重庆市潼南区人民政府办公室

关于印发潼南区离岗乡村医生养老和

医疗补助实施方案的通知

潼南府办〔2017〕99号

各镇人民政府（街道办事处），区级各部门，有关单位：

《潼南区离岗乡村医生养老和医疗补助实施方案》已经区委、区政府研究同意，现印发你们，请认真贯彻实施。

重庆市潼南区人民政府办公室

　　　　 2017年6月8日

潼南区离岗乡村医生养老和医疗补助实施方案

为认真贯彻落实《重庆市卫生和计划生育委员会、重庆市财政局、重庆市人力资源与社会保障局关于离岗乡村医生养老和医疗补助的通知》（渝卫基层发〔2016〕85号）文件精神，切实做好离岗乡村医生养老和医疗补助发放工作，特制定本实施方案。

一、组织机构和责任分工

成立潼南区离岗乡村医生养老和医疗补助工作领导小组（以下简称领导小组）。领导小组成员名单如下：

组 长： 戴 明 区政府副区长

副组长： 李 杰 区政府办副主任

李春燕 区卫生计生委主任

成 员： 何胜君 区委宣传部副部长、网信办主任

张 旭 区信访办主任

唐剑峰 区公安局副局长

张义强 区财政局局长

戴红丽 区人力社保局局长

领导小组下设办公室，办公室设在区卫生计生委，办公室主任由李春燕同志兼任。

根据工作实际和部门职能划分，区级各部门，有关单位及各镇（街）工作职责分工如下：

（一）区卫生计生委做好离岗乡村医生身份和服务年限认定相关资料的收集、审核工作；加强协作，做好跨区县（自治县）执业的离岗乡村医生身份和服务年限认定工作。

（二）区网信办负责统筹协调区内外新闻媒体采访报道，加强网络舆情监测。

（三）区信访办、区公安局等相关部门根据职责做好相关人员的信访稳定工作。

（四）区财政局负责资金筹措和资金监管工作。

（五）区人力社保局负责补助对象社会保险的参保和补助代发工作。

（六）各镇（街）负责离岗乡村医生身份和服务年限认定的复审、公示和监督工作；做好政策宣传解释和维稳工作。

在实施过程中，区级各部门，有关单位、各镇（街）要强化配合协作，加强协调沟通，保证工作的顺利开展。

二、补助范围

1965年6月26日至2009年10月7日，在重庆市辖区内村卫生室连续从事乡村医生工作满1年（含1年）以上，且持有有效的乡村医生执业证明材料，离开乡村医生岗位后未被国家机关（企事业单位）录（聘）用为正式工作人员的原乡村医生。户籍迁移到市外及市外户籍在区内从事乡村医生工作的也纳入补助发放范围。

现在岗乡村医生办理离岗手续后，符合补助范围和认定条件的可以享受补助。离岗后重新进入村卫生室执业，按渝府办发〔2016〕1号规定的新进入村卫生室执业的相关要求执行，具体细则由区卫生计生委制定。

三、认定办法

按照“镇街复审、实事求是、客观公正、全面准确”的工作原则，实行“原始材料证明与组织查证相结合”的认定办法，由各镇（街）离岗乡村医生组织查证工作领导小组初审，镇人民政府（街道办事处）复审并公示，区卫生计生委审核，区政府审定。

（一）身份认定

1．持有卫生计生委（原卫生局）颁发的“四证”（乡村医生执业证书、执业（助理）医师证书、赤脚医生证、卫生员证）之一；

2．区卫生计生委或镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）有从事乡村医生工作档案记载的。

符合以上两个条件的人员，均纳入本次离岗乡村医生身份认定的范围。符合其中条件之一的，经无利益关系的本村或邻村同期乡村医生、原执业所在地镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）同期工作人员、原执业所在地村委会（居委会）同期干部至少3人以上证实，并在本镇（街）和所在村委会（居委会）公示无异议后，可纳入本次离岗乡村医生身份认定的范围。

（二）服务年限认定

服务年限认定范围为1965年6月26日至2009年10月7日期间，且连续服务满1年（含1年）以上，不同时段、不同村卫生室服务的实际时间可以累加，累计尾数不足1年的按1年计算。

（三）审核认定程序

1．个人向原执业所在地镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）提交《重庆市潼南区离岗乡村医生养老和医疗补助申请表》（见附件3）、《潼南区在岗乡村医生离岗申请表》（在岗乡村医生填写，见附件6）并附相关原始证明材料。镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）对个人申请进行初审。个人提出申请的截止时间为2017年6月30日，逾期不再受理。因特殊情况未按时申报，经报请区政府同意，可纳入补助范围。

2．各镇（街）对初审名单进行复审，并在本镇（街）和申请人原执业所在村委会（居委会）同时张榜公示不少于10个工作日。

3．公示结束后，由区卫生计生委对上报的名单进行审核。

4．经区卫生计生委审核后，报区人民政府审定。审定后，报市卫生计生委备案。

四、补助标准

对符合条件的离岗乡村医生，发放养老保险一次性定额补助和医疗补贴。其中，养老保险一次性定额补助用于个人参保缴费，标准为每服务一年补助600元；医疗补贴为每服务一年每月补贴10元，按月发放。

五、参保及发放办法

（一）符合参加城乡居民基本养老保险条件的人员。60周岁以下的，一次性定额补助全部计入其城乡居民基本养老保险个人账户，不计缴费年限，按城乡居民基本养老保险个人账户的规定计息；从其领取养老待遇之月起，按个人账户养老金的计算方法确定发放金额，并实行按月发放。60周岁及其以上人员，尚未参保的，根据一次性定额补助金额由本人选择适当的缴费档次参保；已参保但未选择缴费档次或原选择缴费档次较低的，可根据自身情况选择适当缴费档次，以提高养老待遇。一次性定额补助用于参保缴费，不足时由本人补足，还有余额的发给本人。

（二）符合参加城镇企业职工基本养老保险条件的人员。未参保的可按规定参加城镇企业职工基本养老保险；已参保的继续按规定参加城镇企业职工基本养老保险，一次性定额补助计发给本人。

（三）符合参加超龄人员养老保险条件的人员。未参保的可《按重庆市人民政府办公厅关于解决我市用人单位未参保超过法定退休年龄人员基本养老保障有关遗留问题的通知》（渝办发〔2011〕272号）规定选择参加城镇超龄人员养老保险。一次性定额补助用于参保缴费，不足时由本人补足，还有余额的发给本人；已参保的一次性定额补助计发给本人。

（四）医疗补贴。由社会保险经办机构在发放养老待遇时按月代发。凡2016年1月及以前已领取养老待遇的，从2016年1月起发放；2016年1月以后达到领取养老待遇条件的，从领取养老待遇之月起发放。

（五）户籍迁移到市外且未参加重庆市城乡养老保险的符合享受补助条件人员。其养老补助和医疗补贴一次性发给本人，其中医疗补贴按余命年限12年计发。

（六）市外户籍，在潼南从事乡村医生工作的符合享受补助条件人员，按户籍迁移到市外人员的方式发放，其养老补助和医疗补贴一次性发给本人，其中医疗补贴按余命年限12年计发。

（七）对个别不愿参保人员问题的处理。对个别年龄较大、身体较差、家庭经济困难，尚未参加养老保险、本次也不愿意参保的，经区政府审定同意，也可将养老保险一次性补助发给个人，医疗补助按文件规定发放。

六、实施步骤

（一）政策宣传阶段（2017年3月—4月）

区级各部门，有关单位、各镇（街）利用会议、政务公开栏等途径，宣传开展这项工作的重要意义、基本原则和政策标准等，认真做好离岗乡村医生来访接待工作，使他们准确了解政策，明白申办程序，清楚所要提供的各种材料，耐心细致地做好政策宣传和维稳工作。

各镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）、卫计办负责通过召开乡村医生座谈会、退休职工（离岗乡村医生）座谈会、村两委负责人座谈会、查阅档案资料等方式，进行调查摸底。

（二）个人申请阶段（2017年5月—6月）

离岗乡村医生向最后任乡村医生的当地镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）提出申请，由当地镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）初审，镇（街）政府复审。

个人申请包括离岗申请（在岗乡村医生）、养老和医疗补助申请。申请截止时间为6月30日，逾期不再受理。现在岗乡村医生的离岗申请、养老和医疗补助申请可同时提交。

（三）镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）初审阶段（2017年5月—7月）

由各镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）对本辖区内的乡村医生的申请进行初审。对需调查取证的，在各镇（街）离岗乡村医生组织查证工作领导小组的领导下开展调查取证，提出初步认定意见等。

各镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）负责收集、整理、核实离岗乡村医生的本人申请、身份证、户口本、任乡村医生原始证明材料、调查取证材料、个人诚信承诺（证明人）等，做到资料齐全、材料完备、一人一档。审核工作做到细致准确、责任到人，谁审查谁签字谁负责，不造成遗留问题、上访现象，并按规定时间完成审核及上报工作，重要情况第一时间汇报。初审合格的，报当地镇（街）复审。

镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）要采取离岗乡村医生个人申报和单位主动摸排两条线同时进行的办法开展工作。各镇（中心）卫生院(社区卫生服务中心)安排专门人员，通过查阅区卫生计生委、镇政府（街道办事处）、区妇幼保健院、区疾控中心、区档案馆、镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）和村委会（居委会）档案以及向单位职工、村（居）两委负责人和群众收集相关资料等办法，积极主动地开展调查摸底和申报动员工作。

（四）镇（街）复审阶段（2017年7月—8月）

由各镇（街）对本辖区的乡村医生申请养老和医疗补助情况进行复审并公示，公示时间不少于10个工作日。公示无异议后，报区卫生计生委审核。

（五）区卫生计生委审核阶段（2017年8月—9月）

区卫生计生委对各镇街上报的离岗乡村医生养老和医疗补助名单进行审核。审核通过后，报区人民政府审定。

（六）区人民政府审定阶段（2017年9月—10月）

区人民政府审定离岗乡村医生养老和医疗补助名单并报市卫生计生委备案。

（七）办理参保手续和发放补助阶段（2017年11月—12月）

由区人力社保局按要求完成参保和补助发放工作。

七、工作要求

（一）加强领导。一是区级各部门，有关单位要通力合作，相互协调，共同做好工作。二是各镇（街）要高度重视，成立由镇（街）主要负责人为组长，卫计办、镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）、综治办、辖区派出所等单位负责人为成员的工作领导小组，具体负责本镇（街）所属离岗乡村医生身份认定、服务年限认定等工作，按时按质完成审核、上报工作。在各镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）设置领导小组办公室，安排专人负责具体工作，确保工作平稳有序开展。三是各工作人员要深入学习政策、理解政策，把握工作方法，以高度负责、满腔热忱和严肃认真的工作态度做好各项工作。

（二）落实责任。各镇（街）要切实负起组织领导责任，各镇（街）负责本地离岗乡村医生身份和服务年限认定的复审、公示和监督工作；镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）要做好离岗乡村医生身份和服务年限认定相关资料的收集、初审工作；镇（街）综治办、辖区派出所等部门根据职责做好相关人员的信访稳定工作。

（三）严肃纪律。各镇（街）在工作中，要严格按照政策规定执行。在身份和年限认定、审核及参保、发放等各工作环节，都要做到公开、公平、公正，严格遵守相关程序和规定。对弄虚作假、徇私舞弊等违法违规行为，要严肃处理，及时纠正，并按规定追究相关工作人员的责任，取消相关申请人享受养老和医疗补助的资格。

（四）维护稳定。各镇（街）要结合本地实际，认真梳理政策实施可能引发的社会不稳定因素，按照《潼南区落实离岗乡村医生养老和医疗补助政策信访维稳工作方案》的要求，对政策实施过程中出现的新情况、新问题，要加强舆情研判和引导，做好政策解释，并有针对性的制定风险预案，加强风险管控，切实把好事办好、实事做实，确保社会稳定。

（五）强化监督。各镇（街）、区级各部门，有关单位要根据各自职责，精心组织、周密安排、加强协作，广泛接受社会监督，共同把这项民生工作落到实处。区卫生计生委和区人力社保局设立咨询和监督电话（区卫生计生委：44551252、44590992，区人力社保局： 44577927）。

附件：1.潼南区离岗乡村医生身份和服务年限组织查证

工作方案

2.潼南区落实离岗乡村医生养老和医疗补助政策

信访维稳工作方案

3.重庆市潼南区离岗乡村医生养老和医疗补助申

请表

　　　　　4.重庆市潼南区离岗乡村医生养老和医疗补助人员

　　　　　名册

　　　　　5.重庆市潼南区离岗乡村医生养老和医疗补助统

　　　　　计表

6.重庆市潼南区在岗乡村医生离岗申请（式样）

附件1

潼南区离岗乡村医生身份和服务年限

组织查证工作方案

根据重庆市离岗乡村医生养老和医疗补助工作有关要求，经研究，决定对我区离岗乡村医生身份和服务年限采取“原始材料与组织查证相结合”的方式进行认定。按照全市的统一安排和部署，结合我区实际，特制定如下工作方案。

一、组织机构

组织查证工作由区离岗乡村医生养老和医疗补助工作领导小组全面领导。成立潼南区离岗乡村医生组织查证工作调查组，负责指导全区组织查证工作。分镇（街）成立若干调查小组，在调查组指导下，开展所辖地区的查证工作。

（一）潼南区离岗乡村医生组织查证工作调查组

组 长：李春燕

副组长：付勇、袁邦全、张元海、各镇（街）主要负责人

（二）各镇（街）离岗乡村医生组织查证工作调查小组

调查小组由镇（街）、卫计办和镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）有关人员组成，每组不少于3人。包括：镇（街）分管负责人1人；卫计办、镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）负责人各1人以上。具体人员由镇（街）研究确定。

调查小组负责确定查证对象、查证内容、证明人，制定《查证计划》，根据申请人提供的执业经历（时间、地点、单位等），走访相关人员，对申请人的身份和服务年限进行组织查证，并提出查证意见，提交镇（街）工作领导小组审核。

镇（街）分管负责人领导辖区内离岗乡村医生的组织查证工作，卫计办负责统筹协调，镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）负责本地离岗乡村医生的具体查证工作。

二、工作准备

镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）成立由主要负责人、班子成员、医护人员代表、经办人员、退休职工代表等为成员的工作组，将申报情况与已有材料进行详细比对核查，能肯定的给予明确，该否定的给予否定。将初定的查证对象、查证内容和证明人提交调查小组集体研究确定。

（一）初定查证对象

采取组织查证方式的，必须是已初步确定乡村医生身份（有“四证”之一或有从事乡村医生工作档案记载的）、因资料确有缺失导致身份模糊、服务年限尚不明确的人员。各镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）要根据申报情况、调查情况和现有资料记载情况等，认真排查。对不需要查证的，坚决不采取查证的办法，杜绝查证对象扩大化。

（二）初定查证内容

各镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）要坚持“物证第一、调查为辅”的工作要求，不放松资料查找工作。对排查结果与物证不一致的，坚持把物证作为主要依据。

认真梳理查证对象的基本情况，找准查证点，增强查证工作的针对性和实效性。

（三）初定证明人

根据申请人提供的证明人信息和镇（街）、镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）掌握的情况，本着客观公正、实事求是的原则初定证明人。证明人必须是熟悉查证对象身份和服务年限的人员，具有良好的思想素质，主要包括：无利益关系的本村或邻村同期乡村医生、原执业所在地镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）同期工作人员、原执业所在地村委会（居委会）同期干部等。

查证对象的执业经历在不同时段有不同证明人的，需要分别查证，分别形成查证材料；一个时段执业经历的最终证明人不少于3人。

三、工作程序

（一）召开预备会

镇（街）领导小组组织召开调查小组预备会。通过对已掌握或申请人提供的有关资料的核查，对镇（街）需要查证的查证对象、查证内容和证明人进行审查；通过集体研究的方式，确定出查证对象、查证内容和证明人，并制定《查证计划》。注意做好相关保密工作，不得让查证对象、证明人事前准备。

（二）指导填写《组织查证信息表》

各镇（街）指导查证对象（申请人）认真填写《离岗乡村医生身份及服务年限组织查证信息表》。

（三）开展组织查证

调查取证采取“走访、询问、座谈”等方式进行。调查小组按《离岗乡村医生身份及服务年限组织查证记录表》的相关内容，逐项进行查证，并做好原始记录。

组织查证前，必须向每一位证明人宣讲纪律和要求，证明人在《诚信承诺书》上签字；组织查证过程中，不得作导向性暗示；组织查证后，证明人当场核对《组织查证记录表》信息，签字、按指印予以确认。调查小组人员当场签字。

在查证过程中，调查小组发现证明人选择不合适、查证结果不清晰或有矛盾的，可以适当扩大证明人数量，也可调换证明人。

查证对象有跨镇（街）工作服务经历的，由所涉镇（街）分别做好查证工作，再将查证材料移交给申请人户籍所在镇（街）统一整理。

（四）作出查证结论

由镇（街）调查小组汇总查证材料，填写《离岗乡村医生身份及服务年限组织查证结论认定表》，提出查证初步意见，由调查小组成员签字，加盖镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）公章；经调查小组集体复核，提出查证认定意见，由调查小组组长签字，加盖镇（街）政府公章。

各镇（街）统一将《组织查证信息表》《组织查证记录表》《组织查证结论认定表》与申请表等汇总，报送区卫生计生委，由区离岗乡村医生组织查证工作调查组进行审核，经集体研究，作出审核结论，由调查组组长签字，加盖卫生计生委公章。最后报送区离岗乡村医生养老和医疗补助工作领导小组审定，提出审定意见，加盖区人民政府公章。

（五）公示

在镇（街）提出查证复审意见并签字、盖章后，由镇（街）汇总人员身份和服务年限情况，分类填写《潼南区离岗乡村医生养老和医疗补助人员名册》（附件4），在申请人所在镇（街）、村社进行公示，公示时间不少于10个工作日，接受群众监督。同时镇（街）将查证复审意见及公示情况及时告知申请人。

四、实施步骤

（一）召开组织查证工作会（5月初）

各镇（街）工作领导小组组织调查小组等相关人员召开工作会，对组织查证工作进行部署。

（二）开展查证工作（5月—8月）

各镇（街）于8月31日下午6时前将查证材料（《信息表》、《记录表》《结论认定表》）与申请汇总表册（现在岗人员离岗申请、《离岗乡村医生养老和医疗补助申请表》、《补助人员名册》、《统计表》）交区卫生计生委审核。

五、工作要求

（一）高度重视。组织查证工作关系着离岗乡村医生的切身利益和社会稳定。区级各部门，有关单位、各镇（街）要充分认识此项工作的重要性、复杂性、严肃性和敏感性，以高度的政治责任感和使命感全力做好工作。

（二）严密组织。调查小组的工作要坚持集体研究、公开透明。各镇（街）、区卫生计生委要实行主要负责人负责制，要合理充分地运用好现有档案和资料，把摸排工作做细，把协调工作做实，把组织查证工作做好。

（三）确保质量。查证工作要做到周密细致，查证过程要规范，查证记录要清晰，查证材料要完整，确保调查结果真实可靠。

（四）严肃纪律。查证工作要坚持实事求是、客观公正的原则。对徇私舞弊、弄虚作假者，将追究相关人员责任。查证对象与调查人员、查证对象与证明人有亲属等关系的，实行回避制度。

　　附件：1－1．原乡村医生身份及行医服务年限组织查证信

　　　　　　息表

　　　1－2．原乡村医生身份及行医服务年限组织查证记

　　　录表

1－3．原乡村医生身份及行医服务年限组织查证结

　　　论认定表

1－4．诚信承诺书

附件1－1

原乡村医生身份及行医服务年限组织查证信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | |  | | 性别 |  | | 民族 |  | 身份证号码 | |  | | 联系电话 |  |
| 申请人行医服务简历 | | | | 证明人基本情况 | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | 所在机构 | | 是否需要查证 | 姓名 | | 性别 | 现工作单位及职务 | | | 时任职务 | | 现居住地 | | 联系电话 |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  | |  | |  |
| 其中任乡村医生的时间段： | | |  | | | | | | | | | | | |

注：1．本表“行医服务简历”按时间顺序，将不需要查证的和需要查证的时间段分别填写。

申请人签字（指印）：

年 月 日

附件1－2

原乡村医生身份及行医服务年限

组织查证记录表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 记录时间 |  | | | | | | | |
| 记录地点 |  | | | | | | | |
| 申请人  姓名 |  | 性别 |  | 行医服务  机构 | | |  | |
| 证明人  姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 身份证  号码 | |  |
| 证明人现单位及职务 |  | | | | | 联系电话 | |  |
| 首先，向你介绍一下调查组的几位调查人员（一一介绍）。请你实事求是的提供有关情况，保证所述的内容真实无误。若有虚假，你将依法承担相关法律责任。  问：请介绍一下你的基本情况。  答：  问：你认识申请人　　 　吗？你与申请人是什么关系？  答：  问：请你介绍一下申请人行医服务的情况及服务年限。  答：  问：还有哪些同志能证明申请人的行医服务情况？  答： | | | | | | | | |
| 证明人承诺：本人对以上所述内容的真实性负责。若有虚假，本人依法承担相关法律责任。  证明人签字(指印)： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 调查小组人员签字：  年 月 日 | | | | | | | | |

注：1．本表空表双面打印。

附件1－3

原乡村医生身份及行医服务年限

组织查证结论认定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  姓名 | |  | | | 性别 | |  | 民族 | |  | | 身份证号码 |  | | |
| 担任乡村医生  岗位时间 | | | |  | | | | 离开乡村医生  岗位时间 | | |  | | 离开乡村医生岗位原因 | |  |
| 申请人行医服务简历及组织查证情况 | 何年何月至  何年何月 | | | | | 何地何岗位 | | | 组织查证情况 | | | | | 证明人 | |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  | |
| 组织查证结论 | 调查小组  初步意见 | | 经调查核实，申请人 是（否）属于发放对象，行医服务  。    调查小组人员签字 ：  卫生院、中心（公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 调查  小组认定意见 | | 申请人是（否）属于发放对象，行医服务 。  调查小组组长（签字）：  镇街（公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 调查组审核结论 | | 申请人是（否）属于发放对象，行医服务 。  区卫计委（公章）    年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

注：1．本表“简历”栏只填写需组织查证的时段；“结论”栏只填写经组织查证的时段累计年限，精确到“x年x个月”。2．附件1—3一式一份。

附件1－4

诚 信 承 诺 书

我承诺：本人知悉 同志行医的有关情况，对所述内容的真实性负责。若有虚假，本人依法承担相关法律责任。

承诺人（签字）：

年 月 日

附件2

潼南区落实离岗乡村医生养老和

医疗补助政策信访维稳工作方案

根据市卫生计生委、市财政局、市人力社保局《关于离岗乡村医生养老和医疗补助的通知》（渝卫基层发﹝2016﹞85号）文件要求，为顺利实施潼南区离岗乡村医生养老和医疗补助政策，把好事办好、实事做实，确保社会及乡村医生队伍稳定，特制订本方案。

一、指导思想和工作目标

建立健全统一高效、科学规范、反应迅速、处置有力的应急队伍，提高应对突发事件的能力，对政策实施过程中出现的新情况、新问题，加强舆情研判和引导，做好政策解释，最大程度地预防和减少突发事件及其造成的损害，切实保障人民群众的利益，维护公共利益和社会安全稳定，促进全区经济社会又好又快发展。

二、组织领导

成立潼南区落实离岗乡村医生养老和医疗补助政策信访维稳工作领导小组。

组 长：刘立民 区人民政府副区长、公安局局长

成 员：何胜君 区委宣传部副部长、网信办主任

张 旭 区信访办主任

唐剑峰 区公安局副局长

张义强 区财政局局长

戴红丽 区人力社保局局长

李春燕 区卫生计生委主任

各镇（街）主要负责人

领导小组下设办公室在区卫生计生委，由区卫生计生委主任李春燕同志兼任办公室主任。

三、工作职责及分工

根据实施离岗乡村医生养老和医疗补助政策工作的需要，分设以下四个处置组，具体负责对实施离岗乡村医生养老和医疗补助政策期间出现的治安、信访、社会舆情、举证问题等突发性、群体性重大事件的处置。

（一）治安问题处置组

组  长：唐剑锋

责任部门：区公安局、区综治办

负责排查当前群众反映强烈、可能引发社会治安隐患并影响离岗乡村医生养老和医疗补助政策实施的突出问题，有针对性地开展督查工作。各镇街派出所要密切关注各种不良动态，及时将苗头性问题解决在萌芽状态。对黑恶势力和各种非法组织活动干扰，妨碍离岗乡村医生养老和医疗补助政策实施的行为，及时予以制止和纠正，对聚众、起哄、围攻等治安问题，坚决依法打击。

（二）信访问题处置组

组 长：张 旭

责任部门：区信访办、区维稳办、区人力社保局、区卫生计生委

负责协调镇街处理好涉及离岗乡村医生养老和医疗补助政策工作的来信来访。建立健全群众信访登记和回复制度，坚持就地解决问题与思想教育相结合的原则，切实有效地解决群众反映的问题。建立离岗乡村医生养老和医疗补助政策信访工作责任追究制度，对因处理群众来信来访不及时、敷衍了事或压制打击造成不良后果的，依法追究有关人员的责任。出现群众上访等，及时组织主要负责人第一时间赶到现场劝返。对重视不够，领导不力，麻痹大意出现非正常上访或造成严重影响的，追究相关当事人员的责任。

（三）网络舆论处置组

组 长：何胜君

责任部门：区委宣传部（区网信办）、区公安局、区人力社保局、区卫生计生委

统筹协调区内外新闻媒体采访报道，加强对离岗乡村医生养老和医疗补助政策的正面宣传，把握正确舆论导向，为离岗乡村医生养老和医疗补助政策实施营造良好舆论氛围。加强网络舆情监测，及时发现通报离岗乡村医生养老和医疗补助政策实施工作中的负面舆情，积极开展线上舆论导控，及时主动发声澄清事实。按要求依法追究相关人员责任。

（四）离岗乡村医生养老和医疗补助政策问题处置小组

组 长：李春燕

责任部门：区卫生计生委、区人力社保局

负责对离岗乡村医生养老和医疗补助政策实施的过程严格把关，及时发现、制止离岗乡村医生养老和医疗补助政策实施中出现的各种违规问题，对离岗乡村医生养老和医疗补助政策实施中出现的违规行为进行鉴别确定并采取措施。建立应急工作机制，制定应急处置预案。建立责任追究机制，对在离岗乡村医生养老和医疗补助政策实施工作中领导不力，监督检查不到位，失职渎职、敷衍应付，致使离岗乡村医生养老和医疗补助政策无法实施，干部群众反映强烈问题处置不当，从而引发群体性事件，影响社会稳定的，追究相关单位及有关人员的责任。对工作人员违规操作，不认真履行职责或擅离职守，导致离岗乡村医生养老和医疗补助政策不能顺利实施、出现非正常上访或群体性事件的，严格追究相关责任人的责任。

　　四、处置程序

在离岗乡村医生养老和医疗补助政策实施期间，各处置组要组织人员对镇、村群众进行深入调查摸底，掌握可能出现的苗头性、倾向性问题，并及时介入处置，减少各类突发情况的发生。发生各类突发事件时，镇（街）主要负责人要第一时间赶赴现场，并及时向区信访维稳工作领导小组汇报情况。各应急处置组接报后应快速反应，迅速到达现场，采取积极措施，对事件进行处置。相关部门要按照职责要求，明确分工，互相协调，通力配合，妥善处理，确保离岗乡村医生养老和医疗补助政策顺利实施。

五、工作要求

（一）加强领导，明确责任。潼南区落实离岗乡村医生养老和医疗补助政策信访维稳工作领导小组负责本次信访维稳应急处置工作的组织领导，各镇街、相关区级各部门，有关单位主要负责人是第一责任人。各镇（街）、村要指定一名专职信息员，负责收集各类离岗乡村医生养老和医疗补助政策实施过程中突发的相关信息，并在发生突发事件时第一时间向领导小组汇报。相关单位和个人应当加强与应急处置工作组的沟通协调，确保突发事件得到顺利处理。

（二）采取措施，及时处置。认真开展离岗乡村医生养老和医疗补助政策实施工作中的问题排查调查，及时掌握本镇（街）、本村（居）可能影响离岗乡村医生养老和医疗补助政策实施的不安定因素，及时发现和掌握倾向性问题，并有针对性采取防范和控制措施，把工作做在前面，发现问题及时处置。

（三）讲究方法，营造氛围。在处理处置落实离岗乡村医生养老和医疗补助政策中出现的各种问题时，要注意工作方式和方法，对群众反映的问题要认真调查核实，坚持问题出在哪里，就在哪里解决，耐心细致地做好疏导和解释工作，为离岗乡村医生养老和医疗补助政策的落实营造良好的氛围。

六、责任追究

严格实行责任倒查追究制。镇、村因事件处理不当导致离岗乡村医生养老和医疗补助政策无法顺利实施，到区、市或进京非正常上访、出现群体性事件的；对工作不负责任、失职渎职引发重大群体性事件或造成严重事故的；对不及时报送重大信息致使工作被动造成严重后果的；对不履行本《预案》应尽职责或推诿扯皮、敷衍了事以及出事后隐瞒不报的，坚决追究有关部门领导和责任人的责任。

附件3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重庆市离岗乡村医生养老和医疗补助申请表 | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | 性别 | | |  | 民族 |  | | 出生年月 |  | | （1寸免冠彩照） | |
| 户口性质  （选择打√） | | | □农 业  □非农业 | | | | 身份证号码 | | | |  | |
| 现户籍所在地 | | |  | | | | 原执业所在地 | | | |  | |
| 家庭住址 | | |  | | | | 联系电话 | | | |  | |
| 参保情况  （选择打√） | | | □城乡居民养老保险 □城镇企业职工养老保险 □超龄人员养老保险  □其他 □尚未参保 | | | | | | | | | | | |
| 参加乡村医生  岗位时间 | | |  | | 离开乡村医生  岗位时间 | | | |  | | | 实际从事乡村医生工作时间 | | 年 |
| 乡村医生岗位以来的主要经历 | 何年何月至何年何月 | | | | 何村卫生室任何职 | | | | 服务实际  时间 | | | 原始证明材料  （编号） | | 证明人签字及联系电话 |
|  | | | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | | |  | | | |  | | |  | |  |
| 个人承诺 | | | 以上所填内容属实，若有虚假，后果自负。  本人签字（手印）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 组织审查意见 | 原服务村卫生室村委会（居委会）审核意见 | | | 经审核，属于发放对象，服务年限 年。  负责人（签章）：  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 所在乡镇卫生院（社区卫生服务中心）审核意见 | | | 经审核，属于发放对象，服务年限 年。  负责人（签章）：  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 所在乡镇人民政府（街道办事处）审核意见 | | | 经审核，属于发放对象，服务年限 年。  负责人（签章）：  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 组织审查意见 | 所在区县（自治县）卫生计生行政部门审核意见 | | | 经审核，属于发放对象，服务年限 年，一次性定额补助金额 元，医疗补贴金额每月 元。  负责人（签章）：   （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 所在区县（自治县）人民政府审定意见 | | | 经审定，属于发放对象，服务年限 年，一次性定额补助金额 元，医疗补贴金额每月 元。  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |

说明：1．“出生年月”、“参加乡村医生岗位时间”、“离开乡村医生岗位时间”填写格式为“XXXX．XX”，如：1954年5月填为“1954．05”。

2．“原执业所在地”应填写XX区县XX乡镇XX村卫生室。所填行政村卫生室包括目前建在和已撤销、更名或行政区划调整的行政村卫生室。如果为后者，则填原执业期间所在区县乡镇行政村。

3．原始证明材料指：申请人身份证、户口本或身份证原件及复印件、乡村医生执业证书、赤脚医生证、乡村医生的任、留（聘）用证书（存根）或退出乡村医生证明（存根）、从业档案记载、在乡村医生岗位服务期间的补助会计凭证等；各类乡村医生培训、表彰、考核、奖励、奖状或照片等；编号附于此表之后，表中填列编号。

4．此表一式两份，分别由区县（自治县）卫生计生行政部门和申请人留存。

附件4

重庆市离岗乡村医生养老和医疗补助人员名册

填报区县（自治县）（盖章） 负责人（签章）： 填报人： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 出生  年月 | 身份证号码 | 户籍性质 | 户籍所在省市、区县 | 家庭现住址 | 参加乡村医生岗位时 间 | 离开乡村医生岗位时 间 | 原服务  村卫生室 | 现所在行政村（居委会） | 参保  情况 | 服务  年限 | 一次性定额补助金额 | 医疗补贴  每月金额 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

此表按“户籍迁移市外”、“市内跨区县”、“本区县”三类分别填写，每类一式三份，区县（自治县）卫生行政部门、财政部门、社会保险机构各一份。

附件5

重庆市离岗乡村医生养老和医疗补助统计表

填报区县（自治县）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 请  补 助  总人数 | 补 助 人 员 情 况 | | | | | | | | | | 补 助 金 额 | | | | | | 备注 |
| 补 助  总人数 | 户 籍 | | | 性 别 | | 年 龄 | | 平均年龄 | 平均服务年限 | 一次性定额补助（万元） | | | | 医疗补贴 （万元） | |
| 户籍迁移到市外人数 | 市 内  跨区县  人 数 | 本区县人 数 | 男 | 女 | 60周岁以下人数 | 60周岁及以上人数 | 总金额 | 户籍迁移到市外人员补助 | 市内跨区县人员补助 | 本区县人 员补 助 | 按月 计发 补贴 | 按余命年限12年一次性计发补贴 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

区县（自治县）卫生计生部门（盖章）： 区县（自治县）人力社保局（盖章）： 区县（自治县）财政局（盖章）：

负责人签字： 负责人签字： 负责人签字：

经办人签字： 经办人签字： 经办人签字：

联系电话： 联系电话： 联系电话

附件6

重庆市潼南区在岗乡村医生离岗申请表（式样）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 | |  | | 民族 |  | | 出生年月 |  | | （1寸免冠彩照） |
| 户口性质  （选择打√） | | | □农 业  □非农业 | | | | 身份证号码 | | | |  | |
| 现户籍所在地 | | |  | | | | 原执业所在地 | | | |  | |
| 家庭住址 | | |  | | | | 联系电话 | | | |  | |
| 参加乡村医生  岗位时间 | | |  | | | 申请离开乡村医生  岗位时间 | | |  | | | 实际从事乡村医生工作时间 | 年 |
| 乡村医生岗位以来的主要经历 | 何年何月至  何年何月 | | | | | 何村卫生室  任何职 | | | 服务实际  时间 | | | 原始证明材料  （编号） | 证明人签字及联系电话 |
|  | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  |  | | | | |  | | |  | | |  |  |
| 个人申请事由 | | | | 本人签字（手印）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 组织意见 | 原服务村卫生室村委会（居委会）意见 | | | 负责人（签章）：  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 所在镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）意见 | | | 负责人（签章）：  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 所在镇人民政府（街道办事处）意见 | | | 负责人（签章）：  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 区卫生计生委意见 | | | 负责人（签章）：   （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |

注：本表一式四份，双面打印，区卫生计生委、镇人民政府（街道办事处）、镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）、申请人各执一份。