

宣汉县建立乡村医生退出和养老保障制度 实施方案

为做好宣汉县乡村医生退出和养老保障工作，进一步加强乡村医生队伍建设和管理，保障乡村医生合法权益，切实筑牢农村医疗卫生服务网底，不断提升村级医疗卫生服务能力，根据《乡村医生从业管理条例》（国务院令第386号）、《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）、《四川省人民政府办公厅关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见》（川办发〔2015〕74号）和《达州市卫生健康委员会关于印发〈达州市建立乡村医生退出保障制度实施方案〉的通知》等文件精神，结合宣汉实际，制定本方案。

一、指导思想

全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持健康宣汉行动和“保基本、强基层、建机制”的总体要求，进一步巩固完善基层医药卫生体制综合改革成果，建立健全乡村医生退出和养老保障机制，建立一支结构合理、稳定高效的乡村医生队伍，调动和发挥乡村医生的积极性，筑牢基层医疗卫生网底，提升基层医疗卫生服务水平。

二、基本原则

坚持保障水平与全县农村经济发展水平相适应；坚持对在岗乡村医生和离岗乡村医生保障政策分类处理；坚持养老保障政府

引导和个人缴费相结合；坚持补助发放公平、公正、公开；坚持谁注册、谁注销，谁主管、谁监管，谁证明、谁负责。

三、退出机制

2022年1月1日起，男性年满60周岁、女性年满55周岁的乡村医生，应退出乡村医生岗位。对取得卫生专业技术职称或业务能力强、身体健康、村民欢迎、辖区村卫生室或乡镇卫生院确因工作需要的可以返聘，返聘年龄男性不得超过65周岁、女性不得超过60周岁，返聘期间的工作年限不计入服务年限。

四、补助对象分类和标准

（一）离岗乡村医生生活补助。

1. 补助对象。

1973年1月1日以来，在我县村卫生室连续工作满5年，正常退出村卫生室的乡村医生。一是未参加企业职工或征地农民基本养老保险（男性年满60周岁、女性年满55周岁，2022年1月1日起到龄）的离岗（含到龄应离岗）乡村医生，申领离岗乡村医生每月定额生活补助；未到龄的离岗乡村医生，自到龄次月起申领离岗乡村医生每月定额生活补助。二是已参加企业职工或征地农民基本养老保险的乡村医生，到龄后发放一次性退职生活补助。

2. 补助标准。

经资格审查，凡属于离岗乡村医生每月定额生活补助对象的，按照核定其从事乡村医生工作服务年限计算，以每满1年每

人每月 10 元标准给予每月定额生活补助；属于一次性退职生活补助对象的，按核定服务年限 140 元/年的标准，给予一次性退职生活补助。

3. 服务年限计算。

1973 年 1 月 1 日以来在村卫生室（原合作医疗站）服务的年限（中途有间断的，扣除间断时间累计计算工作服务年限），截止时间为 2021 年 12 月底（不足 1 年的按实际月份计算服务年限）。

（二）在岗乡村医生补助。

1. 补助对象。

经县行政审批局（2021 年 2 月 1 日前经县卫健部门）注册，并与乡镇卫生院（社区卫生服务中心）签订服务协议、年度考核合格，在村卫生室执业且连续工作满 5 年及以上，2022 年 1 月 1 日前男性未满 60 周岁、女性未满 55 周岁的在岗乡村医生。

2. 补助标准。

（1）对已参加企业职工基本养老保险的在岗乡村医生，实施养老保险（含医疗保险）缴费补助，按照提供服务每满 1 月，每人每月 214.1 元的标准进行补助。原则上，男性未满 45 周岁、女性未满 40 周岁的在岗乡村医生均要参加企业职工基本养老保险。

（2）对于男性年满 45 周岁不足 60 周岁、女性年满 40 周岁不足 55 周岁尚未参加企业职工基本养老保险的在岗乡村医生，

应签订承诺书，自到龄（男性年满 60 周岁、女性年满 55 周岁）退出乡村医生岗位后次月起申领离岗乡村医生生活补助，或自愿选择养老保险缴费补助（不再享受离岗乡村医生生活补助）。

3. 不予补助情形。

（1）符合条件不参加基本养老保险或参加基本养老保险后不按规定缴费的在岗乡村医生，不予以养老保险缴费补助。

（2）因违法犯罪、严重责任事故、长期脱岗或其他原因，不再继续从事乡村医生工作，注销执业资格的在岗乡村医生，自注销之日起，不再予以养老缴费补助。

（3）曾在乡村医生岗位工作，之后通过招考、招聘等方式到机关、企（事）业单位工作的，享受机关、企（事）业单位养老保险待遇，不属于此补助范围。

（4）乡村医生兼职村（社区）干部或其他工作的，自主选择其中一项补助，不得重复享受补助。乡村医生已享受类似性质补助的，其补贴标准应扣减已享受待遇。

（5）文件正式印发前离世的乡村医生，不属于此补助范围。补助对象在政策执行期间去世的，去世后不再继续予以补助。

（6）其他不符合养老保险缴费补助的情形。

（三）在岗超龄（返聘）乡村医生补助。

对符合离岗条件的老年乡村医生，确因村卫生室工作需要，乡村医生本人申请自愿继续在乡村医生岗位工作，经所在乡镇卫生院、街道社区卫生服务中心批准后在村卫生室继续工作，自愿

选择养老缴费补助或享受离岗乡村医生生活补助。

（四）发放渠道。

离岗乡村医生生活补助或一次性退职费、在岗乡村医生养老保险缴费补助均由县卫生健康局统一打卡直发。

（五）实施补助的其他说明。

男性已年满 60 周岁、女性已年满 55 周岁仍在村卫生室执业的乡村医生，执行本方案补助规定并正式退出乡村医生岗位。

五、办理流程

离（在）岗乡村医生生活补助（养老保险缴费补助）工作以乡镇人民政府（街道办事处）为单位，按属地管理原则严格申报、审核、公示并按规定程序上报。

（一）离岗乡村医生生活补助办理流程。

1. 个人申请。

由个人向离岗时所在的乡镇人民政府（街道办事处）提出申请，并提供以下资料（所有资料一式两份）交乡镇卫生院（社区卫生服务中心）收集整理汇总：

（1）宣汉县离岗乡村医生生活补助申请书（附件 1）。

（2）《宣汉县离岗乡村医生生活补助审批表》（附件 2）及本人社会保障卡复印件。

（3）证明材料：

①个人身份证明：本人身份证或户口本复印件。

②组织证明材料：由村（社区）出具的《宣汉县离岗乡村医

生认定村（社区）证明》（附件3）。

③原始证明材料：可反映申请人从事乡村医生工作的各类证件（如赤脚医生证、乡村医生证、荣誉证书、乡村医生花名册或相关文件等，或卫健部门（原卫生部门）统一核发的乡村医生培训证明，卫健部门或委托的培训机构核发的培训合格证、乡村医生聘书、专业培训原始证明等）；以及可反映申请人在岗的门诊登记、疫苗发放登记、会议记录、卫生院任用或考评、发放报酬记录之一等依据的原件及复印件。

④对于实际从事乡村医生工作，但无法提供原始证明材料的，必须提供佐证材料和本人书面承诺书，包括不少于10人的群众走访记录，村（社区）、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、乡镇人民政府（街道办事处）证明。

若不同时间段在宣汉县不同地方从事乡村医生工作，应按要求分时间段提供，并报离岗时所在乡镇人民政府（街道办事处）。

如因行政区划调整导致所属原卫生院（社区卫生服务中心）和乡镇人民政府不存在的，应由撤并后的卫生院（社区卫生服务中心）和乡镇人民政府（街道办事处）负责办理。

2. 资格审核。

（1）受理审核。

由乡镇人民政府（街道办事处）组织村（社区）两委、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）对离岗乡村医生提供材料进行审核，包括审核原始材料、核定乡村医生身份、核定服务年限等。对资

料提供不齐或事实认定不清的，由乡镇人民政府（街道办事处）组织村（社区）两委、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）人员（3人以上）进行调查取证。

经上述审核后，对符合条件的人员在离岗时所在乡镇人民政府（街道办事处）、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、村（社区）办公场所醒目位置张榜公示，公示内容要涵盖乡村医生执业地点、执业资格、服务年限和举报电话等，公示时间不低于10天。公示无异议后，由乡镇人民政府（街道办事处）将相关资料和《宣汉县离岗乡村医生生活补助统计表》（附件4）《宣汉县离岗乡村医生一次性退职费统计表》（附件5）报县卫生健康局。

（2）复核认定。

由县卫生健康局组织人员对乡镇人民政府（街道办事处）提供的本人申请及证明材料进行复核认定。

（二）在岗乡村医生养老缴费补助办理流程。

1. 个人申请。

个人提出申请报执业所在乡镇卫生院（社区卫生服务中心），并提供以下资料：

（1）本人身份证或户口本复印件。

（2）《宣汉县在岗乡村医生养老保险缴费补助申请表》（附件6）及本人社会保障卡复印件。

（3）《医疗机构执业许可证》副本及校验记录。

（4）《乡村医生执业证》《医师资格证书》中等任一证件。

(5) 征收机构出具的当年度养老保险缴费凭证。

(6) 近 2 年的乡村医生或执业（助理）医师定期考核记录和乡镇卫生院（社区卫生服务中心）提供的当年考核合格证明（附件 7）。

(7) 乡镇卫生院（社区卫生服务中心）组织的培训记录或例会记录，每年 2 次（需间隔 6 个月）及以上的复印件。

(8) 近 1 年的四川省乡村医生政府补助资金发放表复印件。

2. 资格审核。

(1) 初步审核。

在岗乡村医生提供的上述材料由所在乡镇人民政府（街道办事处）组织村（社区）两委、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、村卫生室工作人员进行初步审核，包括核实原始材料、核定乡村医生身份、核定服务年限等。经审核后，对符合条件的人员在执业所在乡镇人民政府（街道办事处）、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、村（社区）办公场所醒目位置张榜公示，公示时间不低于 10 天。公示无异议后，乡镇卫生院（社区卫生服务中心）将当事人的资料分别装袋后，同《宣汉县在岗乡村医生养老保险缴费补助统计表》（附件 8）一起报县卫生健康局。

(2) 复核认定。

由县卫生健康局组织人员对在岗乡村医生养老保险缴费相关材料进行复审认定，并再次在执业所在乡镇人民政府（街道办事处）、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、村（社区）办公场所

外醒目位置张榜公示，公示时间不低于 10 天。

（三）在岗超龄未享受基本养老保险待遇的乡村医生，从实施之日起享受离岗乡村医生生活补助，按照离岗乡村医生生活补助办理流程办理，纳入离岗乡村医生生活补助统计。

（四）距法定退休年龄不足 15 年选择到龄退出后享受离岗乡村医生生活补助的在岗乡村医生，按照离岗乡村医生生活补助办理流程办理。公示无异议后，乡镇卫生院（社区卫生服务中心）将资料和《宣汉县距法定退休不足 15 年选择离岗生活补助的在岗乡村医生统计表》（附件 9）报县卫生健康局。

六、实施步骤

（一）第一阶段：宣传摸底阶段（2022 年 7 月）。

各乡镇人民政府（街道办事处）及乡镇卫生院（社区卫生服务中心）在村（社区）、村卫生室等地利用宣传栏、宣传单等多种形式进行广泛宣传，让乡村医生熟悉政策，知晓办理程序。各乡镇人民政府（街道办事处）及乡镇卫生院（社区卫生服务中心）负责本辖区内所有离岗老年乡村医生和在岗乡村医生的摸底登记工作，做到不谎报、不漏报，乡镇卫生院（社区卫生服务中心）负责汇总摸底情况报乡镇人民政府（街道办事处）审核后，将《宣汉县乡村医生摸底表》（附件 10）报县卫生健康局。

（二）第二阶段：资格申请审查阶段（2022 年 8 月）。

由本人申请并填写《宣汉县离岗乡村医生生活补助申请表》或《宣汉县在岗乡村医生养老保险缴费补助申请表》，同时根据

要求提供相关证明材料。乡村医生申请资料由乡镇卫生院（社区卫生服务中心）收集，各乡镇人民政府（街道办事处）组织人员完成初审工作，初审结束后填报相应表格并签署意见，加盖公章，所有初审材料均为一式两份，一份留存乡镇卫生院（社区卫生服务中心），一份报送县卫生健康局。

（三）第三阶段：资格复核及对外公示阶段（2022年9月）。

通过复核确认，对符合条件的乡村医生，在乡镇人民政府（街道办事处）及乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、村（社区）办公场所外进行张榜公示，公示内容要涵盖乡村医生执业地点、执业资格、工作年限和举报电话等，公示时间不低于10天，并留存图片。对举报投诉要认真调查核实并有文字记载，存入档案备查，接受群众监督。

（四）第四阶段：资格认定阶段（2022年10月）。

县卫生健康局根据复核及公示情况确定补助对象，汇总后报县财政局。

（五）第五阶段：资金发放阶段。（2022年12月底前）

县卫生健康局根据最终复核认定的情况，按补助标准测算资金需求并向县政府申请资金预算，经县政府审定后，通过惠民惠农补贴金“一卡通”平台打卡直发，离岗老年乡村医生生活补助原则上实行半年发放一次；在岗乡村医生养老保险缴费补助每年10月底前一次性兑现，当年未按期纳入补助的可凭相关缴费凭证纳入来年补助。

（六）后续管理。

1. 动态管理：离岗乡村医生的自然增减情况由所在村（社区）及乡镇卫生院（社区卫生服务中心）共同核定上报各乡镇人民政府（街道办事处）审核，经审核确认后，由乡镇卫生院（社区卫生服务中心）每年6月20日前、10月20日前向县卫生健康局上报，县卫生健康局核实后报县财政局备案。对新增的在岗乡村医生，由所在乡镇卫生院（社区卫生服务中心）核实资质，按此方案规定的程序报县卫生健康局。

2. 数据填报：各乡镇卫生院（社区卫生服务中心）要于每年6月20日前填报《宣汉县离岗乡村医生生活补助统计表》，于当年10月20日前填报《宣汉县在岗乡村医生养老缴费补助统计表》。

3. 在岗人员管理：各乡镇卫生院（社区卫生服务中心）要加强对在岗乡村医生年度考核，年度考核不合格的，不得享受当年缴费补助，也不能计入工作年限；连续2年考核不合格的，由县卫生健康局作出停岗处理，同时中止发放乡村医生养老缴费补助。

七、保障措施

（一）细化部门职责。县卫生健康局负责牵头实施全县乡村医生的退出保障工作，对符合条件的乡村医生资格进行复审，统筹做好其他相关事宜。县人力资源社会保障局负责在岗乡村医生养老保障参保工作及政策的咨询和解释，协助县卫生健康局核实

补助对象参保缴费等信息。县财政局负责乡村医生养老保障生活补助及参保补助经费的保障，严格按照程序审核拨付。县行政审批局负责乡村医生的准入注册和延续注销。各乡镇人民政府（街道办事处）负责组织实施辖区内符合享受离岗生活补助和在岗养老缴费补助管理工作。

（二）强化政策宣传。各乡镇（街道）要准确把握政策，加强工作人员培训，深入开展宣传和前期准备工作，确保政策宣传到位，工作落实到位。

（三）加强档案管理。各乡镇（街道）要对本次审核的离岗乡村医生证明材料和文件依据全部留存备查（一份交县卫生健康局，一份自留）。各乡镇卫生院（社区卫生服务中心）要为辖区内乡村医生建立执业个人档案，做到一人一档，并上报县卫生健康局，实行常态化、集中式管理。

（四）严肃工作纪律。各乡镇（街道）及乡镇卫生院（社区卫生服务中心）和村（社区）要履行监督管理职责，要对乡村医生补助对象进行身份甄别和调查，既要确保应补尽补，又要注意防止弄虚作假，虚报冒领。

本方案自 2022 年 1 月 1 日起开始执行，后续若国家、省、市出台新的政策及相关规定，按照新的政策规定执行。

- 附件：1. 宣汉县离岗乡村医生生活补助申请书（模板）
2. 宣汉县离岗乡村医生生活补助审批表

3. 宣汉县离岗乡村医生认定村（社区）证明（模板）
4. 宣汉县离岗乡村医生生活补助统计表
5. 宣汉县离岗乡村医生一次性退职费统计表
6. 宣汉县在岗乡村医生养老保险缴费补助申请表
7. 宣汉县在岗乡村医生年度考核登记表
8. 宣汉县在岗乡村医生养老保险缴费补助统计表
9. 宣汉县距法定退休不足 15 年选择离岗生活补助在岗乡村医生统计表
10. 宣汉县乡村医生摸底表

附件 1

宣汉县离岗乡村医生生活补助申请书 (模板)

____乡(镇)人民政府(街道办事处):

申请人:____性别:____, 年龄____岁, 身份证号码:____,
现住址:____, 联系电话:____

本人于____年__月在____乡(镇)____村(社区)从事乡村医生工作(其间,从事乡村医生工作有间断或变更了执业地点的,要逐一写清楚),于____年__月因____不再从事乡村医生工作,累计从事乡村医生工作____年,且从未被国家机关或企(事)业单位录(聘)用为正式工作人员。根据《宣汉县建立乡村医生退出和养老保障制度实施方案》精神,本人符合离岗老年乡村医生生活补助条件,特申请:

- ①未参保、已到龄,申领离岗村医每月定额生活补助。
- ②未参保、未到龄,到龄次月起申领离岗村医每月定额生活补助。
- ③已参保,已领取社保待遇,申领一次性退职生活补助
- ④已参保,未到龄,到龄后申领一次性退职生活补助。

(在符合自己条件选项前划“√”)

申请人(签名):

年 月 日

附件 2

宣汉县离岗乡村医生生活补助审批表

姓名		性别		民族		近期免冠 照 片 (小 1 寸)
籍贯		出生日期				
学历		联系电话				
身份证号码						
现居住地址						
申领补助类型		每月定额生活补助 <input type="checkbox"/>		一次性退职补助 <input type="checkbox"/>		
从事乡村医生工作累计年限		年 月	折算工作年限	年		
国家机关(含企(事)业单位) 录聘用情况		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	申请补助金额(元)			
从事乡村医生工 作简历	工作起止时间	工作地点 (村)	累计工作时间 (年 月)	证明人		
	合计:		年 月			
有效从业证件	医师资格证书 <input type="checkbox"/> 执业(助理)医师证书 <input type="checkbox"/> 乡村医生执业证 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 其他类证件名称:					
	发证机关		发证日期			
	证书编号					
养老保险参保	参加养老保险情况是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		享受缴费补助情况 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
	养老保险险种	城乡居民保险 <input type="checkbox"/>		企业职工保险 <input type="checkbox"/>		
	缴费方式	个人全额缴纳 <input type="checkbox"/>		单位缴纳 <input type="checkbox"/>		
	领取养老金情况		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			

附件 3

宣汉县离岗乡村医生认定村（社区）证明 （模板）

_____乡（镇）人民政府（街道办事处）：

兹证明乡村医生_____，性别：___，年龄：__岁，于_____年
___月至___年___月在我村（社区）从事乡村医生工作，累计从
业时间___年___月。

特此证明。

村（社区）（盖章）

年 月 日

附件 4

宣汉县离岗乡村医生生活补助统计表

填报单位（盖章）：

单位：元

序号	姓名	性别	年龄	身份证号码	工作年限	工作村卫生室	月生活补助标准	2022 年应补助金额

负责人：

审核人：

填报人：

联系电话：

- 备注：1.此表由各乡镇人民政府（街道办事处）填报；
2.选择离岗生活补助的超龄在岗乡村医生纳入此表统计。

附件 5

宣汉县离岗乡村医生一次性退职费统计表

填报单位（盖章）：

单位：元

序号	姓名	性别	年龄	身份证号码	工作年限	工作村卫生室	一次性退职费	联系电话

负责人：

审核人：

填报人：

联系电话：

备注：此表由各乡镇人民政府（街道办事处）填报。

附件 6

宣汉县在岗乡村医生养老保险缴费补助申请表

姓名		性别		民族		近期免冠 照 片 (小 1 寸)
籍贯		出生日期				
学历		联系电话				
身份证号码						
现居住地址						
当年缴费金额	元	申请养老保险缴费补助			元	
从事乡村医生 工作简历	工作起止时 间	工作地点 (村)	累计工作时间 (年 月)		证明人	
有效从业证件	医师资格证书 <input type="checkbox"/> 执业(助理)医师证书 <input type="checkbox"/> 乡村医生执业证 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 其他类证件名称:					
	发证机关		发证日期			
	证书编号					
养老保险参保	参加养老保险情况 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>					
	养老保险 险种	城乡居民保险 <input type="checkbox"/> 企业职工保险 <input type="checkbox"/>				
	缴费方式	个人全额缴纳 <input type="checkbox"/> 单位缴纳 <input type="checkbox"/>				
	已缴费年限	年				

郑重承诺：本人提供的上述信息真实无误，如信息虚假或隐瞒，自行承担相应法律责任。

申请人签名：
年 月 日

村卫生室意见	村（社区）意见
负责人签名： 单位（盖章）： 年 月 日	负责人签名： 单位（盖章）： 年 月 日
乡镇卫生院（社区卫生服务中心）审核意见	负责人签名： 单位（盖章）： 年 月 日
乡镇人民政府（街道办事处）审核意见	负责人签名： 单位（盖章）： 年 月 日
县级卫生健康行政部门意见	负责人签名： 单位（盖章）： 年 月 日

注：将本人身份证或户口本复印件、《医疗机构执业许可证》副本及校验记录复印件、养老保险缴费凭证原件、近期各项考核记录、本人社会保障卡复印件等材料随申请表一并上报，同时提交原件审核。

附件 7

宣汉县在岗乡村医生年度考核登记表

姓名		性别		民族		近期免冠照片 (小 1 寸)
出生年月		政治面貌				
文化程度		联系电话				
执业地点						
个人年度工作述职						

考核内容	1.职业道德方面	合格 <input type="checkbox"/>	不合格 <input type="checkbox"/>	
	2.工作情况	完成质量	合格 <input type="checkbox"/>	不合格 <input type="checkbox"/>
		完成数量	合格 <input type="checkbox"/>	不合格 <input type="checkbox"/>
	3.继续培训	合格 <input type="checkbox"/>	不合格 <input type="checkbox"/>	
	4.理论知识	合格 <input type="checkbox"/>	不合格 <input type="checkbox"/>	
5.实践技能	合格 <input type="checkbox"/>	不合格 <input type="checkbox"/>		
考核人员签字： 年 月 日				
考核结果	年度考核结论			
	考核小组组长签字：	年 月 日		
本人意见	签名： 年 月 日			
备注				

附件 8

宣汉县在岗乡村医生养老保险缴费补助统计表

填报单位（盖章）：

序号	姓名	性别	年龄	身份证号码	工作村 卫生室	购买保 险种类	缴纳保险金额 (元/年)	核准发放补助 金额 (元/年)	联系电话

负责人：

审核人：

填表人：

填报人联系电话：

注：此表由各乡镇人民政府（街道办事处）填报。

附件 9

宣汉县距法定退休不足 15 年选择离岗生活补助在岗乡村医生统计表

填报单位（盖章）：

序号	姓名	性别	年龄	身份证号码	工作年限	工作村卫生室	联系电话

负责人：

审核人：

填报人：

联系电话：

备注：此表由各乡镇人民政府（街道办事处）填报。

附件 10

宣汉县乡村医生摸底表

填报单位:

序号	姓名	性别	年龄	身份证号码	工作年限	工作地点	是否在岗	购买养老保险险种	是否自行购买	是否兼任其他工作职务	联系电话	其他

负责人:

审核人:

填报人:

填报人联系电话:

备注: 此表由各乡镇人民政府(街道办事处)填报。

