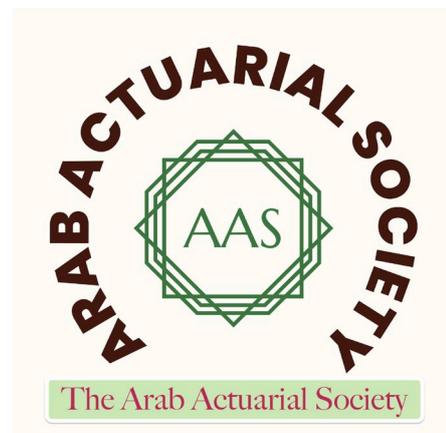


مؤتمر الضمان الصحي وتكنولوجيا التأمين ٢٠٢٥
HEALTH INSURANCE
& INSURTECH
CONFERENCE 2025

الأمن الصحي من أجل اقتصادات أكثر إنتاجية



١٨ - ٢٠ نوفمبر ٢٠٢٥ | مركز المعارض، البحرين



تعريف بالمؤتمر

إن الهيكلة والبنية التحتية للقطاع الصحي ونماذج الخدمة الحالية في العديد من البلدان العربية لم تعد تشبه ما كانت عليه قبل ١٠ إلى ١٥ سنة. وتكمن أهم سمات هذا التغيير في كيفية تمويل أنظمة الرعاية الصحية الوطنية، وفي تخصيص حصة سوقية أكبر من تقديم الخدمات الصحية للقطاع الخاص، الذي نما بفقرات عملاقة. ونتيجة لذلك، ينمو التأمين الصحي بسرعة في المنطقة، ويلعب دورًا حيويًا في حياة الناس وكذلك في بناء صناعة تأمين نابضة بالحياة.

كما أن الابتكارات الرقمية وارتفاع تكاليف المعيشة والضغط المتزايدة على أنظمة الرعاية الصحية تجعل الإصلاحات الصحية في المنطقة تتحرك بوتيرة سريعة. ولذلك تبحث شركات التأمين الصحي عن النموذج الأمثل الذي يوازن بين رضا العملاء وإدارة الأعمال التجارية مع مقدمي الخدمة مع الحفاظ على إمكانية إدارة التكاليف.

تتزايد المنافسة في سوق التأمين الصحي مع تقدم تكنولوجيا الذكاء الاصطناعي وزيادة الحاجة إلى الأنظمة الموجهة للعملاء. هذه العوامل تؤدي إلى التطورات المستمرة وزيادة المبيعات.

مسؤولي الرعاية الصحية، والخبراء (HIIC ٢٠٢٥) يجمع مؤتمر الضمان الصحي وتكنولوجيا التأمين الإكتواريين للتأمين الصحي، والمدراء والفنيين من شركات التأمين والمستشفيات الرائدة، بالإضافة إلى مقدمي الحلول، لتبادل المعلومات والخبرات والإستراتيجيات المتعلقة ببناء أنظمة الرعاية الصحية الوطنية المدعومة بالضمان الصحي، والتخطيط المستقبلي لدعم ضمان صحي مدعوم بأخر الحلول الرقمية التي توصلت لها صناعة التأمين.



مينا موني

نقوم بتنظيم وامتلاك عدد من المؤتمرات والمعارض التجارية المتخصصة للقطاعين الحكومي والمالي في الشرق الأوسط وأفريقيا.

تتعلق فعاليتنا بشكل رئيسي بأنظمة التقاعد والتأمين الاجتماعي، الإدخار والثقة المالية، إدارة الثروات والمستشار المالي الآلي، الأعمال الإكتوارية، والضمان الصحي.

كما نقدم أيضًا خدمات إدارة المؤتمرات الاحترافية والدعم اللوجستي للمؤسسات والعملاء الذين يبحثون عن المساعدة في تنظيم فعاليتهم التجارية والتسويقية.

٨ إلى ٩ صباحًا

التسجيل والقهوة الترحيبية

٩ إلى ١٠ صباحًا

الجلسة الأولى - كلمات الافتتاح الرسمي

١٠ إلى ١١ صباحًا

الجلسة الثانية - ما هي ضرورة إصلاح أنظمة الرعاية الصحية الوطنية

تشير فجوة الحماية الصحية إلى العبء المالي الذي تواجهه الأسر، بما في ذلك تكاليف الرعاية الصحية غير المؤمن عليها وتجنب العلاجات الطبية المكلفة. ومن المتوقع أن تتفاقم هذه الفجوة مع الاتجاه نحو زيادة طول العمر وشيخوخة السكان. واستنادًا إلى تقرير شركة برايس ووترهاوس كوبرز «التأمين للعام ٢٠٢٥ وما بعده»، فمن المتوقع أن تتسع فجوة الحماية العالمية إلى ١,٨٦ تريليون دولار أمريكي بحلول عام ٢٠٢٥. ما هي المخاطر والفرص التي تؤدي إلى إجراء إصلاحات في أنظمة الرعاية الصحية الوطنية؟ ما هي النتائج المتوقعة؟ وما هي انعكاسات ذلك على صناعة التأمين؟



١١ إلى ١١:٣٠ صباحًا

استراحة قهوة وشبكات التعارف

١١:٣٠ صباحًا إلى ١٢:٣٠ مساءً

الجلسة الثالثة - تصميم وتنفيذ وإدارة أنظمة الرعاية الصحية الوطنية

تتلخص الأهداف الرئيسية لأنظمة الرعاية الصحية في تحسين صحة السكان الذين تخدمهم، والاستجابة لتوقعات الناس المشروعة، وتوفير التمويل العادل. إن التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة هو أحد حقوق الإنسان العالمية الأساسية، وتركز أهداف التنمية المستدامة على ضمان الصحة للجميع. والصحة هي أيضاً أحد العوامل المحددة للتنمية الاقتصادية، والحد من الفقر، وإنتاجية العمل، وغيرها من الاستثمارات في رأس المال البشري. لتعزيز الوصول العادل إلى الخدمات الصحية، يتم تشجيع الحكومات وواضعي السياسات على مراجعة نظام الرعاية الصحية الخاص بهم لتسهيل بالإضافة إلى ذلك، يتم استخدام تكنولوجيا المعلومات لدعم تطوير القطاع الصحي بطريقة فعالة وكفؤة، وتشمل، والسجلات الصحية (EMR) من بين أمور أخرى، تنفيذ السجلات الطبية الإلكترونية (EHR) ، نظام معلومات المستشفى (PHR) والسجل الصحي الشخصي (EHR) الإلكترونية ، وهو المفهوم الذي يعني «الصحة الرقمية». تركز هذه الجلسة على التحديات الرئيسية التي تواجهها أنظمة الرعاية الصحية في الدول العربية والعوامل التي تغذي هذه التحديات. علاوة على ذلك، سينظر المؤتمر في المعايير التي تقيس أداء وملاءمة أنظمة الرعاية الصحية الإقليمية وفقاً للمعايير العالمية. وصول إلى مدخلات الرعاية الصحية



الجلسة الرابعة - نماذج التمويل المستدام لأنظمة الرعاية الصحية الوطنية

١٢:٣٠ إلى ١:٣٠ مساءً

في المائة عام الماضية أو نحو ذلك، استفاد المواطنون في جميع الدول العربية تقريبًا من الخدمات الصحية الكاملة مجانًا. إلا أنه في السنوات الأخيرة، بدأت معظم هذه البلدان في إنشاء أطر جديدة لتوفير وتشغيل قطاعها الصحي الوطني. وفي الأساس، تضمنت الترتيبات الجديدة التحول إلى نماذج تمويل جديدة. وكما هو الحال في معاشات التقاعد، عرف العالم عددًا قليلًا من نماذج التمويل/ أو مزيجًا من نماذج التمويل في التأمين الصحي، أحدهما يعمل على أساس الموازنة السنوية ويعمل به من قبل المؤسسات العامة، والآخر يستخدم النظام الممول كأساس ويعمل به من قبل شركات التأمين الخاصة. يمكن أن يكون نطاق فوائد كلا النظامين متشابهًا أو مختلفًا، اعتمادًا على المتطلبات الاجتماعية وسياسات الخدمات الاجتماعية والسياق المحلي لكل بلد، مع دمج عناصر معينة لإعادة توزيع التكلفة في النظام في الغالب. ما هي نماذج التمويل التي نستهدفها في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من أجل توفير نظام رعاية صحية مستدام وملائم للمستقبل؟



الجلسة الخامسة - تطوير صناديق الضمان الصحي في دول مجلس التعاون الخليجي

١:٣٠ إلى ٢:٣٠ مساءً

دت المشاكل الحالية والتنبؤات الاكتوارية للضغوط والتكاليف على أنظمة الرعاية الصحية العامة إلى إنشاء صناديق الضمان الصحي الإلزامي والطوعي وتنفيذ التأمين الصحي الشامل في عدد من الدول العربية. كيف يتم طرح هذه الأنظمة الجديدة محليًا وكيف يتم (UHI) تسويقها؟ ما هي الاعتبارات التي تدخل في منهجيات التسعير الخاصة بهم؟ كيف تتفاعل صناعة التأمين المحلية مع الخصخصة المتزايدة للخدمات الصحية؟ ومن ناحية أخرى، كيف سيؤدي تنفيذ نظام الضمان الصحي الجديد إلى تغيير أداء معدلات الإصابة بالأمراض، ارتفاع متوسط الأعمار، وجودة الخدمات الطبية التي يقدمها نظام الرعاية الصحية في هذه البلدان



استراحة غداء وشبكات التعارف

٢:٣٠ إلى ٣:٣٠ مساءً

إنتهاء اليوم الأول

القهوة الترحيبية وشبكات التعارف

٨ إلى ٩ صباحًا

الجلسة السادسة - الاتجاهات والعوامل المؤثرة على تطوير منتجات التأمين الصحي مزايها وتسعيها

٩ إلى ١٠ صباحًا

يعد التأمين الصحي من بين أسرع الصناعات نموًا على مستوى العالم، وقد أدت جائحة كوفيد-١٩ إلى تسريع نموه في السنوات الثلاث الماضية. كما ساهم الوباء أيضًا في زيادة الوعي الصحي بين المستهلكين وتسريع الاعتماد الرقمي وتطور النظم البيئية للرعاية الصحية، مما سمح لشركات التأمين بإعادة اختراع نماذج أعمالها للتكيف مع الصناعة ذات التطورات السريعة.

إن المشهد العام لسوق التأمين الصحي تنافسي للغاية، كما أن إصلاحات الرعاية الصحية المستمرة تجعله أكثر جاذبية لصناعة التأمين. في هذه الجلسة، نقوم بتحديد ومناقشة الاتجاهات الرئيسية التي تشكل ابتكار منتجات التأمين الصحي، وعروض المزايا المقدمة، والتسعير وطريقة تسويق منتجات الضمان الصحي للأفراد والمؤسسات.



١٠ إلى ١١ صباحًا

الجلسة السابعة - كيف تعمل التكنولوجيا على «توثيق العلاقة بين التأمين والعلاء»

يمكن أن يعزى الطلب المتزايد على التأمين الصحي إلى الجهود التي تبذلها شركات التأمين الحديثة لتوسيع إمكانية الأفراد للوصول إلى التأمين، وتعزيز البساطة والشفافية. وقد أدى ذلك إلى اعتماد تقنيات مبتكرة للبقاء في صدارة المنافسة، بدءًا من الاكتتاب وحتى تحليل المخاطر، وقد استحوذت الرقمنة على العديد من عمليات التأمين. ساعدت روبوتات الدردشة أو المساعدين الافتراضيين التي تعمل بالذكاء الاصطناعي شركات التأمين على تخصيص خدمة العملاء. علاوة على ذلك، فإن خوارزميات الذكاء الاصطناعي إلى جانب نماذج تعلم الآلة تجعل الاكتتاب عملية فعالة ودقيقة، مما يمكن شركات التأمين من تخصيص المنتجات بناءً على بروفایل المخاطر الخاص بالعميل. كما أدى التكامل الرقمي في عمليات التأمين الصحي القياسية والحيوية، مثل إصدار البوليصة وإدارة المطالبات وعملية التجديد، إلى تبسيط الأمور، مما يضمن تجربة سلسة للعملاء. كما ساهم اعتماد البيانات الضخمة والذكاء الاصطناعي والتعلم الآلي والأتمتة وغيرها من الأدوات الرقمية إلى تغيير الطريقة التي تعمل بها شركات التأمين الصحي في العديد من البلدان. من إتاحة الفرصة لجميع للوصول للتأمين الصحي وخدمة المستفيدين بشكل أفضل إلى خفض التكاليف وتحسين النتائج الصحية الشاملة، أدى تمكين التكنولوجيا في التأمين الصحي إلى خلق مساحة جيدة ليس فقط لشركات التأمين ولكن لحاملي وثائق التأمين أيضًا. سنتناول هذه الجلسة الفرص الواعدة لكيفية تمكين التكنولوجيا لشركات التأمين من إعادة تشكيل وتعزيز التفاعل مع عملائها.



١١ إلى ١١:٣٠ صباحًا

استراحة قهوة وشبكات التعارف

الجلسة الثامنة - الأجندة التنظيمية والقضايا الإستراتيجية

١١:٣٠ صباحًا الى ١٢:٣٠ مساءً

التأمين الصحي هو قطاع يخضع للرقابة التنظيمية من قبل المصارف المركزية وهيئات التأمين، وبطريقة غير مباشرة، من قبل منظمي الخدمات الصحية أيضا. ولكل من هذه الهيئات أجنداته التنظيمية القوية، ويتفق كل منهما وكذلك صناعة التأمين على أن فجوة الحماية الصحية على مستوى السكان تشكل مصدر قلق. كما أن نفقات الرعاية الصحية المتزايدة تمثل ضغوطا كبرى بالنسبة للإنفاق الحكومي وشركات التأمين

لقد تم التركيز التنظيمي في الغالب على حوكمة شركات ومنتجات التأمين والإشراف عليها، وبدرجة أقل على تسهيل زيادة إنتشار التأمين الصحي الذي سيعود بالنفع على كل من الناس وصناعة التأمين نفسها

وكان الدافع الآخر للأنشطة التنظيمية الحالية هو وتيرة التغير التكنولوجي. تعكف الشركات والجهات التنظيمية على حدٍ سواء على دراسة الفرص والتحديات التي يطرحها الذكاء الاصطناعي والتعلم الآلي. وينظر إليها البعض على أنها قوة من أجل الخير من شأنها أن توفر قدرات أفضل للتعامل مع سلوك العملاء، وتدفع ابتكار المنتجات من خلال المساعدة في تقييم المخاطر. ويشعر آخرون بالقلق بشأن التأثير على المستهلكين، وخاصة أولئك الأكثر عرضة للخطر، والدور الهام الذي يجب أن تلعبه أخلاقيات التعامل مع البيانات على المدى المتوسط إلى الطويل أيضا، سيكون من المثير للاهتمام أيضًا مراقبة كيفية استخدام الهيئات التنظيمية للذكاء الاصطناعي في عملياتها وأنشطتها الإشرافية

ستنظر هذه الجلسة في المواضيع الرئيسية التي هي في أجندة الجهات التنظيمية والرقابية للتأمين الصحي، وكيف يجب على هذه الجهات وكذلك صناعة التأمين التفكير بشكل استراتيجي حول التعامل مع التحديات والفرص الجديدة في هذا المجال



١٢:٣٠ الى ١:٣٠ مساءً

الجلسة التاسعة - كيف تؤثر شيخوخة السكان على تصميم التأمين الصحي

إن التغيرات الديموغرافية، وخاصة زيادة متوسط الأعمار المقترن بانخفاض معدل المواليد، والتي تؤثر على عدد كبير من البلدان، هي من بين أهم العوامل الدافعة لارتفاع تكاليف القطاع الصحي. ويتجلى هذا بشكل أكثر وضوحًا في مجال الرعاية الطويلة الأجل والأمراض المرتبطة بالشيخوخة. سنتناول هذه الجلسة على وجه التحديد حجم التكاليف المالية والطاقة الاستيعابية النسبية التي تستهلكها الرعاية الصحية لكبار السن ضمن الأنظمة الصحية الوطنية، وكيف تتكيف أنظمة التأمين الصحي وتتعامل مع مثل هذه المخاطر



١١:٣٠ الى ٢:٣٠ مساءً

استراحة غداء وشبكات التعارف

الجلسة العاشرة - تسويق التأمين الصحي في الاقتصاد الرقمي

٢٠:٣٠ إلى ٣٠:٣٠ مساءً

يشهد العالم نماذج جديدة للتسويق والتوزيع الرقمي للتأمين الصحي في عالم ما بعد الوباء. تنظر شركات التأمين بشكل متزايد إلى الشراكات التجارية كحل لدمج خدماتها في أنظمة خدمات العملاء القائمة وتحسين تجربة العملاء. كما، هذه الشركات تتطلع إلى التواصل والتدخل مع العملاء قبل فترة طويلة من تقديم المطالبة، وتقديم الخدمات التي تتكامل مع نمط حياة العميل.

طبيعة التأمين الصحي تتغير. تعمل القنوات الرقمية للسماح بالتخصيص لكل فرد، ويتحول أسلوب سداد النفقات القديم نحو خدمات رقمية أكثر مرونة وتخصيصاً. وتوفر هذه الميزات قدرًا أكبر من المرونة والاختيار وشفافية التكلفة. كما أنها تزود شركات التأمين بالبيانات ووسائل الاتصال والفرص، وهي العناصر الأساسية للتحويل الرقمي. تعمل هذه التغييرات على جعل شركات التأمين تتكيف مع «المستهلك الرقمي» وتعزز تجربة في خدمات التأمين الصحي حيث يعمل التسويق الرقمي القائم على الذكاء (UX) المستخدم الاصطناعي وروبوتات الدردشة على تعزيز مشاركة المستهلك إلى أي مدى تعتمد شركات التأمين الصحي على الرقمنة في أنشطتها للتسويق وخدمة العملاء؟



٣٠:٣٠ إلى ٤٠:٣٠ مساءً

الجلسة الحادية عشر - إدارة المخاطر ومنع الاحتيال في التأمين الصحي

ما هي المخاطر المحتملة التي قد تواجهها شركات التأمين الصحي في عملياتها التجارية؟ كيف تقوم شركات التأمين الصحي بتقييم المخاطر، وكيف تساعد التكنولوجيا في ذلك؟ ماذا تفعل شركات التأمين الصحي بشأن حماية خصوصية بيانات العملاء وإدارة البيانات والأمن السبراني والحوكمة؟

وعلى الصعيد التجاري، ما الذي تفعله هذه الشركات لتقليل الاحتيال؟ تلعب صناديق الضمان الصحي، التي يشار إليها غالباً باسم «الصناديق العامة المنقذة للحياة»، دوراً حاسماً في رفاة الأفراد والسعي لتحقيق العدالة الاجتماعية. إن المطالبات الاحتيالية في الرعاية الطبية تقلل من «الأموال المنقذة للحياة»، وتقوض العدالة الاجتماعية وتؤثر على الاستقرار الاجتماعي. الاستخدام الاحتيالي للتأمين الصحي يستنزف الأموال المتاحة ويرفع تكلفة الرعاية الصحية وهو ما يمثل تحدياً مالياً كبيراً. إن المستشفيات والصيدليات ومقدمي الرعاية الصحية والموزعين والدافعين - الأطراف الأكثر تأثراً بالاحتيال في مجال الرعاية الصحية - كلها متضررة في حالات الإحتيال على التأمين الطبي. يتضمن الاحتيال في مجال الرعاية الصحية إصدار فواتير مقابل خدمات لم يتم تقديمها أو غير ضرورية، أو التحريف، أو الإغفال المتعمد الذي يعتبر ضرورياً في تحديد المزايا التي سيتم دفعها، والفوترة المتكررة، وإعادة إدخال المرضى للمستشفى، وممارسة العمولات، والتوزيع غير المبرر لخدمات الرعاية الصحية والأدوية.

تعمل بعض الجهات الرقابية ومقدمي التأمين الصحي على نماذج تكتشف تلقائياً الاحتيال من مطالبات التأمين الصحي باستخدام تحليلات التعلم العميق والآلة الخاضعة للإشراف. ما هي أهم الإنجازات والحلول التي تمت في هذا المجال؟



إنهاء اليوم الثاني

القهوة الترحيبية وشبكات التعارف

٨ إلى ٩ صباحًا

الجلسة الثانية عشر - تطور التأمين الصحي الرقمي

٩ إلى ١٠ صباحًا

ستركز هذه الجلسة على كيفية قيام البيانات والذكاء الاصطناعي والتعلم الآلي والأجهزة الطبية القابلة للارتداء بإعادة تشكيل إدارة الرعاية الصحية والعمليات وتجربة المستخدم. لقد أحدث الاكتتاب التأميني ثورة كبيرة بفضل الذكاء الاصطناعي والتحليلات وحيث يتم تمكين التسعير الديناميكي عن طريق الأتمتة

كما أدت جائحة كوفيد-١٩ إلى تسريع اعتماد خدمات دعم الصحة عن بعد مثل الاستشارات الافتراضية والمراقبة عن بعد والأدوات الرقمية لمشاركة المرضى بعد انقطاع الرعاية الصحية الشخصية

علاوة على ذلك، توسعت خدمات القيمة المضافة المدرجة في وثائق التأمين الصحي من تقديم الدعم عند نقطة المطالبة (مثل الحصول على رأي طبي ثان) إلى توفير المزايا المرتبطة بنمط الحياة مثل الفحص الصحي المبكر ودعم الصحة العقلية

لقد أصبح نهج الاكتتاب في التأمين الطبي السائد بشكل متزايد مزيجًا بين المحركات والاكتتاب التقليدي. يتم تقييم الطلبات أولاً (rule-based) التوجيهية القائمة على القواعد بواسطة محركات آلية تعتمد على القواعد التوجيهية والتي تكون عادةً قادرة على معالجة الطلبات القياسية والبسيطة. تتم بعد ذلك مراجعة الطلبات التي لا يمكن معالجتها بواسطة المحركات التوجيهية القائمة على القواعد من قبل شركات التأمين أو إحالتها إلى شركات إعادة التأمين

تستكشف هذه الجلسة آفاق تطور التأمين الصحي الرقمي على المدى القريب والمتوسط وسط التحول العالمي الذي نشهده إلى الحياة الرقمية



١٠ إلى ١١ صباحًا

الجلسة الثالثة عشر - الثقافة الصحية وأثرها على نظام الرعاية الصحية والتأمين الصحي

بساطة، تتعلق المعرفة الصحية بكيفية تلقي المعلومات الصحية وتفسيرها والتصرف بناءً عليها. ويمكن القول بأنها مهارة حياتية. ولأننا جميعًا بحاجة إلى أن نعيش حياة صحية لنا ولأحبائنا، فإن هذه المهارة الحياتية ضرورية للغاية. منذ عام ١٩٩٩، تم اعتماد شهر أكتوبر باعتباره شهر الثقافة الصحية. الهدف هو رفع مستوى الوعي حول أهمية المعلومات الصحية المفهومة. على هذا النحو، تشير المعرفة الصحية إلى قدرة الأفراد على فهم المعلومات المهمة المتعلقة بالصحة مثل كميات الجرعات، وإستمارة الموافقة، والمختبرات، وغيرها من الأشكال الشائعة للمصطلحات الطبية. نظرًا لأن المعلومات الطبية تؤثر على قدرة المريض على فهم علاجه والدفاع عن نفسه، غالبًا ما يرتبط ضعف المعرفة الصحية بنتائج صحية سيئة. إن الافتقار إلى المعرفة الصحية يمكن أن يؤدي إلى العديد من النتائج الصحية السيئة، بما في ذلك زيادة حالات العلاج في المستشفيات، في حين أن المعرفة الصحية يمكن أن تساعدنا في منع المشاكل الصحية، وحماية صحتنا، وإدارة المشاكل الصحية بشكل أفضل عند ظهورها. بالإضافة إلى ذلك، فإن معظم الأمراض المزمنة هي في الأساس مشاكل اجتماعية. أمراض القلب والأوعية الدموية، والسرطان، وأمراض الرئة المزمنة، والسكري مسؤولة وحدها عن حوالي ٧٥٪ من الوفيات في العديد من البلدان. لكن هذه الأمراض ليست مشكلة الطبيب والمريض فقط؟ وبدلاً من وصف الدواء، قد يكون من الأفضل حث الناس والمساعدة في إنشاء مجموعات إجتماعية لإنفاص الوزن وتعزيز الرياضة والنشاط الجسمي. السؤال الذي نود أن نتناوله في هذه الجلسة هو: ما حجم استثمار الحكومات والقطاعات الصحية في «محو الأمية الصحية» كإجراء وقائي ودمجه في المناهج المدرسية الوطنية؟ وما هي الآثار المترتبة على تكلفة مجتمع «الأمية الصحية» على خطط التأمين الصحي؟



١١:٣٠ صباحًا الى ١٢:٣٠ مساءً

الجلسة الرابعة عشر - «الأتمتة» والاستراتيجيات المبنية على البيانات لتعزيز إدارة مطالبات التأمين الصحي

تحتوي المطالبات الصحية على ثروة من المعلومات التي يمكن تحويلها إلى رؤى قيمة لشركات التأمين. وتتجاوز إمكانات التحليلات في هذا المجال إدارة المطالبات، مما يساعد صناعة التأمين على تقليل الاحتيال وجعل مدفوعات الرعاية الصحية أكثر شفافية. في السنوات الأخيرة، برز الذكاء الاصطناعي كعامل مغير لقواعد اللعبة في مختلف الصناعات، ومجال التأمين الصحي ليس استثناءً. ويتم الاستفادة من الذكاء الاصطناعي في بعض البلدان لتحويل النهج التقليدي لإدارة المطالبات، مما يؤدي إلى تحقيق كفاءة ودقة وفعالية من حيث التكلفة غير مسبوقة. غالبًا ما يؤدي التعامل اليدوي مع المطالبات، إلى جانب تعقيدات التحقق من المستندات الطبية وتقييم الأهلية، إلى التأخير والأخطاء. مع تزايد الطلب على التأمين الصحي، تصبح الحاجة إلى نهج أكثر بساطة وتقدها من الناحية التكنولوجية أمرًا ضروريًا - أتمتة الرعاية الصحية ومعالجة المطالبات الطبية. إن تكامل تحليلات البيانات ونماذج التعلم الآلي (بما في ذلك تحليل المرضى، وتحليلات البيانات غير المنظمة، والنمذجة التنبؤية والأدوات القائمة على الذكاء الاصطناعي) يمكن شركات التأمين من تحسين وتسريع دورات التسوية، والتعرف على المخاطر، وتقليل معدلات الاحتيال. وباستخدام أدوات التحليل المناسبة، يمكن لبيانات المطالبات الصحية أن تساعد شركات التأمين على تحسين عروضها. ما الذي يتطلبه الأمر للتحويل للأتمتة في عملية تسوية المطالبات الطبية الآلية في الوقت الفعلي (real-time) والمعتمدة على البيانات في شركات التأمين؟



١٢:٣٠ الى ١:٣٠ مساءً

الجلسة الخامسة عشر - تزايد السمنة والأمراض المزمنة وانعكاساتها على التأمين الصحي

تعتبر السمنة واحدة من أهم وأسرع المخاطر التي تواجه الجهات التي تقدم التأمين الصحي. على الصعيد العالمي، تضاعفت السمنة ثلاث مرات خلال الـ ٤٥ عامًا الماضية فقط، وتُصنّف باستمرار كواحدة من أكبر مخاطر الوفيات والمرض. وقد برز أيضًا كأحد عوامل الخطر الرئيسية للحالات الشديدة من فيروس كورونا. في حين أن معدل السمنة المتزايد بشكل حاد حدث بدأ في الدول الأكثر ثراءً، فقد أصبح الآن وباءً عالميًا لأن استراتيجيات الصحة العامة والجهود الأخرى لعكس هذا الاتجاه كانت غير فعالة إلى حد كبير. ومن ناحية أخرى، تساهم الحالات المزمنة، بما في ذلك أمراض القلب والسكتة الدماغية والسرطان والسكري ومقدمات السكري، في ٩٠٪ من الإنفاق على الرعاية الصحية في بعض البلدان. وعلى سبيل المثال، يعاني ٦ من كل ١٠ بالغين في الولايات المتحدة من مرض مزمن، و٤ من كل ١٠ يعانون من مرضين أو أكثر، وقد تؤدي هذه النفقات إلى إلحاق خسائر مالية بالناس والحكومات وشركات التأمين الصحي. ومن المتوقع أن يرتفع هذا الإنفاق في السنوات المقبلة، مع تقدم جيل الألفية، الذي يشكل الآن غالبية القوى العاملة اليوم، في السن ويصبح أكثر عرضة لخطر الإصابة بالأمراض المزمنة. في الواقع، كشف تقرير حديث أن ٤٤٪ من جيل الألفية قد تم تشخيص إصابتهم بحالة مزمنة واحدة على الأقل. يمثل الـ ١٪ الأكثر تكلفة من المرضى ٢٠٪ من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة، في حين يستهلك عشرة بالمائة من السكان ٦٣٪ من إجمالي دولارات الرعاية الصحية في البلاد. الأشخاص الذين يعانون من ثلاثة أو أكثر من حالات الأمراض المزمنة يندرجون عمومًا ضمن فئة ١٪. ستدرس هذه الجلسة الآثار المترتبة على هذه الموجة المتزايدة من السمنة في جميع أنحاء العالم، بالإضافة إلى التكاليف الكبيرة للأمراض المزمنة على ميزانيات الرعاية الصحية الوطنية ورحبة صناديق التأمين الصحي



الجلسة السادسة عشر - هل نحن مستعدون للتغطية التأمينية للجائحة مستقبلاً؟

١١:٣٠ الى ٢:٣٠ مساءً

جلبت جائحة كوفيد-١٩ تحديات جديدة لقطاع الصحة بأكمله في جميع أنحاء العالم. لم يكن لدى شركات التأمين الصحي أي تغطية فيما يتعلق بالأمراض الوبائية. لقد استخدموا شروطاً وقائية نظراً لأن المخاطر كانت معقدة جداً ومرتبعة أيضاً. إلا أن هذا الوباء قد دفع بعض شركات التأمين لدراسة التغطيات المستقبلية لهذه المجموعة من المخاطر لتقدير التكاليف المرتبطة بالعلاجات الطبية للأوبئة المستقبلية، وذلك باستخدام فيروس كورونا الأخير كمثال جيد. وكجزء من تلك الدراسات، تم عمل تقديرات لتكاليف التأمين، باستخدام كل من المحاكاة والبيانات المتعلقة بالإجراءات مثل العلاج في المستشفيات، والاختبارات - المتعلقة بجائحة كوفيد-١٩. ومن خلال ذلك، أمكن معرفة عدد أسرة المستشفى التي يشغلها المرضى كل يوم، وبالتالي معرفة عدد حالات الاستشفاء التي تم تقدير تكاليفها من قبل شركات التأمين. ونظراً لأنه من المستحيل التنبؤ بخصائص أية وباء مستقبلي، فبالإضافة إلى خصائص كوفيد-١٩، تم إجراء اختبارات الإجهاد أيضاً لتقييم الحالات الأكثر خطورة. إن الفترة الزمنية بين الأوبئة عالمياً في التناقص، ويرجع ذلك أساساً إلى تغير المناخ والتوسع الحضري والعولمة. في ظل هذه المحاولات والمعلومات التي توفرت والسعي لتحسين خدمات التأمين، هل ستمكن صناعة التأمين من تغطية الجائحة القادمة؟



٢:٣٠ الى ٢:٤٥ مساءً

توصيات المؤتمر والختام

إنهاء اليوم الأول