# 2024年新农合工作开展情况汇报

来源：网友投稿 作者：九曲桥畔 更新时间：2024-07-18

*好好工作是基础，做好自己的本职工作是本份，只是如何让别人知道自己有好好做却也是需要长期学习和积累的。写一份工作汇报是一个很好的途径。今天为大家精心准备了2024年新农合工作开展情况汇报，希望对大家有所帮助!2024年新农合工作开展情况汇报1...*

好好工作是基础，做好自己的本职工作是本份，只是如何让别人知道自己有好好做却也是需要长期学习和积累的。写一份工作汇报是一个很好的途径。今天为大家精心准备了2024年新农合工作开展情况汇报，希望对大家有所帮助![\_TAG\_h2]2024年新农合工作开展情况汇报1

　　一、 工作开展基本情况

　　(一) 新农合筹资情况。

　　1.参合情况。2024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。2024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。2024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，2024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2024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2024年1月1日起执行。方案确定县人民医院2024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，2024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。

　　2024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2024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2024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〔2024〕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2024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2024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2024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。

**2024年新农合工作开展情况汇报2**

　　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20\_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，2024年人均筹资水为45元， 2024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2024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。20\_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2024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20\_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20\_年到20\_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。

**2024年新农合工作开展情况汇报3**

　　在区合管办、医院领导的指导和支持下，新型农村合作医疗办公室在加强学习的同时，立足本职，紧紧围绕转变工作作风，提高工作效率，本着“服务群众，方便群众”的原则，积极服务群众，热心为群众报好门诊和住院费用，降低群众就医压力，全年工作圆满完成。现将20\_年1—11月新农合运行具体情况汇报如下：

　　一、新农合参合情况

　　20\_年，我镇辖区总人数13358人，城镇居民总人数368人，农村总人数12990人，新农合参合人口总数达11663人，参合率89.78% 。

　　二、新农合基金使用情况

　　截止20\_年11月20日，我院共为参合农民报销医疗总费用1415783元，其中住院补偿836人次、补偿金额1055234元、人均补偿1262元，包括本院住院补偿664人次、补偿金额337957元、人均补偿509元和区外住院补偿172人次、补偿金额717277元、人均补偿4170元;门诊补偿18812人次、补偿金额360549元、人均补偿19元，包括本院门诊补偿6907人次、补偿金额202378元、人均补偿29元和村级门诊补偿11905人次、补偿金额157571元、人均补偿13元。

　　三、主要工作成效

　　1、严格控制了次均住院费用，提高了农民受益度，实际补偿达58%;

　　2、完成了医院管理系统(his)与新农合平台的对接;

　　3、村级医疗机构基础设施建设及医疗服务行为进一步规范。

　　4、严格遵守新农合管理制度，按时完成了报账工作。

　　四、主要工作措施和监管

　　(一)住院补偿

　　1、为防冒名顶替现象的发生，我院住院的病人在入院后由诊治大夫、护理人员和合作医疗人员一起核实患者身份并签字， 48小时内将患者信息录入信息系统，各种项目录入 、出院结算及时准确，不得使用目录外药物，合理用药，患者出院带药急性疾病不得超过3天用量、慢性病或者特殊情况不得超过15天的用量。

　　2、对区外住院报销病人需提供住院病历复印件、发票、费用清单、出院证明、合作医疗本、身份证、户口本、银行账号到我院报销，我院报销人员做好调查笔录，随机入户调查，符合报销标准予以报销，补偿金下来后及时打入患者账户，病历和其他相关材料一经补偿不得外借、复印，及时存档，妥善保管，。

　　(二)门诊补偿

　　1、为了管理门诊报销费用的金额，我院专门制定了门诊补偿记录卡，每户一卡，由村医或者卫生院经办人员对首次就诊者登记发放，每次就诊必带并记录，确保基金安全。

　　2、为了保证门诊补偿的真实性，以防假处方等套取合作医疗基金现象的发生，我院在原有的基础上做了进一步的完善，报销病人必须在补偿签字单上签字并盖章，留电话号码，由相关人员进行电话调查核实，我院领导和相关工作人员对村卫生室定期进行督导检查。

　　3、卫生室每月15号将补偿登记表、补偿签字表、复式处方、发票拿卫生院进行审核，并由相关人员和院领导签字，卫生院于每月20号将所有报销材料整理报区合管办审核。

　　4、卫生院能够及时准确的将补偿信息录入管理系统，做到录入一个，补偿一个，没有电脑的村卫生室能够及时将相关材料报卫生院，由我们及时准确录入系统。

　　(三) 在卫生院和村卫生室都设立新农合公示栏，将参合农民住院和门诊医疗费用的补偿情况，包括患者的基本情况、诊治时间、住院时间、总费用、可补助费用和实际补偿金额，以及新农合有关政策、监督举报电话、群众意见与反馈等内容进行严格公示，接受人民群众监督。

　　五、存在问题

　　(一)服务行为尚需规范，存在着不合理用药，开目录外药物、大额处方，中西药处方不分开书写，平均费用较高等问题;

　　(二)村卫生室设施配备不齐全，新农合标识设置不完善，新农合资料档案保存不规范。

　　(三)新型农村合作医疗涉及面广，人数众多，门诊报销工作量大，乡村两级的监管仍需完善。

　　五、整改措施

　　1、进一步加大监管力度，防止新农合基金流失。我院将采取定期与不定期的方式深入卫生室或入户进行调查，及时发现问题并有针对性的采取相应措施。

　　2、创新措施，进一步便民利民。门诊统筹工作开展以后，各类表册登记，农合系统核销等手续繁琐，极不利于群众报账，为此，一卡通的使用会极大方便百姓报销新农合费用。

　　3、加强对医疗服务行为的监管，防止为增加收入而增加用药品种、增加检查项目、延长病人住院时间、开大额处方等做法。

　　4、完善公示制度，做到公开透明，再接再厉，全力做好新农合筹资工作。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找