الدورة التدريبية: إدارة التأمين الصحي والمطالبات: الفهم العميق والتعامل الفعال وتحقيق الكفاءة والدقة

14 - 18 ديسمبر 2026
ميلان
5900 € (للشخص الواحد)
Ref: #HOS5682_338550

مقدمة الدورة التدريبية / لمحة عامة:

تُعد إدارة التأمين الصحي والمطالبات محوراً أساسياً لنجاح المؤسسات الصحية والجهات المعنية في القطاع الصحي، لما لها من تأثير مباشر على الإيرادات، التدفقات النقدية، ورضا العملاء. فالفهم العميق لتعقيدات سياسات التأمين، وإجراءات المطالبات، وآليات السداد، أصبح ضرورة ملحة لضمان الكفاءة التشغيلية والدقة المالية. يقدم BIG BEN Training Center هذه الدورة التدريبية الشاملة لتزويد المشاركين بالمعرفة والمهارات اللازمة للتعامل بفعالية مع جميع جوانب التأمين الصحي والمطالبات. تتناول الدورة مفاهيم مثل أنواع خطط التأمين، ترميز الإجراءات الطبية والتشخيصات (ICD-10, CPT)، إعداد وتقديم المطالبات، إدارة الرفض والاستئناف، التسويات المالية، ودور التكنولوجيا في أتمتة هذه العمليات. نستلهم في هذه الدورة من رواد الفكر في إدارة الرعاية الصحية والتمويل، مثل البروفيسور Michael E. Chernew، الذي تركز أبحاثه على اقتصاديات الرعاية الصحية وتمويلها، والتي تؤكد على أهمية الإدارة المالية السليمة في القطاع الصحي. سيتعلم المشاركون "من الألف الى الياء" كيفية تبسيط دورات الإيرادات، تقليل الأخطاء في المطالبات، وتحسين الامتثال للوائح، كل ذلك بهدف نهائي يتمثل في تعزيز الاستقرار المالي للمؤسسات، وتحسين جودة الخدمة المقدمة للمرضى، وضمان الكفاءة والدقة في التعاملات التأمينية.

الفئات المستهدفة / هذه الدورة التدريبية مناسبة لـ:

- مدراء الأقسام المالية في المستشفيات والمراكز الصحية.
- مسؤولو المطالبات والتسويات التأمينية.
- أخصائيو ترميز الإجراءات الطبية والتشخيصات.
- محاسبو المستشفيات والعاملون في دورة الإيرادات.
- مدراء وعاملو خدمة العملاء في شركات التأمين الصحي.
- موظفو إدارات الدخول والخروج في المنشآت الصحية.
- مدراء العيادات والمراكز الطبية.
- مسؤولو العقود مع شركات التأمين.
- الأطباء والإداريون المهتمون بفهم الجوانب المالية للتأمين.
- محللو البيانات المالية في القطاع الصحي.

القطاعات والصناعات المستهدفة:

- المستشفيات العامة والخاصة.
- شركات التأمين الصحي وإعادة التأمين.
- العيادات والمراكز الطبية المتخصصة.
- المختبرات الطبية ومراكز الأشعة.
- شركات إدارة المطالبات والخدمات الإدارية الصحية.
- هيئات الرعاية الصحية الحكومية.
- مراكز رعاية المسنين وإعادة التأهيل.
- شركات تطوير البرمجيات الصحية.
- مكاتب الاستشارات الطبية والإدارية.
- الصيدليات الكبرى.

الأقسام المؤسسية المستهدفة:

- القسم المالي.
- دورة الإيرادات (Revenue Cycle).
- إدارة المطالبات (Claims Management).
- خدمة العملاء.
- الترميز الطبي (Medical Coding).
- القبول والتسجيل.
- العقود والتسويق.
- تقنية المعلومات.
- إدارة الجودة.
- التخطيط الاستراتيجي.

أهداف الدورة التدريبية:

بنهاية هذه الدورة التدريبية، سيكون المتدرب قد أتقن المهارات التالية:

- فهم عميق لأنواع خطط التأمين الصحي وآلياتها.
- إتقان ترميز الإجراءات الطبية والتشخيصات بدقة.
- إعداد وتقديم المطالبات التأمينية بكفاءة.
- تحليل أسباب رفض المطالبات ووضع استراتيجيات للاستئناف.
- تحسين دورة الإيرادات وتقليل الخسائر المالية.
- التفاوض بفعالية على العقود مع شركات التأمين.
- تطبيق أفضل الممارسات في الامتثال للوائح التأمين.
- استخدام الأنظمة التكنولوجية في إدارة المطالبات.
- تحليل البيانات لتحسين الأداء المالي.
- تعزيز التواصل بين مقدمي الرعاية وشركات التأمين.

منهجية الدورة التدريبية:

تعتمد هذه الدورة التدريبية على منهجية تجمع بين المعرفة النظرية والتطبيق العملي لضمان اكتساب المشاركين فهماً عميقاً ومهارات قابلة للتنفيذ في إدارة التأمين الصحي والمطالبات. تبدأ الدورة بتقديم نظرة شاملة على الأنظمة الأساسية للتأمين الصحي وأنواعه المختلفة، مع التركيز على دورة الإيرادات في المؤسسات الصحية. يتم التركيز بشكل كبير على دراسات الحالة الواقعية لمستشفيات وشركات تأمين نجحت في تبسيط عمليات المطالبات وتحقيق كفاءة مالية عالية، مما يتيح للمشاركين تحليل الاستراتيجيات المتبعة والدروس المستفادة. تتضمن الدورة ورش عمل تفاعلية مكثفة وتمارين محاكاة عملية، حيث يتم تدريب المشاركين على ترميز الحالات الطبية، إعداد المطالبات، معالجة المرفوض، وتسوية الحسابات. كما يتم تشجيع العمل الجماعي وتبادل الخبرات بين المشاركين، مما يثري النقاش ويوفر منظورات متنوعة لتحديات إدارة التأمين والمطالبات. يقدم مدربو BIG BEN Training Center ذوو الخبرة الواسعة في مجال التأمين الصحي والمالية تغذية راجعة مستمرة ومباشرة، لضمان استيعاب المفاهيم وتطبيقها الصحيح. تهدف المنهجية إلى تمكين المشاركين من تحسين الأداء المالي لمؤسساتهم، مما يؤدي إلى زيادة التدفقات النقدية، تقليل الأخطاء، وتعزيز العلاقات مع شركات التأمين والمرضى، وضمان الكفاءة والدقة في التعاملات التأمينية.

خريطة المحتوى التدريبي (محاور الدورة التدريبية):

الوحدة الأولى: أساسيات التأمين الصحي ودورة الإيرادات.

- مفهوم التأمين الصحي وأنواعه (حكومي، خاص، اجتماعي).
- هيكل سوق التأمين الصحي والجهات الفاعلة.
- دورة الإيرادات في المؤسسات الصحية: من التسجيل إلى السداد.
- أهمية إدارة دورة الإيرادات في الاستقرار المالي.
- المفاهيم الأساسية للتغطية التأمينية والخصومات.
- دور تكنولوجيا المعلومات في دورة الإيرادات.
- مقدمة عن المعايير واللوائح المنظمة.

الوحدة الثانية: الترميز الطبي وأنظمة التصنيف.

- مقدمة إلى أنظمة الترميز الطبي (ICD-10-CM، CPT، HCPCS).
- تطبيق قواعد الترميز الصحيحة للتشخيصات والإجراءات.
- تأثير دقة الترميز على المطالبات والسداد.
- التعامل مع التوثيق الطبي لضمان الترميز الصحيح.
- التحديثات المستمرة في أنظمة الترميز.
- الأخطاء الشائعة في الترميز وكيفية تجنبها.
- دور المراجعين والمُدققين في الترميز.

الوحدة الثالثة: إعداد وتقديم المطالبات.

- متطلبات إعداد المطالبة الصحية (Claim submission).
- أنواع نماذج المطالبات ومعاييرها (مثل CMS-1500، UB-04).
- التقديم الإلكتروني للمطالبات (Electronic Claim Submission).
- التأكد من اكتمال ودقة المعلومات في المطالبات.
- تتبع حالة المطالبات ومتابعتها.
- إدارة المطالبات الجماعية (Batch Claims).
- التعامل مع المطالبات الأولية والثانوية.

الوحدة الرابعة: إدارة رفض المطالبات والاستئنافات.

- تحليل أسباب رفض المطالبات الشائعة.
- استراتيجيات التعامل مع الرفض (Denial Management).
- عملية الاستئناف (Appeals Process) خطوة بخطوة.
- أهمية التوثيق الدقيق لدعم الاستئنافات.
- تحليل بيانات الرفض لتحسين العمليات المستقبلية.
- التواصل الفعال مع شركات التأمين.
- بناء فريق متخصص لإدارة الرفض.

الوحدة الخامسة: التسويات المالية والامتثال.

- فهم آليات السداد من شركات التأمين.
- المصالحة بين المطالبات والسداد.
- إدارة المبالغ المستحقة غير المسددة (Accounts Receivable).
- الامتثال للوائح والقوانين المتعلقة بالتأمين الصحي.
- أخلاقيات التعامل مع المطالبات والمعلومات.
- تحسين التدفقات النقدية للمؤسسة.
- التحليل المالي لدورة الإيرادات وتحسين الأداء.

الأسئلة المتكررة:

ما هي المؤهلات أو المتطلبات اللازمة للمشاركين قبل التسجيل في الدورة؟

لا توجد شروط مسبقة.

كم تستغرق مدة الجلسة اليومية، وما هو العدد الإجمالي لساعات الدورة التدريبية؟

تمتد هذه الدورة التدريبية على مدار خمسة أيام، بمعدل يومي يتراوح بين 4 إلى 5 ساعات، تشمل فترات راحة وأنشطة تفاعلية، ليصل إجمالي المدة إلى 20-25 ساعة تدريبية.

سؤال للتأمل:

في ظل التطورات السريعة في تكنولوجيا الرعاية الصحية وزيادة تعقيد الخدمات الطبية، كيف يمكن لمؤسسات الرعاية الصحية تبني أنظمة تأمين ومطالبات تظل مرنة وقادرة على التكيف مع هذه التغيرات، مع ضمان الدقة المالية القصوى وتجربة سلسة للمريض؟

ما الذي يميز هذه الدورة عن غيرها من الدورات؟

تتميز هذه الدورة بتركيزها المتخصص والعميق على إدارة التأمين الصحي والمطالبات، مما يجعلها مختلفة عن الدورات العامة في الإدارة المالية أو التشغيلية. نحن نقدم للمشاركين نهجًا شموليًا يجمع بين الأطر النظرية المتقدمة وأفضل الممارسات التطبيقية المخصصة لتحديات القطاع الصحي. يتميز المحتوى بتقديم دراسات حالة واقعية لمؤسسات صحية وشركات تأمين نجحت في تحسين كفاءة عمليات المطالبات ودورة الإيرادات، مما يتيح للمشاركين تطبيق المفاهيم المكتسبة مباشرة على سياقاتهم. نركز على تزويد المتدربين بمهارات عملية لترميز دقيق، تقديم مطالبات فعالة، إدارة الرفض بذكاء، وتحسين التسويات المالية، بالإضافة إلى استراتيجيات لتعزيز الامتثال. الدورة مصممة لتمكين المهنيين من إتقان الجوانب المعقدة للتأمين والمطالبات، مما يساهم في تعزيز الأداء المالي للمؤسسة وتحقيق أعلى مستويات الدقة والكفاءة.