وزارة التعليـم العـالي والبـحث العـلمي
المركز الجـامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميلـة
معهد العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم : العلوم الإقتصادية والتجارية
الميدان : العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية
الشعبة: علوم إقتصادية
التخصص : إقتصاد نقدي وبنكي

المرجع : ...../2016

مذكرة بعنـوان:

آليات التأمين الصحي في شركات التأمين

دراسة حالة: بطاقة الشفاء في مديرية الضمان الإجتماعي وكالة ميلة

مذكـرة مكملة لنيل شهادة الليسانس في العلوم الإقتصادية (ل.م.د)تخصص "إقتصاد نقدي وبنكي"

إعداد الطلبة:
- بشرى أمقران
- فاطمة الزهراء قاسة
- سارة زدام

إشراف الأستاذة:
- ميلود برني

السنة الجامعية: 2016/2015

دعاء

قال الله جلّ جلاله

﴿وَقُلْ رَبِّي زِدْنِي عِلْماً﴾ سورة طه
الآية 114

يا رَبْ لا تدعني أُصَاب بِالغرور إذا نَجَحْت
وَلا باليأس إذا فَشلت

يا رَبْ ذكّرني دائِـماً أن الفَشَل هَو
التجَارب التي تَسْـبِق النّجَاح

يا رب إذا نسيتك لا تنساني

شكر وعرفان

الحمد لله على وافر نعمة وآلاءه الحمد لله الذي وفقنا على إخراج هذا البحث في أحسن صور..

نشكر كل الأساتذة الذين مدوا لنا يد العون وأفادونا بفائض عملهم كما نشكر كل من علمنا حرفا وسهر من أجل تبليغ العلم إلى كل الأساتذة الذين درسونا من أول وهلة في معركة العلم والمعرفة.

وبالأخص الأستاذ المشرف "برني ميلود"

كما لا ننسى عمال "صندوق الضمان الإجتماعي" بالأخص "حميدة، نسيم، مروة، وحنان"

بشرى، فاطمة، سارة

إهداء

قال تعالى: وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا

لك الحمد ربي على عطائك وكرمك

إلى بلسم روحي أمي العزيزة "ليلى" التي لا تقدر بثمن أسأل العلي القدير أن يطيل لي في عمرها

إلى أحن إنسان في الوجود أبي "جمال" الذي لا يكرّره الزمن والذي لن أوفي له حقه مهما فعلت، عمل بكد وتعب من أجل وصولي لهذا المقام فيا رب احفظه لي ونجّه من كل شر

إلى من جمعني به القدر، إلى توأم روحي ورفيق الدرب، إلى رمز العطاء والحب والوفاء والثقة، إلى زوجي العزيز الغالي "عماد" حفظه الله لي من كل شر وأدامه تاجا يزينني فوق رأسي.

إلى إخوتي الذين ساندوني ولو بالكلمة الطيبة إيناس وأماني، وإخوتي أنور، يوسف، علي.

إلى صديقات العمر ومصدر الحب والحنان أتمنّى لهن السعادة والهناء بشرى، سارة، ندى، إكرام، بثينة.

إلى كل عائلتي

فاطمة

إهداء

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك، ولا يطيب النهار إلا بطاعتك، ولا تطيب الجنة إلا برؤيتك

أهدي ثمرة جهودي وعملي طيلة سنوات الجهد:

إلى من أحمل اسمه بكل افتخار، إلى من كلّله الله بالهيبة والوقار، إلى من علمني بدون انتظار، وربانى وبالحلال سقاني، ويوم نجاحي فرح لي وهنأني: إلى أبي الغالي عبد الوهاب.

إلى من على بساط الأوجاع ولدتني، ومن حليبها أرضعتني، وبأيدي الآلام ربتني، وبعيون الأتعاب رعتني، وبصدر المشقة حوتني، وبدعواتها أحاطتني، إلى علة كياني ونبض فؤادي، إلى الشمعة التي أنارت كل دروبي، إلى نفس هي أنفس من نفسي: إلى أمي الحبيبة فضيلة.

إلى من أحسست بالحماية برفقتهم أخواتي: أختي الغالية أحلام وزوجها عادل، وأبنائهما الاعزاء نزار وفادي ومثالي وسندي أختي أمال وزوجها الغالي محمد طين وابنتهما الغالية "إلينا" واختي "أميرة" عوني وقوتي وافتخاري

وإلى أجمل واحب الناس إلى قلبي صديقتي "فاطمة" حفظها الله وأسعدها في حياتها

وإلى بوجدع شهيرة الغالية ، "رانية" الجميلة والرائعة، "فاطمة الزهراء" الحنونة، و"إكرام"، و"سارة"

بشرى

إهداء

إلى من قرن الله رضاه برضاها...

إلى النبع الفائض...

إلى من رسمت مستقبلي بعطر حنانها...

إلى رمز الحب والتضحية والحنان ومستودع الأمان إلى زهرة الأقحوان وواحدة الرؤيا عبر الزمان...

إلى من أريد أن أغسل بدمع الشكر قدماها وأقدس بكثرة الامتنان يداها

أمي "فضيلة"

إلى الذي كان يأمل أن يراني في أسمى المراتب

أبي الغالي "محمود"

إلى من أعطاني الثقة في شخصيتي ومنحني الإصرار والطموح في مسيرتي خطيبي الغالي "عباس" وكل عائلته الكريمة

إلى كل من كانو لي منبع الدفئ ومصدر بسمتي ومهجتي أخي العزيز "جابر" وابناء عمي "فريد"، "وليد"، "حمزة" و"بلال.

وأخواتي: سمية وسهام.

إلى بسمات وإيقاعات قلبي صديقاتي بشرى، فاطمة الزهراء.

إلى كل من يحبه قلبي وينسيه قلمي

أهدي ثمرة جهدي

سارة

فهرس المحتويات

المحتوى	الصفحة
بسملة	I
دعاء	II
شكر وعرفان	III
إهداء	IV
فهرس المحتويات	V
قائمة الجداول والأشكال	IX
ملخص	VII
مقدمة	أ – ج
الفصل الأول: ماهية التأمين الإجتماعي والصحي	**2-20**
تمهيد	2
المبحث الأول: التأمين الاجتماعي	3
المطلب الأول: مفهوم نظام التأمين الاجتماعي	3
المطلب الثاني: أهمية وأهداف نظام التأمينات الإجتماعية	3
المطلب الثالث: نطاق تطبيق نظام التأمينات الاجتماعية	6
المبحث الثاني: التأمين الصحي	15
المطلب الأول: مفهوم نظام التأمين الصحي	15
المطلب الثاني: أهداف التأمين الصحي	17
المطلب الثالث: آليات تمويل نظام التأمين الصحي	18
خلاصة الفصل	20
الفصل الثاني: التأمين الصحي والإجتماعي	**22-44**
تمهيد:	22
المبحث الأول: التأمين الإجتماعي في الجزائر	23
المطلب الأول: تطور نظام التأمين الإجتماعي في الجزائر	23
المطلب الثاني: أهداف نظام التأمين الاجتماعي في الجزائر	26
المطلب الثالث: نطاق تغطيته الاجتماعية	27

المطلب الرابع: الأشخاص المستفيدون من الضمان الاجتماعي	28
المطلب الخامس: مصادر تمويل قطاع الضمان الاجتماعي في الجزائر	31
المبحث الثاني: التأمين الصحي	37
المطلب الأول: التأمين الصحي في نظام التأمينات الاجتماعية	37
المطلب الثاني: الحالات الصحية المعنية في نظام التأمينات الاجتماعية	41
المطلب الثالث: تمويل التأمين الصحي في الجزائر	42
خلاصة الفصل	44
الفصل الثالث: التأمين الصحي في وكالة ميلة	64-46
تمهيد	46
المبحث الأول: التعريف بالوكالة	47
المطلب الاول: نشأة الوكالة	47
المطلب الثاني: مقر الوكالة وفروعها وتنظيماتها	48
المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي	49
المبحث الثاني: التأمين الصحي بالوكالة	51
المطلب الاول: نظام الشفاء	51
المطلب الثاني: مصلحة الشفاء	53
المطلب الثالث: بطاقة الشفاء	54
خلاصة الفصل	64
خاتمة	67-66
قائمة المراجع	71-69

قائمة الجداول والأشكال

قائمة الجداول:

الرقم	الجدول	الصفحة
01	معدل اقتطاع التأمين للعمال الأجراء	31
02	تطور نسبة الاشتراكات في صندوق الضمان الاجتماعي	33
03	توزيع تكاليف الضمان الإجتماعي	33
04	تطور مصادر تمويل الصحة في الجزائر 1974-2009	34
05	نفقات الأدوية للضمان الاجتماعي في الجزائر 2000-2007	36
06	الأرقام التسلسلية لترقيم الملفات حسب البلديات في ولاية ميلة	57

قائمة الأشكال:

الرقم	الشكل	الصفحة
01	تمويل القطاع الصحي في الجزائر	35
02	الهيكل التنظيمي لصندوق الضمان الاجتماعي	49

ملخص البحث:

إن التأمين الاجتماعي والصحي في مختلف الأنظمة المقارنة يشكل منظومة قانونية وهيكلية قائمة بحد ذاتها، تحكمها قوانين وأنظمة وآليات خاصة بها، أفرز هذا التوجه نحو استقلالية النظام الاجتماعي منظومة متميزة في مجال التأمينات.

يهدف هذا البحث إلى دراسة آليات التأمين الصحي في مجال الضمان الاجتماعي، (ذلك أن مما لا مجال للشك) أن العلاقة القائمة بين المؤمن الذي له الحقوق من جهة وهيئات الضمان الاجتماعي من جهة ثانية حول الحقوق والالتزامات المترتبة عن تطبيق قوانين التأمينات الاجتماعية والقوانين الأخرى الملحقة بها، أو المكملة لها، قد تثور بشأنها خلافات ومنازعات حول تقدير التعويضات الحالة الصحية للمؤمن له أو ذوي الحقوق أو ما تعلق بدفع الاشتراكات وكل الالتزامات الملقاة على عاتق المكلف أو كل خاضع لنظام الضمان الاجتماعي.

الكلمات المفتاحية: التأمين الإجتماعي، الضمان الإجتماعي، التأمين الصحي، بطاقة الشفاء.

مقدمة:

إن إدخال الآلات المتطورة ذات المعدلات الإنتاجية المرتفعة واستعمال المركبات الكيميائية والعضوية والمواد المشعة يعرض العنصر البشري لمخاطر الإصابة والمرض وهذا الأمر يتطلب إيجاد كل الوسائل الوقائية التي تقيه منها، فحماية العنصر البشري تعتبر استثماراً بحد ذاتها لأن المبالغ التي تصرف على برامج التأمين والبرامج الوقائية من أجل حماية العامل تعتبر محدودة بالمقارنة مع تكلفة فقدان العامل نفسه أو إصابته بعجز أو مرض مهني .

فالتأمين الصحي هو ذلك النظام الاقتصادي الصحي والاجتماعي الذي تقوم بوضعه وتطبيقه الدولة مباشرة، لتؤمن فيه حدا معينا من الموارد والدخول والخدمات الطبية لبعض أو جميع الأفراد في حالات العوارض والحاجة ، مقابل دفعات نقدية تدفع من قبلهم أو لحسابهم من قبل أصحاب العمل أو من الاثنين معا، وقد تساهم الدولة أيضا ماليا، وهو الأمر الشائع الآن، وأهم تلك الحالات والمخاطر، المرض، العجز، إصابات العمل، والشيخوخة والولادة وغيرها من الطوارئ التي يتوقف أو ينقطع الإنسان بسببها عن العمل والتي يصبح منها مورده غير كاف لإشباع حاجاته الضرورية.

الاشكالية: في هذا الإطار يمكن طرح التساؤل الرئيسي التالي:

كيف تقوم شركات التامين في الجزائر وماهي آليات التأمين الصحي المطبقة في شركات التأمين الجزائرية ؟

الاسئلة الفرعية

- ما المقصود بنظام التأمين الإجتماعي والتأمين الصحي وما الفرق بينهما ؟
- ما هو واقع التأمين الإجتماعي والصحي بالجزائر ؟
- ماهي آلية التأمين الصحي المطبقة في CNAS ميلة؟

فرضيات البحث:

لمعالجة الإشكالية المطروحة والتساؤلات الفرعية نحاول بناء الفرضيات التالية:

- نظام التأمين الإجتماعي هو توفير الحماية للمجتمع وتحريره من الخوف والقلق حيث يعتمد عليه الأفراد من خلال تقديم الخدمات الإجتماعية لهم.
- إن واقع التأمين الإجتماعي والصحي في الجزائر يكون بتنظيم هيئات الضمان الإجتماعي التي أسست في 1945 وتضمنت نطاق تغطية واسع للأشخاص المستفيدين.

- تتمثل آليات التأمين الصحي المطبقة في CNAS لميلة في تطور أنظمتها من خلال تعميم بطاقة الشفاء.

الإجابة عن الفرضيات:

- التأمين الإجتماعي والصحي تطورت أنظمته وهيكله الإقتصادي من خلال المراسيم المطبقة وكذلك دراسة مصادر التأمين الصحي في الجزائر وهذا ما يوضحه في وكالة صندوق الضمان الإجتماعي للأجراء لولاية ميلة.

أهمية البحث:

تنبع أهمية هذا البحث من كونه يتعرض لقطاع خدمي مهم له انعكاسات كبيرة على حياة الإنسان هو قطاع التأمين الصحي ,فمن الناحية النفسية التأمين الصحي يحد من الخوف الناجم عن فقدان العمل نتيجة المرض أو العجز ومن الناحية الاقتصادية إن خسارة الفرد لعمله تدفعه إلى العوز والفقر، والعنصر البشري هو عنصر أساسي في تحقيق خطط التنمية وحماية هذا العنصر يعني حماية المنظمة والمجتمع، والخدمات التي يقدمها التأمين الصحي تنعكس آثارها على التنمية بشكل عام وعلى التنمية الاجتماعية والاقتصادية خصوصاً

أهداف البحث:

يهدف هذا البحث إلى تسليط الضوء على موضوع التأمين الصحي وإبراز اليات تمويله ودفعه إلى سلم اهتمامات شركات التامين القائمة في الجزائر ويمكن أن تتفرع عنه مجموعة من الأهداف التالية :

- التعرف على نظام التأمين الاجتماعي والصحي
- التعرف على المكاسب الناتجة عن تطبيق التأمين الصحي
- التعرف على واقع التأمين الاجتماعي في الجزائر كذلك نطاق تغطيته الاجتماعية.

أسباب اختيار الموضوع:

يعود اختيارنا لهذا الموضوع نظرا لنوع التخصص والميول الشخصي للبحث في مجال التامين الصحي، إضافة إلى الرغبة في الاطلاع على نواحي هذا الموضوع.

المنهج والأدوات المستخدمة في البحث:

في ضوء طبيعة موضوع الدارسة الذي يدخل ضمن الدارسات الاقتصادية، اعتمدنا في جزئه النظري على المنهج الوصفي التحليلي، من خلال عرض المفاهيم المرتبطة بالإطار العام للتامين الاجتماعي والصحي، وكذلك اليات تمويل التامين الصحي والاشخاص المستفيدين منه.

أما في الجانب التطبيقي فتم الاعتماد على منهج دارسة الحالة، من خلال معالجة المعلومات التقنية والمالية المتعلقة بوكالة صندوق الضمان الاجتماعي ، وذلك من خلال الدراسة الميدانية بوكالة ميلة إضافة إلى المقابلة الشخصية مع مسؤول مصلحة الشفاء، لاستقصاء آلية عمل بطاقة الشفاء.

تبعا لذلك تم دراسة هذا البحث بتقسيمه إلى ثلاثة فصول:

الفصل الاول خصص لدراسة التأمينات الاجتماعي والصحي وذلك في المباحث التالية تناول المبحث الأول الاطار العام للتامين الاجتماعي بمفهومه الحديث، بالإضافة إلى اهمية واهداف نظام التأمينات الاجتماعية وكذلك نطاق تطبيق نظام التأمينات الاجتماعية تناولنا في المبحث الثاني التأمين الصحي بمفهومه واهدافه واليات تمويله أما الفصل الثاني فقد تعرضنا بالدراسة إلى التأمين الاجتماعي والصحي في الجزائر وخصصنا المبحث الأول التأمين الاجتماعي في الجزائر، أما المبحث الثاني خصص للتامين الصحي وخصص الفصل الثالث والأخير من هذا البحث الى التأمين الصحي لوكالة ميلة، حيث تناولنا في المبحث الأول التعريف بالوكالة، أما المبحث الثاني التأمين الصحي بالوكالة

الفصل الأول:

ماهية التأمين

الاجتماعي والصحي

تمهيد:

بدأت النظم الأولى للتأمين الاجتماعي مع بداية القرن التاسع عشر ويمكن القول بأن ألمانيا كانت محل ميلاد أولى تشريعات للتأمين الاجتماعي وكانت هذه التشريعات هي القدوة لكثير من الدول الأوروبية فيما بعد وقبل التطرق لهذه التشريعات لا بد من تناول النظم التي سبقت الوصول إلى نظام التأمين الاجتماعي بصوره الحديثة.

في هذا الإطار سنتطرق للمواضيع التالية:

- التأمين الإجتماعي مفهومه وأهميته.
- التأمين الصحي مفهومه، أهدافه وآليات تمويله.

المبحث الأول: التأمين الاجتماعي

يحتل نظام التأمينات الاجتماعية مكانة مهمة في الهيكل الاقتصادي لأي دولة، ولذلك فهو يتأثر بمختلف التغيرات الاقتصاديات المحلية والخارجية، ولهذا له تأثيرا على الحياة الاقتصادية والاجتماعية لأفراد المجتمع ككل ولذلك كان هذا الموضوع محل اهتمام العديد من البحوث التي تبحث في تحديد مفاهيمه وعناصره وأهميته في الاقتصاد.

المطلب الأول: مفهوم نظام التأمين الاجتماعي

إن الضمان الإجتماعي، معناه حماية المجتمع أو تحريره من الخوف والقلق وعلى أساس هذا التحليل اللغوي يمكن أن نعرف الضمان الاجتماعي بأنه التعهد بحماية المجتمع من المخاوف والمخاطر الهامة، التي لو أهملت لأدت إلى ضعفه وتأخره وربما القضاء عليه.[1]

وبوجه عام أصبح للضمان الاجتماعي مجالا عاما يتمثل في الاهتمام بتوفير مزايا نقدية (على المستوى الفردي والمستوى الفئوي والمستوى الجماعي) عند توقف أو انخفاض الدخل بصفة مؤقتة أو دائمة... ويمتد ذلك أيضا إلى توفير العناية الطبية والتعليمية، ويتمثل التدبير الأساسي الشائع هنا في نظام التأمين الاجتماعي (بأنواعه الأربعة الأول تأمين الشيخوخة والعجز والوفاة والثاني تأمين إصابات العمل والثالث التأمين الصحي وأخيرا تأمين البطالة) والذي يهتم مند نشأته بتعويض الدخل يرجع إلى بداية الثورة الصناعية في أوروبا في أوائل القرن التاسع عشر حيث ظهرت " الطبقة العاملة" كطبقة كبيرة تعتمد في معيشتها على أجورها وتعاني من توقف أو انقطاع الأجر في حالات الشيخوخة والعجز والوفاة والتعطل والمرض وإصابات العمل وتتلازم مع التأمين الاجتماعي تدابير المساعدات العامة التي تمول أساسا من الأموال العامة.[2]

المطلب الثاني: أهمية وأهداف نظام التأمينات الإجتماعية

تتمثل أهمية وأهداف نظام التأمينات الإجتماعية في:

[1] مبارك حجر : الضمان الاجتماعي ، دراسة مقارنة ، مكتبة لأنجلو المصرية ، القاهرة 1965 ، ص 13.

[2] يشار تاريخيا إلى قيام الدانمرك و سويسرا بإعانة جمعيات المعونة المشترك لحالات المرض و قيام الدانمرك و السويد بتقديم إعانات كبيرة للنقابات.

أولا : أهمية نظام التأمينات الاجتماعية[1]

من المؤكد أن تحليل العلاقة بين التنمية الاقتصادية والتأمينات الاجتماعية والعكس من الظواهر التي لابد من التعرض لها بنوع من الدراسة والتحليل، وهو ما يمكننا من معرفة أثرها على السياسة الاقتصادية للدولة من ناحية وسياسة التأمينات الاجتماعية من ناحية أخرى وحيث يساهم 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 التوجه نحو ممارسة الأنشطة الاقتصادية وتأمين الأجراء. إضافة إلى هذا، فإن التأمين الاجتماعي يساهم كذلك في تحقيق التنمية الثقافية، وتحسين رأس المال البشري والاجتماعي، بحيث يمكن أن يساهم تأمين الفئات الأكثر فقرا وحرمانا في تحقيق إصلاحات هيكلية تساعد على تحقيق التنمية الاقتصادية، ويلعب دورا مهما كذاك في محاربة المساواة وتخفيض الفقر، وإعادة توزيع الثروة بين فئات المجتمع وباعتبار أن كل من " تراكم رأس المال الذي يستثمر ورأس المال البشري وقدرته على الإبداع والتكييف المستمر لاستيعاب رأس المال المادي من العوامل المؤثرة على التنمية الاقتصادية فإن هذين العاملين هما أيضا من العوامل المؤثرة على التأمينات الاجتماعية ولاسيما الرأسمال الإنساني. إذ يقوم النظام على فائض الناتج القومي، كما يقوم على تركيز جزءا من الدخل القومي وتوزيعه على المستفيدين فهو إذن حبس لجزء من الدخل القومي عن دائرة الاستثمار وإطلاقه دائرة الاستهلاك. ومن الناحية الاقتصادية فإنه يساهم في:

- المساعدة على استقرار المشروعات باستقرار الأموال والعاملين وهو ما يرفع الكفاءة والفعالية الإنتاجية
- حفظ الثروة وحفظ وظيفة التمويل
- تحقيق الرفاهية الاقتصادية
- مكافحة التضخم وامتصاص البطالة.

[1] درار عياش: اثر نظام الضمان الاجتماعي على حركة الاقتصاد الوطني: دراسة لصندوق الوطني للضمان لاجتماعي لغير الاجراء casnos شبكة بومرداس. مذكرة مقدمة متطلبات الحصول على شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية ، فرع التحليل الاقتصادي ، جامعة بن يوسف خدة، الجزائر، 2004-2005 ، ص47.

ثانيا : أهداف نظام التأمينات الاجتماعية [1]

الهدف الرئيسي لمؤسسات وهيئات الضمان الاجتماعي هو حماية المواطنين من أية مخاطر قد تحدث لهم أثناء، قبل أو بعد أداء مهامهم المختلفة، وتحت هذا الهدف الرئيسي تتدرج وتوضع العديد من الأهداف المهمة الأخرى لنظام التأمينات الاجتماعية، وبالمثل فإن نظام الضمان الاجتماعي على امتداد مراحل تطوره، وضعت له العديد من الأهداف التي تخدم مصلحة المواطن، ونهج السياسة الاقتصادية المتبعة، ومن بين تلك الأهداف نذكر ما يلي:

- ربط وتوجيه أهداف وزارة العمل والحماية الاجتماعية في ما يخص برامجها المتعلقة بالصحة والبرنامج الاجتماعي، مناصب العمل والقطاع العائلي.
- محاولة التقليل من حوادث العمل ومختلف الأخطار المحيطة بالعامل من خلال دراسة هذه المعطيات ومحاولة إيجاد الحلول الممكنة للتقليل من آثارها من جهة، ثم التأمين على الضحايا في حالة وقوعها من جهة أخرى.
- توفير الخدمات الاجتماعية المختلفة المتعلقة بالضمان الاجتماعي للفئات المأجورة وغير المأجورة.
- لعب دور الوسيط مع بعض القطاعات والمؤسسات (الصيادلة، المؤسسات الصحية مؤسسات المعالجة بالمياه المعدنية، عيادات إعادة التأهيل) وذلك من خلال تحملها لجزء كبير من هذه الفئات.
- تنظيم المراقبة الطبية.
- ضمان واعتماد موافقات الأداءات الدولية.
- رفع المستوى المعيشي وتحقيق الرفاهية.
- ضمان ترقيم وتسجيل مختلف المؤمنين بما يسمح لهم الاستفادة من خدمات النظام بطريقة سهلة من جهة وبما يسهل لهم دفع اشتراكاتهم وتسوية التزاماتهم من جهة أخرى.
- وضع صناديق وطنية وجهوية وولائية وتوفير الإمكانيات المادية والبشرية للسهر على تطبيق واحترام تنظيم المراسيم والتشريعات المتعلقة بالنظام، وجعل شعار وخدمة العامل الأولوية الأولى.
- و أخيرا المساهمة في التوعية التأمينية للمكلفين للاستفادة من مختلف الخدمات والمزايا التي تقدمها صناديق الضمان الاجتماعي.

[1] أ. محمد زيدان و أ محمد يعقوبي: فعالية الموارد التمويلية المتاحة لمؤسسات التأمين الاجتماعي الجزائري في تحقيق السلامة المالية لنظام الضمان الاجتماعي، الملتقى الدولي السابع حول «الصناعة التأمينية ، الواقع العملي و آفاق التطوير–تجارب الدول جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير– ديسمبر 2012 . ص 10.

المطلب الثالث: نطاق تطبيق نظام التأمينات الاجتماعية

يغطي نظام التأمينات الاجتماعية العديد من الاخطار المتعلقة بالحياة اليومية لأفراد المجتمع ويمكن تلخيصها فيما يلي

أولا: تأمين على المرض

يلعب التأمين على المرض دورا أساسيا في أنظمة الضمان الاجتماعي، وهذا الدور المثلث، أنه يؤمن، عملية التعويض عن العامل المريض الذي أقعده المرض عن العمل، بتقديم المعونات النقدية له تحت شكل تعويضات مالية بدلا عن أجره ثم يؤمن ثانيا، تحت شكل معونات عينية جزءا من نفقات العلاج والتطبيب 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 أفراد المجتمع.

ومنه فالتأمين على المرض يشكل التكفل بالعامل الأجير والعامل لغير الأجير وكل الأشخاص الذين شملتهم التغطية الاجتماعية في حالة الإصابة ببعض الأمراض، وكل ما تفتضيه متطلبات العلاج والعناية، والتكفل بالمريض إلى غاية شفائه النهائي، فإصابة المؤمن له بمرض من شأنه أن يخول له الحق في الأداءات النقدية، وهذا بعد قيامه بكل الإجراءات المنصوص عليها قانونا، من 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 1984/02/13.[1]

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 على 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.[2]

وتتمثل التزامات المؤمن على وجه الخصوص في:

---

[1] القرار الوزاري الذي يحدد مدة الأجل المضروب للتصريح بالعطل المرضية لدى هيئات الضمان الاجتماعي، الجريدة الرسمية رقم 07، الصادرة بتاريخ 14-02-1984.

[2] المرسوم رقم 84_27 المؤرخ في 1984/02/11 المحدد كيفيات تطبيق العنوان الثاني من القانون 83_11 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.

- يجب على المؤمن المريض أن لا يتعاط أي نشاط مهني مأجور أو غير مأجور إلا بإذن من هيئة الضمان الاجتماعي.
- يجب على المريض ان لا يغادر إلا بأمر من الطبيب الذي يصف له ذلك لغرض علاجي ،كما يجب أن تتراوح ساعات الخروج حينئذ بين الساعة العاشرة صباحا والساعة الرابعة مساءا ماعدا الحالات القاهرة ويجب أن يسجل هذه الساعات عند الطبيب المعالج في ورقة المرض.
- يجب على المؤمن له ألا يقوم بأي تنقل طوال مدة مرضه دون إذن مسبق من هيئة الضمان الاجتماعي ويمكن لهذه الهيئة أن تأذن بتنقل المريض مدة غير محددة متى وصف الطبيب المعالج ذلك لغرض علاجي أو شخصي مسبب وذلك بعد استشارة الطبيب المستشار لدى هيئة الضمان الاجتماعي.
- يجب على المريض الذي يرى طبيبه المعالج ضرورة إرساله لقضاء فترة نقاهة أن يشعر هيئة الضمان الاجتماعي، إذا كما يجب أن يخضع لمراقبة هيئة الضمان الاجتماعي طوال مدة النقاهة.
- إذا مرض المؤمن له خارج مجال الإقليمي لهيئة الضمان الاجتماعي التي ينتمي إليها، وجب عليه أن يشعر هذه الهيئة حسب الأشكال التنظيمية، وتبين له هذه الهيئة بدورها الهيئة المكلفة بتقديم الخدمات له، إن اقتضى 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 يتقاضاها المؤمن المريض، نصت المادة 07 من القانون 83-11 على أن أداءات التأمين على المرض تشمل كذلك الاداءات العينية التي تتمثل في الاداءات في التكفل بمصاريف العناية الطبية والوقائية والعلاجية لصالح المؤمن وذوي حقوقه وتشمل[1]:

- العلاج، الجراحة، الأدوية، الإقامة بالمستشفى.
- الفحوص البيولوجية والكهرودوغرافيه المجوافية والتنظيرية.
-علاج الأسنان واستخلافها الاصطناعي.
- النظارات الطبية.
- العلاجات بالمياه المعدنية.

[1] المادة 8 من القانون 83-11 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية المعدلة بالمادة 4 من الأمر 96 -17 المؤرخ في 1996/07/6.

- الأجهزة والأعضاء الاصطناعية.
- الجبارة الفكية والوجهية.
- إعادة التدريب الوظيفي للأعضاء.
- إعادة التأهيل المهني.
- النقل بسيارة الإسعاف وغيرها من وسائل النقل عندما تستلزم حالة المريض ذلك.
- الأداءات المرتبطة بالتخطيط العائلي.

ثانيا: تأمين الأمومة

يهدف التأمين على الولادة إلى ضمان تمتع المرأة العاملة بفترة حمل مريحة وظروف ولادة حسنة، وضمان الحفاظ على صحتها وصحة مولدوها، حيث يغطي هذا التأمين جميع المصاريف 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 تعويضية يومية.

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

وبالرجوع إلى المادة 12 من الأمر96-17 المعدل والمتمم للقانون 83-11 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، إن المدة التي تنقطع فيها المرأة العاملة عن عملها تقدر ب 14 أسبوعا متتالية، تبدأ على الأقل ستة أسابيع قبل التاريخ المحتمل للولادة، وعندما تتم الولادة قبل التاريخ المحتمل لا تقلص فترة التعويض المقدرة ب 14 أسبوعا ويجب على المرأة العاملة أن تنقطع وجوبا عن العمل لفترة معينة قبل التاريخ المحتمل للوضع فبناءاه على شهادة طبية على أن تقل هذه المدة عن أسبوع.[12]

تجدر الإشارة 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 عنها أثناء المدة التي تتراوح بين

[1] المادة 28-29 من الامر 96-17 المؤرخ في 1996/07/06الذي يعدل ويتم القانون 83-11 المؤرخ في 1983/07/02 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.

[2] المادة 32 من المرسوم رقم 84-27 مؤرخ في 1984/02/11 المعدل والمتمم لقانون 83-11.

تاريخ المعاينة الطبية الأولى للحمل وتاريخ الوضع، وبذلك فإن انقطاع المؤمنة عن عملها لبضعة أيام في إطار عطلة مرضية، تحرم من تسديد التعويضات الخاصة بعطلة الأمومة.[1]

في 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:

- 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 الاثني عشر شهرا التي سبقت المعاينة الطبية الأولى للحمل.

وللحصول على أداءات تامين 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:
  1- فحص طبي كامل قبل نهاية الشهر الثالث من الحمل.
  2- فحص قبالي خلال الشهر السادس من الحمل.
  3- فحصان يأمر يهما الطبيب المختص بأمراض النساء والتوليد، أحدهما يتم قبل أربعة أسابيع من التاريخ المحتمل للوضع في اقرب 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 قد 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 المصاريف التي تنفقها المرأة الحامل المتعلقة بعلاجها ورعاية صحتها أثناء فترة الحمل وبعد انقطاع حملها، كما لها الحق أيضا في عطلة الأمومة المقدرة ب أربعة عشر أسبوعا متتالية تبدأ على الأقل ستة أسابيع منها قبل الولادة.[2]

[1] المادة 55 من القانون 83-11 المؤرخ في 1983/07/02 المتعلق باتامينات الاجتماعية.

[2] المادة 12 من الامر رقم 96-17 المؤرخ في 6 يوليو 1996 المعدل والمتمم للقانون 83-11.

والملاحظ أن المشرع الجزائري لم يكتف بتوفير الحماية للمرأة العاملة فقط بل وسع من نطاق التغطية الاجتماعية لفئة أخرى لتستفيد من مزايا التأمين عن الولادة، لتشمل المرأة الحامل التي توفى عنها زوجها متى ثبت شرط العمل المطلوب في المتوفى عند تاريخ الوفاة، كما قضى المشرع أيضا بحق المرأة بالأداءات المستحقة بموجب التأمين عن الولادة في حالة طلاقها أو فراقها لزوجها متى وقع هذا الطلاق أو الفراق بين التاريخ المزعوم للحمل (وتاريخ الولادة).[1]

مما تقدم يتضح أن المرأة الحامل تستفيد من تعويضات عينية ونقدية وفقا للتأمين عن الولادة إذا كانت عاملة وتستفيد من تعويضات عينية إذا كانت تتبع زوجها متى كان عاملا، كما تحل محله في حالة وفاته. وتستحق هذه التعويضات لو جرت المعاينة الطبية للحمل بعد وفاة المؤمن له، وفي الأخير حرصا من المشرع الجزائري للمحافظة على صحة المرأة الحامل وكذا صحة جنينها الالتزام بكل الإجراءات السابقة ذكرها في الآجال المحددة وإلا ترتب عليها عقوبة تتمثل في تخفيض نسبة 20 % من الأداءات المستحقة إلا في حالة وجود عذر قاهر

ثالث: 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 القيام 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.[2]

تقدر درجة العجز من طرف طبيب مختص أو لجنة خاصة، ويحسب على أساسها مبلغ المعاش وفقا للقواعد الخاصة المبينة 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 طلب معاش العجز إلا إذا كان عمر المؤمن له أقل من السن التي تخول له الحق في التقاعد، غير أنه لا يعتد بشرط السن في حق المؤمن الذي لا يستوفي شروط مدة العمل للاستفادة من معاش التقاعد.[3]

---

[1] المادة 30 من المرسوم التنفيذي رقم 84-27.

[2] المادة 40 من المرسوم رقم 84-27 المؤرخ في 1984/02/11 الذي يحدد كيفيات تطبيق العنوان الثاني من القانون رقم 83 11 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.

[3] المادة 34 من القانون83-11، مرجع سابق.

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 16 -01 من القانون السالف الذكر، أو تعلق الأمر بعلل قصيرة الأمد، فهنا تدفع / التعويضات اليومية على نحو مدة سنتان متتاليتان يتقاضى فيها العامل ثلاثة مائة تعويضه يومية على الأكثر طبقا لما نصت عليه المادة 16-02 من القانون 83 / 11 السالف الذكر.

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

والعجز مصنف إلى ثلاث أصناف حدد المادة 36 إلى 39 من نفس القانون والتي جاءت على النحو التالي:

الصنف الأول: العجزة الذين مازالوا قادرين على ممارسة نشاط مأجور، وتكون نسبية العجز لهذه الفئة المقدرة بـ 60 % من الأجر السنوي المتوسط للمنصب.

الصنف الثاني: العجزة الذين يتعذر عليهم إطلاق القيام بأي نشاط مأجور وتكون نسبية العجز لهذه الفئة بـ 80 % من الأجر السنوي المتوسط للمنصب.

الصنف الثالث: العجزة الذين يتعذر عليهم إطلاق القيام بأي نشاط مأجور

ويحتاجون إلى مساعدة من غيرهم وتقدر نسبة العجز لهذه الفئة ب 80 % من الأجر السنوي المتوسط للمنصب يضاف لها نسبة 40% تمنح للشخص المساعد.

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

[1] سماتي الطيب، منازعات الضمان الاجتماعي في التشريع الجزائري، دار الكتب العلمية، طبعة 2008، ص43.

- إما 60 يوما أو 400 ساعة على الأقل أثناء الإثني عشر شهرا التي سبقت الانقطاع عن العمل.
- إما 180 يوما أو 120 ساعة على الأقل أثناء الثلاث سنوات التي تسبق التوقف عن العمل أو المعاينة الطبية للعجز.

رابعا: حوادث العمل والأمراض المهنية

إن المشرع الجزائري وعيا منه بالدور الأساسي الذي يلعبه العامل في تنمية البلاد اقتصاديا واجتماعيا، فكر في ضمان حماية أكثر للعامل من الأخطار العديدة الناتجة عن حوادث العمل والأمراض المهنية، انطلاقا من المبدأ "إنه لا يمكن تنميه بدون أن يكون الغاية منها هي الإنسان وأن لا يفضل شيء على حياة وصحة العمال" في هذا الإطار اعتبر المشرع حادث عمل كل حادث أنجزت عنه إصابة بدنية ناتجة عن سبب مفاجئ 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 تتسبب فيها وكذا مدة التعرض للمخاطر المناسبة لكل مدة الأعمال بموجب التنظيم.

وقد وسع المشرع في دائرة المستفيدين من التغطية الاجتماعية لحوادث العمل والأمراض المهنية، ويتضح ذلك من خلال فحوى المواد 3 و6 من القانون 83 -11 المتعلق - بالتأمينات الاجتماعية بحيث نص في المادة 3 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" وأضافت المادة 06 من نفس القانون "ينطوي وجوبا تحت التأمينات الاجتماعية الأشخاص الذين يشتغلون في التراب الوطني أيا كانت جنسيتهم ...".[1]

وتجدر الإشارة أن بقدر ما وسع المشرع في دائرة المستفيدين 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 7 و8 و12 من القانون 83-13 المعدل والمتمم- بالأمر 96-19 حيث قرر المشرع على اعتبار أيضا كحادث المؤرخ في 07/06/ 1996-19-

[1] المواد 06 و63 و64 من القانون 83-11 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية المؤرخ في 02-07-1983.

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، وتجدر الإشارة أن المشرع اعتبر كحادث عمل حتى ولو لم يكن المعني بالأمر مؤمنا له اجتماعيا، الحادث الواقع أثناء النشاطات الرياضية التي تنظمها الهيئة المستخدمة أو القيام بعمل متفاني للصالح العام أو لإنقاذ شخص معرض للهلاك.

الملاحظ أن قوانين التأمينات الاجتماعية لاسيما المتعلقة بحوادث العمل والأمراض المهنية بقدر ما توسعت في تحديد نطاق التكفل والتغطية الاجتماعية بقدر ما توسعه في تحديد الشروط والمواصفات والظروف التي ترتب مسؤولية هيئات الضمان الاجتماعي، سواء عند وقوع حادث عمل أو مرض مهني حماية لحقوق العامل المتضرر في أغلب الأحيان، هذا التوسع كثيرا ما يثير مشاكل في تكييف حوادث العمل والأمراض المهنية التي يتعرض لها المؤمن في حياته اليومية فيما إذا كانت تدخل ضمن نطاق مسؤولية وتكفل هيئات الضمان الاجتماعي أم لا، إذ كثيرا ما يحاول العامل الاستفادة من هذه التغطية الاجتماعية وهو ما يشكل عادة أهم الإشكالات والمسائل التي تكون المنازعات بين المؤمنين وهيئات الضمان الاجتماعي.[1]

خامسا: التأمين على البطالة

ينظم هذا النوع من التأمين الأحكام الخاصة بمن يتعطل عن العمل بصفة غير إرادية، ويهدف هذا النوع إلى تعويض هؤلاء العمال عن أجورهم المفقودة نتيجة البطالة الإجبارية بمنحة البطالة، وللاستفادة من هذه المنحة لابد من توفر الشروط التالية:

- أن يبحث الشخص على العمل، وأن يثبت اسمه في سجل مكاتب العمل وأن يعبر بكل جدية عن رغبته الصادقة في العمل؛
- إن المضرب عن العمل أو المحال على التأديبية أو المفصول وفقا لقرار إداري لا يعد خاضع لهذا القانون؛
- قدرة البطال على العمل.

يخص هذا التأمين فئة العمال الذين يؤدون وظيفة مأجورة ولا يخص غيرهم. ويهدف هذا التأمين إلى تحقيق غرضين:

- تقديم منافع عدم التشغيل للعاملين المؤهلين(منحة البطالة)؛

[1] سماتي الطيب، منازعات الضمان الاجتماعي في التشريع الجزائري، دار الكتب العلمية الجزائر، طبعة 2008، ص47.

كما يتوقف صندوق البطالة عن دفع المنحة في الحالات التالية:

- رفض العامل العاطل الالتحاق بعمل ما يعرض عليه من قبل مكاتب العمل؛
- إذا لم يتردد البطال دوريا على مكتب القوى العاملة في المواعيد المحددة؛
- ثبوت اشتغاله لحسابه الخاص أو حصوله على وظيفة أخرى؛
- استدعائه للخدمة الوطنية؛
- مغادرة الوطن؛
- انتهاء مدة المنحة.[1]

[1] Clive BAILY Extension de la couverture de sécurité sociale en Afrique. Document ESS n20, Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous, Bureau international du travail- Genève, 2004, P1.

المبحث الثاني: التأمين الصحي

ينظر 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. ومن خلال هذا العنصر سنتطرق إلى دراسة نظام التأمين الصحي بالتعرف على مفهومه، أهدافه وآليات تمويله

المطلب الأول: مفهوم نظام التأمين الصحي

التأمين الصحي هو: "عقد يتم بموجبه دفع أقساط التأمين للمؤمن ,ويتعهد المؤمن لقاء ذلك بدفع مبلغ معين دفعة واحدة أو على أقساط للمؤمن له, وبدفع مصاريف العلاج والأدوية كلها أو بعضها وذلك في حال مرض المؤمن له خلال مدة التأمين"[1].

بدأ التأمين الصحي في ألمانيا عام 1883، ثم في بريطانيا عام، 1911 ثم فرنسا، ثم انتشر في أوروبا، وفرعا من فروع التأمين الاجتماعي، يقدم الخدمة الطبية مقابل الاشتراكات الدورية للمؤمن عليهم، ويوفر الرعاية الطبية عند الحاجة إليها بصورة فورية، ويمول من الأطراف المعنية ولا يهدف للربح .فجميع المؤمن عليهم يتوقعون خسارات مالية متساوية أو متشابهة تقريباً، الأمر الذي يدخل هذه الظاهرة فيما يعرف بتوقع الخسارة أو التوقع الرياضي، وهو تلك القيمة التي إذا دفعت بواسطة جميع الأفراد المعرضين لخطر معين، وجمعت بمعرفة جماعتهم أو جماعة متخصصة أخرى منهم فإنها تكفى لدفع مجموع قيم الخسارات المالية المتوقعة التي قد تصيب بعضهم نتيجة تحقق الخطر المفترض.

وبالتالي، فإن التأمين الصحي هو وسيلة لدفع بعض أو كل تكلفة لرعاية الصحية، فهو يحمي المؤمن عليهم من دفع التكلفة العالية للعلاج في أحوال المرض.[2]

واعتبرت الاتفاقية العربية رقم 3 للعام 1971 والصادرة عن منظمة العمل العربية الخاصة بالمستوى الأدنى للتأمينات الاجتماعية التأمين الصحي احد فروع الضمان الاجتماعي، واعتبرت أن التأمين الصحي في معظم بلدان العالم هو احد صناديق الضمان الاجتماعي وهذا يتناسب مع المعايير الدولية واتفاقيات جنيف ومؤتمرات العمل العربية والدولية.[3]

---

[1] عبد الهادي السيد: عقد التأمين حقيقته ومشروعيته، منشورات الحلبي, بيروت، 2003. ص160.

[2] خديجة حسين نصر: نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية. سلسلة تقارير رقم (68)، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، رام الله، أيار 2007، ص12.

[3] خديجة حسين نصر: نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية. سلسلة تقارير رقم (68)، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، رام الله، أيار 2007، نفس المرجع السابق، ص16.

ويتألف نظام التأمين الصحي من عدة مسائل أهمها:

- مدى مشاركة المنتفع بالمخاطر؛
- كيفية تحديد أساس الاشتراك، هل هو على أساس دخل المنتفع أم على أساس مستوى المخاطر المعرض لها؛
- مدى إلزامية أو عدم إلزامية الاشتراك في التأمين الصحي؛
- أساليب تمويل التأمين الصحي؛
- أساليب تنظيم التأمين الصحي، ما إذا كان منظما بإطار تشريعي، أو اتفاقات جماعية بين الأفراد؛

و في تعريف آخر:

التأمين الصحي هو نظام يتم من خلاله جمع جزء من المال من المستفيدين في صورة أقساط سنوية تدفع مقابل توفير الرعاية الصحية لهم عند حاجتهم لذلك خلال سنة التعاقد. وتقوم الشركات التي تمارس هذا النوع من التأمين باعتماد مبدأ توزيع الخطر على المشتركين كأساس في ممارسة النشاط. وتتأثر إدارة محفظة التأمين الصحي وعملية التسعير بعدة عوامل أهمها عدد المستفيدين، الحالة الصحية للمجتمع ككل في ظل ظروف مجتمعية خاصة تشمل التوزيع العمري لفئات السكان والمعدلات المرضية ومعدلات الاستشفاء داخل المستشفيات (معدلات الإقامة بالمستشفى)، وتوزيع السكان على المناطق ونوع برامج التأمين الصحي المطلوبة.

ولاشك أن ممارسة التأمين الصحي بتلك الكيفية تحد من التقلبات المفاجئة للمصروفات العلاجية التي يمكن أن يتعرض لها الفرد أو الجماعة عند تعرضهم لحالة مرضية طارئة، ويتيح لهم إمكانية مراجعة المستشفيات الخاصة في أي وقت للحصول على الخدمة الصحية اللازمة دون سداد فاتورة العلاج حيت تتولى شركة التأمين عملية الدفع للمستشفى وفقًا لنظام يتم الاتفاق عليه بين الطرفين، كما أن التأمين الصحي يعتبر أحد الأهداف الرئيسية "لإدارة المخاطر" في أي منشأة حيث يمثل أهم البدائل لتمويل الأخطار التي تواجه المنشأة.

إذن التأمين الصحي تتم ممارسته في إطار منظومة ثلاثية الأطراف تتمثل في المستفيد (المؤمن له) وشركة التأمين (المؤمن) والمستشفى أو المستوصف (مقدم الخدمة الصحية).ولاشك أن تنظيم العلاقة بين الأطراف الثلاثة مع تطوير أسلوب التعامل بينهم من خلال آلية عمل معتمدة على معايير موحدة متفق

عليها من أطراف العلاقة خاصة شركات التأمين، وتنظيم ورقابة يساعد على الارتفاع بمستوى الخدمة الصحية وضمان حصول جميع الأطراف على حقوقهم.[1]

المطلب الثاني: أهداف التأمين الصحي

يقوم نظام التأمين الصحي بالعمل على تحقيق عدد من الأهداف، نذكر من بينها ما يلي:

- إزالة العائق المالي بين المريض وحصوله على الخدمة الطبية، وتوفير خدمة طبية متكاملة للمواطن بكلفة مقبولة، بالإضافة إلى رفع مستوى الاطمئنان الاجتماعي لدى الفرد، وتحسين مستوى الخدمات الطبية المقدمة له، وكذلك الحث على مزيد من التنويع والمنافسة في تقديم الخدمات الطبية؛
- إذ يحقق التأمين الصحي الفائدة للأطراف ذات العلاقة، فبالنسبة للمؤمن عليه سواء كان موظفا أو عاملا أو طالباً، ومع زيادة كلفة الخدمات الصحية، أصبح المرض الذي يهدده لا يشكل هما لما يحمله من معاناة جسدية بقدر ما يرافقه من أعباء مالية، وبدون التأمين الصحي فإن الخيارات المتاحة لمن ابتلي بمرض إما الصبر على المرض وعدم المعالجة أو اللجوء لبيع الممتلكات أو الاستدانة، وأحيانا اللجوء إلى ممارسات غير أخلاقية كالسرقة؛
- ويكفل التأمين الصحي الاطمئنان الاجتماعي لدى العمال والموظفين، لا سيما إذا كان التأمين الصحي شاملا للموظف ولمن يعول، كما يعزز التأمين الصحي ويوثق العلاقة بين الموظف أو العامل وزملائه، عندما يشعر كل فرد منهم أن زملاءه ساهموا في تحمل أعباء العلاج معه، بما يدفعونه من أقساط
- المساهمة في توفير موارد مالية لتمويل نفقات القطاع الصحي الباهظة التكاليف، وبالتالي تخفيف الأعباء عن الميزانيات العامة للحكومات والمؤسسات أو الشركات أو الأفراد المسئولين عن علاج العاملين لديهم، حيث تبين من تجارب الدول المتقدمة الغنية انه لا يمكن لأي دولة مهما بلغت مهامها الاقتصادية أن تتحمل نفقات القطاع الصحي الباهظة بالكامل وبدون مشاركة من الأفراد المستفيدين من هذه الخدمات؛

[1] صالح بن ناصر العمير " التامين الصحي التعاوني واثره على الاقتصاد السعودي " الرؤية المستقبلية للاقتصاد السعودي 19 اكتوبر 2002 ص27.

توفير فرص عمل جديدة في شركات ومؤسسات التأمين التجارية، حيث تسمح الدول بتأسيس شركات تتعاطى أعمال التأمين، وتحتاج هذه الشركات إلى كادر وظيفي، الأمر الذي يسهم بتوفير مدخلات إضافية للدخل القومي، وإنعاش الحركة الاقتصادية.[1]

المطلب الثالث: آليات تمويل نظام التأمين الصحي

في إطار تصنيف الموارد التمويلية لنظام التأمين الصحي والجهات المكلفة بتوفيرها، فإنه يمكن تقسيم أنظمة التأمين الصحي الموجودة إلى قسمين رئيسيين هما :

أولا: نظام التأمين الصحي الحكومي

وهو التأمين الذي تنشئه وتديره الدولة، ويطلق عليه أيضا نظام التأمين الصحي الإجباري ويتم تمويل هذا النوع من التأمين عن طريق الرسوم أو الضرائب أو الاثنين معا، وبموجبه يحق لكل دافع ضريبة أن يتلقى خدمة الرعاية الصحية التي تقدمها الدولة، مقابل الاقتطاع الإجباري لصالح الضرائب المخصصة لتمويل التأمين الصحي، ويطبق هذا النظام في الدول الأوروبية .

ثانيا: نظام التأمين الصحي الخاص

يمكن تقسيم هذا النظام إلى نظامين فرعيين هما التأمين التجاري، والتأمين غير التجاري، وذلك حسب الجهة التي تقوم بتنفيذ وتمويل البرنامج، وما إذا كانت شركات أو مؤسسات تجارية أو تعاونية أو غير ربحية أو هيئات تطوعية، وينتشر التأمين الخاص التجاري في العديد من الدول، ويكون في معظم الأحيان بالتوازي مع وجود نظام تأمين حكومي ولا يوجد أي نظام صحي يتحمل كامل تكاليف الخدمات الصحية من الأموال المسددة سلفًا أو المجمعة عن طريق الضرائب أو اشتراكات التأمين حيث يتطلب معظمها شكلا ما من أشكال الدفعات المشتركة، ذات الطبيعة غير الرسمية في بعض الأحيان والغرض المنشود هنا هو الحد من الطلب والتكاليف التي تكبدها الحكومات أو صناديق التأمين. غير أنه من الأهمية بمكان ألا يكون القسط ذو الصلة الذي يدفعه المرضى أنفسهم بصورة مباشرة عند توفير الخدمات لهم مرتفعًا إلى حد يحد من سبل الحصول على الرعاية ويحول دون توفير الحماية من المخاطر المالية المرتبطة بتكاليف الرعاية الصحية الفردية ومع ذلك فتأثير نظام التمويل الصحي لا يعتمد على الطريقة التي تُحصّل الأموال فحسب، ولكنه يعتمد أيضًا على الطريقة التي يتم تجميعها ثم يتم استخدامها في تقديم أو شراء الخدمات الصحية وينبغي ألا يتركز الاهتمام على مسألة تحصيل الإيرادات فحسب، وهو أمر يتم أحيانًا دون رقابة وزارة الصحة ويمكن أيضًا إجراء تحسينات في الكفاءة والمساواة عن طريق بحث

[1] خديجة حسين نصر: نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية. سلسلة تقارير رقم (68)، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، رام الله، أيار 2007، نفس المصدر السابق، ص17.

السبل التي يتم تجميع الإيرادات، ثم استخدامها لشراء الخدمات والتدخلات الصحية وتقديمها .وتحتاج المنظمات التي تشكل جزءاً من نظام التمويل الصحي – سواء أكانت وزارة الصحة أم وزارات أخرى أم صناديق التمويل الصحي.[1]

[1] منظمة الصحة العالمية: التأمين الصحي الاجتماعي: التمويل الصحي المستدام، التغطية الشاملة والتأمين الصحي الاجتماعي. جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسون، البند 13. 7-12، من جدول الأعمال المؤقت، تقرير من الأمانة العامة، ج-20 58 – نيسان/ أبريل 2005، ص3.

خلاصة الفصل الأول:

من خلال دراستنا للتأمين الاجتماعي ارتأينا أن له مكانة مرموقة في الهيكل الإقتصادي والاجتماعي للدولة وذلك من خلال تحقيق النمو الإقتصادي وكذلك رفع إنتاجية العمال وتوفير الحماية لهم وهذا ما تضمنه التأمين الصحي الذي قدم خدمات للمستفيدين وتم إزالة العائق المالي للأفراد.

الفصل الثاني:

التأمين الصحي والاجتماعي

تمهيد:

لقد ساير نظام التأمينات الاجتماعية الجزائري مختلف المراحل التي مر بها الاقتصاد الوطني، بداية بالمراحل الاستعمارية ومرورا بمختلف قطاعات الاصلاحات الاقتصادية التي اعتمدتها الجزائر على مستوى هيكلها الاقتصادي. وقد كان الهدف دائما من هذه التغييرات على مستوى العام للتامين الاجتماعي تكييفه وفق متطلبات افراد المجتمع، واوضاعهم الاجتماعية المختلفة، وهو ما أوصله الى بنائه المؤسسي الحالي.

في هذا الإطار سوف نحاول التطرق إلى النقاط التالية:

التأمين الإجتماعي في الجزائر وتطور نظامه وأهدافه ونطاق تغطيته، وكذلك الأشخاص المستفيدين من الضمان الإجتماعي.

المبحث الأول: التأمين الإجتماعي في الجزائر

يتم إبراز نظام التأمينات الاجتماعي والصحي الجزائري عن طريق التعرف على مراحل تطوره في الجزائر من مرحلة ما قبل الإستقلال إلى غاية الآن، وذلك بعد التحول الجذري لنظام الضمان الإجتماعي في الجزائر.

المطلب الأول: تطور نظام التأمين الإجتماعي في الجزائر

لقد تطور نظام التأمين في الجزائر خلال عدة مراحل نوضحها فيما يلي:

أولا : مرحلة ما قبل الاستقلال

إن أول ظهور لنظام الضمان الاجتماعي في الجزائر يرجع إلى سنة 1949 وبالضبط في 10 جوان لما اصدر المجلس الجزائري القرار رقم 045-1949 المتعلق بتنظيم هيئات الضمان الاجتماعي بالجزائر، وكذلك الأمرين رقم 04 و49 سنة 1945 التي أسست لنظام الضمان الاجتماعي بالجزائر والتي حددت في بادئ الأمر طبيعة الأخطار المؤمنة والاشخاص المستفيدين منها وكيفية التعويض. وعن الجانب التنظيمي فقد صدر مرسوم في 1950/02/20 المتعلق بتنظيم صناديق الضمان الاجتماعي بالجزائر الذي مهد لتأسيس مختلف الصناديق وأولها الصندوق الأساسي أو الأهم وهو صندوق التأمينات الاجتماعية، ثم صدر قرارين تنفيذيين، الأول في1951/03/28 والثاني في 1951/07/30 الذي حددت بموجبها هيئات الضمان الاجتماعي بثلاثة صناديق رئيسية:[2] الصندوق المركزي الجزائري للتأمينات الاجتماعية، صناديق التأمينات الاجتماعية المهنية، صناديق التأمين ذات النظام الخاص.[1]

ويعتبر الصندوق المركزي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالاستقلال المالي، تحت وصاية الحاكم العام بالجزائر ويسيرها مجلس إداري يضم 27 عضوا، منهم الرئيس المعين من طرف الحاكم العام و6 اعضاء ينتخبون من المجلس الجزائري و12 عضوا يمثلون باقي الصناديق مناصفة بين ممثلي أرباب العمل وممثلي العمال، بالإضافة إلى الصناديق الجهوية على مستوى كل من الجزائر العاصمة، وهران وقسنطينة، تخضع لوصاية الصندوق المركزي بالعاصمة وتشرف هذه الصناديق الجهوية على الصناديق الخاصة المحلية التي تم تأسيسها تباعا حسب قطاعات النشاط المعتمدة أو الأخطار التي تسيرها ويشرف على إدارة صندوق مجلس إداري يضم النقابات العمالية الممثلة للجالية الفرنسية بالجزائر وممثلين عن أرباب العمل حيث يكون تمثيل الأعضاء مناصفة بين النقابتين، ويحدد العدد حسب نسبة المنتمين في كل قطاع، بالإضافة إلى ممثلين عن الحكومة وشخصيات مستقلة.

---

[1] بوحنية قوي، غزيز محمد الطاهر: التسيير الذاتي للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية بالجزائر- الإطار التنظيمي ومعيقاته. دفاتر السياسة والقانون، العدد السابع، جوان 2012 ، ص 136.

ثانيا : مرحلة 1962 الى 1983

وانقسمت الى مرحلتين هما:

1. مرحلة 1962-1970:

غداة الاستقلال ورثت الجزائر في ميدان الضمان الاجتماعي 11 نظاماً مختلفاً وبخدمات متباينة جداً وهيكلة إدارياً ضمن نحو20 مؤسسة مكلفة بتسيير النظام العام للقطاع غير الفلاحي و29صندوقاً للنظام الفلاحي و13 صندوقاً لقطاع المناجم، بالإضافة إلى تسيير صناديق خاصة. وكان أول إجراء في هذا الشأن صدور القانون 157-62 المؤرخ في 31 ديسمبر 1962 والقاضي بتمديد العمل بالتشريعات السابقة، باستثناء المواد المخالفة للسيادة الوطنية وكان أهم ما ميز هذه الفترة صدور المرسوم 64/364 الصادر بتاريخ 31 ديسمبر 1962 والمتعلق بإنشاء الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

2. مرحلة 1970-1983:

بدأ التشريع الجزائري في هذا الميدان يتبلور مند 1970 بصدور المرسوم التنفيذي رقم 116-70 المتعلق بالتنظيم الإداري لهيئات الضمان الاجتماعي حيث أقيمت الأرضية الأولى لمنظومة الضمان الاجتماعي بتأسيس 06 صناديق قطاعية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي.

وتخضع للوصاية الإدارية ومراقبة وزارة العمل والشؤون الاجتماعية وهي كما يأتي:

1- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.[1]
2- الصناديق الجهوية للضمان الاجتماعي.
3- صندوق التأمين على الشيخوخة للأجراء.
4- صندوق الضمان الاجتماعي للموظفين.
5- صندوق الضمان الاجتماعي لعمال المناجم.
6- صندوق التأمين على الشيخوخة لغير الأجراء.

كما شهدت هذه المرحلة أيضا صدور العديد من التشريعات التنظيمية تمثلت في ما يأتي:

أ- المرسوم 215-70 المؤرخ في 15 ديسمبر 1974 القاضي بإحداث صندوق التأمين على الشيخوخة لغير الأجراء التابعين للقطاع غير الفلاحي.

[1] Nacer-Eddine Hamm Ouda et Walid M'enrouai، « Le système algérien de protection sociale: entre Bismarckien et Beveridge ، «In Algérie: 50 ans de développement Etat-Economie-société، ed CREAD، division: développement humain et Economie sociale Alger 2012.

ب- المرسوم رقم 74-87 يوسع شمول الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء في القطاع غير الفلاحي إلى العمال غير الأجراء

ج- المنشور 08-74 المؤرخ في 30 جانفي 1970 الذي وضع معظم أنظمة الضمان الاجتماعي تحت وصاية وزارة العمل والشؤون الاجتماعية باستثناء النظام الزراعي الذي بقي تابعاً لوزارة الفلاحة.

د- صدور القانون الاساسي للعمال رقم 12-78 المؤرخ في 05 اوت 1978 والذي نصت في المادة 187 على حق العمال في الضمان الاجتماعي.

وشكلت هذه الإجراءات التنظيمية دفعاً نوعياً للخدمات المقدمة للمستفيدين، ومرحلة انتقالية في مشروع الإصلاح العام لمنظومة الحماية الاجتماعية في الجزائر، لكنها بقيت ذات طابع قطاعي مقسم ومبعثر. ولذلك شرع مند مطلع الثمانينيات من القرن الماضي في التمهيد لإصلاح جذري وعام لمنظومة الضمان الاجتماعي وأهم ما يميز هذه المرحلة هو تنوع الأنظمة إذ كانت فئة من العمال أو الموظفين تخضع لنظامها الخاص وكان هذا التنوع مبرر بتنوع قطاعات النشاط مما جعل نظام الضمان الاجتماعي الجزائري بهذه الصفة معقد سواء في التنظيم أو التسيير، وبقي الحال على ذلك الى غاية سنة 1970 اين بدأت الاجراءات الأولى لمحاولة خلق نوع من التجانس بين هذه الانظمة فجاء المرسوم 70-116 المؤرخ في 1 اوت 1970 الذي اعاد تنظيم الضمان الاجتماعي بإنشاء صناديق متخصصة، مع ضم نظام التأمين الفلاحي بموجب الامر الصادر في 5 أفريل 1971 في سياق الثورة الزراعية 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 التأمينات الاجتماعية.[1]

ثالثا: مرحلة ما بعد 1983

إن سنة 1983 هي سنة التحول الجذري لنظام الضمان الاجتماعي بحيث ظهرت خمس05 قوانين و17 مرسوما متعلقة بالتأمينات الاجتماعية وحوادث العمل الأمراض المهنية) وواجبات المكلفين، وأيضا المنازعات في مجال الضمان الاجتماعي التي تم إنشاؤها رسميا.[2]

حيث يلاحظ أنه تم التخلي عن جميع الأنظمة السابقة والتوجه إلى فكرة نظام موحد شامل خاص بالضمان الاجتماعي يتسم بتوحيد الاشتراكات وامتيازات لصالح كل العمال بجميع فئاتهم هذا التنظيم

[1] الطيب سماتي: الإطار القانوني للتأمينات الاجتماعية في التشريع الجزائري ومشاكله العملية. مداخلة مقدمة ضمن ندوة حول: مؤسسات التأمين التكافل والتأمين التقليدي بين الأسس النظرية والتجربة التطبيقية، جامعة فرحات عباس- سطيف، خلال الفترة 26أفريل 2011 ، ص 22.

[2] د. بوحنية قوي وأ. عزيز محمد الطاهر، التسيير الذاتي للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية بالجزائر- الإطار التنظيمي ومعيقاته-دفاتر السياسة والقانون، العدد السابع ، كلية الحقوق والعلوم الساسية الجزائر، جوان 2012. ص5.

الجديد الذي يميز المرحلة الحالية يحقق قدرات كبيرة من التضامن، يوفر أداءات من مستوى رفيع ويسمح بتوسيع رقعة المستفيدين.

إن توحيد أنظمة وأجهزة الضمان الاجتماعي يبدو جليا من خلال المرسوم رقم 92-07 المؤرخ في 04 جانفي 1992 جانفي والذي يتضمن الصفة القانونية لصناديق الضمان الاجتماعي وكذا تنظيم الإداري والمالي وهذا المرسوم ينظم ويقسم الضمان الاجتماعي إلى:

- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء بالترخيص(ص، و، ت،أ).
- الصندوق الوطني للتقاعد بالترخيص (ص.و.ت).
- الصندوق لضمان الاجتماعي لغير الأجراء بالترخيص (ص،أ، غ،أ)

حيث يتميز الصندوق بالشخصية المعنوية والاستقلالية المالية وكل صندوق يسير عن طريق مدير يعين من طرف وزير القطاع لكل من الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء والصندوق الوطني للتقاعد مجلس إدارة يضم ممثلين عن العمال آخرين عن المستخدمين وكذا ممثلين عن الدولة. أما مجلس إدارة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال غير الأجراء فهو مكون من مختلف الفئات المهنية الشاملة للقطاع التجاري والحرفي والزراعي والحر...إلخ. ولحماية الأجراء من خطر فقدان العمل بصفة لا إرادية لأسباب اقتصادية تم إنشاء صندوق يدعى "الصندوق الوطني للتأمين على البطالة" وذلك بموجب المرسوم التشريعي رقم 94-09 المؤرخ في 26 ماي 1994 والذي يتضمن الحفاظ على الشغل وحماية الأجراء الذي نقد يفقدون عملهم بصفة لا إرادية يحدد هذا المرسوم أسس وشروط الاستفادة منه وطبيعة وكذا مستوى أداءاه.

المطلب الثاني: أهداف نظام التأمين الاجتماعي في الجزائر

الهدف الرئيسي لمؤسسات وهيئات الضمان هو حماية المواطنين من المواطن، من اية مخاطر قد تحدث بهم اثناء او قبل او بعد اداء مهامهم المختلفة، وتحت هذا الهدف الرئيسي تندرج وتوضع العديد من الأهداف المهمة الأخرى لنظام التأمينات الاجتماعية .

فان مهام الضمان الاجتماعي على امتداد مراحل تطوره، وضعت له العديد من الأهداف التي تخدم مصلحة المواطن، ونهج السياسة الاقتصادية المتبعة، ومن بين تلك الأهداف نذكر ما يلي:

- ربط وتوجيه أهداف وزارة العمل والحماية الاجتماعية في ما يخص برامجها المتعلقة بالصحة والبرنامج الاجتماعي، مناصب العمل والقطاع العائلي؛

- محاولة التقليل من حوادث العمل ومختلف الأخطار المحيطة بالعامل من خلال دراسة هذه المعطيات ومحاولة إيجاد الحلول الممكنة للتقليل من آثارها من جهة، ثم التأمين على الضحايا في حالة وق وعها من جهة أخرى؛
- توفير الخدمات الاجتماعية المختلفة المتعلقة بالضمان الاجتماعي للفئات المأجورة وغير المأجورة
- لعب دور الوسيط مع بعض القطاعات والمؤسسات (الصيادلة، المؤسسات الصحية، مؤسسات المعالجة بالمياه المعدنية، عيادات إعادة التأهيل) وذلك من خلال تحملها لجزء كبير من هذه الفئات؛
- le contrôle médicale أي تنظيم المراقبة الطبية؛
- ضمان واعتماد موافقات الأداءات الدولية ضمان ترقيم وتسجيل مختلف المؤمنين بما يسمح لهم الاستفادة من خدمات النظام بطريقة سهلة من جهة وبما يسهل لهم دفع وتسوية من جهة أخرى؛
- وضع صناديق وطنية وجهوية وولائية وتوفير الإمكانيات المادية والبشرية للسهر على تطبيق واحترام تنظيم المراسيم والتشريعات المتعلقة بالنظام، وجعل شعار وخدمة العامل الأولوية الأولى؛ وأخيرا المساهمة في التوعية التأمينية للمكلفين للاستفادة من مختلف المزايا والخدمات التي تقدمها صناديق الضمان الاجتماعي.[1]

المطلب الثالث: نطاق تغطيته الإجتماعية

قد خصصنا هذا العنصر لإبراز معالم التغطية الاجتماعية التي توفرها هيئات الضمان الاجتماعي الجزائري، من خلال التعرف على الأخطار المغطاة من قبلها، وكذا الأشخاص المستفيدون من هذه التغطية، حيث تتمثل في:

أولا: التأمين على المرض

يحق للعمال التعويضات المختلفة المتعلقة بالمرض. هذه التعويضات تتعلق بالمؤمنين و(ذوي الحقوق)، ويمكنهم الاستفادة من العلاجات المباشرة دون مقابل وذلك وفقا للاتفاقيات المبرمة بين الضمان الاجتماعي وممثلي الأطباء، الصيدليات، المؤسسات العلاجية وعمال سلك الشبه طبي.

إن الأداءات العينية للتأمين على المرض تتمثل في المصاريف التالية: العلاج، الجراحة، الأدوية، الإقامة بالمستشفى، الفحوص البيولوجية والكهر وديو غرافيه والنظرية، علاج الأسنان واست خلافها

[1] ملخص فعاليات الندوة الوطنية الأولى حول الحماية الاجتماعية، المنظمة من طرف وزارة العمل والحماية الاجتماعية، بالمعهد الوطني للعمل، سنة 2000.

الاصطناعي، النظارات الطبية، العلاج بمياه الحمامات المعدنية والمتخصصة، الأجهزة والأعضاء الاصطناعية، الجبارة الفكية والوجهية، إعادة التدريب الوظيفي للأعضاء، إعادة التأهيل المهني، النقل بسيارات الإسعاف وغيرها من وسائل نقل المرض، الأداءات المتعلقة بتحديد النسل.

ثانيا: التأمين على الأمومة

تشمل الأداءات العينية للتأمين على الأمومة كفالة المصاريف المترتبة على الحمل والوضع وتبعاته حيث يغطي: مصاريف الطبية والصيدلانية، مصاريف الإقامة بالمستشفى للأم والطفل المولود.

ثالثا: التأمين على العجز

هذا التأمين يضمن للعامل معاشا للعجز يعطي للمنخرط الذي يتعذر عليه القيام بأي نشاط سواء جزئيا أو كليا، فمثلا عند وفاة المستفيد من معاش العجز يحول معاش العجز إلى معاش لفائدة ذوي الحقوق. وفي سن التقاعد يحول معاش العجز إلى معاش التقاعد.

رابعا: التأمين على الوفاة

إن التأمين على الوفاة يهدف إلى إفادة ذوي حقوق المؤمن المتوفي من منحة تعرف بمنحة الوفاة.

خامسا: التأمين على الشيخوخة

يهدف التأمين على الشيخوخة إلى إفادة المؤمن بمنح مباشرة يمكن أن يضاف إليها زيادة الزوج المكفول، وبعد الوفاة تتحول منحة التقاعد إلى منحة التقاعد المنقول لذوي الحقوق.

سادسا: التأمين على البطالة:

يهدف التأمين على البطالة إلى توفير تغطية للعاطلين عن العمل، وإتاحة الفرصة لهم للاستفادة من مصادر دخل أخرى، وهذا عن طريق العديد من الإجراءات الموضوعة من قبل الدولة كمنح القروض للقيام بمشاريع مصغرة. [1]

المطلب الرابع: الأشخاص المستفيدون من الضمان الاجتماعي

يقصد بالأشخاص المستفيدون طرفين اثنين: المؤمنين عليهم وذوي الحقوق، حيث يتعلق الأمر بالأشخاص الطبيعيين الممارسين بالفعل نشاط تجاري أو مهني وفقا للشروط المحددة وفقا للتنظيم المعمول به. أما ذوي الحقوق فهم الأشخاص الآتي ذكرهم:

[1] درار عياش: أثر نظام الضمان الاجتماعي على حركة الاقتصاد الوطني: دراسة لصندوق الوطني للضمان لاجتماعي لغير الاجراء casons شبكة بومرداس . مذكرة مقدمة متطلبات الحصول على شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، فرع التحليل الاقتصادي، جامعة بن يوسف خدة – الجزائر السنة الجامعية 2004-2005، مرجع سابق، ص 8.

أولا: الزوج

حيث لا بد أن يكون عاطلا عن العمل ولا يتمتع بأي مدخول من نشاط مهنيا مأجورا أو غير مأجور

ثانيا: الأولاد المكفولون

ونشير هنا إلى سبع حالات هي: أقل من ثمانية عشر سنة. أقل من واحد وعشرون سنة ويواصلون دراستهم. الأولاد البالغون أقل من خمس وعشرون سنة والذين لديهم عقد تمهين. الأطفال المكفول ون والحواشي من الدرجة الثالثة من الإناث دون دخل مهما كان سنهم. الأولاد مهما كان سنهم من ذوي العاهات والأمراض المزمنة. الأولاد المكفولين بحكم كفالة المؤمن. الأولاد الذين تم تربيتهم من طرف المؤمن.

ثالثا: الأصول

وهم والدي المؤمن وأصوله مهما صعدوا، لما لا تتجاوز مواردهم الشخصية المبلغ الأدنى لمعاش التقاعد وللاستفادة من الأداءات المذكورة سابقا ولا بد من توفر بعض الشروط في المستفيد وهما نوعان[1]:

1. الشروط العامة:

وتتمحور حول نقطتين أساسيتين هم: الانتساب والتكليف، أي أنه للاستفادة من كل الأداءات يجب على العامل أن يقوم بعملية الانتساب والتسجيل في صناديق الضمان الاجتماعي للأجراء وغير الأجراء(حسب الحالة) المتمثلة إقليميا على كل التراب الوطني بواسطة الوكالات والفروع، ثم دفع الاشتراكات وما يترتب عنها (من العقوبات والزيادات على التأخير).

2. الشروط الخاصة:

فاستثناء التأمين على المرض والأمومة التي تحتفظ بنفس الشروط، فالأخطار الأخرى لها شروط خاصة حيث يعطى الحق في الأداءات والتعويضات العينية شريطة أن يكون طلب التسجيل قد تم قبل خمس عشرة يوما على الأقل من تاريخ تلقي العلاج.

رابعا: التأمين على العجز:

للاستفادة من معاش العجز يجب على المنخرط الاستجابة إلى الشروط التالية

- أن يكون مصابا بعجز كلي يجعله غير قادر مطلقا على الاستثمار في ممارسة أي مهنة.

[1] درار عياش، مرجع سابق، ص8.

- تنطلق عملية الاستفادة من التأمين على العجز بعد انقضاء أجل ستة أشهر من التاريخ الذي يلحق أو يلي المعاينة الطبية للمرض أو الحادث أو أي إصابة أخرى نتج عنها العجز.
- يستمر العاجز الاستفادة من هذه المنحة حتى بلوغ السن القانونية للمعاش.
- أن يكون مسجلا على الأقل منذ سنة قبل تاريخ المعاينة الطبية للمرض أو الحادث أو الإصابة المتسببة في حالة العجز

خامسا: التأمين على الوفاة

يشترط إضافة إلى الشروط العامة المذكورة سلفا وجوب ممارسة النشاط من قبل المنخرط عند الوفاة.

سادسا: التأمين على الشيخوخة (التقاعد)

ونتطرق في هذا المجال إلى نوعين من التأمين:

1. معاش التقاعد:

وحتى يستفيد المتقاعد من المعاش يجب عليه أن تتوفر فيه الشروط التالية: توفر السن القانونية للتقاعد (60 رجال و55 نساء بالنسبة للعمال الأجراء و65 رجال و60 نساء بالنسبة للعمال غير الأجراء)، القيام بعمل فعلي ودفع الاشتراكات خلال فترة تقدر على الأقل 15 سنة. كما يستفيد المتقاعدين الذين يمتلكون صفة المجاهدين في صفوف جبهة التحرير الوطني إبان الثورة أو أبناء هدين من مزايا أخرى هي: السن المطلوب للاستفادة من معاش التقاعد مخفض ب 5 سنوات، ونسبة 10 % إضافية لكل سنة عن العجز الناجم عن الثورة. حيث تحسب سنوات المشاركة الفعلية في حرب التحرير الوطني بضعف مدتها وذلك لإنشاء الحق في معاش التقاعد.

2. منحة التقاعد:

يستفيد العامل الأجير أو غير الأجير على حد سواء ببلوغ السن الشرعية للتقاعد والذي لم يستوفي شروط مدة العمل الفعلي من منحة التقاعد. وللحصول عليها لا بد من بلوغ السن القانوني السابق الذكر، كما يشترط التصديق على 5 سنوات على العقل العمل لمدة لا تقل عن 5 سنوات.[1]

[1] درار عايش، مرجع سابق، ص9.

المطلب الخامس: مصادر تمويل قطاع الضمان الاجتماعي في الجزائر

توجد العديد من المصادر التي يمكن لمؤسسات الضمان الاجتماعي الاستفادة منها في الحصول على الاموال اللازمة للقيام بعملياتها المالية والوفاء بالتزاماتها غير انها تعتمد أساسا على مصدرين رئيسيين هما الاقتطاعات وميزانية الدولة.

أولا: اقتطاعات التأمينات الاجتماعية

تعد اقتطاعات التأمين أهم وأكبر مصدر للأموال بالنسبة لمؤسسات الضمان الاجتماعي، وفي القانون الجزائري فإن معدل الاقتطاع بالنسبة للعمال الأجراء هو 34.5 % من الأجر الخاضع للاقتطاعات المحدد قانونا، ويحسب هذا المعدل كما يلي:

الجدول رقم (01): معدل اقتطاع التأمين للعمال الأجراء

الفروع	ارباب العمل	العمال	حصة الخدمات الاجتماعية	المجموع
التأمينات الاجتماعية	%12.5	%1.5	-----	%14
حوادث العمل والامراض المهنية	%1.25	-----	-----	%1.25
التقاعد	%10	%6.75	%0.5	%17.25
التقاعد المبكر	%0.25	%0.25	------	%0.5
التأمين على البطالة	%1	%0.5	------	%1.5
المجموع	%25	%9	%0.5	%34.5

Source: Ministère du travail, de l'emploi et de le sécurité sociale: présentation du système de: Sécurité sociale algérien, http://conselho.saude.gov.br/cm/docs/ présentation-sécurité-social algerie.pdf P05

أما بالنسبة للعمال الغير أجراء، فإن معدل الاقتطاع الإجمالي هو 15%، محسوب على أساس الدخل الغير الخاضع للضريبة، أو على وتقسم هذه النسبة مناصفة بين التأمينات .(SNMG) أساس رقم الأعمال، وفي بعض الحالات على أساس الحد الأدنى للأجر السنوي الاجتماعية والتقاعد.

وبالنسبة للفئات الخاصة الغير نشيطة، فإن معدل الاقتطاع الذي هو على عاتق ميزانية الدولة يتراوح بين 0.5 % و7% من الحد الأدنى للأجر المضمون.

ثانيا: تدخل ميزانية الدولة

تقوم العديد من الدول بتمويل جزء من نظام تأميناتها الاجتماعية من خلال الاعلانات والتحويلات الحكومية وهي تمثل اقتطاعات مثل :الأطفال، ربات البيوت، البطالين، ...الخ، وفي بعض الدول تدفع هذه الإعانات باسم الخدمات الصحية مثل التلقيح، المعالجة الطبية، ...الخ. وفي بعض الدول تصل نسبة التمويل الحكومي

للضمان الاجتماعي إلى حدود: 60 %، وهو ما يمثل إشكالية كبيرة بالنسبة لميزانية الدولة.

وبالنسبة للحالة الجزائرية، فإن ميزانية الدولة تتدخل من خلال صرف الإعانات والمنح العائلية، إضافة إلى النفقات الموجهة لخدمة التضامن الوطني بالنسبة للمتقاعدين الذين يتقاضون منح تقاعد منخفضة. وفي سنة 2006، ومن خلال أمر مرسوم رئاسي، تم إنشاء الصندوق الوطني لأموال التقاعد، والذي يمول أساسا عن طريق توجيه 2% من الجباية البترولية، ويمثل هذا إصلاحا عميقا موجه للمساهمة في تأمين نظام التقاعد للأجيال المستقبلية.

وفي سنة 2010، أقر قانون المالية إنشاء صندوق وطني للضمان الاجتماعي، يمول جزء منه من خلال رسم على التبغ، ورسم على السفن والبواخر الموجهة للسياحة والمتعة، بالإضافة إلى اقتطاع نسبة 5% من الفوائد الصافية لمستوردي الدواء.

بالإضافة إلى الاقتطاعات والمساعدات الحكومية، توجد هناك بعض مصادر التمويل لنظام الضمان الاجتماعي، نذكر منها: عوائد صناديق الاستثمار، المساهمات والحقوق المقدمة من طرف العمال الموجهة إلى خدمة التأمين على البطالة والتقاعد المبكر، الزيادات والقيم المالية لمخالفات التأخيرات وبعض العقوبات الأخرى،...الخ.[1]

وعليه يمكن القول أن تدخل ميزانية الدولة في قطاع الضمان الاجتماعي محدود جـــدا، بحيث لا توفر سوى جزء قليل من احتياجاته التمويليـــة الكلية (لكل مؤسساته)، كما أن مصـــادر التمويـل الأخرى –كالاستثمارات وغيرها– قليل جدا على اعتبار أن الاقتصاد الجزائري هو اقتصاد ذو بنية هيكلية وإنتاجية ضعيفة جدا، ومنغلق على نفسه، مما يجعل حجم الفرص الاستثمارية المربحة صغير جدا.

وبالتالي نستنتج أن مؤسسات قطاع التأمينات الاجتماعية الجزائري تعتمد أساسا على اقتطاعات المؤمنين في توفير التمويل اللازم للوفاء بالتزامات تأمين الأفراد المسجلين لديها

[1] د. عمار جفال، مدير مختبر البحوث والدراسات المغاربية نفس منظومة الحماية الاجتماعية، ص143.

الجدول رقم (02): تطور نسبة الاشتراكات في صندوق الضمان الاجتماعي

1985	1991	1995	1998	2011
%24	%29	%31.5	%33	%35

المصدر: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

والملاحظ أن النسبة الأعلى من تكاليف الضمان الاجتماعي يتحملها المستخدم بنسبة 25 بالمائة والعامل بنسبة 09 بالمائة كما يبينه الجدول المفصل أدناه:

الجدول رقم (03): توزيع تكاليف الضمان الإجتماعي

الفروع	الحصة التي يتكفل بها المستخدم	الحصة التي يتكفل بها العامل	حصة صندوق الخدمات الاجتماعية	المجموع
التأمينات الاجتماعية	%25	%9	---	%14

Source : Financement de l'assurance maladie en Algérie. In: http://www.coopami.org

تنخفض نسب الاشتراك في الضمان الاجتماعي بالنسبة لفئات اجتماعية أخرى تماشياً مع خصوصيات وظروف هذه الفئات مثل: قطاع البناء والأشغال العمومية والري. كما تتحمل خزينة الدولة نسب الإشتراكات المقررة على الفئات الخاصة وهي:

- المعوّقون 0.5؛
- الطلبة 2.5؛
- العاملون عند الخواص لحسابهم الخاص 0.6؛
- والممتحنون 0.1.

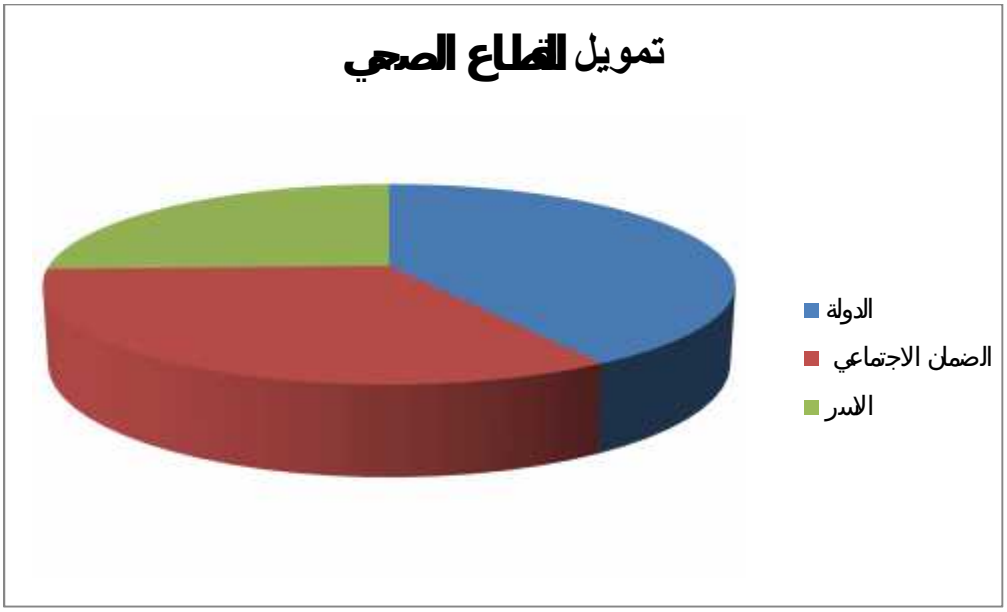
الجدول رقم (04): تطور مصادر تمويل الصحة في الجزائر 1974-2009

السنة	الدولة	الضمان الاجتماعي	الافراد	السنة	الدولة	الضمان الاجتماعي	الافراد
1974	76.51	23.49	0.00	1999	42.56	29.33	28.10
1979	60.88	38.58	0.54	2000	47.27	26.02	26.70
1983	48.04	49.13	2.83	2001	51.62	25.77	22.60
1986	36.60	61.40	2.00	2002	48.42	26.88	24.70
1987	34.21	64.20	1.59	2003	50.38	27.01	22.60
1988	27.50	51.20	21.3	2004	48.43	24.01	27.50
1992	30.50	38.87	29.3	2005	51.16	23.63	25.20
1994	34.50	37.10	27.00	2006	53.8	27.04	18.8
1996	38.45	35.64	25.90	2007	50.7	30.9	18.4
1997	37.93	32.57	29.50	2008	55.1	31	13.9
1998	34.09	39.70	26.20	2009	55.2	31	13.8

Source: Kaid Tlilane N. « La problématique du financement des soins en Algérie » , Revue Internationale de sécurité sociale n°4 vol.57 Editions scientifiques européennes ; Oct-Décembre 2004, p.116.

+ OMS: Rapport sur la santé dans le monde 2002,2004 et 2006. In www.who.int

الشكل رقم (01): تمويل القطاع الصحي في الجزائر



المصدر: عياشي نورالدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 31، المجلد ب، ص 303.

تعرف صناديق الضمان الاجتماعي في الجزائر صعوبات مالية، جراء النمو المستمر للنفقات الصحية، في ظل الوضع الاقتصادي الذي يتميز بمعدل بطالة مرتفع، وصل إلى حدود 13.8 % في سنة 2007 إضافة إلى ضعف مستويات التصريح بالعمال، على مستوى مؤسسات القطاع الخاص وتزايد نشاط الاقتصاد غير المنظم.

كل ذلك له تأثير سلبي على تمويل منظومة العلاج في الجزائر، في ظل تراجع مستوى الاشتراكات الاجتماعية، ومعها انخفاض في العائدات، مقابل الارتفاع في حجم النفقات، ففيما يتعلق بتعويض الأدوية، فقد بلغت في سنة 2007 نسبة 45.7 % من إجمالي النفقات الصحية للضمان الاجتماعي، بعد أن كانت تقدر بنسبة 33 % في سنة 2000 أما الاستهلاك السنوي لكل مستفيد من نظام التأمين على المرض، فقد تضاعف 3 مرات خلال 07 سنوات، لينتقل من حيث القيمة من 1036 إلى 3243 دينار جزائري بين سنتي 2000 و2007 هذه المعطيات يوضحها الجدول الموالي.

الجدول رقم (05): نفقات الأدوية للضمان الاجتماعي في الجزائر 2000-2007

السنوات	2000	2007
اجمالي النفقات الصحية للضمان الاجتماعي مليار دينار جزائري	%20.79	%64.56
نسبة نفقات الصحية للضمان الاجتماعي	%33	%45.68
النفقات السنوية لكل مستفيد بالدينار	1036	3243

المصدر: عياشي نور الدين، مرجع سابق ص 304.

جعلت هذه الوضعية الجزائر تتبنى جملة من الإجراءات الهادفة إلى تخفيض فاتورة الدواء من خلال منع استيراد الأدوية المدونة في الوصفات الطبية.

لقد عرفت النفقات الصحية لنظام الضمان الاجتماعي، نموا متسارعا في السنوات الأخيرة. هذه بواقع النفقات تأتي بالأساس من الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي للعمال الأجراء(96.5% cnas) من القيمة الإجمالية في سنة 2004، مقابل3.5% (casnos) للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء وبالنظر للمؤشرات الحالية، فإن موارد الضمان الاجتماعي المخصصة للصحة، لن تعرف على المدى المتوسط، نفس وتيرة النمو التي عرفتها في السنوات الأخيرة.[1]

[1] موراد تهتان: العلاقة بين الضمان الاجتماعي والقطاع الصحي في الجزائر، الملتقى الدولي السادس حول اتجاهات عصرنة نظم الحماية الاجتماعية في العالم حالة الجزائر جامعة خميس مليانة، 16-17 جوان 2013.

المبحث الثاني: التأمين الصحي

يشمل التأمين الصحي في الجزائر الرعاية الصحية والحماية التأمينية للمريض في العلاج وفي تعويض الأجر خلال فترة العجز المؤقت أو التوقف عن العمل بسبب المرض، وحق الانتفاع بهذا النوع من التأمين يشترط الاشتراك لمدة سنة إلّا العاملين بوحدات الجهاز الإداري للدولة والهيئات العامة والمؤسسات العامة والقطاع العام فلا داعي لاشتراط المدة لأنه عند التحاقهم بالعمل في هذه الجهات يكونوا قد خضعوا لكشوفات أثبتت مدى ملاءمتهم وسلامتهم

المطلب الأول: التأمين الصحي في نظام التأمينات الاجتماعية

يتكون نظام التأمينات الاجتماعية الجزائري من خمسة مؤسسات أساسية هي: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء CNAS، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الاجراء CASNOS، الصندوق الوطني للتقاعد CNR الصندوق الوطني للعطل المدفوعة الاجل والبطالة الناجمة عن سوء الاحوال الجوية في قطاعات البناء، الاشغال العمومية والري CACOBATH الصندوق الوطني للتأمينات على البطالة CNAC، حيث تتشارك هذه الهيئات في تقديم خدمات التأمين للعديد من الاخطار التي يمكن يتعرض لها الاشخاص

أولا: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء CNAS

ويعد أقدم الصناديق الموجودة في نظام التأمينات الجزائري، إذ يتواجد منذ نشوء النظام عام 1957، وهو مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص، طبقا للمادة 49 من القانون رقم 88-**01** المؤرخ في 12 يناير 1988 المتضمن القانون التوجيهي للمؤسسات العمومية الاقتصادية، يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلالية المالية، ويضطلع الصندوق بالقيام بالمهام الآتية:[1]

- تسيير أداءات التأمينات الاجتماعية (المرض، الأمومة العجز والوفاة (وكذا حوادث العمل والأمراض المهنية؛
- تسيير المنح العائلي لحساب الدول؛ وتحصيل الاشتراكات
- الرقابة والمنازعات المتعلقة بتحصيل الاشتراكات الموجهة لتمويل الأداءات؛
- منح رقم تسجيل وطني للمؤمن لهم اجتماعيا وكذا أصحاب العمل المساهمة في ترقية السياسة الرامية إلى الوقاية من حوادث العمل والأمراض المهنية ؛

[1] من موقع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء على شبكة الانترنت المدة 16:30 تاريخ الاطلاع:/18-4-2016 http://www.cnas.Dz .com

- تسيير الأداءات المتعلقة بالأشخاص المستفيدين من الاتفاقيات الثنائية للضمان الاجتماعي؛
- إجراء الرقابة الطبية لفائدة المستفيدين؛
- القيام بالنشاطات الرامية إلى تمكين العمال وذوي حقوقهم من الأداءات الجماعية، على شكل إنجازات ذات طابع صحي واجتماعي تسيير صندوق المساعدة والنجدة وإبرام اتفاقيات مع مقدمي العلاج.

ويتولى مجلس الإدارة إدارة الصندوق، وهو خاضع لوصاية وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي، ويتكون من مديرية و49 وكالة ولائية، اثنان منهما بالجزائر العاصمة، بالإضافة إلى المئات من مراكز الدفع موزعين عبر كامل التراب الوطني

ثانيا: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء CASNOS

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء أي الصندوق الوطني للضمان على الشيخوخة لغير الأجراء سابقا CASNOS تم انشاؤه وفقا للقانون رقم 07-92 المؤرخ في 04-01-1992، المتعلق بتنظيم الإطار القانوني والإداري والمالي وذلك من خلال التغطية الاجتماعية لغير الأجراء (التعويضات الأداءات) تحصيل الاشتراك من غير الأجراء، استعمال الاشتراكات المحصلة لتغطية التعويضات الأداءات الاجتماعية.[1]

تم الحصول على استقلالية الصندوق سنة 1995، ويتكون هيكله التنظيمي من وكالة مركزية و13 وكالة جهوية و35 شبكة ولائية، وتتمثل مهام الوكالة المركزية فيما يلي:

- التنظيم والمراقبة والمتابعة لنشاط الوكالة الوطنية؛
- إصدار التعليمات وتنظيمات العمل واللوائح المسيرة لنشاط بقية الوحدات؛
- ترقية نظام التسيير لفروع الصندوق؛
- وضع نظام إعلامي آلي للمراقبة والمتابعة من أجل تحقيق أهداف الصندوق؛
- ضمان التوازن المالي للقطاع.

ثالثا: الصندوق الوطني للتقاعد CNR

وهو هيئة عمومية تتمتع بالشخصية القانونية والاستقلال المالي، أنشئ هذا الصندوق بنص المرسوم رقم 85-223 المؤرخ في 20 أوت 1985، والذي تم استبداله بالمرسوم رقم 92 -07 المؤرخ في 04 جانفي1992 ، المتعلق بكيفية تسيير صناديق الضمان الاجتماعي والتنظيم الإداري والمالي للتأمين

[1] عياشي نورالدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية ،مجلة العلوم الإنسانية، العدد 31 المجلد، مرجع سابق، ص105.

الاجتماعي. 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 نشاطهم وقد حددت مهام الصندوق في المادة التاسعة من المرسوم رقم 92-07 المؤرخ في 04 جانفي 1992، وهي كالتالي[1]:

- تسيير أجور ومنح التقاعد، إضافة إلى أجور ومنح ذوي الحقوق؛
- تسيير الأجور والمنح المقدمة وفق التشريع الداخلي ل 01 جانفي 1984 حتى انتهاء حقوقها؛
- ضمان التحصيلات، المراقبة وحل النزاعات المتعلقة بالأقساط الموجهة لتمويل خدمات التقاعد
- تطبيق تشريعات ونصوص الاتفاقيات الدولية المتعلقة بالتأمين الاجتماعي؛
- ضمان توفير المعلومات للمستفيدين والعمال تسيير صندوق المساعدة والنجدة بتطبيق المادة 52؛ من القانون رقم 83 المؤرخ في 02 جويلية 1983 المتعلق بالتقاعد.

رابعا: الصندوق الوطني للعطل المدفوعة الأجل والبطالة الناجمة عن سوء الأحوال الجوية في قطاعات البناء، الأشغال العمومية والري CACOBATH

وهو هيئة عمومية ذات تسيير خاص، يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تم إنشاؤه بموجب المرسوم رقم 97-45 المؤرخ في 26 رمضان 1417 الموافق ل 04 فيفري 1997، وهذا بسبب الحاجة لتنظيم تسيير خاص للعطل المدفوعة والبطالة المتعلقة بسوء الأحوال الجوية المتعلقة بقطاع البناء، الأشغال العمومية والري.

ويقوم الصندوق بالقيام بالمهام التالية[2]:

- ضمان تسيير العطل المدفوعة والبطالة المتعلقة بسوء الأحوال الجوية التي يستفيد منها العمال في قطاعات البناء، الأشغال العمومية والري؛
- القيام بإجراءات الترقيم للمستفيدين وأرباب عملهم
- ضمان الإعلام والتوجيه للمستفيدين وأرباب عملهم
- تحصيل الاقساط وفق الاجراءات المعمول بها
- إنشاء صندوق احتياط موجه لضمان تسديد التعويضات في أي حال من الأحوال.

[1] موقع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للتقاعد على شبكة الانترنت مدة الاطلاع 10:35 تاريخ الاطلاع: http://www.cnas.dz 5-/، 04-2016

[2] موقع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على شبكة الانترنت تاريخ الاطلاع: 12:00 ،http://www.cnas.dz 5-04-2016/

ويخضع الصندوق لوصاية وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي، وتتم إدارته من طرف مجلس إدارة يرأسه مدير عام، وهو يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وله العديد من المقرات والوكالات الجهوية.

خامسا: الصندوق الوطني للتأمينات على البطالة CNAC

منذ تاريخ إنشاءه سنة 1994 كمؤسسة عمومية للضمان الاجتماعي (تحت وصاية وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي) تعمل على "تخفيف" الآثار الاجتماعية المتعاقبة الناجمة عن تسريح العمال الأجراء في القطاع الاقتصادي وفقا لمخطط التعديل الهيكلي، عرف الصندوق الوطني للتأمين عن البطالة (ص. و. ت. ب) في تطبيق نظام تعويض البطالة لفائدة العمال الأجراء الذين فقدوا مناصب شغلهم بصفة لا إرادية ولأسباب اقتصادية.

من مهن الصندوق الأولى، دفع تعويض البطالة الذي استفاد منه لغاية أواخر سنة 2006 في مساره عدّ ة مراحل مخصصّة للتكفل بالمهام الجديدة المخوّلة من طرف السلطات العمومية.

ابتداء من سنة 1994، شرع الصندوق الوطني للتأمين عن البطالة (ص. و. ت. ب) 189.830 عاملا مسرحًا من مجموع:

201.505 مسجّلاً، أي بنسبة استيفاء 94 %. وانطلاقا من سنة 1998 إلى غاية سنة 2004، قام الصندوق الوطني للتأمين عن البطالة (ص. و. ت. ب) بتنفيذ إجراءات احتياطية بإعادة إدماج البطالين المستفيدين عن طريق المرافقة في البحث عن الشغل والمساعدة على العمل الحرّ تحت رعاية مستخدمين تّم توظيفهم وتكوينهم خصيصا ليصبحوا مستشارين– منشطين على مستوى مراكز مزودة بتجهيزات ومعّدات مخصصّة لهذا الشأن.[1]

ابتداء من سنة 2010، سمحت الإجراءات الجديدة المتخذة لفائدة الفئة الاجتماعية التي يتراوح عمرها ما بين ثلاثين (30) وخمسين50 سنة الالتحاق بالجهاز، بمزايا متعددة منها مبلغ الاستثمار الإجمالي الذي أصبح في حدود عشرة (10) ملايين دج بعدما كان لا يتعدى خمسة (05) ملايين دج، وكذا إمكانية توسيع إمكانات إنتاج السلع والخدمات لذوي المشاريع الناشطين.

[1] موقع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على شبكة الانترنت مدة الاطلاع 14:45 تاريخ الاطلاع: 5-04-/، http://www.cnas.dz 2016.

المطلب الثاني: الحالات الصحية المعنية في نظام التأمينات الاجتماعية

تتمثل الحالات الصحية المعنية في نظام التأمينات الإجتماعية في:

أولا: الأمومة

تشمل الرعاية المتعلقة بالأمومة قانوناً مجموع المراحل والتكاليف المتعلقة بالولادة، ولذلك فهي تتضمن الأداءات العينية للتأمين على الأمومة، كفالة مصاريف الحمل والوضع وتبعاته، وتغطية المصاريف الطبية والصيدلانية، والإقامة بالمستشفى للأم والطفل، وتعويض أيام العطل المرضية وعطلة الأمومة.

ثانيا: التأمين على المرض

يحق للعمال التعويضات المختلفة المتعلقة بالمرض لهم ولذوي الحقوق. ويمثل ذوو الحقوق نسبة هائلة من المستفيدين لأنها تتضمن الاستفادة من الرعاية الصحية للزوج العاطل، والأبناء المتمدرسين إلى غاية 21 سنة، والأطفال المكفولين، والحواشي من الدرجة الثالثة، والإناث دون دخل مهما كان سنهن، والأولاد مهما كان سنهم من المعوّقين، وذوو المرض المزمن والأولاد المكفولين بحكم كفالة المؤمن والأصول وهم: والدا المؤمن وأصوله مهما صعدوا.

تشمل الأداءات العينية للتأمين على المرض قائمة طويلة، بما في ذلك بعض الخدمات المكلفة جدا وتتمثل في هذه القائمة على الخصوص في الفحوص الإقامة بالمستشفى العلاج والجراحة والنظارات الطبية الأدوية والأجهزة والأعضاء الاصطناعية ومعالجة الأسنان والعلاج بالحمامات المعدنية والمتخصصة، الجبارة واعادة التدريب الوظيفي للأعضاء حوادث العمل: يتكفل الضمان الاجتماعي بتعويضات حوادث العمل لفئات عديدة من المجتمع. ويستفيد من ذلك المؤمنون طبعاً من العمال الأجراء وشبه الأجراء وتلاميذ مختلف مؤسسات التعليم والطلاب واليتامى وتخضع العملية لرقابة ومتابعة طبية خاصة إذا كان الحادث قاتلاً أو تسبب في إعاقة.

ثالثا: الأمراض المهنية

ترتبط هذه المجموعة من الأمراض ارتباطاً مباشراً بظروف العمل المسببة لها، ولذلك فهي تعد جزءاً لا يتجزأ من الأمراض التي يشملها الضمان الاجتماعي شريطة التصريح عنهاها من طرف المصاب في آجال محددة.

رابعا: نظام المنح العائلية

تقدم المنح العائلية بنسب متفاوتة حسب مستوى الرواتب، لكل المؤمّنين المتزوجين عن الأولاد أقل من 17 سنة والى 21 إذا كانوا يواصلون الدراسة.

خامسا: التأمين على الوفاة

يهدف التأمين على الوفاة إلى حصول أقارب المؤمن له من المصنفين ضمن ذوي الحقوق على رأسمال وفاة يقدم دفعة واحدة بعد الوفاة مباشرة ويحصل المستفيدون على حقوقهم في شكل: تعويضات عينية أي تعويض المصاريف الطبية والجراحية والصيدلية والاستشفائية والتحاليل الطبية، وكذا المصاريف المترتبة على العلاج بالحمامات المعدنية. أو تعويضات نقدية تدفع للمستفيد في حالة العجز المؤقت والعجز الدائم بنسب يحددها أطباء الصندوق حسب خطورة العجز.[1]

المطلب الثالث: تمويل التأمين الصحي في الجزائر

تتمثل مصادر التمويل الصحي في الجزائر في[2]:

- **الرسوم مقابل الخدمة** : يعتمد هذا الأسلوب على أن يدفع المريض رسوماً على الخدمات التي يتلقاها في المنشآت الصحية، وفيما يوفر هذا الأسلوب الحوافز الإنتاجية المرتفعة إلا أنه يؤدي إلى التضخم والتوسع في استخدام الإجراءات ذات المنفعة الهامشية مقابل التكلفة.
- **الخدمات الصحية الوطنية:** تقدم العديد من الدول الخدمات الصحية المجانية لمواطنيها والمقيمين بها وفق برامج مختلفة أشهرها نظام الخدمات الصحية الوطنية الذي تقدم الدولة من خلاله الخدمات الصحية لجميع أفراد وشرائح المجتمع حسب الاحتياج الصحي وبغض النظر عن القدرة على الدفع ويوفر هذا النظام جميع الخدمات الوقائية والعلاجية بما فيها الأدوية وخدمات الأسنان والولادة ورعاية الأمومة والطفولة والصحة النفسية من خلال مرافق تتبع للدولة وبواسطة قوى عاملة صحية موظفة بها وبدفع لها مرتبات شهرية , ويمول هذا النظام من خلال الضرائب العامة.
- **تعميم بطاقة الشفاء:** تم الشروع في إنجاز وتعميم بطاقة الشفاء مند سنة 2005، في إطار عصرنة قطاع الضمان الاجتماعي وتطوير نوعية الخدمات العلاجية في اتجاه تطبيق نظام الدفع من قبل الغير للمؤمن لهم اجتماعيا في المجالات المتعلقة بالمواد الصيدلانية تتمثل في حصول المؤمن على بطاقة الكترونية تتضمن ذوي الحقوق للحصول على الدواء مباشرة بدون مقابل، وتقوم الصيدلية بتحصيل مستحقاتها من صندوق الضمان الاجتماعي ودخلت بطاقة الشفاء كخدمة جديدة ونقلة نوعية مند شهر أفريل2007، وطبقت كتجربة أولى على مستوى 5 ولايات محافظات، ثم تم تعميمها على مستوى التراب الوطني. وأكد وزير التشغيل والضمان الاجتماعي

[1] عمار جفال مدير مختبر البحوث والدراسات المغاربية منظومة الحماية الاجتماعية نفس المرجع السابق ص 143-144.

[2] حربي محمد عريقات، حربي ،التأمين وإدارة الخطر(الأردن :دار وائل ،2008). مرجع سبق ذكره.ص371، 372.

أنه تم توزيع أكثر من 5 ملايين و600 ألف بطاقة شفاء يستفيد منها عملياً نحو 18 مليون مواطن بمن فيهم ذوو الحقوق طبعا ومن المقرر تعميمها حسب تصريحات الوزارة المعنية إلى جميع المؤمّنين مع نهاية 2013.

خلاصة الفصل الثاني:

لقد مر التأمين الاجتماعي بعدة مراحل في الإقتصاد الوطني من المرحلة الإستعمارية إلى غاية بنائه الحالي وذلك حسب القرارات المتعلقة بالمراسيم باعتبار الصندوق المركزي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري في الجزائر فإن واقع الضمان الإجتماعي في الجزائر اختلف ضمن هذه المراحل وتم تطويره حاليا.

الفصل الثالث:

التأمين الصحي بوكالة ميلة

تمهيد:

إن وكالة الضمان الإجتماعي للعمال الأجراء تقدم خدمات تتمثل في التأثير التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض وحوادث العمل وضمان توازناتها المالي في إطار التقيد بالأحكام التشريعية والتنظيمية الخاصة بالدولة.

المبحث الأول: التعريف بالوكالة

إن فكرة انشاء مصلحة الضمان الاجتماعي في الجزائر قديمة تعود إلى عهد الاستعمار حيث كانت تعرف اسم GEBER NATIMPL وذلك على مستوى الشرق الجزائري وأنشأت لهذا الغرض عدة فروع أهمها:

- الصندوق الداخلي على المستوى العالي CASIC .
- الصناعة والفروع التابعة لها CASIEC .

وبعد الاستقلال بدأ العمل في الجزائر يوم 1 جانفي 1963 حيث أنشأت وحدة مركزية للضمان الاجتماعي ومقرها الجزائر العاصمة.

وبموجب المرسوم 223/88 المؤرخ في 20 أوت 1985 المتضمن التنظيم الإداري للضمان الاجتماعي ثم تأسيس الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وحوادث العمل والأمراض المهنية للعمال الأجراء.[1]

المطلب الاول: نشأة الوكالة

نشأت وكالة ميلة لصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء كسائر الوكالات الولائية عبر التراب الوطني بموجب المرسوم 223/83 المؤرخ في 20 اوت 1985

المتضمن التنظيم الإداري للضمان الاجتماعي وفي سنة 1992 صدر المرسوم رقم 07/92 المؤرخ في 4 جانفي 1994 المتضمن النظام القانوني لصناديق الضمان الاجتماعي للعمال الغير أجراء بموجب المرسوم التشريعي 11/94/ في 26 ماي 1994 المتعلق بالصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية عن البطالة وبالتالي فإن كانت مهمات وصلاحيات هذا الأخير وكلت للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء.

بدأ تشغيل الوكالة تدريجيا منذ 1986 دون أن يكون لها مقر ثابت لأن المقر الأصلي المشيد حوله كمقر للولاية ثم الأمن الوطني.

[1] مقابلة شخصية مع مسؤول وكالة ميلة.

المطلب الثاني: مقر الوكالة وفروعها وتنظيماتها

وتوجد في:

- **المراكز:** ميلة ، فرجيوة ، شلغوم العيد ، التلاغمة
- **الفروع:**القرارم، وادي العثمانية، وادي النجاء، تاجنانت، الرواشد، سيدس مروان، تسدان حدادة، بوحاتم، باينان.[1]

وكالة ميلة تنقسم إلى أربعة أقسام:

- نيابة المديرية للإدارة العامة.
- نيابة المديرية للمالية والتحصيل.
- نيابة المديرية للتعويضات.
- نيابة المديرية للمراقبة الطبية.

وكل نيابة مديرية من المديريات السابقة تنقسم إلى عدة مصالح وتتفرع هذه الأخيرة إلى عدة مكاتب ويتكون فيها المدير هو المسؤول على تسيير الوكالة.

المصالح والأقسام التي تشملها وكالة الضمان الاجتماعي CNAS بميلة[2]:

1. **المديرية العامة:**

- أمانة المدير.
- مصلحة الشفاء.
- الأمن.
- الإحصاء.
- مركز الاعلام الآلي.

2. **نيابة الإدارة العام**

- مصلحة المستخدمين
- مصلحة الجور.
- مصلحة الوسائل العامة.
- مصلحة النشاط الاجتماعي و الصحي وتشمل:
  - ✓ الصيدلية

[1] مقابلة مع مسؤول مصلحة الشفاء.

[2] مقابلة مع مدير المصلحة.

✓ الروضة وحضانة الاطفال.[1]

3. نيابة المالية والتحصيل:

- مصلحة المالية
- المحاسبة العامة
- مصلحة التحصيل
- مصلحة الاشتراكات.
- مصلحةالمنازعات
- مصلحة الترقيم
- مصلحة مراقبة ارباب العمل.

4. نيابة المديرية للتعويضات

أ. مراكز الدفع: وتشمل مركز ميلة، مركز شلغوم العيد ،مركز فرجيوة، مركز التلاغمة.

بـ فروع الدفع: وتشمل الر واشد، وادي النجاء، تا جنا نت، تسدان، سيدي مروان ، وادي العثمانية، القرارم قوقة، بو حاتم، بينان.

5. نيابة المديرية للمراقبة الطبية: وتشمل

- المراقبة الطبية مركز الدفع ميلة
- المراقبة الطبية مركز الدفع شلغوم العيد
- المراقبة الطبية مركز الدفع التلاغمة
- المراقبة الطبية مركز الدفع القرارم قوقة.[2]

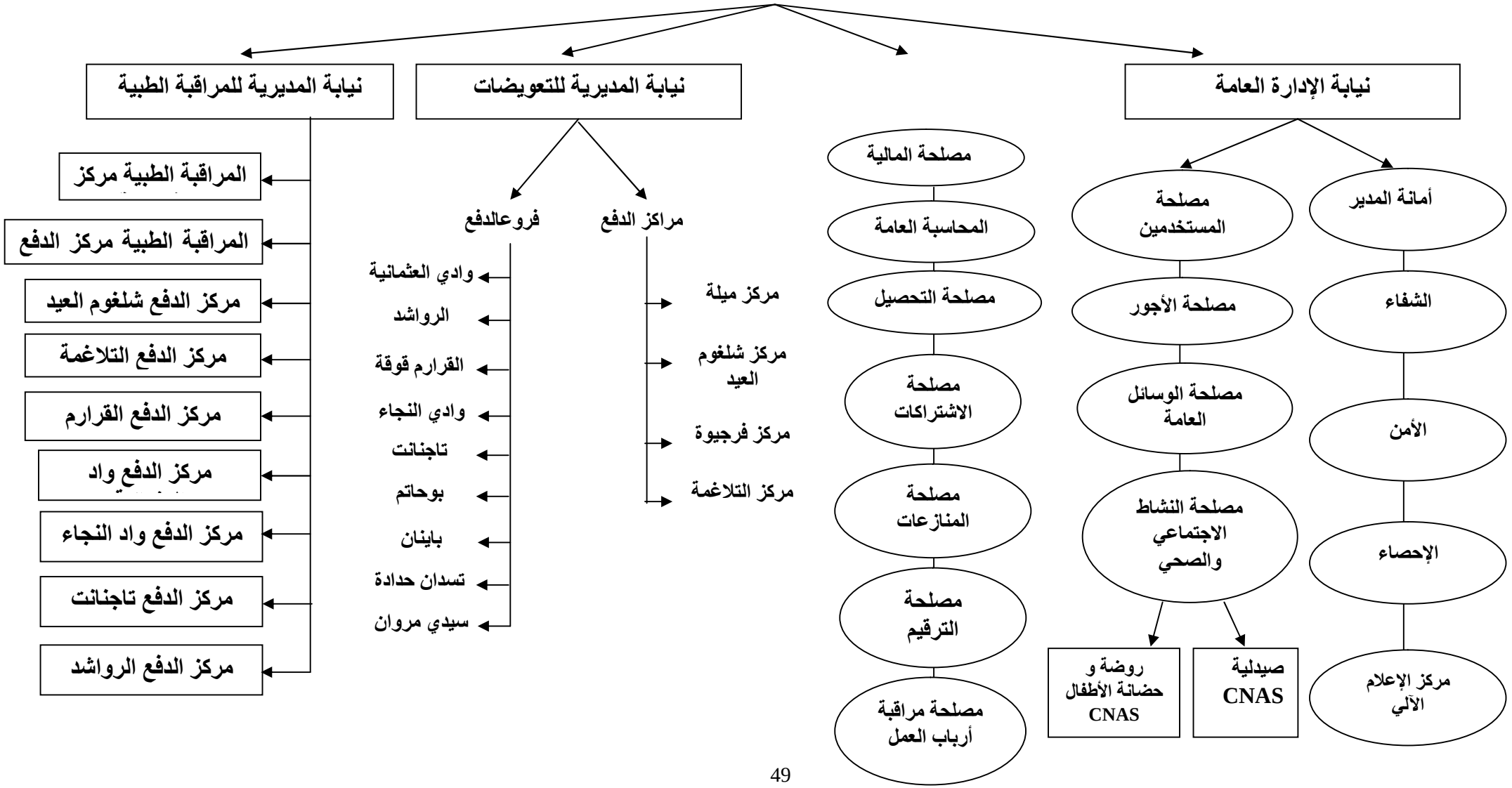
المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي

من خلال ما تقدم يتمثل الهيكل التنظيمي للوكالة في المخطط التالي:

[1] مقابلة مع مدير المصلحة.

[2] مقابلة شخصية مع مسؤول مصلحة المالية.

الشكل رقم 02: الهيكل التنظيمي لصندوق الضمان الاجتماعي



المصدر: مقدم من طرف مؤسسة الضمان الاجتماعي.

المبحث الثاني: التأمين الصحي بالوكالة

التأمين الصحي لوكالة الضمان الإجتماعي له دور مهم من خلال تعميم بطاقة الشفاء التي اعتبرت من الإستعمالات الحالية والمتطورة في قطاع الضمان الإجتماعي فتم تطريها من الناحية التقنية والعملية وحتى الوظيفية.

المطلب الاول: نظام الشفاء

يعتبر مشروع الشفاء الطموح الذي يعتمد على استعمال التكنولوجيات "الدقيقة" و الذي ينتج بطاقة ذات شريحة تسمى الشفاء و يأتي هذا النظام في إطار العصرنة الشاملة لقطاع الضمان الاجتماعي، إذ تعتبر الجزائر السباقة في العمل به قاريا و عربيا.

فهو نظام معقد سواء من الناحية التقنية أو العملية أو الوظيفية، متعدد الأبعاد ذو انعكاسات هيكلية على سير الصندوق و بيئته.

أهدافه:

1.تحسين نوعية الأداءات المقدمة عن طريق:

- تبسيط الإجراءاتالمنتهجة في الحصول على الأداءات.
- التعويضات المنتظمة و السريعة.

2. تحسين العلاقات فيما بين مقدميالخدمات الصحية، بما فيهم الصيادلة و الأطباء والهياكل الصحية .....إلخ

3. التحكم في التسيير سواء عن طريق القوة الإنتاجية و الدقة في المراقبة، إضافة إلى مكافحة كل أنواع الغش و التجاوزات.

- **الخصائص التقنية لبطاقة الشفاء:**
  - هي بطاقة مقايسة لمقاييس إيزو 7810 ، 7816.
  - تشفير الرسائل و استخراج و إرسال الحصص الخاصة بالفواتير .[1]
- **المستعملين الأساسيين للبطاقة:**
  - الاطباء
  - الصيادلة
  - مخابر التحليل الطبية

[1] مقابلة مع مسؤول مصلحة الشفاء.

- مكاتب الدخول بالمستشفيات
- صانعي زجاج النظارات الطبية
- الأطباء المستشارين للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء
- مختلفأعوان الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء

- **قارئات بطاقة الشفاء :**

يسمح جهاز قارئة البطاقة الالكترونية الشفاء الموجه الى المستعملين ،بقراءة البطاقة:

- قابلة للعمل البيني عن طريق نظام تسيير الملفات.
- تمتاز بالمرونة و قوة تامين و حفظ البيانات.
- تسمح باستعمال الرمز السري.
- بقدرة استيعاب "32 كيلوبايت".
- بطاقة من البلاستيك المقوى. [1]

- **مختلف استعمالات البطاقة الالكترونية الشفاء:**

تسمح بـ :مراقبة مدة صلاحية البطاقة

- مراقبة حقوق المؤمن لهم اجتماعيا في اداءات الضمان الاجتماعي.
- مراقبة استهلاك المنتجات الصيدلانية.
- الإعداد الاتوماتيكي للفاتورة الالكترونية (ورقة العلاجات)
- التأكد من هوية حامل البطاقة
- التوقيع الالكتروني للفاتورة
- إنتاج و إرسال الفواتير الالكترونية من قبل مهني الصحة إلى الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء.

- **المعلومات المقررة ببطاقة الشفاء:**

المعلومات الإدارية:

- الحق في أداءات الضمان الاجتماعي.
- معلومات حول التعاقدات.
- المعلومات الطبية.
- الحالات الاستعجالين و الأمراض طويلة الأمد .

[1] معلومات مقدمة من طرف مسؤول مصلحة الشفاء.

- معلومات حول الأعمال الطبية المعوضة من قبل الظمآن الاجتماعي ومعلومات تقنية وتأمينية.

- **مفاتيح مهني الصحة :**

تصدر في شكل مفتاح ناقل البيانات لفائدة مختلف المؤهلين لاستعمال نظام الشفاء و تسمح هده المفاتيح بـ :

- إعداد الفواتير الالكترونية و توقيعها
- تشغيل البرمجيات المهنية .
- الدخول إلى المعلومات الموجودة ببطاقة المؤمن له اجتماعيا.
- تشفير الرسائل واستخراج وارسال الحصص الخاصة بالتوفير.[1]

- **المستعملين الاساسيين للبطاقة:**

- الاطباء.
- الصيادلة.
- مخابر التحليل الطبية.
- مكاتب الدخول بالمستشفيات.
- صانعي زجاج النظرات الطبية.
- الاطباء المستشارين للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الاجراء.

المطلب الثاني: مصلحة الشفاء

تتمثل مصلحة الشفاء في

أولا: تعريف مصلحة الشفاء

وهي مصلحة تقوم بإرسال الاستدعاءات و استقبال الملفات التي تتكون من نسخة بطاقة التعريف او من رخصة السياقة او من شهادة الميلاد +صورتان شمسيتان بالإضافة الى رقم التسجيل و يكون على مستوى جميع المراكز و ملاحق الضمان الاجتماعي للولاية.

ثانيا: مصلحة الترقيم و الانتساب

هي أول مصلحة على مستوى الضمان الاجتماعي تقوم بترقيم ارباب العمل و المؤمنين

1. **مرحلة انتساب العمل:**

- **التصريح بالوظيفةIM3 :**

[1] معلومات من نيابة الادارة العامة.

- سجل تجاري.
- شهادة الميلاد الاصلية.
- تصريح بالوجود على مستوى الضرائب.
- تصريح بالمال.

2. مراحل انتساب المؤمنين :

- تصريح بالعمل.
- شهادة ميلاد اصلية.[1]

ثالثا: مهام مصلحة الشفاء

يقوم عمال المصلحة باستخراج طلبات البطاقة الالكترونية الشفاء و الصاق صورة على كل طلب للمستفيد ثم ارسالها الى مركز الشخصنة بالجزائر العاصمة وهي تقوم بعملها (اي استخراج البطاقات)ونعيدها الى مركز الضمان الاجتماعي لكل ولاية و بدورها مصلحة الشفاء بإرسال كل البطاقات الى المراكز و الملاحق التابعة لها وهم يقومون بتسليمها الى المؤمنين عبر استمارة معلومات عن المؤمن مع الامضاء.

المطلب الثالث: بطاقة الشفاء

بطاقة الشفاء هي بطاقة إلكترونية يتحصل عليها الأفراد من خلال القيام ببعض الإجراءات التي تقوم بها وكالة الضمان الإجتماعي.

أولا: التعريف العام لبطاقة الشفاء

البطاقة الالكترونية CHIFA أتت ضمن القانون المتعلق بالتأمينات الاجتماعية،هذا المشروع الذي يعتبر بمثابة السند القانوني لمنظومة البطاقة الالكترونية و يندرج ضمن الإصلاحات الجارية على منظمة الضمان الاجتماعي.

وفي إطار تنفيذ برنامج القطاع في مجال الضمان الاجتماعي و الذي يتضمن ثلاث **محاور كبرى**:

- عصرنه تسيير هيئات الضمان الاجتماعي.
- تحسين نوعية الخدمات لفائدة المؤمنين الاجتماعيين.
- الحفاظ على التوازن المالي لمنظومة الضمان الاجتماعي.

ويأتي مشروع البطاقة الالكترونية و الذي يندرج ضمن المحور الاول ليكمل سلسلة من الانجازات التي تم تحقيقها في مجال عصرنة المنظومة للضمان الاجتماعي في:

[1] مقابلة شخصية مع مسؤول مصلحة الشفاء.

- تعميم استعمال الإعلام الالي.
- تثمين الموارد البشرية عن طريق التكوين و تحسين المستوى.
- تقريب هيئات الضمان الاجتماعي من المؤمنين عن طريق توسيع شبكة الضمان الاجتماعي.
- اصلاح هيئات الرقابة.
- اصلاح منظومة التحصيل لهيئات الضمان الاجتماعي.[1]

ليكتمل الإصلاح بإدخال البطاقة الالكترونية للضمان الاجتماعي استكمالا لمخطط العصرنة الذي بدأ منذ 3 سنوات و يعد هذا الأخير اصلاحا عميقا للتأمين عن الرضى خاصة.

ثانيا: التعريف الخاص لبطاقة الشفاء

البطاقة الالكترونية CHIFA هي بطاقة مستطيلة الشكل طولها 8.50 سم وعرضها 05 سم، صلبة الملمس و هذا من ضمن استراتيجيات الحفاظ على المنتوج لمدة اطول.

نجد على واجهة البطاقة معلومات مرئية:

1- رمز الضمان الاجتماعي ض إ.
2- رقم التسجيل الخاص بالمؤمن.
3- صورة المؤمن التي تخضع لمقاييس معينة.
4- الاسم و اللقب،تاريخ الازدياد.
5- الشريحة و التي تحتوي على معلومات مخفية غير ظاهرة و التي سعتها(32KILO/OCTES)

أما على خلفية البطاقة فنجد كذلك:

1- رمز الضمان الاجتماعي ض ا .
2- خريطة الوطن التي تعبر على ان البطاقة سوف تعمم على كافة انحاء الوطن و هذا ضمن افاقها المستقبلية .
3- نصائح مقدمة المؤمنين و مستعملي البطاقة بشان طريقة استعمالها و كيفية التصرف في حال ضياعها .

[1] معلومات من طرف مصلحة الشفاء

هذه البطاقة تتضمن معلومات خاصة بالمؤمن و دوي حقوقه تسمح بـ:

- التعرف على هوية المؤمنين و ذوي حقوقه .
- تسهيل الحصول على مستحقات المؤمن و ذوي حقوقه في ادعاءات الضمان الاجتماعي لدى كل من الأطباء ، أطباء الأسنان، الصيادلة ، المستشفيات ، المراكز الصحية ، العيادات الخاصة .

ويجدر بنا الاستشارة الى ان البطاقة تستعمل حاليا من طرف المتقاعدين المؤمنين و ذوي الحقوق المصابين بالأمراض المزمنة.[1]

ثالثا: أهداف البطاقة CHIFA:

إن نظام البطاقة الالكترونية الشفاء يهدف إلى إحداث ما هو معمول به في الدول التي أدخلت هذه التكنولوجيا في التسيير خاصة التأمين عن المرض في منظومتها للضمان الاجتماعي.

1. **بالنسبة للمؤمن:**

- الاستغناء تدريجيا عن المستندات المستعملة حاليا في التكفل بالعلاج.
- تحقيق الإجراءات وإلغاء إجراءات التعويض على مستوى مراكز الدفع للضمان الاجتماعي.
- سرعة الحصول على التعويضات المستحقة كمرحلة أولى.
- التوسع المتواصل لنظام الدفع من قبل الغير بهدف الوصول إلى تعميم هذا النظام ما بين سنة 2012 و 2013 إلى كل المؤمنين الاجتماعيين كمرحلة ثانية.
- تسهيل الانطلاق في الحلقة الموالية للإصلاحات والمتمثلة في تطبيق النظام التعاقدي مع الأطباء.[2]

2. **بالنسبة لهيئات الضمان الاجتماعي:** فإن المشروع يهدف إلى:

- عصرنة التسيير بما يسمح بمتابعة أفضل ومراقبة أحسن للأداءات المقدمة وبالتالي التحكم أكثر في النفقات مع التكفل أحسن بالمؤمنين الاجتماعيين.
- تسيير تطبيق نظام التعاقد مع الهياكل الصحية ونظام التعاقد مع المؤسسات العمومية للصحة.
- تحسن نوعية الأداءات (الخدمات).
- إنشاء بنك معلومات دقيقة للضمان الاجتماعي.
- تسهيل الدراسات الاستشرافية على المدى البعيد لمنظومة الضمان الاجتماعي.[3]

[1] مقابلة شخصية مع مسؤول مصلحة الشفاء.

[2] معلومات مقدمة من طرف مصلحة النشاط الاجتماعي والصحي.

[3] معلومات مقدمة من قبل مصلحة المستخدمين.

3. **بالنسبة لشركاء الضمان الاجتماعي:**فإن البطاقة الالكترونية للضمان الاجتماعي تساهم في :

- عصرنة التسيير لدى شركاء الضمان الاجتماعي.
- عصرنة علاقاتهم مع المؤمنين وهيئات الضمان الاجتماعي.
- تحسين نوعية الخدمات المعروضة على المؤمنين الاجتماعيين.
- تسيير عملية الانضمام التعاقد مع مختلف الهيئات ذات العلاقة بالضمان الاجتماعي.

رابعا: مزايا البطاقة CHIFA: للبطاقة العديد من المزايا نذكر منها:

- تمكن المرخص لهم من استعمال البطاقة كأعوان الضمان الاجتماعي ممارسي الصحة، الهياكل الصحية.....
- التأكد من هوية المؤمن وذوي حقوقه.
- الاستغناء عن الإجراءات والمستندات الورقية المتبعة حاليا، في مجال التعويض.
- مراقبة لمتابعة الاستفادة من العلاج بالنسبة لصاحب البطاقة وذوي حقوقه.
- فوترة الخدمات باستعمال الإمضاء والإرسال الالكتروني خوفا من ورقة العلاج المستعملة حاليا.
- تجنب العمليات الغير مفيدة المتكررة .
- تقوي علاقات الزمالة العملية .
- الدخول إلى قاعدة معلوماتية متعددة .[1]

خامسا: مراحل اعداد البطاقة الالكترونية

1. **مراحل إعدادها:**

تسلم بطاقة الشفاء مجانا بعد تقديم الوثائق من طرف المؤمن لمصلحة الشفاء هذه الوثائق تتمثل فيما يلي :

- صورتين شمسيتين حديثة ملونة ، ذات عمق فاتح و متجانس ، حسب القياسات التالية (45 مم علوا و 35 مم عرضا).
- نسخة من بطاقة التعريف الوطنية أو رخصة السياقة وشهادة الميلاد .
- نسخة من بطاقة فصيلة الدم .

يرسل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو بالأحرى مصلحة الشفاء استدعاءات للمؤمنين اجتماعيا تعلمهم باستبدالهم البطاقة الرقمية ببطاقة الكترونية حديثة ، فيدعوهم للتقرب من مصالح

[1] مقابلة شخصية مع مسؤول نيابة الادارة العامة.

الضمان الاجتماعي مرفقين بالملف المطلوب (صورتين شمسيتين ، نسخة من بطاقة التعريف ، رقم التسجيل ...)

بعد ذلك يقوم عمال المصلحة بتصنيف الملفات حسب التقسيم التسلسلي لولاية ميلة و الذي عددها بلدية وهي كالآتي :

الجدول رقم (06): الأرقام التسلسلية لترقيم الملفات حسب البلديات في ولاية ميلة

MILA	14301	OuedEndja	14307
Ferdj	14302	Tadjananet	14308
Laid،Ch	14303	SidiMerouane	14309
Telaghma	14304	Rouached	14310
Grarem	14305	Tassadan	14312
Oued Ath	14306	Bienane	14313

بحيث يقوم عمال المصلحة ب saisier1 (الحجز الأولي) saisier 2 (الحجز الثاني) وذلك يقوم بنفس العملية وذلك من أجل تفادي أي خطأ (validation) ثم تستخرج طلبات البطاقة الوطنية للتسجيل لكل مؤمن وبعد القيام باستخراج جميع الطلبات تلصق صور المؤمن بعد ذلك تتم المعاينة الأخيرة للعلبة (LOT) والذي يحتوي على 200 طلب بطاقة.

- تحضر مهمة عمل وترسل هذه الطلبات < LOT> إلى الجزائر العاصمة وبالتحديد إلى مركز الشخصنة والذي تم تدشينه يوم 9 أبريل 2007 وهو مزود بآليات وتجهيزات تمكنه من إنتاج 500 بطاقة كل ساعة.
- تنتج البطاقات الخاصة لكل مؤمن وتسجيل بعض المعلومات الشخصية بشكل بارز على البطاقة الالكترونية، ومعلومات إدارية تدرج في موضع الخلية (Puce)، وكل أسبوع يقوم عمال المصلحة بنفس العملية، وذلك لتدارك الأخطاء والقيام بتعديلها لبناء قاعدة معطيات معلوماتية صحيحة.
- كما يقوم أيضا عمال المصلحة بمهمة عمل جديدة تأخذ الطلبات الجديدة وإرجاع البطاقات الالكترونية المتحصل عليها من طلبات المرة الأولى.
- ترسل إلى المراكز التابعة لها.

- مركز تعيين البطاقة وتنشيطها (L'activation de la carte et la mise a jour) وتعطي حقوق للمؤمنين وذوي الحقوق كي تصبح البطاقة صالحة للاستعمال ثم تسلم البطاقات الالكترونية مقابل إمضاء على شعار الاستـلام.[1]

ملاحظة: يمكن استعمال البطاقة الالكترونية للمؤمنين المتقاعدين والمصابين بأمراض مزمنة (والمتحصلين أيضا على دفتر الدفع من قبل الغير) ويسمح باستعماله لجميع المؤمنين وذلك في المستقبل القريب.

إن برنامج البطاقة الالكترونية أحيط بتدابير فعالة على مستوى مركز الشخصنة بتوصيات الشركة الممونة والتي تعتمد على معايير دولية في هذا المجال كما استخدام أخر التقنيات الرموز والتشفير المتعارف عليها حاليا، إلى جانب لوازم وبرمجيات وشبكات معلوماتية وطنية متطورة بما فيها النظم التقنية الخاصة بحماية المعلومات ومنع تسربها.

ملحقات بطاقة الشفاء:

حتى تستطيع البطاقة الالكترونية CHIFA أداء مهام والقيام بعملها يشكل صحيح يجب توفر عدة ملحقات وتعتبر هذه الملحقات مكملة لبعضها البعض في حال نقصان إحداها تصبح البطاقة عديمة الفائدة وهذه الملحقات تتمثل في :

مفتاح ممتهني الصحة TOKEN : ذات سعة أكبر من 32 Kilo octets هو عبارة عن غطاء شفاف **حامل معلومات** flachdisk تتحصل عليه مصلحة الشفاء من مركز الشخصية وتقوم بمنحه لمختلف الصيدلة المتعاقدين، يتضمن معلومات خاصة بالممتهن، مكان نشاطه ووضعيته التعاقدية ويتم الحصول على هذه المعلومات عن طريق إيصال TOKENبالوحدة المركزية.

يسمح هذا المفتاح للممتهن بالحصول على البرامج و المعلومات المتوفرة في بطاقة الشفاء

قارئ البطاقة Lecteur carte : عبارة عن جهاز صغير يشبه جهاز التحكم عن بعد ، على واجهته شاشة مستطيلة الشكل و العديد من أزرار التحكم و بفضله يمكن قراءة البطاقة بالتوصيل المتزامن للمفتاح وبطاقة الشفاء بالحاسوب

- يقوم الممتهن بإعداد الفاتورة الإلكترونية و يعيد البطاقة إلى المؤمن و نسخة من الوصفة الطبية.
- يقوم الممتهن دوريا بإرسال الفواتير الإلكترونية إلى صندوق الضمان الاجتماعي التابع له.[2]

[1] معلومات مقدمة من طرف مصلحة المستخدمين.

[2] نفس المرجع السابق.

مكان استعمال البطاقة الالكترونية : تستعمل بطاقة الشفاء لدى كل من :

- الطبيب–الصيدلي
- المؤسسات الصحية (المستشفيات) العيادات ، المستوصف
- مركز الدفع التابع له .

سادسا: أنواع بطاقات الشفاء:

- **بطاقة الشفاء العائلية :** و هي تحمل جميع المعطيات و المعلومات الخاصة بالمؤمن Familiale تحمل 6 أفراد + المؤمن .
- **بطاقة الشفاء ذوي الحقوق :** و هي باسم المؤمن أي تحمل رقم التسجيل نفسه و المعلومات المتعلقة بذوي الحقوق (Ayant droits)
- **بطاقة الشفاء الفردية:** وهي باسم المؤمن ولا يمكن استعمالها الا من ذوي حقوقالمريضورقم تسجيل المؤمن individuelleمخصص لذوي الامراض المزمنة.

سابعا: المعلومات التي تقدمها البطاقة الالكترونية

1 معلومات ادارية :

- معلوماتتحمل حقوق التأمين.
- معلومات طبية.
- معلومات تحمل تاريخ الوصفات الطبية الموصوفة "10 الاواخر"
- معلومات تقنية نسبية بالنسبة الى التأمين واستعمال هذه البطاقة.[1]

2. معلومات شخصية:

- التعريف بالمؤمن.
- التعريف بذوي الحقوق.
- التعريف بعضويةالانتماء.

3 . تاريخ الاحداث الطبية:

- الفحص الطبي.
- المواد الصيدلية.
- التحاليل البيولوجية.

[1]معلومات محصلة من مسؤول مصلحة الشفاء.

- فحوصات الاشعة .
- جراحة الاسنان.
- استعمال النظارات.
- المكوث بالمستشفى.
- اعادة تكيف الحركي.

ثامنا: تحيين البطاقة:

في حالتغير وضعية المؤمن او تلك المتعلقة بأحد من ذوي حقوقه او انتهاء مدة صلاحية البطاقة يجب التقرب من مركز الدفع التابع للولاية مرفقين بالوثائق المثبتة للوضعية الجديدة في حال وفاة الاب تعود الصلاحية الى الام ولكن برقم جديد ورقم الزوج المتوفى يلغى.

أما إذا توفيت الام ايضا فيصبح الاولاد ذوي الحقوق بطاقة خاصة لكل فرد منهم و لكل بطاقة رقم تسجيل خاص به و هذا عند بلوغهم 18 سنة .

ملاحظة:

- كل سنة يمدد تاريخ البطاقة في التعويض .
- في حال ضياع البطاقة الالكترونية فان مصلحة الشفاء تقوم بتجديد البطاقة ولكن بمبلغ مالي معين اي تصبح غير مجانية (قدره 4000 دينار).

تاسعا: علاقة مصلحة الشفاء بمركز الاعلام الآلي و الصيادلة

تتمثل علاقة مصلحة الشفاء بمركز الإعلام الآلي والصيادلة في:

1. **علاقة مصلحة الشفاء بمركز الاعلام الالي :**

ان العلاقة بين مصلحة الشفاء و مركز الاعلام الالي هي علاقة تكامل اي انهما مكملان لبعضهما البعض ، حيث ان الاعلام يقوم :

بتثبيت البرامج الخاصة بالبطاقة الالكترونية CHIFA .

ومن اهم هذه البرامج هو برنامج SIGAS (System integrer des gestion des assurances social).

مركز النظام المتكامل لتسيير التأمينات الاجتماعية "وهو نظام جديد بحيث ان النظام القديم هو CNAS""الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية ".[1]

[1]معلومات مقدمة من طرف مركز الاعلام الالي.

تعتمد عليه CNAS في التعويضات للوصفات الطبية، عطل للأمومة، منح حوادث العمل .....الخ ، اما فيما يخص هذا البرنامج و علاقته بعملية الشفاء فهو يشحن و يثبت جميع المعلومات الخاصة بالمؤمن و ذوي حقوقه و اذا لم يكن المؤمن او احد من ذوي حقوقه ارقامهم مسجلة في البرنامج فالمصلحة لا تستطيع انجاز البطاقة لهم .

– يقوم مركز الاعلام الالي ايضا باستخراج الاستدعاءات الخاصة بالبطاقة التي ترسلها مصلحة الشفاء الى المؤمنين لتعلمهم بالتقدم الى مصلحة الشفاء التي تنجز الطلبات .

– بالإضافة الى هذا فمركز الاعلام الالي يتكفل بالأرسال الالي للطلبات (LOT) الى مركز الشخصنة بالجزائر العاصمة بهدف انجاز البطاقة .

– زيادة على هذا فان مصلحة الشفاء تتحصل على ملحقات البطاقة الالكترونية (قارئ البطاقة TOKEN) بواسطة مركز الاعلام الالي الذي يقوم بمراسلة الهيئة المختصة بالجزائر العاصمة المتحصل على هذه الملحقات .

– يقوم كذلك مركز الاعلام الالي بتشفير كل صيدلي يتعامل مع مصلحة الشفاء ، و القيام باستخراج الارقام التسلسلية التي نجدها على خلفية البطاقة .

2. علاقة مصلحة الشفاء بالصيدلية:

على كلصيدلي متعاقد مع **CNAS** التوجه الى مصلحة الشفاء المتواجدة ب **CNAS** حتى يتمكن من الحصول على وسائل التي تمكنه من

ممارسة نشاطه بدون عراقيل وهذه الوسائل تتمثل في :

- **الشريحة** :هي عبارة عن شريحة الكترونية تحمل معلومات خاصة بالصيدلي وتتمثل هذه المعلومات في " الاسم، اللقب، الرقم التسلسلي **CODE PHARMATIEN** ذات سعة **32 KILO OCTETS**.[1]

- **TOKEN**: هو عبارة عن مفتاح لقراءة الشريحة الالكترونية " **CLE USB**" وذلك بايصاله بالوحدة المركزية **32 K**

-**قارئ البطاقة** : عبارة عن جهاز صغير موصول هو الاخر بالوحدة المركزية من أجل قراءة مختلف أنواع البطاقات .

– بطاقة الشفاء العائلية .
– بطاقة الشفاء ذوي الحقوق .

[1] معلومات مقدمة من قبل مركز الاعلام الآلي.

- بطاقة الشفاء الفردية .

كذلك بعد ان يكون قد استفاد من النظام الالكتروني الجديد الذي وقع نحت تصرفه واحضاره الوحدة المركزية الى مركز الاعلام الآلي وبعد ذلك يستأنف الصيدلي عمله بدون أية عراقيل.

ملاحظة : تجدر بنا الاشارة الى أن **CNAS** تتحصل على مختلف الوسائل التي تمكن الصيدلي من ممارسة نشاطه شريحة **TOKEN**، قارئ البطاقة من الهيئة المختصة و الكائن مقرها الجزائر العاصمة من ثم تقوم **CNAS** بمنح هذه الوسائل الى كافة الصيادلة المتعاقدين معها.[1]

[1] معلومات من طرف مسؤول بطاقة الشفاء.

خلاصة الفصل الثالث:

إن آليات التامين الصحي المطبقة في CNAS تقدم خدمات صحية بالدرجة الاولى ولها دور فعال في المجتمع لأنها تساهم في دعم وحماية العمال خلال المراحل المستقبلية خصوصا في عصرنا الحالي الذي يواكبه تطور مستمرن إذا فهي حلقة ضرورية من حلقات الحياة الإجتماعية.

خاتمة:

يعرف العالم الآن تطورات هائلة ومتعددة تشمل كافة القطاعات في مختلف المجالات وتعتبر الجزائر إحدى الدول التي اصبحت تهتم بقطاع التأمين الإجتماعي والصحي حيث عملت على تحرير نشاط التامين والسماح بدخول مؤسسات تأمين جديدة وطنية كانت أو خاصة. والهدف من هذا الإجراء هو تنحسين الخدمات التأمينية الصحية ونظرا للنتائج الكارثية لمنظوم التأمين خلال النكبات التي عاشتها البلاد بشكل متتالي في السنوات الاخيرة كان لابد على شركات التأمين الإنسجام مع متطلبات الإقتصاد الوطني إذ لجأت الجزائر كغيرها من الدول إلى إحداث عدة إصلاحات على قطاع التأمين الإجتماعي والصحي من خلال رفع الخدمات المقدمة للمؤمنين، نذكر منها النظام الجديد التي ركزت عليه مؤخرا رغم كلفته الكبيرة المتمثلة في بطاقة الشفاء.

وفي إطار موضوع بحثنا هذا قمنا بتقديم نظرة شاملة حول التأمين الصحي وذلك من خلال تقديم بعض المفاهيم الأساسية المتعلقة بالتأمين الإجتماعي والصحي وتطوره وذلك من خلال أهم المراحل التاريخية التي مرّ بها القطاع أي من الفترة الممتدة ما قبل الإستقلال إلى يومنا هذا وعلى ضوء هذا العرض يمكننا تقديم الإستنتاجات التالية:

نتائج الدراسة:

- التأمين الصحي هو عقد تلتزم بمقتضاه شركات التأمين أن تؤدي إلى المؤمن أو المستفيد الذي اشترط التامين لصالحه مبلغا من المال او راتبا أو أي تعويض مالي آخر في حال وقوعه في مرض أو حادث عمل.
- من بين خصائص التأمين نجد أنه:
  - يمنح تجسيد فعلي لإثبات الحق الوطني الشرعي لكل فرد.
  - يساهم في ترقية مستوى معيشة العمال ومنحهم الحق في الأداءات ذات الطابع الصحي.
- مر قطاع التأمين الصحي بجملة من الإصلاحات كان اهمها إلغاء تخصيص الشركات العمومية الخاصة في مجال التأمينات.

نظرا للدور الهام الذي يلعبه قطاع التأمين في حياة المجتمعات وعلى الرغم من ظهور مختلف أنواع الشركات التأمينية خاصة كانت أو عامة إلا أنه يبقى هناك نقص وثغرات عديدة عجزت الدولة عن تجاوزها.

نتائج اختبار الفرضيات:

- توجد علاقة بين نظام التامين الإجتماعي والصحي لأن كل منهما يوفر الحماية للأفراد.
- ارتأينا أن التأمين الإجتماعي والصحي في الجزائر يكون بتنظيم هيئات الضمان الإجتماعي ويضمن نطاق تغطية واسع للأشخاص المستفيدين.
- إن آليات التأمين الصحي المطبقة في **CNAS** لميلة قد تطور أنظمتها من خلال تعميم بطاقة الشفاء.

قائمة المراجع

أولا المراجع باللغة العربية

1- الكتب :

1. حربي محمد عريقات، حربي، التأمين وإدارة الخطر، الأردن، دار وائل، 2008.
1. درار عياش: اثر نظام الضمان الاجتماعي على حركة الاقتصاد الوطني: دراسة لصندوق الوطني للضمان لاجتماعي لغير الاجراء **casnos** شبكة بومرداس. مذكرة مقدمة متطلبات الحصول على شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية ، فرع التحليل الاقتصادي ، جامعة بن يوسف خدة، الجزائر، 2004-2005.

2. رسائل ومذكرات التخرج

3. سماتي الطيب، منازعات الضمان الاجتماعي في التشريع الجزائري، دار الكتب العلمية، طبعة 2008.
2. الطيب سماتي: الإطار القانوني للتأمينات الاجتماعية في التشريع الجزائري ومشاكله العملية. مداخلة مقدمة ضمن ندوة حول: مؤسسات التأمين التكافل والتأمين التقليدي بين الأسس النظرية والتجربة التطبيقية، جامعة فرحات عباس- سطيف، خلال الفترة 26أفريل 2011.
4. عبد الهادي السيد: عقد التأمين حقيقته ومشروعيته، منشورات الحلبي, بيروت، 2003.
5. مبارك حجر: الضمان الاجتماعي، دراسة مقارنة ، مكتبة لأنجلو المصرية ، القاهرة 1965.
3. محمد زيدان ومحمد يعقوبي: فعالية الموارد التمويلية المتاحة لمؤسسات التأمين الاجتماعي الجزائري في تحقيق السلامة المالية لنظام الضمان الاجتماعي، الملتقى الدولي السابع حول «الصناعة التأمينية ، الواقع العملي و آفاق التطوير-تجارب الدول جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير- ديسمبر 2012.

2- القوانين والمراسيم:

1. المادة 30 من المرسوم التنفيذي رقم 84-27.
2. القرار الوزاري الذي يحدد مدة الأجل المضروب للتصريح بالعطل المرضية لدى هيئات الضمان الاجتماعي، الجريدة الرسمية رقم 07، الصادرة بتاريخ 14-02-1984.
3. المادة 55 من القانون 83-11 المؤرخ في 1983/07/02 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.

4. المادة 8 من القانون 83-11 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية المعدلة بالمادة 4 من الأمر 96 - 17 المؤرخ في 1996/07/6.
5. المواد 06 و63 و64 من القانون 83-11 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية المؤرخ في 1983-07-02.
6. المادة 32 من المرسوم رقم 84-27 مؤرخ في 1984/02/11 المعدل والمتمم لقانون 83-11.
7. المادة 40 من المرسوم رقم 84-27 المؤرخ في 1984/02/11 الذي يحدد كيفيات تطبيق العنوان الثاني من القانون رقم 83 11 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.
8. المرسوم رقم 84_27 المؤرخ في 1984/02/11 المحدد كيفيات تطبيق العنوان الثاني من القانون 83_11 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.
9. المادة 12 من الامر رقم 96-17 المؤرخ في 6 يوليو 1996 المعدل والمتمم للقانون 83-11.
10. المادة 28-29 من الامر 96-17 المؤرخ في 1996/07/06الذي يعدل ويتم القانون 83-11 المؤرخ في 1983/07/02 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.

3- المجلات والجرائد:

1. بحنية قوي، غزيز محمد الطاهر: التسيير الذاتي للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية بالجزائر- الإطار التنظيمي ومعيقاته. دفاتر السياسة والقانون، العدد السابع، جوان 2012.
2. بوحنية قوي وعزيز محمد الطاهر، التسيير الذاتي للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية بالجزائر- الإطار التنظيمي ومعيقاته-دفاتر السياسة والقانون، العدد السابع ، كلية الحقوق والعلوم الساسية الجزائر، جوان 2012.
3. عمار جفال، مدير مختبر البحوث والدراسات المغاربية نفس منظومة الحماية الاجتماعية.
4. صالح بن ناصر العمير " التامين الصحي التعاوني واثره على الاقتصاد السعودي " الرؤية المستقبلية للاقتصاد السعودي 19 اكتوبر 2002.
5. عياشي نورالدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية ،مجلة العلوم الإنسانية، العدد 31 المجلد، مرجع سابق، ص105.
6. منظمة الصحة العالمية: التأمين الصحي الاجتماعي: التمويل الصحي المستدام، التغطية الشاملة والتأمين الصحي الاجتماعي. جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسون، البند 13. 7-12، من جدول الأعمال المؤقت، تقرير من الأمانة العامة، ج-20 58 - نيسان/ أبريل 2005، ص3.

4- الملتقيات والمؤتمرات:

1. خديجة حسين نصر: نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية. سلسلة تقارير رقم (68)، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، رام الله، أيار 2007.
2. ملخص فعاليات الندوة الوطنية الأولى حول الحماية الاجتماعية، المنظمة من طرف وزارة العمل والحماية الاجتماعية، بالمعهد الوطني للعمل، سنة 2000.
3. موراد تهتان: العلاقة بين الضمان الاجتماعي والقطاع الصحي في الجزائر، الملتقى الدولي السادس حول اتجاهات عصرنة نظم الحماية الاجتماعية في العالم حالة الجزائر جامعة خميس مليانة، 16-17 جوان 2013.

5- مراجع أخرى:

1. مديرية الضمان الاجتماعي وكالة ميلة.

6- مراجع الانترنت:

1. موقع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، http://www.cnas.dz/

7- المراجع باللغة الأجنبية:

1. Clive BAILY Extension de la couverture de sécurité sociale en Afrique. Document ESS n20, Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous, Bureau international du travail- Genève, 2004.
2. Nacer-Eddine Hamm Ouda et Walid M'enrouai, « Le système algérien de protection sociale: entre Bismarckien et Beveridge » ,In Algérie: 50 ans de développement Etat-Economie-société, ed CREAD, division: éveloppement humain et Economie sociale Alger 2012.