

# 河北省卫生和计划生育委员会 河北省财政厅 文件 河北省人力资源和社会保障厅

冀卫发〔2016〕14号

---

河北省卫生和计划生育委员会

河北省财政厅

河北省人力资源和社会保障厅

## 关于印发原“赤脚医生”养老补助办法的 通 知

各市（含定州、辛集市）卫生计生委（局）、财政局、人力资源社会保障局：

省卫生计生委、省财政厅和省人力资源社会保障厅制定的

《原“赤脚医生”养老补助办法》已经省政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。



河北省卫生和计划生育委员会



河北省财政厅



河北省人力资源和社会保障厅

2016年4月27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《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）和《河北省人民政府办公厅关于进一步加强乡村医生队伍建设实施方案的通知》（冀政办字〔2015〕71号），结合我省实际，制定本办法。

## 一、补助范围

本办法所称原“赤脚医生”是指户籍仍然在我省的、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，具体标准由各县（市、区）制定，并根据经济社会发展情况，适时作出调整。

各县（市、区）已妥善解决且高于此标准的，按所在县（市、区）原有标准执行。

### 三、资金来源

原“赤脚医生”养老补助所需资金由县（市、区）财政解决。省财政将视贫困县符合条件的原“赤脚医生”人数、补助标准以及补助资金落实到位等情况，通过以奖代补的方式，对贫困县给予适当补助。养老补助所需资金纳入财政预算，实行专项管理，专款专用。

### 四、审核认定

各县（市、区）成立由卫生计生部门牵头，财政、人力资源社会保障、纪检、监察等部门参加的认定机构，负责对辖区内原“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。认定机构要制定严格的认定程序，同时建立起完整的个人养老补助档案资料。

#### （一）宣传发动。

各县（市、区）卫生计生部门要通过各种途径进行宣传动员，将本办法传达到每一位原“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（附表 1）；
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. 县（市、区）规定的其他材料。

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办法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（市、区）卫生计生行政主管部门，证件原件退还本人。

### （三）审核认定。

1. 各县（市、区）认定机构要对所辖乡镇卫生院上报的证件资料逐一认定。认定时应邀请同乡镇 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”养老补助费由所在县（市、区）财政部门按

月直接发放。

## 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。各市、县（市、区）政府要将此项工作列入重要议事日程，各有关部门要认真履行职责，协调联动，密切配合，确保此项工作顺利实施。

（二）制定实施方案。各县（市、区）政府要于2016年7月底前制定出台具体实施方案，完成统计，并分别报送省、市卫生计生和财政部门备案（实施方案+附表2）。

（三）严格监督管理。各级各部门要严格管理，建立督查和通报机制，确保将每一名符合政策的原“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，由当地纪检、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 服务年数	(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					

市 县（市、区）原“赤脚医生”汇总表

序号	姓名	性别	出生年月	籍贯	服务起始年份	至 60 周岁服务年数

备注[8]执业地与居住地不在同一县[4]市，区[5]在岗人员以现服务地为准确[6]不在岗人员以原服务地为准确





