

# 金融大数据分析 金融数据分析师的工作 职责描述(模板5篇)

总结是对某一特定时间段内的学习和工作生活等表现情况加以回顾和分析的一种书面材料，它能够使头脑更加清醒，目标更加明确，让我们一起来学习写总结吧。总结书写有哪些要求呢？我们怎样才能写好一篇总结呢？以下是小编精心整理的总结范文，供大家参考借鉴，希望可以帮助到有需要的朋友。

## 医保报销年度总结篇一

为规范诊疗行为，控制医疗费用的不合理增长，以低廉的价格，优质的服务，保障医疗管理健康持续发展，我院领导班子高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。成立了由“一把手”负总责的医院医保管理委员会。业务院长具体抓的医保工作领导小组。各临床科室相应成立了以科主任为组长，护士长为副组长的工作小组，来负责本科医保、农合工作的全面管理，重点负责本科医保制度具体实施及奖惩制度落实工作。

一是召开全院职工大会、中层干部会议等，讲解新的医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识。

二是举办医保知识培训班、黑板报、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。

三是加强医院信息化管理，在医院信息中心帮助下，通过医保软件管理，能更规范、更便捷。大大减少了差错的发生。

四是通过电视专辑来宣传医保政策，让广大医保人员，城镇居民、学生等朋友真正了解到参保的好处，了解二医院的运作模式，积极投身到医保活动中来。

一是在院外公布了医保、农合就诊流程图，医保、农合病人住院须知，使参保病人一目了然。并在大厅内安排专职导医、负责给相关病人提供医保政策咨询。

二是配置了电脑触摸屏、电子显示屏，将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群从监督。

三是全面推行住院病人费用“一日清单制”，并要求病人或病人家属在清单上签字，并对医保帐目实行公开公示制度，自觉接受监督。使住院病人明明白白消费。在省领导及市物价局领导来院检查时，得到了充分的肯定。

四是由医院医保管理委员会制定了医保管理处罚条例，每季度召开医院医保管理委员会，总结分析近期工作中存在的问题，把各项政策措施落到实处。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、出院补偿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。

五是医院职工开展服务，刷卡制度，以文明礼貌，优质服务，过硬技术受到病人好评。

为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，从以下三方面实施工作：

一是我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，有定期考评医疗保险服务（服务态度、医疗质量、费用控制等）工作计划，并定期进行考评，制定改进措施。

二是加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边政策宣传，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，医保科一律不予审批。

三是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。今年我科未出现大的差错事故，全院无大的违纪违规现象。

新的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。

我科分管副科长定期下病房参加晨会，及时传达新政策和反馈医保局审核过程中发现的有关医疗质量的内容，了解临床医务人员对医保制度的想法，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。

在办理职工医疗保险和参合农民手续的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保职工和参合农民宣传，讲解医疗保险的有关规定，新农合的有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，努力做到不让一位参保患者或家属带着不满和疑惑离开。始终把“为参保患者提供优质高效的服务”放在重中之重。医保运行过程中，广大参保、参合患者最关心的是医疗费用补偿问题。本着“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨，我科工作人员严格把关，友情操作，实行一站式服务，当场兑现医疗补助费用，大大提高了参保满意度。

通过我科工作人员及全院相关工作人员共同努力，认真工作，诚心为患者服务，圆满完成了年初既定各项任务□20xx年收治医保、居民医保住院病人余人，总费用万余元。接待定点我院的离休干部人、市级领导干部人，伤残军人人□20xx年我院农合病人人，总费用万元，发生直补款万元，大大减轻

了群众看病负担。

我院医保农合工作在开展过程中，得到了市医保局、卫生局、合管办领导及工作人员的大力支持再加上我院领导的正确领导、全院医务人员的大力配合才使得医保农合工作得以顺利进行。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，如：因新农合实施规定的具体细则不够明确，软件系统不够成熟，问题琐碎，人员紧张，导致我们在工作中比较被动，沟通协调阻力偏大；全院的医保工作反馈会偏少。

在今后的工作中，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农合人员服务，力争把我院的医保农合工作推向一个新的高度，为全市医保农合工作顺利开展作出贡献。

- 1、加强就医、补偿等各项服务的管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的报销工作程序，方便于民，取信于民。
- 2、做好与医保局的协调工作。
- 3、加强对医院医务人员的医保政策宣传，定期对医务人员进行医保工作反馈。

## 医保报销年度总结篇二

截止6月底，完成职工医保中心报账医疗费用审核3484人次，审核医疗药费计861.88万元，剔除费用171.73万元；完成职工医疗定点医疗机构、定点药店联网医疗费用审核1929770人次，审核医疗费用计30381万元，剔除费用33.1万元；核查外伤病人70人次，审核医疗费用达77.20万元；答复信访130件，提案议案8件；发放离休干部xx年度医疗费节余奖励款282人次，奖励金额计127.18万元。

截止6月底，发放低保家庭医疗救助券233.62万元，共实施社会医疗救助321人次，累计救助金额已达149.41万元；审核特殊医疗救助费用631人次，救助费用381.82万元。

半年来，我们通过各种方式共检查31家定点单位，约谈参保病人34人次，抽查住院大病病历295份，调查外伤病人55位，批评并责令限期整改5家定点单位，取消一家单位定点资格，暂停一家单位医保定点资格6个月，共追回医保违规基金10.1万元。

我们对申报的64家零售药店、7家医疗机构逐一进行了实地考察，最后根据统筹规划、合理布局的原则确定了9家零售药店和4家医疗机构为职工医保定点单位。

总结上半年的工作情况，我们发现今年职工医保工作呈现了以下特点：

一、窗口医疗费用报销人数急剧增加，医疗费用日趋复杂。

3、近年因外伤引起的医疗费用逐年增多，且情况非常复杂。为严把医保基金的支出关，我们加强对定点医疗机构外伤医疗费用的'核查，同时严格审查到窗口报销的外伤医疗费用，多渠道取证，从源头上杜绝医保基金的流失。

二、定点单位联网结算费用增长快，管理难度加大。

1、超量配药、用药不合理的情况存在。

2、定点零售药店在无处方的情况下配售处方药；

3、未严格执行《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》的相关规定。

针对当前工作中存在的问题，我们将进一步加强对定点医疗

机构、零售药店的审核稽查，通过建立考核指标体系和准入退出制度来监督定点单位的医疗服务行为，降低不合理费用的支出；同时探讨新的医疗费用审核和结算方式，比如医疗费用抽样审核和单病种结算办法，从而提高工作效率，合理控制医保基金支出，完善医疗保险管理机制，力争使医保管理和服务水平再上一个新台阶，树立社保经办机构的新形象。

xx年9月，职工医疗保险科共审核医疗费用414058人次，总医疗费用达7541.31万元，其中窗口医疗费用报销615人次，审核医疗费用235.72万元，剔除不符合医保基金支出的费用56.17万元；审核定点单位联网医疗费用413443人次，审核医疗费用7305.59万元，剔除定点单位不合理医疗费用29.04万元；拨付定点单位联网医疗费用达3319万元；办理困难群众社会医疗救助40人次，救助费用达17.74万元；收回社会医疗救助券11.23万元；办理各类信访回复18件。

9月份，接群众举报，反映某定点零售药店存在不按处方规定配（售）药品、将非基本医疗保障基金支付范围的费用列入基本医疗保障基金支付范围的问题。为此，劳保局立即成立了专项稽查小组，多方调查取证。通过取证发现该单位多次在没有处方的情况下，将处方药品配售给医保参保人员，并在事后通过私造处方、补处方等伪造医疗文书的手段骗取基本医疗保障基金，情节严重。根据有关规定，劳保局从9月8日起取消该单位医保定点零售药店资格，三年内不得重新申请定点，并追回违规支出的医保基金。为了这是我区打破定点医院、定点药店“终身制”，全面推行医保定点准入、竞争和退出机制之后，对第四家存在严重违规行为的医疗机构亮出“红牌”。

本月职工医疗保险科完成了职工医保相关内容的iso900质量管理体系作业指导书，共15项内容，其中非许可审批权类9项，行政监管类3项和其他权类3项，这是职工医疗保险科推行权利阳光运行机制的重要前提和保证。为了保证《浙江省基本医疗保险、工伤生育保险药品目录》（）的顺利实施，职工

医疗保险科于9月19、20日会同区劳动保障学会组织了我区区县级以下定点医疗机构、定点零售药店医保管理人员业务培训，指导该类人员做好新药品目录的匹配工作，确保新旧目录的平稳过渡。

下一步科室的重点工作是做好新《药品目录》实施的宣传解释工作，并针对定点单位在实施过程的问题及时给予解决；配合市局做好市民卡“一卡通”实施的准备工作，为明年“一卡通”的顺利实施打好基础。

## 医保报销年度总结篇三

### 一、主要工作措施和开展情况

#### 1、提高对医疗保险工作重要性的认识

为加强对医疗保险工作的领导，我院的医保工作领导小组，明确分工，责任到人，从制度上确保医保工作目标任务的落实。医保科组织人员认真学习医保政策及有关文件，定期召集科主任、护士长会议安排部署医保工作。对其它定点医院的违规案例，从中吸取教训，加强自律管理、推动我院加强自我规范、自我约束。树立医保定点医院良好社会形象。

#### 2、完善政策，促进医保规范化管理

医疗保险是我院医疗收入的重要组成部分，今年我们在医疗保险的基础上，进一步完善我院医保的各项政策和制度建设，促进医保管理规范化。为了适应新的医保政策形势，开展医保政策的宣传，召开全院医保知识培训班，在全院周会等各种会议上对医保政策进行广泛宣传，并在医院内部的局域网发布各项政策和信息。结合实际情况，我们要求各科室站在整体利益的高度上认识、做好医保工作，医务人员在工作中严格执行各级医保定点服务协议，切实落实好各项服务内容；相关科室不断加强医务人员的培训，了解新政策、新规定；

医院加强了对违规行为的检查、处罚力度，确保医保工作正常有序运行。

### 3、加强管理，正确协调医、患、保三方利益关系

为了规范管理，保证医疗保险制度步入良性循环轨道，我们加强对医、患、保三方利益关系的规范，一是继续强化管理。二是建立医保信息公布制度。三是继续抓好医保检查工作，医保科工作人员通过网络监控和不定期地病房检查，有效的控制了违规事件的发生。

### 4、强化政策宣传。

编印基本医疗保险宣传资料，门诊大厅内设置“基本医疗保险政策宣传栏”，定期更换宣传内容；每月、每季度进行医保情况动态运行分析。

### 5加强医保信息网络建设，促使医保运行便捷化、数字化。

以医院数字化建设为契机，进行医保信息化管理系统的网络建设，保障医院的信息网络畅通无阻，对医保业务窗口计算机操作人员进行专业培训，使其能熟练地按规定及时录入医疗信息，减少病人等待时间，及时排除系统出现的简单故障，确保网络系统的正常运行，为参保患者提供全天候的持卡就医条件，真正达到便捷、优质服务。

20xx年截止11月，我院共计完成医保收入3300万元，比去年同期有了大幅增加，为医院申请医保预支付160万元，有效地解决了医保基金的支付滞后问题。在20xx年8月的新系统切换过程中，共计完成近1000余人的出入院结算及数十人的强制结算工作。办理异地医保160人，医院内部补充医疗保险共计审核176人，支出8.7万元。合作单位结算186人次，补充保险金额近20万元。累计民政救助完成76人次，救助金额1.7万元。

20xx年，医保物价科计划坚持监督检查力度，并加强同医保管理结算部门的沟通协调合作，为缓解我院资金垫付问题，拟申请医保预付款500万元左右。并以创建三级医院为契机，将我院的控制线结算金额进一步提高。控制人均住院费用，真正做到在诊疗过程中的“四个合理”。

为加强我院医护人员的医保政策水平□20xx年准备请医保中心的专家就医保政策进行专题讲座，从20xx年的《医保协议》及各类收费问题作详细、准确的阐述。使我院的医保及物价收费工作更加稳步有序的推进。为参保患者提供更好的就医条件，真正享受到便捷、优质的医保服务。

20xx年，医保物价科将加强同地方物价、社保、医保、药监、信息及卫生行政部门的沟通，派遣工作人员到外地学习培训，使我院的医保物价工作更好的融入地方，为我院的医保物价工作打开新局面创造良好基础。

## 医保报销年度总结篇四

今年以来，我社区紧扣社区居民基本医疗保险工作“保障民生”的主题，紧紧咬住目标，积极创新工作措施，各项工作取得了一定成效。

社区党委、政府立即召开党政联席会，经过研究决定成立了\*\*社区社区居民基本医疗保险工作领导小组。分工明确，任务到人，一级抓一级，层层抓落实，为社区居民基本医疗保险提供了有力的保证。

为使我社区社区居民基本医疗保险工作深入群众，做到家喻户晓，社区党委、政府不断加大宣传投入，并利用社区作为首要宣传阵地，设立政策咨询台，印制和发放宣传单、宣传册共3千余份，从而大大提高了广大人民群众的知晓率和参与率。

社区居民基本医疗保险工作今年三月下旬才正式启动，旗里下达我社区的任务数是880人。由于时间紧，任务重，为使我社区该项工作稳步推进，真正落到实处，社区党委、政府多次开会研究切实可行的办法和措施，八个月来，通过大家的共同努力，实际完成888人，完成计划的100.91%。

通过大家的一致努力，虽然已按时完成上级下达的任务数。但是经过半年来的工作，我们也惊喜的发现，广大人民群众对社区居民基本医疗保险有了初步的认识，而且扩大了影响面，为将来的工作开展奠定了很好的基础。社区居民基本医疗保险工作开展的不尽如人意，主要存在以下问题。

### 1、群众的认识不到位

对于广大人民群众来说，社区医保毕竟是个新鲜事物，要接受必定需要一个过程。

### 2、宣传力度不到位

众所周知，由于我社区的特殊情况，区域面积较大，在短期内很难宣传到位，从而影响了参保对象的数量。

## 医保报销年度总结篇五

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，确保办实事、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。

## 医保报销年度总结篇六

时光转眼即逝，紧张充实的一年已过往了。在这一年里，我在医保科工作着、学习着，在实践中不断磨练自己的工作能力，使我的业务水平得到很大的进步。这与领导的帮助和大众的支持是密不可分的，在这里我深表感谢！

作为收费员这个岗位，天天就是对着不同的面孔，面带微笑的坐在电脑前机械地重复着一收一付的简单的操纵，不需要很高的技术含量，也没必要像其它科室的医生要承当性命之托的巨大压力，这也许也是大家眼中的收费工作吧。

实在收费员的工作不只是收好钱，保证正确无误就足够了，收费员不但代表着医院的形象，同时也要时刻维护医院的形象，一个好的收费员会在最短的时间内让病人得到如沐东风的服务，对收费满意，我也为自己明确了新的工作方向和目标：尽可能的减少我院的拒付，同时更多的把握医保政策。

为了实现这个方向和目标，我也做了小小的规划，争取在工作中多积累、学习中多思考，发现题目多反馈。

一、进一步进步服务水平，减少过失，保证服务质量，让病人得到满意，病人的满意就是对我的工作最好的嘉奖。

二、认真的学习医保知识，把握医保政策，依照院内要求配合医保办做好实时刷卡工作的预备工作。

三、严格遵守门诊收费住院收费的各项制度，保证钱证对齐；加强与各个科室的沟通协作，最大限度的利用现有院内资源，服务病人，为医院的发展贡献自己的微薄之力。

最后，我要再次感谢院领导和各位同事在工作和生活中给予我的信任支持和关心帮助，这是对我工作最大的肯定和鼓舞，我真诚的表示感谢！在以后工作中的不足的地方，恳请领导和同事们给与指正，您的批评与指正是我前进的动力，在此我祝贺我们的医院成为卫生医疗系统中的一个旗帜。

## 医保报销年度总结篇七

为规范临床诊疗行为，控制医疗费用的不合理增长，以低廉的价格，优质的服务，保障医疗管理健康、持续、有序发展，我院领导班子高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。同时为使广大干部职工对新的医保政策及制度有较深的了解和全面的掌握，我们进行了广泛的宣传教育和学习活动，一是召开全院职工大会、中层干部会议等，讲解新的医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识。二是举办医保知识培训班、黑板报、发放宣传资料等形式增强职工对医保日常工作的运作能力。三是加强医院信息化管理，在医院信息中心帮助下，通过医保软件管理，能更规范、更便捷，大大减少了差错的发生。四是通过电视专辑来宣传医保政策，让广大医保人员，城镇居民、学生等朋友真正了解到参保的好处，了解了医院的运作模式，积极投身到医保活动

中来。

为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，一是我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，有定期考评医疗保险服务（服务态度、医疗质量、费用控制等）工作计划，并定期进行考评，制定改进措施。二是加强病房管理，安排专人查房，每天对新入病人进行核查，查有无冒名顶替的现象，查住院病人证件是否齐全，查有无挂床现象，对不符合住院要求的病人，医保科一律不予审批。同时进行病床边政策宣传，征求病友意见，及时解决问题。并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。今年我科未出现任何差错事故，全院对医保病人无违纪违规现象。

新的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。

我科科长定期下病房参加晨会，及时传达新政策和反馈医保局审核过程中发现的有关医疗质量的内容，了解临床医务人员对医保制度的想法，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。

在办理职工医疗保险和参合农民手续的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保职工和参合农民宣传，讲解医疗保险的有关规定，新农合的有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，努力做到不让一位参保患者或家属带着不满和疑惑离开。始终把“为参保患者提供优质高效的服

务”放在重中之重。医保运行过程中，广大参保、参合患者最关心的是医疗费用补偿问题。本着“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨，我科工作人员严格把关，友情操作，实行一站式服务，当场兑现医疗补助费用，大大提高了参保满意度。

通过我科工作人员及全院相关工作人员共同努力，认真工作，诚心为患者服务，圆满完成了年初既定各项任务。20xx年收治职工医保住院病人3100余人，共报医疗费用1781万余元。居民医保住院病人1800余人，共报医疗费用485万余元。接待定点我院的离休干部60人。农合住院病人22393人，共报销医疗费用8200余万元。发生孕产妇补助款60余万元，大大减轻了群众看病负担。

我院医保农合工作在开展过程中，得到了医保局、卫生局领导及工作人员的大力支持，再加上我院领导的正确领导、全院医务人员的大力配合才使得医保农合工作得以顺利进行。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，如：因新农合实施规定的具体细则不够明确，软件系统不够成熟，问题琐碎等，导致我们在工作中比较被动，沟通协调阻力偏大；全院的医保工作反馈会偏少。

在今后的工作中，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农合人员服务，力争把我院的医保农合工作推向一个新的高度，为全市医保农合工作顺利开展作出贡献。

- 1、加强就医、补偿等各项服务的管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的报销工作程序，方便于民，取信于民。

- 2、做好与医保局的协调工作。

3、加强对医院医务人员的医保政策宣传，定期对医务人员进行医保工作反馈。

4、树立窗口形象，进一步改善服务理念，加强与患者的沟通交流，努力做到“三好一满意”！

5、我科申报本年度先进科室。