

曲阳县人民政府办公室

〔2016〕曲府办 78 号

曲阳县人民政府办公室 关于印发原“赤脚医生”养老补助办法的 通 知

各乡镇人民政府、县政府有关部门：

县卫生和计划生育局、县财政局及县人力资源和社会保障局制定的《原“赤脚医生”养老补助办法》已经县政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

曲阳县人民政府办公室

2016 年 7 月 5 日

原“赤脚医生”养老补助办法

为深入贯彻落实党的十八大和十八届三中、四中、五中全会精神，切实解决好原“赤脚医生”养老保障问题，根据省卫生计生委、省财政厅和省人力资源社会保障厅关于印发《原“赤脚医生”养老补助办法》的通知精神，结合我县实际，制定本办法。

一、补助范围

本办法所称原“赤脚医生”是指户籍仍在我县的、1987年12月31日前进入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。

满足上述条件，截止到2016年1月1日年满60周岁，按本办法规定领取养老补助。

二、补助标准

原“赤脚医生”养老补助采取按工龄补助的形式，原则上服务年限每满一年每月补助20元，最高不超过每月400元。

三、资金来源

原“赤脚医生”养老补助所需资金由县财政解决，纳入财政预算，实行专项管理，专款专用。

四、审核认定

由县卫计局牵头，成立县财政、县人力资源社会保障、县纪检、监察等部门参加的认定机构，负责对全县原“赤脚医生”的身份、工作经历和从事卫生技术服务年限的审核认定工作。认定机构制定严格的认定程序，同时建立完整的个人养老补助档案资

料。

（一）宣传发动。

各乡镇卫生院要通过各种途径进行宣传动员，将本实施方案传达到每一位原“赤脚医生”，确保全部符合条件的人员按时领取养老补助。

（二）申请登记。

符合相关条件的原“赤脚医生”，需携带下列证件资料到所在乡镇卫生院进行登记审核。

1. 个人申请书一式两份；
2. 户口本原件及复印件两份；
3. 身份证原件及复印件两份；
4. 原“赤脚医生”乡村医生证书原件及复印件，或者能够证明是“赤脚医生”的证件；
5. 开具乡、村两级证明信；
6. 提供 5 位原服务地非亲属证明人证明信。

具备以下条件之一的不适用于本办法：

1. 原“赤脚医生”，后进入机关、企事业单位工作，享受机关、企事业单位工资待遇或领取退休养老金的；
2. 因刑事犯罪或违反国家政策规定、被开除或清退的。

各乡镇卫生院完成登记审核工作后，通过审核的名单连同本实施方案一并在各村镇张榜公示 7 天。公示结束后将汇总表及上述证件资料复印件一份留存乡镇卫生院，一份上报县卫计局，证件原件退还本人。

（三）审核认定。

1. 认定机构要对所辖乡镇卫生院上报的证件资料逐一认定，认证时应邀请同乡镇 5 至 9 名原“赤脚医生”同时参加；

2. 2015 年 12 月 31 日前，未达到 60 周岁的原“赤脚医生”的身份、工作经历和从事卫生技术服务年限一并确认，为后续工作奠定基础；

3. 原服务地与现生活地不同的，通过原服务所在地认定；

4. 对被认定人员，要按照有关规定，采取多种形式，在其原服务地和现生活地进行 7 天以上公示，公示无异议的予以确认；

5. 认定工作结束后，证件资料复印件留存建档。

五、发放途径

原“赤脚医生”养老补助费发放严格按照上级政策有关要求落实。

六、保障措施

（一）加强组织领导。原“赤脚医生”养老待遇问题事关群众切身利益和社会稳定。各有关部门要将此项工作列入重要议事日程，认真履行职责，协调联动，密切配合，确保此项工作顺利实施。

（二）严格审核统计。相关部门要按照工作程序要求，加快摸底统计和专项审核认定，及时报送省、市卫生计生和财政部门备案（实施方案+附表 2）。

（三）强化监督管理。各相关部门要严格管理，建立督查和通报机制，确保将每一位符合政策的原“赤脚医生”纳入养老补

助范围，确保此项政策落到实处。同时，对弄虚作假的，由纪检、监察部门依据有关法律法规追究相关人员责任。

七、执行时间

本办法自 2016 年 1 月 1 日起执行。

附表 1

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	____省____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	（应去除不在岗年数）	
原服务地 5 位非亲 属证明人	（写明姓名、证明时间，并在姓名上按手印）					
村委会 意 见	（公章） 年 月 日					
乡镇卫生 院意见	（公章） 年 月 日					
县（市、区） 认定机构 意 见	县（市）卫生计生部门代章 年 月 日					

附表 2

证 明

今证明我村原“赤脚医生”_____从_____年____月
到_____年____月在我村医疗卫生机构从事预防、保健和一般
医疗服务____年。

特此证明

_____村委会（章）

_____年____月____日

_____乡（镇）政府（章）

_____年____月____日

附表 3

服务地非亲属证明

证明人姓名	性别	年龄	工作单位	是否非亲属 (是、不是)
证明 材 料 (被证明人、证 明时间、证明事 件必须写清楚)	我们证明 从 年 月进入我村 医疗卫生机构从事预防、保健和一般医疗服务工作， 连续工作 年。			
证 明 人 签 字 并 按 手 印				

