

天门市人民政府办公室代电

天政办电〔2020〕22号

市人民政府办公室 关于印发天门市在岗执业乡村医生养老保险 补助实施方案（试行）的通知

各乡、镇人民政府，各办事处、农场，天门高新园，天门工业园，市政府有关部门：

《天门市在岗执业乡村医生养老保险补助实施方案（试行）》已经市政府常务会议审议通过，现印发给你们，请认真组织实施。

天门市人民政府办公室

2020年10月10日

天门市在岗执业乡村医生养老保险 补助实施方案（试行）

为贯彻落实省卫健委、省委编办、省财政厅、省人社厅、省医疗保障局《关于进一步加强乡村医生队伍建设的通知》（鄂卫通〔2020〕21号）和《市人民政府办公室关于印发天门市进一步加强村卫生室和乡村医生队伍建设实施方案的通知》（天政办发〔2017〕34号）等文件精神，积极稳妥地做好乡村医生养老保障工作，促进乡村医生队伍健康发展，结合我市实际，制定本实施方案。

一、补助对象

本次养老保险补助对象为在岗执业乡村医生，需同时具备以下条件：

（一）在市卫生健康行政主管部门备案注册的乡村医生：

1. 取得执业医师或执业助理医师资格证书，执业地点为本市村（社区）卫生室；

2. 取得市卫生健康行政主管部门颁发的乡村医生执业证书，证书在有效期内，执业地点为本市村（社区）卫生室。

（二）执业的村（社区）卫生室在市卫生健康行政主管部门备案注册；

（三）在注册村（社区）卫生室规范执业；

（四）男性年龄60周岁及以下、女性年龄55周岁及以下（以身份证为准，男性1960年11月1日和女性1965年11月1日及之后出生的）；

(五) 承担基本公共卫生服务或实施国家基本药物制度;

(六) 个人养老保险缴费标准须不低于补助标准。

符合条件而不参加基本养老保险的乡村医生,到龄退休时不享受定额补助待遇。

二、补助时间和标准

(一) 从 2020 年起计发;

(二) 根据“先缴后补,一年一补”的原则,市财政按每人每年 1000 元的标准给予养老保险缴费补助,男性补助到 60 岁,女性补助到 55 岁;

(三) 本方案实施前,在岗乡村医生已经参加养老保险的,之前缴费部分不予追补。

三、工作流程

(一) 本人申请(10 月 20 日前)。

符合条件的乡村医生填写《天门市在岗执业乡村医生养老保险补助审批表》(以下简称《审批表》),并提供相关资料向所在村(居)委会提出申请。对符合条件逾期未提交申请的,10 月 20 日以后不再受理,视为自动放弃。

所需提供资料:

1. 审批表;
2. 本人身份证原件及正反两面复印件;
3. 执业(助理)医师资格证或乡村医生执业证的原件及复印件;
4. 医疗机构执业许可证副本及复印件;
5. 当年养老保险缴费票据原件及复印件。

（二）乡村审核（10月31日前）。

村（社区）卫生室、村（居）委会、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、乡镇卫健办、乡镇人民政府分别对《审批表》和相关佐证资料进行审核，并在《审批表》上签字盖章。乡镇卫健办需在佐证资料复印件上注明“与原件一致，经手人XXX”，加盖卫健办公章。

（三）乡村公示（11月10日前）。

乡镇卫健办负责在镇（村）便民服务中心、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、村（社区）卫生室分别进行公示。公示对象为本乡镇审核通过的所有对象，公示内容含乡村医生执业地点、执业资格、工作年限、举报电话、举报邮箱等，公示期为7天，接受群众监督。

（四）市级复核公示（12月5日前）。

乡镇卫健办于11月10日前将纸质《审批表》、相关佐证资料、公示照片、公示情况说明和《天门市2020年度在岗执业乡村医生养老保险补助人员登记汇总表》（以下简称《汇总表》）报送至市卫健委，同时将签字盖章的《汇总表》扫描件、电子表格上报到FTP本乡镇文件夹。市卫健委对乡镇报送的资料进行复核，并将复核通过对象在市级公共媒体网络上公示，公示期为7天。

（五）资格确认（12月10日前）。

市卫健委根据复审及公示情况认定补助对象，并将确认补助对象函告市财政局。

(六) 补助发放(12月底前)。

补助资金列入财政预算,由市卫健委统一发放至乡村医生个人银行账户。

四、工作要求

(一) 广泛宣传政策。各乡镇卫健办、卫生院(社区卫生服务中心)、村(居)委会要做好宣传解释工作,积极引导在岗执业乡村医生参加养老保险。

(二) 精心组织实施。各乡镇要按照公平、公正、公开的原则,坚持标准,实事求是认定乡村医生基本情况,严格程序,精心组织实施,切实将好事办好办实。

(三) 严肃工作纪律。各相关单位要严把审核关口,对弄虚作假、虚报瞒报的,将严肃追究相关责任人的责任;情节严重、涉嫌违法违纪的,将依法依规移送相关部门严肃处理。

- 附件: 1. 天门市在岗执业乡村医生养老保险补助审批表
2. XX镇2020年度在岗执业乡村医生养老保险补助人员初审公示表
3. 天门市2020年度在岗执业乡村医生养老保险补助人员登记汇总表

附件 1

天门市在岗执业乡村医生养老保险补助审批表

姓名		出生日期		(近期照片) (小 1 寸)
性别		身份证号		
工作年限		住 址		
证书编号		联系电话		
工作 简历	起止时间	工作地点及内容		证明人 (姓名+职业+住址+联系电话)
参加养老保险类别				
本人提供的上述信息属实，并承担相应法律责任。 申请人 (签名): 年 月 日				

审批情况	该同志在（ ）村从事（ ）工作，连续工作满（ ）年，是（否）注册地点执业（ ），是（否）实施国家基本药物制度或承担基本公共卫生服务（ ）。
村卫生室 意见	单 位（盖章）： 负责人（签名）： 年 月 日
村委会 意见	单 位（盖章）： 负责人（签名）： 年 月 日
乡镇卫生院(社区卫生服务中心)意见	单 位（盖章）： 负责人（签名）： 年 月 日
乡镇卫健办意见	单 位（盖章）： 负责人（签名）： 年 月 日
乡镇人民政府意见	单 位（盖章）： 负责人（签名）： 年 月 日
市卫健委意见	单 位（盖章）： 负责人（签名）： 年 月 日

说明：此表一式三份，乡镇卫健办、市卫健委和市财政局各存档一份。

附件 2

× × 镇 2020 年度在岗执业乡村医生养老保险补助人员初审公示表

公示单位：（盖章）

序号	姓名	性别	年龄	执业地点	执业资格	是否在注册村 （社区）卫生 室规范执业	是否实施国家基本药物制度 或承担基本公共卫生服务

举报电话：市卫健委 0728-5226773 乡镇卫健办
举报邮箱：550720164@qq.com

附件 3

天门市 2020 年度在岗执业乡村医生养老保险补助人员登记汇总表

填报单位（盖章）：

序号	姓名	性别	身份证号	执业地点	执业类别	执业证号	参保类型	缴费金额（元）	参保发票号	补助金额（元）	个人银行账号	联系电话	开始补助年度

填报时间： 年 月 日

填表人：

联系电话：