

莆田市涵江区人民政府办公室文件

涵政办〔2018〕73号

莆田市涵江区人民政府办公室关于印发涵江区 乡村医生退岗养老生活补助工作实施方案的通知

各乡镇、街道，区直及驻涵有关单位：

经区政府同意，现将《涵江区乡村医生退岗养老生活补助工作实施方案》印发给你们，请认真贯彻执行。

莆田市涵江区人民政府办公室
2018年12月3日

（此件主动公开）

涵江区乡村医生退岗养老生活补助工作实施方案

为建立健全乡村医生退出机制，保障退岗乡村医生权益，积极稳妥解决退岗乡村医生养老保障问题，根据《莆田市人民政府办公室关于印发进一步加强乡村医生队伍建设实施方案的通知》（莆政办〔2016〕89号）要求，结合我区实际，制定本实施方案。

一、退岗乡村医生养老生活补助对象确认条件

（一）补助对象必须同时具备下列条件：1. 截止 2016 年 12 月 31 日在我区村卫生所执证从事乡村医生工作累计满 5 周年以上（含 5 周年）；2. 达法定退休年龄（男性 60 周岁，女性 55 周岁）的乡村医生已办理退岗手续的；3. 执有县（区）级及以上卫生行政部门颁发的乡村医生或卫生员相关资质证书或历史档案资料及相关证明；4. 没有享受职工养老保险的；

（二）存在下列情况之一的，不列入补助范围：1. 已被国家机关、企事业单位录用或已注册个体医疗机构的；2. 在村卫生所从事乡村医生工作不足 5 周年的；3. 本方案实施前已故的；4. 因刑事犯罪或违反国家政策法规被辞退、解聘、开除的，或取消乡村医生（卫生员）资质的；5. 符合退岗条件，但未按程序申请办理退岗的；6. 已享受职工养老保险的；7. 自 2012 年起符合参加企业职工养老保险最低年限（15 年）而不参保的对象。

二、退岗乡村医生养老生活补助标准和经费来源

按规定申请退岗的乡村医生，根据其累计服务年限，分档按上年度城乡居民最低生活保障标准的比例，给予补助直至亡故。补助资金由区级财政承担，退岗补贴自 2017 年 1 月起执行。

（一）累计服务年限满 15 周年（含）以上，按 100%比例发放；

（二）累计服务年限 10~14 周年，按 75%的比例发放；

(三) 累计服务年限 5~9 周年, 按 50% 的比例发放;

(四) 领取养老生活补助的退岗乡村医生, 不再享受乡村医生津贴补助和其他政府财政补助。

三、退岗乡村医生补助对象认定原则和依据

(一) 退岗乡村医生补助对象的审核认定原则

1. 坚持属地为主, 分级负责, 层层把关原则。退岗乡村医生累计服务年限认定工作由村(居)委会和村卫生所负责初审, 卫生院(社区卫生服务中心)和所在乡镇(街道)负责复核认定, 区卫计部门负责审定。

2. 坚持客观公正、透明公开、实事求是的原则。认定政策、操作过程、信息采集及资料审核等要公开透明、公正真实、客观全面。切实做到“谁主管、谁负责, 谁审核、谁签字, 谁签字、谁负责”。通过张榜公示, 逐级审核, 群众举报, 社会监督等措施, 确保政策执行的公平性。

3. 坚持物证为主、组织调查为辅、人证为参考的认定原则。以物证为认定的第一依据, 在物证不全或难以认定的情况下, 通过组织调查取证, 并参考证言证词, 做出认定结论。

(二) 乡村医生资格认定依据

提供下列材料之一的, 可作为乡村医生资格认定初步依据: 1. 原县(区)卫生行政部门颁发的乡村医生资格证; 2. 乡村医生证书; 3. 其他能够证明其从事乡村医生工作的物证(如乡村医生档案、认定乡村医生文件、乡村医生审批表、乡村医生培训合格结业证书、荣誉证书、聘用证书等)。

(三) 累计执证服务年限认定依据

1. 入伍时间认定相关依据: (1) 县(区)卫生行政部门注册

登记时间；（2）批准加入乡村医生时间；（3）确定乡村医生资格文件时间；（3）原始医疗收费票据以及其他能够证明其从事乡村医生工作的相关证据、证明。

2. 执证累计服务年限认定相关依据：（1）服务期间的有效执业证书；（2）乡镇卫生院年度考核材料或工资、津贴、补助凭证；（3）乡村医生个人档案。

四、退岗乡村医生养老生活补助对象确认程序

（一）本人申请：申请人统一填写《涵江区乡村医生领取退岗养老生活补助资格认定申请表》（一式五份）（详见附件1），并持本人户口本、身份证和乡村医生（卫生员）资格和执业证明材料的原件及复印件、本人银行卡复印件向执业地点所在村（居）委会和村卫生所申请。复印件需提供人、审核人签字确认与原件相符并加盖手印和公章。各类证明材料按照在岗年份先后顺序叠放。

（二）村级初审：村（居）委会和村卫生所依据退岗乡村医生养老生活补助对象确认条件进行初步审查，对从业事实和材料真伪进行初步确认，审查后对符合条件的在村（居）委会及村卫生所公开栏公示5个工作日，公示无异议后由村所负责人和村委会主任在申请表中签署意见，签名加盖公章。连同审核签名确认后的户口簿、身份证、资格和执业证明材料（详见附件2、3）复印件等申报材料上报卫生院或街道社区卫生服务中心。

（三）乡镇复审：乡镇卫生院（社区卫生服务中心）必须成立不少于3人的乡村医生退岗认定小组，院长（负责人）担任组长。认定小组通过查阅乡村医生个人档案等方式，对初审材料进行认定并签字，符合条件的人员名单提交院务会议研究通过后由院长（负责人）签名并加盖公章。复审通过的人员名单，在卫生院（社区卫生服务中心）及乡镇政府政务公开栏进行公示，公示时间5个工作日。公示无异议后，报所在乡镇人民政府复核并加

盖公章，由乡镇卫生院（社区卫生服务中心）将《涵江区申请乡村医生养老生活补助人员花名册》（详见附件4）及管辖内每位申请人资料上报区卫计局审核。

（四）区级审批：区卫计局成立审核小组，由分管副局长任组长。审核小组通过审核报送材料、调阅乡村医生从业历史档案、执业管理档案等资料，对退岗乡村医生养老补助资格进行复审，确定服务年限和补助标准，复审通过的，区审核小组成员签字确认，并在区政府网站及区卫计局政务公开栏进行公示，公示时间不少于5个工作日。经公示无异议后，由区卫计局行文确定养老补助对象名单。

五、养老生活补助资金发放和管理

（一）养老生活补助资金发放。全区统一从2017年1月起发放退岗乡村医生养老生活补助金，本方案实施后未申领的对象，以实际申领确认审批时间为发放补助金的起始时间，补助资金按要求建立对象个人账户，通过批量转账方式，由银行代发，以年为单位计算，每年发放一次，一般于每年12月发放。各卫生院（社区卫生服务中心）每半年对退岗乡村医生进行核实，并将核实花名册上报区卫计局备案。补助对象死亡的下个月停止发放补助金。

（二）养老生活补助资金管理。1. 区财政局负责将养老生活补助资金列入财政预算安排并按区卫计局的资金申请及时拨付。2. 区卫计局负责养老生活补助对象的资格确认和政策解读，建立养老生活补助对象个案数据库，向区财政局提供养老生活补助对象人数和资金需求额度，及时掌握并监督委托发放机构建立养老生活补助对象个人账户和资金管理情况。3. 委托代理发放机构负责制定资金发放办法和操作规程，按照委托服务协议的要求和区卫计局提供的养老生活补助对象名单，建立个人账户，并将退岗乡村医生养老生活补助资金及时足额划转到个人账户；将建立个人账

户和资金拨付情况及时反馈给区卫计局。

六、工作要求

（一）加强组织领导。乡村医生养老保障工作范围广、时间紧、任务重，各卫生院(社区卫生服务中心)要履行好组织、部署、督促、协调等职能，并及时解决工作中遇到的矛盾和问题；要明确任务和分工，落实责任，严格按照文件部署的时间节点，做好摸底登记、资格认定等有关工作。

（二）做好政策宣传。各单位要坚持正面的舆论导向，通过如部署会议、政策培训等方式，做好乡村医生养老保障政策的宣传、解释工作，广泛动员乡村医生积极参与养老保障政策的实施工作，确保乡村医生养老生活补助政策顺利实施。

（三）严格工作纪律。乡村医生养老保障资格认定工作涉及人员多且情况复杂，事关乡村医生的切身利益。各单位在工作中要严肃工作纪律，坚持公平、公正、公开的原则，提高政策实施的透明度；严格按照程序做好通知、审核、公示的各个环节工作，切实把审核认定工作落到实处。要严肃工作纪律，严格做好退岗乡村医生的资格审核和养老补助发放工作，区卫计局将不定期进行监督检查，一经查出弄虚作假，将按照有关规定严肃追究相关人员的责任。

附件：1. 涵江区乡村医生领取退岗养老生活补助资格认定申请表

2. 涵江区乡村医生执业情况证明（证明人）

3. 涵江区乡村医生执业情况证明（卫生院及村委会证明）

4. 涵江区申请乡村医生养老生活补助人员花名册

附件 1

涵江区乡村医生领取退岗养老生活补助资格认定申请表

填表日期： 年 月 日

姓 名		性 别		贴小二寸 近期彩照
电 话		出生年月		
家庭住址				
身份证号码				
何年何月参加 乡村医生				
执业村卫生所				
取得执业资格 证书及编号				
执业简历	起止时间	执业地点	执业证书	见证人

累计服务年限		享受月养老生活补助标准（元）	
卫生所 初审意见	审核人： 负责人： （公章） 年 月 日		
村委会 初审意见	审核人： 负责人： （公章） 年 月 日		
卫生院（社区 卫生服务中心） 复核意见	审核人： 负责人： （公章） 年 月 日		
乡镇（街道） 复核意见	审核人： 负责人： （公章） 年 月 日		
区卫计局 审批意见	审批小组成员： 负责人： （公章） 年 月 日		
村医签名并摁手印			

附件 2

涵江区乡村医生执业情况证明

(证明人)

涵江区卫计局:

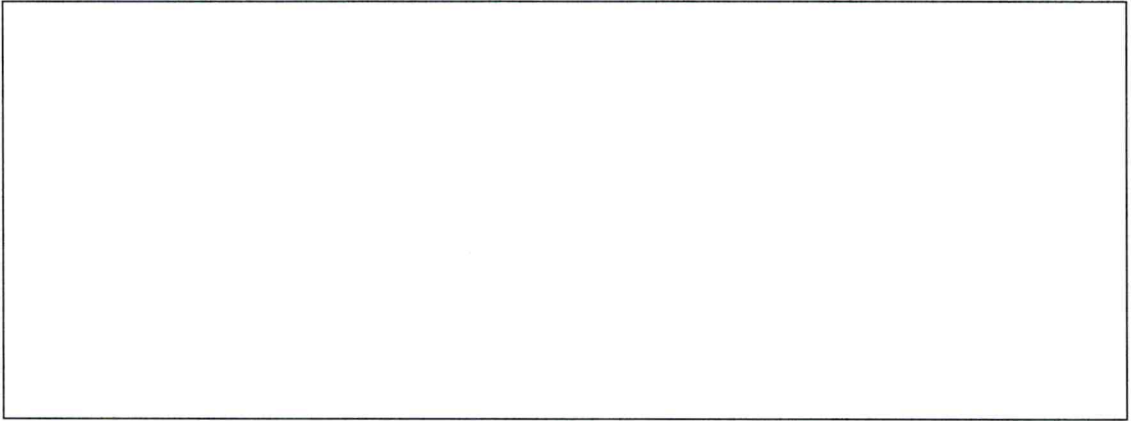
现证明乡村医生_____ (性别: _____ 年龄: _____)
于_____年____月至_____年____月在_____镇_____村从事乡村医
生工作, 累计从事时间_____年____月, 本人保证本证明信息
真实有效, 无虚假行为, 如有不实, 本人愿意承担一切后果(含
取消乡村医生养老生活补助, 卫生院及村两委人员按规定严肃
追究责任)。

证明人(签字、手印): _____

与被证明人关系: _____ 联系电话: _____

证明时间: _____ 年____月____日

粘贴证明人身份证复印件, 正反两面



附件 3

涵江区乡村医生执业情况证明

(卫生院及村委会证明)

涵江区卫计局:

现证明乡村医生_____ (性别: _____ 年龄: _____
住址: _____) 于_____年____月
至_____年____月在_____镇_____村从事乡村医生工
作, 累计从事时间_____年____月, 本单位保证证明信息
真实有效, 无虚假行为, 如有不实, 愿意承担一切后果。

单位盖章:

证明时间: _____年____月____日

负责人签字:

联系电话:

附件 4

涵江区申请乡村医生养老生活补助人员花名册

填报单位（公章）：

填报时

序号	姓名	性别	出生年月	身份证号	所在村卫生所	电话	从业起止年月	连续从业年限（年）	享受补助金额（元）

间： 年 月 日

填报人：

审核人：

联系电话：

莆田市涵江区人民政府办公室

2018 年 12 月 3 日印发
