

宽城满族自治县人民政府办公室文件

宽政办〔2016〕74号

宽城满族自治县人民政府办公室 关于印发宽城满族自治县乡村医生养老补助 实施方案的通知

各乡镇人民政府、经济开发区管委会，各相关部门：

《宽城满族自治县乡村医生养老补助实施方案》已经县政府六届四十二次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真组织实施。

宽城满族自治县人民政府办公室

2016年10月9日

宽城满族自治县人民政府办公室

2016年10月9日印发

宽城满族自治县乡村医生养老补助实施方案

为贯彻落实党的十八大和十八届三中、四中、五中全会精神，切实解决好乡村医生（含原“赤脚医生”）养老保障问题，根据《河北省人民政府办公厅印发〈关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施方案〉的通知》（冀政办〔2015〕71号）、《承德市人民政府办公室印发关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施方案的通知》（承市政办字〔2015〕167号），《承德市卫生和计划生育委员会、承德市财政局、承德市人力资源和社会保障局关于转发河北省卫计委、财政厅和人社厅〈关于印发原“赤脚医生”养老补助办法的通知〉的通知》（承市卫发〔2016〕61号），结合我县实际，制定本方案。

一、补助范围

（一）为原“赤脚医生”发放养老补助。本方案所称原“赤脚医生”是指户籍仍然在我省，1987年12月31日前进入我县村医疗卫生机构从事预防、保健和一般医疗服务并在岗连续服务满5年以上（含5年）的乡村医生。

（二）为“乡村卫生服务一体化”管理的乡村医生缴纳城乡居民基本养老保险。本方案所称“乡村卫生服务一体化”管理的乡村医生是指2016年1月1日以后，按照“乡村卫生服务一体化管理”要求，被聘用到我县行政村卫生所工作的乡村医生（包括被聘用的执业医师、执业助理医师和省、市卫生计生行政主管部门备案的人员）。

存在下列情况之一的，不得列入补助范围：

1. 已被国家机关或企事业单位录用的，包括原乡镇卫生院所在地村卫生所合并到乡镇卫生院并已享受养老待遇的乡村医生；
2. 因刑事犯罪或违反国家政策法规被辞退、解聘、开除的人员；
3. 本方案实施前已经去世的；
4. 年满 60 周岁未按要求离开村卫生所岗位的。

二、补助标准

（一）原“赤脚医生”养老补助采取按工作年限补助的形式。服务年限每满一年每月补助 20 元，最高不超过每月 400 元。截止到 2015 年 12 月 31 日，年满 60 周岁且离开乡村医生岗位的，自 2016 年 1 月起开始发放养老补助；2016 年 1 月 1 日以后，年满 60 周岁且离开乡村医生岗位的，自达到 60 周岁的次月起发放养老补助。符合上述条件但仍在岗的乡村医生，2 个月内办理离岗手续，享受本方案规定的养老补助，不办理离岗手续的取消相关待遇。

（二）“乡村卫生服务一体化”管理的乡村医生采取缴纳城乡居民基本养老保险的补助形式。自 2016 年 1 月 1 日起，为纳入“乡村卫生服务一体化”管理的乡村医生每年缴纳城乡居民基本养老保险 500 元，年满 60 周岁或被解聘即停止缴纳。城乡居民基本养老保险养老金领取标准和领取办法按相关规定执行。

三、资金来源

所需资金由县财政统筹解决。

四、补助方式

乡村医生养老补助由县社会养老保险经办机构按月发放。“乡村卫生服务一体化”管理的乡村医生城乡居民基本养老保险由县财政局代缴。

五、执行时间

本方案自 2016 年 1 月 1 日起执行。

六、工作安排

（一）宣传发动阶段（10 月 8 日-10 月 25 日）。成立县乡村医生养老补助工作领导小组，明确部门分工，落实工作责任。各乡镇也要成立相应组织，采取多种形式，利用政府网站、广播、电视等媒体或召开村干部会议、发放明白卡，广泛宣传有关政策，将本方案传达到每一位原“赤脚医生”，确保所有符合条件的人员能够享受相关政策待遇。

（二）申请受理阶段（10 月 26 日-11 月 20 日）。符合条件的原“赤脚医生”，携带下列证件资料到所在乡镇进行申请。

- 1、《原“赤脚医生”个人申请书》（附件 3）2 份；
- 2、身份证原件及复印件 2 份；
- 3、户口本原件及复印件 2 份；
- 4、申请人承诺书（附件 4）2 份；
- 5、能够证明从事“赤脚医生”工作的原始物证材料及复印件 2 份。包括：1987 年以前的赤脚医生证书、培训证明、照片、奖

状、荣誉证书、任用证书、聘用证明资料等。

6、原始物证材料不足的，还需提供5名符合下列条件的证明人分别出具的《证明人承诺书》（附件5）和《证明人证词》（附件6）各2份。

- 1) 证明人须具备完全行为能力；
- 2) 证明人与所调查“赤脚医生”没有三代以内直系血亲关系；
- 3) 证明人公平正派，在本村有一定的声望和公信力。其中一名应为与该乡村医生同时期在岗工作的乡村医生或卫生院职工，同等条件下优先选用各级人大代表、政协委员。

申请材料收齐后，由乡镇认定工作小组按照《原“赤脚医生”身份和工作年限认定方法及程序》（附件2）进行初审、公示、上报。

（三）审核认定阶段（11月21日-12月31日）。县乡村医生养老补助工作领导小组，按照《原“赤脚医生”身份和工作年限认定方法及程序》（附件2）进行审核认定。认定工作结束后，按照档案管理要求整理、归档保存认定资料，原始物证资料通过乡镇返还申请人，不再受理相关认定工作。

七、保障措施

（一）加强组织领导。县政府成立由政府县长任组长，县委副书记、县政府分管副县长任副组长，县卫计、财政、人力资源社会保障、监察、公安、信访等相关部门为成员的乡村医生养老补助工作领导小组，负责研究制定相关政策，协调解决存在问题。

领导小组办公室设在县卫计局，负责乡村医生养老补助相关工作的具体实施，承担乡村医生身份及工龄认定等工作。各乡镇要成立由乡镇长任组长，分管副职、纪委书记、政法书记、卫生院院长为副组长，其他相关单位负责人为成员的乡镇认定工作小组，负责本乡镇的认定及相关工作。

（二）明确责任分工。县卫生和计划生育局负责认定审核、公示、审批等工作；县人力资源和社会保障局根据认定结果，负责乡村医生养老补助的发放工作；县财政局负责筹措补助资金，并按年度列入财政预算；县纪检监察部门负责全程监督；信访、公安等部门要密切配合，切实维护社会和谐稳定。各有关部门要认真履行职责，协调联动，确保工作顺利实施。

（三）搞好政策宣传。坚持正确的舆论导向，运用通俗易懂的宣传方式，大力宣传开展此项工作的重要意义，使这项惠民政策深入人心。同时注意研究解决实施过程中可能出现的新情况、新问题。

（四）严格工作纪律。此项工作政策性强、时间跨度长、涉及面广。在对人员身份和工作年限认定时，要切实做到公开、公平、公正，严格执行审核和公示程序，要建立完整的个人养老补助档案。对弄虚作假、徇私舞弊者，一经查实，取消其享受待遇资格，并追究有关领导和相关责任人的责任。

本方案由县卫计局负责解释。

附件：1、宽城满族自治县解决乡村医生养老补助问题工作领导小组

- 2、原“赤脚医生”身份和工作年限认定方法及程序
- 3、原“赤脚医生”个人申请表
- 4、申请人承诺书
- 5、证明人承诺书
- 6、证明人证词
- 7、原“赤脚医生”申请登记表
- 8、原“赤脚医生”申请材料登记表
- 9、调查笔录
- 10、原“赤脚医生”认定审核表
- 11、原“赤脚医生”汇总表
- 12、原“赤脚医生”身份和工作年限认定卷宗目录
- 13、原“赤脚医生”身份和工作年限认定卷宗封面

附件 1

**宽城满族自治县
乡村医生养老补助工作领导小组**

组 长：	崔万峰	县政府县长
副组长：	韩 旭	县委副书记
	高翠芝	县政府副县长
成 员：	许建民	县政府办公室主任
	张卫国	县委办公室副主任
	许宝鹏	县政府办公室副主任
	史振国	县纪委副书记、县监察局局长
	李长松	县委组织部副部长、县督考办主任
	刘瑞民	县财政局局长
	李金成	县卫生和计划生育局局长
	冯立文	县人力资源和社会保障局局长
	龚立秋	县公安局政委
	玄晓雷	县信访局局长
	张金民	县卫计局副局长

领导小组下设办公室，办公地点设在县卫计局，主任由李金成兼任，成员由县卫计、人社、财政、纪检监察、公安、信访等部门相关人员组成，负责我县乡村医生养老补助相关工作的具体实施。办公电话：0314-7725299。

附件 2

原“赤脚医生”身份和工作年限认定方法及程序

一、准备申请材料

符合申请条件的人员到所在乡镇领取《原“赤脚医生”个人申请书》（附件 3）2 份、申请人承诺书（附件 4）2 份、证明人承诺书（附件 5）10 份、证明人证词（附件 6）10 份（每个证明人填写 2 份证明人承诺书和证明人证词）。

接待人详细告知申请所需材料和相关要求：

1、工作年限计算方法：申请人 1949 年 10 月 1 日至 1996 年 12 月 31 日实际从事乡村医生工作的时间加上 1997 年 1 月 1 日至 2015 年 12 月 31 日被“一体化”聘用的时间，期间未从事乡村医生工作和年龄超过 60 周岁后的工作年限不计算在内。

2、关于户籍变更后的落实主体问题

1) 在当地从事赤脚医生工作不满 5 年，后户籍迁往省内其他地方，仍连续从事赤脚医生工作，两地从业时间相加达到 5 年的，补助费的申请和发放由第一个服务所在地负责办理，其他服务地配合提供有关证明材料。

2) 在当地从事赤脚医生工作满 5 年，后户籍迁往省内其他地方，不再从事赤脚医生工作的，在原工作所在地申请，补助费由原工作所在地负责发放。

3) 在当地从事赤脚医生工作，后户籍迁往省外或境外；或在外省从事赤脚医生工作，后户籍迁入我省，且不再从事赤脚医生

工作的，均不在本次养老补助发放之列。

二、本人申请

申请人向所在地乡镇递交下列申请材料：

- 1、《原“赤脚医生”个人申请书》（附件3）2份；
- 2、身份证原件及复印件2份；
- 3、户口本原件及复印件2份；
- 4、申请人承诺书（附件4）2份；
- 5、能够证明从事“赤脚医生”工作的原始物证材料及复印件2份。包括：1987年以前的赤脚医生证书、培训证明、照片、奖状、荣誉证书、任用证书、聘用证明资料等。
- 6、原始物证材料不足的，还需提供5名符合下列条件的证明人分别出具的《证明人承诺书》（附件5）和《证明人证词》（附件6）各2份。

- 1) 证明人须具备完全行为能力；
- 2) 证明人与所调查赤脚医生没有三代以内直系血亲关系；
- 3) 证明人公平正派，在本村有一定的声望和公信力。其中一名应为与该乡村医生同时期在岗工作的乡村医生或卫生院职工，同等条件下优先选用各级人大代表、政协委员。

身份证、户口本原件经受理人审核后直接退还申请人，其他原始物证材料待县、乡全部审核结束后退还申请人，复印件由申请人签署“与原件一致”并签字后，与其他材料一份由乡镇认定工作小组存档，一份上报县领导小组。

三、申请受理

各乡镇负责本辖区申请人的申请受理，对提交的材料要认真核实，并按要求进行登记，填写《原“赤脚医生”申请登记表》（附件7）。对符合条件、材料齐全的予以受理，将收取的申请材料逐一登记，填写《原“赤脚医生”申请材料登记表》（附件8），一式三份，经申请人核实签字后一份由申请人保存，一份由乡镇认定工作小组存档，一份随申请材料上报；对申请材料不全的要一次性告知清楚需要补充的材料；对不符合条件无法受理的，要耐心做好解释工作。

四、乡镇认定工作小组初审

乡镇收齐申请材料后，将申请材料提交乡镇认定工作小组进行审核。乡镇认定工作小组根据申请人提供的相关资料和证明人信息进行审核。审核采取“直接认定”和组织查证相结合的方法进行：

1、直接认定。对物证齐全、充分的申请人，即个人提交的申请材料，能够证明“赤脚医生”身份和工作年限的，经乡镇认定工作小组集体审核同意，可直接对其身份和工作年限进行认定。

2、组织查证。对物证不全或缺乏物证不能直接认定的人员，要对个人提供的证人证词进行调查、取证、核实，做出认定结论。进行组织调查取证的人员应为2-3人。组织调查取证的对象为个人提供的全部证明人。对存有争议的，应适当扩大调查取证范围，调查时要填写《调查笔录》（附件9）。申请人自行取得调查笔录无效。组织查证完成后，召开乡镇认定工作小组会，对申请人提交的申请材料和工作人员外调查证资料进行集体审核认定。

经乡镇认定工作小组初审认定的，填写《原“赤脚医生”认定审核表》（附件10），一式三份，经申请人确认签字后，一份申请人保存，一份经县领导小组审核后返回乡镇认定工作小组存档，一份县领导小组存档。

五、第一次公示

乡镇认定工作小组将审核通过人员汇总到《原“赤脚医生”汇总表》（附件11），连同《宽城满族自治县解决乡村医生养老补助问题实施方案》，一并在乡镇政府、乡镇卫生院和各村张榜公示7天。如有异议，乡镇认定工作小组应重新核查并再次公示。

六、材料上报

公示无异议后，乡镇认定工作小组将申请人的认定材料整理组卷，报县工作领导小组审核。上报材料包括：

- 1、卷宗封面（附件13）；
- 2、卷宗目录（附件12）；
- 3、《原“赤脚医生”个人申请书》（附件3）1份；
- 4、身份证复印件1份；
- 5、户口本复印件1份；
- 6、申请人承诺书1份（附件4）；
- 7、从事“赤脚医生”工作原始物证材料的复印件1份；
- 8、证人承诺书1份（附件5）；
- 9、证人证词1份（附件6）；
- 10、调查笔录1份（附件9）；

- 11、原“赤脚医生”认定审核表（附件 10）2 份；
- 12、原“赤脚医生”申请材料登记表（附件 8）1 份；
- 13、公示名单；
- 14、原始物证材料原件。

各乡镇将上述申请认定材料，按序号排序整理建档，每人一个档案袋，所有材料的复印件均要加盖乡镇政府公章，并有经办人签字，同时上报原“赤脚医生”汇总表（附件 11）纸质和电子版。

七、县领导小组审核

县解决乡村医生养老补助问题工作领导小组，对各乡镇上报的申请材料逐一审核认定。认定时应邀请同乡镇 5 至 9 名原“赤脚医生”同时参加。原服务地与现生活地不同的，通过原服务所在地认定。对认定存有异议的，要组织人员再次调查取证，重新认定、公示。

八、第二次公示

按照第一次公示方法再次对县领导小组认定的人员进行公示。对公示存有异议的，按程序再次重新调查认定、公示。

九、核准发放

公示无异议后，将第二次公示名单加盖乡镇和县两级公章后，与乡镇上报的 13 种申请材料及县级认定时补充材料一并归入申请人认定卷宗，装订成册存档。将原始物证资料通过乡镇返还申请人。将《原“赤脚医生”认定审核表》（附件 9）1 份返回乡镇

与其他材料共同装订成册存档。将审核批准的原“赤脚医生”名单报送领导小组成员单位和省、市卫生计生主管部门。由县城乡居民社会养老保险经办机构按规定发放养老补助。

附件 3:

原“赤脚医生”个人申请书

姓 名		性 别		出生年月		粘贴 1 寸免冠 照片
原服务地	_____市____县（市、区）_____乡（镇）_____村					
现生活地	_____省____市____县（市、区）_____乡（镇）_____村					
服务起 始年份			至 60 周岁 服务年限			
原服务地 5 位非亲 属证明人	（写明姓名、身份证号、证明时间，并在姓名上按手印）					
村 委 会 意 见	领导签字：_____ （公章） 年 月 日					
乡镇认定 工作小组 意 见	领导签字：_____ （乡镇人民政府代章） 年 月 日					
县领导小 组意见	领导签字：_____ （县卫生计生局代章） 年 月 日					

附件 4

申请人承诺书

姓 名		性 别		出生年月	年 月
身份证 号 码			联系 电话		
曾工作 单 位					
申请人 承 诺	本人所提交的原“赤脚医生”身份及工作年限认定的所有材料，均真实可靠，无虚假行为，并对所提供的材料承担一切责任。 承诺人签名（按手印）： 年 月 日				
说 明	1、申请人应对所提供材料的真实性做出承诺，否则不予认定。 2、必须由申请人亲自签名，按手印。 3、如认定中发现有弄虚作假行为取消申请资格，并按有关规定严肃处理。 4、此承诺书一式两份，一份乡镇认定工作小组存档，一份随档案材料上报。				

附件 5

证明人承诺书

姓 名		性 别		出生年月	年 月
现工作单位				与申请人关系	
证明人 承 诺	本人愿为_____同志的原“赤脚医生”身份及工作年限认定作证。_____同志原“赤脚医生”身份属实，工作_____年。上述情况真实可靠，无虚假行为，并对所提供的物证及证词等承担一切责任。 承诺人签名（按手印）： 年 月 日				
说 明	1、证明人应对所证明的事项、证明材料和证言的真实性做出承诺，否则不予采纳。 2、必须由证明人亲自签名，不得代签。 3、如在认定中发现有弄虚作假行为，取消证明人资格，并按有关规定追究责任。 4、此承诺书一式两份，一份乡镇认定工作小组存档，一份随档案材料上报。				

证明人身份证复印件粘贴处

证明人证词

现证明原“赤脚医生”_____于_____年____月至
年_____月在_____县（市、区）_____
_____乡（镇）_____村从事乡村医生工作，累
计从业时间为_____年_____月。

另有_____、_____、_____可以证明。
情况属实，特此证明。

证明人签名（按手印）：

年 月 日

附件 7：

原“赤脚医生”申请登记表

序 号	申请人 姓 名	联系电话	是否 受理	未受理原因	登 记 时 间	申请人 签 字

附件 8

原“赤脚医生”申请材料登记表

申请人姓名： 户籍所在地 县 乡 村

序号	所提交的申请材料名称及数量
收件人签字：_____ 提交人签字：_____	

注：本表一式三份，一份申请人留存；一份乡镇认定工作小组存档；一份随档案材料上报。

附件 9

调查笔录

调查时间：_____年_____月_____日

地 点：_____

调查人：_____

记录人：_____

调查内容：_____

被调查人签名（按手印）：

调查人签名：

年 月 日

附件 10

原“赤脚医生”认定审核表

姓 名		性 别		出生年月	年 月	
家庭住址				联系电话		
身份证号 号 码						
详细工 作经历	工作时间			工作村卫生所		证明人
	年 月 日至 年 月 日					
	年 月 日至 年 月 日					
	年 月 日至 年 月 日					
	年 月 日至 年 月 日					
	年 月 日至 年 月 日					
	工作年限	年	月	补助金额	元	执行时间 年 月 日
	本人签字（按手印）：					年 月 日
乡镇认定 工作小组 初审意见						
	年 月 日 （盖章）					
县领导 小组审 核意见						
	年 月 日 （盖章）					

注：本表一式三份，申请人、乡镇认定工作小组、县领导小组各 1 份。

附件 11：

宽城满族自治县原“赤脚医生” 养老补助身份和工作年限认定卷宗目录

[illegible]

附件 13

宽城满族自治县
原“赤脚医生”身份和工作年限认定

卷宗封面

乡（镇）

姓 名

出生年月

现 住 址

类别

本地 ☐

外地 ☐