# 新农合工作情况汇报

来源：网络 作者：莲雾凝露 更新时间：2025-06-19

*可落地执行或已落地执行的工作汇报，是具备具体行动方案的，有时间、有责任人、有执行人、有预算等，将活动或项目的相关人、事、物、财有序呈现，形成综合汇总结果，让人看见成绩也看见后续的可能。本站今天为大家精心准备了新农合工作情况汇报，希望对大家有...*

可落地执行或已落地执行的工作汇报，是具备具体行动方案的，有时间、有责任人、有执行人、有预算等，将活动或项目的相关人、事、物、财有序呈现，形成综合汇总结果，让人看见成绩也看见后续的可能。本站今天为大家精心准备了新农合工作情况汇报，希望对大家有所帮助![\_TAG\_h2]　　新农合工作情况汇报

　　建立健全覆盖城乡居民的基本医疗保障制度，为群众提供安全、有效的医疗卫生服务，是深化医药卫生体制改革的总体目标。围绕这一目标，我县新农合在解决农民看病难、看病贵的问题上做了一些工作，坚持改革创新，坚持惠民利民，筹资水平进一步提高，农民受益程度进一步提升，制度建设进一步完善。受到农民群众的认可和社会各界的一致好评。具体总结如下：

　　一、基本情况

　　我县自2023年推行新型农村合作医疗工作以来，受到了全县百姓的欢迎和拥护，效果和成绩有目共睹：一是近年来，农民参加新农合的积极性高，全县参合率一直稳定在95%以上。二是筹资水平高，保障能力强，2023年人均筹资水为45元， 2023年提高到人均340元，筹资总额从启动之时的1490万元提高到目前的1.48亿元，确保了百姓基本医疗正常报销。三是参合农民受益面广、受益水平高。新农合运行八年来，已累计补偿参合农民5.4亿元，其中：住院32.3万人次，补偿资金4.8亿元，门诊家庭帐户51万人次，补偿资金1751万元，门诊统筹帐户460万人次，补偿资金5110万元，慢性病12160人次，补偿资金265万元，特殊疾病2676人次，补偿资金97.5万元，大病救助补偿250万元，健康体检补偿33万元。参合农民住院医药费用平均报销比例从2023年的31.32%提高到提高到57.73%，目前，新农合政策范围内报销率达到76.9%。有效缓解了群众“看病贵”、“因病致贫、因病返贫”等问题，有力促进了社会和谐稳定。当然这些成绩的取得，与在座各位的努力工作是分不开的，对此，县委、政府是非常肯定的，也是感到满意的。

　　二、主要作法和成效

　　(一)主要作法

　　1、调整完善统筹补偿方案。2023年国家对新农合增加了投入，人平筹资总额达到340元，根据省、州补偿方案指导意见，以进一步提高参合农民受益水平、扩大受益面为目标，经反复测算，调整了相关政策，出台了六项惠民利民政策：一是将慢性病补偿病种从22种增加到30种;二是将重大疾病保障病种从7种增加到22种;三是实行单病种付费，全县单病种付费病种达到80种;四是适当上调例均费用;五是实行逐级、双向转诊程序;六是为全县参合农民购买大病保险，对参合农民住院发生高额医疗费用给予进一步保障。

　　2、简化补偿程序，方便参合农民。一是积极推进新农合居民健康一卡通工程，按照全省实施“一卡通”的总体规划，建立了“身份证读取验证系统”，运用“身份证阅读器”，实现了参合患者身份核实和入院登记。二是县合管办与各定点医疗机构签定了服务合同，参合农民在定点医疗机构住院，只交纳自付部分费用，出院时在定点医院结算窗口结算;三是对外出务工、探亲就医的参合农民出院后携带相关资料到当地合管站申请补偿，补偿款由基金支出户直接划拨到参合农民个人存折账户或银行卡中，为参合农民提供方便、快捷、优质、高效的服务。

　　3、强化定点医疗机构监管。今年以来，加大了对定点医疗机构的监管力度。

　　一是加强制度管理，进一步完善《基金财务管理制度》、《基金补偿审批制度》、《信息化建设制度》、《档案管理制度》、《查房制度》、《外伤核查制度》等相关制度，规范日常工作和行为。三是与医疗机构签订服务管理合同，下发《定点医疗机构管理办法》、《支付方式改革办法》、《单病种管理实施办法》、《双向转诊实施办法》、《农村五保户管医管理规定》等管理文件，约束医疗服务行为，促使医疗机构给参合农民提供优质服务。

　　二是发挥医疗审核在监管中的作用，通过新农合管理平台，实行网络在线监控，确保参合农民的受益水平，控制医疗费用的不合理增长。在审核中狠抓“三项制度”(政策范围内补偿制度、平均补偿制度和例均费用控制制度)，监督定点医疗机构执行国家和省规定的用药目录，严格按《恩施州医疗服务项目指导价格》的标准收费。

　　三是加强基金安全管理，实行新农合基金风险预警机制，基金支付总额控制，分月按进度拨付，同时对80种单病种实行付费限额，超过限额标准，基金不予支付，确保基金安全运行;

　　四是加强新农合稽查工作，成立了稽查科，稽查采取定期与不定期抽查、突击检查、夜间突查、随机抽查、入户调查的方式，并负责外伤调查、住院延时核查、住院公示，同时检查医疗机构执行新农合政策情况。

　　(二)主要成效

　　一是参合率稳定在95%以上，全县农村居民公平享受了最基本的医疗保障制度得以实现;

　　二是我县新农合制度框架基本形成，新农合监督管理体系逐步健全。建立起政府组织，部门协调配合，农民自愿参加，以大病为主、门诊统筹为辅，补偿合理，监管严密，服务便捷的新农合制度框架，形成了上下贯通的三级新农合管理体系。

　　三是新农合的运行机制日趋完善。建立了政府组织引导，卫生部门主管，相关部门配合，医疗机构服务，农民参与的管理运行机制;以家庭为单位自愿参与、以县为单位统筹，个人缴费、政府资助相结合的筹资机制;以财政代收、专帐专户管理、经办经构审核、封闭运行的基金管理机制;以大病统筹为主、分级就医管理，即时结报的医疗费用补偿机制;以行政监督、审计监督、民主监督、和技术监督相结合，公开、透明的监督机制;以规范医疗服务行为，控制医疗费用不合理增长的管理机制和定点医疗机构准入和退出机制。

　　四是新农合信息化建设成效显著。参合农民身份证和照片采集完成90%以上，实现了利用信息系统进行身份识别，刷第二代身份证和医疗卡识别患者身份;定点医疗机构网络达到全覆盖，县、乡、村三级医疗机构内部管理系统实现与新农合管理系统对接，适时上传患者就诊信息;参合农民在县内各级定点医疗机构就诊，转诊在省、州定点医疗机构就诊，持卡现场轻松获得补偿。目前，依托新农合信息化建设工作基础，并逐步扩展新农合信息管理系统的功能，扩大新农合专用网络覆盖范围，结合农村居民家庭健康档案等农村基本公共卫生服务均等化项目的实施，全县已建立起区域卫生信息化平台。

　　五是新农合制度得到普遍认可，农民参合积极性不断提高。全县新农合参合率从2023年73.73%提高到目前的98.69%，实现了从试点到全面覆盖的根本转变。

　　六是新农合筹资标准不断提高，农民医疗保障能力不断增强。新农合人均筹资标准从2023年的45元提高到目前的人均340元，提高了7.5倍。

　　七是农民得到实惠，受益面广，受益程度高。新农合制度在我县启动实施，从2023年到2023年9月，已累计补偿参合农民5.4亿元，目前，政策范围内报销率达到76.9%。统筹基金最高支付限额达到10万元;纳入重大疾病保障的病种为22种;门诊慢性病补偿34种;单病种付费病种达到八十种，有效缓解了群众“看病贵、看病难 ”、“因病致贫、因病返贫”等问题。

　　八是卫生事业得到促进和发展。全县卫生事业在实施新农合制度后，各级各类定点医疗机构内部管理进一步加强，社会效益与经济效益大幅提高，医疗机构的基础服务设施、设备投入逐步增加，服务水平和服务能力得到显著提升。

**新农合工作情况汇报**

　　一、 工作开展基本情况

　　(一) 新农合筹资情况。

　　1.参合情况。2023年全县参合人数142757人，实际参合率99.87%，比上一年度年度增加4329人，参合率提高3.03个百分点，其中，民政、计生、残联三个部门共支助参合4991人;各乡镇人民政府兜底资助贫困人口参合2164人，贫困人口参合参合率达100%。

　　2.参合资金筹集情况。2023年筹资总额81371490元，其中，农民个人筹集16528080元，民政、计生、残联三个部门共支助参合资金598920元;各乡镇人民政府兜底资助贫困人口参合资金259680元，贫困人口参合参合率达100%。

　　(二)四重医疗保障落实情况。

　　1.第一重：新农合基本补偿。截止5月底，全县新农合补偿13.81万人次，发生医疗总费用4249.53万元，新农合基本医疗补偿支出2781.14万元。其中：门诊补偿12.85万人次，补偿资金334.09万元;住院补偿9652人次，补偿资金2420.03万元，住院实际补偿比66.82%，超过省州要求的65%的补偿水平。

　　2.第二重：大病保险报销。2023年大病保险个人筹资标准按筹资总额的6%提取，人均34.2元，全县共计488.12万元，上半年上划州级统筹账户240.87万元。截止5月底，全县新农合大病保险共为488人补偿，大病保险补偿资金120.07万元，资金使用率24.60%，新农合实际补偿比例在大病保险补偿后实际补偿比提高了10.54个百分点，达75.35%。

　　3.第三重：民政计生医疗救助“一站式”补偿。民政、计生医疗救助对象为11类精准扶贫医疗救助人员，补偿实行患者在医院住院连同第一重、第二重一起“一站式”结算，所救助的民政、计生资金由医院现场减免，新农合代付给医院。1-5月，全县11类精准扶贫医疗救助人员精准救助管理系统属性维护5908人，精准民政、精准计生救助补偿470人次，发生总费用223.19万元，其中保内费用213.43万元，民政、计生医疗救助共计补偿支出27.61万元。民政、计生医疗救助后，政策范围内实际补偿比达92%，超过省州规定的90%以上目标要求。

　　4.第四重：建档立卡贫困人口慢性病兜底救助。按照全州建档立卡贫困人口慢性病医疗救助方案规定，2023年去1月1日起，建档立卡贫困人口患24种重大疾病和29种慢性病就医的政策范围内医疗费用经新农合基本医疗保险、大病保险补偿和民政计生医疗救助后，剩余的个人自付合规医疗费用由慢性病救助基金予以全额兜底救助，使患者政策范围内费用报销比例达100%。1-5月份，全县建档立卡贫困人口慢性病备案登记患者195人，共兜底救助87人次，救助资金6.07万元，建档立卡贫困保内费用报销比例达100%。

　　(三)县级公立医院住院预付包干工作开展情况。

　　1.基本情况。我县于2023年7月出台由县人民政府出台《xx县县级医院住院总额预付制实施方案(试行)》，从2023年1月1日起执行。方案确定县人民医院2023年住院总额预付包干资金为1537万元，标准服务量8618人次，县民族中医院总额资金167.9 万元，标准服务量为1029人次。

　　2.资金拨付。根据方案规定，2023年已经按时拨付县医院4个季度预付包干资金和上半年质量考核结算资金共计1333万元、县民族中医院50万元。但由于县人民医院多种原因导致住院费用突破1537万元总额，经县人民医院请示，县长办公会议通过，追加拨付了预付资金400万元，总共已经拨付1733万元，超出预付总额1537万元的196万元。

　　2023年度预付资金按照省合医办文件规定，在方案未出台前暂时按照2023年度预付标准进行拨付，已经于今年4月份拨付县医院第一、二季度预付资金538万元和县民族中医院58万元。

　　3.监测数据变化。

　　由于医疗机构对“总额预付”的核心内容理解不透彻，缺乏自主控费的意识，各种不合理和违规行为明显上升和外力因素服务能力得到进一步提升、转诊转院制度的严格执行等原因影响，县人民医院的各项监测数据较上年度均大幅度变化，其中，住院人次增加1374人次，增长16.12%，超出总额预付方案核定服务量8618人次1278人次;住院总费用增加717.3万元，增长32.82%;系统补偿费用增加600万元，增长41.35%;住院次均费用增加368.8元，增长14.38%;自付费用自付费用高于全州县级医院平均值27.75%，增加 13.7元，增长1.62%;转诊人次县医院全年上转病人821人次，减少281人次，转诊率降低25.5% 。

　　二、存在问题

　　(一)各类资金未到位。

　　1.筹集参合资金未能及时到位。一是部分乡镇收缴的个人参合资金未能及时上划至县合医局收入专户。二是残联部门资助参合的残疾人2131人，参合资金255720元未落实。

　　2.县级参合配套资金未拨付。根据要求我县2023年参合人数为142725人，县级应配套资金161.89万元，县卫计局已将请示报县人民政府，目前未拨付。

　　3. 建档立卡贫困人口慢性病兜底救助，县级配套资金未到位。根据《xx州提高建档立卡农村贫困人口慢性病医疗救助保障水平实施方案》xx府办法〔2023〕78号文件要求，我县应配套资金133万元，但是因财政困难目前还暂时未拨付到账。

　　(二) “一站式”补偿工作未能全面推开。

　　1.部门协调配合有待加强。医疗健康精准扶贫“一站式”服务和慢性病兜底救助工作涉及卫计、民政、财政、扶贫、合医、医疗机构等多个单位和部门，目前协调配合还不够到位，对开展“一站式”及时结报工作存在“合医一家管，对接两头难”的现象。

　　2.“一站式”救助对象认定和维护工作量大。建档立卡精准人员身份属性维护、慢性病对象的认定和维护需要工作量大，涉及民政、扶贫、卫计、残联等部门，而且实行动态管理，工作量较大，精准扶贫救助人员的系统认定维护工作比较滞后， 出现“救助对象”多头跑的情况发生。

　　3.医疗救助部门要求的的申报材料不明确，缺乏规范性，合医局和医疗机构收缴整理材料困难。

　　(三)新农合系统个人数据急需进一步完善。由于各乡镇在采集参合人员信息时，未按照户籍信息采集，导致姓名、身份证、性别等数据不全或缺失等问题，鉴于2023年中财办对我省新农合基金审查时，身份证号码缺失或不为18位的均扣减相应的配套资金，我县新农合的基础数据急需完善。

　　(四)新农合工作运行的基本经费紧缺。一是新农合网络无专项经费，面临断网。我县新农合从2023年开始实行全省新农合网络平台管理，按照省卫计委的要求，我局与移动公司签订了移动网络租用合同，每年应向县移动公司支付网络租用和运行维护费共计5万元(含乡镇合医办)，该项资金年初已向县政府申请列入财政预算，但未被列入专项经费，目前网络费用已经欠费近6个月，如未及时续费，移动公司将停掉新农合网络平台的运行，全县新农合审核和补偿报销将无法开展。二是2023年我局只得到5万元的办公经费，目前只能满足单位最基本的运行，新农合的督查工作开展、新农合卡购置均无经费。

　　(五)乡镇合医办下划后，新农合工作严重下滑，基金监管存在安全隐患。

**新农合工作情况汇报**

　　按照省卫生厅统一部署和市卫生局有关文件要求，为落实新农合按病种付费工作，我院成立了按病种付费领导小组和专家质控组，制定了按病种付费管理办法，召开了专家质控组及有关科室负责人会议，认真学习《合肥市2023年城乡居民合作医疗市级定点医院按病种付费试点工作实施方案》，要求各科室按政策要求执行。

　　由于我院目前开展的单病种付费只有“乳腺癌”和“宫颈癌”这两种，病种数较少，即时结报的地区只有肥东、肥西、长丰三县，病人来源少，同时这两种病在其他市级医院也能收治，病源分散，所以到目前为止只收到一例疾病诊断及主要治疗方法符合按病种付费指征的宫颈癌病人。

　　此病人住院后，我院分管领导立即召集相关科室负责人会议，要求科室按临床路径进行操作，加强管理，控制费用，科室间要密切配合，保证病人合理治疗、合理用药。医保办密切关注病人情况，及时联系科室，协调事宜。此病人为肥东新农合参保人员，于2023年10月18日因“宫颈鳞癌Ib1期”入院，因入院时病人正处于经期，所以直到10月26日才做手术，行全麻下行广泛性全子宫+双侧附件切除术+盆腔淋巴结清扫，术后有中度贫血，在我院共住院25天，总费用17089.95元，超定额5089.95元，病人实际补偿了10253.97元，其中农合单病种补偿7200元，医院承担了3053.97元，病人自付6836元。于11月12日办理了出院手续。

　　从按病种付费目前的运行情况来看，由于此病例是我院首次按病种付费，相关科室执行卫生部指导的宫颈癌临床路径也处在摸索之中，操作上经验不足，又因为病人住院时正处在月经期，拉长了住院时间。经过此例病例，我们将认真分析，进行医嘱、病历、费用清单讨论，制定详细的费用指标，争取在以后的按病种付费操作中更加规范、更加合理。

本文档由范文网【dddot.com】收集整理，更多优质范文文档请移步dddot.com站内查找