

(旬刊)

广东省人民政府主管主办

2021 年 6 月 15 日出版

目 录

【省政府部门文件】

广东省人力资源和社会保障厅 广东省卫生健康委员会关于印发《广东省工伤保险医疗服务协议机构管理办法》的通知（粤人社规〔2021〕6号）	3
广东省人力资源和社会保障厅 广东省社会科学院关于印发《广东省深化哲学社会科学研究人员职称制度改革实施方案》的通知（粤人社规〔2021〕8号）	14
广东省自然资源厅 广东省民政厅 广东省住房和城乡建设厅关于进一步加强养老服务设施规划建设和用地保障的通知（粤自然资规字〔2021〕2号）	19
广东省自然资源厅关于印发地上地下国有建设用地使用权及其所附建筑物构筑物所有权确权登记暂行办法的通知（粤自然资规字〔2021〕3号）	23
广东省生态环境厅 中国银行保险监督管理委员会广东监管局关于废止《印发关于开展环境污染责任保险试点工作的指导意见的通知》等2件规范性文件的通告（粤环发〔2021〕3号）	27
广东省政务服务数据管理局关于印发《广东省政务服务数据管理局关于广东省网上中介服务超市管理办法的实施细则》的通知（粤政数〔2021〕7号）	28
广东省医疗保障局关于印发广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法的通知（粤医保规〔2021〕1号）	33
广东省医疗保障局关于印发广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法的通知（粤医保规〔2021〕2号）	45

【政策解读】

《广东省工伤保险医疗服务协议机构管理办法》解读	55
-------------------------------	----

《广东省自然资源厅 广东省民政厅 广东省住房和城乡建设厅关于进一步加强养老服务设施规划建设和用地保障的通知》解读	58
《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》解读	60
【人事任免】	
省政府 2021 年 5 月份人事任免	63

广东省人力资源和社会保障厅 广东省卫生健康委员会关于印发《广东省工伤保险医疗服务协议机构管理办法》的通知

粤人社规〔2021〕6 号

各地级以上市人力资源和社会保障局、卫生健康局（委），省社会保险基金管理局：
现将《广东省工伤保险医疗服务协议机构管理办法》印发你们，请遵照执行。

广东省人力资源和社会保障厅
广东省卫生健康委员会
2021 年 4 月 27 日

广东省工伤保险医疗服务协议机构管理办法

第一章 总 则

第一条 为统一工伤保险基金省级统筹后的工伤医疗服务，规范工伤医疗服务行为，更好地保障工伤职工的工伤医疗救治权益，根据《工伤保险条例》《广东省工伤保险条例》《关于加强工伤保险医疗服务协议管理工作的通知》《广东省工伤保险基金省级统筹实施方案》《广东省工伤保险基金省级统筹业务规程》《关于加强我省工伤保险协议管理工作的通知》《广东省社会保险基金监督条例》等有关规定，结合我省实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于我省行政区域内工伤保险医疗服务协议机构的申请与确定、协议签订与管理等事项。

第三条 工伤保险医疗服务实行“购买服务，协议管理”方式。本省行政区域内依法成立的医疗机构均可申请成为协议机构。在公开、公正、平等协商的基础上，社会保险经办机构（以下简称经办机构）与符合条件的医疗机构签订工伤保险医疗服务协议（以下简称服务协议）。签订服务协议的医疗机构成为工伤保险医疗服务协议机构（以下简称协议机构）。

第四条 工伤保险医疗服务协议管理按照分级负责原则，实行属地管理。

省级经办机构负责制定全省统一的工伤保险医疗服务协议文本，统筹全省工伤保险医疗服务资源和协议机构规模布局，对全省协议管理工作进行指导和监督，组织开展协议机构监督检查。地级以上市经办机构负责组织本地区协议机构申请受理和资质评估、与符合条件的具有独立法人资格的医疗机构签订服务协议、对协议机构进行日常管理和监督考核。

第五条 人力资源社会保障部门按照与医疗保障部门建立的业务协同工作机制，在目录管理、服务监管、信息共享、基金结算等方面开展合作；与卫生健康、市场监督管理等部门加强沟通协调，在各自职责范围内共同做好工伤医疗管理服务。

第六条 省建立工伤保险医疗专家库，由地级以上市经办机构向省级经办机构推荐本地医疗机构具有工伤医疗临床工作经验的专家，择优聘用组成，为协议机构评估、监督考核、费用审核提供技术支撑。根据工作需要，经办机构可通过政府购买服务方式委托有资质的专业机构提供工伤医疗监督考核的技术性等辅助服务。聘请专家和委托专业机构所需经费由负责组织的经办机构按相关规定及标准支付，列入本单位经费开支，不得在工伤保险基金中列支。

经办机构委托专业机构实施工伤医疗监督考核项目的，应明确检查目标、内容、标准等，提供法规政策指导，并对采用的检查结果负责。

以上专业机构应为经相关部门批准成立，合法登记（注册），具备法人资格，取得国家规定开展相关业务的相应资质。

第二章 工伤医疗服务协议机构的确定

第七条 省级经办机构根据工伤保险基金收支平衡情况，结合区域医疗卫生资源配置、工伤职工医疗需求等确定协议机构的数量和结构，在全省范围内实现合理布局。

第八条 医疗机构申请纳入协议机构必须具备以下基本条件：

（一）正式运营至少 3 个月。

（二）取得医疗机构执业许可证的综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医院、专科医院、专科疾病防治院（所、站）、妇幼保健院、社区卫生服务中心（站）、中心卫生院、乡镇卫生院、街道卫生院。

如属部队驻粤医疗机构的，还需经军队主管部门批准有为民医疗服务资质；互联网医院须依托其实体医院申请。

（三）不以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等非基本医疗服务为主要执

业范围的。

(四) 具备为工伤职工提供良好医疗服务的条件，在工伤救治或职业病防治的科室、设备、人员等方面有专业技术优势，医疗机构人员配备符合有关行政主管部门的管理规定。

(五) 具备完善的医院信息系统，并按规定与工伤保险信息系统对接，能够为工伤职工提供就医管理、工伤医疗费联网结算、待遇查询等服务。

(六) 遵守国家、省有关医疗服务和职业病防治管理的法规和标准，有健全和完善的符合工伤保险服务协议管理要求的医疗服务和质量安全管理制度、财务会计管理制度、统计信息管理制度等。

(七) 遵守国家和省相关部门制定的医疗服务和药品的价格政策。

(八) 遵守社会保险的法律法规。

第九条 医疗机构提出纳入协议机构申请的，应如实提供以下材料：

(一) 广东省工伤保险医疗服务协议机构评估申请表；

(二) 法人资格证书和法定代表人、主要负责人、实际控制人的有效身份证件；

(三) 经卫生健康及中医药行政部门颁发的医疗机构执业许可证；如属部队驻粤医疗机构的，还需提交经军队主管部门颁发的为民医疗服务许可证。

经办机构通过部门信息共享能获取以上材料或信息的，原则上不得提交；续签服务协议的，不需要提交材料。

第十条 符合条件的医疗机构可即时通过现场或网上办理方式向所在地经办机构提出纳入协议机构申请，经办机构应及时受理审核。对材料齐全的，应自收到材料之日起 5 个工作日内作出受理通知书；对材料不全的，经办机构自收到材料之日起 2 个工作日内一次性告知须补充的材料，补充材料时间不计入受理审核时间。经办机构受理医疗机构申请后，应按本办法第八条、第九条的规定对其资格条件和申报材料进行初步审核。

经办机构应制定并公布申请纳入协议机构的办事指南，为医疗机构申请成为协议机构提供指引。

第十一条 协议机构新增执业地点提供工伤医疗服务的，应按“一个执业地点签订一份服务协议”的原则，另行申请签订服务协议。新增执业地点无独立法人资格的，以协议机构为主体向新增执业地点所在地经办机构提出申请，并按规定签订服务协议；新增执业地点具有独立法人资格的，应以执业地点为主体向其所在地经办机构提出申请，并按规定签订服务协议。

有多个执业地点的协议机构应加强对各执业地点的日常管理监督，确保各执业

地点依据服务协议提供服务。

第十二条 经办机构应在本单位纪检部门监督下从工伤保险医疗专家库中随机抽取相关专家，组成评估专家组对经初步审核符合条件的医疗机构开展现场评估。评估内容包括医疗机构基本设置、技术能力、信息化建设、内部管理、价格管理、服务能力等。评估应自受理之日起 30 个工作日内完成。评估专家组由工伤医疗专家，以及经办机构的工伤保险、财务管理、信息技术、纪检、稽核部门等人员组成，一般为 7 人。专家组成员与被评估单位有利害关系的，应当回避。

符合医疗保险评估条件并成为医疗保险定点医疗机构的二级及以上医疗机构，其主要评估内容与工伤保险评估内容一致的，工伤保险不再评估；内容不一致的，按本条第一款开展评估。协议机构新增执业地点申请纳入工伤保险医疗服务协议机构的，应按本条规定进行评估。

第十三条 评估结果分为合格和不合格。得分 90 分及以上的，为合格；得分 90 分以下的，为不合格。合格的评估结果 3 年内有效、全省互认。符合本办法第十二条第二款规定不再评估的医疗机构，视为评估合格。

评估不合格的，经办机构应告知医疗机构及相关理由。有异议的，医疗机构可自收到评估结果之日起 15 日内向经办机构提出复核申请。经办机构应另行组织评估并在 30 个工作日内完成。评估仍不合格的，1 年内不得再次申请。

医疗机构有下列情形之一的，评估结果为不合格：

- （一）基本医疗服务未执行相关主管部门制定的医药价格政策的；
- （二）未依法履行行政处罚责任的；
- （三）以弄虚作假等不正当手段申请纳入，自发现之日起未满 3 年的；
- （四）因违法违规被解除工伤保险或医疗保险服务协议未满 3 年；
- （五）因严重违反工伤保险或医疗保险服务协议约定而被解除协议未满 1 年或已满 1 年但未完全履行违约责任的；
- （六）法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原协议机构被解除工伤保险或医疗保险服务协议，未满 5 年的；
- （七）法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入失信人名单的；
- （八）法律法规规定的其他不予受理的情形。

第十四条 经办机构应在同级人力资源社会保障部门门户网站公示评估合格的医疗机构名单，公示期为 7 个工作日。公示期间收到举报投诉的，经办机构需调查核实，经核实不符合评估条件的，不得签订服务协议。

第十五条 地级以上市经办机构与通过评估的具有独立法人资格的医疗机构按

规定签订服务协议，每 1 到 3 年签订一次，出现本办法规定的中止、终止情形的，协议暂停、停止执行。国家和省有关政策或规定调整的，双方应签订补充协议。

第十六条 地级以上市经办机构应于 5 个工作日内将评估、协议签订、中止、解除、终止等结果报省级经办机构备案。省、市经办机构应分别在同级人力资源社会保障部门门户网站及时公布全省、本市协议机构名单、标牌样式及考核结果，并进行动态管理。

第十七条 实行全省统一的工伤保险服务标牌管理。省级经办机构按照国家规定制作服务标牌并提供各地使用。经办机构在签订服务协议后的 10 个工作日内向协议机构发放服务标牌，协议机构应在显著位置悬挂，不得伪造、转让或损毁服务标牌。终止或解除服务协议的，经办机构应于 5 个工作日内收回服务标牌。

第三章 协议期内管理

第十八条 经办机构主要履行以下协议管理职责：

- (一) 组织评估确定协议机构并与其签订服务协议；
- (二) 对协议机构开展工伤医疗服务监管，提出协议变更和完善工作意见建议等；
- (三) 及时向协议机构支付工伤医疗费用；
- (四) 向协议机构提供就医工伤职工参保缴费状态、工伤认定决定、工伤保险诊疗项目目录、药品目录、住院服务标准等目录信息，为协议机构提供工伤医疗服务就医政策指引并对其相关工作人员开展业务培训等。

第十九条 协议机构主要履行以下职责：

- (一) 严格遵守工伤保险法规政策和服务规范，全面履行服务协议，为工伤职工提供工伤医疗服务；
- (二) 接受经办机构的工伤医疗服务监管；
- (三) 建立与工伤保险相关的管理制度，配备机构和人员从事工伤医疗管理服务，做好工伤保险宣传和培训；
- (四) 建立信息系统，开展工伤医疗费联网结算。

第二十条 协议机构及其工作人员提供工伤医疗服务应遵守下列规定：

- (一) 上线应用身份认证识别系统，核验工伤职工身份，将社会保障卡作为工伤职工就医的主要凭证；
- (二) 遵守国家、省和市医药价格政策、财务管理等制度；
- (三) 按照国家、省有关医疗服务规范和医疗卫生常规，合理检查、合理治疗、

合理用药、合理收费，不得有无指征住院、挂床住院、过度医疗行为，确保医疗服务质量；

（四）严格执行工伤保险诊疗项目目录、药品目录、住院服务标准等管理规定和支付标准；

（五）按经办机构要求进行接口改造和优化升级，并按规定与工伤保险信息系统有效对接，开展工伤医疗费联网结算、智能监控和目录匹配；

（六）提供病案首页、出院小结、费用明细清单、费用结算单等工伤医疗费用信息，通过系统向经办机构上传工伤职工或用人单位已支付的工伤医疗费用信息；

（七）如实诊断工伤伤情，甄别工伤伤情与非工伤伤情；

（八）接受经办机构协议管理考核、工伤医疗服务监管；

（九）建立知情确认制度，工伤职工使用工伤保险目录外项目及超出工伤医疗服务项目价格的，须经工伤职工或其近亲属、用人单位签字确认同意；

（十）妥善处理工伤就医方面的举报投诉和社会监督反映问题，配合人力资源社会保障部门处理工伤保险方面的矛盾和争议，为工伤认定、劳动能力鉴定、工伤医疗待遇审核及疑难病案提供相关医学咨询、解释和指导；

（十一）工伤保险管理的其他规定。

第二十一条 经办机构与协议机构签订服务协议时，应当在服务协议中约定，协议机构及其工作人员在提供工伤医疗服务时不得有下列行为：

（一）虚列工伤保险基金支付项目，虚报工伤保险基金支付金额。协助他人冒名或者虚假就医；伪造病历资料、医疗票据、收费明细；串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；瞒报医疗事故等违规行为。

（二）违背诊疗规范进行过度检查、治疗、护理、康复等，以及将工伤保险基金支付范围以外所产生的医疗费用和治疗非工伤伤情引发的疾病所产生的费用等纳入工伤保险基金结算，造成工伤保险基金不必要的支出。

（三）将超国家、省和市医药价格标准的费用申请纳入工伤保险基金结算。

（四）挂床住院，推诿接收工伤职工入院或者故意延长住院期限。

（五）存在医疗保险失信行为的。

（六）危害工伤保险基金安全的其他行为。

第二十二条 职工发生事故伤害或患职业病就医时，协议机构按基本医疗保险有关规定结算医疗费用。认定工伤后由工伤保险基金以医疗票据为审核依据向基本医疗保险基金结算已由基本医疗保险基金支付的工伤医疗费用。

具备条件的地级以上市，在认定工伤前由用人单位或工伤职工全额垫付工伤医

疗费用的，认定工伤后，用人单位或工伤职工可持医疗发票、病历资料到就医的协议机构办理补记账手续，再由经办机构按规定结算工伤医疗费用。

第二十三条 协议机构与经办机构应对工伤认定后的工伤医疗费用开展联网结算。联网结算采取月度结算和年度清算方式。月度结算时按规定预留责任保证金，年度清算时根据综合考核情况予以结算。

第二十四条 协议机构应于每月 10 日前向签订协议的经办机构或受委托的经办机构申请结算上月工伤医疗费用；经办机构按规定在 25 个工作日内完成费用审核和拨付。

费用审核过程中发现违约疑点的，经办机构应及时反馈协议机构，协议机构于 10 个工作日内进行确认；无异议的，经办机构直接扣减；有异议的，经办机构于 10 个工作日内进行核查，核查无误的，经办机构应及时拨付。

第二十五条 工伤职工因医疗条件所限需要转院治疗的，协议机构应及时提出意见，经报参保地经办机构同意的，按规定办理转院手续。本市范围内的转院不需办理转院手续。

工伤职工经治疗伤情稳定且经劳动能力鉴定委员会确认需继续康复治疗的，协议机构应引导工伤职工转诊至工伤康复协议机构进行系统工伤康复治疗。

第二十六条 广东省工伤保险医疗服务协议机构评估申请表中的单位基本情况信息发生变化的，协议机构应在有关主管部门批准变更登记后 30 日内，通过现场或网上办理方式向经办机构提交广东省工伤保险医疗服务协议机构信息变更申请表和相关材料办理备案。

- (一) 分立、合并、搬迁的；
- (二) 法定代表人、主要负责人或实际控制人信息变更的；
- (三) 机构性质、机构规模发生变更的；
- (四) 协议有关服务范围、信息化建设导致已约定的部分工伤保险服务无法继续开展的；
- (五) 医疗机构名称、诊疗科目、类别、等级等信息变更的；
- (六) 银行结算账户等其他信息变更情形。

协议机构出现前款重大信息变更情形，导致评估结果受影响的，地级以上市经办机构应重新组织评估，并按本规定第十六条规定报送评估结果。

第二十七条 协议机构应及时准确向工伤职工宣传工伤保险医疗政策和就医结算流程，引导工伤职工有序就医、合理转诊，为工伤职工提供预约挂号、移动支付、查询打印等线上服务和自助服务等便捷服务。

第二十八条 协议机构应配备专门机构和专兼职人员负责对接经办机构并从事工伤医疗管理服务，做好医务人员工伤保险宣传和培训，及时向工伤职工宣传工伤保险政策、就医服务及结算流程等，并在本单位显要位置设置工伤保险医疗服务宣传栏和就医指引，公布经办机构指定的基金监督举报和经办服务咨询渠道及方式。

第二十九条 协议机构应加强信息化建设，配置相应的计算机设备，并按经办机构信息系统建设要求完成通信链路的联通、数据接口改造、联调测试验收、联网和非联网结算的数据传送和系统升级等工作，实现与经办机构信息系统互联互通。建立信息系统动态维护机制，及时解决系统故障，确保实时连接和工伤医疗费联网结算。

第三十条 建立日常监督和定期监督相结合的监管机制。日常监督采取随机抽查、智能监控及专家评审等方式，定期监督采取年度考核和协议期满考核的方式，每年不得少于 1 次。考核内容包括质量管理、结算管理、基础管理、服务管理、信息系统建设、宣传培训等。考核结果全省互认。

新增执业地点无独立法人资格以协议机构为主体签订服务协议，对其的考核结果主要应用于对该执业地点的管理。

考核结果与责任保证金返还、年度清算和协议续签等内容挂钩。

第四章 协议续签、中止、解除、终止

第三十一条 协议期满前 30 日内，经办机构对协议机构进行考核，根据日常监督和定期监督检查情况综合评分，得分 60 分及以上的，考核结果为合格，可续签协议；得分 60 分以下的，考核结果为不合格，不再续签协议。

考核结果不合格的，经办机构应告知医疗机构及相关理由。有异议的，医疗机构可自收到考核结果之日起 15 日内向经办机构提出复核申请。经办机构应另行组织考核并在 30 个工作日内完成。

第三十二条 经办机构与协议机构签订服务协议时，应当在服务协议中约定以下中止协议情形：

（一）违反本办法第二十一条规定，对工伤保险基金安全、参保人权益可能造成较大风险的；

（二）年度考核不合格的；

（三）协议机构被社会保障部门或其他相关部门责令整改，逾期不整改，或一年以内累计 3 次被责令整改的；

（四）未按规定提供数据或提供数据不真实，或者拒不配合监督考核的；

(五) 法律法规和规章规定的其他应中止的情形。

中止服务协议，经办机构应书面通知协议机构，自书面通知之日起暂停协议履行。中止期间新入院工伤职工的工伤医疗费用由联网结算改为零星报销。

中止期结束，未超过协议有效期的，服务协议可继续履行；超过协议有效期的，服务协议终止。

协议机构可提出中止服务协议申请，经经办机构同意，可以中止服务协议但中止时间原则上不得超过 180 日，协议机构在协议中止超过 180 日仍未提出继续履行服务协议申请的，原则上服务协议自动终止。

第三十三条 经办机构与协议机构签订服务协议时，应当在服务协议中约定以下解除协议情形：

(一) 服务协议有效期内累计 2 次及以上被中止服务协议或中止服务协议期间未按要求整改或整改不到位的；

(二) 以弄虚作假等不正当手段申请取得服务协议资格的；

(三) 经社会保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的；

(四) 为非协议机构或处于中止服务协议期间的医疗机构提供工伤保险费用结算的；

(五) 拒绝、阻挠或不配合社会保障部门开展智能审核、监督检查等，情节恶劣的；

(六) 被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的；

(七) 停业或歇业后未按规定向经办机构报告的；

(八) 社会保障部门或其他有关部门在行政执法中，发现协议机构存在重大违法违规行为且可能造成工伤保险基金重大损失的；

(九) 法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履行服务协议约定，或有违法失信行为的；

(十) 未依法履行社会保障行政部门作出的行政处罚决定的；

(十一) 主动提出解除服务协议且经办机构同意的；

(十二) 根据服务协议约定应当解除服务协议的；

(十三) 法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

经办机构按照前款规定解除服务协议的，应书面通知协议机构。协议解除后，协议关系不再存续，产生的医药费用按照工伤保险非协议机构有关规定处理。协议解除前工伤职工尚未办理出院结算手续的，出院后按规定向经办机构申请零星报销。

第三十四条 协议机构有下列情形之一的，终止服务协议。

- (一) 因不可抗力致使协议不能正常履行的；
- (二) 事业单位解散、被撤销、被吊销法人证书，企业被人民法院宣告破产、被吊销营业执照、责令关闭、撤销以及决定提前解散的；
- (三) 卫生健康及中医药行政部门颁发的《医疗机构执业许可证》或军队主管部门颁发的为民医疗服务许可证失效、被吊销、注销的；
- (四) 协议期满，未续签协议的；
- (五) 双方协商一致的；
- (六) 法律法规和规章规定的其他应终止的情形。

第三十五条 出现中止、解除或终止服务协议情形的，经办机构应向社会公布协议机构相关信息，并与协议机构共同做好就医指引和服务指引，不得影响工伤职工就医。

协议机构请求中止、解除、终止服务协议的，应提前 3 个月向经办机构提出申请。公立医疗机构不得主动提出中止或解除服务协议。

第五章 法律责任

第三十六条 协议机构违反规定、约定的，经办机构应采取约谈、限期整改、通报批评、暂停拨付、拒付费用、追回费用、扣除责任保证金、中止协议等方式依法依规处理。因协议机构违规违约造成损失的，应按规定赔偿。存在依法移交社会保险行政部门情形的，经办机构应及时移交。

第三十七条 协议机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取工伤保险基金支出的，解除服务协议，并按照《中华人民共和国社会保险法》《广东省工伤保险条例》《广东省社会保险基金监督条例》等规定处理。

第三十八条 协议机构存在社会保险领域严重失信行为的，经办机构按规定将其列入社会保险领域严重失信人名单，实施联合惩戒。

第三十九条 经办机构应依法为用人单位和工伤职工就医的信息保密，不得以任何形式泄露。协议机构应遵守数据安全有关制度，采取措施对协议履行过程中形成的数据、材料等保密，保护参保人隐私。

经办机构和协议机构造成用人单位和工伤职工就医信息泄露的，按照《社会保险个人权益记录管理办法》等规定处理。

第四十条 经办机构和协议机构在协议履行期间发生争议的，可通过协商解决。协议机构认为经办机构未履行有关协议或者规定的，可依法申请行政复议或提起行政诉讼。

第四十一条 经办机构 and 协议机构签订和履行协议情况、协议机构名单和工伤医疗费用支出情况接受行政监督。经办机构要定期向社会公布评估结果、协议机构名单和工伤医疗费用支出等情况，接受社会监督。

第六章 其 他

第四十二条 发生重大突发公共卫生事件时，省级人力资源社会保障部门按照国家有关规定临时调整工伤保险基金支付项目及标准、医学排（检）查的检测项目及所需费用，工伤保险基金予以支付。

第四十三条 经办机构应对协议机构提供的工伤医疗服务等开展满意度测评，可采用现场调查、专项检查、电话回访等方式进行，测评可与定期考核一并组织实施。

第四十四条 本办法所称工伤职工是指经依法认定为工伤的参加我省工伤保险的职工和确认纳入老工（公）伤管理的人员。

第四十五条 本办法自 2021 年 6 月 1 日起施行，有效期 5 年。此前省及各地的规定与本办法不一致的，以本办法规定为准。今后法律法规、国家和省另有规定的，从其规定。执行中遇到的重大情况问题，请迳向广东省社会保险基金管理局反映。

- 附件：1. 申请纳入广东省工伤保险医疗服务协议管理工作流程
2. 广东省工伤保险医疗服务协议机构评估申请表
3. 广东省工伤保险医疗服务协议机构评分表
4. 广东省工伤保险医疗服务协议机构信息变更（备案）申请表
5. 广东省工伤保险医疗服务协议机构现场核查情况记录表
6. 广东省工伤保险医疗服务协议机构协议状态变更（备案）通知书
7. 广东省工伤保险医疗服务协议机构考核评分表
8. 广东省工伤保险医疗服务协议机构满意度测评表

（注：上述附件此略，详情请登录广东省人民政府门户网站 www.gd.gov.cn 政府公报栏目查阅）

广东省人力资源和社会保障厅 广东省社会科学院 关于印发《广东省深化哲学社会科学研究人员 职称制度改革实施方案》的通知

粤人社规〔2021〕8 号

各地级以上市人力资源和社会保障局，省直有关单位：

现将《广东省深化哲学社会科学研究人员职称制度改革实施方案》印发给你们，自 2021 年 7 月 1 日起实施，有效期为 5 年。

实施中如有问题及意见，请及时反馈省人力资源社会保障厅专业技术人员管理处和省社会科学院人事处。

广东省人力资源和社会保障厅

广东省社会科学院

2021 年 5 月 8 日

广东省深化哲学社会科学研究人员 职称制度改革实施方案

哲学社会科学研究人员是我国专业技术人才队伍的重要组成部分，是构建中国特色哲学社会科学的中坚力量。为加快我省哲学社会科学研究人才队伍建设，根据国家和省深化职称制度改革精神以及《人力资源和社会保障部 中国社会科学院关于深化哲学社会科学研究人员职称制度改革的指导意见》（人社部发〔2019〕109 号）等文件要求，结合我省实际，制定本实施方案。

一、总体要求

（一）指导思想。

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的十九大和十

九届二中、三中、四中、五中全会精神，认真落实党中央、国务院和省委、省政府的决策部署，坚持党管人才原则，深入实施人才强国战略，遵循哲学社会科学发

展规律和人才成长规律，完善符合哲学社会科学研究人员特点的职称制度，充分发挥职称评价“指挥棒”作用，激发科研人员的积极性、创造性，为加快我省哲学社会科学事业发展、加强中国特色新型智库建设、促进经济社会高质量发展提供人才智力支撑。

（二）基本原则。

1. 坚持立足省情、服务发展。立足中国特色社会主义进入新时代的历史方位，坚持“双百方针”，尊重劳动、尊重知识、尊重人才、尊重创造，结合新时代我省改革开放的新局面，营造有利于科研人员发展的良好氛围，促进人才发展与经济社会发展深度融合。

2. 坚持尊重规律、科学公正。以品德、能力、业绩为导向，科学设置哲学社会科学研究人员职称评价标准，克服唯学历、唯资历、唯论文、唯奖项倾向，科学、客观、公正评价科研人员学术水平和实际贡献，让有真才实学、作出贡献的人才有成就感、获得感。

3. 坚持求真务实、改革创新。针对哲学社会科学研究人员职称制度存在的突出问题，围绕评价标准、评价机制等关键环节，精准施策、务求实效，充分激发科研人员创新活力，形成有利于“出大师、出精品”的科研环境。

4. 坚持统筹规划、分类评价。加强顶层设计，对哲学社会科学研究人员职称制度进行统筹规划，针对不同类型哲学社会科学研究人员特点，采取分类评价，提高职称评价的科学性、针对性。

二、主要内容

（一）健全制度体系。

1. 科学设置层级。哲学社会科学研究人员职称分为初级、中级、高级三个层级，其中高级设副高级和正高级。初级、中级、高级职称名称分别为研究实习员（初级）、助理研究员（中级）、副研究员（副高级）和研究员（正高级）。

2. 合理设置专业。我省哲学社会科学研究人员职称评价设置哲学、经济学、法学、教育学、文学、历史学、管理学等七个专业类别，并根据哲学社会科学研究领域发展需要适时进行调整。

（二）完善评价标准。

1. 坚持德才兼备、以德为先。坚持以马克思主义为指导，坚持为人民做学问，注重政治标准和学术标准、继承性和民族性、原创性和时代性、系统性和专业性相统一。把品德放在职称评价的首位，重点考察科研人员的政治立场、学术导向、科学精神、职业道德和从业操守。建立健全职业道德考核评价办法，坚守道德底线，倡导诚实守信，强化社会责任。

2. 坚持创新和质量导向，定性和定量评价相结合。注重考察科研人员的专业性和创造性，以科研能力、理论创新、学术水平、业绩贡献等为评价重点，把是否发现新问题、运用新方法、提出新观点、构建新理论、形成新对策、取得新效益等作为衡量成果质量的主要内容。实行定量评价与定性评价相结合，对适宜量化的评价指标进行合理量化，定性评价体现导向性、专业性。注重论著质量，淡化数量要求，改变简单以出版社和刊物等级等判定成果质量、评价人才的做法，适当发挥引文数据在科研评价中的作用，避免绝对化。

3. 坚持分类评价。根据不同岗位科研人员及科研活动特点，分类制定科学合理、各有侧重的人才评价标准，避免“一刀切”。对主要从事基础研究的人员，着重评价其在创新思想理论、传承文明、推动学科建设等方面的能力和贡献。对主要从事应用研究和决策咨询研究的人员，着重评价其在为党和政府提供决策服务、解决经济和社会发展问题等方面的能力和贡献。对于同时承担教学任务的研究人员，将其师德表现和教学业绩作为重要指标。推行等效评价制，发表于中央主要媒体并产生重要影响的理论文章，以及为重要决策所采纳的建言献策成果，在职称评审中与高质量的学术论文、著作具有同等效力。

4. 推行代表作制度。将哲学社会科学研究人员的代表性成果作为职称评审的重要内容，注重标志性成果的质量、贡献和影响力。代表作应在本研究领域内处于领先水平，具有较大影响力，或产生显著社会和经济效益，受到同行专家的公认。严格实行代表作审核制度，落实回避制度，保障代表作评价的公信力。

5. 实行省级标准、市级标准和单位标准相结合。省人力资源和社会保障厅、省社会科学院根据国家基本标准条件，结合我省实际，联合制定《广东省哲学社会科学研究人员职称评价标准条件》（见附件）。具有职称评审权的地级以上市人力资源和社会保障部门会同哲学社会科学研究主管部门可根据省级标准，结合本地区实际，

制定市级标准条件；具有职称自主评审权的用人单位可根据省级标准，结合本单位实际，制定单位标准。市级标准、单位标准不得低于省级标准。

（三）创新评价机制。

1. 丰富评价方式。针对不同类型和层次人才的特点，综合采用个人总结、代表作鉴定、面试答辩、成果展示、集中评审等多种评价方式，提高评价的针对性和科学性。对决策咨询类成果、委托项目成果，可将使用单位、委托单位意见作为评价的重要参考。

2. 向优秀科研人员倾斜，支持粤东西北和基层一线科研人员参与职称评价。取得重大基础研究突破、在经济社会发展中作出重大贡献的，可直接申报副研究员、研究员职称。对长期在粤东西北地区和基层一线工作的哲学社会科学研究人员，侧重考察其实际工作业绩，放宽学历、资历等要求。

3. 加强评委会建设，强化同行专家评价。省人力资源和社会保障厅、省社会科学院统筹全省哲学社会科学研究人员职称制度改革，省社会科学院具体负责哲学社会科学研究研究员、副研究员职称的评审工作。建立以同行专家评议为基础的业内评价机制，注重社会和业内认可，突出同行评价在职称评审中的作用。组建由高等院校、科研机构、专业社会组织和企业相关专业高层次人才组成的评审专家库，评审委员会由评审专家库中具有较高学术水平、作风正派、办事公道、群众公认的专家组成。自主评审单位的评委会中，单位外部专家应占有一定比例。建立以随机、回避、轮换为基本原则的评委遴选制度，严格遴选标准，明确评委职责权限，实行动态管理。健全评委会工作程序和评审规则，严肃评审纪律，加强监督管理，保证评审工作的权威性、独立性和公正性。

（四）促进职称制度与用人制度相衔接。

1. 坚持评以适用、以用促评。把职称评审结果作为使用人才的重要依据，实现职称评价结果与人才聘用、考核、晋升等用人制度有机衔接。对于全面实行岗位管理、专业技术人才学术技术水平与岗位职责密切相关的事业单位，一般应在岗位结构比例内开展职称评审。对于不实行岗位管理的单位，可根据工作需要，采用评聘分开方式。加强聘后管理，结合日常考核、年度考核及聘期考核结果，对不符合岗位要求、不能履行岗位职责或考核不合格人员，可按照有关规定调整岗位、低聘或者解聘，在岗位聘用中实现人员能上能下。

2. 促进职称评价与人才流动有效衔接。对引进的优秀人才，其工作经历和业绩贡献可作为职称评审的依据。进一步打破户籍、地域、身份等制约，畅通非公有制经济组织、社会组织、民间智库及自由职业研究人员职称评审通道。非公有制单位哲学社会科学研究人员职称申报不与人事档案管理挂钩，由工作单位按规定履行审核、公示、推荐等程序。自由职业者由人事代理机构或行业性社会组织等履行审核、公示、推荐等程序。

（五）改进管理与服务。

1. 下放评审权限。科学界定、合理下放职称评审权限。广州市、深圳市可按照职称管理权限自行组织开展哲学社会科学研究人员各层级职称评审工作。逐步向符合条件的地级以上市、县（区）和哲学社会科学研究人员密集的科研单位下放哲学社会科学研究人员职称评审权限。

2. 优化评审服务。加强职称评审信息化建设，推广在线评审，逐步实现网上受理、网上办理、网上反馈，减少各类申报表格和纸质证明材料，简化申报手续和审核环节，为申报人员提供高效便捷优质的服务，探索运用大数据等现代信息技术，推动评审信息互通共享。对在团队科研项目中作出贡献的科研人员，在申报职称时，不要求个人提供相应业绩证明材料，可由科研单位或项目实施单位统一提供。

3. 加强评审监管。完善职称评审公开公示制度，实行政策公开、标准公开、程序公开、结果公开，坚持代表作等评审材料和评审结果公示制度。建立复查、投诉机制，保障申报人的合法权益。完善评审专家责任和信誉制度，实施退出和问责机制。加强对评价全过程的监督管理，建立评审中巡查、随机抽查和评审后复查、倒查、投诉等制度。加强对自主评审工作的监管，探索自主评审单位信用评级机制，对不能正确行使评审权、不能确保评审质量的，将暂停自主评审工作并限期整改，直至收回评审权。对通过弄虚作假、暗箱操作等违纪违规行为取得的职称，一律予以撤销，并记入职称评审诚信档案库。

三、组织实施

（一）提高认识，加强组织领导。哲学社会科学研究人员职称制度改革政策性强，涉及面广，社会影响大。深化哲学社会科学研究人员职称制度改革是我省分类推进人才评价改革、加强哲学社会科学研究人才队伍建设、加快构建中国特色哲学社会科学的重要举措。各地、各部门要充分认识改革的重大意义，密切配合，相互

协调，确保改革顺利推进。

（二）精心部署，稳步审慎实施。要按照国家和我省职称制度改革有关要求，积极稳妥做好职称评审工作。做好工作预案，细化工作措施，妥善解决改革中出现的各种新情况和新问题。要认真总结经验，妥善处理改革、发展和稳定的关系。

（三）加强宣传，营造良好氛围。各地、各部门要深入细致地做好政策解读、舆论宣传和思想政治工作，充分调动广大科研人员的积极性、创造性，引导哲学社会科学研究人员积极支持和参与职称制度改革，引导社会有关方面支持、参与哲学社会科学研究人员职称制度改革，营造有利于改革的良好氛围。

本方案于 2021 年 7 月 1 日起实施，有效期 5 年，国家有新规定的按照新规定执行。

附件：广东省哲学社会科学研究人员职称评价标准条件（此略，详情请登录广东省人民政府门户网站 www.gd.gov.cn 政府公报栏目查阅）

广东省自然资源厅 广东省民政厅 广东省 住房和城乡建设厅关于进一步加强养老 服务设施规划建设和用地保障的通知

粤自然资规字〔2021〕2 号

各地级以上市自然资源、民政、住房城乡建设主管部门：

为贯彻落实十九届五中全会和习近平总书记视察广东重要讲话、重要指示精神，根据《自然资源部关于加强规划和用地保障支持养老服务发展的指导意见》（自然资规字〔2019〕3 号）和《广东省人民政府办公厅关于加快推进养老服务发展的若干措施》（粤府办〔2019〕23 号）的有关要求，为做好养老服务设施规划建设和用地保障工作，推进养老事业加快发展，现就有关事项通知如下：

一、加强规划引领作用

（一）统筹空间规划布局，保障用地规模。编制市、县国土空间总体规划时，应根据本地区现状人口结构、老龄化趋势等因素，结合养老服务设施建设需求，提出养老服务设施用地配置要求、布局原则及建设标准。对现状老龄人口占比较高和老龄化趋势较快的地区，应适当提高养老服务设施用地比例。下达至各地级以上市的新一轮国土空间规划建设用地规模，要优先保障养老服务设施建设。养老服务设施项目未纳入国土空间总体规划的，支持通过使用预留城乡建设用地规模、城镇弹性发展区等方式满足用地需求。

（二）优化空间规划布点，明确建设要求。编制养老服务设施专项规划时，应落实国土空间总体规划关于养老服务设施用地的规模、标准、种类和布局的要求，以优化养老服务体系结构为导向，明确各类养老服务设施的规划布点和配建标准，结合本地区医疗养老、康复养老等实际情况及具体需求，合理确定各类养老服务设施的建设内容、建设标准、时序安排等。批复后的专项规划成果应纳入国土空间规划“一张图”管理。

（三）落实空间规划要求，确保配套达标。编制详细规划时，应落实国土空间总体规划相关要求，衔接养老服务设施专项规划，严格按照社区 15 分钟居家养老服务圈建设要求合理布局。新建城区和新建住宅小区按每百户不低于 20 平方米、旧城区和已建住宅小区按每百户不低于 15 平方米的标准配套建设养老服务设施。独立占地的养老服务设施应明确位置、用地分类、用地面积、建筑面积、建筑密度、绿地率等要求；非独立占地的养老服务设施应明确建设内容、建筑面积等要求，属于建设项目配建的，应当纳入项目规划条件；允许居住用地、公共管理与公共服务用地等兼容养老服务设施建设。

二、保障新增建设需求

（四）加强计划指标保障，有序安排供地。省统筹保障非营利性和政府以作价出资或者入股方式供应的养老设施项目土地所需新增建设用地计划指标，各市优先保障其他养老设施项目所需新增建设用地计划指标。市、县自然资源主管部门要根据养老服务设施专项规划明确的建设时序和民政部门提出的建设需求，将单独成宗供应的养老服务设施用地纳入年度建设用地供应计划，并将宗地位置、面积、供应方式、建设内容等信息及时向社会公示，有序安排养老服务设施用地供应。非单独成宗供应养老服务设施用地的，应在供应其他建设项目用地时，将详细规划确定的养

老服务设施配建规模及布局要求、民政部门提出的资产移交及运营管理要求纳入供地条件。

三、优化土地供应方式

(五) 明确划拨程序，保障非营利性机构用地需求。划拨国有建设用地用于建设非营利性养老服务设施的，非营利性养老服务机构可凭社会服务机构登记证书、建设项目用地申请书等法定材料，向市、县自然资源主管部门提出申请，经同级人民政府批准后，市、县自然资源主管部门同步核发建设用地规划许可证、国有土地划拨决定书。

(六) 优化出让方式，切实降低用地成本。国有建设用地使用权出让（租赁）计划公布后，在市、县自然资源主管部门确定的意向用地申请期限内（不少于 30 日），同一宗养老服务设施用地只有一个意向用地者的，市、县自然资源主管部门可采取协议方式供应，有两个或者两个以上意向用地者的，应当采取招标、拍卖、挂牌方式供应。采取招标、拍卖、挂牌方式供应商业、住宅用地的，鼓励采用“限地价、竞配建普惠性养老服务设施”供应模式。土地用途确定为社会福利用地，以出让方式供应的，出让底价可按不低于所在级别公共服务用地基准地价的 70% 确定；采取弹性年期出让（租赁）方式供应的，可按照出让（租赁）年期与可出让最高年期的比值确定年期修正系数，确定出让（租赁）底价。

(七) 规范作价出资或者入股方式供应土地程序，多渠道保障养老服务建设用地需求。以国有建设用地作价出资或者入股方式供应养老服务设施用地的，市、县自然资源主管部门应会同同级民政部门根据土地使用权的市场价格评估结果拟定作价出资或者入股的用地方案和作价金额建议方案，征求同级发展改革、财政、国有资产管理等部门意见，报同级人民政府同意后实施。办理作价出资或者入股方式供应土地时，应当依据《企业国有资产法》提请本级人民政府授权特定机构履行出资人职责。转让以作价出资或者入股方式取得的用于养老服务设施的建设用地使用权的，参照以出让方式取得的建设用地使用权转让有关规定办理，不再报经原批准建设用地使用权作价出资或入股的机关批准；转让后，可保留为作价出资或者入股方式，或直接变更为出让方式。

四、支持利用存量资源

(八) 支持盘活存量土地，提高建成区养老服务保障能力。养老服务设施不足的

旧城镇、旧村庄等，应严格按照国土空间规划布局，加强存量建设用地的整合利用，统筹保障养老服务设施建设需求。以拆除重建方式实施旧城镇、旧村庄改造的，应明确养老服务设施的配建方式、建设规模、建设内容和运营管理等要求；“工改商、住”等改造项目无偿移交政府的土地或设施，优先用于养老服务设施建设。经农村集体经济组织同意，可将本村权属范围内符合国土空间规划的其他用地纳入旧村庄改造项目，协议出让给公开选择的旧村庄合作改造主体，用于非营利性养老服务项目建设。

（九）实施过渡期政策，拓宽存量资源利用途径。利用商业、办公、工业、仓储等存量房屋以及社区用房举办养老服务机构的，所使用存量房屋在符合详细规划且不改变用地主体的条件下，可在五年内实行继续按土地原用途和权利类型适用过渡期政策；过渡期满及涉及转让需办理改变用地主体手续的，在符合国土空间规划和详细规划的前提下，新用地主体为非营利性的，原划拨土地可继续以划拨方式使用，新用地主体为营利性的，可以按新用途、新权利类型、市场价格，以协议方式办理，但有偿使用合同、划拨决定书或法律法规等明确应当收回土地使用权的情形除外。

五、加强服务和监管

（十）做好不动产登记服务，切实保障抵押权能。单独成宗的养老服务设施用地应当整宗登记，不得分割登记。以先租后让方式取得建设用地使用权的，在缴清全部土地价款后，可按规定申请办理不动产登记。允许营利法人的养老服务建设用地使用权、设施等财产整体办理抵押登记，抵押权人和抵押人可在抵押合同中共同约定“实现抵押权时须整体处置抵押标的，原土地和设施用途不改变”，以保障原有经营活动持续稳定、利益相关人权益不受损。

（十一）加强养老服务设施建设，保障新建住宅小区养老服务设施达标。各级民政、住房城乡建设主管部门要会同有关部门共同开展养老服务设施建设监督检查，加强养老服务设施设计、施工、验收等环节的监督管理，保障养老服务设施建设达标。新建住宅小区应落实养老服务设施规划建设要求，按照相关政策和标准配套建设养老服务设施，与住宅建设项目同步规划、同步建设、同步验收、同步交付使用。对存在配套养老服务设施缓建、缩建、停建、不建等问题的，在整改到位之前建设单位不得组织竣工验收。配建的养老服务设施应无偿移交乡镇人民政府、街道办事处按照规划用途安排使用。已交付使用的养老服务设施由民政部门履行监管职责，

确保养老服务用途。

(十二) 加强联合监管，确保有关政策落地实施。县（市、区）自然资源、民政、住房城乡建设主管部门要建立养老服务设施规划和用地联合监管机制，防止随意扩大本《通知》有关政策适用范围、擅自改变土地用途、私自分割销售或以租代售等行为发生，严防擅自将养老服务设施用地用于房地产开发，落实落细保障养老服务设施规划和用地的各项政策措施，有效保障养老服务设施用地。养老服务机构用地情况应当纳入土地市场信用体系，对严重违法失信行为要依法、依规、依约予以惩戒。

本通知自印发之日起施行，有效期5年。各地可结合实际制定具体实施办法。

广东省自然资源厅

广东省民政厅

广东省住房和城乡建设厅

2021年5月27日

广东省自然资源厅关于印发地上地下国有 建设用地使用权及其所附建筑物构筑物 所有权确权登记暂行办法的通知

粤自然资规字〔2021〕3号

各地级以上市人民政府，省政府各部门、各直属机构：

《广东省自然资源厅关于地上地下国有建设用地使用权及其所附建筑物构筑物所有权确权登记暂行办法》已经省人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。执行中遇到的问题，请径向省自然资源厅反映。

广东省自然资源厅

2021年5月28日

广东省自然资源厅关于地上地下国有建设 用地使用权及其所附建筑物构筑物 所有权确权登记暂行办法

第一条 为规范我省地上、地下国有建设用地使用权及其所附建筑物、构筑物所有权的确权登记工作，依法保护权利人的合法权益，根据《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国土地管理法》《中华人民共和国城市房地产管理法》《不动产登记暂行条例》等有关法律法规规定，结合我省实际，制定本办法。

第二条 国有建设用地使用权在土地的地表、地上、地下分别设立的，可以分别确权登记。

地上、地下国有建设用地使用权及其所附建筑物、构筑物所有权的确权登记，按照本办法办理。

地表国有建设用地使用权及其所附建筑物、构筑物所有权的确权登记，按现行不动产登记相关规定办理。

第三条 本办法所称的地上国有建设用地使用权，是指经依法批准取得架空于地表之上永久性特定空间的国有使用权，包括过街天桥、高架道路、城市高架铁路、跨河桥梁、架空走廊等架空交通运输设施和架空输水（气）管道、渡槽等所占用空间的国有使用权。

本办法所称的地下国有建设用地使用权，是指经依法批准取得地表之下永久性特定空间的国有使用权，包括地下铁路、隧道、地下输水（气）管道、地下水电站（厂房）、地下采掘工程、地下人行通道、地下商城、地下车库（站）、地下仓库、地下游乐场、地下综合管廊、人民防空工程等所占用空间的国有使用权。

本办法所称的地上、地下国有建设用地所附建筑物、构筑物〔以下称地上、地下建（构）筑物〕，是指在地上、地下国有建设用地使用权确定的永久性特定空间内建设的，权属界线封闭且具有独立使用价值的建筑物、构筑物。

第四条 地上、地下国有建设用地使用权权属范围以国有建设用地划拨决定书、出让合同等权属来源材料批准范围确定。国有建设用地划拨决定书、出让合同等材料中应当列明地上、地下国有建设用地使用权权属界线的界址点平面坐标和高程、用途和使用年限等信息。地上、地下国有建设用地使用权可以在同一地表投影范围

内上下重叠。

地上、地下建（构）筑物的权属范围，按照工程已经竣工验收的材料载明的建（构）筑物外围所及的范围确定。其中，净高度大于 2.2 米（含），作为商业、工业、办公、居住等用途的地下建（构）筑物，可以设立房屋所有权，申请登记。

第五条 地上、地下国有建设用地使用权依据国有建设用地划拨决定书、出让合同等权属来源材料划分宗地，其中铁路等交通工程可按站（场）、区间划分宗地办理登记。地上、地下建（构）筑物以竣工验收文件和权属界线等按照不动产单元设定规则划分基本单元，基本单元可以是地上、地下建（构）筑物整体，也可以区分层、套、间，每个基本单元与所在宗地设为一个不动产登记单元。不动产登记单元具有唯一编码。

第六条 地上、地下国有建设用地使用权及其所附建（构）筑物所有权首次登记时应当建立权属界线界址点的三维坐标，涉及的权籍调查、宗地图编绘、权属标注等技术规范，按现行有关规定执行。地上、地下建（构）筑物工程竣工后，宗地图和房产图应增加标注地上、地下建（构）筑物层次和竖向高程，有条件的可建立三维立体模型。

不动产登记机构可向有关部门获取地上、地下国有建设用地使用权及其所附建（构）筑物规划核实、竣工验收、测绘报告等权籍调查成果材料的，不得重复调查（测绘）或者要求申请人提交。

第七条 地上、地下国有建设用地使用权的土地用途、使用年限，依据国有建设用地划拨决定书、土地出让合同等权属来源材料认定。

地上、地下建（构）筑物用途依据规划条件、竣工验收材料认定。

第八条 单独办理地上、地下国有建设用地使用权登记的，应当在不动产登记簿和不动产权属证书中注明“地上国有建设用地使用权”或“地下国有建设用地使用权”字样。

办理地上、地下国有建设用地使用权及其所附建（构）筑物所有权登记，应当在不动产登记簿和不动产权属证书中注明“地上建（构）筑物”或“地下建（构）筑物”字样。

涉及地下人民防空工程的，应当在不动产登记簿和不动产权属证书中注明“人防工程”。

第九条 地上建（构）筑物占用地表国有建设用地使用权的，地上建（构）筑物所占用的地表土地使用权应当与地上国有建设用地使用权同时办理登记，占用地

表情况在不动产登记簿及不动产权属证书的附记栏中填写，面积数字前加注“JD”表示为基底。

地表土地使用权属另外权利人的，应协商取得地役权，申请地役权登记。

第十条 地下建（构）筑物出入口占用地表国有建设用地使用权的，地下建（构）筑物出入口所占用的地表土地使用权应当与地下国有建设用地使用权同时办理登记。

地表土地使用权属另外权利人的，应协商取得地役权，申请地役权登记。

第十一条 申请地下铁路站场内配套开发的商业等经营性地下国有建设用地使用权登记的，应当以出让等有偿使用方式取得地下国有建设用地使用权。

经营性地下建（构）筑物，可以按照经规划主管部门批准的基本单元办理分割转让登记，法律、法规、规章等规定或者土地出让合同约定地下国有建设用地使用权不得分割转让的除外。

第十二条 地上、地下机械式停车场（库）以及地下公共停车场，应当整体确权登记，不可分割为单个车位办理登记。

第十三条 申请地上、地下国有建设用地使用权及其所附建（构）筑物所有权首次登记的，应当提交下列材料：

- （一）不动产登记申请书；
- （二）申请人身份证明材料；
- （三）地上、地下国有建设用地使用权权属来源材料；
- （四）建设工程符合规划的材料（地下采掘工程用地提交采矿许可证）；
- （五）建（构）筑物已经竣工的材料；
- （六）房地产调查或者测绘报告等权籍调查成果资料（含宗地图、房产图及界址点三维坐标）；
- （七）相关税费缴纳凭证；
- （八）其他必要的材料。

单独申请地上、地下国有建设用地使用权首次登记的，不需提供上述第（四）（五）项材料。

第十四条 地上、地下国有建设用地使用权及其所附建（构）筑物所有权的变更、转让、抵押、灭失等符合相关条件的，可以申请办理变更登记、转移登记、抵押登记、注销登记。

第十五条 确需改变地上、地下国有建设用地使用权用途的，应当经过依法批

准，按规定补缴土地出让金等费用后，方可申请办理地上、地下国有建设用地使用权用途变更登记。

第十六条 地上、地下国有建设用地使用权及其所附建（构）筑物所有权登记的申请、受理、审核、登簿等程序，以及本办法未明确规定的登记事项，按照现行不动产登记有关规定处理。

第十七条 本办法适用于珠三角地区各地级以上市，粤东粤西粤北地区各地级市可参照本办法执行。

第十八条 本办法自 2021 年 7 月 1 日起施行，有效期 3 年。



广东省生态环境厅 中国银行保险监督管理委员会 广东监管局关于废止《印发关于开展环境污染 责任保险试点工作的指导意见的通知》 等 2 件规范性文件的通告

粤环发〔2021〕3 号

根据《广东省行政规范性文件管理规定》第三十六条“制定机关应当根据法律、法规、规章和上级文件的调整情况以及上级机关要求，及时对规范性文件进行清理。清理工作遵循日常清理与定期清理相结合、专项清理与全面清理相结合的原则”的要求，经开展规范性文件清理工作并经省人民政府同意，决定废止《印发关于开展环境污染责任保险试点工作的指导意见的通知》（粤环〔2012〕47 号）等 2 件规范性文件（详见附件），自 2021 年 4 月 11 日起施行。

附件：废止的部分规范性文件目录

广东省生态环境厅
中国银行保险监督管理委员会广东监管局
2021 年 3 月 11 日

附件

废止的部分规范性文件目录

序号	文件名称	文号
1	印发关于开展环境污染责任保险试点工作的指导意见的通知	粤环〔2012〕47 号
2	广东省环境保护厅 中国保险监督管理委员会广东监管局转发环境保护部 中国保险监督管理委员会关于开展环境污染强制责任保险试点工作的指导意见的通知	粤环〔2013〕46 号

广东省政务服务数据管理局关于印发《广东省网上中介服务超市管理办法实施细则》的通知

粤政数〔2021〕7 号

省有关部门，各地级以上市网上中介服务超市管理部门：

为进一步规范广东省网上中介服务超市运行管理，提升服务效率，根据《广东省网上中介服务超市管理办法》（粤办函〔2020〕332 号），我局制定了《广东省网上中介服务超市管理办法实施细则》，现印发给你们，请遵照执行。实施过程中遇到的问题，请径向我局反映。

广东省政务服务数据管理局

2021 年 5 月 26 日

广东省网上中介服务超市 管理办法实施细则

第一章 总 则

第一条 为进一步规范广东省网上中介服务超市（以下统称中介超市）运行管理，提升服务效率，加快形成全省统一开放、竞争有序、便捷高效的中介服务市场，持续优化营商环境，根据《广东省网上中介服务超市管理办法》（粤办函〔2020〕332 号），结合工作实际，制定本实施细则。

第二条 中介超市实行标准化、扁平化、集约化建设和管理，遵循“公平、公正、公开、开放、有序”原则，面向全国符合条件的中介服务机构常态开放。

第三条 省级行业主管部门负责统筹本行业中介服务事项清单，统一本行业中中介服务事项名称、涉及行政权力事项名称、中介服务事项设立依据、所需资质（资格）、服务结果、服务时限、价格管理方式等要素。

各地需新增、修改或取消中介服务事项的，由市级行业主管部门向省级行业主管部门申请，省级行业主管部门审核通过后，应于 5 个工作日内在中介超市更新公布。

第四条 中介服务机构入驻标准由负责资质（资格）监督管理的省级行业主管部门按照资质（资格）类别分别制定，并由省级中介超市运营机构负责统一汇总发布。

第五条 各级中介超市运营机构负责每月编制运营情况报告，报送本级中介超市管理机构、审计、财政和行业主管部门。

第二章 入 驻

第六条 中介服务机构入驻应当符合入驻标准。依法设立的分支机构以自己名义入驻中介超市，如需使用总机构资质（资格）的，应提交总机构授权书。

第七条 中介服务机构入驻填报信息包括机构名称、统一社会信用代码、性质、注册地、资质（资格）证书、法定代表人或负责人、业务授权人、从业人员及其执业（职业）资格等。

第八条 自然人类型的项目业主入驻填报信息包括姓名、证件类型、证件号码、证件地址等。法人、非法人组织类型的项目业主入驻填报信息包括单位名称、统一社会信用代码、注册地、法定代表人或负责人、采购受托人等。

第九条 自然人类型的项目业主、中介服务机构的法定代表人或负责人、业务授权人、从业人员等实行实名认证，严禁使用虚假信息、挂靠人员信息、资质（资格）借用等违法违规行为。

第十条 中介超市运营机构应当按照全省统一入驻标准，在 2 个工作日内完成对入驻申请的核对。如需补正材料的，应当一次性告知补正要求，核对时间自材料补正后重新计算。如核对不通过的，应当一次性告知不通过理由。

第十一条 公示无异议的中介服务机构，自动入驻中介超市。公示有异议的中介服务机构，中介超市运营机构应当暂停其入驻程序，对其开展复核，根据复核结果决定是否能够入驻并予以公开。

第十二条 中介服务机构、项目业主入驻后，有关信息发生变更时，应当通过中介超市申请变更，因信息变更不及时造成相关方损失的，应当承担相应的赔偿责任。

第三章 选 取

第十三条 项目业主自主选取中介服务机构。注册地为省本级的项目业主，原则上由省级中介超市运营机构组织选取活动；注册地或证件地址为省内市、县（区）级的项目业主，原则上由注册所在地市、县（区）级中介超市运营机构组织选取活动。

第十四条 项目业主通过中介超市填报的采购项目信息应当包括但不限于下列内容：

（一）采购项目名称、内容、时限、金额（收费标准）、资金来源、对应的中介服务事项等基本情况；

（二）中介服务机构的资质（资格）等要求；

（三）中介服务成果要求；

（四）选取方式；

（五）报名截止时间、选取时间；

(六) 回避情形；

(七) 项目咨询联系人及联系电话。

项目业主对采购项目信息的准确性、真实性负责，不得以地域、所有制等不合理的条件对中介服务机构实行差别待遇或者歧视待遇。

第十五条 中介超市运营机构应当在 2 个工作日内完成对采购项目信息的形式核对，如需项目业主补正信息的，应当一次性告知补正要求，核对时间自补正后重新计算。

第十六条 项目业主因故需取消采购的，应当在项目选取前在中介超市进行取消操作，发布取消采购公告，将取消理由告知已报名的中介服务机构。

第十七条 中介服务机构报名时应当确保满足采购公告全部要求，被发现未满足公告全部报名条件的，应当承担相应责任。

第十八条 报名成功的中介服务机构因故需撤回报名的，应当在报名截止时间前在中介超市进行撤回操作。

第十九条 出现以下情形之一的，项目采购失败，项目业主可以重新采购。

(一) 采用择优选取、随机抽取、竞价选取方式的项目，仅有 1 家中介服务机构报名或报价的；

(二) 采用直接选取方式的项目，报名参与项目的中介服务机构不足 3 家的。

第二十条 因不可抗力因素造成选取活动不能正常开展的，中介超市运营机构应当告知项目业主和中介服务机构，并重新组织选取活动。

第二十一条 项目业主和中选中介服务机构应当在中选通知书发出之日起 15 个工作日内签订合同。因不可抗力等因素导致无法签订合同的，项目业主或中选中介服务机构应当申请取消选取结果。中介超市运营机构应当在 2 个工作日内完成核对，并发布取消选取结果公告。

第四章 信 用

第二十二条 中介超市实行好差评制度，评价分为“非常满意”“满意”“基本满意”“不满意”“非常不满意”五个等级，评价结果计入中介服务机构的信用评分。项目业主或中介服务机构首次评价后，60 个自然日内可进行一次追加评价。

第二十三条 省级中介超市运营机构应当建立健全中介超市档案管理制度，收

集整理和妥善保管相关电子文档等全过程信息，作为中介服务机构信用信息重要参考依据。

第二十四条 中介服务机构涉嫌存在失信行为的，由交易地中介超市管理机构会同有关部门进行核查，如没有发生交易的，由注册地归属中介超市管理机构会同有关部门进行核查。

第二十五条 中介超市管理机构必要时可出具失信行为核查通知书，中介服务机构应当自收到核查通知书 5 个工作日内，提供对核查通知书的答复意见及证据材料，逾期未提供的，视同放弃申辩权利，并承担相应后果。

第五章 投 诉

第二十六条 投诉人对入驻过程及结果的投诉，应当在中介超市运营机构作出有关业务结束之日起 5 个工作日内提出，由被投诉人同级中介超市管理机构负责受理和处理。

投诉人对选取过程及结果的投诉，应当在中选公告公示期满前提出，由被投诉项目交易地中介超市管理机构负责受理和处理。

投诉人对中介超市运营机构服务质量、服务时效等事项的投诉，应当在中介超市运营机构作出有关业务结束之日起 5 个工作日内提出，由被投诉人的同级中介超市管理机构负责受理和处理。

投诉人对违反行业监管法律法规行为的投诉，由行业主管部门负责受理和处理。投诉人应当按照行业主管部门有关要求提起投诉。

第二十七条 投诉人通过中介超市系统向中介超市管理机构提出投诉时，应当提交投诉书和必要的证明材料。投诉书应当包括下列内容：

- （一）投诉人和被投诉人的名称、地址和电话等；
- （二）具体的投诉事项及事实依据；
- （三）认为违反的有关法律法规或管理办法、本实施细则的条款；
- （四）提起投诉的日期。

投诉人也可以书面投诉，投诉人为法人的，投诉书应当由法定代表人或授权代表签字并加盖公章；投诉人为非法人组织或自然人的，投诉书应当由其主要负责人或者自然人本人签字，并附有效身份证明复印件。

第二十八条 投诉存在以下情形之一的，投诉不予受理：

- （一）投诉不符合本实施细则第二十六条、第二十七条规定的；
- （二）投诉人未参与所投诉事项或与投诉事项无任何利害关系的；
- （三）投诉事项有关部门已受理或处理的；
- （四）投诉事项不具体，未提供有效线索，难以查证的。

第二十九条 投诉事项涉及的当事人应当配合投诉受理部门调查取证，并按要求提供相关材料。投诉人拒绝配合调查的，按自动撤回投诉处理；被投诉人拒绝配合调查的，视同其放弃申辩权利，依法承担相应后果。

投诉处理需要取证、检验、检测、鉴定、专家评审以及需要投诉人补正材料的，所需时间不计算在投诉处理期限内。

第三十条 投诉人申请撤回投诉的，受理投诉部门根据投诉处理情况决定是否终止投诉处理程序。投诉已经查证属实且已作出决定的，投诉人不能申请撤回。

第三十一条 投诉人捏造事实、提供虚假材料进行投诉的，受理投诉部门应当予以驳回并终止投诉处理程序。

第六章 附 则

第三十二条 本实施细则由广东省政务服务数据管理局负责解释。

第三十三条 本实施细则自 2021 年 7 月 1 日起施行，有效期至 2026 年 1 月 31 日。

广东省医疗保障局关于印发广东省医疗机构 医疗保障定点管理暂行办法的通知

粤医保规〔2021〕1 号

各地级以上市医疗保障局：

为加强和规范医疗机构医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗

保障局令第 2 号)，结合我省实际，我局制定了《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

广东省医疗保障局

2021 年 5 月 26 日

广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法

第一章 总 则

第一条 为加强和规范医疗机构医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障参保人员权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗机构管理条例》等法律法规和《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5 号）、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第 2 号），制定本办法。

第二条 医疗机构医疗保障定点管理应当坚持以人民健康为中心，遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则，加强医疗保障精细化管理，促进医疗机构供给侧改革，为参保人提供适宜的医疗服务。

第三条 各统筹地区医疗保障行政部门负责制定医疗机构定点管理政策，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）、定点医疗机构进行监督。

各统筹地区经办机构负责确定定点医疗机构，并与定点医疗机构签订医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”），提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。

定点医疗机构应当遵守法律、法规、规章和医疗保障有关政策，按规定向参保人员提供医疗服务。

第二章 定点医疗机构申请和确定

第四条 各统筹地区医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医保基金收支、区域卫生计划、医疗机构设置规划等确定本统筹区定点医疗服务的资源配置。

第五条 以下取得医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的医疗机构，以及经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构可申请医保定点：

（一）综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院、康复医院；

（二）专科疾病防治院（所、站）、妇幼保健院；

（三）社区卫生服务中心（站）、中心卫生院、乡镇卫生院、街道卫生院、门诊部、诊所、卫生所（站）、村卫生室（所）；

（四）独立设置的急救中心；

（五）安宁疗护中心、血液透析中心、护理院；

（六）养老机构内设的医疗机构。

互联网医院可依托其实体医疗机构申请签订补充协议，其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，由统筹地区经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。

第六条 医疗机构申请医保定点应当同时具备以下基本条件：

（一）正式运营至少 3 个月；

（二）至少有 1 名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师；

（三）主要负责人负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员；100 张床位以上的医疗机构应当设内部医保管理部门，安排专职工作人员；

（四）具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等；

（五）具有符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息，能够为参保人提供联网直接结算。设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种、医务人员等基础数据库，按规定使用国家和省统一的医保编码；

（六）符合法律、法规、规章和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

第七条 定点医疗机构申请签订“互联网+”医保服务补充协议，应当具备以下基本条件：

（一）经行业主管部门批准设置互联网医院或批准开展互联网诊疗活动；

(二) 具备与医保信息系统数据交换的条件, 实现医保移动支付, 能够为患者提供电子票据、电子发票或及时邮寄纸质票据;

(三) 信息系统应当能区分常规线下医疗服务业务和“互联网+”医疗服务业务;

(四) 依托医保电子凭证进行实名认证, 确保就诊参保人真实身份;

(五) 能够完整保留参保人诊疗过程中的电子病历、电子处方、购药记录等信息, 实现诊疗、处方、配药等全程可追溯。

第八条 医疗机构向所在统筹地区的经办机构提出医疗保障定点申请, 应当提供以下材料:

(一) 广东省医疗保障定点医疗机构申请表;

(二) 医疗机构执业许可证、中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证复印件;

(三) 与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本;

(四) 与医疗保障有关的信息系统相关材料;

(五) 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告;

(六) 省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

对于实行告知承诺制的证明事项, 申请人可自主选择是否采用告知承诺制方式办理。申请材料中属于政府部门核发的证照批文, 能通过数据共享查询、核验的, 医疗机构无需另行提供。

第九条 医疗机构存在下列情形之一的, 不予受理定点申请:

(一) 以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等非基本医疗服务为主要执业范围的;

(二) 基本医疗服务未执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策的;

(三) 未依法履行行政处罚责任的;

(四) 以弄虚作假等不正当手段申请定点医疗机构资格, 自发现之日起未满 3 年的;

(五) 因违法违规被解除协议未满 3 年或已满 3 年但未完全履行行政处罚责任的;

(六) 因严重违反医保协议约定而被解除协议未满 1 年或已满 1 年但未完全履行

违约责任的；

（七）法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点医疗机构解除医保协议，未满 5 年的；

（八）法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入失信人名单的；

（九）法律、法规规定的其他不予受理的情形。

第十条 医疗机构提出定点申请，统筹地区经办机构应当即时受理。对申请材料不全的，经办机构应当自收到材料之日起 5 个工作日内一次性告知医疗机构补充。

第十一条 统筹地区经办机构应当向社会公布定点医疗机构申请指引，主要包括申请条件、所需材料、受理时间、受理地点、受理时限、办理流程等基本情况。

第十二条 统筹地区经办机构应当组织评估小组或委托第三方机构，以书面、现场等形式开展评估。评估小组成员可由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。自受理申请材料之日起，应当在 3 个月内完成对医疗机构的评估，医疗机构补充材料时间不计入评估期限。评估内容主要包括：

（一）核查医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证等相关材料；

（二）核查医师、护士、药学及医技等专业技术人员执业信息和医师第一注册地信息；

（三）核查与服务功能相适应的诊断、治疗、手术、住院、药品贮存及发放、检查检验放射等基础设施和仪器设备；

（四）核查与医保政策对应的内部管理制度和财务制度，行业主管部门对医疗机构评审的结果；

（五）核查与医保有关的信息系统是否具备开展直接联网结算的条件。

评估结果分为合格和不合格。统筹地区经办机构应当将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。对于评估合格的医疗机构，应当向社会公示，公示期为 7 个工作日，公示期间未收到举报或收到举报但经核查不影响评估结果的，纳入拟签订医保协议医疗机构名单。对于评估不合格的，应当告知其理由，提出整改建议。自评估结果告知送达之日起，整改 3 个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，1 年内不得再次申请。

评估细则另行制定。

第十三条 统筹地区经办机构与评估合格拟签订协议的医疗机构，就双方的权利、义务和责任，以及医疗机构的服务范围、服务内容、服务质量、支付标准、结算办法、异地就医管理、“互联网+”医保服务等协议内容协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。原则上，由地市级及以上统筹地区经办机构与医疗机构签订医保协议并向同级医疗保障行政部门备案。医保协议期限一般为 1 年。

第十四条 统筹地区经办机构应当向社会公布签订医保协议的定点医疗机构信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

第三章 定点医疗机构运行管理

第十五条 定点医疗机构具有依法依规为参保人员提供医疗服务后获得医保结算费用，对经办机构履约情况进行监督，对完善医保政策提出意见建议等权利。

第十六条 定点医疗机构应当严格执行医保协议，合理诊疗、合理收费，严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录，优先配备使用医保目录药品，控制患者自费比例，提高医疗保障基金使用效率，减轻参保人医疗费用负担。定点医疗机构不得为非定点医疗机构提供医保结算，不得将经办机构不予支付的费用、按医保协议约定被扣除的质量保证金以及支付的违约金等，作为医保欠费处理。

第十七条 定点医疗机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料，不得分解住院、挂床住院，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

定点医疗机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围；除急诊、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金支付范围以外医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

第十八条 定点医疗机构应当制定相应的内部管理措施，严格遵循诊疗规范，掌握出入院诊断和指征。按照医保协议约定，医疗费用执行按项目、按病种、按疾病诊断相关分组、按床日、按人头等支付方式，不得以医保支付政策为由拒收患者、转院或减少医疗服务。

第十九条 定点医疗机构应当按规定执行集中采购政策，优先使用集中采购中选的药物和耗材，及时结算采购货款。医保支付的药物、耗材应当按规定在医疗保障行政部门规定的平台上采购，并真实记录“进、销、存”等情况。

第二十条 定点医疗机构应当严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策，执行统一的医保支付标准。

第二十一条 定点医疗机构应当参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训，并组织开展医疗保障相关政策培训学习，应当定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范行为。

第二十二条 定点医疗机构应当悬挂统一格式的定点医疗机构标识，不得私自制作、悬挂。

第二十三条 定点医疗机构应当按规定及时向统筹地区经办机构报送医疗保障基金结算清单等信息，包括疾病诊断及手术操作，药物、医用耗材、医疗服务项目费用结算明细，医师、护士等信息，并对其真实性负责。定点医疗机构应当按要求如实向统筹地区经办机构报送药物、耗材的采购价格和数量。

定点医疗机构应当向医疗保障部门报送医疗保障基金使用监督管理及协议管理所需信息，向社会公开医药费用、费用结构等信息。

第二十四条 定点医疗机构应当配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

第二十五条 定点医疗机构应当优化医保结算流程，为参保人员提供便捷的医疗服务，按规定进行医保费用直接结算，提供费用结算单据和相关资料。为符合规定的参保人员提供转诊转院服务。参保人员根据有关规定可以在定点医疗机构购药或凭处方到指定的定点零售药店购药。

第二十六条 定点医疗机构应当做好与医保有关的信息系统安全保障工作，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。定点医疗机构更新、重新安装或更换信息系统时，应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接，并按规定向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

第四章 经办管理服务

第二十七条 定点医疗机构实行属地管理，经办机构对属地定点医疗机构为本

地和异地参保人员提供的医疗服务承担管理服务职责。经办机构有权掌握定点医疗机构运行管理情况，从定点医疗机构获得医保费用稽查审核、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据等资料。

第二十八条 经办机构应当完善定点申请、组织评估和协议签订、协议履行、协议变更和解除等管理流程，制定经办规程，为定点医疗机构和参保人员提供经办服务。

第二十九条 经办机构应当做好对定点医疗机构医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，提供医疗保障咨询、查询等服务。

第三十条 经办机构应当落实医保支付政策，建立完善的内部控制制度和风险防控机制，明确医保费用审核、拨付、稽核、结算、清算等岗位责任，完善重大医保费用支出集体决策等管理制度，加强医疗保障基金管理。

第三十一条 经办机构应当加强医疗保障基金支出管理，通过智能审核、实时监控、现场检查、定期和不定期稽查等方式及时审核医疗费用，经审查核实违规的医保费用，经办机构不予支付。经办机构应当按医保协议约定及时足额向定点医疗机构拨付医保费用，原则上，应当在定点医疗机构申报后 30 个工作日内拨付符合规定的医保费用。

第三十二条 各统筹地区可以建立医疗保障基金预付机制，按国家和省的规定向定点医疗机构预付一部分基金，缓解其资金运行压力。在突发疫情等紧急情况时，经办机构可以按国家和省的规定预拨专项资金。

第三十三条 经办机构应当依法依规支付参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用。除急诊和抢救外，参保人员在非定点医疗机构就医发生的费用医疗保障基金不予支付。

工伤职工在认定工伤前的医疗费用，定点医疗机构应当先按照基本医疗保险规定为其提供医疗服务和结算服务，在认定工伤后由工伤保险基金按照规定向基本医疗保险基金结算。

第三十四条 经办机构应当遵守数据安全有关制度规定，保护参保人员隐私，确保医疗保障基金安全。

经办机构应当向社会公开医保信息系统数据集和接口标准，由定点医疗机构自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商。经办机构不得以任何名义

收取任何费用及指定供应商。

第三十五条 经办机构或其委托的第三方机构，对定点医疗机构开展绩效考核，并建立动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。

省级医疗保障行政部门按照国家规定制定绩效考核细则，经办机构负责组织实施。

第三十六条 对于结算周期内定点医疗机构因参保人员就医数量大幅增加等原因形成的合理超支，经办机构可给予适当补偿。

第三十七条 经办机构发现定点医疗机构存在违反协议约定情形的，可按协议约定相应采取以下处理：

- （一）约谈医疗机构法定代表人、主要负责人或实际控制人；
- （二）暂停或不予拨付费用；
- （三）不予支付或追回已支付的医保费用；
- （四）要求定点医疗机构按照协议约定支付违约金；
- （五）中止相关责任人员或者所在科室（部门）涉及医疗保障基金使用的医疗服务；
- （六）中止或解除医保协议。

第三十八条 经办机构违反医保协议的，定点医疗机构有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

医疗保障行政部门发现经办机构违反医保协议的，视情节可采取约谈主要负责人、限期整改、通报批评，以及对相关责任人员按规定提请给予处分等处理。

医疗保障行政部门发现经办机构违反相关法律法规的，依法进行处理。委托社会保险经办机构承办医保经办的地区，按照有关规定，由医疗保障部门会同人力资源社会保障部门对相关责任人员和违反法律法规的社会保险经办机构依法进行处理。

第五章 定点医疗机构的动态管理

第三十九条 定点医疗机构的名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别等重大信息变更时，应当自有关部门批准之日起 30 个工作日内向统筹区经办机构提出变更申请。其他一般信息变更应当及时书面告知。

第四十条 医保协议续签应当由定点医疗机构于协议期满前 3 个月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织。统筹地区经办机构与定点医疗机构就医保协议续签事宜进行协商谈判，双方根据协议履行和绩效考核等情况决定是否续签。协商一致的，可续签协议；未达成一致的，协议到期后自动终止。

绩效考核达标的定点医疗机构，经办机构可以采取固定协议和年度协议相结合的方式签订协议，固定协议不少于 2 年，年度协议每年根据具体情况调整，简化签约手续。

第四十一条 医保协议中止是指经办机构与定点医疗机构暂停履行协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。中止期结束，未超过协议有效期的，协议可继续履行；超过协议有效期的，协议自动终止。

定点医疗机构可提出中止协议申请，经经办机构同意，可以中止协议，但中止时间原则上不得超过 180 日，定点医疗机构在协议中止超过 180 日仍未提出继续履行协议申请的，协议自动终止。定点医疗机构有下列情形之一的，经办机构应当中止医保协议：

（一）根据日常检查或绩效考核，发现对医保基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的；

（二）未按规定向经办机构及医疗保障行政部门提供有关数据或提供数据不真实的；

（三）根据协议约定应当中止协议的；

（四）法律、法规、规章规定的应当中止协议的其他情形。

第四十二条 医保协议解除是指经办机构与定点医疗机构解除医保协议约定，协议关系不再存续，协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。定点医疗机构有以下情形之一的，经办机构应当解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的医疗机构名单：

（一）协议有效期内累计 2 次及以上被中止协议或中止协议期间未按要求整改或整改不到位的；

（二）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

（三）经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的；

（四）为非定点医疗机构或处于中止医保协议期间的医疗机构提供医保费用结

算的；

（五）拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、绩效考核、服务评价、监督检查且情节恶劣的；

（六）被发现重大信息发生变更但未办理变更的；

（七）停业或歇业后未按规定向经办机构报告的；

（八）医疗保障部门或有关部门在行政执法中，发现定点医疗机构存在重大违法违规行爲且可能造成医疗保障基金重大损失的；

（九）被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的；

（十）法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履行协议约定，或有违法失信行为的；

（十一）未依法履行医疗保障部门作出的行政处罚决定的；

（十二）主动提出解除协议且经办机构同意的；

（十三）根据医保协议约定应当解除协议的；

（十四）法律、法规、规章规定的应当解除协议的其他情形。

第四十三条 定点医疗机构请求中止、解除医保协议或不再续签医保协议的，应当提前 3 个月向经办机构提出申请。公立医疗机构不得主动提出中止或解除医保协议。

定点医疗机构所在地的地市级及以上统筹地区经办机构与其中止或解除医保协议，该定点医疗机构在其他统筹区的医保协议也同时中止或解除。

第四十四条 定点医疗机构的部分人员、科室（部门）有违反医保协议或医疗保障法规政策的，经办机构可以对该人员、科室（部门）中止或终止医保结算。

第四十五条 定点医疗机构与统筹地区经办机构就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行进行协商解决或提请同级医疗保障行政部门协调处理，也可以依法提起行政复议或行政诉讼。

第六章 定点医疗机构的监督

第四十六条 医疗保障行政部门对定点申请、申请受理、专业评估、协议订立、协议履行和解除等进行监督，对经办机构内部控制制度建设、医保费用的审核和拨付等进行指导和监督。

医疗保障行政部门依法依规通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点医疗机构协议履行情况、医疗保障基金使用情况、医疗服务行为、购买涉及医疗保障基金使用的第三方服务等进行监督。

第四十七条 医疗保障行政部门和经办机构应当拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点医疗机构进行监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

第四十八条 经办机构发现定点医疗机构违约行为，应当及时按照协议处理。经办机构作出中止或终止相关责任人员、科室（部门）涉及医疗保障基金使用的医药服务，与定点医疗机构中止或解除医保协议等处理时，应当及时报告同级医疗保障行政部门。

医疗保障行政部门发现定点医疗机构存在违约情形的，应当要求经办机构按照医保协议及时处理。医疗保障行政部门依法查处定点医疗机构违法违规行为时，认为经办机构移交相关违法线索事实不清的，可组织补充调查或要求经办机构补充材料。

第四十九条 各统筹地区医疗保障行政部门或经办机构对定点医疗机构违规违约等做出的处理，适用于全省范围内其他统筹地区。

各统筹地区医疗保障行政部门应当建立定点医疗机构、人员等信用管理制度，视情况将日常监督检查、行政处罚等处理结果纳入国家和省信用信息共享平台及其他相关信息公示系统，按有关规定实施惩戒。

第七章 附 则

第五十条 本办法适用于职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助、大病保险等医疗保障定点管理工作。各地级以上市可依据本办法结合实际制定具体办法，报省医疗保障局备案后执行。

第五十一条 本办法中的经办机构是具有法定授权，实施医疗保障管理服务的职能机构，是医疗保障经办的主体。

定点医疗机构是指自愿与统筹区经办机构签订医保协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

医保协议是指由经办机构与医疗机构经协商谈判而签订的，用于规范医疗服务

行为以及明确双方权利、义务及责任等内容的协议。

第五十二条 省级医疗保障经办机构根据国家制定的医保协议范本和经办规程，结合实际制定本省医保协议范本和经办规程并指导各地加强和完善医保协议管理。各统筹地区医疗保障行政部门及经办机构在此基础上，可根据实际情况分别制定本地区的医保协议范本及经办规程。医保协议内容应当与法律、法规、规章和医疗保障政策调整变化相一致，调整医保协议内容时，应当征求相关定点医疗机构意见。

第五十三条 本办法由广东省医疗保障局负责解释，自 2021 年 6 月 1 日起施行，有效期 3 年。

广东省医疗保障局关于印发广东省零售药店 医疗保障定点管理暂行办法的通知

粤医保规〔2021〕2 号

各地级以上市医疗保障局：

为加强和规范零售药店医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第 3 号），结合我省实际，我局制定了《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

广东省医疗保障局

2021 年 5 月 26 日

广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法

第一章 总 则

第一条 为加强和规范零售药店医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民

共和国基本医疗卫生与健康促进法》《中华人民共和国药品管理法》等法律法规和《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号），制定本办法。

第二条 零售药店医疗保障定点管理应当坚持以人民健康为中心，遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则，加强医疗保障精细化管理，发挥零售药店市场活力，为参保人员提供适宜的药品服务。

第三条 各统筹地区医疗保障行政部门负责制定零售药店定点管理政策，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）、定点零售药店进行监督。

各统筹地区经办机构负责确定定点零售药店，并与定点零售药店签订医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”），提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。

定点零售药店应当遵守法律、法规、规章和医疗保障有关政策，按规定向参保人员提供药品服务。

第二章 定点零售药店申请和确定

第四条 各统筹地区医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医疗保障基金收支、参保人员用药需求等确定本统筹区定点零售药店的资源配置。

第五条 取得药品经营许可证，并同时符合以下条件的零售药店均可申请医疗保障定点：

- （一）在注册地址正式经营至少3个月；
- （二）至少有1名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师，且注册地在该零售药店所在地，药师须签订1年以上劳动合同且在合同期内；
- （三）至少有2名熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定的专（兼）职医保管理人员负责管理医保费用，并签订1年以上劳动合同且在合同期内；
- （四）按药品经营质量管理规范要求，开展药品分类分区管理，并对所售药品设立明确的医保用药标识；
- （五）具有符合医保协议管理要求的医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度；
- （六）具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息

系统有效对接，为参保人员提供直接联网结算，建立医保药品等基础数据库，按规定使用国家和省统一的医保编码；

（七）符合法律、法规、规章和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

第六条 零售药店向统筹地区经办机构提出医疗保障定点申请，应当提供以下材料：

（一）广东省医疗保障定点零售药店申请表；

（二）药品经营许可证、营业执照和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

（三）执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件；

（四）医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件；

（五）与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

（六）与医保有关的信息系统相关材料；

（七）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

（八）省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

对于实行告知承诺制的证明事项，申请人可自主选择是否采用告知承诺制方式办理。申请材料中属于政府部门核发的证照批文，能通过数据共享查询、核验的，零售药店无需另行提供。

第七条 零售药店有下列情形之一的，不予受理定点申请：

（一）未依法履行行政处罚责任的；

（二）以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满 3 年的；

（三）因违法违规被解除医保协议未满 3 年或已满 3 年但未完全履行行政处罚法律责任的；

（四）因严重违反医保协议约定而被解除医保协议未满 1 年或已满 1 年但未完全履行违约责任的；

（五）法定代表人、企业负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点零售药店被解除医保协议，未满 5 年的；

（六）法定代表人、企业负责人或实际控制人被列入失信人名单的；

（七）法律、法规、规章规定的其他不予受理的情形。

第八条 零售药店提出的定点申请，统筹地区经办机构应当即时受理。对申请

材料不全的，经办机构应当自收到材料之日起 5 个工作日内一次性告知零售药店补充。

第九条 统筹地区经办机构应当向社会公布定点零售药店申请指引，主要包括申请条件、所需材料、受理时间、受理地点、受理时限、办理流程等基本情况。

第十条 统筹地区经办机构应当组织评估小组或委托第三方机构，以书面、现场等形式开展评估。评估小组成员由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。自受理申请材料之日起，评估时间不超过 3 个月，零售药店补充材料时间不计入评估期限。评估内容包括：

（一）核查药品经营许可证、营业执照和法定代表人、企业负责人或实际控制人身份证；

（二）核查执业药师资格证书或药学技术人员资格证书及劳动合同；

（三）核查医保专（兼）职管理人员的劳动合同；

（四）核查与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度；

（五）核查与医保有关的信息系统是否具备开展直接联网结算的条件；

（六）核查医保药品标识。

评估结果分为合格和不合格。统筹地区经办机构应当将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。对于评估合格的零售药店，应当向社会公示，公示期为 7 个工作日，公示期间未收到举报或收到举报但经核查不影响评估结果的，纳入拟签订医保协议零售药店名单。对于评估不合格的，应当告知其理由，提出整改建议。自评估结果告知送达之日起，整改 3 个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，1 年内不得再次申请。

评估细则另行制定。

第十一条 统筹地区经办机构与评估合格拟签订协议的零售药店就双方的权利、义务和责任协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。原则上，由地市级及以上统筹地区经办机构与零售药店签订医保协议并向同级医疗保障行政部门备案。医保协议期限一般为 1 年。

第十二条 统筹地区经办机构应当向社会公布签订医保协议的定点零售药店信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

第三章 定点零售药店运行管理

第十三条 定点零售药店具有为参保人员提供药品服务后获得医保结算费用，

对经办机构履约情况进行监督，对完善医疗保障政策提出意见建议等权利。符合规定条件的定点零售药店可以申请纳入门诊慢性病、特殊病购药定点机构，相关规定由统筹地区医疗保障部门另行制定。

第十四条 定点零售药店应当为参保人员提供药品咨询、用药安全、医保药品销售、医保费用结算等服务。

定点零售药店不得将经办机构不予支付的违规费用、按医保协议约定被扣除的质量保证金及支付的违约金等，作为医保欠费处理。

第十五条 定点零售药店应当严格执行医保支付政策。鼓励定点零售药店选择在医疗保障行政部门规定的平台上采购药品，并应当真实记录“进、销、存”情况。

第十六条 定点零售药店要按照公平、合理、诚实信用和质价相符的原则制定价格，遵守医疗保障行政部门制定的药品价格政策。

第十七条 定点零售药店应当凭处方销售医保目录内处方药，执业药师应当对方剂进行审核、签字后调剂配发药品。外配处方必须由定点医疗机构医师开具，有医师签章。定点零售药店可凭定点医疗机构开具的电子外配处方销售药品。

第十八条 定点零售药店应当参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训，并组织开展医疗保障相关政策培训学习，应当定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范行为。

第十九条 定点零售药店应当在显著位置悬挂统一格式的定点零售药店标识，不得私自制作、悬挂。

第二十条 定点零售药店应当按规定向统筹区经办机构上传参保人员购买药品的品种、规格、价格及费用信息，定期向经办机构上报医保目录内药品的“进、销、存”数据，并对其真实性负责。

第二十一条 定点零售药店应当配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

第二十二条 定点零售药店提供药品服务时应当核对参保人员有效身份凭证，做到人证相符，特殊情况下为参保人代购药品的应当出示本人和被代购人身份证；凭外配处方购药的，应当核验处方使用人与参保人员身份是否一致。定点零售药店应当为参保人员提供医保药品费用直接结算单据和相关资料，参保人员或购药人应当在购药清单上签字确认。

第二十三条 定点零售药店应当将参保人员医保目录内药品外配处方、购药清单等保存 2 年，以备医疗保障部门核查。

第二十四条 定点零售药店应当做好与医保有关的信息系统安全保障工作，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。定点零售药店更新、重新安装或更换信息系统时，应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接，并按规定向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

第四章 经办管理服务

第二十五条 定点零售药店实行属地管理，经办机构对属地定点零售药店为参保人提供的药品服务承担管理服务职责。经办机构有权掌握定点零售药店的运行管理情况，从定点零售药店获得医保费用稽查审核、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据等资料。

第二十六条 经办机构应当完善定点申请、组织评估、协议签订、协议履行、协议变更和解除等管理流程，制定经办规程，为定点零售药店和参保人员提供经办服务。

第二十七条 经办机构应当做好对定点零售药店医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，提供医疗保障咨询、查询等服务。

第二十八条 经办机构应当落实医保支付政策，建立完善的内部控制制度和风险防控机制，明确医保费用审核、拨付、稽核、结算、清算等岗位责任，完善重大医保药品费用支出集体决策等管理制度，加强医疗保障基金管理。

第二十九条 经办机构应当加强医疗保障基金支出管理，通过智能审核、实时监控、现场检查、定期和不定期稽查等方式及时审核医保药品费用，经审查核实违规的医保费用，经办机构不予支付。经办机构应当按医保协议约定及时足额向定点零售药店拨付医保费用，原则上，应当在定点零售药店申报后 30 个工作日内拨付符合规定的医保费用。

第三十条 经办机构应当依法依规支付参保人员在定点零售药店发生的药品费用。参保人员应当凭本人参保有效身份凭证在定点零售药店购药，不得出租（借）本人有效身份凭证给他人，不得套取医疗保障基金。参保人员在非定点零售药店发生的药品费用，医疗保障基金不予支付。

第三十一条 经办机构应当遵守数据安全有关制度规定，保护参保人员隐私，

确保医疗保障基金安全。

经办机构应当向社会公开医保信息系统数据集和接口标准，由定点零售药店自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商。经办机构不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

第三十二条 经办机构或其委托的第三方机构，对定点零售药店开展绩效考核，并建立动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、医保协议续签等挂钩。

省级医疗保障行政部门按照国家规定制定绩效考核细则，经办机构负责组织实施。

第三十三条 经办机构发现定点零售药店存在违反协议约定情形的，可按协议约定相应采取以下处理：

- （一）约谈法定代表人、主要负责人或实际控制人；
- （二）暂停结算、不予支付或追回已支付的医保费用；
- （三）要求定点零售药店按照协议约定支付违约金；
- （四）中止或解除医保协议。

第三十四条 经办机构违反医保协议的，定点零售药店有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

医疗保障行政部门发现经办机构违反医保协议约定的，视情节可采取约谈主要负责人、限期整改、通报批评，以及对相关责任人员按规定提请给予处分等处理。

医疗保障行政部门发现经办机构违反相关法律法规的，依法进行处理。委托社会保险经办机构承办医保经办的地区，按照有关规定，由医疗保障部门会同人力资源社会保障部门对相关责任人员和违反法律法规的社会保险经办机构依法进行处理。

第五章 定点零售药店的动态管理

第三十五条 定点零售药店的名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人、注册地址和药品经营范围等重大信息发生变更的，应当自有关部门批准之日起 30 个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请，其他一般信息变更应当及时书面告知。

第三十六条 医保协议续签应当由定点零售药店于协议期满前 3 个月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织。统筹地区经办机构和定点零售药店就协议续签事宜进行协商谈判，双方根据协议履行情况和绩效考核情况等决定是否续签。协商

一致的，可续签协议；未达成一致的，协议到期后自动终止。

绩效考核达标的定点零售药店，经办机构可以采取固定协议和年度协议相结合的方式签订协议，固定协议不少于 2 年，年度协议每年根据具体情况调整，简化签约手续。

第三十七条 医保协议中止是指经办机构与定点零售药店暂停履行协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。中止期结束，未超过协议有效期的，协议可继续履行；超过协议有效期的，协议自动终止。

定点零售药店可提出中止协议申请，经经办机构同意，可以中止协议，但中止时间原则上不得超过 180 日，定点零售药店在协议中止超过 180 日仍未提出继续履行协议申请的，协议自动终止。定点零售药店有下列情形之一的，经办机构应当中止协议：

（一）根据日常检查和绩效考核，发现对医疗保障基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的；

（二）未按规定向医疗保障行政部门及经办机构提供有关数据或提供数据不真实的；

（三）根据医保协议约定应当中止协议的；

（四）法律、法规、规章规定的应当中止的其他情形。

第三十八条 医保协议解除是指经办机构与定点零售药店解除医保协议约定，协议关系不再存续，协议解除后产生的药品费用，医疗保障基金不再结算。定点零售药店有下列情形之一的，经办机构应当解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的零售药店名单：

（一）协议有效期内累计 2 次及以上被中止协议或中止协议期间未按要求整改或整改不到位的；

（二）发生重大药品质量安全事件的；

（三）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

（四）以伪造、变造医保药品“进、销、存”票据和账目、伪造处方或参保人员费用清单等方式，骗取医疗保障基金的；

（五）将非医保药品或其他商品串换成医保药品，倒卖医保药品或套取医疗保障基金的；

(六) 为非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店或其他机构进行医保费用结算的；

(七) 将医保结算设备转借或赠与他人，改变使用场地的；

(八) 拒绝、阻挠或不配合经办机构开展现场检查、智能审核、绩效考核等，情节恶劣的；

(九) 被发现重大信息发生变更但未办理变更的；

(十) 医疗保障行政部门或有关部门在行政执法中，发现定点零售药店存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的；

(十一) 被吊销、注销药品经营许可证或营业执照的；

(十二) 未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

(十三) 法定代表人、企业负责人或实际控制人不能履行医保协议约定，或有违法失信行为的；

(十四) 因定点零售药店连锁经营企业总部法定代表人、企业负责人或实际控制人违法违规导致连锁零售药店其中一家分支零售药店被解除医保协议的，相同法定代表人、企业负责人或实际控制人的其他分支零售药店同时解除协议；

(十五) 主动提出解除协议且经经办机构同意的；

(十六) 根据医保协议约定应当解除协议的；

(十七) 法律、法规、规章规定的应当解除协议的其他情形。

第三十九条 定点零售药店主动提出中止医保协议、解除医保协议或不再续签的，应当提前 3 个月向经办机构提出申请。地市级及以上统筹地区经办机构与定点零售药店中止或解除医保协议的，该定点零售药店在其他统筹区的医保协议也同时中止或解除。

第四十条 定点零售药店与统筹地区经办机构就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行协商解决或者请求同级医疗保障行政部门协调处理，也可以提起行政复议或行政诉讼。

第六章 定点零售药店的监督

第四十一条 医疗保障行政部门对定点申请、申请受理、专业评估、协议订立、协议履行和解除等进行监督，对经办机构的内部控制制度建设、医保费用的审核和拨付等进行指导和监督。

医疗保障行政部门依法依规通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点零售药店协议履行情况、医疗保障基金使用情况、药品服务等进行监督。

第四十二条 医疗保障行政部门和经办机构应当拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点零售药店进行监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

第四十三条 医疗保障行政部门发现定点零售药店存在违约情形的，应当要求经办机构按照医保协议及时处理。定点零售药店违反法律法规规定的，依法依规进行处理。

经办机构作出中止或解除医保协议处理时，应当报告同级医疗保障行政部门。

医疗保障行政部门依法查处定点零售药店违法违规行为时，认为经办机构移交相关违法线索事实不清的，可组织补充调查或要求经办机构补充材料。

第四十四条 各统筹地区医疗保障行政部门或经办机构对定点零售药店违规违约等做出的处理，适用于全省范围内其他统筹地区。

各统筹地区医疗保障行政部门应当建立完善定点零售药店、人员等信用管理制度，视情况将日常监督检查、行政处罚、违规违约等处理结果纳入国家或省信用信息共享平台及其他相关信息公示系统，按照有关规定实施惩戒。

第七章 附 则

第四十五条 本办法适用于职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助、大病保险等医疗保障定点管理工作。各地级以上市可依据本办法结合实际制定具体办法，报省医疗保障局备案后执行。

第四十六条 本办法中的经办机构是具有法定授权，实施医疗保障管理服务的职能机构，是医疗保障经办的主体。

零售药店是符合《中华人民共和国药品管理法》规定，领取药品经营许可证的药品零售企业。

定点零售药店是指自愿与统筹地区经办机构签订医保协议，为参保人员提供药品服务的实体零售药店。

医保协议是指由经办机构与零售药店经协商谈判而签订的，用于规范双方权利、义务及责任等内容的协议。

第四十七条 省级医疗保障经办机构根据国家制定的医保协议范本和经办规程，

结合实际制定本省医保协议范本和经办规程并指导各地加强和完善医保协议管理。各统筹地区医疗保障行政部门及经办机构在此基础上，可根据实际情况分别制定本地区的医保协议范本及经办规程。医保协议内容应当与法律、法规、规章和医疗保障政策调整变化相一致，调整医保协议内容时，应当征求相关定点零售药店意见。

第四十八条 本办法由广东省医疗保障局负责解释，自2021年6月1日起施行，有效期3年。

《广东省工伤保险医疗服务协议机构 管理办法》解读

2021年4月27日，省人力资源社会保障厅、卫生健康委印发《广东省工伤保险医疗服务协议机构管理办法》（粤人社规〔2021〕6号，以下简称《办法》）。现就有关内容解读如下：

一、《办法》出台背景和意义是什么？

根据国家统一部署，自2019年1月起，我省基本医疗保险经办职能从社保经办机构逐步剥离，自2019年7月1日起实施“六统一”的工伤保险基金省级统筹。《广东省工伤保险基金省级统筹实施方案》（粤人社规〔2019〕20号）规定社保经办机构要加强工伤保险服务协议机构管理，依据协议加强对工伤保险服务费用的审核和监管。为贯彻落实省级统筹改革要求，2019年12月制定出台《广东省人力资源和社会保障厅关于加强我省工伤保险协议管理工作的通知》（粤人社规〔2019〕46号），规范了工伤保险医疗、康复等四类服务协议文本，同时明确另行制定广东省工伤保险医疗服务协议机构管理办法。

为此，省人力资源社会保障厅、卫生健康委员会根据工伤保险法规和政策有关规定，参照国家医保局《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》制定了本《办法》，对工伤保险医疗服务协议机构的申请与确定、协议签订与管理等作出全面规范，统一工伤保险基金省级统筹后的工伤医疗服务管理，提高工伤保险基金使用效率，更好地保障工伤职工的工伤医疗救治权益。

二、如何申请纳入工伤保险医疗服务协议机构？

《办法》明确，工伤保险医疗服务实行“购买服务，协议管理”方式。本省行政区域内依法成立的医疗机构均可申请成为工伤保险医疗服务协议机构。

《办法》规定，医疗机构申请纳入协议机构须同时具备工伤救治或职业病防治方面的专业技术优势、能够为工伤职工提供工伤医疗费联网结算服务、有健全完善符合工伤保险服务协议管理要求的医疗服务和质量安全管理制度等八个基本条件，以确保工伤职工获得良好的工伤医疗服务。

按属地管理原则，符合条件的医疗机构可通过现场或网上办理方式，向所在地的社保经办机构提出纳入协议机构申请，社保经办机构应及时受理审核。经办机构应制定并公布申请纳入协议机构的办事指南，为医疗机构申请成为协议机构提供指引。

三、如何确定工伤保险医疗服务协议机构？

为确保纳入协议管理的公平公正，《办法》规定，社保经办机构在本单位纪检部门监督下，组织评估专家组或委托有资质的专业机构对符合申请条件的医疗机构开展现场评估。评估专家组由工伤医疗专家、工伤保险、财务管理、信息技术、纪检、稽核部门等人员组成，对医疗机构基本设置、技术能力、信息化建设、内部管理、价格管理、服务能力等方面进行量化评分。

地级以上市社保经办机构与通过评估的具有独立法人资格的医疗机构按规定签订 1—3 年的服务协议。评估不合格的，经办机构应告知医疗机构及相关理由。有异议的，医疗机构可向经办机构提出复核申请。经办机构应另行组织评估。合格的评估结果 3 年内有效、全省互认。

此外，为避免重复评估、减轻基层压力，《办法》规定对二级及以上医疗保险定点医疗机构，工伤保险只对与医疗保险评估内容不一致的进行评估。

四、工伤保险医疗服务协议机构应履行哪些职责、遵守哪些服务规范？

《办法》要求，工伤保险医疗服务协议机构应履行 4 个方面的职责：严格遵守工伤保险法规政策和服务规范，全面履行服务协议，为工伤职工提供工伤医疗服务；接受经办机构的工伤医疗服务监管；建立与工伤保险相关的管理制度，配备机构和人员从事工伤医疗管理服务，做好工伤保险宣传和培训；建立信息系统，开展工伤医疗费联网结算。

《办法》强调，协议机构及其工作人员提供工伤医疗服务时，应核验工伤职工就

医信息、执行工伤保险支付目录及标准、开展工伤医疗费联网结算和智能监控、甄别工伤伤情与非工伤伤情、接受协议管理考核和配合工伤医疗服务监管、遵守医药价格政策和财务管理制度、提供相关医学咨询解释和指导等 11 个服务行为规范。同时《办法》也明确指出，协议机构及其工作人员不得存在虚列工伤保险基金支付项目，虚报或超标准纳入工伤保险基金结算、过度检查治疗、挂床推诿或延长住院等 6 类危害工伤保险基金安全的行为。

五、工伤医疗费用的结算方式和结算流程有哪些规定？

在结算方式上，减少用人单位或工伤职工垫资压力和垫资周期，《办法》明确对工伤职工的工伤医疗救治费用按工伤认定前后进行分段处理，即工伤认定前的医疗费用，协议机构按基本医疗保险有关规定结算医疗费用；认定工伤后产生的工伤医疗费，协议机构与经办机构应开展联网结算，同时对已由基本医疗保险基金支付的工伤医疗费用，由工伤保险基金以医疗票据为审核依据向基本医疗保险基金结算。

在结算流程上，《办法》规定协议机构应于每月 10 日前向签订协议的经办机构或受委托的经办机构申请结算上月工伤医疗费用；经办机构按规定在 25 个工作日内完成费用审核和拨付。

六、在加强协议履约的监管方面有哪些措施？

为加强质量管理和确保基金安全支付，《办法》明确建立事前事中事后监督体系，包括日常监督、定期考核、专家评审和满意度测评，监督检查情况与年度保证金返还、年终费用清算和协议续签等内容挂钩。

七、对不良工伤医疗服务行为的协议机构有哪些措施？

《办法》明确对协议机构违规违法的处理、建立动态退出机制并实施多部门联合惩戒。一是对协议机构违反政策规定、协议约定的，经办机构应采取约谈、限期整改、通报批评、暂停拨付、拒付费用、追回费用、扣除责任保证金等方式依法依规处理。二是对协议期内累计 2 次及以上被中止协议、以弄虚作假等不正当手段获得服务协议资格、被查实有欺诈骗保行为等情形的，解除服务协议。三是协议机构存在社会保险领域严重失信行为的，经办机构按规定将其列入社会保险领域严重失信人名单，实施多部门联合惩戒。

八、协议机构信息变更或协议状态变更时应如何处理？

协议机构基本情况信息发生变化的，《办法》要求协议机构应在有关主管部门批

准变更登记后 30 日内，向经办机构办理备案。其中，出现重大信息变更情形导致评估结果受影响的，地级以上市经办机构应重新组织评估，

对不同情况导致协议状态变更的，《办法》分别作出规定：一是协议期满前，社保经办机构对协议机构进行考核评审，考核合格的，续签服务协议；二是对工伤保险基金安全、参保人权益可能造成较大风险等 5 类情形的，中止服务协议；三是对协议期内累计 2 次及以上被中止协议或中止协议期间未按要求整改或整改不到位等 13 类情形的，解除服务协议；四是对不可抗力、依法关闭等 6 类情形，终止服务协议。

同时，为不影响工伤职工就医，《办法》明确出现中止、解除或终止服务协议情形的，经办机构与协议机构要共同做好就医指引和服务指引。

（广东省人力资源和社会保障厅）

《广东省自然资源厅 广东省民政厅 广东省住房和城乡建设厅关于进一步加强养老服务设施规划建设和用地保障的通知》解读

2021 年 5 月 27 日，《广东省自然资源厅 广东省民政厅 广东省住房和城乡建设厅关于进一步加强养老服务设施规划建设和用地保障的通知》（粤自然资规字〔2021〕2 号，以下简称《通知》）正式印发。现就有关内容解读如下。

一、制定背景

习近平总书记多次强调，要把养老问题解决好，努力让人民群众的获得感成色更足、幸福感更可持续、安全感更有保障。党的十九届五中全会指出，要健全多层次社会保障体系，全面推进健康中国建设，实施积极应对人口老龄化国家战略，加强和创新社会治理。2019 年，国务院办公厅印发《关于推进养老服务发展的意见》（国办发〔2019〕5 号），自然资源部印发《自然资源部关于加强规划和用地保障支持

养老服务发展的指导意见》（自然资规字〔2019〕3号）。我省同步印发《广东省人民政府办公厅关于加快推进养老服务发展的若干措施》（粤府办〔2019〕23号），制定了一系列政策措施。

根据第七次全国人口普查数据，我省65岁以上人口已达1081.3万，占总人口比重为8.58%。当前，我省养老服务结构呈现“90-7-3”的特点，即90%的老年人在社会化服务协助下通过家庭照料居家养老，7%的老年人通过社区服务养老，3%的老年人入住养老服务机构集中养老。经过调查研究，我省一些地方在养老服务设施建设中存在规划统筹不够、用地价格高且供应方式单一、存量资源盘活难等问题。为贯彻习近平总书记重要讲话和重要指示批示精神，落实党中央、国务院有关决策部署，根据我省养老服务结构特点，解决好机构及社区养老服务设施用地缺口问题，出台务实管用的规划建设和用地政策措施，有效保障养老服务设施用地需求，具有非常重要的意义。

二、主要内容

《通知》共五个部分十二条。

第一部分是加强规划引领作用。《通知》结合新一轮国土空间规划编制的有利时机，充分发挥国土空间规划的刚性指导作用，明确国土空间总体规划、养老服务设施专项规划、详细规划编制中保障养老服务设施建设需求的具体要求，以及相关规划的衔接机制，确保各地合理规划配置养老服务设施用地，推动养老服务设施合理布局，有效保障居家养老、社区养老、机构养老服务及其设施需求。

第二部分是保障新增建设需求。一方面，明确省统筹保障非营利性养老设施项目及政府以作价出资或者入股方式供应养老设施项目土地所需新增建设用地计划指标，各市优先保障其他养老设施项目用地计划指标。另一方面，要求市、县自然资源主管部门根据养老服务设施专项规划明确的建设时序和民政部门提出的建设需求，通过加大公示力度、明确并落实配建要求等措施，加大对各类养老服务设施用地和建设的保障力度。

第三部分是优化土地供应方式。按照充分保障需求，多渠道多方式供应养老服务设施用地的要求，进一步明确划拨、出让、作价出资或入股供应养老服务设施用地的具体程序。鼓励在采取招标、拍卖、挂牌方式供应商业、住宅用地时采用“限地价、竞配建普惠性养老服务设施”供应模式；明确采取弹性年期出让（租赁）方式

供应养老服务设施用地的底价确定方式。

第四部分是支持利用存量资源。一方面，根据各类“三旧”改造项目的特点，有针对性地提出保障养老服务设施建设的具体措施：一是明确要求以拆除重建方式实施的旧城镇、旧村庄项目，应明确养老服务设施的配建方式、建设规模、建设内容和运营管理等要求；二是“工改商、住”等改造项目无偿移交政府的土地或设施，优先用于养老服务设施建设；三是经农村集体经济组织同意，可将本村权属范围内符合国土空间规划的其他用地纳入旧村庄改造项目，协议出让给公开选择的旧村庄合作改造主体，用于非营利性养老服务项目建设。另一方面，明确利用商业、办公、工业、仓储等存量房屋以及社区用房举办养老服务机构的，可按规定实施过渡期政策。

第五部分是加强服务和监管。明确了涉及养老服务设施不动产登记、抵押的相关要求和程序，依法保障养老服务设施权能。同时，建立养老服务设施建设监督检查等联合监管机制，确保养老服务设施有关政策要求落地见效。

（广东省自然资源厅）

《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》 《广东省零售药店医疗保障 定点管理暂行办法》解读

2021 年 5 月 26 日，省医疗保障局分别印发了《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（粤医保规〔2021〕1 号）、《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（粤医保规〔2021〕2 号）（以下统称《两定办法》）。现就有关内容解读如下。

一、背景和意义

为贯彻落实《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第 2 号，以下简称国家医保局 2 号令）和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第 3 号，以下简称国家医保局 3 号令）有关精神，进一步加强我省医

疗机构和零售药店（以下简称医药机构）医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障参保人员权益，省医疗保障局结合实际制定出台《两定办法》。

《两定办法》是结合新时期赋予医保部门新职能进行定点协议管理的顶层设计，也是自我省医保定点协议管理制度建立以来，第一次全面系统构建医保定点协议管理体系。《两定办法》作为我省医药机构医疗保障定点管理的主要政策依据，对加强和规范我省医药机构医疗保障定点管理，建立管用高效的医保支付机制，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障参保人员权益具有重要作用。

二、《两定办法》的主要内容

两定办法主要内容遵循国家医保局 2 号令、国家医保局 3 号令确定的原则，在保持总体内容和框架不变的情况下，结合我省实际，对部分条款进行调整和完善，其中《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》共 7 章 53 条，《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》共 7 章 48 条，均包括总则、定点的申请和确定、运行管理、经办管理服务、动态管理、监督、附则等内容。

三、《两定办法》的主要亮点

《两定办法》政策更加系统、权责更加精准、时限更加合理、服务更加到位。

（一）体现法制化水平，明晰管理权责和义务。一是明确医保经办机构和医药机构是协议的主体，医保行政部门对定点申请、专业评估、协议订立、协议履行和解除等流程进行监督。二是对协议主体的权利、义务和责任进行了详细规定，明确了定点医药机构应按照协议约定提供服务，落实医保有关政策规定，按要求向医保经办机构报送信息，为参保人服务的责任，同时具有对经办机构履约情况进行监督，对完善医保政策提出意见建议等权利。医保经办机构按照协议约定提供经办服务，并对定点医药机构开展费用审核、绩效考核等。三是明确协议主体的违约责任，提出了经办机构和定点医药机构违反协议约定的处理方式。

（二）简化申请条件，优化评估流程。一是简化医药机构纳入医保定点范围的申请条件。明确申请定点只要具备一定的经营许可资质和提供服务的人员，达到能够正常为参保人员提供服务的基本条件即可，最大限度支持符合条件的医药机构自愿申请签订医保协议纳入医保定点管理，推动扩大医保定点范围，为群众提供更加适宜优质的医药服务。对于实行告知承诺制的证明事项，申请人可自主选择是否采用告知承诺制方式办理。申请材料中属于政府部门核发的证照批文，能通过数据共享

查询、核验的，医药机构无需另行提供，充分体现“放管服”精神。二是“3+3”时限确保定点医药机构及时纳入。明确医药机构正式运营 3 个月后即可申请定点，医保经办机构的评估完成时限不得超过 3 个月，显著提升了医药机构纳入医保定点的效率。三是处理好政府和市场的边界。明确经办机构应向社会公开医保信息系统数据集和接口标准，定点医药机构自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商，经办机构不得以任何名义收取任何费用及指定供应商，通过规定把系统的采购选择权交给医药机构，不断提升医保管理水平。

（三）注重改革协同，适应医保改革新形势。一是强化公立医疗机构的公益性。《两定办法》适应国家基本医疗卫生制度建设，强化公立医疗机构的公益性责任，明确提出“公立医疗机构不得主动提出中止或解除医保协议”。二是扩大申请医保定点的范围，允许康复医院和护理院等 6 类医疗机构纳入医保定点。充分考虑参保群众对便捷优质医疗服务的需求，在申请医保定点的范围中增加了康复医院，养老机构内设的医疗机构，独立设置的急救中心，安宁疗护中心、血液透析中心、护理院等医疗机构，特别是将康复医院和护理院纳入医保定点，不仅充分考虑到了我国老龄化进程加快的趋势和由此产生的“医养结合”需求，同时也进一步加强与正在探索的长期护理保险制度的衔接。三是支持“互联网+”医疗服务。互联网医院作为新兴业态，均要依托实体医疗机构申请执业许可，因此，定点医疗机构管理暂行办法规定互联网医院可依托其实体医疗机构签订补充协议，其提供服务产生符合规定的相关费用由统筹地区医保经办机构与其所依托的定点医疗机构结算；定点零售药店管理暂行办法明确定点零售药店可凭定点医疗机构开具的电子外配处方销售药品，执业药师应当对方进行审核。

（四）建立动态管理机制，促进持续优化管理。《两定办法》对于定点医药机构的动态管理作出了规定，明确医药机构纳入医保定点后的协议变更、续签、中止和解除 4 种动态管理情形。其中，定点医疗机构管理暂行办法提出了 14 种解除协议的情形，定点零售药店管理暂行办法提出了 17 种解除协议的情形，相当于列出了“负面清单”，有利于促进医药机构规范服务行为，保证医保基金安全，也有利于促进医疗机构和零售药店定点管理的科学化、规范化、法治化。

（广东省医疗保障局）

人事任免

省政府 2021 年 5 月份任命：

梅志清	广东省人民政府新闻办公室主任
朱 伟	广东省发展和改革委员会副主任
吴世文	广东省科学技术厅副厅长
邓正雨	广东省公安厅交通管理局局长
林 绿	广东省农业技术推广中心主任，试用 1 年
马 骊	南方医科大学副校长，试用 1 年
王 伟	广州中医药大学校长，试用 1 年
陈建存	嘉应学院副院长，试用 1 年
李作为	广东农工商职业技术学院院长，试用 1 年
李 丽	广东工程职业技术学院院长，试用 1 年
陈斗雪	珠海城市职业技术学院院长

省政府 2021 年 5 月份免去：

崔朝阳	广东省人民政府新闻办公室主任职务
郑海涛	广东省科学技术厅副厅长职务
邓正雨	广东省公安厅办公室（情报研判及应急指挥中心）主任职务
梅其洁	广东省文化和旅游厅副厅长职务
陈祝生	广东省卫生健康委员会副主任职务
王省良	广州中医药大学校长职务
陈斗雪	广东科学技术职业学院（广东省科技干部学院）副院长职务
杜方敏	广东农工商职业技术学院院长职务
刘华强	珠海城市职业技术学院院长职务，退休

省政府 2021 年 5 月份批准：

任命胡建斌同志为新组建的广东省地质局局长，其原广东省核工业地质局局长职务自然免除；

任命吴卫华同志为新组建的广东省地质局副局长，其原广东省地质局副局长职务自然免除；

任命廖益良同志为新组建的广东省地质局副局长，其原广东省核工业地质局副局长职务自然免除；

任命卢映新同志为新组建的广东省地质局副局长，其原广东省核工业地质局总工程师职务自然免除；

任命何俊美同志为新组建的广东省地质局副局长，其原广东省地质局总工程师职务自然免除；

任命刘文祥同志为新组建的广东省地质局副局长，试用 1 年；

黄德发同志的原广东省地质局局长职务、陈周平同志的原广东省地质局副局长职务和敖文波同志的原广东省核工业地质局副局长职务自然免除。