

# 石狮市卫生健康局 文件 石狮市财政局 石狮市人力资源和社会保障局

狮卫健〔2020〕23号

---

## 石狮市卫生健康局 石狮市财政局 石狮市人力资源和社会保障局关于印发石狮市乡村医生养老保障（保险）实施方案的通知

各镇人民政府、街道办事处，石狮高新技术产业开发区管委会，市直有关单位：

《石狮市乡村医生养老保障（保险）实施方案》已经市政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。

石狮市卫生健康局

石狮市财政局

石狮市人力资源和社会保障局

2020年8月13日

（此件主动公开）

# 石狮市乡村医生养老保障（保险）实施方案

为进一步深化我市医药卫生体制改革，加强农村医疗卫生网络建设，稳定和发展乡村医生队伍，推行乡村卫生服务一体化管理，提升农村基本医疗卫生服务水平，根据《国务院办公厅关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见》（国办发〔2015〕13号）、《福建省人民政府办公厅转发省卫计委等部门关于进一步加强乡村医生队伍建设实施方案的通知》（闽政办〔2015〕163号）、《中共福建省委办公厅 福建省人民政府办公厅关于进一步深化基层医药卫生体制综合改革的意见（试行）的通知》（闽委办发〔2016〕44号）等文件精神，积极稳妥解决全市乡村医生的养老保障（保险）补助问题，结合我市实际，制定本实施方案。

## 一、适应对象

（一）具备福建省乡村医生资格或执业助理医师以上资格，并经卫生健康行政部门注册，在我市村卫生所（室）为辖区居民提供基本医疗和基本公共卫生服务的乡村医生。

（二）长期以来在我市村卫生所（室）工作，截止至本文件印发日期起满60周岁，在岗在册的乡村医生。

## 二、乡村医生职能

乡村医生主要为辖区居民提供基本医疗和基本公共卫生服务，提供常见病、多发病的初级诊疗以及国家规定的基本公共卫

生计生服务，完成卫生健康行政部门安排的其他医疗卫生服务相关工作，保障农村居民健康。

### 三、补助内容

（一）截止至文件印发日期起满 60 周岁及以上的在岗在册乡村医生：市财政每年每人给予 3000 元养老保障补助。

（二）截止至文件印发日期起未满 60 周岁的在岗在册乡村医生：参加我市城乡居民养老保险的，市财政每年按其实际缴费金额的 100%进行补助，每年每人不超过 3000 元；参加企业职工养老保险的，需将参保单位转移到我市相应的卫生院（社区卫生服务中心），挂靠在相应的卫生院（社区卫生服务中心）参保，市财政按每年每人 3000 元标准补助其参加企业职工养老保险，其余缴费部分由个人自行承担，如未转移到我市相应的卫生院（社区卫生服务中心）的将视为主动放弃。

### 四、实行动态管理

（一）各镇卫生院（社区卫生服务中心）要根据国家规定和我市农村人口分布情况，以行政村为单位核定乡村医生注册人数，原则上每一千人口左右注册一名乡村医生。已达退休年龄、身体健康、能胜任岗位工作的，根据当地实际需要，可继续延聘。

（二）新加入的乡村医生在岗在册工作一年后，方可申请参加乡村医生养老保障（保险）补助。

（三）乡村医生因年度考核不合格，取消当前年度享受乡村医生养老保障（保险）补助资格；离岗或转行从事其他工作的，

停止享受乡村医生养老保障（保险）补助资格；因违法犯罪、发生严重责任事故等被查处的，取消其享受乡村医生养老保障（保险）补助资格。

## **五、工作要求**

**（一）加强领导，强化责任追究。**各镇卫生院（社区卫生服务中心）要切实提高认识，加强领导，确保养老政策落实到位，使符合条件的乡村医生享受到养老保障（保险）补助，对因工作重视不够、管理不到位，造成严重社会影响的，将追究单位领导责任。因乡村医生提供虚假证明使不符合条件人员领取乡村医生养老保障（保险）补助，造成不良影响的，除取消不符合条件人员的补助资格外，还要取消提供虚假证明乡村医生的养老保障（保险）补助资格；对于在乡村医生养老保障（保险）补助审核审批过程中存在出具假证明材料的，以及徇私舞弊、弄虚作假者，一经查实，将按照有关规定严肃追究相关人员的责任。

**（二）加强宣传，做好政策解读。**乡村医生养老保障（保险）补助工作政策性强、影响面广、情况复杂，各镇人民政府和镇卫生院（社区卫生服务中心）要积极做好宣传告知工作，充分利用网络等媒介，通过村务公开栏、村广播及村医例会等多种形式，将本项工作有关规定和要求广泛告知，确保工作如期开展。对于不符合补助条件的对象，要耐心解释和劝导。

**（三）加强审核，实行动态管理。**各镇卫生院（社区卫生服务中心）要切实担负起乡村医生的监督和管理职能，严格按照《泉

州市乡村医生考核管理办法(试行)》、《泉州市乡村医生考核标准与评分细则》（泉卫计基妇〔2015〕164号）的有关规定，对乡村医生进行年度考核，考核结果作为当前年度享受乡村医生养老保障（保险）补助资格的依据。

**（四）加强监管，确保专款专用。**市财政局要将乡村医生养老保障（保险）补助所需资金列入财政预算。市卫生健康局要做到专款专用，建立资金发放档案，督促各镇卫生院（社区卫生服务中心）对审核符合条件的乡村医生及时发放养老保障（保险）补助。在工作开展过程中，要强化监督检查，防止代领、冒领、骗领，严防养老保障（保险）补助资金被滞留、截留、挤占和挪用。

本方案自2020年8月13日起开始执行，由市卫健局、人社局、财政局负责解释。之前出台的相关文件与本方案不一致的，以本方案为准。今后，若上级出台新的相关规定，按上级相关规定执行。

- 附件: 1. 石狮市乡村医生养老保障（保险）补助申报程序  
2. 石狮市乡村医生养老保障（保险）补助申请表  
3. 石狮市申请乡村医生养老保障补助花名册  
4. 石狮市申请乡村医生养老保险补助花名册

## 附件 1

# 石狮市乡村医生养老保障（保险）补助 申报程序

（一）个人申请。乡村医生填写《石狮市乡村医生养老保障（保险）补助申请表》（附件 2），并由申请人所在村委会核实证明，乡村医生持本人户口本、身份证和乡村医生证书（或从事乡村医生工作的有效证明）的原件及复印件送镇卫生院（社区卫生服务中心）审核。60 周岁及以上乡村医生养老保障补助资格 2020 年组织申报认证后将不再组织认证，每年根据乡村医生退出情况进行核减，不再核增。

（二）初步审查。各镇卫生院（社区卫生服务中心）结合本单位已有的乡村医生档案对每个申请人提交的材料逐一严格核实，对符合条件的人员名单经院务会集体研究通过后，由镇卫生院（社区卫生服务中心）在申请人所在的村委会及村卫生所（室）张榜公示 7 天。公示无异议后，根据初审情况填制《石狮市申请乡村医生养老保障补助人员花名册》（附件 3，填报截止至文件印发日期起满 60 周岁的乡村医生）、《石狮市申请乡村医生养老保险补助人员花名册》（附件 4，填报截止至文件印发日期起未满 60 周岁的乡村医生）及每位乡村医生的申请资料上报市卫生健康局审核。

（三）市级复核。市卫生健康局对镇卫生院（社区卫生服务中心）提交的名单进行复核，要审核乡村医生的从业资格、从业年限和补助标准，对符合条件的人员名单交由镇卫生院（社区卫生服务中心）公示 5 天。经公示无异议后，市卫生健康局根据养老保障（保险）补助对象名单，按标准统一向市财政局申请补助资金。市财政局将养老保障（保险）补助资金拨付市卫生健康局，其中，截止至文件印发日期起未满 60 周岁的乡村医生：参加我市城乡居民养老保险的，市卫生健康局每年将乡村医生名单提供给市人力资源和社会保障局所属市城乡居民社会养老保险管理中心比对参保信息，根据市城乡居民社会养老保险管理中心反馈的参保缴费情况，给予乡村医生相应的参保补助；参加企业职工养老保险的，财政补助部分由市卫生健康局拨付给镇卫生院（社区卫生服务中心），其余部分由个人上交镇卫生院（社区卫生服务中心），然后由镇卫生院（社区卫生服务中心）连同财政补助部分统一缴交；截止至文件印发日期起满 60 周岁的乡村医生：由市卫生健康局拨付给镇卫生院（社区卫生服务中心）发放。

## 附件 2

# 石狮市乡村医生养老保障（保险）补助申请表

填表日期： 年 月 日

|                 |                                            |                  |  |              |
|-----------------|--------------------------------------------|------------------|--|--------------|
| 姓名              |                                            | 性别               |  | 贴小二寸<br>近期照片 |
| 联系电话            |                                            | 出生年月             |  |              |
| 家庭住址            |                                            |                  |  |              |
| 身份证号码           |                                            |                  |  |              |
| 何年何月参加乡村医生      |                                            | 连续从业年限           |  |              |
| 执业村卫生所（室）       |                                            |                  |  |              |
| 取得执业资格证书及编号     |                                            |                  |  |              |
| 工作经历            |                                            |                  |  |              |
| 参保险种            |                                            | 年养老保障（保险）补助标准（元） |  |              |
| 村委会意见           | 审核人：（公章）<br>负责人：年 月 日                      |                  |  |              |
| 卫生院（社区卫生服务中心）意见 | 审核人：（公章）<br>负责人：年 月 日                      |                  |  |              |
| 卫生健康局意见         | 审核人：（公章）<br>负责人：年 月 日                      |                  |  |              |
| 村医签名并摁手印        | 本人承诺所提供材料及填报信息全部真实准确，如有虚假，个人自行承担后果。<br>签名： |                  |  |              |

附件 3

## 石狮市申请乡村医生养老保障补助花名册

填报单位（公章）：

填报时间： 年 月 日

| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | 所在村卫生所<br>(室) | 电话 | 从业起止<br>年月 | 连续从<br>业年限<br>(年) | 享受补<br>助金额<br>(元) | 参保险<br>种 |
|----|----|----|------|-------|---------------|----|------------|-------------------|-------------------|----------|
|    |    |    |      |       |               |    |            |                   |                   |          |
|    |    |    |      |       |               |    |            |                   |                   |          |
|    |    |    |      |       |               |    |            |                   |                   |          |
|    |    |    |      |       |               |    |            |                   |                   |          |
|    |    |    |      |       |               |    |            |                   |                   |          |
|    |    |    |      |       |               |    |            |                   |                   |          |
|    |    |    |      |       |               |    |            |                   |                   |          |
|    |    |    |      |       |               |    |            |                   |                   |          |

填报人：

审核人：

联系电话：

备注：2020 年进行养老保障补助资格确认，今后每年根据乡村医生退出情况进行核减，不再核增。

附件 4

石狮市申请乡村医生养老保险补助花名册

填报单位（公章）：

填报时间： 年 月 日

| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | 所在村卫生所<br>（室） | 电话 | 从业起止<br>年月 | 连续从<br>业年限<br>（年） | 享受补<br>助金额<br>（元） | 参保险<br>种 |
|----|----|----|------|-------|---------------|----|------------|-------------------|-------------------|----------|
|    |    |    |      |       |               |    |            |                   |                   |          |
|    |    |    |      |       |               |    |            |                   |                   |          |
|    |    |    |      |       |               |    |            |                   |                   |          |
|    |    |    |      |       |               |    |            |                   |                   |          |
|    |    |    |      |       |               |    |            |                   |                   |          |
|    |    |    |      |       |               |    |            |                   |                   |          |
|    |    |    |      |       |               |    |            |                   |                   |          |
|    |    |    |      |       |               |    |            |                   |                   |          |

填报人：

审核人：

联系电话：

备注：每年进行乡村医生养老保险补助资格确认，符合补助条件的乡村医生进行核增，不符合条件的乡村医生进行核减。

