操作培训和政策学习，不断提升工作人员业务能力，确保医保信息化标准化建设取得实效。

一、围绕一个重点，抓信息网络安全建设

根据中共岳阳市委网络安全和信息化委员会办公室《关于加强全市网络安全监管工作的通知》《关于印发岳阳市网络安全示范单位创建工作实施方案》，为进一步夯实信息网络安全基础工作，切实提升安全保障能力，推动安全保障工作长效机制建设，筑牢安全屏障，开展信息网络安全单位创建活动。

（一）建立完善信息网络安全相关制度和工作机制

严格贯彻落实《中华人民共和国网络安全法》《湖南省网络安全和信息化条例》等相关法律政策，建立和完善信息网络安全管理制度、机房运行管理制度、信息系统权限管理制度、信息安全突发事件应急预案等相关管理制度和工作机制。

（二）提升网络安全防护能力，防范网络安全风险

提升网络安全设施建设，落实等级保护要求，重点完善网络架构调整、安全设备部署。开展网络安全风险漏洞和数据安全风险漏洞自查，及时治理安全隐患。

（三）提升信息网络安全应急能力

严格制定、落实信息网络安全事件应急预案，开展安全知识培训和应急演练，按要求报告、处置网络安全风险和数据安全风险，严禁迟报、谎报和漏报风险隐患。组织参与全市网络安全应急演练，及时整改风险隐患。

（四）开展信息网络安全专项培训活动

建立信息网络安全学习培训活动常态化机制。加强对党中央和习近平总书记关于信息网络安全工作的重要指示精神、决策部署、法律法规等有关要求的宣贯和学习，强化责任意识和担当精神。

二、实施医保数据专区建设，充分发挥“两结合三赋能”

按照国家医保局、省医保局医保数据专区建设要求，结合医保数据特点及应用场景，以数据质量为基础、数据安全为前提、制度规范为保障、数据有效使用为目标，提升医保数据要素赋能医保改革、管理和服务能力，实现医保数据纵向有效贯通、横向有序共享，系统业务有机融合。

（一）建设目标

2025年4月，医保数据使用、数据应用开发的制度、标准体系更加完善，初步完成我市“数据地方专区”分区建设，

数据应用途径模式、方式方法等基本明确，数据应用成效得到提升。

2025年6月，医保数据开发应用制度机制基本建成，标准规范基本建立，赋能应用和数据共享的主要场景基本明确，基本实现医保数据应用的制度化、智能化、规范化，医保信息平台数据应用对医保事业高质量发展的支持引导作用明显增强。

（二）建设原则

1. 共建共管、分步推进。省医疗保障局负责市州数据专区的统筹管理和底层平台建设，市医疗保障局负责自筹资金，招标相关承建商，基于市数据专区底层平台，严格对标顶层设计，完善相关制度、创新数据应用、依法数据共享，并协同省局做好专区运维。工作推进及数据场景应用坚持一地创新、全省共享，分步推进。

2. 整体设计、协同高效。坚持全省“统一管理制度、统一标准规范、统一技术框架、统一安全体系”的建设原则。医保数据中台作为唯一数据源，定期为数据专区推送离线数据，严禁市数据专区从两定机构、参保单位等部门直接采集数据。原则上市数据专区只能开展医保数据统计、分析及共享类应用，医保经办及服务类应用由省医保信息平台统一提供。

3. 资产管理、规范共享。医保数据中台和市数据专区要形成统一清晰的数据资产和数据血源，实行目录清单管理。

医保数据原则上按照“原始数据不出域、数据可用不可见”的要求，以数据包 API、模型、核验等产品和服务等形式向社会提供，政务数据共享按照国家、省政府和省局有关规定实施，切实维护医保数据要素权益，确保数据安全。

4. 场景导向、注重实效。要按照“业务牵头、技术配合、协调推进”的原则，坚持以医保业务需求与应用场景为导向，做好医保改革、管理和服务相关场景开发，并加强典型场景的应用推广，提升数据赋能效益。

三、推动定点医疗机构四项深化应用

（一）医保码全流程应用

全面推进医保码在经办机构和两定机构端全流程应用。一是全面配置医保码认证设备。各级医保经办机构及定点医药机构，按照“应配尽配”原则，在所有提供医保医疗服务的人工窗口和自助缴费机配备支持医保码身份信息核验终端，享受便捷医保服务。本地所有定点医药机构均支持医保码挂号、就诊、取报告、取药全流程应用，且按标准上传机构代码、身份凭证类型、用码业务类型（6月30日前）。二是全面推进二级以上医疗机构（日均门诊≥150，妇幼及儿童医院）开通医保移动支付。医保移动支付是医保码全流程应用的核心功能，可以同步完成医保结算和个人现金支付。我市已完成三级医疗机构移动支付上线工作，今年将继续推进。各县市区局应坚持试点先行，选定部分试点意愿强、基础条件好、配合程度高的定点

医药机构先行先试，打造线上线下全场景“样板房”，形成可借鉴、可复制、可推广的试点经验和施工标准。三是加快提升医保码结算率。全市目标结算率保 40%力争 50%。要在坚持采用老百姓喜闻乐见的宣传方式上促进医保码使用，加强医保经办机构 and 定点医药机构人工窗口的宣传引导作用，借助人脸识别终端，发挥医疗机构导诊功能，协助参保人激活并使用医保电子码结算，迅速提升医保码使用率。定点医药机构完成全流程改造后，根据《关于印发湖南省医疗保障医保码就医购药全流程应用“走流程、找堵点”活动实施方案的通知》要求，通过医保码“走流程、找堵点”活动填报入口如实上报国家局。

（二）电子处方流转应用

按照国家医保局《医疗保障信息平台电子处方中心技术规范》要求，完成“使用医保码在医保官方公共服务应用就医购药场景”和“使用身份证、社保卡线下就医购药场景”相关接口开发，联调测试及接入验收，并上线运行。在“双场景”范围内，将“双通道”“特门”等医保业务全部纳入处方流转范围，除精神、麻、毒、放、血液制品外，其他处方都可流转。

（三）医疗收费电子结算凭证采集上传

根据《湖南省医疗保障局关于开展全量采集医疗收费电子结算凭证工作的通知》要求，县市区医疗保障局按照《医疗收费电子结算凭证中心接入指引》，组织定点医药机构做好医疗电子结算凭证采集的相关工作，并将改造完成的医药机构名单

分批次上报市局汇总，由市局统一上报省局进行测试联调。定点医药机构按照相关要求，加快系统改造对接，完善业务管理流程，按进度全面完成医疗收费电子结算凭证的采集和上传工作。

（四）追溯码采集上传

根据《湖南省医疗保障局办公室转发国家医疗保障局办公室关于加快推进定点医药机构医保药品追溯信息采集工作的通知》以及市局 2024 年 10 月下发的《岳阳市医保药品追溯信息采集及应用实施方案》，分三个步骤进行：一是系统接口开发测试，二是接口验收，三是数据采集试运行。所有定点零售药店自 2025 年 4 月 1 日起在销售医保药品时，必须全流程采集并上传追溯信息；一级及以下定点医疗机构自 2025 年 5 月 1 日起在销售医保药品时，必须全流程记录药品的购进、使用、库存以及追溯码等信息；二级定点医疗机构自 2025 年 6 月 1 日起执行；三级机构自 2025 年 7 月 1 日起执行。

四、紧盯五项考核

以省局对市州医保信息化标准化建设月度考核为标准（附后），重点做好以下五项工作：

（一）接口改造：按照《湖南省医疗保障信息平台定点医药机构接口规范（V1.1.28）》要求，督促两定机构完成必验接口改造。其中三级和二级医疗机构 151 个，一级医疗机构 115 个，无定级医疗机构（诊所、村卫生室等）59 个，药店（含

特药药店) 60 个。

(二) 移动支付应用: 定点医药机构接入全国统一的医保信息平台, 按照《国家医疗保障信息平台医保移动支付技术规范 V2.5》改造完成并投入使用医保移动支付。重点考核定点医疗机构接入数量占比和定点医疗机构移动支付结算占比。

(三) 电子处方: 分别以三级、二级、一级及以下定点医疗机构以及零售药店接入占比数进行考核, 接入标准按照接入指南《(6-00) 医保电子处方中心验收规范及模板》, 同时考核电子处方上传数。

(四) 基金结算清单三率: 督促各医疗机构要及时、真实、准确和完整地传输参保人员就医、结算及其它相关基金结算清单信息, 以上传率、及时率、准确率作为考核标准。

(五) 电子结算凭证的全量收集: 根据医疗机构级别考核接入占比数, 接入标准为电子票据采集日均数量大于 100 笔为有效接入的定点机构。

附件: 省局对市州医保信息化标准化月度考核表

省局对市州医保信息化标准化月度考核表

一级指标		二级指标			考核范围	自评	省局 打分	评分依据 提供方
指标	分值	指标	现分值	评分标准				
标准化 工作落实	20	定点医疗机构 协议上传率	2	定点医疗机构协议签订及上传率（2分）： 市州内协议签订上传率：≥80%，得2分；≥50%，得1.5分；≥30%，得1分。 （查询路径：查询统计—）月度考核—）定点医药机构协议统计）	市州 （省本级）	无需 自评 通过 后台 数据 评分	√	省医保局
		定点零售药店 协议上传率	2	定点零售药店协议签订及上传率（2分）： 市州内协议签订上传率：≥80%，得2分；≥50%，得1.5分；≥30%，得1分。 （查询路径：查询统计—）月度考核—）定点医药机构协议统计）	市州 （省本级）		√	省医保局
		定点医药 机构费用 非标率	7	1、当月定点医药机构上传费用明细中药品代码非标率<1%，得1.5分。 2、当月定点医药机构上传费用明细中医用耗材代码非标率<1%，得1.5分。 3、当月定点医药机构上传费用明细中医疗服务项目代码非标率<1%，得1.5分。 4、当月定点医药机构其他编码（其他编码包括科室编码、科室名称、医师、护士、药剂、药学、药师人员、三病种、体外诊断试剂、医药机构编码，手术操作和疾病诊断代码）非标率<1%，得2.5分。 （查询路径：查询统计—）月度考核—）国家编码非标查询统计）	市州 （省本级）		√	省医保局
		基金结算 清单三率	9	各市州医疗机构要及时、真实、准确和完整地传输参保人员就医、结算及其他相关基金结算清单信息，总分9分； 1、基金结算清单上传率（3分）（上传清单数量（去重）/当月住院结算人次） 上传率：≥95%，得3分；上传率≥90%，得2分；上传率≥80%，得1分；<80%，不得分。 2、基金结算清单及时率（2分）（上传时间在15天内的结算清单总数/当月住院结算人次） 及时率：≥95%，得2分；及时率≥85%，得1分；<85%，不得分。 3、基金结算清单准确率（4分）（上传结算清单合格率人次/当月住院结算人次） 准确率：≥95%，得4分；准确率≥85%，得3分；准确率≥70%，得2分；<70%，不得分。 （查询路径：查询统计—）月度考核—）基金结算清单三率）	市州 （省本级）		√	省医保局
必验接口	10	必验接口	10	完成必验接口改造并办理业务的两定机构比例。 完成比：≥90%，得10分；≥80%，得8分；≥70%，得6分；≥60%，得4分；<60%，不得分。 *完成比 = (三级和二级医疗机构必验接口平均调用数 ÷ 总数) × 60% + (一级医疗机构必验接口平均调用数 ÷ 总数) × 20% + 【无定级医疗机构（诊所、村卫生室等）必验接口平均调用数 ÷ 总数】 × 10% + 【药店（含特药药店）必验接口平均调用数 ÷ 总数】 × 10% 按照《湖南省医疗保障信息平台定点医药机构接口规范（V1.1.27）》要求，必验接口总数分别为：三级和二级医疗机构（151个）、一级医疗机构（115个）、无定级医疗机构（诊所、村卫生室等）（59个）、药店（含特药药店）（77个）。 （查询路径：查询统计—）月度考核—）两定机构接口调用汇总查询）	市州 （省本级）	无需 自评 通过 后台 数据 评分	√	省医保局

一级指标	二级指标				考核范围	自评	省局 打分	评分依据 提供方
指标	分值	指标	现分值	评分标准				
平台应用	60	医保码全场景 全流程应用工程	27	1. 结算应用（3分）： 医保码结算占比（含医保移动支付结算）（本地定点医药机构医保码月结算笔数/本地定点医药机构月结算笔数，结算笔数以省平台数据为准）： 结算占比$\geq 50\%$，得3分；$\geq 45\%$，得2分；$\geq 40\%$，得1分；不足40%，不得分。 2. 医保码就医购药全流程应用（22分）（本地所有定点医药机构均支持医保码全流程应用，且按标准上传机构代码、身份凭证类型、用码业务类型等信息，省局根据医保码“走流程、找堵点”活动收集数据进行评分）： 三级定点医疗机构填报占比，得分为：填报占比=100%，得3分；占比$\geq 80\%$，得2分；占比$\geq 60\%$，得1分； 二级定点医疗机构填报占比，得分为：填报占比$\geq 95\%$，得3分；占比$\geq 85\%$，得2分；占比$\geq 75\%$，得1分； 一级定点医疗机构填报占比，得分为：填报占比$\geq 90\%$，得3分；占比$\geq 60\%$，得2分；占比$\geq 20\%$，得1分； 定点零售药店填报占比，得分为：填报占比$\geq 90\%$，得2分；占比$\geq 60\%$，得1.5分；占比$\geq 40\%$，得1分。 三级定点医疗机构支持全流程应用，得分为：支持全流程应用机构数量占比=100%，得3分；占比$\geq 80\%$，得2分，占比$\geq 60\%$，得1分； 二级定点医疗机构支持全流程应用，得分为：支持全流程应用机构数量占比$\geq 90\%$；得3分；占比$\geq 60\%$，得2分，占比$\geq 40\%$，得1分； 一级及以下定点医疗机构支持全流程应用，得分为：支持全流程应用机构数量占比$\geq 80\%$；得3分；占比$\geq 50\%$，得2分，占比$\geq 20\%$，得1分； 定点零售药店支持全流程应用，得分为：支持全流程应用机构数量占比$\geq 80\%$；得2分；占比$\geq 50\%$，得1.5分，占比$\geq 20\%$，得1分。 3. 医保码宣传推广（2分）： （1）本地已支持医保码线下激活、亲情账户线下绑定、医保码密码线下修改等业务办理，且当月有相关宣传推广，包括但不限于宣传海报、医保知识讲座、本地医保官方公众号推广文章和小视频等，得1分； （2）当月开展医保码特色宣传活动且具有较大影响力，在市级主流媒体发布宣传文章、视频等，或在公园、商场、社区、学校等场所举办现场宣传活动，得1分。 *需提供指标3医保码宣传推广相应照片、截图、公众号链接等证明材料，与沟通协调材料一起报送。 （查询路径：国家医疗保障信息平台—公共服务—定点医药机构全流程应用）	市州 （省本级）	无需 自评 通过 后台 数据 评分	√	省医保局
		医保药品耗材追溯码全量采集应用工程	8	1. 完成医保药品追溯信息采集定点医疗机构接入（2分）： 接入占比：$\geq 80\%$，得2分；$\geq 50\%$，得1分；$\geq 30\%$，得0.5分；$< 30\%$，不得分。 完成医保药品追溯信息采集定点零售药店接入（2分）： 接入占比：$\geq 90\%$，得2分；$\geq 70\%$，得1分；$\geq 50\%$，得0.5分；$< 50\%$，不得分。 2. 完成医保药品追溯信息采集定点医疗机构上传率（2分）： 上传率：$\geq 80\%$，得2分；$\geq 50\%$，得1分；$\geq 30\%$，得0.5分；$< 30\%$，不得分。 完成医保药品追溯信息采集定点零售药店上传率（2分）： 上传率：$\geq 90\%$，得2分；$\geq 70\%$，得1分；$\geq 50\%$，得0.5分；$< 50\%$，不得分。 （查询路径：查询统计—月度考核）定点医药机构药品/耗材溯源码采集情况）				

一级指标	二级指标				考核范围	自评	省局 打分	评分依据 提供方
指标	分值	指标	现分值	评分标准				
平台应用	60	“一人一档库” 全民参保数据库 建设工程	3	完成户籍地未参保人员信息核实上报（3分） 上报率：≥80%，得3分；≥50%，得1分；<50%，不得分。	市州 （省本级）	无需自评 通过后台 数据评分	√	省医保局
平台应用	60	移动支付应用 （精神病类的 专科医院除外）	8	定点医药机构接入全国统一的医保信息平台，按照《国家医疗保障信息平台医保移动支付技术规范 V2.0》改造完成并投入使用医保移动支付 1、定点医疗机构接入数量占比（4分） （本地二三级定点机构正式环境上线移动支付的机构数量/本地二三级定点机构的数量、二级定点机构是指日均门诊就诊人次≥150、妇幼及儿童医院） （1）二三级机构总数<30家的市州 正式环境上线数量占比：≥80%，得4分；≥60%，得3分；≥40%，得2分；≥20%，得1分；<20%，不得分。 （2）二三级机构总数≥30家的市州 正式环境上线数量占比：≥80%，得4分；≥50%，得3分；≥20%，得2分；≥10%，得1分；<10%，不得分。 （3）二三级机构总数>50家的市州 正式环境上线数量占比：≥80%，得4分；≥50%，得3分；≥30%，得2分；≥10%，得1分；<10%，不得分。 2、定点医疗机构移动支付结算占比（4分） 本地定点医疗机构移动支付结算占比：≥25%，得4分；≥20%，得3分；≥15%，得2分；≥10%，得1分；<10%，不得分。 （在接入占比大于等于5%的前提下，本地定点医疗机构移动支付结算笔数/本地接入移动支付的定点医疗机构全部医保结算笔数） *接入标准：1）已经通过“医保码线上身份核验”验收且在正式环境应用；2）正式环境上线后有物料引导且一周内有持续移动支付笔数10笔/日 （查询路径：查询统计—）月度考核—）移动支付结算率统计）	市州 （省本级）	无需 自评 通过 后台 数据 评分	√	省医保局
		电子处方应用	8	定点医药机构接入（8分） （1）三级定点医疗机构接入机构数量占比：≥70%，得2分；≥40%，得1分；≥10%，得0.5分；<10%，不得分； （2）二级定点医疗机构接入机构数量占比：≥40%，得2分；≥10%，得1分；≥5%，得0.5分；<5%，不得分； （3）一级及以下定点医疗机构接入机构数量占比：≥5%，得2分；≥3%，得1分；≥0.1%，得0.5分；<0.1%，不得分； （4）定点零售药店接入机构数量占比：≥10%，得2分；≥2%，得1分；≥0.5%，得0.5分；<0.5%，不得分； *接入标准见接入指南《（6-00）医保电子处方中心验收规范及模板》。按验收规范通过审核后，每月定点医药机构在生产环境完成一笔医保电子处方取药结算业务后，判断符合上线条件 （查询路径：查询统计—）月度考核—）医院上传处方数量查询） （查询路径：查询统计—）月度考核—）药店结算处方数量查询）				

一级指标	二级指标				考核范围	自评	省局 打分	评分依据 提供方
指标	分值	指标	现分值	评分标准				
平台应用	60	医保电子票据及区块链应用创新	6	(1) 医疗机构覆盖率: 上传电子票据信息涉及的三级医疗机构数量/本市州的三级医疗机构总数*100%*2分; 上传电子票据信息涉及的二级医疗机构数量/本市州的二级医疗机构总数*100%*1分; 上传电子票据信息涉及的一级及以下医疗机构数量/本市州的一级及以下医疗机构总数*100%*1分。 (2) 通过医保电子票据及区块链开展手工报销线上服务, 报销过程和数据状态全流程上链, 加1分。 (3) 通过医保区块链上线运行并开展创新应用, 加1分。 (查询路径: 查询统计—) 月度考核—) 医疗机构上线统计) (查询路径: 查询统计—) 月度考核—) 采集数据质量情况统计)	市州 (省本级)	无需 自评 通过 后台 数据 评分	√	省医保局
医保网 运行要求	3	网络攻击	2	1、高危、中危安全事件按每周未整改风险 IP (终端) 按月汇总后, 数量≤5 个 (扣 0.5 分)、数量≤10 个 (扣 1 分)、数量>10 个 (扣 2 分), 无攻击满分; 2、有安全事件单位必须提供整改反馈报告没提供或提供不全者扣 1 分; 3、有未按规划私接线路、未用规划 IP 访问数据中心、将医保网间接连入互联网等重大安全风险行为, 扣除网络考核所有分值 (-3)。	市州 (省本级)	无需自评 通过后台 数据评分	√	省医保局
		网络管理	1	对医保网络接入、医保 IP 分配、运维人员操作等行为有明细台账记录 (每月都需提交最新台账)。符合要求得 1 分, 未提交或未及时更新不得分。				
平台 运维管理	1	问题管理系统	1	问题管理系统问题关闭率: ≥90%, 得 1 分; ≥80%, 得 0.5 分; <80%, 不得分。 (查询路径: 问题需求—) 问题管理—) 问题单查询)	市州 (省本级)	无需自评 通过后台 数据评分	√	省医保局
沟通协调	2	及时报送材料	1	次月 1 日 18:00 (以邮件时间) 前提交考核材料并符合要求, 得 1 分, 未及时提交或提交内容不符合要求不得分。	市州 (省本级)	无需自评, 要求材料完整, 按时报送, 以邮件发送时间为准	√	市州 (省本级)
		书面交流	1	1、次月 1 日 18:00 (以邮件时间) 前提供当月网信 (医保信息化) 工作总结材料和下一步工作计划, 得 0.5 分, 缺少任何一项不得分; 2、次月 1 日 18:00 (以邮件时间) 前提供当月开展的网信重点工作经验交流材料, 得 0.5 分。			√	
其他 专项工作	4	承担省局交办的其他工作	4	承担省局信息化和标准化专项工作, 得 4 分。	市州 (省本级)	无需自评, 协助省局承办会议、培训, 借调人员参与省局信息化标准化工作可以得分	√	市州 (省本级)

一级指标	二级指标				考核范围	自评	省局 打分	评分依据 提供方
指标	分值	指标	现分值	评分标准				
扣分项		老系统是否停用		经办业务老系统未停用的，发现一次扣 5 分。	市州 (省本级)	无需自评,由 省局审核并 打分	√	市州 (省本级)
		影响参保人服务体验		发生以下任一情况扣 2 分: 1. 已开通医保码、医保移动支付的定点医药机构无故停用或下线。 2. 国家局或省局接到参保人关于定点医药机构无法全流程使用医保码的投诉, 并经过核实确认。 3. 医保部门、两定机构或本地授权的金融机构、第三方渠道在开展推广活动时, 将相关推广工作外包或转手其他无资质的机构或个人。 4. 对本地医保码、医保移动支付使用情况监管不严, 出现情节严重、影响较大的参保人个人信息泄露、医保码盗用等事件。 5. 每月国家局或省局发布医保码全流程应用有问题机构名单, 本地机构未在次月底前完成整改, 每家机构扣 2 分, 上不封顶。 发生以下任一情况扣 1 分: 1. 国家局或省局在处理参保人问题时, 有需要地方配合解决的事项, 地方工作人员超过 1 个工作日未响应。 2. 未按时完成省局交办的事项。(可累计)				
加分项		开展培训		1、举办业务培训班并在次月 1 日 18:00 (以邮件时间) 前提供培训相关材料, 1 次得 0.5 分; 2、进行与医保信息化相关的带有示范意义的推广活动并在次月 1 日 18:00 (以邮件时间) 前提供活动相关材料, 1 次得 0.5 分。				
		地方党委或政府肯定		加分项, 获得地方党委或者政府主要负责同志肯定批示, 1 次得 3 分, 6 分封顶。		无需自评按 要求提供材 料。必须是所 在区域一把 手签署的批 示材料(书 记、省长、市 长、主席等), 需提供批文	√	
		绩效考核单项排名		本月平台应用考核中电子处方、移动支付各项评分排名前三市州, 每项加 2 分。		无需自评	√	省医保局

备注:

- 1、“以上”含本数,“以下”不含本数;
- 2、阶梯式得分指标,得分取高分值,不累计计分;
- 3、除加分项外,每项得分不得高于该项额定分值;
- 4、提交考核材料至省局联系人邮箱。