

医保工作年度总结(精选7篇)

围绕工作中的某一方面或某一问题进行的专门性总结，总结某一方面的成绩、经验。总结书写有哪些要求呢？我们怎样才能写好一篇总结呢？以下我给大家整理了一些优质的总结范文，希望对大家能够有所帮助。

医保工作年度总结篇一

20xx年，xx医院，在市劳动和社会保障局、社保局、卫生局的指导和支持下，本着“一切为了人民健康”的宗旨，认真执行职工、居民医疗保险相关政策法规，严格履行医务人员的职责，强化管理，改善服务，全面开创了本院医疗保险工作的新局面。

作为定点医疗机构的xx医院，我们本着认真贯彻执行国家的有关规定和《xxx市基本医疗保险制度实施办法》《双向转诊协议》等各项配套文件等基本医疗保险政策，建立了与医保制度相一致的监管机制，使医保管理工作逐步实现系统化，规范化。现将我院开展的医保工作情况自查如下：

组长□xxx副组长□xxx成员□xxx xxx xxx xxx

医院医保工作领导小组，定期召开医保工作会议，制定医保工作计划，对居民医保在运行中出现的各种问题及时予以解决。定期对各科室医务人员的医疗行为规范进行检查、考核，发现违纪、违规行为坚决予以查处。

我们把医护人员的整体素质作为适应工作需要和事业发展的基础和前提，竭尽全力提升队伍整体素质。强化了政策学习，充分利用每周一大时会和周五下午学习时间，组织广大医护人员认真学习了医院保险相关政策法规，提高了全院职工学习政策、掌握政策和运用政策的积极性和主动性，为深入开

展医保工作奠定了坚定的政策理论基础。坚持把提高业务作为履行职务的第一要职，深入开展医疗业务培训，加强全院人员的医保知识特别是居民医保知识掌握情况，沙医院医保办人员对全院工作人员进行了医保知识培训，并编制了《医保知识应知应会》手册，人手一册，人人基本做到会讲解、会宣传，针对学习情况，于3月18日和6月22日，对全体医护人员进行了闭卷考试，全院平均得分达到90分以上，医保领导小组成员还下连队两次，为基层参保人员进行医保知识宣传，介绍、宣传广大群众来我院住院的优势，我院的医疗技术好、服务水平好，门槛费低，收费低等，使我院的病员量比去年有明显增多，经济效益也有所增加，取得了很好的成绩。

1、医保领导小组具体负责医疗管理工作，指定专人负责管理医保工作，每周四下病区进行医疗大查房，检查核实住院病人是否有挂床、冒名顶替住院等情况，出院带药有无超量现象，检查住院病历书写是否规范、是否按规定因病施治、用药、检查和治疗是否合理，费用是否超支等，发现问题及时解决。

2、制定了相应的医保考核奖惩办法，经常检查医保政策执行情况及财务收费情况，有无乱检查、乱收费、重复收费、分解收费、多收费等现象，发现一起查处一起，对举报人给予一定的奖励。

3、严格执行《药品目录》规定的报销范围，从未使用假劣药品、过期、失效和“三无”药品，保证参保人用药安全。

4、护理五种表格即体温单、护理记录单、病员流动交班本、临时、长期医嘱单等五种表格能认真填写，如实记录，执行医嘱“三查九对一注意”制度。

5、病历书写方面：能及时完成病历的书写，按要求规范书写，勤观察病情，明确诊断，认真分析病情，针对病情合理检查，

合理用药，无搭车带药情况。

6、每季度对医疗工作进行考核，检查病历的合格率、处方合格率，针对出现的问题进行整改。

1、根据医保规定，我院职工参保人员住院押金为300元，居民参保人员住院押金400--500元，各种药品、诊疗收费根据物价部门规定收取，没有私自、分解、多收费乱收费现象的发生。

2、今年我院启动了局域网，能按规定给参保人提供一日清单，及时向病人公布医疗费用情况，医护人员能及时回答病人的疑问，使病人心里有本明白账。结算及时。

1、离休人员无挂床、冒名就诊、住院现象，

2、门诊无大处方现象，急病、慢病无超量，出院带药无超量现象，

3、年度内无医疗纠纷和事故发生，

4、无诊断升级，假冒病种套取单病种结算费用现象，

5、没有发现因医疗费用问题推诿、拒收符合条件住院的参保人现象，

6、认真执行特殊检查、治疗、转诊、转院审批手续和程序，并按规定划入医保结算，

7、病人满意度调查在95%.

1、病历中更改治疗无理由，字迹不清。

2、病历中个别项目及检查填写不完整。

3、《药品目录》内药品备药率（甲类药品使用率）不够。

xx医院

20xx年8月25日

医保工作年度总结篇二

医保中心领导：

在医保中心各位领导的英明领导下，转眼间一个年度的工作结束了，现将一年的工作总结汇报，请上级领导给与指正。

澠池县医药总公司同仁大药房是我县规模较大的一家医药超市，主要经营：中药、西药、中成药、中药饮片、化学药制剂、抗生素、生化药品、生物制品等经营品种达5000余种，店内宽敞明亮，药品干净整洁，经营品种齐全，分类明确，能够满足绝大多数参保人员需求。

在日常经营过程中，我们严格遵守《中华人民共和国药品管理法》、《澠池县城城镇职工基本医疗保险暂行办法》、《澠池县城城镇职工基本医疗保险定点零售药店管理暂行办法》以及相关的法律法规，严格按照国家、省规定的药品价格政策。店内严把质量关，规范进货渠道，进货验货记录完善，无过期药品，在历次的药品质量检查、抽查过程中没有发现一例假劣产品，在社会上享有良好的口碑。在药品价格方面，货进源头，直接与厂家合作进货的优势使本店的药品绝大多数低于市场价格，对于办理有本店会员卡的参保人员，在原有价格的基础上可再次享受9.8折优惠。

务、服务技能培训，保证系统正常运转，及时上传、下载数据，并在服务过程中提倡“四心”“四声”服务，为参保人员营造一个良好的购药环境。同时在刷卡过程中严禁用医保基金购买支付范围以外的药品，杜绝在刷卡过程中刷卡金额

和现金购药价格不一致等不良情况。

自本店成为定点药店后，在医保中心的正确领导下，始终从严要求自己，完全服从医保中心的领导，以“一切为了顾客，做顾客的健康使者”为经营宗旨，在刷卡服务过程中尽全力满足顾客需求。从20xx年6月至20xx年5月，我店的刷卡人数为：54152人，总费用为：2614231.88元，平均每人费用为：48.27元，其中非处方药品费用为：1978658.8元，处方药品费用为：635573.08元。

我们知道我们的工作做得还不够，在今后的工作中我们将在医保中心正确领导下，齐心协力，文明服务，严格按章相关法律、法规工作，维护国家利益和广大参保人员的利益，把医疗保险工作做得更好，为我县医疗保险工作再上一个新台阶做出应有的贡献。

同仁大药房

20xx年6月21日星期四

医保工作年度总结篇三

医疗保险管理局：

我中心按照《xxx[20xx]69号》文件，关于20xx年度两定机构医保服务质量考核有关问题的通知，对照考核内容，我中心开展了自查自评，现将工作情况作如下汇报：

- 1、我中心成立有分管领导和相关人员组成的基本医疗保险管理小组，具体负责基本医疗保险日常管理工作。
- 2、各项基本医疗保险制度健全，相关医保管理资料按规范管理存档。

3、医保管理小组定期组织人员对参保患者各项医疗费用使用情况进行分析，发现问题及时给予解决，不定期对医保管理情况进行抽查，如有违规行为及时纠正并立即改正。

4、医保管理小组人员积极配合医保局对医疗服务价格和药品费用的监督、审核，及时提供需要查阅的医疗档案盒相关资料。

1、 提供优质的服务，方便参保人员就医。

2、对药品、诊疗项目和医疗服务设施收费明码标价，并提供费用明细清单，坚决杜绝以药换药、以物代药等违法行为发生。

3、对就诊人员进行身份验证，杜绝冒名就诊及挂床住院等现象发生。

4、对就诊人员要求或必须使用自费药品、诊疗项目事先都征求参保人员同意并签字存档。

5、严格执行基本医疗保险用药管理规定，严格执行医保用药审批制度。

6、达到按基本医疗保险目录所要求的药品备药率。

7、门诊处方、出院病历、检查配药情况均按规定执行。

8、严格执行基本医疗保险诊疗目录管理规定。

9、严格执行基本医疗保险服务设施管理管理。

10、我中心信息管理系统能满足医保工作的日常需要，在日常系统维护方面也较完善，并能及时报告并积极排除医保信息系统故障，确保医保系统的正常运行。

11、对医保窗口工作人员操作技能熟练，医保政策学习积极。

12、医保数据安全完整。

13、医保管理小组不定期对我中心医保患者病历进行检查学习，对不能及时完善病历的医生作出相应的处罚，并在分管领导的监督下进行业务学习。

1、严格执行医疗收费标准和《医保定点服务协议》规定的日均费用、次均住院天数。

2、严格掌握出、入院标准，未发现减低住院标准收治住院、故意拖延出院、超范围检查等情况发生。

3、严格按照《医保定点服务协议》收治外伤住院病人，及时向保险公司报备外伤报备表。

4、每月医保费用申报表按时报送。

5、合理科学的控制医疗费用增长。

1、定期积极组织我中心各科室、卫生室、卫生服务站人员学习医保政策，及时传达和贯彻有关医保规定。

2、采取各种形式宣传教育，如设置宣传栏，发放医保政策文件资料，中心内部工作qq群等。

近几年来，我中心外科、内科、康复科业务技术快速发展，医疗设备更新，医护人员增加，新技术不断增加，加之我中心报销比例高，在业务技术、服务质量、服务态度、就医环境上都得到了社区居民和患者的认可。

历年来，我中心住院患者多数是辖区外的，条件的改善，使外科手术及内科急重症患者在不断增加，辖区外到我中心住

院的患者也在大量增加，中心总住院患者也在增加。

总之，通过20xx年的医保工作，我中心还存在很多不足之处，我中心将在上级政府及医保主管部门的领导下，抓好内部管理，改正存在问题，把我中心的医疗工作做得更好。

医保工作年度总结篇四

今年来，我局在县委、县政府和县人力资源与社会保障局的正确领导下，在市医保局指导下，在相关部门的大力支持和密切配合下，县医保局工作紧紧围绕推进“四化”战略建设“五个宁都”这个大局，通过广大劳动和社会保障系统工作人员高效务实的工作，保险覆盖范围不断扩大，制度运行基本平稳，基金收支实现略有节余，参保人员基本医疗需求得到进一步保障，各项工作取得了较为显著的成效。现就今年来的工作进行总结如下：

1、基本医疗保险:职工：我县参保单位547个，任务数27500人，参保总人数为27610人，其中：在职人员17379人，退休人员10231人；居民：全年参保人数为105113人，任务数105000人，其中成年人23206人，未成年人80485人，其中大学生1422人在校学生参保77530人，实现参保覆盖率达98%。

2、工伤保险:全县参保单位174个,参保人数13109人,任务数13000，其中农民工参加工伤保险人数为3012人。

3、生育保险：全县生育保险参保人数9906人，任务数9900人，

城镇基本医疗保险任务基金征缴2851万元，完成征缴基金3968万元。超额完成139%。

今年各项基金总共支付23249人次，基金支付金额1216万元。其中，居民共计支付人4842次，分别为住院报销4223人次，基金支付712万元，慢性病特殊门诊报销619人次，基金支

付19万元;职工共计支付18343人次,基金支付1273万元,分别为住院报销3839人次,基金支付1160万元;门诊14504人次,基金支付113万元;工伤保险52人次,支付基金112万元,领取工伤保险固定待遇12人,支付基金10万元。

今年来,我局对医保、工伤、生育保险的宣传更细、意识更强,基本实现应保尽保;政策更优,待遇更高,保障力度空前加码;管理更顺、运行更畅,基金收支略有节余。

(一) 医保政策,宣传更细,力度更大。

为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围,我局充分利用“春季就业招聘大会”、“12.4法制宣传日”和《社会保险法》宣传周,走上街头,深入社区。采取咨询、宣传单、标语等多种形式,在各个电视频道上播发参保登记信息,租宣传车在全县大街小巷和大的乡镇流动宣传,把宣传的重点放在居民医疗保险实行市级统筹后待遇大幅度提高、保障范围进一步扩大、政府对居民参保的补助不断提高、居民获得切实保障以及参保基准年度等方面,取得的效果比较明显,今年来印制了城镇职工、城镇居民医疗保险以及工伤保险宣传单,发放十万余份,参保人员反映良好。

(二) 强化基金征缴,确保应保尽保、应收尽收。

在基金管理方面,建立健全了基金会计统计制度、内部控制制度、报表上报制度和基金预决算制度,同时还建立了审计公开制度,邀请财政、审计部门以及上级业务主管部门对基金进行审核,确保了基金的合理规范使用;通过下发催缴通知单、电话催缴、上门催缴以及与待遇支付相结合的办法,提供灵活多样的缴费方式,如现金、转帐、托收确保基金及时到帐;同时积极争取上级支持,确保各级各项财政补助、配套资金及时到位。

(三) 强化基金监管,确保实事求是、好事办好。

目前，我县已有33家医院和35家药店获得定点资质。定点医疗服务机构是医保基金的流出通道和保险基金收支平衡的阀门。

1、严把“三关”，加强对定点医院的管理。一是把好住院审批关，杜绝冒名住院。一方面加强对轻病住院、挂床住院、过度检查、不合理治疗和违规用药等现象的管理力度。如发现有冒名顶替住院现象，要求定点医院必须及时报告，否则将对医院予以处罚。二是把好住院病种关，防止基金流失。三是把好“三大目录”执行关，严防基金浪费。对定点医院“三大目录”的执行情况，采取定期或不定期的形式进行重点稽查。今年拒付因工伤、交通事故及有第三方责任人等意外伤害报销二十余起，涉及医疗费用10余万元，挽回基金损失近七万余元。

2、坚持“三个到位”，加强对定点药店的管理。

对医保定点药店的管理，我县推出了绿牌准入、黄牌约束、红牌退出的管理机制，从审批、管理、考核等方面实行全方位审查监督，收到了比较好的效果。

一是坚持审批到位，严格实行准入制度。实行严格的市场竞争准入制度。二是坚持管理到位，严格规范售药行为。三是坚持考核到位，严格执行目标管理。对药价和经营的合理性进行监管，对服务水平、服务质量等方面进行综合测评，结果与年末考核挂钩，作为是否续签协议的重要依据。

3、突出“三化”，加强对经办人员的管理。

通过突出“三化”更有力地促进了“加快宁都发展、重塑宁都形象”和“发展提升年”建设，实现职工队伍服务意识和参保人员满意度都提高的目标。

一是工作制度化，做到有章可循。通过责任追究制等十项规

章制度，规范了业务流程，强化了权力制约，确保了各项工作有章可循，稳步推进。二是办事公开化，接受群众监督。在工作过程中，经办机构把所有的政策法规和办事程序公布，极大地利于广大群众和参保人进行监督。三是服务人性化，提高服务水平。医保日常工作主要是为参保人服务，经办机构始终坚持“一切为了参保人”的工作理念，把提供优质服务贯穿于工作的始终。

(四)把握政策、完善措施，做好大病救助工作。

医保工作年度总结篇五

年医院医保工作在院领导的直接领导下，在全院职工关心支持下和各临床科室积极配合下，通过医保科全体职工的共同努力，较好地完成了各项工作任务，现总结如下：

1、今年初我院分别与0社保中心□qq区、ww区、rr区、yyy社保局签订了社保医疗定点医院管理协议。通过o院长和医保科的努力□pp区卫生局将我院确定为pp区新农合区级定点医院，报销比例由00%提高到00%，极大的争取和扩大了医疗市场。同时，争取到pp区新农合慢性病体检鉴定工作，对pp区参加新农合的村民，大约9990006000千余人慢性患者进行检查鉴定，目前正在进行中。

2、认真学习宣传各社保的各项医保政策和规定，并贯彻执行，创办医保政策宣传栏154期，发放医保宣传资料告之书等22222300余份，编辑医保信息简报33399873期，接待工作人员、家属、患者及患者家属咨询城镇职工、新农合、城镇居民、商业保险等政策，约118793001000余人次。

3、全年办理各种社保入院手续79000002273人次，审核出院病历0份，截止11月底各社保拨付医疗费为0元，到12月底，将达0万元。在病历审核中发现问题0项，涉及扣款金额为0元，比去年降低0%，经医保科与各社保局协调认定扣款为0元，比

去年降低0%，挽回经济损失0元。全年dd区、fff社保无扣款。办理特殊检查审核0人次，生育报帐0人，办理医疗磁卡0人次，申报办理工伤0人，办理慢性病门诊费用社保报销0人，审核离休干部门诊费用0人次，办理职工社保、工伤、大额、生育保险0人次。

4、巩固拓展开发县市区社保医疗市场及资源，密切县市区社保和新农合工作联系和资源开发。先后与0区、0区、0市联系，争取确定了我院为城镇居民社保定点医疗机构，并与市社保局、0区社保局、0社保局、0区社保局进行座谈回访，一是征求意见、了解情况；二是宣传医院，建议良好协作关系，收到了良好效果，推动了医院业务工作的全面发展。

5、定期或不定期到临床及0院了解医保管理情况，帮助解决医保工作中存在的问题，降低或减少不必要的损失，协助富乐分院重新开办和社保网络服务的开通工作。深入临床各科征求意见，每月将各社保收治患者费用分析情况，按时分科室统计发放各科，让各临床科室了解掌握社保病人费用情况，及时调整。

6、在“5.12”抗震救灾期间，全科人员除完成本职工作外，还不分昼夜的积极参加抗震救灾工作，有医学专业的人员充实到临床科室参加救治伤员工作，章进同志抽到绵阳市抗震救灾空中救援指挥部负责卫生防疫工作，出色地完成了各项工作任务。其余人员坚守工作岗位，全科职工较好地完成了本职工作，并协助院办做好院领导的后勤保障工作，灾后协助收费科解决灾后伤员医疗费用相关事宜。

7、存在的问题：一是进一步加强医保政策学习和宣传，抓好社保医疗管理工作，完善医改措施，严把审核关，提高社保管理的科学性与技巧性，更好的为病人为临床服务。二是进一步密切各社保局联系，及时互通信息，协调与社保管理相适应的行为，保持与各社保局良好的工作关系。三是加强与各临床科室的沟通，指导各临床科室执行好医保相关政策，

尽力减少因工作不当造成的经济损失。

医保工作年度总结篇六

20xx年在我院领导重视下，按照医保中心的工作精神，我院认真开展各项工作，经过全院医务人员的共同努力，我院的医保工作取得了一定的成绩，现将我院医保工作总结如下：

为规范诊疗行为，保障医保管理持续发展，院领导高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。建立了由“一把手”负总责的医院医保管理工作领导小组。业务院长具体抓的医保工作。各临床科室科主任为第一责任人，负责本科医保工作管理，重点负责本科医保制度具体实施。

为使广大职工对医保政策及制度有较深的了解和掌握，我们进行了广泛的宣传学习活动，召开全院职工会议，讲解医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识。举办医保知识培训、发放宣传资料、闭卷考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力。

到实处。为进一步强化责任，规范医疗服务行为，从入院登记、住院治疗、出院三个环节规范医保服务行为，严格实行责任追究，从严处理有关责任人。医院职工开展以文明礼貌，优质服务，受到病人好评。为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，定期考评医疗保险服务态度、医疗质量、费用控制等计划，并定期进行考评，制定改进措施。加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边即访政策宣传，征求病友意见，及时解决问题，查有无挂床现象，查有无冒名顶替的现象，查住院病人有无二证一卡，对不符合住院要求的病人一律不予收住。加强对科室收费及医务人员的诊疗行为进行监督管理，督促检查，及时严肃处理，并予以通报和曝光。今年我院未出现差错事故，全院无违纪违规现象。

医疗保险制度给我院的发展带来了前所未有的机遇和挑战，正因为对于医保工作有了一个正确的认识，全院干部职工都积极投身于此项工作中，任劳任怨，各司其职，各负其责。

我院分管院长不定期在晨会上及时传达新政策和反馈医保中心的有关医疗质量和违规通报内容，了解临床医务人员对医保制度执行情况，及时沟通协调，并要求全体医务人员熟练掌握医保政策及业务，规范诊疗过程，做到合理检查，合理用药，杜绝乱检查，大处方，人情方等不规范行为发生，并将不合格的病历及时交给责任医生进行修改。通过狠抓医疗质量管理、规范运作，净化了医疗不合理的收费行为，提高了医务人员的管理、医保的意识，提高了医疗质量为参保人员提供了良好的就医环境。大大提高了参保住院患者满意度。

通过全院职工的共同努力和认真工作，圆满完成了全年各项任务。在今后的工作中，我们还需严把政策关，从细节入手，认真总结经验，不断完善各项制度，认真处理好内部运行机制与对外窗口服务的关系，规范业务经办流程，简化手续，努力更多更好地为医保人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为我院医保工作顺利开展作出贡献。

医保工作年度总结篇七

一、严于律己，自觉加强党性锻炼，政治思想觉悟得到提高。

一年来，始终坚持运用马克思列宁主义的立场、观点和方法论，坚持正确的世界观、人生观、价值观，并用以指导自己的学习、工作和生活实践。热爱祖国、热爱党、热爱社会主义，坚定共产主义信念，与党组织保持高度一致。认真贯彻执行党的路线、方针、政策，工作积极主动，勤奋努力，不畏艰难，尽职尽责，任劳任怨，在平凡的工作岗位上作出力所能及的贡献。

二、强化理论和业务学习，不断提高自身综合素质。

作为一名医疗保险工作人员，我深深认识到自身工作的重要性，所以只有不断加强学习，积累充实自我，才能锻炼好为人民服务的本领。这一年来，始终坚持一边工作一边学习，不断提高了自身综合素质水平。全面贯彻党的xx大全会精神，高举中国特色社会主义伟大旗帜，以科学发展观引领工作，全面贯彻实施公务员法，认真学习业务知识，始终保持虚心好学的态度对待业务知识的学习，认真学习法律知识。

三、努力工作，认真完成工作任务。

一年来，我始终坚持严格要求自己，勤奋努力，时刻牢记全心全意为人民服务的宗旨，努力作好本职工作。我主要承担的工作有稽核、“两定”的管理、转外就医票据的审核报销、工伤保险票据的审核报销、慢性病的管理、医保刷卡软件的管理。

(一) 稽核、“两定”的管理。

(1) 采用定期检查与不定期抽查相结合，明查与暗访相结合方式，稽核人员每周分两组下医院对参保患者住院对照检查，主要看是否存在冒名住院、挂床住院、分解住院、假报虚报单病种、病种升级结算及医院对病人结算是否存在违规行为和乱加费用等专项稽核，目的是防止医患双方合谋骗取医疗、工伤保险基金情况的发生。

(2) 定时检查定点零售药店执行医疗保险协议情况。重点查处以药换物、以假乱真用医疗保险卡的、钱售出化妆品、生活用品、食品、家用电器等非医疗用品的情况。通过联合检查整顿对医药公司5个定点进行了停机刷卡15天，责令检讨学习整改，收到了良好的效果和服务管理。

(3) 为进一步加强和完善定点医疗机构管理，建立健全基本医疗保险定点医疗服务的诚信制度，使参保人员明白看病，放心购药，全面提高我市定点医疗机构管理水平，更好地保障

了广大参保人员的合法权益。从今年起，我市将对实行定点医疗机构等级评定管理。

(4)为进一步深化医疗卫生体制改革，便利医保人员看病购药，实行定点医院竞争机制。4月份，我们对青海石油管理局职工医院进行了考察，并在5月份确定为敦煌市医保定点医疗机构。

案的参保人员进行了复检。为了进一步方便慢性病患者看病、购药，保障参保人员基本医疗需求，根据我市慢性病门诊医疗费支付实际情况，结合我市实际，9月份组织人员对20__名建立慢性病档案的参保人员进行慢性病门诊医疗补助费直接划入个人门诊帐户中，减轻了两千名慢性病患者开票报销手续，并积极做好后续处理工作。

(三)转外就医票据的审核报销、工伤保险票据的审核报销。在转外就医审核报销中我始终坚持公正、公平、严格按照医保政策报销原则。一年来，共给1000余名转外就医人员报销了医疗费用，并按时将拨款报表报送财务。对于工伤保险报销票据我严格按照《20__年甘肃省药品目录》和《诊疗项目目录》进行审核报销。

(四)医保刷卡软件的管理。由于刷卡软件的升级，在实际操作中很多问题都需要补足完善。对于出现的问题我积极和软件工程师联系得到及时的解决。

回顾一年来的工作，我在思想上、学习上、工作上都取得了很大的进步，成长了不少，但也清醒地认识到自己的不足之处：首先，在理论学习上远不够深入，尤其是将理论运用到实际工作中去的能力还比较欠缺；其次，在工作上，工作经验浅，给工作带来一定的影响。

在以后的工作中，我一定会扬长避短，克服不足、认真学习、发奋工作、积极进取、尽快成长，把工作做的更好。