# 2024年美术老师教学工作总结(5篇)

来源：网络 作者：紫竹清香 更新时间：2024-10-07

*总结是在一段时间内对学习和工作生活等表现加以总结和概括的一种书面材料，它可以促使我们思考，我想我们需要写一份总结了吧。写总结的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？下面是我给大家整理的总结范文，欢迎大家阅读分享借鉴，希望对大家能够有所帮...*

总结是在一段时间内对学习和工作生活等表现加以总结和概括的一种书面材料，它可以促使我们思考，我想我们需要写一份总结了吧。写总结的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？下面是我给大家整理的总结范文，欢迎大家阅读分享借鉴，希望对大家能够有所帮助。

**美术老师教学工作总结篇1**

一年以来，在领导的悉心关怀下，在同事们的帮助下，通过自身的努力，各方面都取得了一定的进步，较好地完成了自己的本职工作。现将思想、工作情况作简要总结。

一、不断加强学习，素质进一步提高。

具备良好的政治和业务素质是做好本职工作的前提和必要条件。一年来，始终把学习放在重要位置，努力在提高自身综合素质上下功夫。一是重点学习了邓小平理论、“三个代表”重要思想和十六大报告、十六届三中、四中全会决定等篇章。二是学习了医疗保险相关的政策、法规等;三是参加了档案及财务举办的培训班。四是尽可能地向周围理论水平高、业务能力强的同志学习，努力丰富自己、充实自己、提高自己。同时积极参加单位组织的各种政治学习活动，提高了理论水平和思想政治素质。

二、积极开展工作，力求更好的完成自己的本职工作。

(一)档案管理工作

为进一步做好本单位的档案工作，本人参加了市档案局举办的培训班，认真学习了档案管理业务知识，及时立卷、归档xx年档案。同时，根据号文件精神，花了一个多月时间，整理了自xx年以来的业务档案，一共收集、整理、装订业务档案卷。

(二)办公室工作

从事办公室工作，本人深深懂得“办公室工作无小事”的道理。无论是待人接物、办文办会，都要考虑周全、注意形象，只有这样，才能更好地“服务领导、服务企业、服务群众”，树立办公室“高效办事、认真干事、干净做事”的良好形象。

(三)人事劳资工作

完成了本单位职工工资正常晋升及标准调整工作，准确无误填写个人调标晋档审批表，上报各种工资、干部年报，及时维护人事工资管理信息系统，切实保障了本单位职工的利益。

三、存在问题

(一)在工作中积极性差，常常是被动的做事情，安排一件做一件，工作不够主动。

(二)在工作中，自我要求不够严格。在思想中存在着只求过得去、不求高质量的满足意识;有时自由散漫;有时对有难度的工作，有畏难情绪，拖着不办，不按时完成任务。

在今后的工作中，还需要进一步的努力，不断提高自己的综合素质，克服畏难心理，更加出色的完成好各项工作任务。思想素质上还需要不断的提高，克服懒惰情绪，进一步加强自己的政治理论修养，争取早日加入光荣的党组织。

**美术老师教学工作总结篇2**

我镇按照县政府的布署，认真总结去年工作的经验，采取了有力措施，狠抓城镇居民医疗保险工作的落实。在县下达我镇目标任务基数偏大，我镇实际应参加人数偏少的情况下，我们积极发动城镇居民、学生参保，努力完成了参保任务。现将我镇今年的城镇居民基本医疗保险工作总结如下：

一、我镇城镇居民医疗保险工作完成情况

截至20xx年12月31日，我镇城镇居民基本医疗保险参保人数为639人，超目标任务数110人，完成了县政府下达我镇全年任务的120%。

二、我镇在工作落实中采取的措施

为了确保完成县下达我镇的参保任务，我们采取了多种有力措施，推进城镇居民医疗保险工作。

（一）加强组织领导。镇政府成立了以镇长刘福兴为组长，副镇长刘剑副组长，劳动保障、教育、财政、公安、民政、卫生、残联等相关部门主要领导为成员的城镇居民基本医疗保险工作领导小组，下设办公室负责领导全镇城镇居民医疗保险的扩面工作。

（二）组织协调到位。城镇居民医疗保险工作涉及面广，靠一个部门很难推动，我镇在县保险局的业务指导下，在公安派出所、社区居委会的大力协助下，加大沟通力度，进一步简化中小学校在校学生居民医保参保缴费流程，就社区居民缴费问题，采取由经办人员直接收费，即使解帐，从而提高了居民参保的效率。每半个月定时召开协调会，与民政、残联、卫生、工会等部门紧密联系，共同做好低保、重残等人群的参保缴费。

（三）层层下达分解任务，并与绩效挂勾。我们将任务落实到政府干部、社区，签订目标责任书，严格考核，逗硬奖惩。

三、城镇居民医疗保险工作中存在的问题和建议

（一）城镇居民医疗保险工作虽然是政府为了解决城镇居民医疗保障的惠民工程，但还有很大部分居民没有理解或了解这一惠民政策，这主要是宣传工作还做得不够，在20xx年度建议县政府多利用电视、报纸、电台进行宣传，让城镇居民医疗保险政策家喻户晓。

（二）县下达我镇的目标任务基数过大，建议20xx年县政府下达参保任务时考虑住我镇辖区又不在我区参保人数和户口在我辖区又不在参保范围的退休人员等因素，核减我镇的目标任务数，尽量做到实事求是地下达任务指标。

（三）城镇居民医疗保险工作量大、面广，造成各镇办劳动保障事务所工作量增大，人手缺乏。建议县政府适当增加基层工作平台人员编制和工作经费，以确保城镇居民医疗保险工作不受以上因素影响。

四、20xx年的工作规划

20xx年，我镇将从以下几方面认真抓好城镇居民医疗保险工作：

（一）加大宣传力度，深入宣传城镇居民医疗保险的新政策，增加城镇居民对这项惠民工程的知晓率。我镇将通过印发宣传资料，开展宣传日等多种形式进行深入宣传，努力增加我镇城镇居民对城镇居民医疗保险政策的知晓率。尽量让居民了解城镇居民基本医疗保险的好处，使全镇居民参保意识逐步提高，由不自觉参保转变为自觉参保。

（二）落实城镇居民医疗保险工作责任制。我镇将结合县下达的目标任务，把任务层层分解到各直接责任人，强化城镇居民医疗保险工作与绩效挂钩，年底没有完成任务的单位和责任人一律不能评先评优，对完成任务差的单位和主要负责人实行通报批评。

（三）加强组织领导，充分发挥联席会议协调作用，各部门协调推进，做好城镇居民医疗保险这项惠民工作。

**美术老师教学工作总结篇3**

一、基本情况

十字路乡位于xx县东北部，与上蔡、项城两县市接壤，距县城28公里，全乡耕地面积46134亩，辖8个行政村。

20xx年8个村委会：十字路村、石磙庙村、前盛村、曹庄村、王关庙村、中马村、秦胜村、三麻村。

乡域总人口39812人，是典型的农业乡。截止xx年年12月31日，筹集资金35万多元。

20xx年参合农民门诊看病11400人次，补偿家庭帐户金额323013.9元，每次人均补助28.34元。

20xx年参合农民在十字路医院住院出院1580人次，住院总费用932644.02元；合理费用912822.58元；共补偿585696.51元；人均费用590.28元，人均补偿费用370.69元，补偿率62.8%；自费费用9821.44，自费率2.13%；药品总费用211184.20元，药品自费费用752.66元，药品自费率0.00%；诊疗费用xx7076.08元，诊疗自费费用2711.68元，诊疗自费率3.00%。

二、开展新型农村合作医疗的具体做法

稳妥启动，科学测算，积极推进。xx年十月，新型农村合作医疗工作在我乡开始筹备，乡政府抽调专人对我乡8个村的农民近3年来就医情况进行了调查摸底。通过对其他县区新型农村合作医疗经验的学习和借鉴，结合本乡实际情况，乡党委、政府进行了充分的讨论和研究制定了适合本乡的新型农村合作医疗制度。召开了由各村三大头、医疗单位、乡直各单位负责人等参加的动员会。会上，着重强调了新型农村合作医疗工作的重要性。会后全乡8个村积极行动，按照乡政府的部署，分阶段进行了宣传发动、登记造册、资金收缴、填写证书等工作，保证了新型农村合作医疗制度从xx年年1月1日正式启动。

健全组织机构，加强领导，明确责任。乡政府成立了新型农村合作医疗管理委员会、监督委员会、协调指导小组。由党委副书记任主任，党委委员、纪检委员任副主任，成员由乡政府办、财政所、民政所、卫生院等负责人组成。拟定、修改和完善农医所各项制度；负责参与各村的组织、宣传和动员工作，以提高参保率；财政部门负责新型农村合作医疗资金监督管理。

广宣传，深动员，提高农民认知度

1、充分发挥电视媒体覆盖面广的优势，利用两个月的时间，每周播报合作医疗政策、进度、农民认知情况等新闻，并用字幕打出新型农村合作医疗宣传标语；在报销现场解答农民疑点，起到了很好的宣传发动效果。

2、各村利用广播、标语、自制宣传单等形式在各村进行宣传动员。各村召开支部会、党员会、村民代表大会进行宣传发动。在宣传动员期间，农医所及时向管理委员会汇报新型农村合作医疗工作进度，反映新型农村合作医疗动态。乡政府多次召开各村主任汇报会，了解各村参保情况。对存在的问题及时给予解决、答复和协调，提高了我乡的整体参保率。使新型农村合作医疗工作在全乡迅速展开。

启动资金落实到位

1、县乡两级合管工作人员热情，周到解答农民提问，认真，负责给参合农民报销，确保资金运转的安全，真正做到蕙民，利民，解决农民的实际问题。

2、合作医疗管理办公室由财政协助建立专用账户，保证做到专款专用。

定期业务培训，确保报销畅通。xx年年至20xx年，我乡合管办对8个村定点诊所负责人进行了多次业务培训和现场指点。完善各项政策，促进工作开展。

控制医疗费用，规范服务行为。为更好的配合新型农村合作医疗工作的顺利实施，乡合管办制订了本乡定点医疗机构管理要求。与医生进行业务交流，指点到位，把报销药物目录及诊疗目录给医生发放下去，带领医务工作者学习新农合文件，按国家政策办事，让参合农民得到应得的补偿。

三、在具体实施过程中，还存在以下问题

参保农民期望值较高

1、本乡新型农村合作医疗报销范围采用的是基本医疗保险有关规定，农民对不予报销部分思想准备不足，造成部分人员不理解。

2、为保证新型农村合作医疗资金合理有效使用，本乡患者住院实行定点医疗机构逐级转诊制，农民认为限制了自由选择医院的权利。

3、新型农村合作医疗原则是解决“因病致贫、因病返贫”问题，保“大病”的同时，兼顾“小病”。部分农民抱怨门诊看病不予报销而体会不到报销的优越性。对20xx年50元起伏线的定价感到不满。

基层医疗卫生资源有待进一步激活

1、由于乡卫生院医疗环境相对较差，技术水平受到一定制约，而农民的生活水平不断提高，不能满足患者的就医需求。

2、医院的网络有时一天都上不上，乡医院合管工作人员太少，开会，报表时不在医院，整理材料，录入信息时人手不够，电脑不够，不能给出院患者及时补偿，造成部分患者不理解，产生不满情绪。

四、今后的具体措施和工作安排

1、通过报销实例，继续加大新型农村合作医疗宣传力度和深度。让农民清楚新型农村合作医疗制度是针对大病而设，根本原则就是防止农民“因病致贫、因病返贫”。

2、完善。加强医疗机构管理，改善乡级医疗机构的就医环境，及时有效的处理当地农民的常见病和多发病，用优质低廉的医疗服务使农民受益，不断提高农民的满意度。

3、总结经验，分析数据，为明年工作的进一步完善打下基础。新型农村合作医疗制度是政府“利为民所谋”的责任，党和政府从来不曾放弃对农民健康的关注。我们将不断完善新型农村合作医疗制度，使其真正成为党和政府与农民的贴心工程。

**美术老师教学工作总结篇4**

市卫生局按照上级的要求，积极开展深化医药卫生体制改革工作，严格按照基层医疗卫生机构综合改革工作路线图和上级的指示精神，围绕近期重点工作，用倒逼机制加大工作力度，全力以赴加快推进基层医疗卫生综合改革，现将基层医疗卫生综合改革工作进展情况汇报如下：

年7月10日前，已按标准完成基层医疗卫生机构编制核定、上报和下达工作。

年7月25日前，已对改革进展情况进行专题督导，各项工作进展顺利。

年8月26日前，已完成竞聘上岗和人员聘用工作和完成基本药物招标采购工作。

年8月28日前，安置未聘人员已制定方案，报市政府审批后实施。已制定医改套改工资和机构绩效考核实施办法和激励分配方案，待报市政府审批后实施。

年9月18日前，对未满编机构公开招聘人员，基本实行“收支两条线”管理，实现基本药物制度全覆盖。9月20日前，全市基本完成各项基层综合改革任务。

全市基本完成各项基层综合改革任务主要抓好下面几项工作：

一、加强领导，形成合力。

去年7月，我市成立了医改领导小组，由常务副市长任组长，分管副市长任副组长。今年，为进一步加强领导，市建立了市领导挂钩联系镇（街道办）医改工作制度，由联系各镇（街道办）的市领导同时指导开展各基层卫生机构的医改工作。市医改领导小组各成员单位明确分工1名领导负责医改工作，加强沟通，密切配合，共同推进改革落实。针对医改工作的长期性、复杂性、艰巨性，我市在市发改局成立医改办公室。为进一步加强医改办职能建设和机构建设，加强医改办的工作力量，市发改局、卫生局抽调4名专职人员在医改办上班，负责日常工作，市财政局、人社局、编委办、食药局确定1名联系人，协助做好医改办工作。

二、完善机制，保证投入。

结合我市的实际和发展现状，在对涉及医改的一些重大问题进行广泛深入的调查研究的基础上，我市先后出台和制订了《市乡镇卫生院管理体制改革实施方案》、《市执行国家基本药物制度实施细则（暂行）》、《市公共卫生与基层医疗卫生事业单位绩效工资实施办法》、《市乡镇卫生院和社区卫生服务中心人员编制方案》、《市卫生系统事业单位岗位设置方案》、《市公共卫生与基层医疗卫生事业单位实行收支两条线管理方案》等文件，较好地指导了我市医改各项改革的深入开展。为确保医改各项工作顺利推进，市卫生局成立卫生财务结算中心，负责卫生局下属事业单位的资金管理和会计业务的集中结算、核算，监督各单位的财务预算执行情况和收支情况。同时，市财政部门认真落实医改各项投入政策，调整支出结构，将年医改任务所需资金纳入财政预算，落实基层医疗卫生机构补偿政策，确保基本药物制度和基层综合改革顺利推进，按确定的任务和进度将基本和重大公共服务经费拨付到基层医疗卫生机构。

三、基层医疗卫生机构综合改革进展情况。

（一）落实分配制度改革工作。7月26日，由市审计局、财政局、卫生局、人社局等部门组成工作组，分两个小组开始对基层医疗卫生单位进行审计、清理检查津补贴、审查核对年的财务收支结余情况。目前，已完成了绩效工资总量和水平。

（二）制定基层机构绩效考核实施办法。我市卫生局已制定了对基层机构绩效考核实施办法，奖励性绩效工资实施办法。各基层卫生机构都制订办法，并由各单位职代会讨论通过后上报卫生局审核，同时报人社、财政等部门备案后实施。公共卫生与基层医疗卫生事业单位绩效工资实施办法、乡镇卫生院和社区卫生服务中心人员编制方案、卫生系统事业单位岗位设置方案三大方案已出台，人员编制方案经江门市批复并重新下达编制，重新下达11个乡镇卫生院人员670人，社区卫生服务中心189人，并列为公益一类事业单位，人员经费由市财政按财政补助一类核拨。绩效工资方案也制定，确定基层医疗卫生事业单位与义务教育学校工作人员绩效工资年人均水平相当。卫生事业单位岗位设置方案已报批。8月12日由江门市政府副秘书长梁启华带队的江门市医改督导组到我市调研督导，对我市基层医疗卫生机构综合改革进展情况作了充分的肯定。

（三）健全药品采购配送制度改革。由于制定采购方案、编制采购计划、招标采购等工作均由省采购中心牵头，配送商由地级市定，基层医疗机构只提出采购需求。目前，此项工作我市在实施基本药物制度时，已开展了药品库存清理工作。

（四）健全补偿机制改革。7月1日由市发改局、物价局、卫生局、社保局等部门召开相关会议，讨论调整收费项目、收费标准，将门诊挂号等10多项归并为一般诊疗费，初定收费标准10元，并按上级的文件贯彻。

（五）落实人员编制，推行竞聘上岗。我市卫生系统现有在职在编的干部职工1327人，在职未入编制的专业技术人员495人，其他109人。基层医疗卫生机构在职在编干部职工中：具有高级职称的5人；具有中级职称的22人；初级以下及无职称人员623人。本科学历的19人；大专学历的115人；中专及以下学历的516人。

我市于今年7月份重新下达基层医疗卫生机构人员编制859名（其中卫生院670名，社区卫生服务中心189名），现有在职在编人员646人，仍空编213名。故此，为确保社会稳定，我市基层医疗卫生机构所有的在职在编人员实行全员聘用过渡，不存在未聘人员（在编人员）安置的问题。

市医改办、人社局、卫生局主要领导多次碰头和带领相关工作人员集中研究人事制度改革工作，制定岗位设置方案，明确工作任务和要求，完成岗位设置说明书。成立人员聘用工作领导小组，制订人员聘用、竞岗方案。8月19日在市医改办的牵头协调下，在东成卫生院举行市卫生系统基层医院岗位竞聘试点。8月22日在君堂卫生院举行市卫生系统基层医院岗位竞聘观摩会。会议和考场由市医改办、市卫生局、人社局等部门协办和指导，各医疗卫生单位正、副职领导到场观摩，让各单位了解和学习竞聘程序和要求，推动全面开展贯彻落实竞岗聘用制度。至8月26日止，我市基层医疗卫生机构已全部完成人员竞聘上岗工作。

（六）收支两条线管理工作正常运转。为确保医改各项工作顺利推进，市卫生局成立了卫生财务结算中心，负责卫生局下属事业单位和资金管理和会计业务的集中结算、核算，监督各单位的财务预算执行情况和收支情况。市财政局、卫生局组织基层医疗机构会计进行培训，学习新的会计制度，并开展新会计制度整理账目和过账的准备工作。卫生财务结算中心抽调相关工作人员，全力以赴开展工作，请有资质的公司进行财务软件安装和新会计制度过账，至9月20日止卫生财务结算中心已开始正常运作，收支两条线管理工作正常有序地进行。同时，市财政部门认真落实医改各项投入政策，调整支出结构，将年医改任务所需资金纳入财政预算。

四、当前主要困难和存在问题

我市基层医疗卫生综合改革工作虽然取得了重大成效，但还存在着一些差距。

一是上级缺乏改革的配套政策，遇到难题指导性少，压力大。特别是有部分基层医疗卫生单位的退休人员由于历史遗留问题，身份未能确认，难以办理退休工资；

二是临时聘用人员安置难。由于相当部分人员低学历、低职称，若分流重新再就业将会有难度，给社会造成不稳定因素。

三是财政配套资金压力大，实行基层医疗卫生机构改革后，市财政预算支出每年多2千万元，对我市捉襟见肘的财政来说压力非常大，希望上级部门给予支持。

**美术老师教学工作总结篇5**

20xx年上半年，在县人力社保局的领导下，我中心紧紧围绕20xx年中央、市、县医疗保险工作重点，贯彻落实医疗保险市级统筹工作任务，不断完善医疗保险政策，进一步提高医疗保险待遇水平，加强基金监管，提高医疗保险管理服务水平，促进医疗保险健康持续发展。现将我县20xx年上半年医疗保险工作总结如下。

一、基本运行情况

（一）参保扩面情况

截至6月底，全县参加城乡居民医保人数461843人（农村414648人、城镇47195人），参保率为95.18%。其中参保人员中，普通居民424886人，城乡低保对象21494人，残疾人7608人（含农村1-4级残疾人7263人、城镇1-2级重度残疾人345人），农村五保对象1231人，在乡重点优抚对象1990人，农村计划生育扶助对象4634人；职工医保参保人数27586人，完成市下达扩面任务26994人的102.19%；生育保险参保人数5432人，完成市下达扩面任务5900人的92.07%。

（二）基金筹集情况

截至6月底，城乡居民医保已筹基金10121.21万元，占当年应筹基金13419.16万元的75.42%;职工医保已筹基金2815.79万元，完成征收计划5000万元的56.32%；生育保险已筹基金37.93万元，完成征收计划60万元的63.22%。

（三）基金支出情况

今年1-6月，城乡居民医保基金支出6251.81万元，占当年应筹基金总额13419.16万元的46.59%。其中，住院补偿支出5002.68万元，占基金支出的80.02%；门诊补偿支出1204.04万元，占基金支出的19.26%；儿童大病补偿支出45.08万元，占基金支出的0.72%。职工医疗保险县内基金支出1425.54万元，占当年已筹基金2815.79万元的50.63% 。生育保险基金支出8.89万元，占当年已筹基金37.93万元的23.44%。

四、参保患者受益情况

今年1-6月，城乡居民医保共有23.45万人、64.68万人次就医补偿，补偿人数、人次分别占参保人数的50.78%、140.06%；人均住院补偿1402元，比去年同期1144元增加258元，增长22.55%；住院实际补偿比例为49.60％，比去年同期46.78%提高了2.82个百分点；在二级及以下医疗机构政策范围内的住院费用报销比例为66.45%。职工医保共有1785人次住院，人均住院补偿7986元，县内住院实际补偿比例为68%，在二级及以下医疗机构政策范围内的住院报销比例为72%。

二、主要工作

（一）积极准备，加快市级统筹推进步伐

1、开展考察调研。了解开展城乡居民医保市级统筹的政策衔接、网络建设、参保管理、两定机构管理、基金管理以及具体工作步骤、措施等。

2、做好统一规划。制定我县城乡居民医保纳入市级统筹的实施方案和

工作计划

，主动与市级有关部门沟通，了解市级统筹的具体要求，反映我县的实际情况。

3、开展了城乡居民社会保障卡信息数据的采集、上报、比对工作，召开了社会保障卡信息修改培训会，目前各乡镇正在进行数据修正和补采照片工作。

4、及时处理职工医保市级统筹遗留问题。按照职工医保市级统筹的有关要求，对我县存在的问题进行了认真梳理，积极与市局相关处室多次衔接，部分遗留问题得到了解决。办理破产、关闭企业退休人员和个人身份参保348人，换发信息错误等社会保障卡624张。

（二）完善协议，加强两定机构管理

1、经多次讨论、认真分析、征求意见，修订完善了定点医疗服务协议条款。

2、对定点医疗机构的服务行为、服务质量作了严格的要求，重点加强了住院病人的管理，制定了公开、透明的考核指标，切实加强住院费用的`控制。

3、对20xx年的服务协议内容进行了培训，对两定机构的服务协议实行集中、统一签定，与228个定点医疗机构和39个定点零售药店签订了《服务协议》，明确了双方的权力、义务和违约责任。

4、定期对《服务协议》执行情况进行督促检查。今年1-6月，下路镇中心卫生院、万朝镇卫生院等6个定点医疗机构未严格执行《服务协议》相关内容，存在未给患者提供日清单、在院率差、挂床住院等问题，按《服务协议》规定，共扣取违约金27800元。

（三）指标考核，控制费用不合理增长

对住院费用符合补偿比例、实际补偿比例、次均住院费用、平均床日费用和门诊一般诊疗费用等重点指标进行定期考核，政策指标由中心直接确定，控制性指标依据前三年数据，与定点医疗机构协商一致确定，以共同规范医疗服务行为，控制医药费用的不合理增长。

据统计，今年1-6月，城乡居民医保县内定点医疗机构住院费用符合补偿比例为92.27%，比去年同期的89.87%提高2.4个百分点;县内住院实际补偿比例为54.48%，比去年同期的52.29%提高了2.19个百分点；县内次均住院费用为2163元，比去年同期的2254元降低91元；县内平均床日费用为264元，比去年同期的285元降低了21元。但还有马武镇中心卫生院、中益乡卫生院等21个定点医疗机构未达到规定考核指标，共扣减定点医疗机构补偿资金65913元。

（四）强化监管，严肃查处违规行为

1、定期开展住院病历评定。城乡居民医保医疗服务行为评定专家组，每季度对审核人员抽取的有争议的住院病历进行评定，主要查病历资料是否齐全，内容是否完整，辅助检查、临床用药、治疗和收费是否合理。今年一季度评定住院病历250份，其中有138份病历存在滥用辅助检查、不合理用药和不合理收费现象，占病历的55.2%。有28个定点医疗机构均存在不同程度的违规行为，共扣减违规费用27388元，同时按《协议》规定承担1倍的违约金27388元。

2、加强病人回访。采取日常和定期回访相结合的方式，日常回访是审核人员根据每月的报账资料通过电话随机抽查回访；定期回访是由乡镇合管办和村组干部定期负责对每季度就诊的住院病人进回访，同时医保中心根据回访情况进行抽查。今年1-6月，共回访住院病人、发生费用较大的慢性病病人1239人次，回访过程中查获大歇镇卫生院协助2名患者冒名顶替，发现1名患者冒用同姓名骗取补偿，共追回补偿金20790.60元，同时扣大歇镇卫生院10倍违约金24532元。

3、注重日常审核。定点医疗机构在每月提供报账材料时，还必须提供住院病历资料，审核人员通过查看报账资料和核对网上信息相结合的审核方式，对报账资料的真实性、准确性和完整性等进行审核。今年1-6月，抽查县内报账资料8443份，抽查住院病历5762份，审核县外住院报账资料2886份。在日常审核中，共查处过度使用辅助检查、滥用中医服务项目、乱收费等问题，共追回违规补偿资金25432.77元。

（五）积极探索，开展城乡居民医保支付方式改革

1、开展了城乡居民医保住院按床日付费试点。根据不同类别疾病在治疗过程中的病情进展规律，对医药费用进行分段并包干各段床日费用给医疗机构，病人与定点医疗机构按实际发生费用结算补偿，而定点医疗机构与经办机构则按实际住院天数和包干费用来结算补偿的一种付费机制。按床日付费后，试点医疗机构的业务总收入虽略有下降，但纯收入却有所增加，参保患者的住院医药费用明显下降，实现了医疗机构支持、老百姓认可的“双赢”效果。试点医疗机构的次均住院费用453元，较同类非试点医疗机构的797元减少344元，降低了43.16%；试点医疗机构的平均床日费用为74元，较同类非试点医疗机构的115元减少41元，降低了36.65%；试点医疗机构的住院实际补偿率为74.4%,较同类非试点医疗机构的71.08%提高了3.32个百分点。

2、开展了门诊一般诊疗费用实行总额支付。根据各乡镇当年的参保人数、门诊发病率和各乡镇辖区内所有基层定点医疗机构上年度的门诊就诊人数及人次等情况进行综合分析后，核定各乡镇辖区内所有基层定点医疗机构的一般诊疗费的补助限额。补助原则：总额预算、限额使用、据实支付、超支不补。

三、存在的主要问题

（一）工作量大，现有工作人员严重不足

医保中心现有在编在岗人员13名，管理各类参保人员51万人，管xx县内定点医疗机构、定点零售药店351个，人均管理参保人员3.92万人，人均管理“两定”机构27个。由于服务监管对象多，工作面宽量大，现有人员工作任务繁重，单位参公后医疗相关专业人员招不进来，影响了工作有效开展。

（二）无办公用房，群众办事极不方便

医保中心由于没有办公用房，现分别在县卫生局xx县工商银行两处租用房屋办公，并且在县卫生局租用的办公用房属d级危房。由于一个单位分两个场地办公，而且场地狭窄、办公设施落后，这不仅给单位工作和管理带来不便，也给老百姓办事带来很大不便。

（三）医疗服务行为有待进一步规范

目前，实行国家基本药物零差率销售后，定点医疗机构获取更大的利润，出现了一些不良医疗服务行为，如过渡使用辅助检查、滥用中医服务项目等违规行为，医保中心虽然出台了相应的管理措施，但对医务人员服务行为的监管依然困难。

（四）住院医药费用的增长较快

由于我县未开展门诊统筹，导致门诊病人住院化现象突出，加重了住院医药费用的增长。今年年1-6月，全县城乡居民保险共发生住院医药费用总额为10509.90万元，比去年同期的6848.20万元增加3661.70万元，增长了53.47%，远超过我县农民人均纯收入的增长幅度。

四、下半年工作重点

（一） 按照城乡居民医保市级统筹办公室安排，加强城乡居民医保市级统筹的组织领导，明确任务责任，制定实施方案，精心组织，加强培训，广泛宣传，积极稳妥推进城乡居民合作医疗保险市级统筹试点工作。

（二）加大宣传和动员力度，认真搞好20xx年城乡居民医保个人筹资工作，按时完成筹资工作任务，确保参保率达95%以上。

（三）进一步加大监督检查力度。开展一次医疗保险全面督查工作，重点对《服务协议》执行情况进行督查，并加大对违规行为的查处力度。

（四）加强医保中心能力建设。积极争取完善中心内部机构设置，着力抓好干部职工的思想、作风和廉政建设，强化教育和培训工作，提高职工的业务素质和工作能力，坚持以人为本，增强服务意识，优化服务环境，为广大参保人员提供优质、高效的服务，提升医保工作新形象。

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