جامعة الدكتور مولاي الطاهر _سعيدة_
كلية الحقوق والعلوم السياسية
قسم العلوم السياسية

سياسة التأمين الصحي في الجزائر دراسة حالة صندوق الضمان الإجتماعي للعمال الأجراء ولاية سعيدة

مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر في شعبة العلوم السياسية تخصص السياسات العامة و التنمية

من إعداد الطلبة:
* بيضة أسية
* سهلة حنان

الأستاذ:
*أ/ شيخاوي احمد

أعضاء لجنة المناقشة

— الأستاذ موكيل عبد السلام	رئيساً
— الأستاذ شيخاوي أحمد	مشرفاً ومقرراً
— الأستاذ إدريس عبد الصمد	عضواً مناقشاً

المـــوســـم الجامعي: 1436هـ /1437 هـ 2015م/2016م

شكر و تقدير

قال رسول الله صلى الله وسلم "من صنع لكم معروفا فكافئوه فان لم تجدوا ما تكافئوه به فادعوا له حتى ترى أن قد كافأتموه" صدق رسول الله الكريم عليه الصلاة والسلام

بكل ممنونية وعرفان نتقدم بالشكر الجزيل الى من كان عونا لانجاز هذا العمل المتواضع

أستاذنا الفاضل شيخاوي احمد لتفضله بالإشراف على هذا العمل ولما له من جهود فاضلة جزاه الله عنا أفضل جزاء

كما لا يفوتنا أن نشكر أعضاء اللجنة المناقشة لقبولهم مناقشة هذا العمل

والى كل من ساعدنا في انجاز هذا العمل المتواضع من قريب آو بعيد

إهداء

أهدي ثمرة جهدي

إلى أغلي هدية أهداني إياها الله عزوجل إلى من لايمكن للكلمات أن توفي حقها إلى من لا يمكن يمكن لأرقام أن تحصي فضائلها نور عيني "أمي"

إلى الدرع الواقي والكنز الباقي إلى من جعل العلم منبع اشتياقي لك أقدم وسام الاستحقاق " أبي" الغالي

إلى جدي حبيب قلبي أنار بنوره الدرب جزاه الله خيرا

إلى من كانت بمثابة الأم الثانية دعت لي كثيرا و العرفان خالي بلعربي شيخ بمساعدته في عملي هذا

إلى كل عائلة بيضة وبلخير

إلى كل زميلاتي وزملاء في الدراسة

آسية

إهداء

اهدي ثمرة جهدي إلى التي علمتني أن المرأة بلا علم كالمحارب بدون سلاح

إلى التي علمتني بعطفها وحنانها وعطائها إليك "أمي العزيزة "

إلى الذي ساندني في مشواري وشجعني لبلوغ هدفي اعز ما املك في الحياة أبي الغالي

إلى التي كرست جهدها لي رمز الأخلاق و المبادئ

إلى مثلي الأعلى وقدوتي في الحياة أختي العزيزة "نعيمة "حفظها الله

إلى من عاشت معهم طفولتي وتقاسمت معهم ذكرياتي وساندوني في مشواري اخوي

"مصطفى" وعبد الكريم" حفظهم الله

إلى صديقاتي لواتى عشت معهم أحلى أوقاتي

إلى رفيقاتي دربي طيلة سنوات الجامعة

إلى من قاسمتني هذا العمل بيضة أسيا

إلى كل من قدم لي يد العون من قريب أو بعيد واخص بالذكر" وسيلة" "عبد الهادي بوري"

إلى جميع الأهل والأقارب والى كل من حواهم قلبي ونسيهم قلمي

إلى جميع الأساتذة الذين ساندوني في مشواري وجميع طلبة العلوم السياسية خاصة تخصص

سياسات عامة والتنمية

حنان

مقدمـــــــــة

تحتل الصحة مكانة أساسية لدى كل فرد، فهي تعتبر حق أساسي من حقوق الإنسان لاغني عنه، ويحق لكل إنسان ان يتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه ويفضي إلى العيش بكرامة، لذا تقوم الدول المعاصرة بترقية التغطية الصحية للأفراد في ايطار السعي لبلوغ مايسمى الرفاه من خلال طرق عدة مثل وضع سياسات صحية ملائمة ، بناء مؤسسات صحية، تقديم خدمات لائقة، ووضع الأنظمة اللازمة للاستفادة من الخدمات الصحية كنظام التأمين الصحي ويعتبر هذا الأخير أهم فروع التامين الاجتماعي، حيث يعنى بخطر المرض الذي يصيب الإنسان بصورة عامة سواء كان عاملا آم لا.

وعلى الرغم من أن الدولة مسؤولة عن تقديم العلاج بصورة مجانية استنادا إلى حقوق المواطنة، إلا إن الارتفاع في تكلفة العلاج يجعل الدولة غير قادرة على توفيره بصورة شاملة عبر مستشفياتها ومراكزها العلاجية.

فالتأمين الصحي كمنظومة شأنه شأن التأمين الاجتماعي يقوم على نظرية الأعداد الكبيرة في الاشتراك وفلسفة التكافل الاجتماعي في التحمل نفقاته واعتماده على التمويل الذاتي من اشتراكات المساهمين مقابل تقديم الخدمات الصحية لهم و لعائلاتهم، فهو يعتبر أهم آليات إيصال الرعاية الصحية ووسيلة رئيسية في تغطية تكاليفها.

أسباب اختيار الموضوع :

أولا الأسباب الذاتية :

تنبع رغبتنا الذاتية في اختيار موضوع سياسة التأمين الصحي في الجزائر من صميم تطلعاتنا العلمية ومن عمق تخصصنا الأكاديمي، كما يشكل الموضوع قيد الدراسة اهتماما خاصا في نفسيتنا و

كذلك إرادتنا في معالجة مثل هذه المواضيع ، والتي تعتبر الشغل الشاغل لصناع السياسات الاجتماعية العامة.

معايشتنا للواقع لمعانات المستهلكين من سوء التكفل بهم على مستوى المؤسسات الصحية سواء من طرف الفئة المؤمنة بتقديم خدمات تتناسب مع اشتراكاتهم المستمرة في هياكل الضمان الاجتماعي أو الفئة الأخرى التي تستفيد من العلاج المجاني.

ثانيا الأسباب الموضوعية :

1-المبررات الموضوعية تتمثل في النقص الواضح الذي تعانيه مكتبة العلوم السياسية في مجال الدراسات المتخصصة المتعلقة بالتأمينات الاجتماعية وخاصة التأمين الصحي بالإضافة أيضا إلى حداثة الموضوع ومحدودية الدراسات و الأبحاث في هذا المجال خاصة تلك المرتبطة بواقع معين مثل حالتنا في الدراسة.

2-تدعيم الدراسات السابقة و محاولة تعميق و تشخيص واقع التأمين الصحي في الجزائر.

أهمية الموضوع :

إن الموضوع محل الدراسة يكتسب أهمية كبيرة من جانبين رئيسين هما العلمية و العملية

وسنتطرق لكل جانب على حدى :

أولا: الأهمية العلمية.

تبرز أهمية هذه الدراسة من أهمية الموضوع كونه يتعرض لقطاع مهم له انعكاسات كبيرة على حياة الإنسان هو قطاع التأمين الصحي فمن الناحية النفسية فهو يحد من الخوف الناجم عن فقدان العمل نتيجة المرض أو العجز.

أما من الناحية الاجتماعية فان التأمين الصحي بما فيه من آلية تكافلية يمكن الأفراد من تلقي الخدمات اللازمة ذات تكلفة بمبالغ معقولة، كذلك التأكيد على حق الفرد في الحصول على الخدمات الصحية و تحقيق العدالة و المساواة وصولا إلى الهدف الأساسي المتمثل في توفير الصحة للجميع .

ثانيا: الأهمية العملية

إن الشعور بالأمن والضمان الاجتماعين مطلب من متطلبات تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ولابد لهذا الشعور أن يكون عمليا لامجرد شعارات، وذلك من خلال مساهمة الكل بجدية لتحقيق أهداف التأمين للأفراد و المجتمع، وإدخال إصلاحات في مجال الصحة بالخصوص قطاع التأمين الصحي .

توزيع مراكز الدفع على كامل الولاية وهذه الأخيرة التي من شانها المساهمة في رفع المشقة والغبن على المواطنين .

أهداف الدراسة:

تتمثل أهداف اختيار الموضوع في:

1- تسليط الضوء على مدى اهتمامات الحكومة بقطاع التأمينات الصحية.

2- كيفية مساهمة الصندوق الضمان الاجتماعي في التغطية الصحية الجيدة للمواطنين و الأفراد.

3- تحقيق الأمن الصحي الذي يعتبر عاملا مهما في تحقيق التنمية الشاملة.

4- تزويد الباحثين بمبادرة معرفية تتصل بالواقع المعاش حول التامين الصحي.

أدبيات الدراسة:

إن الدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع كانت قليلة جدا بل و نادرة في بعض الأحيان واهم هذه الأدبيات التي تصب في لب الموضوع اعتمدنا على مايلي :

1_ محمد زيدان و محمد يعقوبي، **فعالية الموارد التمويلية للمؤسسات التأمين الاجتماعي الجزائري في تحقيق السلامة المالية لنظام الاجتماعي**، ورقة مقدمة في الملتقى الدولي بعنوان الصناعة التأمينية الواقع العلمي وأفاق التطوير_تجارب الدول، جامعة الشلف، (03_2012/12/04) ، تطرقت هذه المداخلة إلى دراسة عنصر التمويل قطاع التأمينات الاجتماعية في الجزائر، وهذا من خلال استعراض أهم المصادر المتاحة لتوفير الموارد المالية للمؤسسات العامة فيه و مدى قدرة هذه المصادر على تحقيق التوازن المالي، و استنتجت أن نظام التأمينات الاجتماعية يعتمد أساسا على الاقتطاعات المؤمنين كمصدر للتمويل وتلعب هذه الاقتطاعات دورا مهما في الحفاظ على سلامة مؤسسات هذا القطاع.

2_ بن زيدان فاطمة الزهراء وقطاب فالحة، **واقع تسويق خدمات التأمين الصحي بالجزائر** ورقة مقدمة في الملتقى الدولي بعنوان الصناعة التأمينية الواقع وأفاق التطوير_تجارب الدول جامعة الشلف ، (03_2012/12/04)، تناولت هذه المداخلة واقع التأمينات الاجتماعية في الجزائر و أهم العراقيل التي تواجهها و الجهود المبذولة في هذا القطاع وأثرها على الاقتصاد، واستنتجت انه رغم المجهودات التي قامت بها الجزائر من اجل عصرنة منظومة الحماية الاجتماعية إلا أن الوضعية الحالية لصندوق الوطني للضمان الاجتماعي تدعو إلى التفكير في البدائل أخرى كمصدر لتمويل صناديق ضمان الاجتماعي للحفاظ على ديمومتها.

3_ بن دهمه هوارية، **الحماية الاجتماعية في الجزائر دراسة تحليلية لصندوق الضمان الاجتماعي (دراسة حالة صندوق الضمان الاجتماعي تلمسان)** ، مذكرة ماجستير كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير جامعة، تلمسان، (2015/2014)، حاولت هذه الدراسة تسليط الضوء على موضوع الحماية الاجتماعية في الجزائر من خلال الأسس ومعايير وتوضيح الموارد التمويلية لصندوق الضمان الاجتماعي وكذا التغطية التي تقوم بها واستنتجت أن نظام الضمان الاجتماعي الجزائري يعتمد على

اقتطاعات المؤمنين كمصدر للتمويل وتلعب هذه الاقتطاعات دورا مهما في الحفاظ على التوازن المالي لمؤسسات هذا القطاع .

4 –بن سعده كريمة، **تسير صناديق الضمان الاجتماعي في الجزائر دراسة حالة cnas** فرع تسير الميالة العامة، جامعة تلمسان، (2010-2011) ولقد تناولت فيها واقع تسير صناديق الضمان الاجتماعي في الجزائر حيث استنتجت أنها تعتبر هيئات عمومية ذات تسيير خاص إذ أنها تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلالية المالية وتحمل الصفة التجارية في تعاملها مع الغير وتمسك محاسبة تجارية .

مشكلة البحث:

إن التأمين الصحي يعد مكسبا كبيرا، لكنه يعرف صعوبات جمة أهمها المالية كون النظام لا يستطيع فرض توازنه المالي بسب النفقات المتزايدة مع انحصار الإيرادات التي تعرف بدورها تزايدا مستمرا، ومن ثم اكتسب الضمان الاجتماعي الأهمية الاقتصادية حيث تترجم هذه العلاقة بحث عن استمرارية الموارد، و بالتوزيع العادل لها من خلال تعويضات عينية ونقدية لتحقيق التكافل الاجتماعي، و حماية الطبقات الفقيرة في المجتمع بتقديم الدعم المادي و المعنوي لهم فيما يخص الأخطار المؤكدة الوقوع ومن هذا المنطلق نطرح الإشكالية التالية:

-ما مدى توفير صندوق الضمان الاجتماعي للتغطية الصحية العمومية في الجزائر ؟

تحت الإشكالية تتدرج مجموعة من الأسئلة الفرعية :

ما مفهوم التأمينات الاجتماعية وماهي أهميتها ؟

- مالمقصود بالتأمين الصحي وماهي أهدافه ؟
- ماهي المراحل التي مر بها التأمين الصحي في الجزائر؟
- ماهي أهم أساليب التي التي تعتمدها الحكومة لتحسين هذا القطاع ؟

- ماهي منافد تمويل نظام الضمان الاجتماعي الجزائري ومامدى قدرتها على الحفاظ على سلامته المالية ؟

فرضيات البحث:

كمحاولة للإجابة على هذه التساؤلات قدمنا الفرضيات التالية كتصورات نظرية و هي :

-التأمين الاجتماعي شكل من أشكال التأمين الحكومي ينظمه قانون ضمان الاجتماعي لدولة وهو إلزامي لأصحاب الأعمال والعمال وفق نسب و قواعد محددة.

- التأمين الصحي وسيلة لدفع بعض أو كل تكلفة الرعاية الصحية فهو يحمي المؤمن عليهم من دفع تكلفة العالية للعلاج في حالة المرض.
- لقد تطور التأمين الصحي في الجزائر بحسب احتياجات كل مرحلة .
- باشرت الجزائر بإصلاحات في مجال الصحة ترتكز بالخصوص على القطاع التأمين الصحي.
- لا تتوفر لدى مؤسسات الضمان الاجتماعي الجزائري منافذ تمويلية متعدد وفعالة وهو مايجعل توازن المالي مرتبط أساسا بحجم الاقتطاعات المؤمنين .

منهج الدراسة :

المنهج يعني مجموعة من القواعد العامة التي يضعها الباحث بقصد الوصول إلى الحقيقة " فاستخدام المناهج و طرق البحث العلمية تختلف حسب طبيعة الموضوع محل الدراسة، ويمكن استعمال مجموعة من المناهج في دراسة مختلف الظواهر وهذا في ايطار التكامل المنهجي المتعارف عليه والمعمول به من طرف الباحثين الاكاديمين في مختلف العلوم الإنسانية و الاجتماعية على الخصوص.

وتكتسب طبيعة البحوث الكمية و الاستطلاعية خصائص معينة تحتم علينا استخدام مجموعة من المناهج، و بالنظر إلى كون موضوع بحتنا هذا يدخل ضمن هذا الإطار قمنا باستعمال المناهج التالية:

المنهج التاريخي:

يقوم المنهج التاريخي في البحث على أساس دراسة أحداث الماضي وتفسيرها وتحليلها، بهدف التوصل إلى قوانين عامة تساعدنا على تحليل أوضاع الحاضر و التنبؤ بالمستقبل، وهو بذلك يصف الحوادث بطريقة موضوعية ويحاول أن يربطها في سياق زمني من اجل تقديم ظاهرة مستمرة .

لقد قمنا باستعمال المنهج التاريخي في هذه الدراسة المتواضعة من خلال التطرق إلى الخلفيات التاريخية لتطور التامين الصحي في الجزائر ببعض الوثائق و الكتابات التاريخية و مجمل التطورات الحاصلة عبر الفترات الزمنية و المكانية.

منهج دراسة حالة :

لقد كان استعمال هذا المنهج فائدة في فهم الدقيق والعميق لموضوع البحث الماثل أمامنا فلكون الدراسة تمس قطاع هام ومعقد من جهة، و استحالة دراسة كل الهياكل و المؤسسات المكونة لقطاع الصحة من ناحية أخرى ارتأينا إلى اختيار حالة معينة ممثلة في صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء لولاية سعيدة من اجل إجراء هذه الدراسة ومحاولة التحكم أكثر في الموضوع وإعطاء صبغة علمية أكثر دقة لهذا لبحث، وكذلك من اجل جمع المعلومات والبيانات، وذلك من اجل التعرف على حالة واحدة معينة وبطريقة عملية تفصيلية دقيقة و مراعاة لربح الوقت ومن اجل تعميم النتائج على القطاع ككل.

4-المنهج الإحصائي :

لاتخلو أي دراسة في العلوم السياسية و الاجتماعية عموما من الإحصاءات و الأرقام كأدلة صادقة و شواهد و كأحد أساليب وصف الظواهر و إثبات الحقائق العلمية وتطبيقا لذلك قمنا بالاستعانة بمجموعة من الإحصائيات و الأرقام و محاولة تبويبها ووضعها في شكل جداول ثم القيام بتفسيرها ثم الوصول إلى النتائج أكثر دقة.

الاقتراب القانوني والمؤسسي :

وذلك بالرجوع إلى النصوص القانونية و الدستورية و الاجرءات التنظيمية المنظمة للهيئات المعنية بالتامين الصحي، أيضا إجراء دراسة ميدانية لأحد الهيئات المعنية لتامين الصحي(الصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الإجراء)

المقابلة .

أما الجانب التطبيقي اعتمدنا على أداة المقابلة وهي مواجهة بين الطرفين احدهما الباحث أو القائم بالإدارة المقابلة والطرف الأخر هو المبحوث، وذلك بقصد حصول الأول على المعلومات من الثاني في موضوع معين .

حدود الدراسة:

1- الحيز الزمني :

لقد تم تحديد الفترة الزمنية للقيام بالدراسة سنة 2010/2000 .

2- الحيز المكاني :

بهدف التعرف على دور الهيئات المعنية بتامين الصحي في الجزائر اخترنا تحقيق هذه الدراسة لصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء ولاية سعيدة

صعوبات الدراسة

الصعوبة التي واجهت الباحثتين في إعداد المذكرة هي :

1- نقص المراجع حول موضوع التامين الصحي في الجزائر.

2- صعوبة الحصول على المعلومات حول المؤسسة محل الدراسة بحجة السرية.

3- ضيق الوقت لأنه موضوع شامل بكل جوانبه ودوره في المجتمع .

هيكلة الدراسة:

ومن اجل الإلمام بإشكالية البحث و تجسيد اختيار الفروض تم تقسيم البحث إلى فصلين إلى جانب مقدمة عامة و خاتمة للدراسة.

تناول الفصل الأول الإطار النظري ولمفاهيمي للدراسة، والذي قسم بدوره إلى ثلاث مباحث المبحث الأول خصص لتعريف التأمينات الاجتماعية وأهميتها ونطاق تطبيقها، أما المبحث الثاني خصص لمفاهيم حول التأمين الصحي وأهدافه والقضايا المتعلقة بالتأمين الصحي أما المبحث الثالث فقد خصص للنماذج التأمينات الصحية، وعالج الفصل الثالث واقع التأمين الصحي في الجزائر قسم إلى ثلاث مباحث، المبحث الأول تناول تطور التأمين الصحي في الجزائر أما المبحث الثاني آليات التي تعتمدها الحكومة لتحسين هذا القطاع و المبحث الثالث صناديق الضمان الاجتماعي ومهامها الأساسية، أما الفصل الثالث عالج الجانب التطبيقي لموضوع البحث في صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء وهو عبارة عن محاولة لتكيف الجانب النظري على الواقع العلمي لتقديم الخدمات الصحية قيم إلى ثلاث مباحث خصص المبحث الأول تعريف بالمؤسسة محل الدراسة و المبحث الثاني دور الصندوق

الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء في التغطية الصحية أما المبحث الأخير التوازن المالي للصندوق(النفقات و الإيرادات) .

الفصل الأول

الإطار المفاهيمي للدراسة

تمهيد :

لقد أدركت الحكومات أهمية دعم المواطنين لقراراتها، و لن يتأتى ذلك إلا من خلال سياسات تحقق من خلالها رضى الأفراد من أداء هذه الحكومات ومن أهم السياسات التي تمس حياة الأفراد مباشرة، هي السياسات الاجتماعية وعلى رأسها التأمينات الصحية بحيث تسعى الحكومات الدول الحالية إلى إدخال تحسينات مستمرة وإيجاد آليات جديدة لتحسين الوضع الاجتماعي و الصحي في ايطار مايسمى دولة الرفاه، حيث تتحمل الدولة المسؤولية الأساسية عن رفاهية مواطنيها في مسائل العمل، التعليم و الرعاية الصحية و الضمان الاجتماعي .

إذ تعد التأمينات الاجتماعية احد أعمدة السياسة الاجتماعية المنتهجة من قبل الدولة فهي تعكس درجة الاهتمام الذي توليه للأفراد مجتمع نظرا لأنها تشمل كافة جوانب حياة الإنسان كالصحة، البطالة و التقاعد و يعتبر موضوع التامين الصحي احد أهم الركائز التي يرتكز عليها الضمان الاجتماعي، و لذالك تسعى مختلف الدول لتوفير السبل لتطويره ورفـــع مردوديته الاجتماعية .

المبحث الأول : الإطار ألمفاهيمي للتأمينات الاجتماعية :

المطلب الأول : تعريف التأمينات الاجتماعية:

لقد اختلف المحللين في تعريف التأمينات الاجتماعية واعتمد في تحديد مفهوم التأمينات الاجتماعية على عنصرين أساسين تقوم عليهما فكرة التأمين الاجتماعي وهما عنصر الخطر الاجتماعي و العنصر المادي المستعمل لمواجهة هذا الخطر وعرفوه بأنه:" الخطر الناتج عن الحياة في المجتمع " ، إلا أن اختلاف هذين العنصرين من بلد لآخر قد يصعب من التحديد الدقيق لفكرة التأمين الاجتماعي حيث ما يعتبر خطرا اجتماعيا في بلد ما قد لا يكون كذلك في بلد آخر، كما أن الاعتماد أيضا على فكرة الخطر الاجتماعي لتحديد مفهوم التأمينات الاجتماعية قد يدخل تحت مظلة هذه القوانين أخطار لا تغطيها وتخرج أخرى يجب أن يغطيها.

فأخطار الحروب وأخطار حوادث المرور ينتج عن المجتمع ومع ذلك لا تغطيها قوانين التأمينات الاجتماعية ، بل تغطيها قوانين التأمينات الخاصة كما أن الأخطار التي تغطيها التأمينات الاجتماعية غالبا ما تكون أخطار شخصية ذاتية لصيقة بشخص الإنسان كخطر المرض والوفاة والولادة وغيرها وهي أخطار لا تنتج عن المجتمع ، وإن طبقنا فكرة الخطر الاجتماعي كمعيار لتحديد مفهوم التأمينات الاجتماعية قد تخرج هذه الأخطار من دائرة التأمينات الاجتماعية وهي أخطار أساسية تغطيها قوانين التأمينات الاجتماعية كما هو حال في الجزائر[1] .

حيث تغطي قوانين التأمينات الاجتماعية خطر المرض ، الولادة ، العجز ، الوفاة وكلها أخطار فيزيولوجية تصيب الإنسان بذاته ولا تنتج من المجتمع .

وعليه قد سعى فريق آخر من الفقهاء إلى إيجاد عنصر آخر لتحديد أو تعريف مفهوم، التأمينات الاجتماعية واهتدى البعض منهم إلى تعريف التأمينات الاجتماعية بالاعتماد على الهدف الذي

---

[1] -الواسعة زرارة صالحي ، " المخاطرة المضمونة في قانون التأمينات الاجتماعية (دراسة مقارنة بين القانون الجزائري والقانون المصري)" ، رسالة دكتوراه ، كلية الحقوق، المنتوري، قسنطينة ، 2007/2006، ص ص 37-38.

تسعى إلى تحقيقه ، ورأوا بأن الاعتماد في تعريف التأمينات الاجتماعية على مصدر الخطر وكذا الأساليب المستعملة لمواجهته قد يختلف من خطر لآخر ، مما يؤدي إلى توسيع دائرة الأخطار التي تغطيها التأمينات الاجتماعية.

لكن الارتباط القائم بين هذه الأخطار المتعددة وبين التأمينات الاجتماعية هو الأمر المسلم به في المجتمعات الحديثة والتركيز على الأثر الذي يخلقه عند الخطر ولا شك أن هذا الأثر مشترك بين الجميع ألا وهو تهديد الأمن الاقتصادي لمن أصابه الخطر ويقرون بأن التأمينات الاجتماعية تتجاوز في مضمونها أي حصر لمصادر الخطر الذي يصيب الأفراد ويعرفونها بأنها :" مجموعة الوسائل التي تستخدم من أجل ضمان الأمن الاقتصادي لأفراد المجتمع ".

كما لا يمكن في رأيهم أيضا الاعتماد في تعريف التأمينات الاجتماعية على الوسائل والسياسات المتبعة لمواجهة الخطر، ذلك أن هذه السياسات تختلف وتتطور من عنصر إلى عنصر، حيث استعمل إنسان منذ البداية وسائل متعددة لمواجهة الخطر كالاعتماد على الأسرة والقبيلة والجمعيات الخيرية والادخار وغيرها من الوسائل التي لم تنجح في مواجهة الأخطار[1] .

لكن وبالتمعن في التعريف الذي جاء به أصحاب هذا الرأي والذي هدفه تحقيق الأمن الاقتصادي لأفراد المجتمع، نجد أن نفس الهدف تسعى إليه السياسة العامة الاجتماعية للدولة حيث تسعى هذه الأخيرة إلى توفير مناصب شغل للمواطنين وذلك عن طريق برنامج محاربة البطالة وضمان سياسة حكيمة لأجور ....الخ.

وتهدف التأمينات الاجتماعية أيضا إلى حماية من فقد دخله بسبب المرض أو العجز أو الولادة أو لوفاة سواء كان ذلك لفترة مؤقتة أو طويلة.

كما يقرون أيضا أصحاب هذا الرأي إلى ضرورة الوقاية من هذه الأخطار تطبيقا لمبدأ " الوقاية خير من العلاج" الذي يعتبر في رأيهم وسيلة من الوسائل المستخدمة في مواجهة الخطر

[1] - مرجع نفسه ، ص ص38 39.

الاجتماعي بمعنى أن النظام التأمينات الاجتماعية يتضمن الوسائل الوقائية و العلاجية وعليه، عرفوا التأمينات الاجتماعية بأنها :" مجموعة الوسائل الوقائية والعلاجية المقررة لحماية الأفراد من المخاطر الاجتماعية وتحقيق الأمن الاقتصادي لهم"[1].

وقد رأى الدكتور أحمد حسن الرباعي في كتابه :" الوسيط في التشريعات الاجتماعية " أنه لتعريف التأمينات الاجتماعية يجب الأخذ بالاعتبار أهداف التأمينات الاجتماعية ووسائلها لكن بعيدا عن المعنى الذي ذهب إليه أنصار التعريفين الأول والثاني، ورأى أنه لتعريف نظام التأمينات الاجتماعية يجب تحديد خصائص هذا النظام والتي حددها كالتالي:

- أنه أولا فكرة قديمة تقوم على أساس مواجهة المخاطر الاجتماعية التي قد تلحق بالفرد.

- أنه نظام قانوني حديث لم يظهر للوجود إلا في أعقاب الحرب العالمية الثانية وانتشر بسرعة وأصبح من أسس النظام الاجتماعي في كل البلدان تقريبا سواء كانت غنية أو فقيرة

- إن التأمينات الاجتماعية لها هدف تشترك فيه مع السياسة الاجتماعية للدولة ألا وهو تحقيق الأمن الاقتصادي للمواطن وتحريره من الحاجة.

- إن للتأمينات الاجتماعية أيضا هدف خاص بها يتحدد بمجموعة المخاطر التي درجت قوانين التأمينات الاجتماعية في مختلف الدول على تغطيتها.

- ومن هذه الخصائص نلخص إلى التعريف التالي للتأمينات الاجتماعية :" التأمينات الاجتماعية هي نظام قانوني اجتماعي يعمل على تحقيق الأمن الاقتصادي للأفراد في حالة تعريضهم لأحد الأخطار المهنية أو الاجتماعية الواردة في الاتفاقية الدولية رقم 102 الصادرة عن منظمة العمل الدولية ، وذلك عن طريق استخدام مجموعة من الأساليب الفنية الخاصة بهذا النظام والتي تعمل على إعادة توزيع الدخل القومي بشكل أكثر عدالة".

2-محمد بن احمد صالح صالح، **التأمينات الاجتماعية بين المفهوم و المخاطر و التطور والآثار**، ورقة مقدمة في: مؤتمر التأمينات الاجتماعية بين الواقع و المأمول، جامعة الأزهر، 13-15 أكتوبر، 2002، ص 1.

إن ما يلاحظ على هذا التعريف أنه درس الجانب الفني لعملية التأمينات الاجتماعية ووضح كيف تتم عملية التأمين، إلى جانب ذلك وسع من نطاق المخاطر التي تشملها قوانين التأمينات الاجتماعية فأشار إلى نظام اجتماعي قانوني يعمل على تحقيق الأمن الاقتصادي للأفراد عند تعرضهم لأحد الأخطار المهنية أو الاجتماعية[1].

- يظل التأمين الاجتماعي، تأمينا اجتماعيا ولا تتغير صفته حتى ولو زاولته مؤسسات خاصة لأنه ما زال الهدف منه هو الضمان الاجتماعي، وإن كانت الحكومة في أغلب الأحوال هي التي تتولى إدارته بنفسها[2] .

- إن التأمين الاجتماعي هو نظام قانوني يهدف إلى تحقيق الأمن الاجتماعي لكل من يعتمدون في معاناتهم على كسب أعمالهم من بعض الأخطار التي يتعرضون لها فتعجزهم عن العمل كالمرض وإصابة العمل وعجز والشيخوخة ولوفاة[3] .

- هو تأمين إجباري تقوم به وإشراف عليه وتعينه الدولة، ضد أخطار لأصحاب الحرف ونحوهم.

- فهذا التعريف يحتوي أهم معالم التأمين الاجتماعي، وما يشترط فيه فهم يفرقون بينه وبين غيره من التأمينات : بأنه تأمين إجباري وأن الدولة تقوم به أو تشرف عليه وتعنيه ، وأنه يعقد ضد أخطار فقط كالهرم أو العجز عن العمل، أو الموت، وأن المؤمن لهم ممن يكسبون قوتهم بالعمل[4] .

---

[1] - الواسعة زرارة صالحي ، مرجع سبق ذكره، ص ص 42-43 .

[2] - مختار نبيل ، **موسوعة التأمين** ، الإسكندرية : دار المطبوعات الجامعية ،2005 ، ص 18 .

[3] - رمضان أبو سعود ، **أصول التأمين** ، ط2 ، الإسكندرية : دار المطبوعات الجامعية ، 2000 ، ص 47 .

[4] - سليمان إبراهيم بن ثنين ، **تأمين وأحكامه** ، ط1 ، بيروت : دار العلوم المتقدمة، 1993، ص 81 .

ويرى البعض الآخر التأمين الاجتماعية على أنها :

يعرف **بلا نشاود (Blanchard)** التأمين الاجتماعي على أساس توافر عناصر الثلاثة، فإذا توافر أحداهما أو كلها في تأمين معين اعتبر هذا النوع من التأمين تأمين اجتماعي والعناصر هي :

1/ عنصر الإلزام (الإجبار) في التأمين .

2/ تحمل الحكومة لجزء من تكاليف التأمين (تأمينا معان من الدولة).

3/ قيام الحكومة بدور المؤمن (هيئة التأمين) .

وهناك رأي آخر للدكتور عادل عز ، يرى أن التأمين الاجتماعي على أنه كل تأمين إجباري من الدولة يهدف إلى توفير الحماية للطبقات الضعيفة للمجتمع في حالة تعرضهم للأخطار ليس في قدرتهم تحملها كأخطار المرض والحوادث العمل والعجز ، أو الوفاة ، أو البطالة ووصولهم سن الشيخوخة[1].

عرفه القاموس السياسي بأنه : نظام اجتماعي ذو طابع اقتصادي يعني قيام الدولة بتوفير حد أدنى لمعيشة طوائف من المواطنين تتعرض حياتهم للضياع ما لم تبادر الدولة إلى مساعدتهم على أساس تشريعات تكفل لهم هذه المساعدة باعتبار أنها حق لا منحة ، وتشمل الحالات التي يطبق عادة فيها نظام تأمين الاجتماعي المرض والبطالة والإصابة والعجز والشيخوخة ، فيمنح العامل العاجز عن الكسب معاشا يتناسب مع الأجر الأصلي يصرف من صندوق التأمينات الاجتماعية الذي يشترك في تمويله العامل وصاحب العمل والحكومة بنسب مختلفة.

وعرفته أيضا الموسوعة السياسية على أنه نظام من الضمانات الاجتماعية ترعاه الحكومة ويرمي إلى حماية أصحاب الأجور وعائلاتهم من الضائقات الاقتصادية ، في حالات المرض والبطالة والعجز والشيخوخة ، أو التعرض للإصابة في أثناء مزاولة العمل ويقوم على تشريعات الدولة ،

---

[1] - محمد زيدان ومحمد يعقوبي ، **فعالية الموارد التمويل المتاحة لمؤسسات التأمين الاجتماعي الجزائري في تحقيق السلامة المالية لنظام الضمان الاجتماعي** ، ورقة مقدمة في الملتقى الدولي : الصناعة التأمينية الواقع العملي آفاق تطوير: تجارب الدول المنظم من قبل فرع العلوم الاقتصادية ، جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف ، 3-4 ديسمبر 2012 ، ص 03 .

ويعتمد في توفير المساعدات على صندوق يشارك في تمويله كل من الحكومة ورب العمل والعامل بنسب متفاوتة[1].

المطلب الثاني : أهمية نظام التأمين الاجتماعي

تكمن أهمية التأمين في الوظيفة التي يؤديها ، وإذا تمعنا فيه جيد نجده يقوم بمجموعة من الوظائف نذكر منها على وجه الخصوص ، الوظيفة الاجتماعية ، الوظيفة النفسية والوظيفة الاقتصادية:

1**/ الوظيفة الاجتماعية :** يقوم التأمين في الأساس بوظيفة اجتماعية تتمثل في التعاون بين مجموعة من الأشخاص بهدف ضمان خطر معين ، فيقوم كل منها بدفع قسط أو الاشتراك لتغطية الخسائر التي يمكن أن يتعرض لها أي أحد منهم ، وتتحقق هذه الصورة بالخصوص في التأمين التبادلي .

وتتجلى الوظيفة الاجتماعية للتأمين في تشريعات العمل والتأمينات الاجتماعية ، وما يترتب على ذلك من إنشاء مؤسسات للتعويض عن الأمراض والحوادث المهنية والشيخوخة والبطالة وغيرها من الصناديق التي تنشأ لهذا الغرض[2] .

2/ الوظيفة النفسية : يؤدي التأمين وظيفة نفسية تتمثل في الأمان وإزالة الخوف من بال المؤمن له من أخطار الصدفة ، ويصبح بهذه العملية يشعر بنوع من الارتياح على مستقبله ومستقبل نشاطاته ، الأمر الذي يجعله يتحلى بروح المبادرة الخلاقة ، ويحذو في ذلك الأمان والاطمئنان بفضل عملية التأمين من كل الصدف والمفاجآت اليومية ، كعدم قدرته على كسب الرزق لأسباب مختلفة كالبطالة ،

1- أبو أحمد عبد اللطيف محمد آل محمود ، **التأمين الاجتماعي في ضوء الشريعة الإسلامية** ، ط1، بيروت : دار النشر النقاش للطباعة والنشر والتوزيع ، 1994 ، ص 57 .

2-جديدي معراج ، **مدخل لدراسة قانون التأمين الجزائري** ، ط4 الجزائر : ديوان المطبوعات الجامعية ، بن عكنون 2004، ص ص 14 ،15 .

وإصابات العمل والحوادث بمختلف أشكالها و الشيخوخة والكوارث الطبيعية والمخاطر التي تنجم عن النشاطات الصناعية والتجارية.

3/ الوظيفة الاقتصادية : يشكل التأمين بدون منازع إحدى الوسائل الهامة للادخار وذلك بواسطة تجميع رؤوس الأموال المكونة من أقساط واشتراكات المستأمنين التي تمثل في الواقع رصيدا لتغطية نتائج المخاطر ، إلا أن هذا الرصيد غالبا ما يوظف في عمليات استثمارية وتجارية ، لأن التجربة قد أثبتت أن المخاطر لا تتحقق في كل الحالات حتى وإن تم ذلك فهذا لا يكون في وقت واحد.

ويساهم نظام التأمينات الاجتماعية في تحقيق النمو الاقتصادي وهذا من خلال تشجيع الاستثمارات ، وخاصة لدى أصحاب المؤسسات الصغيرة (التي لها علاقة مع التأمين) ، بالإضافة إلى رفع إنتاجية العمال (بسبب الحالة الصحية للعمال التي يوفرها مثلا) ، وكذلك يساهم في توجيه نحو ممارسة الأنشطة الاقتصادية وتأمين الأجراء ، وإضافة إلى هذا فإن التأمين الاجتماعي يساهم كذلك في تحقيق التنمية الثقافية وتحسين رأس المال البشري والاجتماعي ، بحيث يمكن أن يساهم الفئات الأكثر فقرا وحرمانا في تحقيق إصلاحات الهيكلية تساعد على تحقيق التنمية الاقتصادية ويلعب دورا مهما كذلك في محاربة اللا مساواة [1].

إضافة إلى ذلك ، إن التأمينات الاجتماعية توزع تكلفة على عدة أطراف هي : الدولة وصاحب العمل ، والمؤمن عليهم (الأفراد) ويوزع الجزء الخاص بالمؤمن عليهم على أساس نسبة من الدخل بغض النظر عن سن ، أو درجة التعرض كل منهم للخطر أي تضامن بين ذوي الدخول المرتفعة وذوي الدخول المنخفضة[2].

[1] -محمد زيدان ومحمد يعقوبي ، مرجع سبق ذكره ، ص 05 .

[2] -ممدوح حمزة احمد ، **إدارة الخطر التامين**، القاهرة : دار النشر والتوزيع الالكتروني ،ص 679 .

المطلب الثالث : نطاق تطبيق نظام التأمينات الاجتماعية

لقد صادقت الجزائر على اتفاقية الدولية رقم 102 لسنة 1952 ، المتعلقة بالحد الأدنى للضمانات الاجتماعية وهي اتفاقية صادرة عن منظمة العمل الدولية والتي تنص على أن الضمان الاجتماعي يغطي ثمانية حالات وهي : المرض البطالة ، الشيخوخة ، الأمراض المهنية وإصابات العمل الإعلانات العائلية الأمومة ، العجز ، الوفاة .

ومن هذا المنطلق فإن القانون 11/83 المؤرخ في 02-07-1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية المعدل والمتمم بالمرسوم التشريعي 94-09 المؤرخ في 11-04-1994 والأمر 96-17 المؤرخ في 06-07-1996 ، تعرض لأهم المجالات والأخطار المشمولة بتغطية الضمان الاجتماعي بحيث تعرض هذا النص القانوني للتأمين على المرض والتأمين على الولادة والتأمين على العجز والتأمين على الوفاة ، كما سن القانون 13/83 المؤرخ في 1983/07/02 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية المعدل والمتمم بموجب الأمر 96-19 المؤرخ في 06-07-1996 نظام خاص يخص تغطية مخاطر التأمين على البطالة وكذا التقاعد[1] .

1- التأمين على المرض : يلعب التأمين على المرض دورا أساسيا في أنظمة الضمان الاجتماعي يؤمن أولا العامل المريض الذي أقعده المرض عن العمل ، بتقديم المعونات النقدية له تحت شكل تعويضات مالية بدلا عن أجره ، ثم يؤمنه ثانيا تحت شكل معونات عينية جزءا من نفقات العلاج والأدوية وغيرها حسب الحالة والاحتياج لكل مريض ، وثالثا وأخيرا باعتناء الضمان الاجتماعي بالمؤمن وذويه يهدف إلى حماية الصحة العامة التي تلعب دورا بالغ الأهمية في المحافظة على الاقتصاد والإنتاج الوطني [2].

---

[1] - عبد الرحمان خليفي ، **الوجيز في منازعات العمل والضمان الاجتماعي**، عناية : دار العلوم للنشر والتوزيع، 2008 ، ص ص 104-105 .

[2] - كشيدة باديس ، المخاطر "المضمونة وآليات فض المنازعات في مجال الضمان الاجتماعي"، مذكرة ماجستير ، العلوم القانونية الحاج لخضر، باتنة ، 2009 – 2010 ، ص26 .

ومنه فالتأمين على المرض يشكل التكفل بالعامل الأجير والعامل الغير الأجير وكل الأشخاص الذين شملتهم التغطية الاجتماعية في حالة الإصابة ببعض الأمراض ، وكل ما تقتضيه متطلبات العلاج والعناية ، والتكفل بالمريض إلى غاية شفائه النهائي ، فإصابة المؤمن له بمرض من شأنه أن يخول له الحق في الآداءات النقدية ، وهذا بعد قيامه بكل الإجراءات المنصوص عليها قانونا.

ومن وجوب قيام المؤمن له بإشعار هيئة الضمان الاجتماعي بالمرض الذي أصابه بمدة يومين عمل غير مشمول فيها اليوم المحدد بالتوقف عن العمل وهذا ما نصت عليه المادة 01 من القرار الوزاري المؤرخ في 13-02-1984 ويتم ، التصريح بإيداع المؤمن له المريض أو من يمثله ، وصفة التوقف عن العمل لدى شباك هيئة الضمان الاجتماعي المختصة أو إرسالها عن طريق البريد المضمن وتجدر الإشارة أن هيئة الضمان الاجتماعي تجري مراقبتين عن المؤمن المريض

الأولى مراقبة طبية يقوم بها الطبيب المستشار التابع للصندوق وذلك بعد تقديم وصفة التوقف عن العمل ، والثانية مراقبة إدارية يقوم بها أعوان هيئة الضمان الاجتماعي بمقر إقامة المؤمن له المريض وذلك للتأكد من مدى التزام هذا الأخير، بما ورد في نص المادة 26 من المرسوم 84-27 وتتمثل التزامات المؤمن على وجه الخصوص:

- يجب على المؤمن المريض ألا يتعاط أي نشاط مهني مأجور أو غير مأجور إلا بإذن من هيئة الضمان الاجتماعي.

- يجب على المريض ألا يغادر منزله إلا بأمر الطبيب الذي يصف له ذلك لغرض علاجي كما أن تتراوح ساعات الخروج حينئذ بين الساعة العاشرة صباحا و الساعة الرابعة مساءا ما ماعدا الحالات القاهرة ويجب أن يسجل هذه الساعات عند الطيب المعالج في ورقة المرض[1].

[1] - الجمهورية الديمقراطية الشعبية، مرسوم 84-27، مؤرخ 11 فيفري 1984، المادة 26.

- يجب على المؤمن له ألا يقوم بأي تنقل طوال مدة مرضه دون إذن مسبق من هيئة الضمان الاجتماعي ويمكن لهذه هيئة أن تأذن بتنقل المريض مدة غير محددة ، متى وصف الطبيب المعالج ذلك لغرض علاجي أو شخصي مسبب وذلك بعد استشارة الطبيب لدى هيئة الضمان الاجتماعي.

- إذا مرض المؤمن له خارج المجال الإقليمي لهيئة الضمان الاجتماعي التي ينتمي إليها وجب عليه أن يشعر هذه الهيئة حسب الأشكال التنظيمية وتبين له هذه الهيئة بدورها هيئة المكلفة بتقديم الخدمات له إن أقتضى الأمر .

- يجب على المؤمن له في حالة تمديد فترة الانقطاع عن العمل، أن يشعر الطبيب بذلك عند وصف التمديد، المذكور له.

- بالإضافة إلى الأداءات النقدية التي يتقاضها المؤمن المريض ، نصت المادة 07 من القانون 83-11 على أن أداءات التأمين على المرض تشمل كذلك الأداءات العينية التي تتمثل في الأداءات في التكفل بمصاريف العناية الطبية الوقائية والعلاجية لصالح المؤمن وذوي حقوقه وتشمل:

* العلاج، الجراحة، الأدوية، الإقامة بالمستشفى.

* الفحوص البيولوجية.

* علاج الأسنان، استخلافها الاصطناعي.

* النظارات الطبية، العلاجات بالمياه المعدنية.

* الأجهزة والأعضاء الاصطناعية.

* الجبارة الفكية الوجيهة ، إعادة التدريب الوظيفي للأعضاء .

* إعادة التأهيل المهني التنقل بسيارة الإسعاف وغيرها من الوسائل عند استلزام الأمر[1].

2- تأمين الأمومة : يهدف التأمين على الولادة إلى ضمان تمتع المرأة العاملة بفترة حمل مريحة وظروف حسنة ، وضمان الحفاظ على صحتها وصحة مولدها ، حيث يغطي هذا التأمين جميع

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، مرسوم 83- 11، مؤرخ 11 جويلية1983، المادة 08.

مصاريف المترتبة على الحمل والولادة سواء تعلق منها بنفقات العلاج والرعاية الصحية للمرأة العاملة، أو ما تعلق منها بالتعويض عن دخلها الذي فقدته نتيجة لانقطاعها عن العمل بسبب الحمل والولادة حيث تتلقى تعويضة يومية .

وعليه تستفيد المرأة العاملة التي انقطعت عن العمل بسبب الولادة من دفع الأداءات النقدية في تعويضة يومية تقدر ب 100% من الأجر اليومي بعد انقطاع اشتراك الضمان الاجتماعي [1].

وتجدر الإشارة أنه لا يجوز منع أداءات التأمين على الولادة مالم يتم الوضع على طبيب أو مساعدين طبيين مؤهلين إلا بسبب قوة قاهرة[2] .

- وبالرجوع إلى المادة 29 من القانون ، 83 -11 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.

إن المدة التي تنقطع فيها المرأة العاملة عن عملها تقدر ب 14 أسبوع متتالية ، يجب على العاملة أن تنقطع وجوبا عن العمل لفترة معينة قبل التاريخ المحتمل للوضع، بنا ء على شهادة طبية، على ألا تقل هذه المدة عن أسبوع[3].

تجدر الإشارة على أنه طبقا للمادة 30 من المرسوم 84-27 فإنه يجب على المرأة العاملة لكي تثبت حقها في الحصول على الأداءات النقدية بمقتضى التأمين على الأمومة أن لا تكون قد انقطعت عن عملها لأسباب أخرى غير الأسباب التي يدفع الضمان الاجتماعي تعويضات منها أثناء المدة التي تتراوح بين تاريخ المعاينة الطبية الأولى للحمل وتاريخ الوضع ، وبذلك فإن انقطاع المؤمنة عن عملها لبضعة أيام في إطار عطلة مريضة ، فإنها تحرم من تسديد التعويضات الخاصة بعطلة الأمومة .

- وفي الأخير نشير إلى أنه لكي تستفيد المرأة العاملة من الحق في الأداءات النقدية للتأمين على الولادة في إطار نص المادة 28 من القانون 83-11 يشترط أن يكون قد عملت:

---

[1]- كشيدة باديس ، مرجع سبق ذكره، ص 30.

[2]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، مرسوم 83-11، مؤرخ 11 جويلية 1983، المادة 28 .

[3]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، مرسوم 83-11، مؤرخ11 جويلية 1983 ، المادة 29 .

* إما تسعة أيام أو ستين ساعة على الأقل أثناء، الثلاثة أشهر التي سبقت تاريخ المعاينة الطبية الأولى للحمل.

* إما ستة وثلاثين يوما أو أربعين ومائتي ساعة على الأقل أثناء الإثني عشر شهرا التي سبقت المعاينة الطبية الأولى [1].

* وللحصول على أداءات تأمين الأمومة يجب على المرأة العاملة (المؤمن لها) إتباع الإجراءات التالية:

- إجراء الفحوص الطبية بحيث ألزم المشرع الجزائري بموجب المادة 34 من المرسوم التنفيذي رقم 84 -27 على المرأة ، العاملة إجراء الفحوص التالية :

* فحص طبي كامل قبل نهاية الشهر الثالث من الحمل .

* فحص قلبي خلال الشهر السادس من الحمل .

* فحوصات يأمر بهما الطبيب المختص بأمراض النساء والتوليد ، أحدهما يتم قبل أربعة أسابيع من التاريخ المحتمل الوضع في أقرب الآجال والثاني بعد ثمانية أسابيع من الحمل.

* كما يجب على المؤمن أن تخطر هيئة الضمان الاجتماعي المعنية بحالة الحمل التي تمت معاينتها من قبل الطبيب أو العون الطبي المؤهل لذلك وذلك قبل ستة أشهر على الأقل من التاريخ المحتمل لوقوع الوضع المثبت بالشهادة المسلمة عند المعاينة الطبية.

* بالإضافة إلى هذا نجد أن المشرع الجزائري بموجب المادة 35 من المرسوم التنفيذي رقم 84-27 وفر الحماية الاجتماعية للمرأة العاملة حتى في حالة عدم اكتمال حملها ، حيث يخول لها القانون الحق في أداءات التأمين عن الولادة إذا انقطع حملها بعد الشهر السادس من تكوين جنينها حتى ولم يولد الطفل حيا ، وبذلك يكون لها الحق في الأداءات العينية حيث تتولى هيئة الضمان الاجتماعي دفع

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم 24-27، مؤرخ 11 فيفري 1984، المادة 30.

المصاريف التي تنفقها المرأة الحامل المتعلقة بعلاجها ورعاية صحتها أثناء فترة الحمل وبعد انقطاع حملها لها الحق أيضا في عطلة الأمومة المقدرة ب أربعة عشر أسبوعا متتالية تبدأ على الأقل ستة أسابيع منها قبل الولادة[1] .

3/ تأمين العجز : العجز بصفة عامة هو عدم القدرة عن العمل ، فهو حالة تصيب الإنسان في سلامته الجسدية فتؤثر في قواه البدنية ومقدرته على القيام بالعمل ، ويعد عاجزا في نظر المشرع الجزائري كل من لم يعد في مقدوره بعد حالة العجز التي أصابته لقيام بعمل يمكنه من الحصول عن دخل يفوق الدخل الذي كان يتحصل عليه من عمله قبل إصابته بالعجز سواء عند تاريخ العلاج الذي تلقاه أو عند تاريخ المعاينة الطبية للحادث الذي أدى إلى عجزه .

تقدر درجة العجز من طرف طبيب مختص أو لجنة خاصة ، ويحسب على أساسها مبلغ معاش وفقا للقواعد الخاصة المبنية في قوانين التأمينات الاجتماعية ، تأخذ في الاعتبار الحالة العامة البدنية والعقلية للعامل المعني ، إضافة إلى مؤهلاته وتكوينه ، إذا فالهدف الأساسي من التأمين على العجز في مجال الضمان الاجتماعي هو منح معاش للمؤمن له الذي يضطره العجز إلى الانقطاع عن عمله ولا يقبل معاش العجز إلا إذ كان عمر المؤمن له أقل من السن التي تخول له الحق في التقاعد ، غير أنه لا يعتمد بشرط السن في حق المؤمن الذي لا يستوفي شروط مدة العمل للاستفادة من معاش التقاعد.

وتجدر الإشارة أن العجز يمكن أن ينتج عن المرض أو عن حادث عمل بالنسبة للعجز الناتج عن المرض فإن المؤمن له بعدما يستفيد من التعويضات المنصوص عليها في المادة 15 من القانون 83 -11 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية ، سواء تعلق الأمر بعلل طويلة الأمد ، فهنا تدفع التعويضات اليومية طوال فترة مدتها ثلاث سنوات طبقا لما نصت عليه المادة 01/16 من القانون السالف الذكر ،

1- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم 84-27، مؤرخ 11 فيفري 1984 ، المادة 34.

أو تعلق الأمر بعلل قصيرة الأمد فهناك تدفع التعويضات اليومية على نحو مدة سنتان متتاليتان يتقاضى فيها العامل ثلاثة مائة تعويضه يومية على الأكثر طبقا لما نصت عليه المادة 02/16 من القانون 11/83 السالف الذكر.

هذا وبعد انقضاء المدة التي قدمت خلالها الأداءات النقدية للتأمين على مرض تتولى هيئة الضمان الاجتماعي تلقائيا النظر في الحقوق من باب التأمين على العجز دون انتظار الطلب من المعنى بالأمر وهذا طبقا لما نصت عليه المادة 35 من القانون سالف الذكر[1].

وبموجب المادة 36 إلى 39 من نفس القانون والتي جاءت على النحو التالي :

* **الصنف الأول :** العجزة الذين مازالوا قادرين على ممارسة نشاط مأجور وتكون نسبة العجز لهذه الفئة المقدرة بـــ 60% من الأجر سنوي المتوسط للمنصب .

* **الصنف الثاني** : العجزة الذين يتعذر عليهم إطلاق القيام بأي نشاط مأجور وتكون نسبة العجز لهذه الفئة بـــ 80% من الأجر المتوسط للمنصب[2].

* **المنصب الثالث :** العجزة الذين يتعذر عليهم ممارسة نشاط ويحتاجون إلى مساعدة من غيرهم وتقدر نسبة العجز لهذه الفئة ب80% من الأجر السنوي المتوسط للمنصب يضاف لها نسبة 40% تمنح للشخص المساعد[3].

أما بالنسبة للعجز الناتج عن حادث العمل فقد نص عليه القانون 83-13 المؤرخ في 02-07-1983 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية فالمؤمن له المصاب ، بحادث العمل بعدما يستفيد من أداءات العجز المؤقت أو ما يطلق عليها بمصطلح الكلي المؤمن والذي يمنح للمؤمن له المصاب ، فإنه

---

[1] -خليفي عبد الرحمان ، مرجع سبق ذكره ، ص 106 .

[2] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، قانون 83-11، مؤرخ 02 جويلية 1983، المادة 36.

[3] -الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، قانون 83-11، مؤرخ 02 جويلية 1983، المادة 39 .

يحصل على نسبة عجز عن العمل على يد طبيب المستشار لهيئة الضمان الاجتماعي وفقا لجدول يحدد عن طريق التنظيم وذلك بعد تحديد تاريخ الجبر[1] .

لكي يحصل المؤمن له على معاش العجز يجب أن يكون قد عمل :

- إما 60 يوما أو 400 ساعة على الأقل أثناء إثني عشر شهرا التي سبقت الانقطاع عن العمل .

- إما 180 يوما أو 120 ساعة على الأقل أثناء الثلاث سنوات التي سبقت التوقف عن العمل أو المعاينة الطبية للعجز[2] .

التأمين على التقاعد : يندرج الحق في التقاعد ضمن الحقوق الاجتماعية للعمال ، والتي اعترف بها القانون الأساسي العام ، ويسري هذا الحق على جميع فئات الأجواء دون استثناء ويقوم هذا الحق على ثلاث مبادئ تضمنها القانون رقم 11/83 المؤرخ في 02 جويلية 1983 وتتمثل فيما يلي :

أ/ مبدأ ربط سن التقاعد حسب ظروف كل القطاع ، هو ما أشارت إليه المادة 192 من قانون السالف ذكره ، حيث تضمن على أنه يحدد سن التقاعد حسب كل قطاع .

ب/ مبدأ عدم مجانية الحق ، حيث يلتزم كل عامل حسب نص المادة 193 بدفع اشتراك التقاعد خلال حياته المهنية .

ج/ مبدأ التناسبية إذ يتم تقديم معاش التقاعد، حسب أجرة المعني كما تنص على ذلك المادة 195 من قانون الحماية الاجتماعية .[3]

ولتنظيم هذا المبدأ أصدر المشرع القانون رقم 12/83 المؤرخ في 02-07-1983 والمتعلق بالتقاعد ، ويهدف هذا النص إلى توحيد القواعد المتعلقة بتقدير معاش التقاعد ، وحسب هذا القانون فإنه حق شخصي ذو طابع نقدي يستفيد منه العامل مدى الحياة ويحتوي معاش التقاعد على ما يلي :

---

[1] - كشيدة باديس ، مرجع سبق ذكره ، ص 34.

[2] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون 83-11، مؤرخ 02 جويلية 1983 ، المادة 56.

[3] -أبو موسى أبو فهيم ، **التأمينات الاجتماعية** ، سلسلة تقارير رقم 28 الهيئة الفلسطينية لحقوق المواطن ، رام الله 2001، ص 17.

* معاش منقول ويتضمن معاش، الزوج الباقي على قيد الحياة، ومعاش لليتامى وآخر الأصول.

* معاش مباشر يتم تقديره على أساس نشاط العامل مع إضافة حقوق الزوجة ، المكفولة من طرفه[1].

وينشأ الحق في الاستفادة من هذا المعاش ، بمجرد توفر ثلاث شروط أساسية وهي كالتالي:

- بلوغ سن التقاعد وقد حدد المشرع 60 سنة للرجل و 55 سنة للمرأة.

- أن يكون العامل قد اشتغل على الأقل سنة بدون انقطاع وبصفة فعلية عند صاحب عمل واحد أو عدة أصحاب العمل .

- وأخيرا أن تكون أقساط الاشتراك قد تم تسديدها بصورة منتظمة إلى صندوق التقاعد [2].

أما عن كيفية حساب المعاش، نجد أنه يحدد على أساس المنصب الشهري المتوسط لسنة الأخيرة السابقة، على التقاعد وإما على أساس أجر المنصب الشهري المتوسط للسنوات الثلاث الأخيرة، إذا كان هذا التقرير أكثر فائدة للعامل.

وما يلاحظ على النظام الوطني للتقاعد ، أنه لا يعترف بمبدأ المساواة بين المتقاعدين وهو ما يشكل إخلال بأحكام دستور 1976 الساري المفعول آنذاك حيث أصدر نصوص خاصة بتقاعد بعض الفئات ومن بينهما فئة المجاهدين في المواد 20إلى 29 منه وفئة ذوي الحقوق في المواد بين 30 إلى 42 منه كما حدد المرسوم 31/85 المؤرخ في 1985/02/9 حق التقاعد إلى عمال القطاع الفلاحي التابع لقطاع الخاص ، والذين ما رسوا على الأقل سبعة سنوات ونصف من العمل الفعلي وغير المنقطع [3] .

كما أنشأ المرسوم رقم 55/08 المؤرخ في 08 مارس1980 صندوق خاص التقاعد كأعضاء الإدارة السياسية والحزب الحكومة ، ويشرف على تسيير هذا الصندوق المدير العام للصندوق العام للتقاعد ، ومن جهة أخرى فضلت سلطة إعادة الهيكلة إنشاء نظام تقاعد خاص للإطارات السامية

[1] -الجمهورية الديمقراطية الشعبية، قانون 83_12، 02 1983، المادة 05.

[2] - الجمهورية الديمقراطية الشعبية، قانون 83_12، 02 يوليو 1983، المادة 06.

[3] - كشيدة باديس ، مرجع سبق ذكره ، ص ص38 39.

للأمة، بموجب المرسوم رقم 616/83 المؤرخ في 31 أكتوبر 1983 والمكمل بالمرسوم رقم 617/83، الصادر في نفس التاريخ ويستفيد هذا النظام من صندوق خاص للتقاعد أنشأة المرسوم رقم 246/86 المؤرخ في 1986/09/30.

التأمين على البطالة : يقصد بالبطالة " فقد العامل لعمله في حالة الأزمات الاقتصادية التي بمجمله أو أحد قطاعاته ، أو نعثر أحد المصانع بالذات ، أو انعدام فرس العمل أمام العمال رغم امتلاكهم ، القدرة عليه ، والرغبة فيه " والبطالة مرض خاص بالنظام الرأسمالي ، وهي من أهم المخاطر التي يتعرض لها العمال لأنها بالإضافة إلى ما تؤدي إليه من انقطاع في الرزق ، قد تكون في كثير من الحالات سببا للانحراف.

وخطر البطالة لا يقتصر على العمال وحدهم ، بل يتعداهم إلى المجتمع كله ، لأن الانحراف الذي قد يصيب العامل يمتد أثره إلى البنية الاجتماعية فيضعفها كما يضعف الجسم المرض ، ثم إن العامل في حالة البطالة يكون أكثر تقبلا للأفكار الثورية ، أو الأفكار الهدامة ، مما يسهل انتشار تلك الأفكار، وتسبب ربما في اضطراب الأمن والسلم الاجتماعي[1] .

يضاف إلى ذلك أن البطالة تؤدي إلى تعطيل جانب من القوى ، المنتجة في البلاد مما يهدد بنقص في الدخل القومي ، واضطراب في الحكومة الاقتصادية وهذا ما حمل الدول على الاهتمام بضمان البطالة ، خاصة بعد أن أصبح العمل حقا دستوريا ، يتعين على الدولة تأمين فرصة لكل قادر عليه وراغب فيه ، ويقوم هذا الضمان على صرف دخل بديل للعامل في حالة البطالة ، مع السعي الحثيث لإنهاء حالة انقطاع كسبه ، في أسرع وقت ممكن.

تأمين على الوفاة : إن الوفاة أمر مؤكد الوقوع لكن التنبؤ بتاريخ حدوثه يبقى مجهول، لذلك تحرص أغلبية التشريعات ومنها التشريع الجزائر لجعلها من المخاطر بقوانين الضمان الاجتماعي، يهدف

---

[1]- القاضي حسن اللطيف حمدان ، **الضمان الاجتماعي وتطبيقاته دراسة تحليلية شاملة** ، ط1 ، بيروت : منشورات الحلبي الحقوقية ، 2007 ، ص ص 181 182.

التأمين على الوفاة إلى حماية أسرة المؤمن له في حالة وفاته، بتوفير الحماية اللازمة لها ، إذ يؤدي فقد الأسرة للدخل الذي كانت تعتمد عليه في توفير حاجاتها اليومية إلى البؤس، الحاجة والعوز خاصة إذا كان أعضاء الأسرة أنفسهم غير قادرين على العمل مما يعرضهم أن يبقوا دون دخل لمواجهة أعباء الحياة .

فمنحة الوفاة تمنح لذوي حقوق ويقصد بذوي الحقوق طبقا لما نصت عليه المادة 30 من الأمر 06-17 أنه [1].

- زوج المؤمن له ، غير أنه لا يستحق الاستفادة من الأداءات العينية إذا كان تمارس نشاطا مهنيا مأجور .

- الأولاد المكفولين البالغين أقل من 18 سنة حسب مفهوم التنظيم بالضمان الاجتماعي .

- يعتبر مكفولين أصول المؤمن له و أصول زوجته عندما لا تتجاوز مواردهم الشخصية المبلغ الأدنى لمعاش التقاعد.

- يقدر مبلغ الوفاة حسب المادة 48 من القانون 83-11 باثني عشر 12 مرة مبلغ آخر أجر شهره في المنصب وأضافت الفقرة الثانية من نفس المادة على أنه لا يجوز في أي حال من الأحوال أن يقل هذا المبلغ عن أثني عشر مرة قيمة المبلغ الشهري الأجر الوطني الأدنى للمضمون ، وتدفع منحة الوفاة دفعه واحد حسب الفقرة الثالثة عن المادة 48 السالفة الذكر[2].

4/ تأمين حوادث العمل والأمراض المهنية : إن المشرع الجزائري فكر في ضمان حماية أكثر للعامل من الأخطار العديدة الناتجة عن الحوادث العمل والأمراض المهنية ، انطلاقا من المبدأ " إنه لا يمكن تنمية بدون أن يكون الغاية منها هي الإنسان وأن لا يفضل شيء على حياة وصحة العمال " في هذا الإطار اعتبر المشرع حادث عمل كل حادث انجرت عنه إصابة بدنية ناتجة عن سبب مفاجئ

[1]- باديس كشيدة ، مرجع سبق ذكره ، ص 40 .

[2]-الجمهورية الديمقراطية الشعبية ، قانون 83-11 ، 02 جويلية 1983 ، المادة 48.

وخارجي وطرأ في إطار علاقة العمل ، أما الأمراض المهنية فقد أقر المشرع على اعتبار أمراض مهنية كل أمراض التسمم والتعفن والاعتلال التي تعزي إلى مصدر أو بتأهيل مهني خاص ، وتحدد قائمة الأمراض ذات المصدر المهني المحتمل وقائمة الأشغال التي من شأنها أن تشب فيها وكذا مدة التعرض للمخاطر المناسبة لكل مدة الأعمال بموجب التنظيم[1].

وقد وسع المشرع في دائرة المستفيدين من التغطية الاجتماعية لحوادث العمل والأمراض المهنية ، ويتضح ذلك من خلال فحوى المواد 3 و 6 من القانون 83 – 11 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية بحيث نص في المادة 03 على أنه " يستفيد من أحكام هذا القانون كل العمال سواء كانوا أجراء أم ملحقين بالأجراء أيا كان النشاط الذين ينتمون إليه والنظام الذي كان يسري عليهم قبل دخول هذا القانون حيز التطبيق[2]، وأضافت المادة 06 من نفس القانون " ينطوي وجوبا تحت التأمينات الاجتماعية الأشخاص الذين يشتغلون في التراب الوطني أيا كانت جنسيتهم ..."[3]

وتجدر الإشارة أن بقدر ما وسع المشرع في دائرة المستفدين من التغطية الاجتماعية لحوادث العمل والأمراض المهنية فقد وسع كذلك في دائرة التكفل بحوادث العمل من قبل هيئات الضمان الاجتماعي بالتوسع في حالات وأسباب هذه الحوادث، ويتجلى ذلك من خلال مضمون المواد 7و8و12 من القانون 83-13 المعدل والمتمم بالأمر 96-19 المؤرخ في 1996/07/06 ، حيث قرر المشرع على اعتبار أيضا كحادث عمل الحادث الذي يطرأ أثناء القيام خارج المؤسسة بمهمة ذات طابع استثنائي أو دائم أو مزاولة الدراسة بانتظام خارج ساعات العمل أو أثناء المسافة التي يقطعها المؤمن للذهاب إلى عمله أو الإياب منه[4]، وتجدر الإشارة أن المشرع اعتبر حادث عمل حتى ولم يكن

---

[1] - باديس كشيدة ، مرجع سبق ذكره ، ص ص 34-35.

[2] -الجمهورية الديمقراطية الشعبية ، قانون 83-11 ، 02 جويلية 1983 ، المادة 03.

[3] -الجمهورية الديمقراطية الشعبية ، قانون 83-11 ، 02 يوليو 1983 ، المادة 06.

[4] - كشيدة باديس ، مرجع سبق ذكره ، ص 37.

المعني بالأمر مؤمنا له اجتماعيا ، الحادث الواقع أثناء النشاطات الرياضية التي تنظمها الهيئة المستخدمة أو القيام بعمل متنافي الصالح العام أو الاتقاد شخص معرض للهلاك[1].

وعليه يترتب عن الإصابات الناجمة عن حوادث العمل والأمراض المهنية تكفل هيئات الضمان الاجتماعي بالمصاريف التي تتطلبها العلاجات ونفقات التنقل والإقامة[2].

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، أمر 96 -19 ، 06 جويلية 1996 المادة 08 .

[2] - كشيدة باديس ، مرجع سبق ذكره ، ص 34.

المبحث الثاني : ماهية التأمين الصحي

أدى اتساع وتيرة التقدم التقني في مجال الرعاية الصحية إلى ارتفاع متزايد في تكاليف الرعاية الصحية ، الأمر الذي ترتب عليه عدم قدرة الشرائح الاجتماعية الفقيرة والمتوسطة للحصول على هذه الخدمة مما دفع الكثير من الدول إلى القيام بالتدخل في مجال الرعاية الصحية ، من خلال برامج محددة عرفت باسم التأمين الصحي .

وينظر للتأمين الصحي على أنه أحد أهم مكونات نظام التأمينات الاجتماعية ، على اعتبار أنه يمس عنصرا هاما في الحياة اليومية للأفراد ألا وهو الصحة ، حيث يهتم بالتكفل بكافة الأخطار الصحية التي يمكن أن يتعرض لها الإنسان.

المطلب الأول : تعريف التأمين الصحي

أولا في اللغة :

أ/ يقال : أمن زيد الأسد ، وأمن منه مثل سلم وزنا ومعنى ، والأصل أن يستعمل في سكون القلب ، والأمن ضد الخوف [1]، ومنه قوله تعالى : " الذي أطعمهم من جوع وأمنهم من خوف "[2]

- قال الراغب :" أصل الأمن الطمأنينة النفس وزوال الخوف "[3].وإستأ من إليه : دخل في آمنة ، فالتأمين مصدر للفعل الرباعي " أمن "، يؤمن ، تأمينا ، أعطاه الأمن وأزال خوفه.

ب/ جاء في " مختار الصحاح" الصحة ضد السقم ... وفي الحديث " لا يردن ذوعاهة على مصح" وفي " المصباح المنير" : الصحة في لبدن حالة طبيعية تجري أفعاله معها على المجرى الطبيعي .... ورجل صحيح الجسد ، خلاف المريض .

---

[1]- محمد جبر الألفي: التأمين الصحي: دراسة شرعية وتطبيقية، **مجلة الحكمة**، عدد 32، ص 64.

[2] - سورة قريش آية 4 .

[3] -محمد جبر الألفي، مرجع سبق ذكره ص 64.

ج/ فالتأمين الصحي في اللغة، يعني طلب أو إعطاء الأمن وطمأنينة النفس ضد غوائل المرض.

ثانيا : في الاصطلاح :

اختلفت تعريفات التأمين الصحي لدى الباحثين والشرائع تبعا لتوزعهم بين مجالات مختلفة ، فمنهم من يعرفه من منظور قانوني ، ومنهم من يعرفه من منظور اجتماعي ومنهم من يعرفه من منظور اقتصادي ، إلى غير ذلك ، وتختلف حقيقة التأمين الصحي باختلاف أنواعه نستطيع أن نميز منها خمسة أنواع .

1/ التأمين الصحي الاجتماعي : وهو الذي تقوم به الدولة لمصلحة الموظفين العمال فتؤمنهم من إصابة المرض والشيخوخة ، ويسهم في حصيلته كل من المستفيدين وأرباب الأعمال والدولة بنسب محددة ، ويكون في الغالب إجباريا لا يقصد من ورائه تحقيق الربح.

2/ التأمين الصحي التجاري : وهو عقد بين الأفراد أو مؤسسة وبين شركة تأمين تجاري تلتزم شركة التأمين بمقتضاه أن تدفع مبلغا معينا دفعة واحدة أو على أقساط ، و بأن ترد مصروفات العلاج و ثمن الأدوية كلها أو بعضها للمستفيد من التأمين إذا مرض من خلال مدة محددة و في المقابل يلتزم المؤمن له بدفع أقساط التأمين المتفق عليها .[1]

-و يعتبر التأمين التجاري ، تأمينا تعاقديا اختياريا يهدف إلى تحقيق الربح [2] .

3- التأمين الصحي التعاوني : و هو عقد بين فرد أو مؤسسة و بين شركة تأمين تعاوني و ينص على أن يدفع المؤمن له مبلغا معينا ، أو عدة أقساط ، مقابل أن تلتزم هذه الشركة بتحمل مصاريف لعلاج و ثمن الأدوية كلها أو بعضها إذا مرض خلال مدة التأمين، و في الأماكن المحددة بالوثيقة، و

[1]-مختار محمود قاسم الهانسي و حمودة إبراهيم عبد النبي ، **مبادئ الخطر و التامين**، الإسكندرية **:**الدار الجامعية ،2001 ،ص 61.

[2]-نبيل مختار، مرجع سبق ذكره، ص18.

بأن توزع على حملة الوثائق وفق نظام معين كل أو بعض الفائض الصافي سنويا الناتج عن عملية التأمين[1].

- و نبع فكرة التأمين التعاوني من الصورة البدائية التي كانت تتمثل في اتفاق جماعة من الأشخاص على تعويض الخسارة التي تلحق بأحدهم[2].

4- التأمين الصحي التبادلي : هو اتفاق بين جماعة على التبرع بمقادير متساوية أو متفاوتة بغرض العلاج من يمرض منهم بهذه الأموال ، على أن يرد ما يتبقى من هذه الأموال إلى من دفعه إذ لم يستفيد من الخدمات الطبية و أن كل عضو منهم يحمل شخصيتين في آن واحد فهو مستأمن من يطلب لحماية في حالة تعرضه للخسارة ، و هو مؤمن حيث يشترك مع باقي الأفراد لمجموعة لخسارة ، و بمعنى آخر فإن جميع أعضائه يبدلون التأمين على أخطارهم لذلك سمي بالتأمين التبادلي[3].

- كما تتميز هيئات التأمين التبادلي بأنها تقوم بعمليات التأمين بغرض تعاوني بحيث، وليس للأغراض تجارية بقصد تحقيق الربح[4].

5/ التأمين الصحي المباشر: وهو عقد بين طرفين يلتزم بهم الطرف الأول (المستشفى) بعلاج الطرف الثاني (فردا كان أو جماعة) من مرض معين أو الوقاية من الأمراض العامة مقابل مبلغ مالي محدد يدفعه إلى الطرف الأول دفعة واحدة أو على الأقساط[5].

- وبالتالي ، فإن التأمين الصحي هو وسيلة لدفع بعض أو كل التكلفة الرعاية فهو يحمي المؤمن عليهم من دفع التكلفة العالية للعلاج في حالة المرض [6].

---

[1] -محمد جابر الألفي، مرجع سبق ذكره ، ص 66.

[2] -أحمد أبو لسعود، **عقد التأمين بين النظرية و التطبيق**، الإسكندرية: دار الجامعي، 2009 ، ص180.

[3] -محمد جابر الألفي، مرجع سبق ذكره، ص 67.

[4] -رمضان أبو سعود ، مرجع سبق ذكره ، ص ص 109 -110 .

[5] - محمد جابر الألفي، مرجع سبق ذكره، ص ص67-68.

[6] -خديجة حسين نصر ، **نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية**، سلسلة تقارير رقم 68 ، المرأة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن ، رام الله 2007 ص 12 .

ويعتبر التأمين الصحي فرعا من فروعا التأمين الاجتماعي يقدم الخدمة الطبية مقابل الاشتراكات الدورية للمؤمن عليهم ، ويوفر الرعاية الطبية لدى الحاجة بصورة فورية ، ويمول من الأطراف معينة ولا يهدف إلى الربح فجميع المؤمن عليهم يتوقعون خسارات مالية متساوية أو متشابهة تقريبا الأمر الذي يدخل هذه الظاهرة فيما يعرف بتوقع الخسارة والتوقع الرياضي ، وهو تلك القيمة التي إذا دفعت بواسطة جميع الأفراد ، المعرضين لخطر معين وجمعت بمعرفة جماعتهم أو جماعة متخصصة أخرى منهم فإنها تكفي لدفع مجموع القيم الخسارات المالية المتوقعة التي قد تصيب بعضهم نتيجة تحقق الخطر المتمرض[1].

اعتبرت الاتفاقية العربية رقم3 للعام 1971 والصادرة عن منظمة العمل العربية الخاصة بالمستوى الأدنى لتأمين الاجتماعي للتأمين الصحي أحد فروع ضمان الاجتماعي وهذا يتناسب مع المعايير واتفاقيات جنيف ومؤتمرات العمل العربية والدولية[2].

المطلب الثاني: أهداف التأمين الصحي

يمكن للتأمين الصحي أن يهدف إلى تحقيق غايات عدة منها:

- إزالة العائق المالي بين المريض وحصوله على خدمة طبية بكلفة مقبولة بإضافة إلى رفع مستوى الاطمئنان الاجتماعي لدى الأفراد .

- يحقق التأمين الصحي الفائدة للمؤمن عليه خاصة مع زيادة التكاليف الخدمات الصحية حيث أصبح المرض الذي يهدده لا يشكل هما بما يحمله من معاناة جسدية بقدر ما يرافقه من أعباء مالية ، وبدون

[1]- محمد زيدان ومحمد يعقوبي ، مرجع سبق ذكره ، ص 6 .

[2]-بن دهمة هوارية ، "الحماية الاجتماعية في الجزائر: دراسة تحليل صندوق ضمان الاجتماعي" ،(دراسة حالة صندوق الاجتماعي لوكالة تلمسان) مذكرة ماجستير، علوم الاقتصادية، ابو بكر بلقا يد ، تلمسان ، 2015-2016، ص 224 .

تأمين صحي فإن الخيارات المتاحة لمن ابتلى بمرض أم بالصبر أو اللجوء إلى استدانة أو بيع ممتلكات أو سرقة أحيان.

- المساهمة في توفير موارد المالية لتمويل النفقات انقطاع الصحي الباهظة التكاليف وبالتالي تخفيف الأعباء على الميزانيات العامة للحكومات أو المؤسسات أو الشركات أو الأفراد المسئولين عن العلاج العاملين لديهم.

- توفير مناصب شغل جديدة في شركات أو مؤسسات التأمين الصحي .

- حماية الطبقات الضعيفة في المجتمع من خطر المرض الذي يتعرضون له ولا قدرة مادية لديهم على حماية أنفسهم[1].

- استكمال الإمكانيات العلاجية بما يتناسب مع احتياجات السكان.

- الحث على مزيد من التنوع والمنافسة في تقديم الخدمات الطبية[2].

- حماية المجتمع من الانحرافات والفساد، من خلال تقديم معاشات للعاملين والعاجزين والنساء، والأطفال الذين ليس لديهم عائد فتبعدهم عن طريق الجريمة[3].

يكفل التأمين الصحي الاطمئنان الاجتماعي لدى العمال والموظفين لا سيما إذا كان التأمين الصحي شاملا للموظف كما يعزز التأمين الصحي ويوثق العلاقة بين الموظف أو العامل وزملائه عندما يشعر كل فرد منهم أن زملائه ساهموا في تحمل أعباء العلاج معه بما يدفعونه من أقساط[4].

---

[1]- فاطيمة الزهراء بن زيدان و فالحة قطاب ، **واقع تسويق الخدمات الصحي بالجزائر** ، ورقة مقدمة في الملتقى الدولي ، صناعة تأمينية الواقع العملي وآفاق التطوير تجارب الدول من قبل : فرع علوم تجارية وعلوم التسيير ، جامعة حسيبة بن بوعلي ، الشلف 03-04 ديسمبر 2012 ، ص 09 .

[2]- محمد ليمن مراكشي محمد ليمن ، ترقيه خدمات التأمين الصحي في الجزائر ، **مجلة الاقتصاد الجديد** ، عدد 08، سبتمبر 2013، ص 272 .

[3] - أحمد ممدوح حمزة ، مرجع سبق ذكره ، ص 670 .

[4] -خديجة حسين نصر ، مرجع سبق ذكره ، ص 14 .

إن النظام التأمين الصحي الذي يحقق الأهداف الرئيسية المذكورة لن يكتب له النجاح ما لم يكن مقبولا، ولكي يكون مقبولا لا بد من أن يعمل على تحقيق الأهداف الإضافية التالية :

أ/ يجب أن يكون نظام التامين الصحي سهل الفهم لمستخدميه و سهل الإدارة :

نظرا أن نظام الرعاية الصحية معقد بطبيعته فليس من الحكمة أن تتوقع قدرة أي خطة تأمين على الإبقاء باحتياجات السكان المختلفة بطريقة سهلة ، ولكن من الناحية الأخرى لا يمكن توقع نجاح الخطة التأمينية إذا كان النظام معقد أو صعب الفهم من قبل المنتفعين به وعليه لا بد من الموازنة عند تصميم الخطة التأمينية بين تحقيق لأهدافها الرئيسية بكفاءة وبين سهولة فهمها ، بحيث تسبب في مداد انتظار طويل للحصول على التعويضات عن التكلفة الخدمات التي تم تلقيحها وتسبب في عدم سهولة معرفة المنتفعين بمدى الخدمات المغطاة قد تؤدي إلى فقدان الثقة في نظام التأمين من قبل المشتركين فيه وفي نهاية تؤدي إلى فشله .

ب/ أن يكون نظام التأمين مقبول لدى المستفيدين ولدى الجهات المسؤولة عن نجاحه :

يلعب الأطباء والمستشفيات ، ومقدمو الخدمة لآخرون بالإضافة إلى المرضى دورا كبيرا في نجاح التأمين الصحي ، فذا كانت خطة التأمين الصحي المقترحة تؤثر تأثيرا بالفاعل مستوى دخول ، مقدمي الخدمة وتؤدي إلى تغيرات جذرية في كيفية الممارسة المهنية للطلب فسوف يتعرض لمقاومة كبيرة من هذه الجهات أيضا إذ لم تكن هناك قنوات تنقل أراء مرضى عند المستوى الخدمة المقدمة وكيفية تقديمها فإن الخطة لذا نستطيع العمل بطريقة مثلى ، ولتجنب هذه العقبات المختلفة لا بد من أن تكون هنالك مشاركة عريضة تعكس أو مع مدى من الآراء في تخطيط وتنفيذ خطة التأمين الصحي[1].

[1]- مرجع نفسه ، ص 136 .

المطلب الثالث : قضايا المتعلقة بالتأمين الصحي

إن التأمين الصحي نظام معقد جدا للتفاعلات بين مختلف مكونات كامل النظام الصحي وإنه ليس بأي حال قضية تمويلية فقط ، هناك العديد من القضايا للتأمينات الصحية الاجتماعية التي يجب تناولها في إطار عمل تمويل صحي سليم:

1/ إنشاء البرنامج : هل نبدأ باكتشاف برامج التضامن وبرامج الخيرية ونحاول تكرارها قدر الإمكان؟ هل نحاول مد الضمان الخاص أو برامج التأمين المقدمة من الشركات الخاصة والعامة لموظفيها ؟ هل نتعلم من العقود التي تعرضها بعض المستشفيات للقطاع الخاص ؟

2/ التمويل : ماذا ستكون مصادرا التمويل الرئيسية؟ هل ستستمر الحكومة بإعطاء رعاية صحية مجانية أو مدعومة للفقراء والمعوزين ؟ هل سيدفع أصحاب العمل والموظفين أو العمال مساهمات للتأمين الصحي ؟ هل ستربط مساهمات التأمين الصحي بالرواتب أو إجمالي الدخل وهل يمكن السيطرة عليها ؟ هل ينبغي على الجميع دفع نفس مساهمات التأمين الصحي أم على الفقراء أن يدفعوا أقل إذا لم يتم إعفاءهم هل سيكون هناك دفع مشترك لمستفيدين التأمين الصحي ؟

3/ الفوائد : ما هي حزمة الفوائد التي ستدفع بحسب مساهمات لأعضاء ؟ هل علينا تصميم حزمة فوائد أولية تركز على مشكلات صحة الأمومة والطفولة أم أن علينا بدلا ، عن ذلك تغطية الأمراض المزمنة أكثر ؟وبدلا عن ذلك يمكن البدء بتأمين الأمراض الكارثية والحالات الخطيرة جدا والحالات المزمنة ، هل ستدرج المواصلات إلى المستشفى في التأمينات الصحية ؟ ماذا عن إدراج تكاليف الإجازة المرضية ؟ أي ما هي حزمة الخدمات التي يجب أن يقدمها النظام التأميني لمن يستظلون بظلمه؟ وفيما يلي نسوق بعض الاعتبارات والمعايير التي قد تساعد في اختيار الخدمات التي تعطى أولوية في التغطية[1]:

[1]- عبد الباقي طيف بباكر، مرجع سبق ذكره، ص 143.

1- الخدمات التي تقلل من معدل الوفيات وتزيد من الإنتاجية وبالتالي يعم نفعها المجتمع ككل.

2- الخدمات التي إذا لم يؤمن ضد تكلفتها قد تكون شديدة الوقوع على الإمكانات المالية المؤمن له لزيادتها الكبيرة في عبئه المالي .

3- الخدمات التي لا بد من الحصول عليها بغض النظر عن التكلفة .

4- الخدمات الوقائية التي يمكن أن تشكل بديلا قليل التكلفة للخدمات المغطاة مثل التحصين ورعاية النساء الحوامل.

بالإضافة إلى ذلك أول ما يجب تحديده في أي خطة تأمين هو مدى التغطية السكانية الذي تستهدفه، ومن المعلوم أن المستهدف الأساسي من القطاعات السكانية هم قطاعات الدخل المنخفض.

والقطاعات التي تتحمل فواتير علاجية باهظة وإن كانت منه القطاعات مرتفعة الدخل ، ولكن من المعلوم أن اقتصار الخطة على هذه الفئات وحدها قد يؤدي إلى فشل الخطة التأمينية ، وترجع أسباب هذا الفشل إلى أن الطلب التالي من القطاعات الدخل المرتفع التي تستعيد من الخطة التأمينية ولكنها تلجأ إلى شراء تأمين صحي خاص قد يؤدي إلى تحويل الموارد المتوفرة بعيدا عن الفقراء ، كذلك نجد أن الأطباء والكوادر الصحية قد يفضلون العمل في علاج فئات الدخل المرتفع لجاذبيتها المالية ولوجود حرية أكبر في ممارسة مهنتهم في ظروف أقل تقيدا ، وبالتالي فإن نظام التأمين الصحي يجب أن يحرص على ذوي الدخل المرتفع تحت مظلته ويلتمس من الأساليب ما يكفل ذلك بقدر حرصه على تغطية ذوي الدخل المنخفض[1] .

3- مرجع نفسه، ص 144 .

المبحث الثالث : النماذج التأمينات الصحية

المطلب الأول : دولة لرفاه

تحمل دولة الرفاه أسماء مختلفة مثل دولة الأمة ، دولة الرعاية الاجتماعية أو دولة الحانية، وهي الدولة التي تتولى مهمة تغطية المخاطر الاجتماعية الأساسية كمرض البطالة الشيخوخة وإعانة الأسرة[1] ، حيث تتحمل المسؤولية الأساسية عن رفاهية مواطنيها في المسائل العمل التعليم و الرعاية الصحية و الضمان الاجتماعي[2].

يمكن أن تشتمل دولة الرفاه أيضا تقديم مساعدات نقدية للمسنين و طرفي والعاطلين عن العمل وأمهات الأطفال الصغار ، ودعم أسعار المنتجات الزراعية سياسات الإسكان والسياسات البيئية [3] .

لم تبدأ فكرة مسؤولية الدولة عن رفاهية مواطنيها مع نشوء دولة الرفاه الحديثة وقد سنت بريطانيا عام 1601 قانون " حقوق الفقراء " حدد هذا القانون التزامات سلطات الدولة تجاه رفاهية مواطنيها إلا أن هذه المساعدات كانت دائما محددة للغاية ومقرونة بشروط مهنية ومزعجة وكان صاحب أول تطبيق لدولة الرفاه في القرن19 بسمارك للأسباب سياسية وكجزء من صراعه مع الاشتراكية الديمقراطية ، نظاما للضمان الاجتماعي تابعا للدولة الذي منح ضمان اجتماعي للعمال إذ لم يتمكنوا من العيش بسبب إصابة عمل أو سبب الشيخوخة من خلال مجموعة قوانين تامين ضد المرض1883 وقانون حوادث العمل 1884 وقانون الشيخوخة و العجز 1889[4].

يمكن إرجاع البوادر الأولى لدولة الراعية في نهاية القرن 19 وبداية القرن 20 وهي الحقبة التي تمثل أوج الثروة الصناعية تجد هذه البوادر تفسيرها على مستويين من جهة هنالك المشاكل المتصلة

---

[1]- علي محافظة،" دولة لرفاه الاجتماعي والتجاري العربية " **يومية السياسية**، عدد 17521 ، 24 فيفري 2016 ، ص 01 .

[2] - American heritage dictionary of the English language filth edition ،p01، 2011.

[3] -Asser indirect **; the welfare state** , Backboned achievents Probers for new ; edition of bugrake p02 2009.

4-مؤمن السلام ، "الليبرالية من الدولة الحارسة إلى دولة الرفاه" ، **مجلة المصرية** ،13 جانفي 2015 ،ص 1 .

بالتصنيع الإفقار حوادث العمل و تمزيق النسيج العائلي الناجم عن النزوح الريفي إلى انه ابتداعا من العقد الثامن من القرن 19 سنت العديد من قوانين الحماية الاجتماعية في جل البلدان الاروبية .

من جهة ثانية تجد تلك البوادر تفسيرها خلال هذه الفترة في العودة إلى الممارسات الحمائية بعد أربع عقود من سياسات التبادل الحر حيث شهدت هذه الفترة 1870-1893 صعود نمط من المركانتيلية الجديدة التي لا تسعى إلى اكتناز مزيد من النقد (على غرار المركانتلية الأولى) بقدر ماتسعى إلى دعم القوى الإنتاجية للأمة و الأمثلة التاريخية النموذجية هذا المنعرج هي البلدان فرنسا ألمانيا و الولايات الأمريكية إلى زيادة في التعريف أو الجمركية تحت ضغوط مجموعات المصالح (الزراعية والصناعية) أو تحت وقع الأزمات الاقتصادية (البطالة) وفي فترة لاحقة من قرن 20فترة مابين الحرب العالميتين تلتحق الدول الكبرى بما فيه بريطانيا العظمى بهذه السياسات الحمائية.

هذا عن البوادر الأولى لنشوء الدولة الراعية بمعناها الضيق أما تبلورها النهائي فقد تم مباشرة بعد نهاية الحرب العالمية الثانية بعد صدور التقرير المشهور تقرير بفرديج الذي تضمن تصورا شاملا لنظام التامين الاجتماعي ضد المرض و البطالة فضلا عن التقاعد و المعونات الاجتماعية المختلفة، عام 1924 ، ذهب بفرديج في هذا التقرير إلى أنه يمكن مكافحة العقد بواسطة خلق تشغيل تام وإقامة جهاز شمولي للضمان الاجتماعي يكفل لكل إنسان الحق الأدنى من أجل البقاء وحرية الحصول على الخدمات الرفاه ، التربية الصحية بغض النظر عن دخله ومكانته واستطاع بفرديج بفضل خطته أن ينقل الاهتمام بهذه المواضيع عن هامش حلبة الجدل السياسي ومجتمع إلى مركز الاجتماعي والسياسي[1] .

ويمكن ربط تطور دولة الرفاه في القرن العشرين بالدرجة الأولى بالأزمة الاقتصادية التي أصابت كل الدول الصناعية في ثلاثينيات القرن الماضي ، صحيح أن كل هذه الدول تبنت خطط مختلف للضمان الاجتماعي في مطلع القرن وثم تسريع هذه العملية عقب نجمت عن حرب عالمية

[1] - علي محافظة، مرجع سبق ذكره ، ص 1.

الأولى ، إلا أنه حتى أزمة الثلاثينيات كان ينهج الاقتصادي السائد يذهب إلى أنه ينبغي عدم المس بنشاط السوق الحرة وأنه على الدولة ألا تتدخل في سوق العمل كي تمنع البطالة لذلك ركزت دولة الرفاه على الشريحة العاملة وكان هدفها حمايتهم من المخاطر مثل إصابات العمل الشيخوخة والبطالة[1].

كانت الأعوام الثلاثين التي أعيقت انتهاء الحرب العالمية الثانية بمثابة عنوان ازدهار الرفاه ، اعتمدت كل الدول الرأسمالية في أوروبا ، أمريكا سياسة دولة الرفاه على الرغم من أن تقرير بفرديج لم يطبق بحذافيره في أي دولة حتى في بريطانيا ، إلا أنه أصبح مصدر إلهام لخطط إعادة بناء الدول التي شاركت في الحرب ، فقد حفز النمو الاقتصادي الذي ميز تلك الأنظمة الاقتصادية في 50و60 مشاكل التضامن .

واضعي السياسات في هذه الدول ، على خلف مجتمعات توفر لمواطنيها العمل ومستوى معيشة جيد أفضل من الدول الشيوعية التي تقبع خلف الجدار الحديدي ، جميع هذه العوامل حفزت على تطور دولة الرفاه الشاملة في كل الدول الديمقراطية الصناعية فقد طبقت كل هذه الدول بشكل أو بآخر برامج ضمان الاجتماعي ووفرت للمواطنين الحماية من الأخطار المختلفة ، وطورت أجهزة للإسكان للصحة وللتربية الرسمية الشاملة .

ميز نجيب عيسى بين مراحل ثلاث مرت بها سياسات الاجتماعية في الدول المتقدمة ، ففي المرحلة الأولى كان تدخل الدولة محدود لمفهوم "الدولة الحارسة" بهدف التخفيف من معاناة الطبقة العاملة الفقيرة وتحسين شروط العمل، وفي المرحلة الثانية جاء تدخل الدولة من اجل المعالجة ألازمات الاقتصادية عام 1929 أما المرحلة الثالثة فكان التدخل كوظيفة لتوزيع تمار النمو و ارتفاع الإنتاجية استنادا إلى حقوق الاجتماعية[2] .

---

[1]-مرجع نفسه ،ص 02.

[2]-احمد السيد النجار و آخرون، **دولة الرفاهية الاجتماعية**، ط1، بيروت: منتدى سور الازيكية، ،200 ص، 01 .

المطلب الثاني : تأمين الصحي الفرنسي

بعد أن استردت فرنسا سيادتها على الإقليم الألزاس واللورين♦ الذي كان خاضعا للسلطة الألمانية فكان من الصعب سلب العمال الذين اكتسبوا حقوقا تأمينية من التشريع الألماني فعملت فرنسا على تصميم نظام التأمين الاجتماعي ، فأصدرت عام 1928 قانون المسؤولية الموضوعية لأصحاب العمال ثم أصدر المشرع الفرنسي عام 1905 قانون يفرض التأمين الإجباري من المسؤولية عن الحوادث العمل وفي 1930 وضع تأمين الاجتماعي في فرنسا[1] واستقر منذ هذا التاريخ نظام التأمين الصحي والعجز والشيخوخة وتأمين الأمومة[2] . ولكن بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية صدرت وثيقة فريدة في 1945م بعنوان " برنامج المجلس الوطني المقاومة"رسم محتواها الاقتصادي والاجتماعي الجنرال شارل ديغول وتتعهد هذه الوثيقة فيما يخص الجوانب الاجتماعية بضمان الاجتماعي لدولة تقديم العون لكل من يحتاج إليه ولا يتمكن من إشباع حاجاته لعدم عثوره على عمل وفي 1990م صدر قانون يضمن الرعاية الطبية لكل المواطنين الفرنسيين والأجانب الذين يتمتعون ببطاقة الإقامة بفرنسا ومر عليها 03 شهور وهو ما يعني أيضا تلك الرعاية من ليس له ضمان صحي مرتبط بوظيفته أو عمله حيث أن هذه الضمانة الصحية إجبارية في حالة ممارسة العمل .

وهذا القانون تتمتع العاطلون عن العمل بعطاء التأمينات الصحية مثلهم مثل من يمارس عملا وكذلك أصبح للمهاجرين غير الشرعيين أي اللذين دخلوا فرنسا دون تأشيرة حق الاستمتاع بهذا الضمان الصحي المجاني إذ لا يجوز حرمانهم من الرعاية الصحية ما دام وضعهم القانوني لم يجسد قانونيا وقضائيا ويعتبر لعدم تقديم العون لشخص يتعرض لمخاطر وربما ما يستحق الذكر أن نسبة قليلة من الأطباء في القطاع الخاص هم من يرفضون أحيانا استقبال هذه الفئة من المواطنين ولكن

♦ الالزاس واللورين ، إقليم فرنسي يتألف من مقاطعة الألزاس ومقاطعة اللورين يقع في شرقي الحدود الفرنسية مع ألمانيا في شرق الإقليم ودوقية لكسمبورغ ومملكة بلجيكا في شماله .

[1] - محمد حسن قاسم ، **قانون تأمين الاجتماعي** ، ط 1، الإسكندرية : دار الجامعة الجديدة للنشر، 2007،ص 20 .

2- Support de cours (Version PDF) la sécurité sociale université virtuelle Francophone ; 2011p04.

الحكومة أصدرت تعليمات في 2008 لتجعل قبول الأطباء استقبال المعوزين إجباري من قبل الأطباء ويلزم التنويه إلى أن هذا القانون تم في ظل الحكومة الاشتراكية التي ترأسها لوينيل جوسيان في فترة التعايش مع الرئيس جاك شيراك وكانت صاحبة الفكرة القانون السيدة مارتين أوبري سكرتير عام الحزب الاشتراكي في الوقت الراهن وهذا القانون يغطي بنسبة 100% كل نفقات العلاج المواطن ولا يقوم مسبقا بدفع النفقات ثم الحصول على تعويضات من جهات التأمين الصحي ويغطي هذا القانون نفقات أكثر من 4 ملايين مواطن 2008م ويغطي نظام التأمين الصحي العام في 2008 م نسبة 91% من العاملين أي نحو 27 مليون مواطن والنسبة الباقية تخضع لتظم تأمين خاصة بالمشروعات والمهن الفردية الخاصة وتتضمن 2.5 مليون مواطن[1].

*** يقوم نظام التأمين الصحي الفرنسي على 03 مبادئ :**

- عمومية التغطية من خلال نظام الحكومي يغطي المخاطر والتعويضات .
- متاحة الرعاية وحرية الاختيار للمريض.
- التعاون بين قطاعين الحكومي والخاص فيما يتعلق بالمستشفيات وتمويل الخدمات الصحية[2] .

حزمة الأمراض الخاضعة لتأمين الاجتماعي :

يقوم صندوق التأمين الاجتماعي نسبة كبيرة من نفقات العلاج لكل الأمراض لكن معظم المواطنين لهم تأمين مكمل مع هيئات الخاصة نظير اشتراك شهري وبناء عليه فإن شركات التأمين الخاصة التي يشترك فيها المواطن تعوضه بالنسبة المكملة لتغطي في معظم الأحيان إجمالي النفقات ولكن النسبة التي تدفعها تلك الهيئات مرتبطة بقيمة الاشتراك السنوي الذي يسدده المواطن ، وعادة ما تكون أهمية التأمين الإضافية ذات معنى في حالات علاج الأسنان خاصة زراعة الأسنان وكذلك على النظارات نسبة التعويضات من الصندوق العام التأمين ضئيلة ولا عطاء فكرة عن كيفية التي يتم بها

[1] - يحي عبد الله السقلدي ، "التأمين الصحي في فرنسا" ، **يومية سياسة شاملة** ،عدد 14373، 19 فبراير 2014 .

[2] -عبد اله مبارك آل سيف ، "التأمين الصحي في فرنسا" ، **الالوكة الثقافية**، عدد 17623 ، 20 جويلية 2013 .

التعويضات تضرب بعض الأمثلة ففيها يخص الاستشارة لدى الطبيب بدفع صندوق التأمين الصحي نسبة 70% من الإشارة لدى الطبيب.

ولكن يلزم القول بأنه رغم قيمة الاستشارة محددة رسميا في كل تخصص طبي لكن الطبيب له حرية رفع قيمة المشاركة لتصل أحيانا لضعف القيمة المحددة ويضع ذلك في بند تجاوز وقت الاستشارة فمثلا استشارة الطبيب العام هي 22 يورو رسميا قد يطلب الطبيب 45 يورو ويسدد الصندوق نسبة بناء على القيمة الرسمية ويتحمل المواطن الفرق الذي قد تعوض شركة التأمين الخاصة جانبا منه وفيما يخص علاج الأسنان فقيمة تعويض المواطن هي 70% أما تعويض عن الأدوية فهو نسبة 65% والتعليلات الطبية بغرض نسبة 60% وكذلك الخدمات التي قد تقدمها ممرضات أو ممرضين في المنزل ، في حين أن التعويض عن العلاج بكل أنواعه في المستشفيات بما في ذلك الجراحة فيتم تعويض نفقاته بنسبة 80%.. وفي كل الحالات تكمل شركات الخاصة التي اشترك فيها المواطن باقي النسب.

فعمليا لا يسدد المواطن للمستشفيات العامة والخاصة مصاريف العلاج أو الجراحة فكل مواطن لديه " بطاقة الكترونية" مثل البطاقة البنكية تستخدمها إدارة المستشفى لسحب التكاليف العلاج مباشرة من صندوق التأمينات الاجتماعية الذي ينتمي إليه المواطن جغرافيا ومهنيا إلى جانب أن كل مواضيعه بطاقة تأمينات إضافية تستخدمه الإدارة أيضا لتسدد للمستشفى مباشرة نسبة التي لا يغطيها صندوق التأمينات الاجتماعية[1].

مصادر التمويل التأمين الصحي:

إن تمويل التأمين الاجتماعي بما في ذلك الصحي ليس من موازنة الدولة وإنما من مصادر متعددة ، فالدولة تضع قوانين وتشريعات المنظمة التي بمقتضاها يتم توفير الأموال اللازمة لصندوق

[1] -مكان نفسه.

التأمين الاجتماعي فالقسم الأكبر مصدره الاستقطاعات من أجور ورواتب العاملين والنسبة التي يسددها أصحاب العمل عن تلك الأجور والرواتب[1]

ويتم حساب الاستقطاع من الطرفين كنسبة من الأجر أو الرواتب الإجمالي أي قبل الاستقطاع، فنسبة ما يستقطع من الأجير تصل إلى 22% من الأجر أو الراتب الإجمالي أما نسبة ما يدفعه صاحب العمل هذا الأجر فهي 45% بمعنى آخر فصاحب العمل يتحمل الأجر الإجمالي للعامل بالإضافة لنسبة 45% إضافية ، من هذا الأجر تسدد الصندوق التأمين الاجتماعي ، فالمستقطع من الأجر الشأن الاجتماعي هو (سبعة ونصف في المائة) 7.5% إضافية ، من هذا الأجر الإجمالي من هذه النسبة يخص التأمينات الصحية أقل من واحد في المائة أو بدقة 0.75% في النسبة تخص التقاعد.

وعليه فإن الأموال المستقطعة من العاملين وأصحاب العمل عن أجور العاملين هي أحد مصادر التمويل صندوق التأمين الاجتماعي وتصل نسبة تلك الأموال إلى 48% من إجمالي موارد الصندوق التأمين وعلاوة على ذلك يوجد استقطاع مباشر آخر في شكل ضريبة ويشكل نسبة 36% من موارد صندوق التأمين الاجتماعي ويتم تحصيل هذه الضريبة من المصدر مباشرة وتفرض كنسبة على الدخل وهي ضريبة خاصة تسمى " المساهمة الاجتماعية الإجبارية" وتوزع على المواطنين كالتالي 7.5% على الدخل من أي نشاط 6.2% من دخل العاطل عن العمل (أي من المساعدة التي يتلقاها) 6.6% من دخل المتقاعد تنخفض إلى 3.8 إذ لا يدفع ضرائب على الدخل 8.2 على الدخل عقارات9.5% من الدخل من ألعاب القمار واليانصيب وغير من الألعاب المشابهة[2].

[1] - robert Kelleher Elizabeth ، **forrestaal international model of Systems** ، journal of hôpital administration ،2012 p131

[2] - يحيى عبد الله السقلدي، مرجع سبق ذكره ص 02.

المطلب الثالث : التأمين الصحي في أمريكا

نتيجة لانتهاج الولايات المتحدة الأمريكية مبدأ الحرية الاقتصادية المطلقة ونظرا لارتفاع الأجور بها لم تهتم الولايات المتحدة بفكرة الضمان الاجتماعي حتى بداية القرن العشرين ، وقد كان بالورة في هذا المجال هو القانون الصادر في 1910 في بعض الولايات والذي كان يتعلق بالتأمين عن طارئ العمل وعلى مستوى الفيدرالي في الولايات المتحدة كان أول قانون في مجال الضمان الاجتماعي هو ذلك الذي صدر في 1920 على أنه ترتب على الأزمة الاقتصادية العالمية في 1929 انتشار البطالة ووجود خلل في النظام الأمريكي سواء على الصعيد الاقتصادي أو الاجتماعي مما جعل تدخل الدولة أمر لا مفر منه وهو ما حدا بالرئيس روزفلت بوضع سياسة اقتصادية جديدة تبيع للدولة التدخل اقتصادي واجتماعي لمساندة الفئات الضعيفة كالعمال والفقراء ، وقد أثمرت هذه السياسة عن صدور قانون الضمان الاجتماعي في عام 1935 الذي ضمن مساعدة للمسنين وللعائلات كبيرة العدد والأرامل ولمن يصاب بالعمى ، وقد أقر نظام الضمان الاجتماعي أيضا نظام التأمين الشيخوخة والوفاة ترعاه الدولة الفيدرالية ذاتها ثم أضيف بعد ذلك تأمين الحجز والبطالة على أن يترك للولايات شأن تنظيم تأمين البطالة بشرط أن تساهم الدولة الفيدرالية في ذلك من خلال مواردها من الضرائب وقد تميز القانون الفيدرالي بأنه كفل المساواة بين المواطنين وكذلك بين الولايات سواء في الخضوع للقانون أو للاستفادة من الحماية التي قررها وعلى الرغم من المزايا التي تمنع بها هذا القانون الأمريكي فإنه مما يؤخذ عليه أنه لم يمد مظلة الحماية تشتمل كافة المخاطر الاجتماعية بالإضافة إلى انخفاض مبلغ التعويض الذي كان يمنح عند تحقق الخطر وكونها لمدة محددة [1].

شهدت السنوات الأخيرة أزمة أمريكية قومية في مجال الرعاية الصحية ، حيث يدفعوا الأمريكيون أكثر من ذي قبل وبالنسبة أكبر من دخلهم على العلاج والرعاية الطبية والدواء .

2- مصطفى أحمد أبو عمرو ، **الأسس العامة للضمان الاجتماعي** ، ط1 ، بيروت : منشورات الحلبي الحقوقية، 2010، ص 37.

وحسب تقديرات عام 2004 فقد وصل الإنفاق على الرعاية الصحية 1.8 ترليون دولار في الولايات المتحدة ، وهذا يوازي 15% من إجمالي الناتج القومي ، وهذا المبلغ يعادل أربعة أضعاف ما تنفقه الحكومة الأمريكية على قطاع الدفاع والأمن .

بالإضافة إلى أن أعداد الأمريكيين الذين لا يشملهم غطاء التأمين الصحي ومجبرون على تحمل نفقات العلاج الطبي إن لزم الأمر قد زادوا بمقدار واحد مليون سنويا وذلك منذ عام 2001 .

وبهذا يصبح عدد المواطنين الأمريكيين الذين لا يشملهم غطاء التأمين الصحي حوالي 45 مليون أمريكي .

هيكل الرعاية الصحية في الولايات المتحدة [1] :

نستطيع أن نضيف المنظومة الحالية للرعاية الصحية في الولايات المتحدة إلى ثلاثة أقسام :

القسم الأول : يندرج تحته الأشخاص المقتدرين ماليا والشركات والهيئات الخاصة الذين يعملون لديها وذلك بسبب وضعهم الاقتصادي الجيد وينتمي إلى هذا القسم 100 مليون أمريكي .

القسم الثاني : يشمل حوالي 150 مليون أمريكي ويشارك فيه أصحاب العمل والموظفين ويكون من خلال مساهمة الحكومة مع أصحاب العمل للحصول على غطاء تأميني متوسط.

القسم الثالث : يشمل حوالي 45 مليون أمريكي غير مؤمن عليهم صحيا وهم لا يستطيعون تحمل أي نفقات من أي نوع فيما يختص بالتأمين الصحي ، وهذا النوع لهم الحق في حصول على رعاية صحية في حالة طوارئ .

لقد أعدت الحكومة الأمريكية لتوفير العناية الصحية للمواطنين الأمريكيين هما الميديكير Medi care وهو المخطط لتوفير الرعاية الصحية للمواطنين للمسنين الأمريكيين فوق سنة 65 أو

[1] - Math we s day and Christopher J F Tim ، **An cquibibum Model of Health insurance Provision and wage** ،Determination » December 2003 P 02 .

الذين يعانون من إعاقة ذهنية مزمنة و الميديكيد medi caid برنامج صحي مخصص لتوفير مزايا الرعاية الصحية للأسرة الأمريكية ذات دخل المتدني.

تشير المؤشرات العالمية إلى أن الولايات المتحدة الأمريكية من أكثر دول العالم التي تتفق على الخدمات الصحية ، حيث ينفق الأمريكيون 18% من إجمالي المالي من ناتج المحلي على النفقات العلاجية بمعدل 8290 دولار للفرد سنوي وبالرغم من ذلك أظهر آخر استطلاع للرأي أجرته مؤسسة هاريس أن 80% من الأمريكيين يرون أن النظام الخدمات الصحية في بلادهم بحاجة إلى تغيير شامل[1]. ولا يوجد نظام تأمين صحي شامل يغطي كل سكان في الولايات المتحدة ويبلغ عدد الأشخاص الذين لا يملكون تأمينا صحيا 15.4% من إجمالي المواطنين أي نحو 46.4مليون نسمة.

ابتداء من العام 2009 حاول كل من مجلس النواب ومجلس الشيوخ الأمريكي العمل على إصلاح نظام التأمين الصحي ، وبناءا على هذا الجهد الذي استمر لمدة سنة ، وضع الرئيس "أوباما" اقتراحه الذي يتضمن عمل كل من النواب ومجلس الشيوخ في خطة واحدة وفي مارس 2010 خلال الجلسات التي عقدها مجلس النواب الأمريكي والتي اتسمت بالصعوبة واختلاف الرأي ما بين المعارضة والمؤيد ، أعلن الكونجرس موافقته على برنامج الإصلاح الشامل للرعاية الصحية مساهمة في توسيع قاعدة تأمينية لتشمل الأمريكيين دون إنشاء ، ويدعو هذا النظام الجديد إلى مايلي:

تأمين الصحة للجميع :

وذلك من خلال محاولات لتوفير التأمين الصحي بأسعار معقولة لجميع الأمريكيين غير المسنين من خلال الجمع بين برنامج جديد للرعاية الطبية مثل الذي تقدمه الحكومة والخطط الصحية لقائمة بين أرباب العمل.

[1]- تقرير واشنطن ، 45 مليون أمريكي بدون تأمين صحي ، **إيلاف**، عدد5460 ، 21 نوفمبر 2005 ، elaph.com، 2016/03/05 .

- تغطية المقيمين :

من خلال النظام الصحي الأمريكي سيكون جميع المقيمين بصورة قانونية هي الولايات المتحدة والذين لم تتم تغطيتهم من قبل صحيا قادرين على شراء هذه التغطية الصحية ومنحهم حرية اختيار مقدمي الخدمي الطبية[1].

- انتشار الرعاية الصحية :

إن هذه الخطة ستجعل الرعاية الصحية أكثر انتشارا مما قبل كما أنها ستجعل أسعار شركات التأمين الخاصة أكثر قبولا وتساهم في توسيع التغطية الصحية لجميع الأمريكيين

ملامح النظام :

لا ينص القانون على إنشاء صندوق عام للتأمين الصحي ولكنه يلزم كل شخص بالتأمين على نفسه أو دفع غرامة قدرها 2.5% من دخله السنوي .

تقدم الدولة تمويلا في حدود 65 ألف دولار في عام للأسرة التي يبلغ دخلها أقل من 88 ألف دولار سنويا ، ، وذلك لمساعدتها على دفع تكاليف شركات التأمين .

الأشخاص الذين يبلغ دخلهم أكثر من 200 ألف دولار سيدفعون المزيد من الضرائب لتمويل النظام الصحي.

الأفراد الذين يتمنعون عن الاشتراك في نظام تأمين الصحي سيرغمون على دفع غرامة ويستثنى من ذلك الفقراء.

كما تجدر الإشارة إلى أن أسعار التأمين الصحي بموجب هذه الخطة ستكون أكثر قبولا وذلك عن طريق الآتي :

- توفير أكبر حفظ الضرائب في التاريخ للطبقة المتوسطة وذلك في مجال الرعاية الصحية.

- مساعدة ما يقرب من 32 مليون أمريكي على تحمل تكاليف الرعاية الصحية .

[1]- رضا بن محمد الخليل ، "التأمين الصحي في أمريكا" ، **الرياض** ، عد1582، 25 أفريل 2010، ص01.

- تغطية أكثر من 95% من الأمريكيين بنظام التأمين الصحي .

- إصلاح النظام الصحي قلص بشكل غير مسبوق عدد المحرومين من التأمين الصحي.

حيث أفادت الإدارة الأمريكيين بأن مشروع أوباما للتغطية الصحية خفض بشكل غير مسبوق منذ أربعة عقود عدد أمركبين المحرومين من التأمين الصحي والذي تراجع من 20.13 بالمائة أو الآخر 2013 إلى 13.2 بالمائة أوائل العام الحالي وهي الفترة التي توافق دخول إلزامية التأمين الصحي في الولايات المتحدة حيز تنفيذ[1].

أعلنت الإدارة الأمريكية أن الإصلاح النظام الصحي الذي مرره الرئيس باراك أوبا ما في 2010 أدى إلى انخفاض في عدد الأمريكيين غير المشمولين بتأمين الصحي[2]، وبعد خمسة أعوام على نجاح قانون " أوبا ما كير " هناك 16.4 مليون أمريكي ممن كانوا محرومين من التغطية أصبح لديهم تأمين صحي ، بحسب تحليل حكومي لمعطيات تحقيق قانون هيلتر يزويل بينغ انديكس[3].

يغير أوباماكير الذي أقر في مارس 2010 أحد الوعود الانتخابية الرئيسية لأوباما يومي إلى إقناع الأمريكيين ممن لا يتمتعون بتأمين الصحي ، وعددهم نحو 50 مليون بالاستفادة من التغطية الصحية ، وكانت الحكومة حددت كهدف وصول عدد المسجلين في هذا البرنامج إلى 7 ملايين في سنة الواحدة وهو ما تحقق لها .

حيث هبطت نسبة الأمريكيين الغير المؤمنين صحيا 20.3 في الربع الثالث من العام 2013 إلى 13.2 في الربع الأول من 2015 ، أي في الفترة التي بدأ فيها تطبيق الشق الأساسي من قانون أوباما ألا وهو إلزامية التأمين الصحي .[4]

---

[1] - مرجع نفسه

[2] - اصلاح النظام الصحي قلص بشكل غير مسبوق عدد المحرومين من التامين الصحي ، 2015/03/17 www. France 24 . com /m/

[4] -Jessica c Smith and Carla modalisa، "**health insurance coverage in states**" department of commerce، Septembre، 2014، p14.

ومنذ إقرار أوباما كير لا يفوت الجمهوريين فرصة لمحاولة إلغاء هذا القانون ، وأبلغ دليل على إصرارهم على إسقاط هذا الإصلاح هو إجراؤهم عملا أكثر من 55 عملية تصويت في الكونغرس على نصوص ترمي إلى إلغاء أو تعديل أو تقليص أو تنقيع هذا القانون الذي يعتبرونه رمزا لتخطي الإدارة الديمقراطية لصلاحيتها وتحويلاتها النظام الصحي في البلاد إلى نظام شبيه بالأنظمة الصحية المعتمدة في أوروبا[1] .

لكن أوباما كير تمكن خلال هذه الفترات الخمس من تجاوز كل العقبات التي اعترضت طريقه، فهو نجا من كل عمليات التعويض التي استهدفته في الكونغرس ، وحقق أشعار في المحكمة العليا في 2012 .

[1] - اصلاح النظام الصحي، مرجع سبق ذكره.

خلاصة الفصل :

يعد التأمين الاجتماعي نظام تضامني بين الحكومة و أفراد المجتمع ذو طابع إلزامي يهدف إلى التخفيف من وطأة الأضرار و المخاطر التي تصيب الفرد العامل أو الغير العامل وهذا عن طريق دفع و تعويض جزء من الخسائر التي يمكن إن يتحملها لمواجهة أثارها السلبية ذلك يغطي مختلف الأخطار المضرة بالحياة الإنسان كمرض الشيخوخة البطالة و غيرها من الأخطار السلبية وينظر للتامين الصحي على انه احد أهم مكونات نظام التأمينات الاجتماعية على اعتبار انه يمس عنصرا هاما في الحياة اليومية ألا وهو الصحة حيث يهتم بكافة الأخطار الصحية التي يمكن إن يتعرض لها الإنسان بهدف إزالة العائق المالي بين المريض و الخدمة الطبية بكلفة مقبولة .

الفصل الثاني
واقع التأمين الصحي في الجزائر

تمهيد :

عرفت الجزائر منذ الاحتلال نظام التأمين الاجتماعي والصحي كإمتداد لنظام الفرنسي، حيث أنه لم يكن يشمل كل الفئات ولا يغطي كل الأخطار، أما بعد الاستقلال عرف هذا النظام تغييرات هامة، كإدخال إصلاحات على منظومة الضمان الاجتماعي من أجل تنظيمه وتعميمه لجميع الأفراد وأيضا محاولة تكييفه وجعله قابل للتطبيق وذلك من خلال إصلاحات 1983 التي جاءت بشكل قوانين حددت مختلف المخاطر التي يغطيها النظام والقواعد المطبقة لتغطيته، وتوالت بعد ذلك الإصلاحات وفق ظروف اقتصادية وسياسية واجتماعية التي شهدتها البلاد.

المبحث الأول : مراحل تطور التامين الصحي في الجزائر

لقد شهد الهيكل القانوني والمؤسسي في نظام التأمينات الاجتماعية والصحية العديد من التغيرات تتوافق مع المراحل الاقتصادية التي مرت بها الجزائر، وتخدم الأهداف الاقتصادية والاجتماعية الموضوعة للسياسة الاقتصادية المنتهجة من قبل الدولة ،ومن ثم قد مر نظام التأمين الاجتماعي الجزائري بالمراحل التالية :

المطلب الأول : مرحلة ما قبل الاستقلال

يمكن القول أنه ولغاية شهر جويلية سنة 1983 تاريخ صدور أول قانون ينظم التأمينات الاجتماعية في الجزائر ، لم تعرف الجزائر قانون يشمل التأمينات ضد الأخطار الاجتماعية ماعدا بعض المراسيم الصادرة خلال الفترة بين سنة 1962 إلى غاية سنة 1983 أين صدر القانون رقم 11/83 الصادر في جويلية 1983 والمتعلق بالتأمينات الاجتماعية والذي حدد الأخطار التي يغطيها هذا القانون وهي خطر المرض ، خطر الولادة، ، خطر العجز ثم خطر الوفاة .

أما خلال فترة الاستعمار أي من سنة 1830 إلى غاية 1962 فكانت القوانين المطبقة في هذا الميدان هي القوانين الفرنسية على أساس وفي نظر فرنسا أن الجزائر جزء لا يتجزأ من فرنسا آنذاك مع ما يتناسب والأوضاع في الجزائر كمستعمرة فرنسية ، ولذلك لا يمكن القول أن هناك تأمين اجتماعي جزائري ما يستلم بالضرورة دراسة قانون التأمين الاجتماعي الفرنسي السائد خلال فترة الاحتلال[1] .

[1]_ الواسعة زرارة صالحي، مرجع سبق ذكره، ص 23.

قبل تحرير فرنسا من النظام النازي سنة 1944 لم يكن فيها من القوانين الاجتماعية إلا بعض القوانين المتفرقة[1] كقانون التأمين ضد حوادث العمل، الذي كان يقوم على أساس تحمل رب العمل مسؤولية تعويض العامل عما قد يلحق به من ضرر بسبب حوادث العمل وكذلك قوانين التأمين الصحي الذي كان الهدف منه التعويض عن أخطار المرض والأمومة وكذلك التأمين ضد الشيخوخة والعجز بالإضافة إل بعض القوانين التي كان قد نص عليها في قانون 1930/10/28 ، وكان كل قانون يدار من قبل إدارة خاصة مما أدى إلى تشعب الإدارات وعدم التنسيق بينها.

لكن بعد التحرير التفت المشرع الفرنسي إلى إصلاح جميع قوانينه ومنها قوانين التأمينات الاجتماعية مما يتلاءم وظروف ما بعد الحرب ، وقد اتخذ من المشرع الروسي نموذجا لوضع نظام شامل للضمان الاجتماعي من أجل تغطية كل المخاطر الاجتماعية التي قد تحل بالسكان دون استثناء، وكان هذا النظام يمول من قبل الدولة وتشرف على إدارته النقابات العمالية وقد لقي هذا المشرع استحسانا كبيرا لدى سكان فرنسا [2].

كما اعتمد المشرع أيضا في إصلاحه لقوانين التأمينات الاجتماعية مشروع بريطانيا الذي وضعه **اللورد بيفريدج Beveridge** الذي قدمه للحكومة البريطانية 1942 وكان يرمي إلى إقامة نظام للضمان الاجتماعي الشامل الذي يقوم على محاربة العوز وحماية القدرة عن العمل وحماية الأجر الكافي وضرورة التعويض عن فقدان الكسب في حالات المرض والعجز والشيخوخة وكذا البطالة والأمومة على أن يشمل هذا النظام جميع المواطنين وتستند إدارته إلى جهاز إداري يعمل تحت إشراف وزارة الضمان الاجتماعي .

وقد اعتمد المشرع الفرنسي في قانون الضمان الاجتماعي الصادر في أكتوبر 1945 والذي يعد التشريع الأول والقاعدة الأساسية في مجال الضمان الاجتماعي بصفة عامة على تقرير **اللورد**

1- قاضي حسين عبد اللطيف حمدان، مرجع سبق ذكره ص 183.

2- هوارية بن دهمه ، مرجع سبق ذكره ، ص 24 .

بيفريدج Beveridge حيث نص في المادة الأولى من هذا القانون على تكوين منظمة للضمان تتولى حماية العمال وعائلات وكذلك حماية الأمومة وتغطية كافة الأعباء العائلية .

كما تلى هذا القانون عدة قوانين وتشريعات أخرى تحاول أن تؤكد ما جاءت به القوانين السابقة كقانون 19 أكتوبر 1945 المتعلقة بتغطية المرض والأمومة والعجز والوفاة والشيخوخة ثم تلاه تشريع 22 ماي 1946 الذي وضع مبدأ تعميم الضمان الاجتماعي ثم تلاه في 22 أوت 1946 تشريع خاص بالإعانات العائلية ثم تشريع 23 سبتمبر 1946 وأخرى في[1] 24 أكتوبر 1946 بشأن التأمين من الشيخوخة كما حاول هذا القانون وضع نهاية للنزاعات المتعلقة بالضمان الاجتماعي ، إذ وحد الاختصاص القضائي في هذا المجال بعد أن كانت النزاعات تنظر فيها جهات مختلفة .

وفي سنة 1953 وضع المشرع الفرنسي نظام المساعدة الاجتماعية في تقنين منفرد الخاص يسمى بالتقنين العائلي والمساعدات الاجتماعية وذلك سعيا إلى التكافل بين أفراد المجتمع ،كما توحي أغلبية قوانينها المتعلقة بالضمان الاجتماعي مما يدل على قيام نظام الضمان الاجتماعي الفرنسي على التكامل والتضامن القومي ، وتقوم التشريعات الفرنسية على المساواة الاجتماعية رغم الاختلاف الموجود بين جميع فئات المجتمع الفرنسي .

كانت هذه دراسة لبعض التشريعات الفرنسية باعتبار أن الجزائر خلال هذه الفترة مستعمرة فرنسية وكان للاعتقاد السائد لدى فرنسا أن الجزائر جزء لا يتجزأ من فرنسا لذلك كانت تخضع لذات القوانين [2] ما عدا بعض الأوامر التي كانت تصدر خصيصا لتطبيقه في الجزائر مما يتناسب ومصلحة فرنسا المستعمرة هنا ، الأمر المؤرخ في 05 فبراير 1951 والمتضمن تحديد كيفيات إرجاع نفقات الانتقال الواجب دفعها والمؤمن لهم اجتماعيا .

---

[1]- زرارة صالحي الواسعة ، مرجع سبق ذكره ،ص ص 25 26.

كذلك القرار المؤرخ في 19 أكتوبر 1959 الذي يحدد كيفية تطبيق التأمين ضد خطر المرض في القطاع غير لفلاحي ، ثم القرار المؤرخ في 10 يونيو 1949 المتعلق بتنظيم جهاز الضمان الاجتماعي بالجزائر ومجموع القوانين والنصوص المعدلة والمتممة له .

وفي 30 أكتوبر 1946 صدر تشريع خاص بإصابات العمل والأمراض المهنية والذي أضافه نظام الوقاية المسبقة من الحوادث والأمراض المهنية وكذا فكرة التأهيل المهني.

وفي أكتوبر من نفس السنة صدر أيضا تشريع ينظم انتخابات مجالس الإدارة لصناديق الضمان الاجتماعي ، حيث كان نظام التأمين الاجتماعي يدار من قبل المجالس المنتخبة من العمال وأصحاب العمل وذلك مراعاة للمصالح الخاصة لمختلف الطوائف والفئات في المجتمع [1]تحت إشراف الدولة ثم امتد ليشمل الطلبة سنة 1948 وكذلك الجنود العاملين في القوات المسلحة والكتاب الذين لا يقومون بعمل تابع .

وفي 1949 امتد أيضا هذا النظام ليشمل الأرامل الذين فقدوا أزواجهم والأطفال الذين فقدوا عائلاتهم وكذا عجزة الحرب.

هذا وتلبية لرغبات بعض فئات المجتمع الفرنسي والذي ترى ضرورة بقاء التنظيمات الخاصة بهم فقد أقام المشرع الفرنسي أربعة نظم مستقلة للتأمينات من الشيخوخة سنة 1949 وذلك بالنسبة للمهن الصناعية والتجارية وأصحاب المهن الحرة والمشتغلين بالصناعات التقليدية وكذا العمال المزارعين.

وفي 11 أفريل 1949 صدر القرار رقم 49045 والذي بموجبه أدخل نظام التأمينات الاجتماعية في الجزائر وأصبح ساري المفعول بمقتضى القرار المؤرخ في 10 جوان 1949.

ولم يعرف هذا النظام حركة تدريجية إلا في سنة 1950 حيث دخلت التأمينات على الأمراض مجال التطبيق في شهر جويلية 1950 .

---

[1]- مرجع نفسه ، ص 27.

إن هذا الامتياز الذي أنشأته السلطة الاستعمارية آنذاك لم يكن إلا ثمرة المطالب المتكررة ونضال الطبقة الشغيلة الجزائرية التي بدأت في تلك الفترة قوة كافية أجبرت النظام الاستعماري على الرضوخ لمطالبها .

المطلب الثاني : مرحلة من 1962 إلى 1983

بعد حصول الجزائر على الاستقلال صدرت بعض المراسيم التنظيمية لهذا المجال رغم أن القانون رقم 157/62 المؤرخ في 12/31/ 1962 والقاضي بتمديد مفعول التشريع النافذ باستثناء مقتضياته المخالفة للسيادة الوطنية كأول تشريع جزائري في مجال التأمينات الاجتماعية ولو أنه تضمن فقط النص على استمرار العمل وفق القوانين والمقررات السارية المفعول آنذاك ،وكان ما يميز هذه الفترة من الناحية التشريعية [1]ظهور مرسوم 63-457 المؤرخ في 14 نوفمبر 1963 والمتعلق بإنشاء جهاز للضمان الاجتماعي خاص بهيئة البحارة سمي **(مؤسسة الاستدراك الاجتماعي للبحارة)** ،تحت إشراف وزارة النقل ،يسير التأمينات الاجتماعية ، المنح العائلية والتقاعد.

مرسوم 66-125 المؤرخ في 12 أفريل 1964 الذي يعيد تبيان التركيبة البشرية ومجلس الإدارة الخاص بصناديق الضمان الاجتماعي والذي تميز ب:

- التمثيل الخاص بالمستخدمين أصبح نصف التمثيل العمالي .

- يتم تحديد ممثلي المستخدمين والعمال عن طريق تنظيماتهم [2] المهنية وليس عن طريق الانتخاب .

---

[1] - زيرمي نعيمة ،**الحماية الاجتماعية بين مفهوم المخاطر و التطور في الجزائر** ورقة مقدمة في ملتقى الدولي الصناعة التأمينية والأفاق التطور تجارب الدول من قبل فرع العلوم الاقتصادية، جامعة حسيبة بن بو علي، الشلف ، 03_04 ديسمبر 2012 ، ص04.

[2] - باديس كشيدة ، مرجع سبق ذكره، ص08.

- كما تتميز هذه الفترة أيضا بالإعلان الرسمي عن المرسوم رقم 64-364 المؤرخ في 31 ديسمبر 1964 المتعلق بإنشاء الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي المكلف بـــ :

- توزيع التأمينات الاجتماعية والإعانات العائلية .

- إبرام اتفاقية وطنية مع مؤسسات صحية .

- تخصيص رقم التسجيل للمؤمن عليهم اجتماعيا .

- إنشاء مدرسة وطنية للضمان الاجتماعي وتسير بتفويض من الوزير .

- العمل الصحي والاجتماعي والعائلي [1].

كما عرف نظام التأمينات الاجتماعية عدة تطورات وتغيرات وذلك تماشيا مع الاتجاهات المختارة من طرف الدولة الجزائرية وكذا الاختلافات الاقتصادية بين الجزائر وفرنسا التي كان نظامها هو السائد فقد اعتمدت الجزائر على الاشتراكية كأغلبية الدول حديثة العهد بالاستقلال مما يفرض إجراء تغيرات على كل المستويات خاصة في مجال الحماية الاجتماعية [2] للمواطنين ، وبذلك فقد تم الاعتراف بالحق في الصحة والحماية الاجتماعية في الميثاق الوطني سنة 1976 وكذا في دستور سنة 1976 الذي اعترف بجميع المواطنين بحقهم في حماية صحتهم [3].

وأيضا ما يميز هذه المرحلة هو تنوع الأنظمة إذ كانت فئة العمال والموظفين تخضع لنظامها الخاص ،وكذا هذا التنوع مبرر بتنوع قطاعات النشاط مما جعل نظام الضمان الاجتماعي الجزائري بهذه الصفة معقد سواء في التنظيم أو التسيير ، وبقي الحال على ذلك إلى غاية 1970 أين بدأت الإجراءات الأولى لمحاولة خلق نوع من التجانس بين هذه الأنظمة المختلفة.

---

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،مرسوم رقم 64-364 مؤرخ في 31 ديسمبر1960 ، المادة 02.

[2]- محمد زيدان ومحمد يعقوبي ، مرجع سبق ذكره ،ص 08.

[3]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 1976 ، المادة 65 .

فجاء المرسوم 70-116 المؤرخ في 01 أوت 1970 الذي أعاد تنظيم الضمان الاجتماعي وذلك بإنشاء صناديق متخصصة تشكل منظومة الضمان الاجتماعي تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتخضع للوصاية الإدارية ومراقبة وزارة العمل والشؤون الاجتماعية كالتالي [1]:

- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .
- الصناديق الجهوية للضامن الاجتماعي
- صندوق الضمان الاجتماعي للموظفين.
- صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء.
- صندوق التأمين على الشيخوخة لغير الإجراء
- ضم نظام التأمين لفلاحي بموجب الأمر الصادر في 05 أفريل 1971 في سياق الثورة الزراعية ، إذ أصبح الفلاحون يتمتعون بنفس مزايا النظام العام الذي كان مطبقا على الفئات الأخرى من العمال والموظفين [2].

- مرسوم 70-215 المؤرخ في 15 ديسمبر 1970 القاضي بإحداث صندوق التأمين على الشيخوخة لغير الأجراء التابعين للقطاع غير الفلاحي [3].

كما تم بموجب أمر تنفيذي رقم 74-08 المؤرخ في 30 جانفي 1974 وضع كل هذه الأنظمة والصناديق تحت وصاية وزارات مختلفة ، تم ضمهم لوزارة العمل والشؤون الاجتماعية باستثناء النظام الزراعي الذي هو تحت وزارة الفلاحة [4].

---

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 70-116 مؤرخ في 1 اوت 1970 ،المادة 02.

[2]- محمد زيدان ومحمد يعقوبي ، مرجع سبق ذكره ،ص 08.

[3]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 70- 215 مؤرخ في15ديسمبر 1970 المادة 01.

[4]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 74 - 08 مؤرخ في 30 يناير 1974، المادة 01.

الأمر رقم 74-78 الصادر في 17 سبتمبر 1974 ، يمد شمول الضمان الاجتماعي للعمال ذوي الأجور في القطاع الفلاحي على العمال من غير الأجور وذلك ضمن التحفظات والشروط المحددة منه [1].

وخلال هذه الفترة كان الضمان الاجتماعي الجزائري يتميز بوجود نظامين مختلفين النظام العام الذي يطبق بحسب الفئات العاملة ومجموعة من الأنظمة الخاصة التي تطبق على أساس نوعية المهن ، ونتيجة لهذا فقد قامت السلطات الجزائرية بتطبيق إصلاحات كبيرة على مستوى نظام الضمان الاجتماعي الجزائري [2].

المطلب الثالث : مرحلة ما بعد 1983

تماشيا مع النظم الاشتراكية وكذا التطورات والتوجهات التي بدأت تتجسد من بداية سنة 1980 تقرر تطوير الضمان الاجتماعي يكون مصمما على جميع المواطنين وذلك تم إعادة تنظيم الضمان الاجتماعي بالاستناد على المبادئ التالية :

- مبدأ تعميم الضمان الاجتماعي .
- مبدأ توحيد الأنظمة والامتيازات والتمويل .
- مشاركة ممثلي العمال في تسيير هيئات الضمان عبر تمثيل واسع في مجال الإدارة لهذه الأخيرة [3].

---

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، لأمر رقم 74 - 87، مؤرخ في 17 سبتمبر 1974، المادة 02.

[2]- محمد زيدان ومحمد يعقوبي ، مرجع سبق ذكره ، ص09.

[3]- كشيدة باديس ، مرجع سبق ذكره ، ص10.

إن الهدف من إصدار قوانين الضمان الاجتماعي لسنة 1983 هو تصميم الضمان للجميع دون النظر إلى قطاع النشاط أو الفرد يتسم بتوحيد الاشتراكات وامتيازات لصالح كل العمال بجميع فئاتهم، فظهرت 05 قوانين هي :

- الضمان الاجتماعي (القانون رقم 83 – 11).

- التقاعد (القانون رقم 83 – 11) .

- حوادث العمل والأمراض المهنية (القانون رقم 83 – 13)[1].

- التزامات المكلفين في مجال الضمان الاجتماعي (القانون 83 – 14).

- المنازعات في مجال الضمان الاجتماعي (القانون رقم 83 – 15).

- في سنة 1985 صدر المرسوم 1985//223 الذي وحد صناديق الضمان الاجتماعي إلى صندوقين هما [2]:

- الصندوق الوطني للمعاشات Caisse National de Retraite فيكفل الضمان الاجتماعي لصالح المتقاعدين من عمال وأرباب العمل .

- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وحودث العمل والأمراض المهنية La Caisse National d'Assurance et de Sécurité d'Accident de Travail ،الصندوق الأساسي الموحد للتأمينات الاجتماعية بجميع مجالاتها .

ثم جاء المرسوم التنفيذي رقم 92 – 07 المؤرخ في 1992/01/04 الذي يتضمن الوضع القانوني لصناديق الضمان الاجتماعي والتنظيم الإداري والمالي للضمان الاجتماعي كالتالي[3]:

- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء بالترخيم (ص . و . ت . أ).

---

[1] - Houam Fouzi et Ait Ali Meriem , **Système Algérien de Sécurité Sociale (Evolution et perspective)** , 1er Janvier 2013, p 8.

[3] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية مرسوم تنفيذي رقم 92-07 المؤرخ في 04 يناير 1992 المادة 01 .

-الصندوق الوطني للتقاعد بالترخيم (ص. و. ت).

- الصندوق الوطني الاجتماعي لغير الأجراء بالترخيم (ص . أ . غ . أ) .

حيث تحول الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وحوادث العمل والأمراض المهنية إلى الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء كما أصبح كل صندوق يسير عن طريق مدير يعين من طرف وزير القطاع لكل من صندوق تأمينات الأجراء والصندوق الوطني للتقاعد مجلس إدارة يضم ممثلين عن العمال آخرين عن المستخدمين وكذا ممثلين وأعاد هذا المرسوم تخصيص قطاع غير الأجراء بصندوق خاص لغير الأجراء ، حث يتميز الصندوق بالشخصية المعنوية والاستقلالية المالية ، مع الإبقاء على الصندوق الوطني للتقاعد على حاله [1].

وقد توسع نظام الضمان الاجتماعي بإنشاء الصندوق الوطني للتامين عن البطالة La Caisse National d'Assurance de Chômage بموجب المرسوم التنفيذي رقم 94-188 الصادر في 1994/07/06[2] كمؤسسة عمومية للضمان الاجتماعي تعمل على تحقيق الآثار الاجتماعية المتعاقبة الناجمة عن تسريح العمال الأجراء في القطاع الاقتصادي وفقا لمخطط التعديل الهيكلي [3]والصندوق الوطني للتأمين عن العطل المدفوعة الأجر La Caisse National des Congés Payés et du Chômage Intempérie des Secteurs du Bâtiments du Travaux Public et de Hydrauliques الذي أنشأ بمقتضى المرسوم رقم 25 -97 المؤرخ في 1997/02/04 [4] الذي جاء استجابة لضمان موسمية عمل قطاعات البناء ، الأشغال العمومية والري ، يغطي هذا الصندوق أو يتحمل تعويض أصحاب قطاعات الري ، الأشغال العمومية [5].

---

[1]- نعيمة زيرمي ، مرجع سبق ذكره ، ص 06.

[2]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، مرسوم تنفيذي رقم 49-118 مؤرخ في6 جويلية 1994، المادة 01 .

[3]- نعيمة زيرمي ، مرجع سبق ذكره ، ص 06.

[4]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية مرسوم تنفيذي رقم 97-45 مؤرخ في 04 فيفري 1997 ، المادة 01 .

[5]- نعيمة زيرمي ، مرجع سبق ذكره ، ص 06.

وتتطلع هذه الصناديق بتوفير خدمات التأمين الاجتماعي والصحي لمواطنين وحمايتهم من المخاطر التي قد تحل بهم ، تماشيا مع إيجابيات الملحة لحماية والمعبر عنها من طرف العمال من جهة وكذا جميع الفئات النشطة في جميع المستويات ،وإن كان هذا التنظيم يشبه إلى حد بعيد النظام الفرنسي الا أن الضرورة التي أملته .

المبحث الثاني : الآليات المعتمدة من طرف الحكومة في تحسين الأمينات الصحية

إن الإصلاحات التي باشرتها الجزائر خلال العشرية الأخيرة في مجال الصحة ترتكز بالخصوص على قطاع التأمين الصحي حيث استفاد هذا الأخير من برنامج خاص يهدف إلى تحسين نوعية الأداء والعصرنة وكذلك توسع مجال نظام الدفع من قبل الغير الذي كان في البداية يشمل المواد الصيدلانية ،كما نص عليه القانون 83 – 11 خاصة في مادته 06 يشمل كل الخدمات الصحية أو تكاليف النقل لأصحاب الأمراض المزمنة وذلك من خلال التعاقدات مع القطاع الصحي ليصل في الأخير إلى التعاقد مع الطبيب المعالج[1].

المطلب الأول : نظام البطاقة الإلكترونية (بطاقة الشفاء)

تنص المادة60 مكرر من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية على أنه : " تثبت صفة المؤمن له اجتماعيا ببطاقة إلكترونية تحدد تسمية البطاقة الإلكترونية ومضمونها واستعمالها وحالات تجديدها وتعويضها في حالة السرقة أو الضياع عن طريق التنظيم "[2].

وعليه فإننا نتناول التعريف بالنظام البطاقة الإلكترونية نظام بطاقة شفاء ثم نتطرق إلى التعريف ببطاقة الشفاء وكيفية استعمالها والحماية الجزائية للبطاقة الإلكترونية بما يلي:

أولا : التعريف بنظام البطاقة الإلكترونية (نظام بطاقة الشفاء) .

يعرف نظام بطاقة الشفاء بكونه نظام عصري يرتكز على آليات تقنية وتكنولوجيات دقيقة والذي ينتج بطاقة ذات شريحة تسمى الشفاء.

ويأتي هذا النظام في إطار العصرنة الشاملة لقطاع الضمان الاجتماعي إذ تعتبر الجزائر السباقة في العمل به قاريا وعربيا .

---

[1]- محمد ليمن مراكشي ، مرجع سبق ذكره ، ص 275.

[2]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون 08-01، مؤرخ 23 فيفري 2008 ،المادة 06 مكرر .

فهو نظام معقد سواء من الناحية التقنية أو العملية أو الوظيفية ، متعدد الأبعاد ذو انعكاسات هيكلية على سير الصندوق وبيئته [1].

أهدافه :

- تحسين نوعية الأداءات المقدمة عن طريق :

- تبسيط الإجراءات المنتهجة في الحصول على الأداءات .

- التعويضات المنتظمة والسريعة [2].

- تحسين العلاقات فيما بين مقدمي الخدمات الصحية ، بما فيهم الصيادلة والأطباء .

- التصديق المتبادل بين بطاقة الشفاء والمفتاح المهني .

- القضاء على الوثائق العرقية المتبادلة .

- تبادل المعطيات المعلوماتية بواسطة تحويل المعطيات ووحدات [3].

ثانيا : تعريف بطاقة الشفاء .

هي عبارة عن بطاقة تحتوي على سائر المعلومات للمؤمن وقد نصت المادة من المرسوم رقم 116/10 على أن معطيات المدونة الإدارية في بطاقة الشفاء وهي لاسيما :

- رقم التسجيل في الضمان الاجتماعي ،

- لقب واسم المؤمن له اجتماعيا .

- تاريخ ميلاد المؤمن له اجتماعيا.

- جنس المؤمن له اجتماعيا .

تتضمن بطاقة الشفاء زيادة على ذلك بالنسبة لكل ذي حق اللقب والاسم وتاريخ الميلاد[1].

---

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية مرسوم تنفيذي رقم10-116 المؤرخ في 18فيفري 2010، المادة 02.

[2]- الطيب سماتي ، **التأمينات الاجتماعية في مجال الضمان الاجتماعي** ، الجزء الأول ، الجزائر ، دار لهدى ، 2004، ص 254.

[3]- سليمان ملوكة ، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لعمال الأجراء ، **شبكة معلوماتية ناجحة** ، عدد 04، 2014، ص 10.

وتعرف كذلك بأنها البطاقة الإلكترونية التي تسمح بالتعرف على المؤمن وذوي الحقوق أثناء استفادته من خدمات الضمان الاجتماعي.

وتعود فكرة استحداثها إلى أوت 2005 ودخلت البطاقة الأولى في الخدمة شهر أفريل 2007 ومست العملية في شطرها الأول خمس ولايات تجريبية هي ولاية عنابة ، بومرداس أم البواقي قبل أن يتم تعميمها على المستوى الوطني في مرحلة ثانية لتشمل كل الولايات كخطوة جاءت بها الوزارة الوصية لعصرنه القطاع ، وأكد وزير التشغيل والضمان الاجتماعي أنه تم توزيع أكثر من 05 ملايين و600 ألف بطاقة شفاء سنة 2012 بحيث يستفيد منها أكثر من 16 مليون مواطن بما فيهم ذوي الحقوق على مستوى جميع ولايات الوطن[2].

أ- أهداف بطاقة الشفاء :

إن الغرض من استعمال بطاقة الشفاء هو عصرنة تسيير الدفع ومن شأنه تقليص الجهد العضلي والمادي إضافة إلى أن استخدام بطاقة الشفاء يلغي العديد من الخطوات التي كان يمر بها المؤمن سابقا كملء بطاقة الطلبات.

كما أنها تسهل عمل موظفي مراكز الدفع إضافة إلى كون البطاقة آلية حيث أنها تستخدم آليا ويتم دفع التعويضات أوتوماتيكيا وهنالك تواصلا مباشرا بين الصيدلانيين ومسيري الشركات الصيدلانية وكذلك مع بنك المعلومات باعتبارهم متعاقدين مع صندوق الضمان الاجتماعي فمثلا تحول الدفتر الذي كان يمنح لأصحاب الأمراض المزمنة فيتعاملون عن طريقه مع الصيدلي إلى بطاقة آلية تسهل عمل الصيادلة بخصوص التعويضات التي يدفعها صندوق الضمان الاجتماعي نيابة عن

---

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية مرسوم تنفيذي رقم 10-166، مؤرخ 18 فيفري 2010 ، المادة 12.

[2]- نعيمة زيرمي ، مرجع سبق ذكره ، ص 16.

المرضى، فاستعمال بطاقة الشفاء وضع حدا لقدم دفتر الدفع من قبل الغير ، إضافة إلى تخليص مراكز الدفع من تجديد شراء دفاتر أخرى لمعنى في حالة تمزقه [1].

كما أنها تحسن العلاقات فيما بين مقدمي الخدمات الصحية بما فيهم الصيادلة والأطباء والهياكل الصحية...الخ .

التحكم في السير سواء عن طريق القوة الإنتاجية والدقة في المراقبة إضافة إلى مكافحة كل أشكال الغش والتجاوزات[2].

تسمح بالتعرف على هوية المؤمن اجتماعيا وذوي الحقوق إذ تعتبر أهم مرحلة من مراحل التحول للخدمة الإلكترونية من خلال تسهيل مستحقات المؤمن لدى مصالح الضمان الاجتماعي أو مقدمي العلاج [3].

ب- كيف يتم الحصول على بطاقة الشفاء :

يتم استدعاء المؤمن اجتماعيا من طرف الدفع للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لمقر إقامته ،ولهذا الغرض يجب أن يقدم :

- صورة شمسية على وجه أبيض .
- نسخة طبق الأصل لبطاقة التعريف الوطنية .
- نسخة طبق الأصل لزمرة الدم (غير إجبارية).

---

[1]- تهنان موراد ، مشروع ، **ضبط وتقديم تكاليف الحماية الاجتماعية المختلفة وآليات توظيف مواردها بفعالية في الجزائر** ، العلوم الاقتصادية وعلوم تسيير ، المدية ،ص 7.

[2]- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء ، موقع الإنترنت WWW.cnas.DZ/INDET.PHP?SYSCHIFA 2016/03/16

[3]- العربي بوعمامة ورقاد حليمة ، الاتصال العمومي والإدارة الإلكترونية رهانات ترشيد الخدمة العمومية ، **مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية** ، عدد09 ، 2014، ص 45.

ج – من يمكنه استعمال بطاقة الشفاء وأين ؟

تستعمل بطاقة الشفاء في :

- الصيدليات.

-عند الأطباء المتعاقدين.

- مؤسسات العلاج العمومية .

يجب على المؤمن له اجتماعيا تقديم بطاقة الشفاء عند القيام بأي إجراء لدى مركز الدفع .

يجب أن تستعمل بطاقة الشفاء لدى كل مقدمي العلاج والخدمات المرتبطة بالعلاج[1]على المؤمن أن يحافظ على بطاقة الشفاء وفي حالة ضياعها أو إتلافها من طرفه يجب عليه أن يبلغ هذا الأخير حالا مركز الدفع الذي أصدر البطاقة حتى يتم تسليمه نسخة ثانية مقابل دفع تكاليف إعادة إنتاجها [2].

ت الدولة لسياسة التعاقدية بدل مجانية العلاج التي تبنتها منذ 1974، التي لم تؤدي إلى تحسين الأداء الصحي و إرضاء المستهلكين للعلاج الذين ظلوا يعانون إلى يومنا هذا من سوء التكفل بهم على مستوى المؤسسات الصحية، سواء من طرف الفئة المؤمنة و التي

ثالثا : كيفية استعمال بطاقة الشفاء .

تم تسهيل استعمال بطاقة الشفاء على المستوى الوطني ، حيث أصبح بإمكان المؤمن لهم اجتماعيا وذوي الحقوق الحائزين على بطاقة الشفاء الاستفادة من نظام الدفع من قبل الغير للموارد الصيدلانية ، اقتناء المواد الصيدلانية الموصوفة لدى أي صيدلي وفي أي جهة من جهات الوطن ، وذلك مهما كانت وكالة انتسابهم ، إبتداءا من 03 فيفري 2013. وعليه نتناول مجالات استعمال بطاقة الشفاء على النحو التالي :

تستعمل للتكفل بالوصفات الطبية المتكفل بها .

---

1 - الطيب سماتي ، مرجع سبق ذكره ، ص 261.

[2]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 10- 116مؤرخ في 18فيفري 2010، المادة 23.

أ- بالنسبة للمؤمن لهم اجتماعيا أو ذوي الحقوق المصابين بأمراض مزمنة [1]:

في إطار توسيع الاستفادة من نظام الدفع من قبل الغير لمواد الصيدلانية على المستوى الوطني يتم التكفل بالوصفات الطبية التالية :

- كل وصفة متضمنة علاجا خاصا موصوفا لمدة أقصاها 03 أشهر .

-كل وصفة لا تتضمن علاجا خاصا مهما كان مبلغها وعددها .

- كل دواء خاضع لشروط خاصة للتعويض أو شروط تطبيق التسعيرة المرجعية أو إذا كان هذا الدواء من فئة العلاج الخاص المدون بطاقة الشفاء والذي سبق وان تمت الموافقة عليه من قبل المستشار .

- في حالة عدم ورود الدواء ضمن بطاقة الشفاء يقوم الصيدلي بتوجيه المؤمن له اجتماعيا إلى مصالح المراقبة الطبية التي قد تكون غير تلك التابعة لمركز الدفع الأقرب أو لمركز انتسابه ،وذلك في حالة الرقابة القبلية .

ب- بالنسبة للمؤمن لهم اجتماعيا البالغين 75 سنة فما فوق :

يتم التكفل بكل الوصفات الطبية في إطار توسيع الاستفادة من نظام الدفع من قبل الغير لمواد الصيدلانية على المستوى الوطني وذلك مهما كانت طبيعة العلاج الموصوف والمبالغ والعدد ،وفي حالة تضمنت الوصفة دواء خاضعا للشروط الخاصة بالتعويض أو معني بشروط تطبيق التسعيرة المرجعية يقدم الصيدلي الدواء للمريض دون طلب موافقة الصندوق (عدم إجراء الرقابة الطبية القبلية) ، في حين تخضع الوصفة إلى الرقابة الطبية البعدية بعد تسديد مبلغ الفاتورة إلى الصيدلي .

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 10_116، مؤرخ في 18 أفريل 2010 ، المادة01 .

ج – بالنسبة للمؤمن لهم اجتماعيا المستفيدين من امتيازات الضمان الاجتماعي (المتعاقدين ، المستفيدين من منح العجز ، المستفيدين من الريوع عندما تكون نسبة العجز الجزئي ، الدائم تفوق أو تساوي نسبة 50%)[1]:

يتم التكفل بكل الوصفات الطبية في إطار توسيع الاستفادة من نظام الدفع من قبل الغير للمواد الصيدلانية على المستوى الوطني وذلك مهما كان مبلغها وعددها ، وفي حال خضوع الدواء لشروط خاصة للتعويض أو كان معني بشروط تطبيق التسعيرة المرجعية، يقوم الصيدلي بتوجيه المؤمن له اجتماعيا إلى مصالح الرقابة الطبية التي يمكن أن تكون غير تلك التابعة لمركز الدفع القرب أو لمركز انتسابه ،وذلك في حال الرقابة القبلية .

د – بالنسبة للمؤمن لهم اجتماعيا الناشطين أو التابعين لإحدى الفئات الخاصة :

في إطار توسيع الاستفادة من نظام الدفع من قبل الغير للمواد الصيدلانية على المستوى الوطني يتم التكفل بالوصفات الطبية التالية :

- كل وصفة طبية يساوي مبلغها أو يقل عن 3000دج.

- أولى الوصفتين الطبيتين لنفس المستفيد وخلال فترة ثلاثة أشهر.

- عندما يفوق مبلغ الوصفة الـــ 3000دج أو عندما يتعلق الأمر بالوصفة الثالثة لنفس المستفيد خلال فترة ثلاث أشهر يجب على المؤمن له اجتماعيا أن يدفع إلى الصيدلي مبلغ الوصفة التي يقوم فيما بعد بتعويضات لدى مركز انتسابه وفق الإجراءات المعمول بها.

[1]- الطيب سماتي، مرجع سبق ذكره، ص 263.

رابعا : الحماية الجزائية للبطاقة الإلكترونية .

نص القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية على مجموعة من الجرائم التي ترتكب ضد البطاقة الإلكترونية ومنها على الخصوص:

أ - جريمة تسليم أو الاستلام بهدف الاستعمال غير المشروع للبطاقة الإلكترونية :

تنص المادة 93 مكرر 2 من القانون رقم 11/83 والتي جاء فيها على أنه : " دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في التشريع المعمول به ، يعاقب بالحبس من سنتين (02) إلى خمس (05) سنوات وبغرامة من 100,000دج إلى 200,000دج كل من يسلم أو يستلم بهدف الاستعمال غير المشروع البطاقة الإلكترونية للمؤمن له اجتماعيا أو المفتاح الإلكتروني لهيكل العلاج أو المفتاح الإلكتروني لمهني الصحة "[1].

ب – جريمة القيام عن طريق الغش بتعديل أو حذف كلي أو جزئ للمعطيات التقنية و أو الإدارية :

تنص المادة 93 مكرر 1/3 من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعي والتي جاء فيها على أنه : " دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في التشريع المعمول به ، يعاقب بالحس من سنتين (02) إلى خمس (05) سنوات وبغرامة من 50,000دج إلى 1,000,000دج كل من يقوم عن طريق الغش بتعديل أو حذف الكلي أو الجزئي للمعطيات التقنية و أو الإدارية المدرجة في البطاقة الإلكترونية للمؤمن له اجتماعيا أو في المفتاح الإلكتروني لهيكل العلاج أو في المفتاح الإلكتروني لمهني الصحة"[2].

ج- جريمة القيام بتعديل أو نسخ المعطيات المدرجة بالبطاقة الإلكترونية :

ونصت أيضا على هذه الجريمة المادة 93 مكرر 2/3 من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية والتي جاء فيها : " يعاقب بنفس العقوبة كل من أعد أو عدل أو نسخ بطريقة

[1] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون 08_01 مؤرخ في 23 فيفري 2008 ، المادة 93 مكرر 02.

[2] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون 08_01 مؤرخ في 23 فيفري 2008 ، المادة مكرر 1/3.

غير مشروعة البرمجيات التي تسمح بالوصول أو باستعمال المعطيات المدرجة في البطاقة الإلكترونية للمؤمن له اجتماعيا أو في المفتاح الكتروني لهيكل العلاج أو في المفتاح الإلكتروني لمهني الصحة "[1].

د- جريمة من ينسخ أو يصنع أو يحوز بطريقة غير مشروعة للبطاقة الإلكترونية أو المفتاح الإلكتروني :

تنص المادة 93 مكرر 04 من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية: " دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في التشريع المعمول به ، يعاقب بالحبس من سنتين (02) إلى خمس (05) سنوات وبغرامة من 500,000دج إلى 5,000,00دج كل من ينسخ أو يصنع أو يحوز أو يوزع بطرية غير مشروعة البطاقة الإلكترونية للمؤمن له اجتماعيا أو المفتاح لهيل العلاج أو المفتاح الإلكتروني لمهني الصحة " [2].

و- الجرائم التي يقوم بها الشخص المعنوي :

نصت عليها المادة 93 مكر 05 من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية والتي جاء فيها على أنه : " يعاقب كل شخص معنوي يرتكب إحدى الجنح المنصوص عليها في المادتين 93 مكرر 3 و93 مكرر 4 أعلاه بغرامة تساوي خمس (05) مرات المبلغ الأقصى للغرامة المقدرة للشخص الطبيعي "[3].

[1]-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون 08_01 مؤرخ في 23 فيفري 2008، مادة 93 مكرر 2/93.

[2]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون 08_01، مؤرخ في 23 فيفري 2008 مادة مكرر 4.

[3]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون 08_01، مؤرخ 23 فيفري، مادة 93 مكرر 05.

المطلب الثاني : نظام الدفع من قبل الغير

لقد عرفت المادة 60 من نص القانون 11/83 نظام الدفع من قبل الغير كما يلي :

يستفيد من نظام الدفع من قبل الغير كل المؤمنين لهم اجتماعيا وذوي الحقوق الذين يقصدون الأطباء ومؤدو الخدمات شبه الطبية والمؤسسات الصحية الخاصة والصيدليات الخاصة أو العمومية التي تربطها اتفاقيات مع هيئات الضمان الاجتماعي [1].

حيث تدفع هيئة الضمان الاجتماعي مبالغ الآداءات المستحقة مباشرة للمؤسسة أو مهني الصحة المتعاقد معها ، ولا يدفع المؤمن له اجتماعيا إلا المصاريف الباقية على عاتقه أي 20% ويعني من الدفع عندما يتكفل نسبة 100% طبقا للقانون الساري ويخص تطوير وتعميم نظام الدفع من قبل الغير ما يلي :

1- المنتجات الصيدلانية :

يعد تطبيق نظام الدفع من قبل الغير للدواء لفائدة المرضى المصابين بالأمراض المزمنة والمتقاعدين والعجزة والمؤمن لهم اجتماعيا أصحاب الدخل الضعيف وكذا ذوي الحقوق ، ثم تطبيق إجراء جديد [2].

تكاليف اقتناء النظارات الطبية لفائدة الأطفال ذوي الحقوق المؤمن لهم اجتماعيا في سن تحضيري والتمدرس حيث وفي سياق التعاقد مع الممارسين الصحيين أبرم الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء، اتفاقية مع الممارسين الخواص صانعي النظارات الطبية، قصد دعم تكاليف اقتناء وتجديد إطارات النظارات الطبية والزجاج المصحح للنظر ، وقد تضمنت الاتفاقية الموقعة بين الطرفين الشروط المخولة له للاستفادة من هذا الحق وفق شروط محددة تتلخص في :

- شرط السن .

- الطفل التحضيري من ثلاث إلى ست سنوات .

---

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 83_11 مؤرخ 02 جويلية 1983 ، مادة 60.

[2]- الموقع الإلكتروني لوزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي، WWW.c nas.ORG.DZ 18./04/2016

- الطفل في سن التمدرس ست سنوات إلى 21 سنة .

الشروط الطبية [1]:

ويتعلق المر بالأطفال الذين يعانون من أحد أمراض العيون الآتية :

- نقص البصر .

- خلل في انعكاس النظر .

- حول العين .

شروط دخل المؤمن له اجتماعيا :

لا يجب أن يتعدى دخل المؤمن له اجتماعيا المستفيد المبلغ الخاضع للاشتراكات الضمان الاجتماعي أربعون ألف 40,000دج شهريا .

الأداءات المشمولة بالتغطية :

تغطي الأداءات تكاليف اقتناء وتجديد إطارات وزجاج النظارات المصححة للنظر ويخضع اقتناء إطارات وزجاج النظارات الطبية ، لدى صانعي النظارات إلى تقديم وصفة طبية محررة من قبل طبيب العيون بالإضافة إلى بطاقة شفاء وذلك مهما كان سن الطفل المستفيد

بالنسبة للطفل دون السن 06 سنوات :

يتم تجديد الإطار والزجاج المصحح للنظر اعتمادا على إجراء بسيط يتمثل في تقديم الوصفة الطبية محررة من قبل طبيب العيون وكذا بطاقة الشفاء .

بالنسبة للطفل البالغ 06 سنوات إلى 21 سنة :

يتم تجديد الزجاج المصحح اعتمادا على وصفة طبية محررة من قبل طبيب العيون وكذا بطاقة الشفاء يخضع تجديد الإطار والزجاج المصحح للنظر معا إلى شرط إضافي يتعلق بالموافقة

1- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء ، موقع الانترنت:
WWW.cnas.DZ/INDET.PHP?SYSCHIFA,23/03/2016.

المسبقة لمصالح الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء هذا من جهة ، ومن جهة أخرى وفي السياق ذاته وقصد ضمان إعلام واسع إلى كافة المعنيين تم تسطير برنامج إعلامي واتصالي هادف أين سيتم إطلاق حملة تحسيسية تحت شعار " من أجل مسار مدرسي منسجم ضمن ظروف صحية سليمة "، عبر إعداد مطويات وملصقات يتم توزيعها على مستوى كافة الهيئات أو المرافق العمومية.

يسعى الصندوق الوطني للتأمينات للعمال الأجراء من وراء هذه الاتفاقية إلى حصول المؤمن لهم اجتماعيا على الأداءات في أفضل الظروف ، وكذا الوقاية من المضاعفات البصرية عن الأمراض التي يغطيها هذا الجهاز [1].

2- تصفية الدم بفضل التعاقد مع المراكز الخاصة الجوارية :

هذا التعاقد الذي يأتي تدعيما للخدمات المقدمة في مجال تصفية الدم للهياكل العمومية للصحة، قد يساهم بصفة كبيرة في تقريب عملية التصفية من المرضى المصابين بالقصور الكلوي الذين هم مجبرين بالقيام بثلاث حصص من 03 ساعات إلى 04 ساعات في الأسبوع .

قفز عدد مراكز تصفية الدم المتعاقدة من 05 مراكز سنة 2002 إلى 125 مراكز لسنة 2010، وفي هذا لإطار تم التكفل في سنة 2010 بما يقارب 7500 مؤمن له اجتماعيا وذوي الحقوق المصابين بالقصور الكلوي .

3- النقل الصحي من خلال تعاقد مع مؤسسات النقل الصحي :

تم تكريس في سنة 2007 اتفاقية نموذجية مبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي ومؤسسات النقل الصحي بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07-218 المؤرخ في 10 يونيو 2007.

ثم في سنة 2010 تعاقد 161 مؤسسة للنقل الصحي مع هيئات الضمان الاجتماعي وفي الإطار المتواصل لنظام الدفع من قبل الغير عن طريق نظام الشفاء ، يعمل الصندوق الوطني للتأمينات

[1]- مرجع نفسه .

الاجتماعية للعمال الأجراء على تامين حماية اجتماعية شاملة للمؤمن له اجتماعيا وذوي الحقوق بكافة شرائحهم ، وذلك عبر توسيع نظام تكلفة في إطار نظام دفع من قبل الغير ليشمل دعم .

المطلب الثالث : التعاقد مع القطاع الصحي

إن تأسيس علاقات تعاقدية متينة بين ممثلين الصحة يتطلب توفر جملة من الشروط لعملية تطبيقه منها[1] :

1) **القبول السياسي :** لقد وضعت الجزائر موارد كثيرة لقطاع الصحة ، إلا أنها لم تحقق أي نتائج التحكم في النفقات المتزايدة مقارنة بعدة دول تعاني من هذه المعضلة لذلك لجأن حقها أن تستفيد من خدمات تتناسب مع اشتراكاتهم في الضمان الاجتماعي أو الفئة الأخرى التي تستفيد من العلاج المجاني، و مع صدور قانون المالية 1992 في المادة 175،لجا المشرع و لأول مرة منذ تطبيق مجانية العلاج إلى اقتراح نظام تمويل مبني على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي مع وزارة الصحة إلا أن هذا القانون لم يطبق إلا في بعض المؤسسات الصحية كتجارب و الملاحظ لهذا الموضوع يدرك انه لا يوجد قوة سياسية داعمة لأجل تطبيق هذه السياسة بعدما اعتاد المواطن أن يستفيد لفترات طويلة من خدمات الصحة من دون مقابل ، و كذلك لصعوبة إحصاء المعوزين وتحديد كيفيات التكفل بهم، لهذه الأسباب أخرى لم تجد هذه السياسة المناخ الذي تنمو فيه بشكل يضمن أداء أحسن لأنظمتنا الصحية، يشعر فيها المواطن عندما يقصد الهياكل الصحية الأولية أو الاستشفائية انه يتلقى خدمة تتناسب مع إسهاماته الشهرية إذا كان مؤمن اجتماعيا أو مع حاجاته الصحية المتكفل بها من الدولة، إضافة إلى قدرة النمط التعاقدي على تخفيض النفقات الصحية وترشيد الدولة و الضمان الاجتماعي لإسهام في تمويل الصحة، لذا يجب أن تكون هناك إرادة سياسية حقيقية ، و ضرورة

[1]- عديلة العلواني ، **تفعيل النمط التعاقدي في نظام الصحة الجزائري**، جزء 3، الجزائر: دار هومة، 2014، ص52.

تطبيقها بما يتكيف و طبيعة المجتمع الجزائري، و لا تكون استنساخ لتجارب الدول لا تتكيف مع منظومتنا و طبيعة شعوبنا ما يجعلها تعاني من مشاكل و أزمات أثناء تطبيقها.

2) الوسائل البشرية و المادية و القدرة التقنية للممثلين :

إن تنصيب النمط التعاقدي بين هياكل الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة يتطلب مجموعة من المصالح سواء داخل المؤسسات الصحية الاستشفائية أو الجوارية، أو داخل وكالات ومراكز الدفع لدى صناديق الضمان الاجتماعي لضمان متابعة العملية ومسارها أثناء عملية تطبيق النمط التعاقدي في كل من الصناديق الضمان الاجتماعي أو المؤسسات الصحية .

الوسائل البشرية و المادية : وهي لدى كل من الضمان الاجتماعي و المؤسسات الصحية كما يلي**:**

في المصالح الخاصة بالنمط التعاقدي داخل صناديق الضمان الاجتماعي **:**

- مراكز الدفع
- مصالح خاصة بالمستشفيات، العيادات

في المصالح الخاصة بالتعاقد داخل المؤسسات الصحية العمومية **:**

- مكتب القبول
- مكتب التعاقد و التكاليف.

الوسائل التقنية للممثلين : تعد القدرات التقنية للممثلين عامل رئيسي لتأسيس علاقات تعاقدية المتينة و ناجحة فيما بين الممثلين إلا أن حشد مثل هذه الخبرات و تلقينها للمعنين يتطلب إمكانيات كبيرة، وهذا ما تفتقره أغلبية الدول النامية و منها الجزائر تفتقد للخبرات و الكفاءات القادرة على التحاور و التفاوض لإنشاء و علاقة تعاقدية متينة ، حيث أنها غير جاهزة في الوقت الحالي لتأسيس هذا النوع من العلاقة فيما بين الممثلين[1] .

[1] - عديلة العلواني، مرجع سبق ذكره، ص53.

أشكال التعاقد مع القطاع الصحي :

بدأت هيئة الضمان الاجتماعي في إطار تعميم نظام الدفع من قبل الغير بإبرام اتفاقيات مع مختلف هيئات القطاع الصحي من بينها الصيادلة ،المستشفيات ، العيادات المتخصصة ، الطبيب المعالج[1].

1- التعاقد مع الصيادلة :

إن من أهم ما جاء به القانون 83-11 أنه: " يجب على الصيدليات العمومية أن تبرم اتفاقيات مع هيئات الضمان الاجتماعي وتحدد اتفاقيات نموذجية عن طريق التنظيم لكي تنفذ بأحكامها الاتفاقيات المنصوص عليها " [2].

كما أنه بموجب الاتفاقيات المبرمة بين الصيدلي وهيئة الضمان الاجتماعي فإن الصيدلي يلتزم بتسليم المستفيد الأدوية والمنتجات الصيدلانية الأخرى القابلة للتعويض الوزارة في الوصفة الطبية في حدود الكمية الإجمالية الموصوفة وحسب القواعد الجاري بها العمل والتي تحدد هيئة الضمان الاجتماعي فاليوم نجد أن معظم الصيدليات أصبحت متعاقدة مع هيئات الضمان الاجتماعي بغرض زيادة الأرباح نتيجة العدد الكبير والمتزايد للمؤمن لهم اجتماعيا [3].

2- التعاقد مع المستشفيات :

تخص المادة 05 من المرسوم 101/04 المؤرخ في 2004/04/01 على أنه : " يجب على هيئات الضمان الاجتماعي أن تضع مصالح استشفائية عيادية موجهة لتسهيل عملية الاعتراف على المؤمن له اجتماعيا وذوي الحقوق ويحق الاستفادة من التكفل يجب أن لا تخل هذه العملية بأي حال بالتكفل العادي بالمريض أو تعرقله أو تعطله "، أي أن هذه العملية تتضمن التكفل بالمؤمن الاجتماعي

---

[1]- محمد ليمن مراكشي ، مرجع سبق ذكره ، ص 276.

[2]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 83_11، مؤرخ 02 جويلية 1983، المادة 60 .

[3]- محمد ليمن مراكشي ، مرجع سبق ذكره، ص 277.

وذوي الحقوق من خلال إقامته بالمؤسسة الاستشفائية (علاج ، مبيت ، طعام)وفي المقابل تقوم هذه المؤسسة بإعداد فاتورة الإقامة أثناء خروج المؤمن له أو ذوي الحقوق وأصوله إلى هيئة الضمان الاجتماعي من أجل الدفع[1].

3- التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والممارسين الخواص :

بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 09-116 المؤرخ في 11 ربيع الثاني عام1930 الموافق لـــ 07 أفريل 2009 تم تحديد الاتفاقيات بين هيئات الضمان الاجتماعي والأطباء والمحددة للاتفاقيات النموذجية التي يجب أن تتطابق أحكامها مع الاتفاقيات المبرمة مع هيئات الضمان الاجتماعي والأطباء الممارسين الخواص حيث تشمل الاتفاقيات النموذجية المنصوص عليها على :

- اتفاقيات نموذجية مبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والأطباء العامون ما يسمى بالطبيب المعالج .

- اتفاقيات عامة بين هيئات الضمان الاجتماعي والأطباء الأخصائيين [2].

أ- الاتفاقية النموذجية بين هيئات الضمان الاجتماعي والطبيب العام الممارس الخاص:

تهدف هذه الاتفاقية إلى تحديد العلاقات التعاقدية بينة هيئات الضمان الاجتماعي والطبيب العام حيث:

- تعطي هذه الاتفاقيات الأعمال المتعلقة بالفحوصات الطبية والخدمات المرتبطة بالمتابعة وتنسيق العلاجات للمؤمن لهم اجتماعيا وذوي الحقوق وكذا نشاطات الوقاية .

- يشمل الفحص الطبي وسائل التشخيص المستعمل في الممارسة العادية الأعمال التقنية التي يستدعيها هذا الفحص طبقا للمدونة العامة للأعمال المهنية وتقدم الفحوصات الطبية في عيادة الطبيب المعالج إلا في حالة ما تعذر على المريض التنقل بسبب حالته الصحية.

---

[1]-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم 04_، 101 مؤرخ 01 فيفري 2004، المادة05.

[2]-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي 09_116، مؤرخ 07 افريل 2009، المادة 01.

1- التزامات الطبيب:

- ويلتزم الطبيب المعالج بتقديم ملفا لهيئة الضمان الاجتماعي ، حيث يلتزم الطبيب المعالج بالتصرف كطبيب معالج بالنسبة للأشخاص الذين قاموا باختياره مسبقا وهذا فيما يخص المؤمن له اجتماعيا وذوي الحقوق [1].

- احترام حرية اختيار المؤمن له اجتماعيا ورغبته في تغيير الطبيب المعالج[2]. فالطبيب المعالج له الحق في إبداء رغبته في التوقف عن تقديم العلاجات للمؤمن له اجتماعيا في الحالات المنصوص عليها في مدونة أخلاقيات مهنة الطب على أن يلتزم بإرسال الملف المتعلق بالمريض للطبيب المعالج الجديد عن طريق مستندات ورقية أو إلكترونية [3].

- تقديم العلاج الصحي الأولي وضمان العلاجات التي تدخل ضمن اختصاصاته .

- تنسيق العلاجات لسيما عن طريق تلخيص المعلومات المرتبطة بالمريض المرسلة من قبل مختلف المتدخلين وإدراجها في الملف الطبي للمريض .

- توجيه المريض إلى طبيب مختص عند الاقتضاء .

- المساهمة في متابعة المرضى المصابين بالأمراض المزمنة وذلك بالاتصال مع مهني الصحة الآخرين، وفق ملحق علاجي طبقا لأحكام الاتفاقية.

-كما يلتزم الطبيب المعالج بمسك وتحيين الملفات الطبية لكل مريض يتكفل به بصفته طبيبا معالجا.

- توجيه المريض من طرف الطبيب المعالج إلى طبيب أخصائي في الحالات التالية:

- طلب إبداء رأي محدد.

---

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، مرسوم تنفيذي 09-116، مؤرخ في 07 أفريل 2009 ، المادة 05.

[2]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفذي 09_ 116، مؤرخ 07 افريل 2009، المادة 01 .

[3]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي 09-116 ، المؤرخ في 07 أفريل 2009 ، المادة 06 .

- في حالة إصابة بمرض مزمن من أجل علاجات متكررة أو مراحل علاجية تستدعي تدخل الطبيب أو عدة أطباء أخصائيين.

2- التزامات هيئة الضمان الاجتماعي:وتلتزم بـــ:

- تسديد أجر الفحوصات الطبية والخدمات المرتبطة بمتابعة وتنسيق العلاجات المنصوص عليها في الفقرة الأولى من المادة 08 التي يقدمها الطبيب المعالج على أساس مبلغ يحدد بمائتين وخمسين دينار (250دج).

- ولا يمكن منح الطبيب المعالج المبلغ المذكور في الفقرة الأولى، إلا إذا تم فعلا تقديم الفحص الطبي مصحوبا بالخدمات المرتبطة بمتابعة العلاجات وتنسيقها.

- وتلتزم أيضا هيئة الضمان الاجتماعي بوضع تحت تصرف الطبيب المعالج مفتاح إلكتروني لمهني الصحة وبرمجية تسمح باستعمال بطاقة «الشفاء".

- كما تلتزم بإدماج وتحيين بصفة منظمة قائمة الأدوية القابلة للتعويض وقائمة التسعيرات المرجعية للتعويض وكذا الأدوية التي لا تعوض إلا ضمن بعض الشروط الخاصة [1].

3- حق المؤمن لهم وذوي الحقوق : وتتمثل في :

- المؤمن له اجتماعيا حر في التعبير عن اختياره ورغبته في تغيير الطبيب المعالج.

- يلتزم المؤمن له اجتماعيا وذوي الحقوق باللجوء إلى الطبيب المعالج بالنسبة إلى كل احتياجاتهم الصحية ما عدا الحالات المذكورة في المادة 27 وباستثناء علاجات الأسنان وأمراض الفم.

- يمكن لمؤمن لهم اجتماعيا وذوي الحقوق اللجوء إلى طبيب آخر غير الطبيب المعالج دون توجيه أو فحص مسبق مع احتفاظ بحقهم في الاستفادة من نظام دفع من قبل الغير في الحالات التالية:

- الفحص عند طبيب أخصائي المتعاقد التابع في إحدى الاختصاصات التي تسمح باللجوء المباشر والموجودة ضمن قائمة هذه الاتفاقية .

[1] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي 09-116 ،المؤرخ في 07 أفريل 2009 ، المادة 17.

- الفحص عند طبيب متعاقد في إطار الاستعلاج .

- الفحص لدى طبيب متعاقد في حالة تنقل المريض بعيدا عن مكان إقامته المعتادة.

- يتعين على المؤمن لهم اجتماعيا أو ذوي الحقوق الدفع للطبيب المعالج مباشرة 20% من تسعيرة تنظيمية للفحص الطبي عندما تكون نسبة التكفل من طرف الضمان الاجتماعي المحددة بـــ 80% [1].

ب- الاتفاقية النموذجية بين هيئة الضمان الاجتماعي والطبيب الأخصائي الممارس الخاص:

تغطي هذه الاتفاقية الأعمال المتعلقة بالفحوصات الطبية المتخصصة والخدمات المرتبطة بالمتابعة وتنسيق العلاجات للمؤمن لهم اجتماعيا وذوي الحقوق ، ويشمل الفحص الطبي ووسائل التشخيص المستعملة في الممارسة العادية وكذا الأعمال التقنية التي يستدعيها هذا الفحص الطبي طبقا للمدونة العامة للأعمال المهنية لتقديم الفحوصات الطبية في عيادة الطبيب الأخصائي إلا في حالة ما إذا تعذر على المريض التنقل نظرا لحالته الصحية [2].

1- التزامات الطبيب الأخصائي:

وهي نفسها التزامات الطبيب المعالج بالإضافة إلى أنه ملزم في حالة التوقف عن علاج المؤمن له وذوي الحقوق بـــ:

- إعلام المريض وطبيبه المعالج وكذا هيئة الضمان الاجتماعي المختصة مسبقا، وهنا يلتزم الطبيب الأول بإرسال الملف الطبي لمريضه إلى الطبيب الأخصائي الجديد على شكل مستندات أو عن الطريق الإلكتروني [3].

---

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي 09-116 المؤرخ في 07 أفريل 2009، المادة 27 .

[2] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي 09-116 مؤرخ في 07 أفريل 2009 ،المادة 03.

[3]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي 09-116 مؤرخ في 07 أفريل 2009 ،المادة06.

2- التزامات هيئة الضمان الاجتماعي:

وهي نفس التزامات الضمان الاجتماعي مع الطبيب المعالج باستثناء أن أجرة الفحوصات تكون كالتالي :

- تلتزم هيئة الضمان الاجتماعي بتسديد أجرة الفحوصات الطبية والخدمات المرتبطة بمتابعة وتنسيق العلاجات المذكورة في المادة 08 والمقدمة [1] من طرف طبيب أخصائي على أساس مبلغ 400دج .

الحالات التي يحتفظ بها المؤمن وذوي الحقوق بالاستفادة من نظام الدفع من قبل الغير عند اللجوء لطبيب أخصائي :

- بتوجيه من طبيبه المعالج .

- في إطار التكفل بالمرض أو الأمراض المزمنة.

- عندما يكون الطبيب الأخصائي تابع لإحدى التخصصات التي يتم اللجوء إليها مباشرة (طب الأسنان).

- بتوجيه من طبيب أخصائي آخر في إطار جهاز الطب المعالج .

- في حالات الاستعجال.

3- التزامات المؤمن لهم اجتماعيا : وتتمثل في :

- 20% من التسعيرة التنظيمية للفحص الطبي عندما تكون نسبة التكفل من طرف الضمان الاجتماعي 80%.

- كما يجب على المؤمن له اجتماعيا وذوي الحقوق أن لا يدفعوا أتعاب أخرى إلى الطبيب الأخصائي غير المنصوص عليها في المادة 25 [2].

[1]- لجمهورية الجزائرية الشعبية الديمقراطية، مرسوم تنفيذي 09-116 ، مؤرخ في 07 أفريل 2009 ،المادة 15.

[2]- الجمهورية الجزائرية الديمو قراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي 09-116، المؤرخ في 07 أفريل 2009، المادة 25 .

تقييم مسار تطبيق النمط التعاقدي بين الضمان الاجتماعي ومقدمي الخدمات الصحية :

المقصود هنا تقييم ما جاء من قوانين وتعليمات بشأن كيفية ومسار تطبيق هذه العملية والتعرض لأبرز السلبيات والنقائص التي من شأنها أن تعترض تطبيق هذه العملية كما يوضحه الجدول التالي :

تقييم مسار تطبيق النمط التعاقدي بين الضمان الاجتماعي ومقدمي الخدمات الصحية:

مسار التعاقد بين الضمان الاجتماعي والمؤسسات العمومية للصحة والممارسين الخواص	النقائص والسلبيات
مسار التعاقد بين الضمان الاجتماعي والمؤسسات العمومية للصحة	عدم التدرج في اللجوء للعلاجات واللجوء المباشر للمؤسسات الاستشفائية العمومية يزيد من نفقات العلاج الخاص بالمريض وعدم الرشادة في اللجوء للاستشفاء . عدم وجود تنسيق بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات العمومية بشأن مقر تواجد الطبيب الناصح التابع للضمان الاجتماعي هل يكون داخل المستشفى أو على شكل مناوبة يومية على أن يكون مقره في مقر الضمان الاجتماعي . عدم إعلام وتوعية المشرفين بهذه العملية ومدى أهميتها ونجا عتها وقلة الخبراء والكفاءات القادرين على ضمان السير الحسن للعملية.
مسار التعاقد بين الضمان الاجتماعي والممارسين الخواص	التسعيرات الخاصة بتعويض نفقات العلاج محددة مسبقا في اتفاقيات نموذجية من طرف الضمان الاجتماعي، وهي لا تعكس التكلفة الفعلية

	التي يتحملها الطبيب العام والأخصائي، وهذا ما يخفض من عدد الممارسين الخواص المتعاقدين مع الضمان الاجتماعي . أسباب اللجوء المباشر للطبيب الأخصائي تفتح المجال بشكل كبير لعدم المرور إلى الطبيب العام وخاصة فيما يتعلق بحالات الاستعجالات . لم تحدد كيفية تعويض الممارسين الأخصائيين غير المتعاقدين مع الضمان الاجتماعي لتحديد أيهم أحسن قدرة على الدخول في منافسة مقارنة بالآخر . لم يحدد الأساس الذي يتم وفقه إرسال المريض إلى الطبيب الأخصائي وهل يتم باختيار المريض أو الطبيب العام من طرف الجهات الصحية المسؤولة .

المبحث الثالث: صناديق الضمان الاجتماعي ومهامها الأساسية

مع بداية سنة 1983 عرف الضمان الاجتماعي في الجزائر تغييرات جذرية فبعد أن كان هذا النظام يتكفل بفئات محدودة ، حيث أصبح إبتداءا من جويلية 1983 تاريخ صدور قوانين الضمان الاجتماعي يغطي مجمل الأخطار التي يمكن أن يتعرض إليها الأفراد من كل الفئات الاجتماعية عنطريق كل من الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال غير الأجراء، الصندوق الوطني للتقاعد ثم أنشأت في سنة 1994 الصندوق الوطني للتأمين على البطالة[1].

المطلب الأول: الصندوق الوطني للتقاعد .CAISSE NATIONAL DES RATRAITES

تعريف بالصندوق:

لم يتم إنشاء التأمين عن الشيخوخة بالنسبة لجميع العمال إلا في بداية 1993 قبل هذا التاريخ كانت بعض القطاعات تستفيد من بعض أنظمة التقاعد وهم الموظفين والعمال المتشبهين بهم كعمال قطاع السكك وكذلك عمال الشركة الجزائرية للكهرباء والغاز التابعة للدولة أما التأمين التقاعد لفائدة العمال غير الأجراء الحرة لأصحاب المهن الصناعية التجارة الحرفيين المستقلين والفلاحين كان سنة 1956م ولم يتم إعداد إلا في سنة 1958 حتى شكل في بداية الفرع الوحيد لهذا النظام التأميني .

ومن هنا تم في شهر جويلية 1993 وضع حد لأنظمة التقاعد الأساسية وكذلك التكميلية حيث تجسد ذلك في انصهار جميع الأنظمة القائمة على أساس مهني في نظام واحد موحد بتاريخ 02 جويلية 1983 أنشأ الصندوق الوطني للتقاعد بموجب مرسوم رقم 85-223 المؤرخ في 20 أوت

[1]- كريمة بن سعده ، "تسيير صناديق الضمان الاجتماعي في الجزائر ، دراسة حالة CNAS وكالة تلمسان "، مذكرة ماجستير ، تسيير المالية العامة ، جامعة أبو بكر بلقا يد ، تلمسان، 2011/2010 ، ص 87.

1985 الملغى والمستبدل بالمرسوم 92-07 المؤرخ في 04 يناير 1992 والمتضمن الوضع القانوني لصناديق الضمان الاجتماعي والتنظيم الإداري والمالي للضمان الاجتماعي [1].

إن الصندوق الوطني للتقاعد ما هو إلا حصيلة لاندماج سبع صناديق فيما بينها (صندوق التأمين عن الشيخوخة لغير الأجراء الذي تحول فيما بعد إلى صندوق التأمين الاجتماعي للعمال غير الأجراء) المنشأ سنة 1995 والتي كانت سير جميع أنظمة التقاعد المتواجدة قبل إنشاءها 1983 إلى نظام وطني موحد للتقاعد الذي يمنح نفس المزايا لكل العمال مهما كان قطاع نشاطهم .

ويتعلق الأمر بـــ:

الصندوق العام للتأمين عن الشيخوخة .

نظام عام والمكلف بتسيير المتقاعدين التابعين في نظام التقاعد العام.

الصندوق العام للتقاعد عن الشيخوخة .

نظام عام ومكلف بتسيير المتقاعدين التابعين في نظام التقاعد العام.

الصندوق الوطني للتعاون لفلاحي .

والمكلف بمنح متقاعدين لنظام لفلاحي .

صندوق الضمان الاجتماعي الخاص بعمال المناجم .

والمكلف بتسيير منح تقاعد قطاع المناجم .

صندوق التأمين عن الشيخوخة لغير الأجراء .

والمكلف بتسيير منح المتقاعد لغير الأجراء.

مؤسسة التغطية الاجتماعية لعمال البحر :

والمكلف بمنح التقاعد لعمال البحر

[1] - الصندوق الوطني للتقاعد، موقع الانترنت : http ://WWW.CNR.DZ 24/04/ 2016

مؤسسة التأمين الاجتماعي لعمال الكهرباء والغاز:

والمكلف بمنح التقاعد لعمال الشركة الجزائرية للكهرباء والغاز

المؤسسة الوطنية لعمال السكة الحديدية:

والمكلف بمنح التقاعد لعمال السكة الحديدية.

يعرف الصندوق الوطني للتقاعد على أنه هيئة عمومية ذات طابع خاص تحمها القوانين الخاصة بها يؤكد المرسوم التنفيذي رقم 92-07 المؤرخ في 04 يناير 1992 على أنه يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي.

وكانت الغاية الأساسية من إنشائه هي تسيير مختلف أنظمة التقاعد التي كانت متواجدة قبل دستور 1983 وتوحيدها في نظام تقاعد موحد يعطي نفس الامتيازات لجميع العمال بغض النظر عن ميدان نشاطها .

مهامه:

يتكلف الصندوق الوطني للتقاعد بتسيير المعاشات، ومنح التقاعد ويشارك أيضا في تسيير صندوق الدعم والنجدة كما تنص على ذلك المادة 52 من القانون رقم 12/83 المتعلق بالتقاعد[1].

وحددت أيضا مهام الصندوق بموجب المادة 09 من المرسوم رقم 92-07 المؤرخ في 04 يناير 1992 وهي كالآتي:

- ضمان عملية التحصيل والمراقبة ونزاعات تحصيل الاشتراكات المخصصة لتمويل أداء التقاعد .

- تطبيق الأحكام المتعلقة بالمتقاعد المنصوص عليها في المعاهدات والاتفاقيات الدولية في مجال الضمان الاجتماعي.

- ضمان إعلام المستفيدين وأرباب العمل.

1-- عجة جيلا لي ، **الوجيز في قانون العمل والحماية الاجتماعي** ، النظرية العامة للقانون الاجتماعي في الجزائر ، الجزائر **:** دار الخلدونية للنشر والتوزيع، ، 138.

- تسيير صندوق المساعدة والإغاثة، تطبيق المادة 52 من القانون 83-12 المؤرخ في 02 جويليـــة 1983 المتعلق بالتقاعد.

- تسيير المعاشات والمنح الممنوحة بسند التشريع السابق الفاتح يناير سنة 1984 إلى غاية نفاذ حقوق المستفيدين[1] .

التسيير الإداري للصندوق الوطني للتقاعد :

يدير الصندوق الوطني للتقاعد مجلس إدارة يتكون من 29 عضو موزعون كما يلي :

- 18 عضو يمثلون العمال، يتم تعيينهم من قبل الهيئات المهنية الأكثر تمثيلا على المستوى الوطني.

- 09 أعضاء يمثلون المستخدمين (أرباب العمل) يتم تعيينهم من قبل الهيئات المهنية الأكثر تمثيلا على المستوى الوطني من بينهم ممثلين

- 02 أعضاء يمثلون الوظيف العمومي .

- 02 أعضاء يمثلون عمال الصندوق، يتم تعيينهم من قبل لجنة المشاركة [2].

ويتكون المقر المركزي للصندوق وتحت سلطة المدير وبمساعدة الأمين العام من :

- مديرية التقاعد.

- مديرية تسيير المسار المهني للمؤمنين الاجتماعيين .

- مديرية المالية أو العون المكلف بالعمليات المالية.

- مديرية الإعلام والتنظيم.

- مديرية الإدارة العامة .

- خلية الدراسات الاكتوارية(*) لضمان الاجتماعي[3].

---

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم لتنفيذي رقم 92_07 المؤرخ في 04 جانفي 1992، المادة 09.

[2]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية مرسوم رقم 92_07 ، المؤرخ في 04 جانفي 1992 ، مادة 13.

(*)– الاكتوارية هي العلم الذي يستعمل تقنيات إحصائية حسابية وتمويلية لإدارة الأوضاع المعلقة وليست يقينية .

[3]- كريمة بن سعده ، مرجع سبق ذكره، ص 100.

الهيكل التنظيمي للصندوق الوطني للتقاعد[1] : الشكل رقم 01

المطلب الثاني : الصندوق الوطني للتأمين على البطالة :

La caisse National d'Assurance du Chômage.

أ- تعريف بالصندوق :

إن ارتفاع مستوى البطالة نتيجة تطبيق سياسة الاستقرار الاقتصادي الذي نتج عنه ضعف مستوى الاستثمار وبخاصة العمومي وزيادة الطلب على العمل بوصول البطالين جدد والتقليص المتزايد للعاملين مضافا إليه البطالة التقنية الناجمة من غلق المؤسسات العمومية مما أدى بالجزائر إلى

[1]- كريمة بن سعده، مرجع سبق ذكره، ص 106.

إنشاء الصندوق الوطني للتأمين على البطالة سنة 1994 كمؤسسة عمومية للضمان الاجتماعي تحت وصاية وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي[1].

كما أنه يشكل هيئة استقبال للحد من كارثة فقدان منصب العمل الناتج عن التسريح لأسباب اقتصادية ، حيث يضمن هذا النظام دخلا للعمال الذين يفقدون مناصب عملهم طوال ثلاث سنوات وذلك للوقاية من الفقر والحاجة طوال هذه البطالة الحتمية أحيانا ، هذا الصندوق الذي يكفل منذ بداية نشاطه في سنة 1995 بأكثر من 200,000عامل ،وكان يمكن أن يكون العدد أكبر لولا وجود صيغ أخرى بديلة له ، مثل الذهاب الإرادي والتقاعد المسبق إلى جانب اقتصار التسريح المعني بهذا النظام على المؤسسات الاقتصادية دون قطاع الوظيفة العمومية [2].

ويستفيد من هذا الجهاز كل شخص تتوفر فيه الشروط التالية:

- أن يبلغ من العمر ما بين 35 و 50 سنة.

- أن يكون مقيما بالجزائر .

- أن يكون مسجلا لدى مصالح الوكالة الوطنية للتشغيل منذ ستة (06) أشهر على الأقل بصفة طالب الشغل أو يستفيد من نظام الصندوق الوطني للتأمين عن البطالة.

- أن لا يشغل أي منصب عمل مأجور عند تقديمه لطلب الإعانة.

- وأن يكون لم يستفيد من قبل إعانة عمومية في إطار إحداث النشاط[3].

2-صليحة بوهلال ، "وكالات تشغيل الشباب (النتائج والعوائق) دراسة حالة الوكالة الولائية للتشغيل" ، مذكرة ماستر ، قسم العلوم السياسية ، جامعة قاصدي مرباح ورقلة 2012 -2013 ، ص 41 .

[2]- أحمية سليمان ، **في مجال الشغل ومكافحة البطالة في الجزائر** ، ورقة مقدمة من الملتقى الوطني حول السياسة العامة ودورها في بناء الدول النامية وتنمية المجتمع ، سعيدة في 26 – 27 أفريل 2009 ، ص 07.

[3] - http//objectif.com/wp.comtent/uploads/cnas.pdf,20-03-2016.20 :13.

ب- مهامه:

تتمثل مهمة الصندوق في إطار القوانين والتنظيمات المعمول بها :

- ضبط باستمرار بطاقة المنخرطين وتحصيل الاشتراكات المخصصة لتمويل أداءات التأمين عن البطالة ورقابة ذلك والمنازعات .

- يساعد ويدعم بالاتصال مع المصالح العمومية للتشغيل وإدارتي البلدية والولاية وإعادة انخراط البطالين المستفيدين قانونيا من أداءات التأمين عن البطالة في الحياة النشطة .

- يؤسس ويحفظ صندوق الاحتياط حتى يمنه من مواجهة التزاماته إزاء المستفيدين في جميع الظروف.

- يساهم الصندوق في إطار مهامه وبالاتصال مع المؤسسات المالية والصندوق الوطني لترقية التشغيل في تطوير أحداث أعمال لفائدة البطالين الذين يتكفل بهم.

لاسيما من خلال ما يأتي :

- التمويل الجزئي للدراسات المتعلقة بالأشكال الغير نموذجي للعمل والجور وتشخيص مجالات التشغيل ومكامنه.

- التكفل بالدراسات التقنية الاقتصادية لمشاريع أحداث الأعمال الجديدة لفائدة البطالين الذين يتكفل بهم ويتم ذلك بالاتصال مع المصالح العمومية للتشغيل[1].

- يمنح تعويضات للعمال الذين تم تسريحهم لأسباب اقتصادية وكذا في تحويل فترة البطالة سواء كانت طويلة أو قصيرة إلى فرصة لإعادة التكوين والتأهيل قام الصندوق الوطني للتأمين على البطالة بوضع

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،مرسوم تنفيذي رقم 94_188 ،المؤرخ في 06 جويلية 1994 ، المادة 04.

إجراءات للمساعدة والدعم وخلق النشاط وذلك بإنشاء مراكز البحث عن العمل ومراكز مساعدة العمل الحر ، والتكوين بمفهومه الواسع [1].

- يكمن دور هياكل صندوق التأمين على البطالة من أجل المحافظة على الشغل وحماية الأجراء وتتمثل في :

الوكالة الوطنية للشغل :

ويكمن دورها في التكفل بالأجراء المسرحين والبحث لهم عن منصب شغل، وكذا التنسيق مع مصالح الصندوق سواء للقيام بعمليات التحويل أو التكوين عندما يستدعي الأمر ذلك.

مفتشيه العمل:

فهي تسهر على تطبيق ما تضمنه المرسوم رقم 11/94 المؤرخ في 26 ماي والمتضمن إنشاء على البطالة لفائدة الأجراء الذين فقدوا أعمالهم لا إراديا لأسباب اقتصادية وتطبيق المرسوم 183/94[2] الذين تتوفر فيهم شروط الحماية والمحافظة على شغلهم .

الصندوق الوطني للتأمين :

يتكفل أساسا بدفع مستحقات البطالة كما يساهم في إعانة البطالين في البحث عن منصب شغل

ج- تسيير الإداري للصندوق الوطني عن البطالة: مجلس الإدارة مكون من 19 عضوا موزعين كما يلي:

- 09 يمثلون العمال تم تعيينهم من قبل المنظمات النقابية.

- 05 أعضاء يمثلون مستخدمين يتم تعيينهم من قبل منظمة مهنية

- 02 عضو يمثلون الهيئة المتكلفة بالوظيفي العمومي.

---

[1]- سميرة العابد وزهيه عباز، ظاهرة البطالة ف الجزائر بين الواقع والطموحات ، **المجلة أبحاث** ، باتنة ، عدد 10، 2002، ص 80.

[2] - عيسى آيت عسى ، "سياسة التشغيل في ظل التحولات الاقتصادية بالجزائر ،انعكاسات وآفاق اقتصادية واجتماعية " ، مذكرة شهادة دكتوراه ، علوم اقتصادية وعلوم تسيير ، الجزائر ، 2010، ص 248.

- 01 عضو يمثل الإدارة المركزية للميزانية.

- 01 عضو يمثل إدارة العمل.

- 01 عضو يمثل عمال الصندوق.

تضم الإدارة المركزية للصندوق وتحت سلطة المدير العام على الهياكل التالية[1] :

- مديرية الأداءات والتنظيم والمنازعات .

- مديرية الإدارة العامة .

- مديرية الدراسات والبرامج .

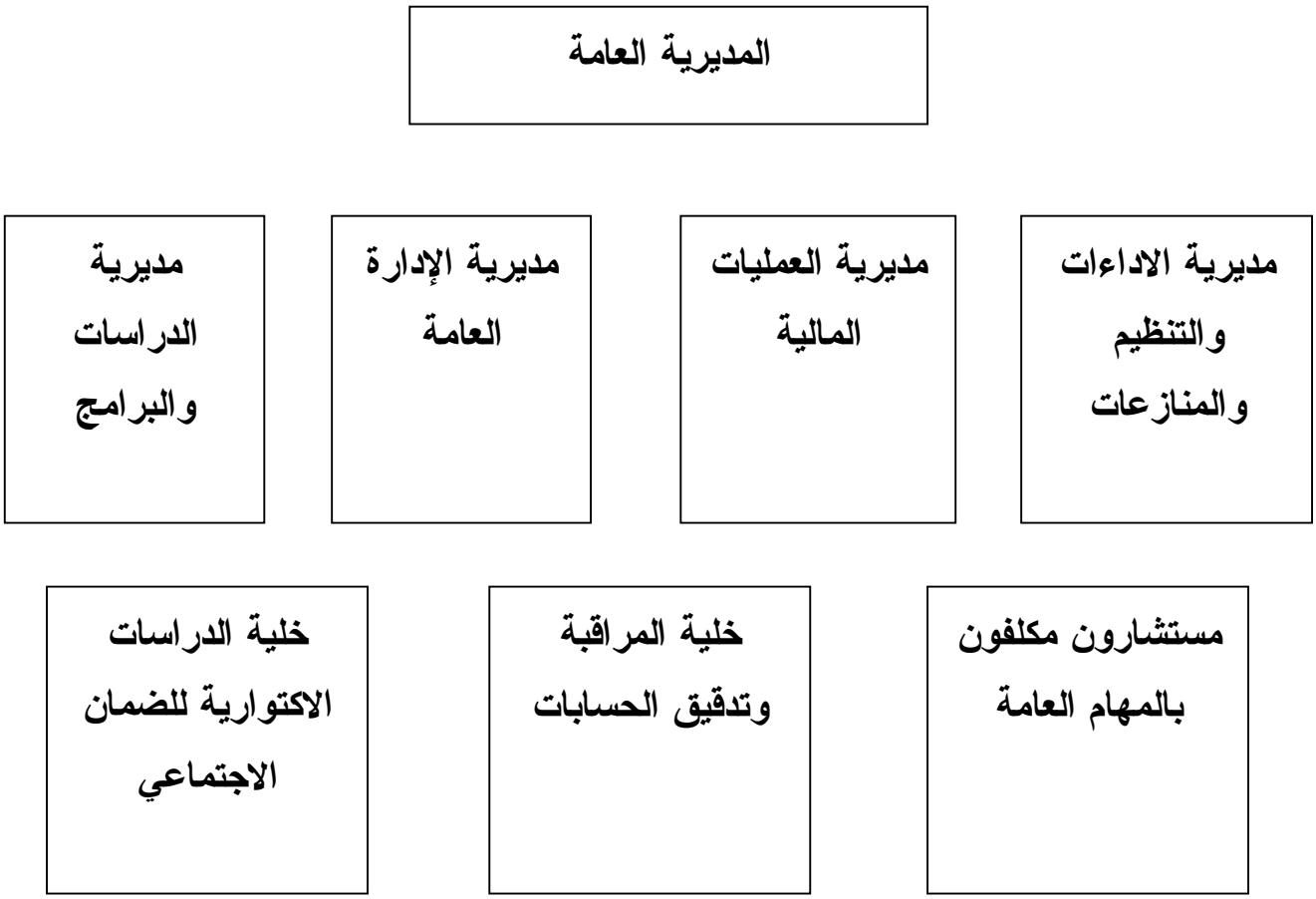
- مستشارون ومكلفون بمهام عامة .

- خلية مراقبة وتدقيق الحسابات .

- خلية الدراسات الاكتوارية للضمان الاجتماعي.

[1]- بن سعده كريمة، مرجع سبق ذكره، ص 103.

الهيكل التنظيمي للصندوق الوطني للتأمين على البطالة : شكل رقم 02 :



المطلب الثالث: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء.

La caisse National de Sécurité Social des Non Salarier

أ- تعريف بالصندوق[1]:

أي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على الشيخوخة لغير الجراء سابق تم إنشاءه وفق القانون رقم 07/92 المؤرخ في 1992/01/04 المتعلق بتنظيم الإطار القانوني والإداري والمالي وذلك من خلال التغطية الاجتماعية لغير الأجراء (تعويضات والأداءات).

[1] - جيلالي عجة ، مرجع سبق ذكره ، ص 138.

كما يتمتع هذا الصندوق بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وهي موضوعة حسب المادة 78 من القانون رقم 11/83 تحت وصاية وزارة الحماية الاجتماعية وتتكفل بمهمة تغطية المخاطر الناتجة عن التأمينات الاجتماعية ويعتبر هيئة عامة ذات طابع إداري .

ب- مهامه:

تتمثل مهمة الصندوق في إطار القوانين والتنظيمات المعمول بها فيما يأتي :

- يسير الخدمات العينية والنقدية للتأمينات الاجتماعية المقدمة لغير الأجراء .

- يسير معاشات المتقاعدين من غير الأجراء ومنحهم .

- يسير معاشات والمنح المصروفة بعنوان التشريع السابق للفاتح يناير 1984 بغاية انقضاء حقوق المستفيدين .

- يتولى تحصيل الاشتراكات المخصصة لتمويل الخدمات والمنصوص عليها في الفقرات السابقة، ومراقبتها ومنازعات التحصيل.

- يسير عند الاقتضاء الخدمات المستحقة للأشخاص المستفيدين من اتفاقيات الضمان الاجتماعي والاتفاقية الدولية.

- ينظم الرقابة الطبية وينسقها ويمارسها .

- يقوم بأعمال في شكل منجزات ذات طابع صحي واجتماعي كما هو منصوص عليه في المادة 92 من القانون رقم 11/83 المؤرخ في 02 جويلية 1983 بعد اقتراح من المجلس الإداري للصندوق.

- يقوم بأعمال الوقاية والتربية والإعلام في المجال الصحي بعد اقتراح من مجلس الإدارة.

- يسير الصندوق المساعدة والإسعاف المنصوص عليه في المادة 90 من القانون رقم 11/83 المؤرخ في 02 جويلية 1983[1].

- إضافة إلى جمع المعلومات الخاصة بالمؤمنين الاجتماعيين.

[1] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، مرسوم رقم 119/93 مؤرخ في 1993/05/15، المادة 03.

- تأمين جميع الاشتراكات من المنخرطين في هذا الصندوق .

- التغطية الاجتماعية كتقديم الأداءات لمؤمنين اجتماعيا [1].

ج- التسيير الإداري للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال غير الأجراء :

يتكون مجلس الإدارة من واحد وعشرون (21) عضوا حسب الآتي :

- 06 ممثلين للمهن التجارية يتم تعيينهم من قبل المنظمات المهنية.

- 04 ممثلين للمهن الزراعية المشكلة في مستثمرات ومؤسسات زراعية، يتم تعيينهم من قبل المنظمات المهنية الأكثر تمثيلا على المستوى الوطني.

- 04 ممثلين للمهن الحرة على أساس عضو واحد من كل فئة من الفئات الآتية: الصحة، نقابة المحامين، ومكاتب الدراسات التقنية والمعمارية والمالية والمحاسبة، ويتم تعيينهم من قبل منظماتهم المهنية الأكثر تمثيلا على المستوى الوطني.

- 04 ممثلين للمهن الحرفية يتم تعيينهم من قبل المنظمات المهنية المعنية

- 02 ممثلين اثنين للمهن الصناعية تعينهما المنظمات المهنية الأكثر تمثيلا على المستوى الوطني.

- 01 ممثل واحد لمستخدمي الصندوق تعينه لجنة المساهمة المنصوص عليها في التشريع والتنظيم المعمول بهما.

[1]- عديلة لعلواني ، مرجع سبق ذكره ص 76.

الهيكل التنظيمي للصندوق الوطني للتامينات الاجتماعية للعمال الغير اجراء:

شكل رقم 03 :

ج- الفئات الخاضعة للتأمينات الاجتماعية (فئة غير الأجراء الممارسين لعمل مهني متنقل).

وتشمل هذه الفئة كل من يمارسون أعمالهم على استقلال وتظم هذه الفئة مجموعة كبيرة وغير متجانسة من الأشخاص وهم التجار وذوي المهن الحرة من:

- التجار الصناعيين والحرفيين.
- المشتغلون في المهن الحرة .
- مالكو الأراضي الفلاحية .
- أصحاب وسائل النقل [1].

[1]- طيب سماتي ، **الإطار القانوني للتأمينات الاجتماعي في التشريع ومشاكله العملية** ، ندوة حول مؤسسات التأمين التكافلي والتأمين التقليدي بين الأسس النظرية والتجربة التطبيقية ، الجزائر 26 أفريل 2011، ص54.

وهناك من تشريعات تقرر الاشتراك الإجباري لهذه الفئة وذلك بإخضاعهم لنظم خاصة بهم كالتشريع الفرنسي وهناك من التشريعات الأخرى من تترك لهم الحق في الاشتراك في نظم التأمينات السائدة بالنسبة للأجراء ومن خلال المادة 04 من المرسوم التنفيذي رقم 119/93 المؤرخ في 1993/05/15 المحدد لاختصاصات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء ، سيره وتنظيمه التي تنص على تشكيلة مجلس الإدارة ومن خلال الأعضاء الممثلين لهذا المجلس يمكن لنا استخلاص الفئات الخاضعة لها من تعداد الأعضاء الممثلين لهذه الفئات وهم:

- الممارسين للمهن التجارية.
- الممارسين للأعمال الزراعية المشكلة في المستثمرات.
- الممارسين للمهن الحرة من أطباء ومحامين وخبراء.
- الحرفيين.
- الصناعيين وأصحاب المهن الصناعية [1].

التسجيل والانتساب لدى صندوق الضمان الاجتماعي للعمال غير الأجراء :

إن نظام الضمان الاجتماعي هو ضمان الحماية للمؤمن وذوي حقوقه من جهة كما انه ضمان حماية اجتماعية تضامنية لجميع المنخرطين الاجتماعيين من جهة أخرى، وبالتالي فالانتساب قبل أن يكون التزاما قانونيا فهو فعل تضامني.

وقد نص المشرع على هذا الإجراء في المادة 05 من القانون رقم 83-14 المتعلق بالتزامات المكلفين في مجال الضمان الاجتماعي.المعدل والمتمم والتي جاء فيها. على أنه: " يخضع كذلك لأحكام هذا القانون الأشخاص الذين يمارسون لحسابهم الخاص نشاطا مهنيا أو صناعيا أو تجاريا أو فلاحيا أو حرا أو أي فرع قطاع نشاط آخر حتى وإن لم يستخدموا عمالا أجراء ".

[1]- قرومي حية ونجية ضحاك ، الضمان الاجتماعي في الجزائر، دراسة حالة casons **مجلة العلوم الاقتصادية**، العدد04 ، 2015 ، ص 90.

فمن خلال هذه المادة يتضح أن الأشخاص الذين يمارسون لحسابه الخاص نشاطا مهنيا أو صناعيا أو تجاريا أو فلاحيا أو حرا أو في أي فرع قطاع نشاط آخر ، ولو لم يستخدموا عمالا في نشاطهم فإنهم يخضعون للقانون رقم 83-14 المتعلق بالتزامات المكلفين في مجال الضمان الاجتماعي بما فيها الالتزام بالانتساب لدى صندوق الضمان الاجتماعي للعمال غير الأجراء [1].

د- الاشتراكات الأساسية الواجبة دفعها للصندوق الوطني للعمال غير الأجراء:

نتناول في هذا العنصر دفع الاشتراكات السنوية المستحقة الأساس المعتمد في تحديد نسبة الاشتراكات وتوزيعها وذلك كما يلي:ثم نتطرق إلى

1- دفع الاشتراكات السنوية المستحقة :

يتم دفع الاشتراكات المستحقة سنويا بالنسبة للعمال غير الأجراء الذين يمارسون عملا خاصا غير مأجور خلال مدة استحقاق من أول مارس من كل سنة ويدفع حلول أول ماي من نفس السنة، وهذا وفقا لما نصت عليه المادة 13 مكرر من المرسوم رقم 85-35.

يلاحظ أن صاحب النشاط الحر غير المأجور لا يكون ملزما بدفع الاشتراكات إلا إذا كان الانتساب سابقا لأول أكتوبر من السنة المعنية ، وهذا ما نصت عليه المادة 3/13 مكرر من المرسوم رقم 85-35.

وفي حالة التوقف عن العمل خلال السنة المدنية لا يستحق الاشتراك إلا إذا كان التوقف عن العمل قد حدث بعد 31 مارس من السنة المعنية، طبقا لما نصت عليه المادة 4/13 مكرر من المرسوم رقم 85-35.

2- الأساس المعتمد في تحديد نسبة الاشتراكات وتوزيعها:

يتكون الأساس الذي يعتمد في حساب الاشتراكات من الدخل السنوي الخاضع للضريبة بعنوان الضريبة على الدخل وفي حدود السقف الذي قدره ثماني (08) مرات المبلغ السنوي للأجر الوطني

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 04_17، مؤرخ 10 نوفمبر 2004، مادة 05.

الأدنى المضمون (المادة 1/13 من المرسوم رقم 85-35 المعدل بالمادة 07 من المرسوم التنفيذي رقم 96-434) وفي حالة ممارسة أعمال غير مأجورة متعددة لا يجوز أني فوق المبلغ الكلي للاشتراكات المدفوعة الحد الأقصى المذكور في الفقرة أعلاه تحدد نسبة الاشتراك بمقدار 15% من الدخل المذكور في الفقرة الأولى من هذه المادة وتوزع كالآتي :

7,5% بعنوان التأمينات الاجتماعية .

7,5% بعنوان التقاعد .

وإذا لم يتسن تحديد الدخل الخاضع للضريبة ، فإن تقديره في مفهوم التشريع الخاص بالضمان الاجتماعي و يتم تطبيق النسب المئوية الآتية على رقم الأعمال الجبائي :

15% فيما يتعلق بالخاضعين للضريبة تتمثل تجارتهم في بيع البضائع.

30% فيما يتعلق بالخاضعين للضريبة الذين يقدمون خدمات .

إذ لم يتسن تحديد الدخل الخاضع للضريبة ولا رقم الأعمال الجبائي فإن أساس الاشتراكات يحدد مؤقتا بالمبلغ السنوي للأجر الوطني الأدنى المضمون .

غير أنه العامل غير الأجير أن يقوم بالتصريح عن دخله السنوي أو رقم أعماله السنوي.

وفي كل الحالات لا يمكن أن يقل أساس الاشتراكات عن المبلغ السنوي للأجر الوطني الأدنى المضمون (المادة 2/13- 4 -5 – 6 من المرسوم رقم 85-35 المعدلة بالمادة 07 من المرسوم التنفيذي رقم 96-434) [1].

كما حدد المرسوم رقم 85-35 آجال استحقاق الاشتراكات انتقالية من أول يناير من السنة ويدفع قبل 30 جوان من نفس السنة ن وهذا لما نصت عليه المادة 18 مكرر من المرسوم ، تستمر

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم رقم 85-35، لمؤرخ في 09 فيفري 1985، مادة 13 مكرر.

المدة خمس (05) سنوات إبتداءا من 01-1997/01 ليتم بعده العودة للقاعدة الأصل وهي وجوب دفع الاشتراكات في أجل استحقاق أقصاه 30 أفريل الذي يلي كل سنة معنية [1].

هـ - مسألة الانتساب المزدوج لصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء وغير الأجراء:

إن الضمان الاجتماعي يقوم على أساس التضامن والتكافل الاجتماعي بين أفراد المجتمع الواحد وبين الأجيال هذا من جهة ، ومن جهة أخرى فإن القانون يسمح بالاستفادة من معاشين مختلفين، ولذلك فإن عملية الانتساب يمكن أن تتعدد ، بحيث يكون الشخص منخرطا في هيئتين للضمان الاجتماعي للأجراء وغير الأجراء .

وهذا ما نصت عليه المادة 15 من المرسوم رقم 85-35 المؤرخ في 1985/2/9 والتي جاء فيها على أنه : " يجب على كل شخص يمارس في آن واحد عملا مأجورا وغير مأجور، أن ينتسب بعنوان العمل غير المأجور ولو كان يمارس هذا العمل بصورة ثانوية دون المساس بالانتساب بعنوان العمل المأجور، وفي هذه الحالة تستحق أداءات التأمينات الاجتماعية بعنوان عمله المأجور"[2] .

غير أنه إذ لم يستوف المؤمن له شروط تخوله الحق في مفهوم العمل المأجور يمكن المؤمن له أو ذوي الحقوق عند الاقتضاء.

وهذا الإجراء لاشك أنه في مصالح المؤمن له يهدف تسهيل استفادته من التغطية الاجتماعية التي تعتبر ضرورية في الوقت الحاضر ، ولما لها من أهمية قصوى وخاصة في ظل كثرة المخاطر التي قد تصيب المؤمن له اجتماعيا، والتي يحتمل أن تتسبب في عجزه عن العمل بل الأبعد من ذلك فالمشرع أقر بحماية خاصة حتى بالنسبة للأشخاص الذين تمت إحالتهم على التقاعد ويعودون أو

[1] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم رقم 85-35، المؤرخ في 09 فيفري 1985، المادة 18 مكرر.
[2] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم 85-35، مؤرخ في 09 فيفري 1986، المادة 05 /1.

يستمرون في ممارسة عمل مأجور ، بالانتساب منة جديد إلى الضمان الاجتماعي مع جميع الالتزامات الناجمة عن ذلك ، وهذا ما نصت عليه المادة 17 مكرر من المرسوم رقم 85-35 السالف الذكر [1].

مع الأخذ بعين الاعتبار أن هذا الانتساب الجديد لا يؤدي إلى اعتماده من أجل الحصول على معاش جديد ولا معاش العجز ولا في النهاية إلى مراجعة معاش التقاعد الذي يتمتع به المؤمن له اجتماعيا [2].

إذ لم يتسن تحديد الدخل الخاضع للضريبة ولا رقم الأعمال الجبائي فإن أساس الاشتراكات يحدد مؤقتا بالمبلغ السنوي للأجر الوطني الأدنى المضمون .

غير أنه العامل غير الأجير أن يقوم بالتصريح عن دخله السنوي أو رقم أعماله السنوي.

وفي كل الحالات لا يمكن أن يقل أساس الاشتراكات عن المبلغ السنوي للأجر الوطني الأدنى المضمون (المادة 13/ 2،3،4،5،6 من المرسوم التنفيذي رقم 85-35 المعدلة بالمادة 07 من المرسوم التنفيذي رقم 96-434) .

ويتم التصريح بالمداخل في آجال الاستحقاق التي يحددها القانون لدفع الاشتراكات في مدة أقصاها 30 أفريل من السنة التي تلي سنة الاستحقاق ، وفي مرحلة انتقالية تستمر 05 سنوات إبتداءا من 1997/01/01 ليتم بعده العودة للقاعدة الأصل وهي وجوب دفع الاشتراكات في أجل استحقاق أقصاه 30 أفريل الذي يلي كل سنة معينة [3].

---

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم رقم 85-35، المؤرخ في 09 فيفري 1985، المادة1/17.

[2]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم رقم 85-35، المؤرخ في 09 فيفري 1985، المادة2/17.

[3]- طيب سماتي، مرجع سبق ذكره ، ص 58.

خلاصة الفصل :

يعتبر الضمان الاجتماعي إحدى صور الحماية الاجتماعية الذي يتكفل بتغطية جملة من التأمينات الاجتماعية بما فيها التأمين الصحي ، ويعتبر هذا الأخير إحدى وسائل إيصال خدمة الرعاية الصحية إلى كافة المواطنين انطلاقا من الحقوق المواطنة ولذلك وجب على الدولة لكي تضمن ترقية الخدمات الصحية للأفراد العمل على تطوير الهياكل التي تقدم من خلالها الحماية الاجتماعية مثل صناديق الضمان الاجتماعي و كذلك عصرنه القطاع الصحي بما فيه من مستشفيات و استخدام الأساليب الحديثة في تقديم الخدمات العلاجية بغرض تحقيق رضا المواطنين و الحماية من المخاطر المتزايدة يوما بعد يوم .

الفصل الثالث

دراسة تطبيقية لصندوق الضمان الاجتماعي

CNAS بسعيدة

تمهيد

إن الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء في إطار المهام المخولة له في أحكام المرسوم لتنفذي رقم 92-07 المؤرخ في 04 جانفي 1992 الذي يتولى التنظيم و التنسيق و المراقبة بما فيها أعمال الوكالات الولائية، حيث حسب هدا المرسوم فان الوكالات الولائية للصندوق يقتصر دورها في التنظيم أعمال مراكز البلدية و ملحفات المؤسسات، وملحقات الإدارة و تنسيقها و مراقبتها، كما تتولى تحصيل الاشتراكات و مراقبة التزامات الخاضعين و تقوم يخصها بعمليات المنازعة في تحصيل الاشتراكات .

المبحث الأول : تعريف بالمؤسسة محل الدراسة

المطلب الأول : نبدة تاريخية عن الصندوق الوطني للعمال الأجراء وكالة سعيدة

أنشئت وكالة الصندوق الوطني لتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء بسعيدة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 223/85 المؤرخ في 1985/08/20 والقرار الوزاري المؤرخ في 1987/01/24 والذي يتضمن التنظيم الداخلي لصندوق الوطني لتأمينات الاجتماعية ، بعدما كانت مركز دفع تابع للوكالة الجهوية وهران ، وبعد ذلك تحولت إلى مركز فعلي وبذلك أصبحت مستقلة الخدمات ومتكونة من جميع المصالح .

المطلب الثاني : التعريف بالمؤسسة

إن الصندوق الضمان الاجتماعي La caisse Nationales des Assurances sociales des travailleurs salaries هو عبارة عن مؤسسة ذات طابع إ قتصادي ، تجاري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلالية المالية .

توفرت وكالة سعيدة سنة 2002 على 7 مراكز دفع ، كما يوضح شكل 04:

سعيـــدة	**الرباحيـــة**	**الحساسنة**	**عين الحجر**
داود	**بالـــــول**	**سيدي بوبكر**	

شكل 05: مراكز الدفع المتواجدة بعد سنة 2002 على مستوى سعيدة :

تم تزايد عدد المراكز بعد ذلك ليصل إلى 09 مراكز الموضحة في الشكل05 موزعين على كامل الولاية وذلك من أجل إحداث توازن جهوي رفعا للغبن والمشقة وتقريب الإدارة من المواطن والأرباب العمل الذين يشتكون من الصعوبة الاتصال بالصندوق لتقديم اشتراكاتهم المستحقة[1] .

سعيدة	الحساسنة	**سيدي بوبكر**	**يوب**
الرباحية	**الحي الإداري**	**عين الحجر**	**بالول**

مقري بوزيد

المطلب الثالث : الهيكل التنظيمي :

يتكون صندوق الضمان الاجتماعي من مديرية عامة تنطوي تحتها مديريات وكل مديرية لها مهام تقوم بها .

هنا نتعرف إلى المديرية العامة ، يقوم برئاسة المديرية العامة مدير والذي يعتبر العنصر الرئيسي في المؤسسة حيث يقوم بأعمال التسيير المتابعة بصفة عامة واتخاذ بقرارات اللازمة من موافقة أو رفض لأي تصرف ، فكل وثيقة إدارية لا تصبح سارية مفعول إلا بإمضاء المدير أو ختمه ، هناك بعض المصالح تخضع للإشراف المباشر من طرف المديرية العامة وهي كالآتي .

خلية الإحصائيات :

تقوم هذه الأخيرة بفرز الإحصاء نفقات المؤسسة وكذلك حصة من الاشتراكات مقدمة من طرف الوكالة وهذا حسب البرامج المحددة من طرف المديرية العامة كما أنها تقوم بمتابعة دورية لكل القنوات

[1]- مصلحة الأرشيف لصندوق ضمان الاجتماعي للعمال الأجراء ولاية سعيدة .

وتتم عملية المقارنة بين الشهر الجاري والشهر السابق وكذلك بين الثلاثين أو السداسين ليتم إرسال جداول الإحصائية للمديرية العامة .

خلية الإصغاء : تتكلف الخلية بما يأتي:

تلعب كوسيط بين الأشخاص الذين يعانون من التهميش والإدارة قصد دراسة مشاكلهم ومعالجتها . تقدم للمديرية العامة حوصلة دورية عن الشكاوي والاحتجاجات للمؤمنين .

مصلحة الترقيم والانتساب[1]:

تعمل هذه الأخيرة على تسجيل المؤمنين وإعطاء لكل مؤمن رقم خاص به في الوكالة من أجل حصولهم على التأمينات الاجتماعية وحوادث العمل والأمراض المهنية وكذا المنح العائلية وتشمل هذه الفئة:

- العمال الأجراء أو ملحقين بالأجراء أيا كان قطاع النشاط الذي ينتمون إليه ، المجاهدين ، أشخاص المعوقون بدنيا أو عقليا ، الطلبة ، المستفيدون من دعم الدولة لفائدة الفئات المحرومة والمعوزة .

- يتوجب على أصحاب العمل " المكلفين " الذين يستخدمون عاملا واحد أو أكثر أن يتوجهوا إلى هيئة الضمان الاجتماعي لتقديم تصريح بالنشاط في ظرف عشرة أيام الموالية للمشروع في ممارسة النشاط ، وبهذا يحصل أصحاب العمل على رقم الاشتراكات به يتم دفع الاشتراكات المستحقة في أجلها المحدد .

- تجد هذه المصلحة تعمل بالتنسيق مع مصلحة مراقة المستخدمين حيث إذا تبين أن المكلف لم يقم بانتساب عماله في الآجال المحددة سابقا تطبق عليه عقوبة التأخير.

[1]-مصلحة الترقيم والانتساب لصندوق الوطني للعمال الأجراء ولاية سعيدة.

I- المديرية الفرعية للأداءات :

تشرف على تسيير مختلف الأداءات المقدمة إلى المؤمنين ونجد فيها ما يلي : مصلحة التنسيق والمتابعة ، مصلحة الأرشيف ، مصلحة المراقبة الإدارية ، مركز الدفع والقنوات .

مصلحة التنسيق والمتابعة:

تضم مهام هذه المصلحة بمتابعة احتجاجات ومشاكل المؤمنين والمندوبين الاجتماعيين ومن أجل ذلك تقوم المصلحة بالتنسيق مع القنوات ومراكز الدفع لتطبيق التعليمات الإدارية الواردة من طرف المديرية العامة ، وفي بعض الأحيان تجمع المعلومات أو القوائم الإحصائية عند الطلب عليها من طرف المديرية العامة .

مصلحة المراقبة الإدارية:

تستلم المصلحة قائمة المؤمنين المستفيدين من تعويضة اليومية (أكثر من يومين) من مركز الدفع والقنوات ليتم مراقباتهم إداريا ، حيث يقوم عون المصلحة بإعداد تقرير يبين فيه حضور أو غياب المؤمن بمنزله وفي حالة غيابه يمكن للمؤمن اللجوء إلى لجنة الطعن المسبق لتبرير غيابه .

مصلحة الأرشيف : مكلفة بمجموعة من المهام :

1/ استلام ملفات من مصالح أداءات وقنوات (بعد مرور 5 سنوات على أرشيف في قنوات يتم تقديمها إلى مصلحة الأرشيف) .

2/ معالجة الأرشيف وهذا بالترتيب والتصنيف والحفظ.

3/ تبليغ وإيصال بمعلومات في حالة طلب أحد المصالح على الأرشيف.

4/ إثبات حقوق المؤمنين

5/ يمكن للمراقبة الطبية أن تطلب من مصلحة الأرشيف معلومات خاصة بالمؤمنين إثبات حقوقهم .

6/ ترتيب الأرشيف الذي مر عليه 05 سنوات بحيث تتكلف يه فرع من مصلحة لمعالجة وتتم عملية الحفظ مؤقتا.

وبعد مرور 05 سنوات يتم إعداد هذا الأرشيف لإقصائه مع لجنة الولائية المكلفة بالحذف وهذا بعد موافقة الوالي .

مركز الدفع بسعيدة :

إن مهام هذا المركز يكمن في عملية تسيير مختلف الأداءات المقدمة إلى المؤمنين المتواجدين على مستوى إقليم الولاية وذلك عن طريق المصالح الموجودة فيه والمفصلة كالآتي :

مصلحة الدفع الفوري : تعمل على تقديم مجموعة من الخدمات المتمثلة في [1]:

1/ التعويض العيني :

التكفل بمصاريف العناية الطبية والعلاجية ، الأدوية ، الإقامة بالمستشفى ، الفحوص البيولوجية – علاج الأسنان – النظارات الطبية ، النقل بسيارة الإسعاف أو غيرها من وسائل النقل ، الأجهزة الاصطناعية حيث يستفيد من هذه التأمينات المؤمن له وذوي حقوقه .

2/ التعويض النقدي :

تمنح تعويضة يومية للعامل الأجير الذي يضطر إلى التوقف عن العمل مؤقتا بسبب المرض .

تحسب التعويضة اليومية للعامل الأجير خلال التوقف عن العمل كما يلي :

من اليوم الأول إلى اليوم 15 الموالي للتوقف عن العمل 50% من الأجر اليومي .

اعتبار من اليوم 16 الموالي لتوقفه عن العمل 100% من الأجر اليومي .

[1]-مصلحة الدفع لصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء ولاية سعيدة .

في حالة المرض الطويل المدى أو الدخول إلى المستشفى تطبيق نسبة 100% اعتبارا من اليوم الأول من توقفه عن العمل .

- مصلحة الدفع من قبل الغير :

- مصلحة الدفع من قبل الغير الفورية (إصدار الدفاتر)

بعد قبول الطبيب المستشار لدى الوكالة التكفل بنسبة 100% للمؤمن المصاب بمرض مزمن ، يصبح لديه الحق في الحصول على أداءات التأمين على المرض ، كما أن المتقاعد الذي لديه منحة مباشرة أقل من الحد الأدنى للأجر المضمون (SNMG) لهم الحق في الحصول على أداءات بنسبة 100% أما إذا كانت المنحة أكثر من (SNMG) فنسبة التكفل تكون 80% .، كذلك المؤمنين المنخرطين في التعاضدية بنسبة تكفل 100% .

- مصلحة الدفع من قبل الغير (تصفيات الملفات) : تستلم هذه المصلحة الملفات أو وصفات طبية خاصة بالمؤمنين المستفيدين من نظام الدفع من قبل الغير من طرف الصيدليات التي أبرمت اتفاقية مع صندوق الضمان الاجتماعي بحيث تعمل هذه المصلحة على تعويض المبالغ الخاصة بالمواد الصيدلانية .

كما يجب على المؤمن له كي يستفيد من الأداءات العينية والنقدية للتأمين على المرض أن يكون قد عمل 60 يوما على الأقل خلال السنة السابقة لتاريخ العلاج .

- مصلحة الأخطار الكبيرة

1- منحة العجز :

- يحصل المؤمن على تعويضات يومية لمدة أقصاها 06 أشهر متتالية وبعدها يقدم ملفه إلى المراقبة الطبية.

- في حالة المرض طويل المدى فإن المؤمن يستمر في حصوله على تعويضات يومية لفترة أقصاها 03 سنوات.

- بعد هذه الفترة يجري المؤمن فحص طبي بالتعاون مع الطبيب المعالج ليحدد له نسبة العجز وبعد موافقة الطبيب لدى الضمان الاجتماعي يصبح له الحق في الحصول على منحة العجز .

لا يقبل طلب معاش العجز إلا إذا كان المؤمن له لم يبلغ بعد سن الإحالة إلى التقاعد .

يصنف العجز من حيث تحضير مبلغ المعاش إلى ثلاث أصناف:

الصنف 1: عاجز ما زال قادر على ممارسة نشاط مأجور وتعطى له منحة العجز بنسبة 60% من الأجر السنوي .

الصنف 2: عاجز يتعذر عليه إطلاقا القيام بأي نشاط مأجور وبالتالي تعطى له منحة العجز بنسبة 80% من الأجر السنوي .

الصنف 3: عاجز يتعذر عليه إطلاقا القيام بأي نشاط مأجور ويحتاج إلى مساعدة غيره وبالتالي تمنح له نسبة 80% من الأجر السنوي ويضاعف 40% بالنسبة للمرافق أو المساعد للمؤمن.

يمنح المعاش بصفة مؤقتة ويمكن أن يراجع أثر حدوث تغير في حالة العجز، وهذا حسب قدرة المؤمن على العمل.

في حالة وفاة مؤمن فإن مبلغ المعاش يقسم على ذوي الحقوق كالتالي:

- عندما لا يوجد ولد ولا أصول ، يحدد مبلغ المعاش المنقول للزوج بنسبة 75% .

- عندما يوجد إلى جانب الزوج ولد أو أحد الأصول يحدد مبلغ المعاش للزوج 50% لذوي الحقوق 30%.

- عندما يوجد إلى جانب الزوج اثنان أو أكثر من ذوي الحقوق ، يحدد المعاش المنقول لزوج نسبة 50% ولذوي الحقوق نسبة 40 % نقسم بالتساوي بينهم .

- عندما لا يوجد الزوج، يتقاسم ذوي الحقوق نسبة 90% بينهم.

2- الأمومة : تتولى هذه المصلحة أداءات التأمين على الولادة والتي تتمثل في :

الأداءات العينية : كفالة المصاريف المترتبة عن الحمل والوضع وتبعاته .

الأدآءات النقدية : دفع تعويضة يومية بنسبة 100% للمرأة العاملة التي تضطر بسبب الولادة إلى الانقطاع عن العمل ، وتصل مدة عطلة الأمومة 98يوم .

ويجب على المؤمنة لها لاستفادة من أداءات التأمين على الولادة أن تكون قد عملت 60 يوما أثناء 12 شهر التي تسبق الانقطاع عن العمل .

3- منحة الوفاة: تقوم هذه المصلحة بإفادة ذوي الحقوق المؤمن له المتوفى من رأسمال الوفاة الذي يساوي مجموع الأجر الشهري لمدة سنة كاملة وهذا على أساس أفضل أجر له.

4- كفالة المعالجة بالمياه المعدنية: تتكفل المصلحة بنفقات الرعاية الطبية والعلاج والإقامة في مؤسسات العلاج، حيث يحدد نوع العلاج بمياه الحمامات المعدنية الذي يمكن أن تتكفل به الوكالة وكذلك مصاريف العلاج وغيرها من اتفاقيات تبرم بين الوكالة والمؤسسات.

يتحمل المؤمن له النفقات بنسبة 20% وتتراوح مدة العلاج بين 18 يوم حتى 21 يوم .

- **مصلحة حوادث العمل والأمراض المهنية والريوع** :

تتمثل مهام هذه المصلحة في استقبال تصريح حادث العمل والوثائق المرفقة في ظرف 24 ساعة، كما تستقبل الوثائق التي تثبت إصابة المؤمن بمرض مهني ، حيث يتم معاينتها من طرف الأعوان من أجل التفقد كل المعلومات الموجودة في التصريح حيث يتم تقديم نسبة العجز من طرف طبيب الضمان الاجتماعي

- نسبة العجز أقل من 10% تدفع له رأسمال مرة واحدة.

نسبة العجز أكثر من 10% تمنح له الربوع .

- **مصلحة المنح العائلية** : تعمل على دفع المبالغ الخاصة بالمنح العائلية والمدرسية لصالح المؤمنين الاجتماعيين النشطاء و الغير النشطاء .

II- المراقبة الطبية [1]:

تتمثل المراقبة الطبية في تقديم آراء حول الوصفات والأعمال الطبية المتعلقة بالحالة الصحية للمستفيدين من الضمان الاجتماعي أو قدرتهم على العمل مع الأخذ بعين الاعتبار التبريرات الطبية وحقوقهم في الاستفادة من الأداءات في مجال التأمينات الاجتماعية وحوادث العمل والأمراض المهنية وهذا حسب المرسوم التنفيذي رقم 05-171 المؤرخ في 07 ماي سنة 2005 .

هناك نوعين من المراقبة الطبية

المراقبة الأولى : Contrôle a Priori

- المواد الصيدلانية التي قيمتها تفوق 2000دج .
- تغيير في طبيعة المواد الصيدلانية .
- وصفتين طبية

المراقبة المباشرة Contrôle Directe

- العطل المرضية أو تمديد العطلة المرضية .
- الأجهزة الاصطناعية .
- الفحوص البيولوجية .
- المواد الصيدلانية .
- العمليات الجراحية العامة
- الأمراض المزمنة .
- النقل الصحي .
- العمليات الجراحية .

[1]-مراقبة الطبية لصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء ولاية سعيدة .

- علاج وطقم الأسنان .

تتواجد على مستوى المراقبة الطبية لجنة تتكون من :

- مستشار لدى المجلس القضائي رئيسا .

- طبيب خبير.

- ممثل عن الوزير المكلف بالضمان الاجتماعي .

- ممثلين عن العمال الأجراء .

- ممثل عن العمال عبر الأجراء .

يتولى أمانة اللجنة أحد أعوان هيئة الضمان الاجتماعي ، وتتخذ لجنة قرارات حول :

- نسبة العجز .

- الريوع .

- حوادث العمل .

- الخبرة الطبية بعد إشعار المعني بالأمر بجميع القرارات الطبية يتاح للمؤمن له أجل مدته شهرا لتقديم طلب إجراء الخبرة .

- يتم اختيار الطبيب الخبير بالاتفاق بين المؤمن له والوكالة من قائمة الأطباء المتفق معهم .

وفي حالة ما إذا لم يحصل هذا الاتفاق يعين الطبيب الخبير آخر من نفس قائمة الأطباء المتفق معهم الوكالة .

يقوم الطبيب الخبير باستدعاء المريض في 08 أيام بعد تعيينه قصد إجراء الخبرة الطبية عليه ، كما يجب عليه أن يعلم المؤمن والوكالة بنتائج الخبرة الطبية .

يجوز للمؤمن رفع دعوى إلى المحكمة المختصة بالقضايا الاجتماعية فيما يخص مطابقة قرار الوكالة لنتائج الخبرة الطبية .

III- المديرية الفرعية للإدارة العامة : تتكلف بما يأتي :

- تسيير الموارد البشرية في إطار الأحكام التشريعية والتنظيمية والتعاقدية المعمول بهما .

- تضع جرود بأملاك الصندوق .

- تنجز عمليات تموين الصندوق في مجال اللوازم والأثاث والمعدات .

- تضبط حاجات التجهيز لجميع هياكل الصندوق وتتولى شراءها وتسيرها .

وعليه فإن المديرية الفرعية للإدارة العامة مقسمة إلى :

أ/ الوسائل العامة :

تعمل على توفير مستلزمات للمؤسسة و المتمثلة في استثمارات ، التجهيزات ودفاتر الوقود كما أنها تقوم بمخالصة فواتير الكهرباء والهاتف والماء نجد في هذه المصلحة ما يلي:

المخزن : يحتوي هذا المخزن على مواد مرقمة محاسبيا كما يلي

Imprimerie311

Carburant Lubrifiant 312

Fourniture de Bureau 313

Détergent 314

Electricité 315

Pièces Détaches 316

Divers 315

Maçonnerie 3192

Peinture / Vitrerie 3193

Plomberie Et Soudure 3194

Divers Parc Auto 3165

Pneumatique 3196

Divers Technique 3159

عملية الشراء :

طلب الفاتورة النموذجية (Préformât) : وهو طلب توجهه الوكالة إلى مجموعة ممونين مرفقة بقائمة الأدوات التي تحتاج إليها المؤسسة قصد معرفة المبالغ هذه الأدوات .

ثم يختار الممون أقل تكلفة .

تقوم المصلحة بتحرير سند الطلب (Bon de Commande) ويتم التوقيع عليه من طرف نائبه مدير المالية والتحصيل ، مدير الوكالة ، مدير الإدارة العامة .

- بعدها تتم عملية شراء وإدخال المواد إلى المخزن يتم تحرير سند استلام Bon Réception ويوقع عليه من طرف رئيس المصلحة .

يقوم عون المصلحة بطلب تحرير صك مرفوق بسند الطلب وسند استلام وكذلك الفاتورة ليقدم إلى مصلحة الأمر بالصرف من أجل الحصول على صك

عملية شراء دفاتر الوقود :

- يتم تحرير سند الطلب (Bon de Commande) .

- طلب تحرير صك يوقع عليه من طرف رئيس المصلحة وعن ذلك يتم جلب دفاتر الوقود.

- يقوم عون المصلحة بجرد كل ما يتم شرائه وإدخاله إلى المخزن في بطاقة المخزونات (La Fiche De Stock).

تم تموين مصالح الوكالة من خلال إعداد سند الطلب (Bon de Commande) توقع عليه المصلحة المعنية وكذلك عون المصلحة.

يقوم عون مصلحة تسجيل قيمة المواد المقدمة إلى المصالح في بطاقة Journal des stock[1]

[1]-المديرية الفرعية للإدارة العامة .

وفي الأخير يتم إعداد بطاقة Situation de Stock ليتم تقديمها إلى مصلحة المحاسبة شهريا أم بطاقة Journal des stock فتقدم يوميا إلى المصلحة المحاسبة .

ب/ مصلحة العمال والتكوين : تعمل هذه المصلحة على فرض نظام داخلي يتمثل في مراقبة وضبط العمال .

- فيحب على العامل إثبات حضور وذلك بالتوقيع والتسجيل في بداية ونهاية كل يوم عمل ويجب إرسال أوراق إثبات الحضور إلى مصلحة المستخدمين من أجل دراستها واستغلالها وبحسب المادة 13 .

- يمنع كل عامل إثبات حضور عامل آخر بالتوقيع وكل غش ثابت يعرض صاحبه للعقوبات التأديبية وهذا حسب المادة 14 .

- يجب على عامل القيام بالساعات الإضافية المطلوبة من المسؤول إلا في حالة قوة قاهرة يتعين عليه إثباتها والامتناع عن ذلك تترتب عنه عقوبة تأديبية وهذا حسب المادة 10 .

- لا تقبل الساعات الإضافية المنجزة إلا بعد تقديم وثيقة إدارية يوقعها المسؤول المباشر تثبت ذلك وهذا حسب المادة 11 .

- الخروج أثناء أوقات العمل وبسبب ممارسة الوظيفة يجب أن يكون :

* بإذن من مسؤول المعني .

* بإعداد رخصة خروج تتضمن مكان وعرض ووقت التنقل .

- يجب أن يكون الخروج عن حدود إقليم الولاية موضوع أمر بمهمة وهذا حسب المادة 21.

- يجب تقديم كل رخص الخروج المعلن عنها في المواد السابقة إما إلي:

* مركز الحراسة ومصلحة المستخدمين وهذا حسب المادة 24

* يعتبر متأخر كل عامل لم يثبت حضوره بالتوقيع بعد مرور 15 يوم من بداية الوقت تجمع التأخيرات الشهرية وتعرض صاحبها لاقتطاع من مرتبه الشهري وفي حالة تكرارها تطبق عليه العقوبات وكل تأخر مبرر لاحقا لا يعاقب وهذا حسب المادة 26.

يمكن للعامل الاستفادة من غيابات خاصة مدفوعة الأجر وفقا للتشريع المعمول به ، فيجب أن تكون هذه الغيابات مرخصة بوثائق و هذا حسب المادة 28 .

إن الغيابات الغير المبررة تعرض لعقوبات تأديبية بالإضافة إلى فقدان الأجر الموافقة لفترة غيابه وهذا حسب المادة 30 .

ج- مصلحة الأجور :

تقوم هذه المصلحة بتسوية الرواتب الشهرية للعمال ، ويتكون الراتب الشهري من الأجر القاعدي والعلاوات .

يتحدد الأجر القاعدي والعلاوات للعامل حسب طبيعة مهنته أما العلاوات فنجد علاوة الخبرة المعنية ، علاوة الضرر ، علاوة جزافية للخدمة الدائمة ، علاوة المنطقة ، علاوة النقل ، العلاوة الجزافية للسيارة ، علاوة مردودية الفردية والجماعية ، علاوة القفة ، علاوة التنقل ، علاوة بلوغ سن التقاعد ، علاوة تغيير مكان العمل ، علاوة الأجر الوحيد .

كما تقدم قائمة الرواتب الشهرية للعمال للمصلحة الأمر بالصرف قصد الحصول على صك .

VI- المديرية الفرعية للمالية والتحصيل :

تتولى هذه الإدارة الاتصال مع المصالح التابعة لها وهذا من خلال إعداد مشروع ميزانية الوكالة مع مسك الحسابات الخاصة بها ، وهي تنقسم كالآتي :

1- قسم المالية :

مصلحة الحوالات :

تستقبل المصلحة قائمة المؤمنين من مصالح الأداءات وكذلك القنوات بحيث يتم تحويل المبالغ في شكل صك بريدي بإضافة وثيقة الأمر بالدفع وتقدم إلى صندوق البريد والمواصلات ، ويقوم هذا الأخير بتسديد المبالغ للمؤمنين .

كما تقدم هذه المصلحة قائمة المؤمنين ، صك بريدي إلى القنوات لتعويض على الأداءات .

مصلحة الأمر بالصرف : مهمتها الأمر بالصرف الإيرادات للوكالة ونفقاتها وبهذه الصفة تتولى ما يأتي :

- مراقبة وتحقيق فيما يخص الفاتورة ، سند الطلب – وصل استلام ، طلب تحرير صك .

- تحرير صك لتسديد نفقات (نفقات تعويضية ، نفقات وظيفية ، نفقات استثمارية) ، مع إمضاء من طرف مدير الوكالة ونائبه مدير المالية والتحصيل .

- قبض صك عند الحصول على إيرادات (اشتراكات) .

- إصدار أوامر تحويلات من حساب الآخر .

في آخر يوم يقوم العون المكلف بالعمليات المالية بتسجيل النفقات في وثيقة الدفع (Titre de Paiament والمداخيل في وثيقة الإيرادات Titre Recette).

- تسجيل العمليات المالية سواء نفقات أو مداخيل في مسودة خاصة لكل حساب (حساب البريد والمواصلات ، حساب الخزينة ، حساب البنك CPA) .

*** مصلحة المحاسبة** : تتكلف بما يأتي :

- استقبال وثائق محاسبية من مصالح الأداءات ، مصلحة الأمر بالصرف ، مصلحة الحوالات .

- المراقبة والتحقيق فيما يخص الفاتورة – سند الطلب – سند الاستلام – مسودة (Brouillant) وكذلك إمضاء رئيس المصلحة ونائبة مدير المالية والتحصيل .

- مراقبة كشوفات التعويضات من حيث الإمضاء .

- تقوم بإعداد دفتر اليومية خاص عمليات الخزينة وعمليات البنك البريد والمواصلات .

- الحسابات تتمثل في :

* حساب الخزينة رقم 21 خاص بالإشتراكات .

* حساب الخزينة رقم 00002 خاص بالنفقات الوظيفية .

* حساب الخزينة رقم 10 خاص بالأداءات .

* حساب بنك CPA رقم 01 خاص بالاشتراكات .

* حساب بنك CPA رقم 02 خاص بالنفقات الوظيفية .

* حساب صندوق البريد والمواصلات CCP رقم 072 خاص بالحوالات .

* حساب صندوق البريد والمواصلات CCP رقم 20 خاص بالإشتراكات .

- يتم ترحيل العمليات المالية المسجلة في دفتر اليومية وتصنيفها في حساباتها المختلفة في دفتر خاص (Grand Livre) .

- إن إثبات العمليات المحاسبية بدفتر اليومية وترحيلها إلى الدفتر الأستاذ يقودها إلى التأكد من التوازن المحاسبي وهذا من خلال إعداد ميزانية المراجعة (Balance).

- يقوم البنك والخزينة والحساب البريدي بإرسال كشفا مفصلا خاص بالعمليات التي أجبرت خلال شهر .

- تتم عملية التقارب بين التسجيلات المحاسبية للوكالة وللبنك أو الخزينة أو البريد والمواصلات من أجل تصحيح الأخطاء المرتكبة أثناء العمليات .

- تضع الكشوفات التقديرية الخاصة بالإيرادات والنفقات .

- تقوم بإعداد ميزانية لنهاية السنة .

2- قسم التحصيل والمنازعات :

يتولى هذا القسم تحصيل المبالغ المستحقة لهيئة الضمان الاجتماعي وينقسم إلى ثلاث مصالح ، كل مصلحة لها دور فعال داخل المؤسسة .

مصلحة الاشتراكات :

إن القانون المعمول به والمعتمد من طرف هذه المصلحة هو قانون 14/83 المؤرخ في 1983/07/02 و المتعلق بكيفية دفع الاشتراكات من طرف المؤسسات سواء عمومية أو خاصة أجنبية أو وطنية .

نجد هذه المصلحة تتولى أربعة مهام أساسية تتمثل فيما يلي :

1/ الاستقبال :

يقتصر دور هذه المصلحة على استقبال المكلفين أو المساهمين لاستلام تصريحات العمال الشهرية أو الثلاثية (DAC) وكذلك الصكوك والوصل والتصريحات السنوية للأجور والأجراء (DAS) .

ويقوم عون المصلحة بالتحقيق والمراقبة في آخر المصرح ، الفترة المصرح بها ، تاريخ التصريح ، نسبة الاشتراكات وعدد العمال ليتم تسجيلها في برنامج الإعلام الآلي .

يتعين على المكلف تقديم التصريح بالأجور والاشتراكات في ظرف :

- 30 يوم التي تلي انتهاء الشهر بالنسبة للمكلف الذي يشغل لديه أكثر من 09 عمال .

- 30 يوم التي تلي نهاية الثلاثي بالنسبة للمكلف الذي يشغل لديه أقل من 09 عمال .

أما التصريح السنوي للأجور والأجراء يقدم 30 يوما التي تلي انتهاء السنة المدنية يترتب على التأخير في التصريح بالأجور في الأجال المحددة قانونا بغرامة مالية قدرها 5% بزيادة 1% عن كل شهر متأخر يليه .

ويترتب على التأخير في التصريح السنوي للأجور والأجراء غرامة التأخير 15% بزيادة 5% عن كل شهر متأخر .

ملاحظة :

بعد تقديم المكلف الاشتراكات المستحقة يصبح له الحق في الحصول على شهادة أداء المستحقات (Mise a Jour).

المخالصة :

تتولى هذه الجهة تحويل الصكوك المقدمة من طرف المكلفين في برنامج الإعلام آلي عبر قنوات وهي قناة 12، قناة 13، قناة 14 ، قناة 19، حيث أن :

- الاشتراكات التي تم إرسالها عن طريق البنوك ترصد في القناة12 .
- الاشتراكات التي تم إرسالها عن طريق البريد والمواصلات ترصد في القناة 13 .
- الاشتراكات التي تم إرسالها عن طريق صندوق الخزينة العمومية ترصد في القناة 14 .
- الاشتراكات مقدمة من طرف عمال الوكالة ترصد في القناة 19 .

كما تقوم المصلحة بإعداد الجداول الإحصائية الخاصة بالقنوات ليتم إرسالها إلى العامة.

دراسة الحسابات :

تتولى هذه المصلحة إرسال إنذار تدعوا فيه المكلف بتسوية وضعية في ظرف 15 يوم التي تلي استلام الإنذار وفي حالة إذا ما لم يقم المدين في الأجل الممنوح لتسوية وضعية ولم يعرض الأمر على لجنة الطعن المسبق فإن مصلحة المنازعات تتخذ إجراءات لمتابعة المدين .

محاسبة الاشتراكات :

تقوم بقيد كل حسابات اشتراكات المحصلة وعقوبات وغرامات التأخير ومبالغ مستحقة من مصلحة المنازعات في جدول حسابات (Avis de Comptable) وهذا في شكل قنوات .

- توزع اشتراكات 35% المقدمة من طرف المكلفين على المؤسسات التالية :

* 15.25% خاصة لـــ CNAS

* 17.50% خاصة لـــ CNR

* 1.75% خاصة لـــ CNAC

* 0.5% خاصة لـــ FNPOS

مصلحة مراقبة المستخدمين:

تقوم هذه الأخيرة بمراقبة المكلفين في أماكن وأوقات عملهم بحيث تعد تقريرا أو محضرا تبين فيه المخالفات المعاينة.

يتم إرسال التقرير إلى الوكالة (مصلحة الاشتراكات) للقيام بتسوية وضعية المكلف.

يتضمن التقرير نتائج عدم التصريح بالنشاط الذي يترتب عليه غرامة مالية قدرها 5000دج بزيادة 20% عن كل شهر متأخر يليه.

- عدم تسجيل العمال الذين يشغلهم دفع غرامة 1000دج بزيادة 20% عن كل شهر متأخر يليه.

ينجر على المكلف الذي لم يقدم طلب انتساب لعماله الأجراء في الآجال المحددة دفع غرامة مالية قيمتها 1000دج عن كل عامل غير منتسب.

مصلحة المنازعات :

إن القانون المعمول به والمعتمد من طرف هذه المصلحة وهو قانون 15/83 المؤرخ في 02 يوليو 1983 والمتعلق بتعريف طبيعة المنازعات والتي تشمل المنازعات العامة، المنازعات الطبية ، المنازعات التقنية.

المنازعة الطبية :

تتمثل في إشعار المؤمن بدفع تكاليف الأتعاب المستحقة من إجراء الخبرة الطبية وهذا في حالة مطابقة قرار الطبيب المعين لدى الوكالة مع نتائج الخبرة الطبية.

المنازعة التقنية :

تختص بالبث الأولي بكل الخلافات الناتجة عن ممارسة النشاطات الطبية وهي مشكلة من الأطباء، ويتولى أمانة اللجنة أحد أعوان الوزارة المكلفة بالشؤون الاجتماعية.

المنازعات العامة :

تختص المنازعات بكل الخلافات التي تطرأ بين هيئة الضمان الاجتماعي والمؤمنين الاجتماعيين والمساهمين .

يتم تسوية الخلافات من خلال تشكيل لجنة تدعى لجنة الطعن المسبق والتي تتكون من :

- ثلاث ممثلين عن العمال .
- ثلاث ممثلين عن أصحاب العمل .
- ممثل واحد عن الإدارة .

يتولى أمانة هذه اللجنة أحد أعوان الهيئة الذي يقوم بإعداد تقرير يتضمن أسماء الطاعنين وقيمة التعويضات النقدية والعينية وكذلك أصحاب العمل والمبالغ المستحقة المقبولة والمرفوضة ، ويتم إرسالها إلى المديرية العامة للمصادقة عليها [1].

ملاحظـــة :

كل القرارات التي تصدرها اللجنة قابلة للطعن فيها أمام اللجنة الوطنية خلال مدة لا تتعدى شهر ابتداء من تاريخ تبليغ قرار اللجنة الولائية ، ما عدا المتعلقة بالغرامات والتأخيرات .

إن الاعتراض أمام اللجنة الولائية يكون خلال شهرين إذا تعلق الأمر بالنزاعات الخاصة للأداءات وخلال شهر إذ تعلق الأمر بالعقوبات وزيادة التأخير .

يتمثل مهام هذه المصلحة تطبيق إجراءات على المكلف المؤمن إما :

1/ إجراءات التحصيل بواسطة مصالح الضرائب :

يوقع مدير الوكالة الدائنة كشف المبالغ المستحقة ثم يؤشر عليها والي الولاية في أجل 20 يوم وبذلك يصبح تحصيلها نافذا ويرسل هذا الكشف إلى قباضة الضرائب المباشرة بمحل إقامة المكلف لأجل تحصيل المبالغ الواردة في الكشف .

2/ إجراءات قضائية :

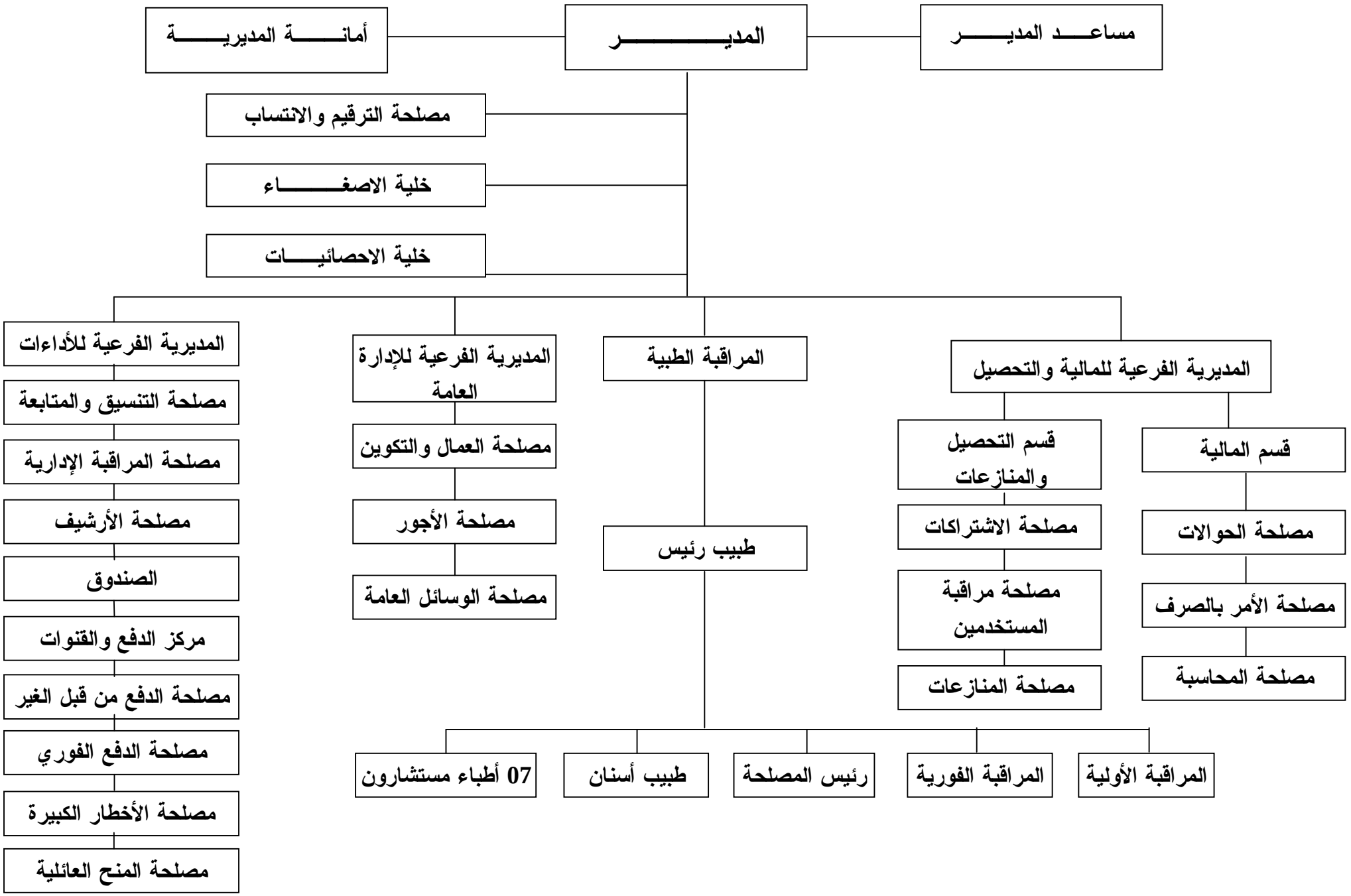
يوقع كشف المبالغ من طرف الوكالة الدئنة ثم يؤشر من طرف رئيس المحكمة المختصة بالقضايا الاجتماعية في غضون 15 يوم بذلك يصبح تحصيل هذه المبالغ نافذا ليتم تبليغ الإشعار بملاحقة المكلف على يد العون المراقب .

[1]-مصلحة المنازعات لصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء ولاية سعيدة .

واعتبارا من تاريخ التبليغ يتاح للمدين أجل 15 يوما لتسوية وضعيته من خلال لجنة الطعن الأول.بإضافة إلى هذه الإجراءات تصدر الوكالة معارضة لدى المؤسسة المصرفية وأمر الأداء وذلك لتحصيل المبالغ المستحقة[1] .

[1]-مصلحة الأرشيف لصندوق الضمان الاجتماعي ولاية سعيدة.

الشكل رقم 06 : يمثل الهيكل التنظيمي لوكالة سعيدة.



المبحث الثاني: دور الصندوق الوطني لضمان الاجتماعي للعمال الأجراء في التغطية الصحية وكالة سعيدة

المطلب الأول: أهداف صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء

يهدف إلى حماية الاجتماعية والتغطية الاجتماعية للمؤمنين وذويهم ومعالجة الآثار التي تنجم عن الأخطار التي يتعرض لها العامل خلال حياته الوظيفية ، وهي الشيخوخة والعجز ولوفاة وإصابة العمل والمرض ، وذلك عن طريق إيجاد بديل للأجر في حالة انقطاعه بسبب تحقق أي من هذه الأخطار سواء كان هذا البديل في صورة تعويض أو معاش حسب الأحوال بما يكفل للعامل ولأسرته من بعده حياة كريمة ومستقرة .

- يهدف إلى الحد من انعدام ومساواة والإجحاف.

- تقديم إعانات مناسبة باعتبار ذلك حقا قانونيا.

- ضمان غياب التميز على أساس الجنسية أو الانتماء لاثني أو نوع الجنس.

- حماية الطبقة العاملة من الاستغلال والحاجة.

- يهدف إلى التكفل بمصاريف نفل المؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم في حالة استدعاءهم للاستفادة من أعمال الصحية المقدمة من قبل الضمان الاجتماعي من بينهم عملية الكشف المبكر لسرطان الثدي.

-استخدام التكنولوجيات الجديدة للإعلام والاتصال للسماح الأطباء للاطلاع عن بعد على الوصفات الطبية - يهدف لترقية نوعية العلاج لصالح المؤمن لهم اجتماعيا.

-زيادة الإنتاج لأن الشعور المتنامي بالاستقرار الوظيفي والطمأنينة على الرزق العامل في حالة تعرضه للإصابات العمل أو الشيخوخة يدفعه إلى بذل الجهد والإخلاص في العمل، وهذا الجهد ينعكس بشكل إيجابي على إنتاجية المصنع أو المؤسسة التي يعمل فيها العامل وتساهم الزيادة الإنتاجية في تحسين أجور العمال .

- محاولة التقليل من حوادث العمل مختلفة المحيطة بالعامل، من خلال دراسة المحيطات ومحاولة إيجاد الحلول ممكنة لتقليل من أثارها من جهة، ثم التأمين على الضحايا في حالة وقوعها من جهة أخرى.

المطلب الثاني: تمويل الصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء.

تتمثل مدا خيل الصندوق في الاشتراكات المدفوعة من المستخدمين و العمال إذ تساعد هذه الاشتراكات في تمويل مجموع الاداءات المتمثلة في التأمينات، حيث يعتمد نظام الضمان الاجتماعي على مصدرين للتمويل.

1-**التمويل عن طريق الضرائب:** وهو يقصد به اللجوء إلى مساهمات أخرى غير الاشتراكات المبنية مباشرة على أساس المداخيل المهنية أو مايشبه ذلك، ففي حالة عجز مالي تقوم الدولة بتقديم للقطاع عن طريق الضرائب.

2-**التمويل عن طريق الاشتراكات:** وهي أهم مصدر تمويل حيث يعني ذلك مساهمة كل مؤمن اجتماعيا في تمويل الضمان الاجتماعي قبل الاستفادة من الحماية الاجتماعية، وهذا مايفسر أنه توجد علاقة بين قيمة مساهمته والخدمة الاجتماعية التي يستفيد منها وتمثل .34.5 %.

جدول رقم 07 : يمثل مجموع نسب الاشتراكات للضمان الاجتماعي:

الفروع	الحصة التي يتكفل بها المستخدم	الحصة التي يتكفل بها العامل	حصة الصندوق الخدمات الاجتماعية	المجموع
التامينات الاجتماعية	.%12.5	.%1.5	-	14
جوادث العمل والامراض المهنية	.%1.25	-	-	.%1.25
التقاعد	.%10	.%6.75	.%0.5	.%17
التامين على البطالة	.%1.25	.%0.5	-	.%0.75
التقاعد المسبق	.%0.5	.%0.25	.%0.5	.%1.5
المجموع	.%25	.%9	.%01	.%34.5

وبالنسبة للفئات الخاصة فان القانون يقرر لها نسبة خاصة نذكر بعضها على سبيل المثال:

-المعوقون نسبة اشتراكاتهم 0.5%.

-الطلبة الجامعيون نسبة اشتراكهم 2.5 %.

-بعض الأشخاص الذين يستخدمهم الخواص لحسابهم الخاص نسبة اشتراكهم 06%.

-الممتهنون نسبة اشتراكهم 01 %.

2-تدخل ميزانية الدولة:

تدخل ميزانية الدولة من خلال صرف للإعانات و المنح العائلية، إضافة الى النفقات الموجهة لخدمة التضامن الوطني بالنسبة للمتقاعدين الذين ينقادون منح التقاعد منخفضة وفي سنة 2006، ومن خلال أمر مرسوم رئاسي تم إنشاء صندوق الوطني للأموال التقاعد و الذي يمول أساسا عن طريق توجيه 2%. من الجباية البترولية، ويمثل هذا الإصلاح عميقا موجهة في تامين نظام التقاعد للأجيال المستقبلية.

و في سنة 2010 اقر قانون المالية إنشاء صندوق وطني للضمان الاجتماعي يمول جزء منه من خلال رسم علي التبغ ورسم علي السفن و البواخر الموجهة لسياحة والمتعة إضافة الئ اقتطاع نسبة 5 من الفوائد الصافية بعد تمويل لنظام الضمان الاجتماعي نذكر منها عوائد صندوق الاستثمار المساهمات الحقوق المقدمة من طرف العمال موجهة إلى خدمة التامين علي البطالة والتقاعد المبكر الزيادات والقيم المالية المخالفات وبعض العقوبات الأخر... الخ[1].

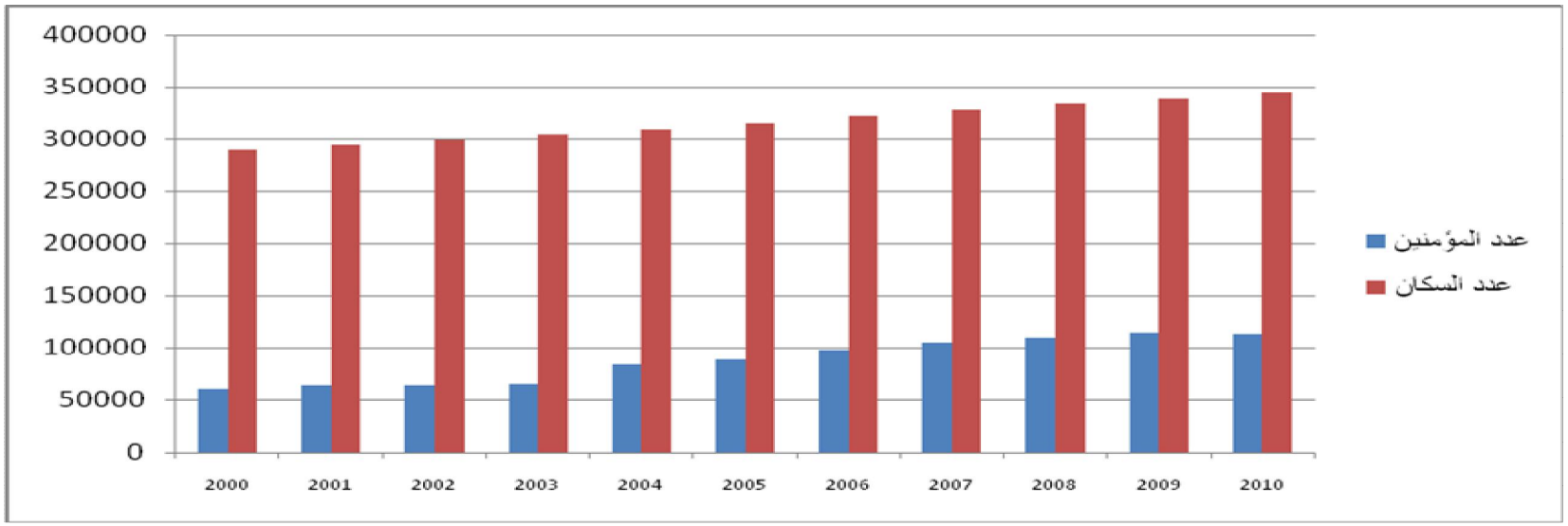
المطلب الثالث: عدد المؤمنين الصندوق ضمان الاجتماعي للعمال الاجراء ولاية سعيدة .

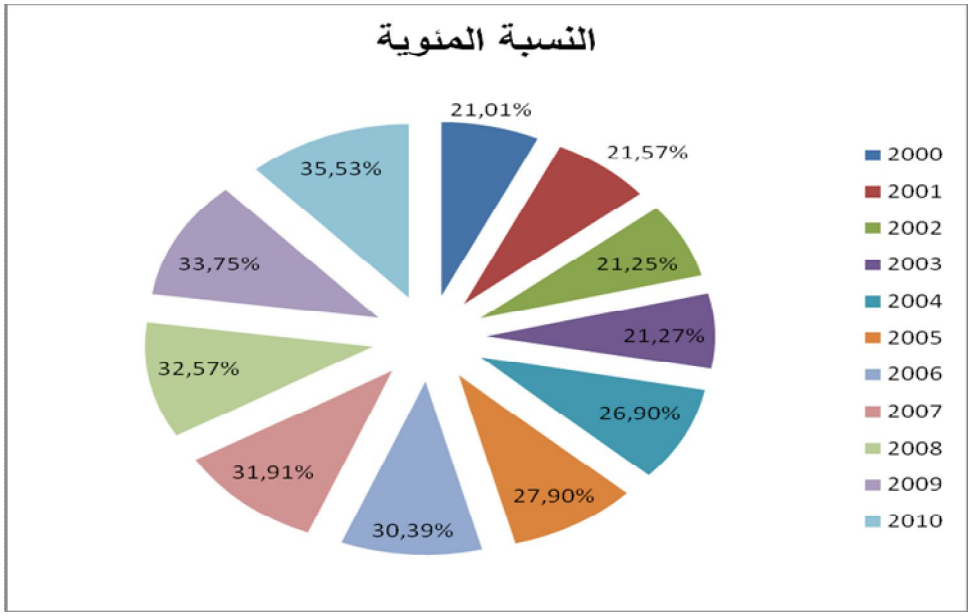
[1]- مكتب تحصيل الاشتراكات .

جدول رقم 08 : يمثل عدد المؤمنين في صندوق الضمان الاجتماعي :

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
عدد المؤمنين	60870	63461	63553	64707	83318	88122	97805	104786	108772	114376	112386
عدد السكان	289610	294151	298999	304167	309670	315524	321745	328351	333899	338854	344550
النسبة المئوية	21,01%	21,57%	21,25%	21,27%	26,90%	27,90%	30,39%	31,91%	32,57%	33,75%	35,53%

شكل 09 : يمثل تطور عدد المؤمنين الصندوق ضمان الاجتماعي للعمال الاجراء سعيدة 2000-2010.





نلاحظ أن في سنة 2000 كانت نسبة 21.01% حيث بلغ عدد المؤمنين 60870 مقارنة بنسبة السكان التي بلغت 289610 بقت هده النسبة على نفس الوتيرة إلى غاية 2006 زادت نسبة زيادة طفيفة حوالي 30.39% وبلغ عدد المؤمنين في هذه السنة 97805 مقارنة بعدد سكان 321745 ولم تعرف نسبة ارتفاعا ملحوظا إلا غاية 2010 حيث بلغت النسبة 35.53% بلغ فيها عدد المؤمنين للوكالة حوالي 112386 مقارنة بعدد سكان الذي بلغ 344550.

يتضح لنا من خلال دراستنا لفترة الممتدة 2000-2010 أن النسبة الإجمالية لتغطية الصحية التي يوفرها الصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء حوالي 27.64% وهي تمثل نسبة قليلة و سبب ذلك أن عدد كبير من العمال و المستخدمين غير مصرح بهم لدى الصندوق وبالتالي حرمانهم من استفادة من أي حماية أو رعاية اجتماعية وكدالك التهرب الكثير من أرباب العمال في مختلفة القطاعات من تصريح بالعمال لدى الصندوق وعدم التصريح بجميع أيام العمل[1] .

[1]-مكتب الإحصائيات لصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الجراء ولاية سعيدة.

المطلب الرابع: عراقيل التي تواجه الصندوق دون بلورت أحسن تغطية الصحية

الإمكانيات المالية المحدودة من اجل صيانة وتحسين المستوى المالي للخدمات لمقدمة ، حيث أن أهم ما تواجه منظومة لحماية الاجتماعية عبر ميزانية لدولة ، هي عدم استعمال العقلاني لموارد الميزانية، وكذا في ضمان الخدمة للسكان المحتاجين فعلا .

نقص التنسيق بين مختلف البرامج (استفادة بعض الفئات أكثر من الأخرى)

الطوابير التي تواجه المواطنون أمام الصناديق.

استعمال محدود لبطاقة الشفاء بجملة من الشروط أهمها الاقتصار على ولاية واحدة ،بسقف 2000 دينار جزائري للوصفة الواحدة وسقف للوصفتين كل ثلاثة أشهر .

قيام العديد من أرباب العمل في مختلف القطاعات بالتصريح بالعمال لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ،وعدم التصريح بجميع أيام العمل للعمال و بالتالي ،ضياع جزء من معاشهم عند التقاعد ، وكدا عدم انتظام في تسديد مستحقات الصندوق مم يخلق له اختلال .

ارتفاع السريع لفاتورة تعويض الأدوية .

ارتفاع المصاريف صندوق التأمينات الاجتماعية بسبب زيادة حوادث العمل و الأمراض المهنية بالرغم من التدابير المتخذة من قبل الحكومة لمواجهة الظاهرة على غرار إعادة بعث المركز الوطني للوقاية من حوادث العمل و نظافة و الأمن في الأماكن العمل ، مما يهدد التوازنات المالية لصندوق التأمينات الاجتماعية [1].

[1]-من إعداد الطالبتين اعتمادا على وثائق مقدمة من صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء.

المبحث الثالث: التوازن المالي لمؤسسة الضمان الاجتماعي لعمال الإجراء وكالة سعيدة

تحاول مؤسسة الضمان الاجتماعي لعمال الأجراء (وكالة سعيدة) الحفاظ على سلامتها االمالية وهذا من خلال التوفيق بين مواردها المالية ونفقاتها التي تؤديها للقيام بمهامها الأساسية ، إلا أن الموازنة بين النفقات وموارد الوكالة تعتبر مشكلة حقيقية نتيجة للارتفاع المستمر لتعويضات ومستحقات المؤمنين اجتماعيا مقابل محدودية مصادر التمويل.

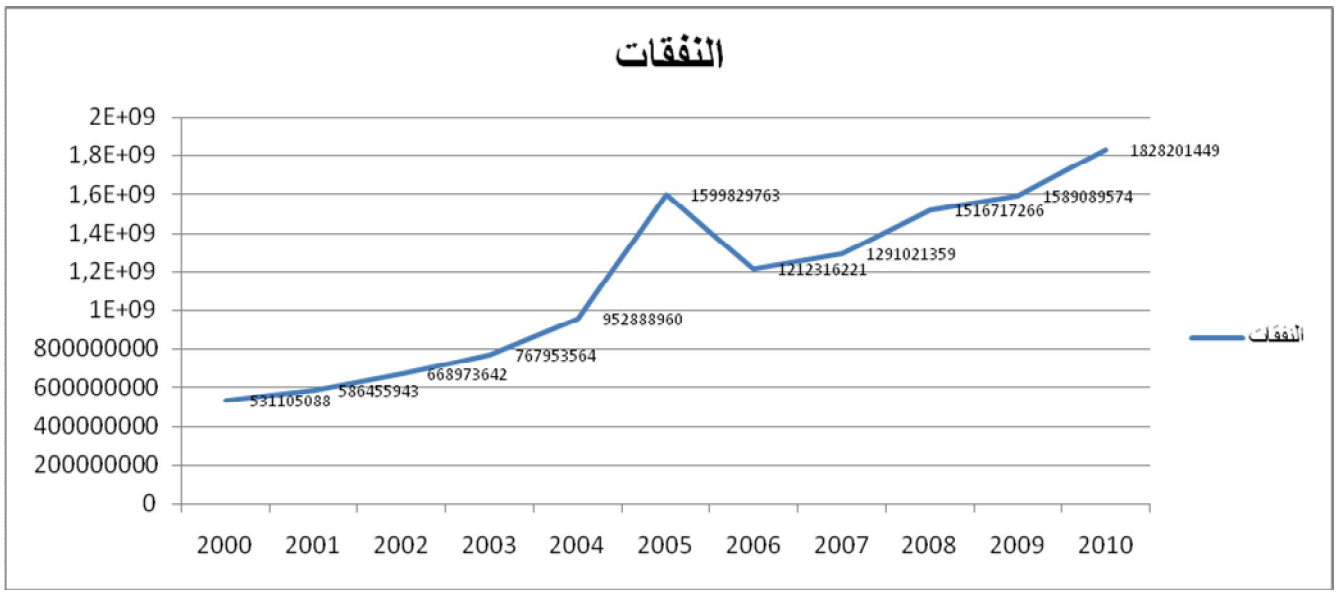
المطلب الأول : تطور نفقات الوكالة

تتكفل الـــ CNAS لوكالة سعيدة بتغطية الأخطار المتعلقة بالمرض، الولادة ، الوفاة ،العجز ، وكذا حوادث العمل المهنية ...الخ .

الجدول رقم 10 : نفقات الضمان الاجتماعي لعمال الإجراء وكالة[1] سعيدة من 200 إلى 2010 :

سنوات	النفقـــــات (دج)	%
2000	35.1.10.50.88	/
2001	586.455.943	%+9.4
2002	668.973.642	%+12.3
2003	767953564	%+12.9
2004	952888960	%+19.4
2005	1599829763	%+40.4
2006	1212316221	%+31.9
2007	1291021359	%+6.09
2008	1516717266	%+14.8
2009	1589089547	%+4.5
2010	1828201.449	%+13.07

[1] من إعداد الطالبتين اعتمادا على وثائق مقدمة من قبل وكالة الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء بسعيدة.



الشكل رقم 11 : يوضح منحنى تطور نفقات وكالة سعيدة خلال الفترة 2000-2010. [1]

إن أول قراءة يمكن تقديمها لهذا المنحنى هو ملاحظة ارتفاع متزايد لنفقات من سنة إلى أخرى حيث شهدت سنة 2005 ارتفاعا في نسبة النفقات مقارنة بالسنوات الأخرى حيث بلغت النسبة 40,4% مقارنة بسنة 2004 التي بلغت 19,4% وهذا راجع إلى ارتفاع السريع الفاتورة تعويض الأدوية وارتفاع حوادث العمل بالإضافة إلى ارتفاع تكاليف الإصلاح والصيانة بنسبة 55.8% حيث بلغت سنة 2004 (999736) إلى (2238304سنة 2005) وكذلك ارتفاع تكاليف الأمومة 6% سنة 2005.

أما سنة 2006 انخفضت نسبة إلى 32.4% وهذا راجع إلى انخفاض تكاليف الفئات المصورة بنسبة 90% حيث سجلت سنة 2005 (320.133.612) إلى (283.481.41) سنة 2006 وكذلك انخفاض تكاليف الإصلاح وصيانة بنسبة 87.3% من (2238304) سنة 2005 إلى (283481) سنة 2006 .

[1] من إعداد الطالبتين اعتمادا على وثائق مقدمة من قبل وكالة الضمان الاجتماعي للعمال الإجراء سعيدة 2000-2010 .

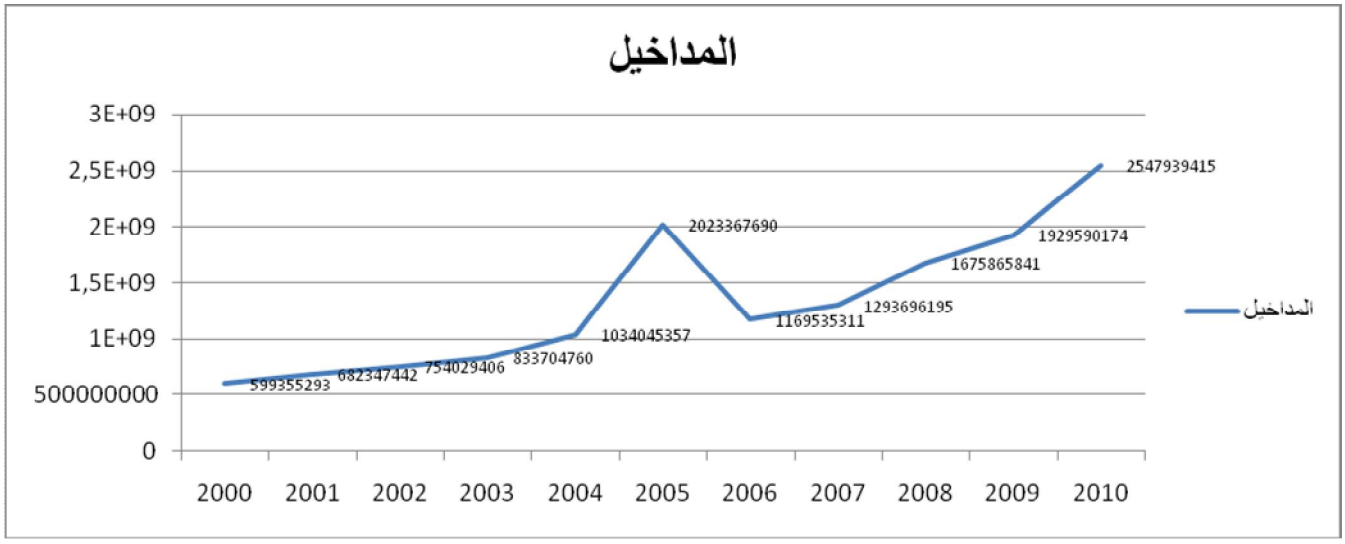
المطلب الثاني : تطور إيرادات صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء سعيدة من 2000 إلى 2010

إن الأساس المستعمل لحساب الاشتراك هو الأجور ، حيث تطبيق نسبة 34.5% وحتى لا يتعرض المكلف لأي غرامات مالية عليه أن يتوجه إلى هيئة الضمان الاجتماعي في إقليم ممارسة لنشاط بالتصريح بنشاط في أجل 10 أيام الموالية لشروعه في الممارسة ، وهو ما يسمح للمكلف من تجنب غرامات تأخير من الضروري تأكيد أن المعلومات المتعلقة بهذا المجال (إيرادات) هي معلومات سرية وغير قابلة لنشر هذا ما جعل دراسة هذه المعطيات محدودا نوعا ما والأرقام تقريبية .

الجدول رقم 12 : مداخيل صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء وكالة سعيدة ونسبة تطوره من 2000 إلى 2010 [1]:

سنوات	مداخيل (دج)	%
2000	599.355.293	/
2001	682347442	%+11.90
2002	754029406	%+9.77
2003	833704760	%+9.55
2004	1034045357	%+19.37
2005	2023367690	% +48
2006	1169535311	% -73
2007	1293696195	%+9.5
2008	1675865841	%+22.8
2009	1929590174	%+13.14
2010	2547939415	%+24.26

[1]-من إعداد الطالبتين اعتمادا على وثائق مقدمة من صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء.



الشكل رقم13: منحنى تطور إيرادات وكالة سعيدة خلال الفترة 2000-2010 .

- نلاحظ من خلال المنحنى ارتفاع متزايد لنفقات من سنة إلى أخرى ، حيث شهدت 2005 ارتفاعا محسوسا حيث بلغت زيادة بنسبة 48% مقارنة بسنة 2004 19,37% .

ويرجع السبب إلى انخفاض معدلات البطالة وذلك لتحسين النسبي في مناخ الاستثمار خاصة بعد (العشرية السنوية) مع ما رافق ذلك من إجراءات تحقيرية لحكم وكذلك زيادة مناصب الشغل الناتجة عن تطبيق برنامج لدعم النمو الاقتصادي PSRE سنة 2001 Programme de soutien a la relance économique. المتضمن إنشاء 626380 منصب شغل دائم و 186850 منصب شغل غير الدائم ، كما تم تدعيم هذا البرنامج ببرنامج مكمل لدعم النمو PCS Programme complémentaire de soutien a la croissance. أما سنة 2006 انخفض النسبة إلى 73% مقارنة بسنة 2005 حيث بلغت 48% مداخيل استثنائية بنسبة 96.7% حيث سجلت سنة 2005

(985432926) إلى (31722129) سنة 2006 وكذلك انخفاض بيع المنتوجات الصيدلانية 77.3% حيث سجلت سنة 2005 (35.847.780) إلى (14.030.317) سنة 2006 .[1]

المطلب الثالث : التوازن المالي لصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء وكالة سعيدة

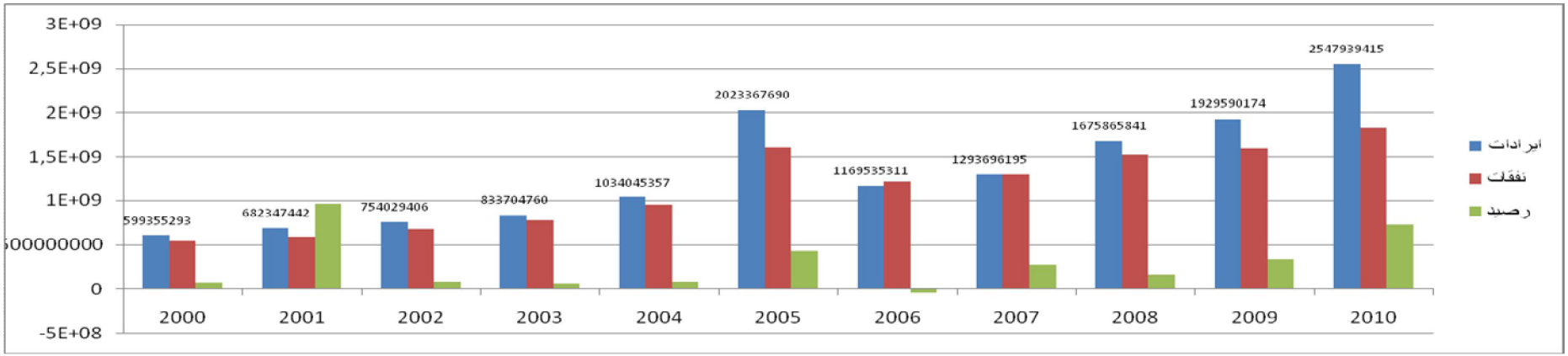
إن الهدف الأساسي من نشاط مؤسسات التأمين هو تحقيق الأرباح واستمرارها وهي بذلك تسعى للحصول على أكبر قدر من الموارد المالية مقابل صرف أقل قدر ممكن من النفقات ، وتعتمد كل مؤسسة معينة ، وتسطير خططا حاضرة ومستقبلية من أجل الوصول إلى إستراتيجية التوظيف المثلى لمواردها المالية ، وعلى غرار باقي مؤسسات التأمين ، تسعى مؤسسات الضمان الاجتماعي للعمال الإجراء وكالة سعيدة من خلال أنشطتها وخدماتها إلى تحقيق زيادة في إيراداتها المالية على حساب نفقاتها ، واستدامة هذا الوضع بما يضمن تقديم أفضل نوع من الخدمات المؤمنين بها ، ويمكن التأكد من مدى تحقيق مؤسسات الضمان الاجتماعي لتوازنها المالي ، من خلال الجدول الموالي يبرز تطور حجم الموارد ونفقات الوكالة خلال الفترة 2000-2010 .

[1] من إعداد الطالبتين اعتادا على وثائق مقدمة من قبل وكالة الضمان الاجتماعي للعمال الإجراء سعيدة .

جدول رقم 14 : حجم موارد ونفقات مؤسسة ضمان الاجتماعي CNAS سعيدة خلال فترة 2000-2010 .

السنوات	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
إيرادات	599.355.293	682.347.442	754.029.406	833704.760	1.034.045.357	2.023.367.690	1.169535.311	1.293.696.195	1.675.865.841	1.929.590.174	2.547.939.415
نفقات	531.105.088	586.455.943	668.973.642	767.953.564	952.888.960	1.599.829.763	1.212.316.221	1.291.021.359	1.516.717.266	1.589.089.547	1.828.201.449
رصيد	68250205	958914499	88055764	65751196	81156397	423537927	42780909	2674835.56	159148575	340500627	719737966

شكل رقم 15 : يوضح تطور الموارد لمؤسسة الضمان الاجتماعي CNAS خلال فترة 2000-2010 :



- نلاحظ أن الرصيد الصافي لوكالة سعيدة في تذبذب مستمر من 2000 إلى 2005 ، على اعتبار :

- زيادة استمارات التي تقتضي وجود فئات معينة من رجال الأعمال يفرض عليهم توظيف عدد من العمال وتأمينهم على مستوى الصندوق .

- زيادة معدلات التشغيل المؤسسات العمومية ، كل من انعكس إيجابيا على مداخيل الصندوق لسنوات.

* أما في سنة 2006 عرفت المؤسسة بعض الصعوبات التمويلية ، على اعتبارات ميزانيتها سجلت عجزا ، حيث شهدت نفقات ارتفاعا مقارنة بمواردها (عجز في الميزانية) ، ويرجع السبب هذا بصفة مباشرة إلى :

- تعويض أدوية ذات أسعار مرتفعة في الخارج .

- ظهور صبغ جديدة في التأمين كتأمين بطالين مقابل مبلغ زهيد 2000دج في 03 أشهر مع زيادة تكاليف علاج هؤلاء الفئة الواسعة في المجتمع .

- ارتفاع عدد ذوي الحقوق للمؤمنين لهم مقابل الشراكات محدودة جدا من المؤمنين .

- فتح بعض الفروع الجديدة على مستوى الصندوق مع الحاجة إلى وجود تجهيزات تقنية وزيادة عدد وظائف مما يكلف صندوق زيادة في الأعباء المالية .

- خروج عدد كبير أو إحالة عدد كبير من موظفين من قطاع العام إلى التقاعد ، مثال خروج= عدد كبير من أساتذة قطاع التربية .

- أما من 2007 إلى 2010 شهد الرصيد تزايدا.

* رغم مصادر التمويل الجديدة والمدرجة في قانون المالية لسنة 2010 ، والتي تتمثل في فرض رسوم على الأرباح إضافية لمستوردي الأدوية قدرت بـــ 5% ورسما آخر حدد 2% دينار عن عملية السجائر يضاف إليه رسم السفن الشرعية . إلا أن التوازن المالي لصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الإجراء يرتبط بشكل مباشر بقيمة الاقتطاعات أو الاشتراكات المالية للمؤمنين حيث المؤشر الديمقراطي هو الذي

يتحكم في التوازن المالي للصناديق باعتبار أن عدد المنخرطين يساهم في التمويل وكل ما يكون المؤشر مرتفعا يتم المحافظة على التوازنات المالية لذلك شرع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في عدة إصلاحات أهمها ترشيد نفقات الأدوية التي تحتل المرتبة الأولى بحصة تفوق 50% من النفقات الإجمالية لتأمين على المرض والتي عرفت نسبة تطور سنوي حقوق 30% ومن هذا المنطلق تم وضع سياسة وطنية لتعويض التي تضم حاليا 1346 تسمية دولية مشتركة ما يوافق 43000 علامة تجارية .

المطلب الرابع : تقيم الصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء وكالة سعيدة.

يعرف صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء مجموعة من الاختلالات و المشاكل خاصة منها المالية والتنظيمية فرغم زيادة عدد المؤمنين من سنة إلى أخرى وتكفل صندوق بهم في مجال التأمين الاجتماعي و التقاعد وتغطية المنح الموجهة للعمال العاجزين إلا أن عدد كبير يحرم من التصريح لدى الصندوق الوطني لضمان الاجتماعي وبالتالي حرمانهم من الاستفادة من أية حماية أو رعاية اجتماعية علاوة على أن المنخرطين لايستفدون على النحو الكامل من هدا النظام كدالك تهرب العديد من أرباب العمل في مختلف القطاعات من التصريح بالعمال لدى الصندوق وعدم التصريح بجميع أيام العمل للعمال وبالتالي ضياع جزء من معاشهم عند التقاعد وكذا عدم الانتظام في تسديد مستحقات الصندوق مما يجعلها يعاني من مشاكل التمويل

ونلاحظ من خلال الدراسة أن صندوق الوطني للعمال الأجراء يواجه مشكلين يهددان توازنه المالي في العمق ويتعلق الأمر ب:

-ارتفاع السريع لتعويض الأدوية حيث قدرت سنة 2009 ب 83112863 لتصل إلى 1077608553 سنة 2010.

-ارتفاع مصاريف حوادث العمل والأمراض المهنية التي وصلت فاتورتها 85480580 دج سنة 2010.

خلاصة الفصل :

رغم كل الجهودات التي قامت بها الجزائر من أجل عصرنة منظومة الحماية الاجتماعية إلا أن الاشتراكات العمال والمستخدمين لن تغطي مستقبلا نفقاته المتزايدة خاصة في ظل ل ارتفاع الأدوية وتفاقم ظاهرة العمل الغير الرسمي و الغير المصرح به لصندوق الضمان الاجتماعي وهذا ما يدعو إلى التفكير ببدائل أخرى لتمويل الصندوق الضمان الاجتماعي للمحافظة على ديمومتها المالية .

خاتمـــــــــــــــة

تعتبر سياسة التأمين الصحي من أهم السياسات الاجتماعية التي تنتهجها الحكومات لتحقيق رضي الأفراد من أداء هذه الحكومات، تقدم خدمة الطبية مقابل الاشتراكات الدورية للمؤمن عليهم وتوفر الرعاية الطبية عند الحاجة إليها بصورة فورية تمول من أطراف المعنية ولا تهدف إلى الربح، إذ تعتبر هذا الأخير أهم الركائز التي يرتكز عليها نظام الضمان الاجتماعي في مواجهة الأخطار الفردية والجماعية لأنه كلما تطورت المجتمعات وازداد عدد الأفراد كلما زادت الحاجة إلى الاحتماء و التامين ضد الخطر.

وبما أن موضوع بحثنا التأمين الصحي في الجزائر فقد تطرقنا إلى تطور هذا النظام منذ الاستعمار الفرنسي إلى غاية الاستقلال حيث، شهد هذا نظام تغيرات كبيرة في إطار الجزائر المستقلة وقامت بتطبيق إصلاحات إلى غاية 1983 التي عرفت تنمية كبيرة لنظام وتعميمه لجميع الشعب و أيضا تنظيمه ومحاولة تكيفيه وجعله قابل لتطبيق.

وجاء إصلاح 1985 المتمثل في مرسوم 223/85 بتاريخ 20 أوت 1985 المتعلق بالتنظيم الإداري والذي حدد وجود ثلاث، صناديق هي الصندوق الوطني لتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء cans، الصندوق الوطني للتقاعدCNR الصندوق الوطني لتأمينات الاجتماعية للعمال الغير الأجراء CASNOS

إصلاح 1992 المتضمن الوضع القانوني لصناديق الضمان الاجتماعي والتنظيم الإداري والمالي لها، كما انه تم إنشاء صندوق الوطني لتامين على البطالة CNAC سنة 1994 و الصندوق الوطني للعطل المدفوعة الأجر و البطالة الناجمة عن سوء الأحوال في قطاعات البناء الري والأشغال العمومية

وكذلك الإصلاحات التي باشرت بها الجزائر لتحسين هذا القطاع دارت أهم محاورها

تحسين نوعية الأداء لاسيما تطوير نظام الدفع من قبل الغير التعاقد مع القطاع الصحي (المستشفيات الصيادلة الطبيب المعالج) .

العصرنة وتحديث البنية الهيكلية وتعميم الإعلام الآلي وإدراج بطاقة الالكترونية للمؤمن له اجتماعيا "الشفاء".

كما سلطنا الضوء على مدى مساهمة الصندوق الضمان الاجتماعي في تحقيق التغطية الصحية الجيدة للمواطنين وقد أسقطنا هذه الدراسة على صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء، حيث تعرف مؤسسات التأمين الاجتماعي الجزائري العديد من الصعوبات والمشاكل على مستوى توفير الموارد المالية الكافية للقيام بخدماتها التأمينية بكفاءة تامة وعلى استعراض أهم الموارد التمويلية المتاحة لها ودراسة مدى قدرتها على الحفاظ على سلامتها المالية فقد خرجنا بنتائج التالية :

يعتبر التامين الصحي أهم مكونات التأمين الاجتماعي الذي يهدف إلى التخفيف من وطأة الأضرار والمخاطر التي تصيب الفرد العامل أو الغير العامل كالمرض الشيخوخة والبطالة وغيرها من المخاطر السلبية .

لقد عرف الضمان الاجتماعي العديد من التطورات وهذا ماوصله إلى هيكلته المؤسسية الحالية، حيث يتكون حاليا من خمس مؤسسات لها طابع التخصص حيث تختص كل مؤسسة بتأمين معين من الأخطار التي يمكن أن يتعرض لها المؤمنين.

رغم كل المجهودات التي قامت بها الجزائر من اجل عصرنة المنظومة الحماية الاجتماعية إلا أن الوضعية الحالية للصندوق الضمان الاجتماعي إلى تفكير في بدائل الأخرى كمصدر لتمويل الصناديق الضمان الاجتماعي للحفاظ على ديمومتها لان اشتراكات العمال والمستخدمين لن تغطي مستقبلا نفقاته المتزايدة خاصة في ظل ارتفاع الأدوية وتزايد حوادث العمل .

على ضوء النتائج التي خرجنا بها فيما يخص هذا الموضوع فانه يمكن القول أن الفرضية الموضوعة بهذه الدراسة هي فرضية صحيحة على اعتبار أن عدد المنافذ التمويلية لنظام التأمينات الاجتماعي الجزائري محدودة جدا وهو مايجعله يعتمد أساسا على الاقتطاعات و اشتراكات المؤمنين.

التوصيات والمقترحات

يعتبر النظام الضمان الاجتماعي عنصرا مهما في المنظومة الاقتصادية والاجتماعية لأي دولة على اعتبار انه يمس الصحة الإنسان وحياته اليومية، ولذالك لابد على الحكومات الجزائرية إعطاء المزيد من الأهمية لهذا القطاع وإصدار التشريعات اللازمة التي تساهم في تطويره وتمكينه من تلبية احتياجات أفراد المجتمع بكل كفاءة.

تعاني مؤسسات التأمين الاجتماعي بشكل كبير محدودية مصادر التمويل وتعتمد بالأساس على اقتطاعات و اشتراكات المؤمنين، ولذلك يجب على الحكومة السعي إلى وضع آليات كفيلة بتوفير موارد تمويلية كافية لنظام التامين من خلال زيادة تدخل ميزانية الحكومة في القطاع.

القيام ببرامج توعية للمستفدين من مزايا الضمان الاجتماعي وذلك لتحسيسهم بأهمية هذا في حياتهم الاجتماعية وتحفيزهم للقيام بتسريح وأجورهم وكذلك انتساب إلى الضمان الاجتماعي.

تأهيل العمال صناديق الضمان الاجتماعي عن طريق تنظيم دورات تكوينية واطلاعهم على أهم التعديلات في القوانين وكذلك التقنيات الجديدة المستخدمة في مجال الضمان الاجتماعي وتكثيف الرقابة من اجل محاربة البيروقراطية.

فتح اكبر قدر ممكن من شبابيك المتخصصة خاصة في مناطق النائية لتخفيف من عبء التنقل نسبة المنخرطي هيئات الضمان الاجتماعي مع مراعاة مصاريف التسيير التي يجب ترشيدها.

ضرورة عقد ندوات ولقاءات بين مصالح الصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء وبعض الهيئات التي تتعامل مع الصندوق بصفة دائمة كقطاع العدالة مصالح الضرائب وسجل التجاري ونقابات الجهوية للمحامين والأطباء والصيادلة ...الخ بهدف التنسيق.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادرو المراجع:

1-المصادر:

ا-القران الكريم:

1-سورة قريش أية 4.

ب-الوثائق القانونية :

2-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،مرسوم تنفيذي رقم 64-364، مؤرخ في 31 ديسمبر1964.

3-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 70-116، مؤرخ في 1 أوت 1970.

4-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية،مرسوم تنفيذي رقم 74- 08، المؤرخ في30 يناير1974.

5-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 83-11، المؤرخ 11 جويلية 1983.

6-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 84-27، المؤرخ 11 فيفري 1984.

7-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية،مرسوم تنفيذي رقم 85-35،المؤرخ في09 فيفري1985.

8- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية مرسوم تنفيذي رقم 92-07، المؤرخ في04 يناير 1992.

9-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية مرسوم تنفيذي رقم93_119، المؤرخ في 15ماي 1993.

10-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،مرسوم تنفيذي رقم 49-118، المؤرخ في6 جويلية 1994

11-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية مرسوم تنفيذي رقم 27-15 المؤرخ في04 فيفري1997.

12-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 04_، 101 المؤرخ 01 فيفري2004.

13-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 08-01، المؤرخ 25فيفري.2008.

14-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية،مرسوم تنفيذي رقم 09_116، المؤرخ 07 أفريل 2009.

15-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية،مرسوم تنفيذي رقم10-116 المؤرخ في 18فيفري 2010.

2-المراجع

ا- الكتب باللغة العربية:

16-أبو سعود، رمضان. **أصول التأمين** ، ط2 ، الإسكندرية : دار المطبوعات الجامعية ،2000 .

17-أبو السعود، أحمد .**عقد التأمين بين النظرية و التطبيق**، الإسكندرية: دار الجامعي،2009.

18-أبو عمرو، مصطفى أحمد. **الأسس العامة للضمان الاجتماعي**، ط1، بيروت: منشورات الحلبي الحقوقية، 2010.

19-آل محمود محمد ،أبو أحمد عبد اللطيف. **التأمين الاجتماعي في ضوء الشريعة الإسلامية**، ط1، بيروت: دار النشر النقاش للطباعة والنشر والتوزيع، 1994.

20- الناشر جمال وآخرون . **نظام تامين الصحي في اليمن، الخيارات والتوصيات**، ج02، صنعاء، أكتوبر 2005.

21-النجار أحمد السيد، و آخرون. **دولة الرفاهية الاجتماعية**، ط1، بيروت: منتدى سور الازيكية،.2011

22-بن ثنيان ، إبراهيم سليمان. **التأمين وأحكامه** ، ط1 ، بيروت : دار العلوم المتقدمة، 1993.

23-حمدان عبد اللطيف، القاضي حسن. **الضمان الاجتماعي وتطبيقاته دراسة تحليلية شاملة** ، ط1 ، بيروت: منشورات الحلبي الحقوقية ، 2007.

24- سماتي، الطيب. **التأمينات الاجتماعية في مجال الضمان الاجتماعي**، الجزء الأول، الجزائر، دار الهدى،2004 .

25-خليفي، عبد الرحمان. **الوجيز في منازعات العمل والضمان الاجتماعي**، عنابة : دار العلوم للنشر والتوزيع، 2008.

26-إبراهيم علي، إبراهيم عبد ربه. **مبادئ التأمين التجاري والاجتماعي من الناحية النظرية والتطبيقية**، بيروت: جامعة الإسكندرية 2011-2012.

27-علواني، عديلة. **تفعيل النمط التعاقدي في نظام الصحة الجزائري**، جزء 3، الجزائر**:** دار هومة 2014.

28-عجة، جيلا لي. **الوجيز في قانون العمل والحماية الاجتماعي** ، النظرية العامة للقانون الاجتماعي في الجزائر ، الجزائر **:** دار الخلدونية للنشر والتوزيع.

29-قاسم محمد، حسن. **قانون تأمين الاجتماعي**، ط 1، الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة للنشر، 2007

30-نبيل، مختار. **موسوعة التأمين**، الإسكندرية:دار المطبوعات الجامعية، 2005.

31-معراج جديدي ، **مدخل لدراسة قانون التأمين الجزائري** ، ط4 الجزائر : ديوان المطبوعات الجامعية ، بن عكنون 2004.

32-مانسي مختار محمود قاسم ، و إبراهيم عبد النبي حمود، ة **مبادئ الخطر و التامين**، الإسكندرية ، الدار الجامعية ،2001

ب-الكتب باللغة الإنجليزية :

33-Asser indirect; **the welfare state** , Backboned achievents Probers for new ; edition of bugrake p02 2009.

34- American heritage dictionary of the English language filth edition ،p01، 2011.

35- Mathew s day and Christopher J F Tim ، **An cquibibum Model of Health insurance Provision and wage** ،Determination .

36-Robert Kelleher Elizabeth ، **forrestaal international model of Systems** ، journal of hôpital administration ،2012.

37 -Jessica c Smith and Carla modalisa، "**health insurance coverage in states**" department of commerce، Septembre، 2014.

38-Maria cridue Marazzo Keynes the Welfar ztat univesta disoma la sapienza p05.

ت-كتب باللغة الفرنسية :

39- Support de cours (Version PDF) la sécurité sociale université virtue lle Francophone ; 2011.

40- Rouan Faouzi et Ait Ali Meriem , **Système Algérien de Sécurité Sociale (Evolution et perspective)** , 1er Janvier 2013.

ث-الصحف والمجلات :

41- السلام، مؤمن . الليبرالية من الدولة الحارسة إلى دولة الرفاه ، **مجلة المصرية** ،13 جانفي 2015.

42-السقلدي، يحي عبد الله . "التأمين الصحي في فرنسا" ، **يومية سياسة شاملة** ،عدد 14373، 19 فبراير 2014 .

43-بوعمامة العربي ،ورقاد حليمة .الاتصال العمومي والإدارة الإلكترونية ، رهانات ترشيد الخدمة العمومية **مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية** ، عدد09 ،ديسمبر 2014 ، ص 45.

44-جبر الألفي، محمد. التأمين الصحي: دراسة شرعية وتطبيقية، **مجلة الحكمة**، عدد 32، 1467هـ، ص 64.

45- ملوكة، سليمان. الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لعمال الأجراء ، **شبكة معلوماتية ناجحة** ، عدد 04، أكتوبر 2014، ص .10

46-عابد سميرة ، وزهيه عباز. ظاهرة البطالة ف الجزائر بين الواقع والطموحات ،**المجلة أبحاث** ، باتنة، عدد 11، 2002 .

47-آل سيف، عبد اله مبارك. "التأمين الصحي في فرنسا" ، **الالوكة الثقافية**،2 جويلية 2013.

48-قرومي حسيبة، وضحاك نجية.الضمان الاجتماعي في الجزائر،دراسة حالة casons **مجلة العلوم الاقتصادية**، العدد14 ،2015 ، ص 80 .

د-تقارير :

52-أبو موسى، أبو فهيم. **التأمينات الاجتماعية** ، سلسلة تقارير رقم 28 الهيئة الفلسطينية لحقوق المواطن، رام الله 2001.

53-حسين نصر، خديجة **نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية**، سلسلة تقارير رقم 6868 المرأة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن ، رام الله ، 2007.

ج-مذكرات وأطروحات :

54-آيت عيسى، عسى. "سياسة التشغيل في ظل التحولات الاقتصادية بالجزائر ،انعكاسات وآفاق اقتصادية واجتماعية " ، مذكرة شهادة دكتوراه ، علوم اقتصادية وعلوم تسيير ، الجزائر ، 2010.

56-بن سعده، كريمة. "تسيير صناديق الضمان الاجتماعي في الجزائر ، دراسة حالة CNAS وكالة تلمسان "، مذكرة ماجستير ، تسيير المالية العامة ، جامعة أبو بكر بلقا يد ، تلمسان، 2011/2010.

57-بن دهمة، هوارية. "الحماية الاجتماعية في الجزائر: دراسة تحليل صندوق ضمان الاجتماعي" ، (دراسة حالة صندوق الاجتماعي لوكالة تلمسان) مذكرة ماجستير، علوم الاقتصادية ابو بكر بلقا يد ، تلمسان ، 2015-2016 .

58-بوهلال، صليحة . "وكالات تشغيل الشباب (النتائج والعوائق) دراسة حالة الوكالة الولائية للتشغيل"، مذكرة ماستر ، قسم العلوم السياسية ، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة ، 2012 -2013.

59-زرارة، صالحي واسعة . المخاطرة المضمونة في قانون التأمينات الاجتماعية (دراسة مقارنة بين القانون الجزائري والقانون المصري) ، رسالة دكتوراه ، كلية الحقوق، المنتوري، قسنطينة ، 2007/2006.

60-باديس، كشيدة . المخاطر "المضمونة وآليات فض المنازعات في مجال الضمان الاجتماعي"، مذكرة ماجستير ، العلوم القانونية ، الحاج لخضر، باتنة ، 2009 – 2010.

ح-ندوات وملتقيات ومؤتمرات :

61-أحمية، سليمان. **في مجال الشغل ومكافحة البطالة في الجزائر** ، ورقة مقدمة من الملتقى الوطني حول السياسة العامة ودورها في بناء الدول النامية وتنمية المجتمع ، سعيدة في 26 – 27 أفريل 2009.

62-بن زيدان فاطيمة الزهراء، وقطاب فالحة. **واقع تسويق الخدمات الصحي بالجزائر** ، ورقة مقدمة في ملتقى دولي ، صناعة تأمينية الواقع العملي وآفاق التطوير تجارب الدول من قبل : فرع علوم تجارية وعلوم التسيير جامعة حسيبة بن بوعلي ، الشلف 03-04 ديسمبر .2012

63-زيدان محمد و يعقوبي محمد. **فعالية الموارد التمويل المتاحة لمؤسسات التأمين الاجتماعي الجزائري في تحقيق السلامة المالية لنظام الضمان الاجتماعي** ، ورقة مقدمة في ملتقى الدولي : الصناعة التأمينية الواقع العملي آفاق تطوير: تجارب الدول، المنظم من قبل فرع العلوم الاقتصادية ، جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف ، 3-4 ديسمبر 2012 .

64-زيرمي، نعيمة. الحماية الاجتماعية بين مفهوم المخاطر و التطور في الجزائر ورقة مقدمة في ملتقى الدولي الصناعة التأمينية والأفاق التطور تجارب الدول من قبل فرع العلوم الاقتصادية، جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف ،03_04 ديسمبر 2012 .

65-سماتي، طيب. **الإطار القانوني للتأمينات الاجتماعي في التشريع ومشاكله العملية** ، ندوة حول مؤسسات التأمين التكافلي والتأمين التقليدي بين الأسس النظرية والتجربة التطبيقية ، الجزائر 26 أفريل 2011.

66-محمد بن احمد صالح صالح، **التأمينات الاجتماعية بين المفهوم و المخاطر و التطور والآثار**، ورقة مقدمة في: مؤتمر التأمينات الاجتماعية بين الواقع و المأمول، جامعة الأزهر، 13-15 أكتوبر، 2002.

67-تهنان، مراد. مشروع، **ضبط وتقديم تكاليف الحماية الاجتماعية في المؤسسة الحماية الاجتماعية المختلفة وآليات توظيف مواردها بفعالية في الجزائر**، مشروع: كلية العلوم الاقتصادية وعلوم تسيير، العلوم التجارية، المدية.

خ-الإنترنت:

68-ممدوح حمزة احمد ، **إدارة الخطر التامين**، دار النشر للتوزيع الالكتروني، ص64.

69-لصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء ، موقع الإنترنت WWW.cnas.DZ/INDET.PHP?SYSCHIFA . 2016/03/16

70-الموقع الإلكتروني لوزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي ، WWW.cnas.ORG.DZ 18./04/2016

71-الصندوق الوطني للتقاعد، موقع الانترنت :

http ://WWW.CNR.DZ .24/04/ 2016

72-إصلاح النظام الصحي قلص بشكل غير مسبوق عدد المحرومين من التامين الصحي ، 2015/03/17 www.France24.com/m/.

73-تقرير واشنطن ، 45 مليون أمريكي بدون تأمين صحي ، **إيلاف**، عدد5460 ، 21 نوفمبر 2005 ، elaph.com، 2016/03/05 .

74- Caisse Nationale des retraites ، http//www.com.dz ، 15-04-2016.15:00.

75- http//objectif.com/wp.comtent/uploads/cnas.pdf,20-03-2016،20 :13.00.