المدرسة العليا لإدارة الأعمال بتلمسان

تخصص: إدراة الخدمات الصحية

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستير الأكاديمي

تحت عنوان

دور التـــــــأمين الصحي في التقليل من تكلفة العلاج

دراسة حالة التـــــــأمين عن الأمراض المزمنة في الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي لغير الأجراء-عين تموشنت-

إعداد الطالب: شراير شراير وسيم

تحت إشراف: استاذ همش عمر

تاريخ المناقشة:11-07-2021

أعضاء لجنة المناقشة

اسم واللقب	الرتبة	الصفة
موساوي رزيقة	استاذة محاظرة-أ-	رئيسة قسم
همش عمر	استاذ محاظر –أ-	مشرف
صحراوي سعيد	استاذة محاضرة-أ-	ممتحن

السنة الجامعية: 2020-2021

بسم الله الرحمن الرحيم

الإهـــــداء

مع كل يوم يمر ، أشكر الله ، وأدعوه طوال الوقت أن يمنحني القوة لأكمل المسار الذي حدده لي.

أهدي هذا العمل إلى: والدتي التي كان ولازل الفضل لها وايضا الى أختي الوحيدة التي ساندتني في نجاحي، وايضا الى كل الأصدقاء الذين تعرفت عليهم طوال المشوار الدراسي وكل من ساهم في من قريب او من بعيد في دعمي طوال حياتي

وسيم

شكر والتقدير

أشكر الله عز وجل الذي أنار دربي، وفتح لي أبواب العلم وأمدني بالصبر والإرادة .

ثم الشكر للأستاذ المشرف: الأستاذة همش عمر على قبوله الإشراف على هذا العمل، على سعة صدره وعلى توجيه ونصحه السديد .

الشكر موصول أيضا لجميع أعضاء لجنة المناقشة لقبولهم مناقشة هذه الأطروحة .

وأشكر كذلك مدير الصندوق الضمان الإجتماعي لغير الأجراء-عين تموشنت- "صبرة جواد" وايضا نتوجه بالشكر الى جميع العمال والموظفين على كل ما قدموه لي من تسهيلات ومعلومات قيمة كان لها الدور الفعال في إنجاز هذه الأطروحة.

دون أن يفوتني شكر كل أساتذتي وكل العمال بالمدرسة العليا بتلمسان وكل من ساعدني من قريب أو من بعيد في إنجاز هذا العمل .

لكم مني جميعا كل الشكر والامتنان

وسيم

فهرس المحتويات

إهداء I

الشـــكر و التقدير III

الفهرس المحتويات.....III

قائمة الجداول..... III

قائمة الأشكال..... III

مقدمة عامة.....أ

الفصل الأول: اطار النظري حول التأمينات الإجتماعية.....05

تمهيد.....06

المبحث الأول: نشأة وتطور التأمين الإجتماعي و الأسس التي يقوم عليها.....07

المطلب الأول: تعريف التأمين الاجتماعي.....**07**

المطلب الثاني: أنواع التأمينات الاجتماعية.....**10**

المطلب الثالث: أسس وخصائص التأمين الاجتماعي.....**18**

المبحث الثاني: أهداف وأهمية التأمين الاجتماعي والمخاطر المضمونة فيه.....21

المطلب الأول: أهداف وأهمية التأمين الاجتماعي.....**22**

لمطلب الثاني: المخاطر المضمونة في التأمينات الاجتماعية.....**23**

المطلب الثالث: المستفيدون من نظام التأمين الاجتماعي والأطراف الداخلة فيه.....**27**

المبحث الثالث: أثـــر جهود الدولة في مجال التأمين الاجتماعي وإنـــعـــكـــاســـــهـــا على الاقتصاد.....29

المطلب الأول: تمييز التأمينات الاجتماعية عن بعض الأنظمة المشابهة لها.....**30**

المطلب الثاني: أثر التأمينات الإجتماعية على المتغيرات الإقتصادية.....**32**

المطلب الثالث: النشاط الإجتماعي للدولة.....**33**

الخلاصة.....**35**

الفصل الثاني: مدخل عام للتأمين الصحي وتأمين الأمراض المزمنة.....36

تمهيد.....37

المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للتأمين الصحي.....38

المطلب الأول: ماهية التأمين الصحي.....**38**

المطلب الثاني: مبادئ وأهداف التأمين الصحي.....**40**

المطلب الثالث: فوائد التأمين الإجتماعي.....**44**

المبحث الثاني: مصـــادر تمويل التأمين الصـــحي ودوره في التنمية الإقتصـــادية والإجتماعية..... 47

المطب الأول: أليات تمويل نظام التأمين الصحي.....**47**

المطلب الثاني: برامج التأمين الصحي وطرق تقديم خدمات.....**49**

المطلب الثالث: دور التأمين الصحي في تحقيق التنمية الإقتصادية و الإجتماعية.....**50**

المبحث الثالث: الأمراض المزمنة المؤمنة الإجتماعيا وأداءات التأمين الصحي.....51

المطلب الأول: مفهوم الأمراض المزمنة وأثر إنتشارها على الضمان الإجتماعي الجزائري **52**

المطلب الثاني: الأداءات العينية والنقدية وشروط الإستفادة منها..... .....**56**

المطلب الثالث: كيفية التعاقد بيم الوكالة والصيدليات وأليات الجديدة في مجال التأمين عن المرض.....**60**

الخلاصة.....**67**

الفصل الثالث: دراسة حالة التأمين عن الأمراض المزمنة.....68

تمهيد.....69

المبحث الأول: عموميات حول مؤسسة الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي الأجراء.....70

الوطني المطلب الأول: تعريف الصندوق للضمان الإجتماعي لغير الأجراء.....**70**

المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة وأهدافها.....**72**

المطلب الثالث: دراسة حالة تطور الأمراض المزمنة لسنة 2020 ذاخل الوكالة.....**72**

المبحث الثاني: منهجية المعتمدة في الدراسة الميدانية.....81

المطلب الأول: مجتمع وعينة الدراسة.....**89**

المطلب الثاني: أليات جمع البيانات.....**89**

المطلب الثالث: إستمارة البحث.....**90**

المبحث الثالث: معاجة البيانات وتحليلها.....91

المطلب الأول: معالجة الخصائص العامة للمبحوثين.....**91**

المطلب الثاني: معالجة البيانات المتمحورة حول التأمين الصحي والمصاريف الطبية.....**97**

المطلب الثالث: إختبار الفرضيات **113**

خلاصة.....117

الخاتمة.....119

المراجع.....122

الملاحق.....127

التلخيص.....151

قائمة الجداول

جدول 1 : تطور نفقات التعويض عن الأدوية في الجزائر 57

جدول 2 : تصنيف الأمراض المزمنة..... 84

جدول 3 : تصنيف الأمراض المزمنة لسنة 2020 حسب جنس والعمر..... 85

جدو 4 : الأمراض المزمنة التي تعوض بنسبة 100% حسب جنس المريض..... 87

جدول 5 الأمراض المزمنة التي تعوض بنسبة 80% حسب جنس المريض..... 88

جدول 6 عدد الأمراض المزمنة لسنة 2020 على مستوى الصندوق..... 89

جدول 7 عدد ذوي الحقوق المزمنين لسنة 2020 90

جدول8 توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس..... 93

جدول9 توزيع أفراد العينة حسب متغير السن 94

جدول10 توزيع الأفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي..... 95

جدول11 توزيع الأفراد العينة حسب متغير الوظيفة..... 96

جدول12 توزيع العينة حسب متوسط الذخل الشهري 97

جدول13 توزيع حسب التغطية الصحية..... 99

جدول 14 توزيع العينة على اساس الصندوق المنخرط فيه 100

جدول15 توزيع العينة حسب نوع التأمين الخاضع له..... 101

جدول16 توزيع العينة حسب فئة المنتمي لها 102

جدول17 توزيع العينة على اساس فترة الإنخراط 103

جدول18 توزيع العينة حسب الإستفادة..... 104

جدول19 أهمية التأمين الصحي بالنسبة للعينة المدروسة 105

جدول20 نطاق الإستفادة من خدمات التأمين الصحي 106

جدول 21 توزيع حسب نسبة التعويض من طرف التأمين الصحي..... 107

جدول22 توزيع العينة حسب نوع المرض المزمن 108

جدول 23 توزيع حسب قدرة الدفع وطبيعة المرض 110

جدول24 توزيع أجوبة الإستمارة حسب الصعوبا الحصول على الأدوية 110

جدول25 توزيع العينة حسب متوسط الإنفاق وطبيعة المرض..... 112

جدول26 الإستفادة من المصاريف الطبية 113

جدول27 توزيع حسب عدد الوصفات الطبية القابلة للتعويض 114

جدول28 توزيع حسب مساهمة التأمين الصحي في تغطية المصاريف الطبية..... 114
جدول29 أسعار الأدوية بواسطة التأمين الصحي 115
جدول30 حدد مبلغ 3000 دج كسقف للوصفة الطبية الواحدة، ووصفتين كل 3 أشهر بالنسبة للمؤمنين لهم اجتماعيا..... 116
جدول31 توزيع حسب مستوى الإستهلاك..... 116
جدول32 تقييم خدمات التامين الصحي..... 117
جدول33 هل دخلك كافي لعلاج جميع الأمراض في الأسرة من غير الدخول تحت مظلة التأمين الصحي..... 118

قائمة الأشكال

الشكل 1 : الهيكل التنظيمي لصندوق الضمان الإجتماعي لغير الأجراء 91

الشكل 2 : توزيع العينة حسب متغير الجنس 92

الشكل 3 : توزيع العينة حسب متغير السن 93

الشكل4 : توزيع العينة حسب متغير المستوى التعليمي 94

الشكل 5: توزيع العينة حسب متغير المهنة 96

الشكل 6: توزيع العينة حسب متغير الذخل الشهري 97

الشكل 7: التغطية الصحية.....98

الشكل 8 الصندوق المنخرط فيه.....99

الشكل 9 توزيع العينة حسب نوع التأمين 100

الشكل 10 توزيع العينة حسب الفئة المنتمي اليها 101

الشكل 11 توزيع الأفراد حسب فترة الإنخراط..... 102

الشكل 12 توزيع حسب درجة الإستفادة من الإنظمام..... 104

الشكل 13 نطاق الإستفادة من خدمات التأمين الصحي 108

الشكل 14 صعوبات الحصول على الأدوية 111

الشكل 15 عدد الوصفات الطبية المعوضة 112

الشكل 16 مساهمة التأمين الصحي في التغطية الصحية..... 114

الشكل 17 تقييم خدمات التأمين الصحي 115

المقدمة

مما لا شك فيه أن الإنسان يتعرض الى العديد من المخاطر التي لا يمكن تجنبها والتي قد تصيبه في حياته او بذنه أو ممتلكاته ، وهذه المخاطر تكلفه أعباء وخسائر ولهذا كان لابذ من ايجاد وسائل وأساليـب مختلفة لمواجهة هذه المخاطـر والتقليل من تكلفتها ، بدأت بالادخار الفردي و بالتضامن العائلي أو العشائري وانتهت بصناعة فكرة التـأمين، وقد وجد في التأمين ضالته ولهذا إزدادت أهميته مع تزايد حاجة الأفراد المجتمع له بإعتباره كوسيلة مثلى يمكن من خلالها مواجهة الأعباء المالية المترتبة على المرض والتي قد لا يستطيع ان يتحملها بفرده.

ومن هذا المنطلق جاء نظام التأمين الصحي كأحد أهم أنظمة التأمينات الإجتماعية، التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية وذلك لما يكتسيه من أهمية بالغة في توفير الرعاية الصحية لجميع الشرائح المجتمع المبنية على أسس التضامن والعدالة.

و بالطبع فإن الجزائر كغيرها من الدول العربية التي لجأت الى تطبيق نظـام التـأمين الصحي لمواجهة التحولات الحاصلة مع التقدم التكنولوجي الذي شهده القطاع الصحي وظهور العديد من الأمراض التي لم تكن معهودة من قبل، وعلى الرغم من أن الدولة مسؤولة عن تقديم العلاج بصورة مجانية إلا ان ارتفاع في تكلفة العلاج يجعل الدولة عاجزة امام توفيره بصورة شاملة عبر مستشفياتها ومراكزها العلاجية خاصة مع تفاقم هذه الأمراض المزمنة التي أصبحت مشكل حقيقي للصحة العمومية، وكذلك أصبحت تمثل عبئ ثقيـل على المنظومة الصحية، والتكفل بها اصبح يهدد توازنات المالية للصناديق الضمان الإجتماعي.

وهذا هو الموضوع الذي نحاول طرحه ومعالجته في مذكرتنا وسنحاول الإجابة عن السؤال الجوهري التالي : **ما مدى مساهمة التأمين الصحي في التقليل من عبئ المصاريف العلاجية في ظل إنتشار الأمراض المزمنة في الجزائر ؟**

يتبع هذه الإشكالية مجموعة من التساؤلات التي يحاول البحث الإجابة عليها ونسنعرضها كما يلي:

- ماهي المخاطر المضمونة والمغطاة في نظام التأمين الإجتماعي؟

- في ما تتمثل خدمات التأمين الصحي ضمن التأمين عن المرض؟
- ما هو واقع التأمين الصحي في التعويض عن مصاريف الأمراض المزمنة؟
- **فرضيات الدراسة**

في إطار انجاز الدراسة موضوع البحث، وللإجابة عن الإشكالية الرئيسية تم صياغة الفرضيات التالي:

– الفرضية H1: يساهم التـأمين الصحي في التغطية الصحية من حيث تحمل جزء من المصاريف الطبية.

- الفرضية H2: بشكل عام، يقوم التـأمين الصحي بتغطية جميع الأمراض من ناحية توفير الأدوية وتقليل من سعر إقتنائها.

- **أهمية البحث**

تكمن أهمية هذا البحث في محاولة توضيح أهمية القطاع التأمين الصحي من خلال مساهمته في تمويل النفقات الصحية المترتبة عن المرض، وايضا من أجل معرفة أهميته ذاخل المجتمع الجزائري خاصة بالنسبة للفئات المؤمنة.

- **أهداف الدراسة**

- إبراز بأهمية التأمين الإجتماعي وما يلعبه من دور فعال في التنمية الإقتصادية و الإجتماعية.
- الإحاطة بأهمية التأمين الصحي كوسيلة تضامنية في تحقيق الأمن والشعور بالراحة لدى الفرد.
- اعطاء صورة بسيطة وموضحة بخصوص التعويضات والمصاريف الصحية المتعلقة بالمرض.
- التعرف على الأمراض المزمنة التي يتم التكفل بها على مستوى المؤسسة.

- **أسباب إختيار الموضوع**

هناك عدة أسباب تدفعنا لاختيار هذا الموضوع، ويمكن إيجاز أبرزها في ما يلي:

- الميول الشخصي نحو معرفة واقع قطاع الضمان الإجتماعي في الجزائر خاصة مع معايشتنا للواقع و المعانات المستهلكين من سوء التكفل بهم على مستوى المؤسسات الصحية سواء من طرف الفئة

المؤمنة بتقديم خدمات تتناسب مع اشتراكاتهم المستمرة في هياكل الضمان الاجتماعي أو الفئة الأخرى التي تستفيد من العلاج المجاني.

- حداثة الموضوع ومحدودية الدراسات و الأبحاث في هذا المجال خاصة تلك المرتبطة بواقع معين مثل حالتنا في الدراسة.
- تدعيم الدراسات السابقة و محاولة تعميق و تشخيص مساهمة التأمين الصحي في الجزائر

- **منهج الدراسة**

يتمثل منهج الدراسة في مجموع الإجراءات والعمليات التي تمكن الباحث من الإجابة على اشكالية البحث المطروحة واختبار فرضياته، وفي هذا الإطار قمنا باتباع المنهج الوصفي التحليلي في إعداد عملنا هذا:

- حيث من جانبه النظري اعتمدنا على مصادر المعلومات الثانوية كالكتب والمجلات العلمية والمقالات سواء باللغة العربية أو باللغات الأجنبية.
- أما من حيث الجانب التطبيقي فقد تم اللجوء بالإستعانة بلاستبيان بغية معرفة مساهمة التأمين الصحي في تحمل عبئ المصاريف الطبية بالنسبة لذوي الأمراض، وقد تم تجميع المعلومات ومعالجتها باستخدام برنامج الإعلام الآلي "SPSS الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية نسخة

- **الدراسات السابقة**

- **دراسة (MEKBEL Hamza 2011): دور التأمين الصحي في تمويل الرعاية الصحية في الجزائر.**

تهدف هذه الدراسة الى محاولة تحليل دور التأمين الصحي في تمويل الرعاية الصحية في الجزائر، حيث تناولت هذه الدراسة عرض تطور وسير نظام التأمين على المرض في الجزائر وعلاقته بنظام الرعاية الصحية، فلقد هدفت الى تحيليل أليات تمويله من مذاخيله ونفقاته وكذا نظرته المستقبلية للسيطرة على نفقات وضمان المساواة في الحصول على الخدمات الصحية، وتوصلت هذه الدراسة الى:

- ✓ التعويض عن نفقات الأدوية يساهم بشكل كبير من حيث تزايد نفقات التأمين الصحي.

- ✓ وجود صعوبات مالية ومشاكل تمويلية تعرقل من سير نظام التأمين الصحي.
- ✓ تحديات التحكم في نفقات التأمين يخلق عدم توازن في سير صناديق الضمان الإجتماعي.

- **دراسة فرطاقي مفيدة و ابراهمية ابراهيم (2015): تطور الأمراض المزمنة في الجزائر**

تهدف هذه الدراسة الى لفت الإنتباه عن ظاهرة تفاقم الأمراض المزمنة في الجزائر في الأونة الأخيرة التي أصبحت تشكل عبئ على المنظومة الصحية، تناولت هذه الدراسة الكشف عن أسباب ارتفاع المستمر للأمراض المزمنة ، وايضا تطرقت الى نفقات التي يتحملها التأمين الصحي في ظل سياسة التعويض عن هذه الأمراض.

- **هيكلة الدراسة**

في إطار إنجاز هذه الدراسة المعنونة بـ "مساهمة التأمين الصحي في تقليل من تكلفة العلاج دراسة حالة الأمراض المزمنة" تم تقسيم هذا البحث الى ثلاث فصول رئيسة مقسمة الى مباحث كالتالي:

الفصل الأول: ايطار النظري حول التأمينات الإجتماعية، نستعرض فيه اهم الجوانب النظرية للنظام التأمينات الإجتماعي من حيث انواعه اهميته المخاطر التي يغطيها....

الفصل الثاني: لقد قمنا بالدراسة عن التأمين الصحي من حيث أهميته ودوره الفعال في عملية التنمية، وكذلك طرق تمويله وماهي التعويضات التي يمنحها عن المرض، كما قد خصصنا جزء متعلق بالأمراض المزمنة وما يترتب عنها من تعويضات.

أما بالنسبة للفصل الثالث فلقد خصص للدراسة الميدانية التي اجريت بوكالة الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي لغير الأجراء عين–تموشنت، وهذا الفصل يهدف الى معرفة مدى مساهمة التأمين الصحي في تحمل من عبئ التكلفة العلاجية.

الفصل الأول

اطار النظري حول التأمينات الإجتماعية

تمهيد:

تعتبر التأمينات الإجتماعية من بين التأمينات التي ظهرت حديثا نتيجة لتزايد المطالب الحياة، وهو يهدف بالدرجة الأولى الى التأمين على ذوي الذخل المحدود او الضعيف ضد مخاطر الحياة، وبدوره يحقق المصلحة الإجتماعية عامة.

حيث تأخذ التأمينات الإجتماعية مكانة كبيرة لكثير من الدول في الوقت الحالي، اذ تعتبر من بين المعايير أو المؤشرات التي يقاس عليها درجة تقدم هذه الدول. و في هذا السياق يمكن القول ان التأمين الإجتماعي هو" تأمين إجباري" تشرف عليه او تعينه الدولة ضد الماخطر الحياة التي يمكن ان يتعرض لها الإنسان قصد تأمينه من " حوادث العمل، الإصابات المهنية، العجز والشيخوخة و البطالة، المرض".

وهذا ما سوف نتطرق اليه في هذا الفصل :

- المبحث الأول: نشأة وتطور التأمين الإجتماعي في الجزائر.
- المبحث الثاني: أهداف وأهمية التأمين الإجتماعي وتغطيته للمخاطر المضمونة فيه.
- المبحث الثالث: أثر جهود الدولة في مجال التأمين الإجتماعي وإنعكاسها على الأقتصاد.

المبحث الأول: نشأة وتطور التأمين الإجتماعي واسس التي يقوم عليها

تعتبر التأمينات الإجتماعية من بين الأنظمة التي برزت حديثا، نظرا للتغيرات التي حدتث في العالم، و لقد تعددت الأراء حول صياغة لمفهوم عام لفكرة التأمين الإجتماعي، وقد إجتمعت على إعتباره نظام يهدف الى تحقيق التكافل الإجتماعي وتقديم الحماية الإجتماعية خاصة للطبقات الفقيرة في المجتمع. بهدف حمايتهم من الأخطار التي يمكن وقوعها ، وذلك استناداً على اسس معينة .

المطلب الأول: تعريف التأمين الاجتماعي

- تعتبر التأمينات الإجتماعية من أهم الأنظمة التي تتعامل مع الأخطار التي قد يتعرض لها الإنسان و أفراد الأسرته خلال حياة الفرد وبعد وفاته. يُعرَّف التأمين الاجتماعي بأنه "كل التأمينات الحكومية الإلزامية التي تهدف إلى توفير الحماية المادية للطبقات الاجتماعية الضعيفة في حالة تعرضهم لمخاطر الأمراض أو حوادث العمل، العجز، الوفاة، البطالة.

يُعرف أيضًا باسم نوع من التأمين الحكومي الذي ينظمه قانون الضمان الاجتماعي للدولة وهو إلزامي لأصحاب العمل والعمال وفقًا لنسب وقواعد معينة.[1]

- « هو خدمة صحية تقوم بها الدولة لمصلحة الموظفين والعمال فتؤمنهم من إصابة المرض والشيخوخة، ويسهم في حصيلته كل من المستفيدين، وأرباب العمل، والدولة نسبة محددة، ويكون في الغالب إجباريا لا يقصد من ورائه الربح...» [2]

وأهم ما يميز هذا التعريف :

[1] زياد رمضان، مبادئ التأمين دراسة عن واقع التأمين، دار الصفاء للنشر والتوزيع، ألردن،8991 ،ص7.
[2] مراد محمود حسن حيدر : التأمين الصحي، دار الفكر الجامعي، 2009 ،ص 92.

- ⇦ **الأمر الأول:** أنه ركز على ضرورة إسهام المؤمن عليه بنسبة ولو بسيطة في التأمين، كما لابد من تحمل الدولة بنسبة ولو محدودة في هذا التأمين؛
- ⇦ **الأمر الثاني:** أنه لا يهدف إلى الربح يهدف التامين الصحي التجاري؛
- ⇦ **الأمر الثالث:** أن هذا النوع من التأمين يكون في الأعم الأغلب إجباريا تفرضه الحكومات أو الهيئات التي تمثلها.

❖ يمكننا القول أن التامين الاجتماعي هو و كل تامين يقوم على مبدأ التضامن الاجتماعي حيث يرمي أساسا إلى حماية لذا فهو يتسم بالطابع الإجباري و تقوم الدولة بتنظيمه و وضع أحكامها . فالتامين الاجتماعي الطبقات الضعيفة لا يتحمل عبئه بالضرورة المستفيد ، بل قد يشارك بجزء و يتحمل صاحب العمل و الدولة الجزء الآخر ، و يقوم بتوزيع عبء الاشتراك على أساس فكرة التضامن حيث يساهم صاحب الجهد الأقل قيمة و .... في تغطية صاحب الجهد الأكبر قيمة و .....لان الاشتراك لا يتحدد على أساس الجهد بل يتحدد على أساس الدخل حيث يتمثل عادة في نسبة من الدخل أو الأجر و يغطي التامين الاجتماعي المخاطر التي يتعرض لها الإنسان في شخصه مثل : المرض ، الشيخوخة ، الإصابة ، العجز ، الوفاة.[1]

❖ و لقد رآى الدكتور أحمد حسن البرعي في كتابه " **الوسيط في التشريعات الاجتماعية** " أنه لتعريف التأمينات الاجتماعية يجب الأخذ بالاعتبار أهداف التأمينات الاجتماعية ووسائلها لكن بعيدا عن المعنى الواسع الذي ذهب إليه أنصار التعريفين الأول والثاني بل وأنصار التعريف الثالث أيضا حيث اعتمدوا على المعنى الواسع عند محاولتهم دمج التعريفين الأول والثاني. ورأى أنه لتعريف نظام التأمينات الاجتماعية يجب تحديد خصائص هذا النظام والتي حددها كالتالي:[2]

1) أنه أولا فكرة اجتماعية قديمة تقوم على أساس مواجهة المخاطر الاجتماعية التي قد تلحق بالفرد؛

---

[1] محمد حسن قاسم : محاضرات في عقد التامين ، الدار الجمعية ، الإسكندرية ، سنة 1999 ، ص 52.

[2] أحمد حسن البرعي - الوسيط في التشريعات الاجتماعية - دار النهضة العربية القاهرة 2000 ص : 52.

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

3) إن التأمينات الاجتماعية لها هدف تشترك فيه مع السياسة الاجتماعية للدولة ألا وهو تحقيق الأمن الاقتصادي للمواطن وتحريره من الحاجة؛

4) إن للتأمينات الاجتماعية أيضا هدف خاص يتحدد بمجموعة المخاطر التي درجت قوانين التأمينات الاجتماعية في مختلف الدول على تغطيتها بحيث تواجه التأمينات الاجتماعية الأضرار الناتجة عن هذه المخاطر فقط؛

5) تختلف التأمينات الاجتماعية عن السياسة الاجتماعية للدولة بالأساليب الخاصة التي تواجه المخاطر الاجتماعية وإن كانت التأمينات الاجتماعية إحدى هذه الوسائل التي تستخدمها الدولة لمواجهة المخاطر الاجتماعية لكنها تختلف عنها في كونها ذات طابع اجتماعي والذي يساعد على تحقيق ذاتية التأمينات الاجتماعية وتميزها عن غيرها من القوانين الاجتماعية ومن مجموع هذه الخصائص خلص إلى التعريف التالي للتأمينات الاجتماعية :

(التأمينات الاجتماعية هي نظام قانوني اجتماعي يعمل على تحقيق الأمن الاقتصادي للأفراد في حالة تعرضهم لأحد الأخطار المهنية أو الاجتماعية الواردة في الاتفاقية الدولية رقم 102 الصادرة عن منظمة العمل الدولية، وذلك عن طريق استخدام مجموعة من الأساليب الفنية الخاصة بهذا النظام والتي تعمل على إعادة توزيع الدخل القومي بشكل أكثر عدالة).[1]

❖ كذلك عرفه" **بيفردج** " على انه " تامين دخل معين لكل محل الكسب عندما ينقطع بسبب البطالة ، المرض ، الإصابات ، الشيخوخة و يقوم بتغطية النفقات الاستثنائية التي تنجم عن الزواج و الولادة و الوفاة على ان يكون ذلك مقرونا بالعمل على إنهاء حالة انقطاع الكسب بأسرع وقت ممكن". [2]

---

[1] أحمد حسن البرعي - مرجع سابق – ص : 54.

[2] عبد اللطيف محمود آل محمود : التامين الاجتماعي ، ط1 ، دار النفائس ، سنة 1994 ، ص 57.

❖ كما عرفه آخر على انه "تامين إجباري و ليس للعامل او لصاحب العمل ، متى توفرت شروطه فالاشتراك في هذا التامين مصدره القانون الذي يحدد شروطه و مزاياه و لا يملك أي طرف من أطراف العلاقة حق التعديل في ذلك ."

❖ ويعرفه عادل عز على أنه: كل تأمين إجباري من الدولة يهدف إلى توفير الحماية المادية للطبقات الضعيفة للمجتمع في حالة تعرضهم لأخطار ليس في قدرتهم تحملها كأخطار المرض أو حوادث العمل أو العجز أو الوفاة المبكرة، البطالة أو وصولهم سن الشيخوخة.[1]

المطلب الثاني: نشأة وتطور التأمينات الإجتماعية

الفرع الأول: تطور التأمين الإجتماعي في العالم :

ولدت فكرة التأمين الإجتماعي بفضل سلسلة من العوامل التي ساهمت في بلورة هذه الفكرة ، بعضها موضوعي والبعض الآخر فكري. عندما تدرك المجتمعات الحديثة الحاجة إلى خلق سلسلة من الضمانات للتعامل مع الأخطار التي قد يواجهها الإنسان خلال حياته ، يجب علينا إذن توضيح الظروف التاريخية التي أدت إلى بلورة هذه الفكرة. دولي حتى يتم تضمين الضمان الاجتماعي في الاتفاقيات والقوانين الدولية والوطنية.

كانت ألمانيا أرضاً خصبة لولادة أول نظام للتأمين الإجتماعي في العالم ، حيث ساهمت في ذلك العديد من العوامل السياسية والاقتصادية والأيديولوجية والتاريخية. ظهرت طبقة عاملة كبيرة نتيجة للازدهار الصناعي الذي شهدته ألمانيا في منتصف القرن التاسع عشر. حيث لعبت الطبقة العاملة دورًا محوريًا مهمًا في ذلك الوقت ، كما تمكن الحزب الاشتراكي الديمقراطي من دخول البرلمان بفضل دعم النقابات العمالية ، مما زاد من نفوذها بعد الأزمة الاقتصادية الحادة التي أدت إلى إغلاق العديد من المصانع.

[1] إبراهيم علي عبد ربه، مبادئ التأمين التجاري والاجتماعي، دار النهضة العربية، بيروت لبنان سنة 1988م، ص488 ،1 490.

ودفع الآلاف من العمال إلى البطالة نتيجة لذلك خشي بسمارك من هيمنته ، خاصة بعد انتشار الحركات الاشتراكية الفردية في ألمانيا في ذلك الوقت ، وسعى للتغلب على هذه الطبقة والقضاء عليها بمقاومة الحركة العمالية التي أحاطت به. الفوائد الاجتماعية لتقليل المخاطر للموظفين.[1]

ولقد قام المستشار بسمارك بإصدار ثلاثة تشريعات اجتماعية الأولى في 15 يونيو 1883 ضد خطر المرض و الثانية في 06 يوليو 1884 ضد إصابات العمل و الثالثة في يونيو 1889 ضد خطر العجز والشيخوخة ثم تمت تجميع هذه التشريعات الثلاثة في تقنين واحد يسمى بتقنين التأمينات الاجتماعية. وفي سنة 1929 تم إصدار قانون التأمين ضد البطالة ثم تلاه قانون التأمين ضد الوفاة وذلك في1931 .

وكانت اشتراكات التأمين تدفع من قبل العمال وأصحاب العمل بمساهمة الدول بالنسبة لبعض أنواع التأمينات كتأمين الشيخوخة والعجز. كما كانت مقتصرة على فئة عمال الصناعة وكذا ذوي الدخل الضعيف.[2]

أما في فرنسا فقد صدر قانون 9 أفريل 1889 الذي أخذ بمبدأ المسؤولية الموضوعية لأصحاب العمل، ولم يعد العامل ملزما بإثبات خطأ صاحب العمل للحصول على حقه في التعويض. وفي 31 مارس 1905 صدر قانون يفرض على أصحاب العمل التأمين الإجباري من المسؤولية عن حوادث العمل وبموجب هذا القانون يحق للعامل مطالبة شركة التأمين بحقه في التعويض المستحق له .وقد كان لاسترداد فرنسا لإقليم الألزاس و اللورين من ألمانيا تأثير في إصدار قانون التأمين الاجتماعي وذلك لتعميم المزايا التي كان يتمتع بها عمال هذا الإقليم في ظل القانون الألماني، فكان قانون 15 أفريل 1928 ثم أعقبه قانون 30 أفريل 1930 الذي وضع أسس نظام التأمين الاجتماعي في فرنسا وشمل هذا القانون نظام التأمين الصحي وتأمين الأمومة والعجز والشيخوخة وكذا تأمين الوفاة، وذلك بالنسبة لعمال التجارة وكذا

[1] محمد حسين منصور، قانون التأمين الاجتماعي، دار المعارف مصر ط ، ص 23-24.
[2]محمد حسن قاسم - التأمينات الاجتماعية النظام الأساسي والنظم المكملة - دار الجامعة الجديدة للنشر 1995 ص : 19.

الصناعة، وكان يمول من قبل العمال وكذا أصحاب العمل، أما التأمين ضد حوادث العمل فكان يمول إجباريا من قبل أصحاب العمل.[1]

أما في الولايات المتحدة الأمريكية ونظرا لمبدأ الحرية المطلقة الذي يمنع تدخل الدولة في العلاقات الاقتصادية والاجتماعية فإن نظام التأمينات الاجتماعية لم يرى النور فيها إلا في أواسط القرن العشرين وذلك في أعقاب الأزمة الاقتصادية العالمية سنة 1929 التي أصابت الاقتصاد الأمريكي بأضرار فادحة ترتب عنها الانتشار الهائل للبطالة وتزايد الفقراء والمعوزين وأثناء تولي فرانكلين رزفلت Roosevelt Franklinالحكم انتهج سياسة مغايرة لسياسة الحرية الاقتصادية المطلقة وأمر بحق الدولة في التدخل لتنظيم الحياة الاقتصادية والاجتماعية باعتبارها الحامية للفرد والمجتمع معا ولذلك تم إصدار أول تشريع للضمان الاجتماعي act Security social 1935 وكان هذا التشريع الأول من نوعه الذي استخدم مصطلح الأمن الاجتماعي في العالم.[2]

كما كان الهدف من هذا القانون هو مكافحة الحاجة الناشئة عن الأزمة الاقتصادية . 1929وبذلك توجه إلى كل المحتاجين من الأرامل والأيتام والشيوخ غير المشمولين بالتأمين عن الشيخوخة ولم يقتصر على العمال فقط مما يجعل الغرض منه ليس فقط حماية أصحاب الحاجة بل كانت الغاية منه انتهاج سياسة اقتصادية واجتماعية شاملة تقوم على تدخل الدولة لتحقيق الأمن الاجتماعي والاقتصادي للمواطن الأمريكي وتكسير مبدأ الحرية الفردية المطلقة السائد آنذاك.

هذا ويعتبر القانون الأمريكي للضمان الاجتماعي أول من استعمل مصطلح "الضمان الاجتماعي" ومنه انتقل هذا المصطلح إلى قوانين الدول الأخرى وكذا إلى الإعلانات والمواثيق الدولية .[3]

---

(1) حسين عبد اللطيف حمدان - أحكام الضمان الاجتماعي - الدار الجامعية بيروت 1992 ص : 46.
(2) محمد حسين منصور - مرجع سابق – ص : 36.
(3) حسين عبد اللطيف حمدان - مرجع سابق - ص : 60.

أما في بريطانيا فقد شكلت الحكومة البريطانية عام 1941 لجنة لدراسة وتطوير نظام التأمينات الاجتماعية وكان يرأسها اللورد بيفريدج الذي تأثر كثيرا بأفكار الرئيس الأمريكي روزفلت في نضاله لتحرير الإنسان من الحاجة، وقد استغرقت دراسة قانون التأمين الاجتماعي من قبل هذه اللجنة مدة سنة كاملة. حيث وضعت اللجنة تقريرها سنة 1942ضمنته ملاحظاتها وكذا اقتراحاتها لإصلاح وتطوير نظام التأمينات الاجتماعية وكيفية تطبيقه. وقد سمي هذا التقرير باسم رئيس اللجنة اللورد بيفريدج الذي كان أساسه تحرير الإنسان من الحاجة وعرف التأمين الاجتماعي بأنه: "**نظام للقضاء على الحاجة عن طريق تأمين دخل كاف لكل مواطن في كل وقت** ."وقد خلص هذا التقرير إلى النتائج التالية:

- إن النظام الانجليزي للتأمينات الاجتماعية هو نظام معقد ويفتقر إلى التناسق بين الأجهزة القائمة على تطبيقه، ويعود ذلك إلى تعدد أنظمة التأمينات الاجتماعية بحسب المخاطر المؤمن منها، وبحسب الأنشطة المهنية.
- إن نظام التأمينات الاجتماعية البريطاني لا يشمل سوى العاملين في نطاق العمل التبعي ويستبعد الموظفين الذين يتجاوز دخلهم 320 جنيه إسترليني بغض النظر عن أعباءهم العائلية .
- إن 12 % من الأسر البريطانية لا تحصل على الحد الأدنى من الدخل اللازم للمعيشة بينما 88 % الباقية يتجاوز دخلها هذا الحد.
- إن نظام التأمينات الاجتماعية البريطاني لا يوفر أية تغطية للأعباء العائلية، كما أن التأمين عن المرض يغطي المستفيد وحده دون أفراد عائلته.
- إن تعويضات البطالة وكذا المرض لم تكن تصرف إلا لمدة محدودة لا تتجاوز 26 أسبوعا فقط.
- ليست هناك أية ضمانات للعامل المصاب للحصول على التعويض إلا بعد إتباع إجراءات قضائية معقدة وتستلزم نفقات باهظة ولذلك وضعت هذه اللجنة برنامجا جديدا ينص على ما يلي :

⇦ ضرورة توحيد نظام التأمينات الاجتماعية ودمج كل الأجهزة المشرفة عليه في هيئة واحدة هي وزارة الضمان الاجتماعي.

⇦ ضرورة توسيع نظام التأمين الاجتماعي إلى فئات أخرى من العمال وعدم حصره على عمال العمل التبعي فقط، حيث يجب أن يشمل أيضا عمال القطاع الخاص و أصحاب الحرف والتجار والملاك والمستأجرين والمزارعين وغيرهم .[1]

الفرع الثاني: تطور التأمين الإجتماعي في الجزائر :

يمكن تمييز تطور التأمينات الإجتماعية لعدة مراحل :

← **مرحلة الإستعمار من 1830-1962:** يعتبر الضمان الاجتماعي في الجزائر مكسبا كبيرا للمجتمع باعتباره أداة فعالة للحماية الاجتماعية ضد الأخطار التي تهدد الفرد، وفكرة الضمان الاجتماعي ليست جديدة بل تعود إلى زمن بعيد أي خلال الفترة الاستعمارية،بحيث تميزت هده الفترة أي من سنة 1830 إلى غاية 1962، أن القوانين المطبقة في هدا الميدان هي القوانين الفرنسية على أساس وفي نظر فرنسا أن الجزائر جزء لا يتجزأ من فرنسا آنذاك مع ما يتناسب و الأوضاع في الجزائر كمستعمرة فرنسية .ولدلك تميزت هذه الفترة من الناحية التنظيمية بالعدد الكبير من الأنظمة و الذي لم يقل عن 11 نظاما خاصا بالضمان الاجتماعي. من حيث الأداء ، يختلف الأداء من نظام إلى آخر ، وتم تنظيم إدارة هذه الأنظمة من قبل 71 صندوق ضمان اجتماعي بأوضاع قانونية مختلفة ، حيث تم تصنيف أنظمة موظفي الخدمة المدنية كهيئة عامة ذات طبيعة إدارية. السابق. صندوق الموظفين [2].

← **مرحلة ما بعد الإستقلال من 1962-1970:** على غرار القطاعات الوطنية الأخرى، لقد عرف الضمان الاجتماعي تحولات عديدة أدت إلى تحسين الكثير من الجوانب السلبية التي كان يعيشها على

---

[1] حسن عبد اللطيف حمدان - مرجع سابق – ص : 65.

[2] ميساني الوناس، بحث في التنظيم الإداري والتغطية الاجتماعية،الصندوق الوطني للظمان الاجتماعي لغير الأجراء سنة 1997،ص 4.

مستوى التسيير بفضل تجميع 15 هيئة سنة 1963 للنظام العام ضمن صناديق جهوية ثلاثة (وهران، الجزائر، قسنطينة)، ثم لحقت التحسينات الأخرى على مستوى تقديم الخدمات كنتيجة لتوسيع رقعة تدخل الضمان الاجتماعي.

إن أهم ما ميز هذه الفترة من الناحية التشريعية، ظهور المرسوم رقم 63 –457 المؤرخ في 14 نوفمبر 1963 و المتعلق بإنشاء جهاز للضمان الاجتماعي خاص بهيئة البحارة، سمي (مؤسسة الاستدراك الاجتماعي للبحارة)(M.G.S.P.E) تحت إشراف وزارة النقل،يسير التأمينات الاجتماعية، المنح العائلية و التقاعد .كما تميزت أيضا بالمرسوم رقم 64–125 المؤرخ في 12 أفريل 1964 الذي يعيد تبيان التركيبة البشرية المجلس الإدارة الخاص بصناديق الضمان الاجتماعي و الذي تميز بـ:

- التمثيل الخاص للمستخدمين، أصبح نصف التمثيل العمالي.
- يتم تحديد ممثلي المستخدمين و العمال عن طريق تنظيماتهم المهنية و ليس عن طريق الإنتخاب.

كما تميزت هذه الفترة أيضا بالإعلان الرسمي عن المرسوم رقم 64–364 المؤرخ في ديسمبر 1964 المتعلق بإنشاء الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي المكلف بـ:[1]

– النشاط الصحي و الاجتماعي.

– الوقاية من الأمراض المهنية.

– الإعلام العام للمكلفين .

– نشأة مدرسة وطنية للضمان الاجتماعي.

[1] -Hannouz Mourad et Khadir Mohamed, précis de sécurité sociale, O.P.U édit1996 P11-15

كما تجدر الإشارة إلى منشور جوان 1966 المحدد لتسير حوادث العمل لصناديقإبرام اتفاقيات وطنية مع المؤسسات الصحي الضمان الاجتماعي لجميع الأنظمة.

← **المرحلة ما بين 1970-1983:** إبتداءا من سنة 1970 بدأت لمسات المشرع الجزائري تبرز من خلال صدور المرسوم 70/116 المتعلق بالتنظيم الإداري لهيئات الضمان الإجتماعي، حيث برزت 06 صناديق أساسية تشكل منظومة الضمان الإجتماعي تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي وتخضع للوصاية ومراقبة وزارة العمل والشؤون الإجتماعية كالتالي:

- الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي؛
- الصناديق الجهوية للضمان الإجتماعي؛
- الصندوق التأمين على الشيخوخة للأجراء؛
- الصندوق الضمان الإجتماعي للموظفين؛
- الصندوق الضمان الإجتماعي لعمال المناجم؛
- الصندوق التأمين على الشيخوخة لغير الأجراء.

كما ميزت هذه الفترة بصدور القوانين التالية:

- مرسوم 70/215 المؤرخ في 15-12-1970 القاضي بإحداث لصندوق للتأمين على الشيخوخة لغير الأجراء التابعين للقطاع الفلاحي؛
- الأمر 74/87 الصادر في 17-09-1974، يحدد شمول الضمان الإجتماعي للعمال ذوي الأجور في القطاع غير الفلاحي على العمال من غير ذوي الأجور؛
- منشور 74/08 المؤرخ في 30-01-1974 يضع معظم انظمة الضمان الإجتماعي تحت وصاية وزارة العمل والشؤون الإجتماعية بإستثناء النظام الزراعي الذي هو تحت وصاية وزارة الفلاحة؛

- القانون الأساسي للعامل 78/12 الصادر في 05-08-1978 حيث نصت المادة 187 منه على ان يستفيذ العمال من الحق في الضمان الإجتماعي.[1]

← **مرحلة ما بعد سنة 1983:** إن سنة 1983 هي سنة التحول الجذري لنظام الضمان الاجتماعي بحيث ظهرت خمس (05) قوانين و 17 مرسوما متعلقة بالتأمينات الاجتماعية وحوادث العمل الأمراض المهنية وواجبات المكلفين، وأيضا المنازعات في مجال الضمان الاجتماعي التي تم إنشاؤها رسميا .حيث يلاحظ أنه تم التخلي عن جميع الأنظمة السابقة و التوجه إلى فكرة نظام موحد شامل خاص بالضمان الاجتماعي يتسم بتوحيد الاشتراكات و امتيازات لصالح كل العمال بجميع فئاتهم.[2]

لقد سمح هذا التنظيم الجديد الذي يميزهذه المرحلة بتحقيق قدرات كبيرة من التضامن،كما يوفر خدمات ذات جودة عالية ويسمح بتوسيع رقعة المستفيدين .إن توحيد جميع أنظمة التأمين الإجتماعي يبدو واضحا من خلال المرسوم رقم 92-07 المؤرخ في 04 جانفي 1992 و الذي يتضمن الصفة القانونية لصناديق الضمان الاجتماعي وكذا تنظيم الإداري و المالي .

هذا المرسوم ينظم و يقسم الضمان الاجتماعي إلى :

- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء بالترخيم (ص، و، ت،أ).
- الصندوق الوطني للتقاعد بالترخيم (ص.و.ت).
- الصندوق لضمان الاجتماعي لغير الأجراء بالترخيم (ص،أ، غ،أ) حيث يتميز الصندوق بالشخصية المعنوية و الاستقلالية المالية .كل صندوق يسير عن طريق مدير يعين من طرف وزير القطاع لكل من الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء و الصندوق

---

[1] نعيمة زيرمي و مسعود زيان، الحماية الإجتماعية بين المفهوم والمخاطر والتطور في الجزائر، مداخلة مقدمة ضمن ملتقى حول الصناعة التأمينية الواقع العملي وأفاق التطوير، جامعة حسيبة بن بو علي، شلف، 04،03-12-2011، ص،ص،04،05.

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

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 و الحرفي و الزراعي و الحر..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 و الذي يتضمن الحفاظ على الشغل وحماية الأجراء الذين قد يفقدون عملهم بصفة لا إرادية، يحدد هذا مرسوم اسس وشروط الإستفادة منه وطبيعة وكذا مستوى أداءاته.

المطلب الثالث: اسس وخصائص التأمين الإجتماعي

بالرغم من اختلاف الأنظمة السياسية والإقتصادية التي تقوم عليها المجتمعات تسعى جاهدة، الى توفير نظام التأمينات الإجتماعية بهدف تحقيق الأمن والإستقرار وبغرض تغطية الأخطار، حيث يقوم نظام التأمينات الإجتماعية على مجموعة من الأسس و الخصائص التي تبرز عن اختلافه عن بقية التأمينات:

الفرع الأول: أسس التأمين الاجتماعي[1] : يقوم نظام التأمين الاجتماعي على مجموعة من الأسس نذكرها فيما يلي:

- تحديد المنتفعين بالنظام ممن يشملهم البرنامج و تغطيتهم بمظلة التأمين الاجتماعي ؛
- تحديد الضمانات التي يتضمنها النظام (شيخوخة، مرض، وفاة، وغيرها) ؛
- تحديد الشروط الواجب توفرها لاستحقاق الميزات المختلفة في نظام التأمينات الاجتماعية ؛

[1] درار عياش، أثر نظام الضمان الاجتماعي على حركية الاقتصاد الوطني، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على 1 شهادة الماجيستير في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2004-2005 ،ص50 ،ص51.

- تحديد حسابي لكل ميزة في نظام التأمينات ؛
- تحديد التكلفة اللازمة لهذا النظام ؛
- تحديد نظام التمويل، وأطر دفع النفقة، و ماهية نسب الاشتراكات ؛
- تحديد كيفية اتفاق العائد مع المصلحة ؛
- وضع نظام لإدارة البرنامج وتشكيل الجهاز الإداري التنفيذي .

و لابد في هذا السياق من الإشارة إلى بعض التنبيهات الواجب تداركها و هي:

- ألا يقضي النظام على حافز العمل كأن يكون المعاش المستحق للعامل أكبر بكثير من أجره أثناء العمل مما يشجع على البطالة المبكرة ؛
- وضع تشريع محكم بحيث لا يمكن استغلاله لغير الأهداف التي وضع لتحقيقها، ممثل عطل المرض، و غيرها.

الفرع الثاني: خصائص التأمين الإجتماعي :

- يهدف إلى أن تكون الرعاية الصحية التأمينية حقا للناس وليست منحة يتبرع بها آخرون، كما أن الرعاية الصحية ليست مقابل التزام يؤديه هؤلاء الذين تشملهم مظلة هذا التأمين بل تنشأ عن الحاجة إليها، وتكون دائما مرتبطة بها و يمليها مبدأ الضمان الإجتماعي .إن الاشتراك الذي يسدده المؤمن لا يرتبط بما اشترط بالعقد من مزايا تأمينية، ولا بمقدار ما يسدد من ٍنما يرتبط بأمر آخر لا شأن له بهذا أو ذاك، كمقدار تعويضات لمن لحقت بهم الكارثة من المؤمن عليهم، وا الأجر الذي يتقاضاه المؤمن له والعمل الذي يقوم به، و النفع الذي يعو د منه على صاحب العمل أو المجتمع . إن هذا النوع من التأمين إجباري، لا يملك المؤمن لهم الخيار في التأمين أو عدمه، فهو مفروض عليهم فرضا 1باشتراكاته ومزاياه التأمينية وسائر نظامه و لا يملكون فيه تعديلا.[1]

[1] مراد محمود حسن حيدر، مرجع سابق، ص105،ص106.

- اشتراك التأمين الإجتماعي لا يرتبط بجسامة كل خطر مؤمن منه في قيمة و درجة احتماله إنما على المساهمة في عبئ التأمين الاجتماعي ككل، ولذلك فهذا الاشتراك يؤخذ من الأجر أو الدخل عموما بنسبة معينة منه. على أن هذا الأمر نما يمتد كذلك إلى تحديد من يتحمل عبء التأمين الإجتماعي لا يقف عند هذا الحد وا وظيفة اجتماعية عامة، فإن الذي يتحمل عبء التأمين لا يجب أن يكون بالضرورة المستفيد من التأمين، ذلك أنه من الملاحظ أن الفئات المحتاجة للتأمين هي أقل الفئات قدرة على دفع نفقاته ومن هنا كان تدخل المشرع لفرض مشاركة لأرباب العمل في تحمل عبء التأمين أو تحملهم هذا العبء بكامله في بعض الصور بل ومشاركة الدولة ذاتها في تحمل العبء، بقدر ما تسمح به قدراتهم الاقتصادية أو بقدر ما يكون لها دخل في أحداث الخطر المؤمن منه .وبعبارة أخرى فإن عدم قدرة المستفيد من التأمين الإجتماعي على تغطية نفقاته لا يحول دون قيامه بالتأمين و إنما يتولى النظام القانوني في تحمل عبء التأمين على هذا النحو نجد عبء تأمين إصابات على هذا النحو و العمل يتحمله رب العمل وحده باعتباره بديلا عن المسؤولية التي من المفروض أن يتحملها رب العمل، ونجد تأمين البطالة يساهم فيه كل من رب العمل والدولة و نجد رب العمل يساهم مع العامل في التأمينات الإجتماعية الأخرى، كالتأمين الصحي، وتأمين الشيخوخة، والعجز و الوفاة.[1]
- التأمين الإجتماعي نظام مالي، فهو يقوم على أساس استلام الاشتراكات والمساهمات المدفوعة، ودفع المردودات الواجبة، و لا نجد في التأمين الإجتماعي عقود بين المؤمن عليهم وبين جهة التطبيق، فالقانون هو الذي ينشأ هذا النظام ويطبق على المؤمن عليهم، و على مموليه بقوة القانون لا بإرادة الأفراد، و مصدر الالتزام هو القانون الذي أنشأه. [2]

[1] مجدي البتيتي، التشريعات الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 2001 ،ص284.
[2] عبد اللطيف محمود آل محمود، التأمين الاجتماعي في ضوء الشريعة الاسلامية، دار النفانس، لبنان، 1994 ،ص70 ،1 ص72.

المبحث الثاني: أهداف وأهمية التأمين الإجتماعي وتغطيته للمخاطر المضمونة فيه

يعتبر التأمين الإجتماعي من أهم الركائز في عملية بناء اي مجتمع مهني، وكعنصر أساسي في الحياة العملية بالنسبة لإفراد المجتمع فهو يحتل مكانة كبيرة في التأثير على الحياة الإقتصادية والإجتماعية لإفراد المجتمع ككل، فهو يهدف الى تحقيق الإستقرار والأمن في المجتمع من خلال التغطية عن عدة أخطار اليومية المتعلقة بالأشخاص المستفيدين منه.

المطلب الأول: أهداف و أهمية التأمين الإجتماعي:

في هذا المبحث تتطرقت الى الأهمية الإقتصادية و الإجتماعية التي يكتسبها التأمين الإجتماعي ، والى أهم الأهداف التي يسعى لها.

الفرع الأول: أهداف التأمين الإجتماعي:[1]

وجد التامين الاجتماعي من اجل جملة من الأهداف يمكن اختصارها في:

- التأمين الاجتماعي يحقق ماينشد له الإنسان من الأمان والطمأنينة، ذلك لأن الشخص سيحصل من التأمينات ما يخفف من أثار المخاطر التي قد يتعرض إليها قد يتعرض إليها نظام التأمين .
- زيادة قرض الائتمان حيث يلعب التأمين دورا في تنشيط الائتمان، فهو يعتبر من انفع دعائم الثقة المالية التي تسهل تسيير الأعمال والتداول للفرد التي يتمتع بها.
- تكوين رؤوس الأموال ، حيث أن التأمين يؤدي إلى تراكم الأقساط أي تجميع الأموال لدى شركات التامين التي تقوم باستثمارها لتدعيم الاقتصاد الوطني.
- ربط وتوجيه أهداف وزارة العمل، والحماية الاجتماعية في مايخص برامجها المتعلقة بالصحة والبرنامج الاجتماعي(مناصب العمل والقطاع العائلي).

[1]مصطفى أحمد أبو عمرو، الأسس العامة للضمان الاجتماعي، منشورات الحلبي الحقوقية، لبنان، 2010 ،ص2.

- محاولة التقليل من الحوادث العمل ومختلف الأخطار المحلية بالعمل من خلال دراسة هذه المعطيات ومحاولة إيجاد الحلول الممكنة من أثارها من الجهة، ثم التامين على الضحايا في حالة وقوعها من الجهة أخرى.
- توفير الخدمات الاجتماعية المختلفة المتعلقة بالضمان الاجتماعي للفئات المأجورة ،
- لعب دور الوسيط مع القطاعات والمؤسسات، الصيادلة، المؤسسات الصحية، مؤسسات المعالجة بالمياه المعدنية، عيادات إعادة التأهيل وذلك من خلال تحميلها لجزء كبير من هذه الفئات.
- تنظيم المراقبة الطبية ؛
- ضمان واعتماد و اعتماد موافقات الأداءات الدولية ؛
- 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 اخرى ؛
- وضع صناديق وطنية ، وجهوية وولائية ، وتوفير الإمكانيات المادية والبشرية للسهر على تطبيق واحترام تنظيم المراسيم والتشريعات المتعلقة بالنظام، وجعل شعار وخدمة للعامل الأولوية الأولى المساهمة في التوعية التأمينية للمكلفين للاستفادة من مختلف المزايا والخدمات التي تقدمها صناديق الضمان الاجتماعي.

الفرع الثاني: أهمية التأمين الإجتماعي:

للتأمين الإجتماعي أهمية كبيرة تتجلى في:

أولا-الأهمية الاجتماعية:

وتتمثل في:

- ✓ تأمين العامل أثناء فترة عمله؛

- ✓ تأمين العامل بعد وفاته، أي توفير معاش باعتباره تعويض عن الدخل الشهري الذي ينقطع نتيجة تحقق خطر الوفاة؛
- ✓ توفير الأمان والاستقرار، وإزالة الخوف من بال المؤمنين لهم من أخطار الصدفة.

ثانيا- الأهمية الاقتصادية:

تظهر الأهمية الاقتصادية في:

- ✓ تخفيف العبء عن أصحاب الأعمال مسؤوليات مالية مفاجئة و بالتالي لا يتعرضون لتوقف نشاطهم؛
- ✓ المحافظة على راس المال البشري و زيادة إنتاجيته؛
- ✓ استقرار العاملين بوظائفهم؛
- ✓ يشكل التامين احد الوسائل الهامة للادخار، و ذلك بواسطة تجميع رؤوس الأموال المتكونة من تجميع أقساط و اشتراكات المؤمنين لهم؛
- ✓ استثمار الاشتراكات المتجمعة في مشاريع جديدة و هذا يتيح الفرصة لتوفير مناصبالشغل.[1]

المطلب الثاني: المخاطر المضمونة في التأمينات الإجتماعية

لقد نص قانون 83-11 المؤرخ في جويلية 1983 بغرض توحيد نظام التأمينات الإجتماعية التي تغطي المرض، الولادة، العجز، التقاعد، رأس المال الوفاة، إصابات حوادث العمل.

- ❖ **التأمين على المرض:** و تتضمن التكفل بمصاريف العناية الطبية و الوقائية و العلاجية لفائدة المؤمن له و ذوي حقوقه من طرف هيئة الضمان الاجتماعي على أساس % 80من التعويضات المحددة بخصوص النصوص التنظيمية و يكون التكفل أحيانا بصورة كاملة كما تشمل اداءات نقدية تمنح للعامل الذي يضطره المرض إلى التوقف المؤقت عن عمله إلى غاية شفائه بنسبة 50 %من

[1] القاضي حسين عبد اللطيف حمدان : الضمان الاجتماعي أحكامه و تطبيقاته، منشورات الحلبي الحقوقية ،ط3، سنة

اجر المنصب الصافي في الأسبوعين الأوليين و نسبة 100 % ابتدءا من الأسبوع الثالث إلى غاية شفاء العامل على أن لا تتجاوز المدة ثلاث سنوات كما هو محدد في الأحكام التشريعية.[1]

- **التأمين على 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 تعويضة يومية.وعليه تستفيد المرأة العاملة التي انقطعت عن العمل بسبب الولادة من دفع الاداءات النقدية والمتمثلة في تعويضة يومية تقدر بـ

  100 %من الأجر اليومي بعد انقطاع اشتراك الضمان الاجتماعي.[2]

- **التأمين على العجز:** خطر العجز من أهم الاخطار التي تضمنها قوانين التامين الاجتماعية ليدومه الاثار المترتبة عليه طوال حياة المؤمن عليه ، وكذا من هم تحتكفالته، تؤدي العجز إلى فقد القدرة على الكسب فيتعرض العاجز وعائلته لحق العوز والحاجة، نظرا لانقطاعه عن العمل وبالتالي حرمانه من دخله الذي هو مصدر رزقه أما لمدة مؤقتة "العجز المؤقت" أو بشكل دائم "العجز الدائم" وللعجز أسباب عديدة فهناك العجز الخلقي الذي يولد به الإنسان، وهناك العجز الناشئ عن الحروب وهو مايطلق عليه (معطوبي الحرب)، وهناك العجز الناشئ عن حادث عمل، والعجز الناشئ عن الحادث طريق وهناك العجز الناشئ عن المرض.[3]

- **التأمين على الوفاة "رأس مال الوفاة":** الموت هو النهاية المؤكدة لحياة الانسان العملية مما يعرض أسرة المتوفى إلى بؤس الحاجة، لذلك جعل المشروع خطر الوفاة مضمونا بقوانين

---

(1) بشير هدفي : الوجيز في شرح قانون العمل ، دار ريحانة للشرق و التوزيع ، ص ص 136 137.

(2) المادة 28-29 من الأمر 96-17 المؤرخ في 1996/07/06 الذي يعدل ويتم القانون 11/83 المؤرخ في 02/07/1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.

(3) رجب حميدة، اتجاهات الضمان الاجتماعي في القانون المصري، رسالة لنيل شهادة دكتوراه في الحقوق، جامعة 4 القاهرة،1993 ،ص404.

التأمينات الاجتماعية لتوفير الحماية اللازمة لأسرة المؤمن عليه في حالة وفاته، ذلك لان فقد عائل الأسرة بالإضافة إلى مايطلبه من مصاريف إضافة كمصاريف الجنازة و الدفن، يؤدي إلى فقد الأسرة للدخل الذي كانت تعتمد عليه في توفير حاجاتها اليومية مما يعرضها لبؤس الحاجة و العوز خاصة إذا كانوا أنفسهم غير قادرين على العمل مما يعرضهم أن يبقوا دون دخل لمواجهة أعباء الحياة. [1]

❖ **التأمين على التقاعد أو الشيخوخة:**

و تشمل معاش التقاعد وفقا لأحكام القانون الجزائري ما يلي :

–معاش مباشر يمنح على أساس نشاط العامل نفسه.

– معاش منقول يتضمن معاش للزوج الباقي على قيد الحياة و معاش إلى أبناء العامل المتوفي و معاشه إلى الأصول.

و تتضمن شروط الاستفادة من التقاعد ، بلوغ السنة المحددة للإحالة على التقاعد و هي 60 سنة بالنسبة للرجال و 55 سنة للنساء و قضاء المدة القانونية اللازمة للعمل المقدرة بـ 15 سنة من العمل المنشئ لحق التقاعد مع وجوب دفع الأقساط اللازمة من الاشتراكات الشهرية بصورة منتظمة طوال مدة العمل ، و يمكن أن ينشا الحق في التقاعد دون شرط السن إذا قضى العامل مدة عمل بالنسبة للنساء العاملات بخمس سنوات.

– أما عن حساب معاش التقاعد كما هو مقرر في الأحكام التشريعية على أساس المنصب الشهري المتوسط المتقاضى خلال خمس سنوات الأخيرة على التقاعد أو عن طريق اجر المنصب الشهري المتوسط للسنوات الخمس الأخيرة التي يتقاضى فيها المعني بالأمر الأجر الأقصى خلال حياته المهنية.[2]

---

[1] محمد مصباح القاضي، الحماية الجنائية للتأمينات الاجتماعية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1996 ،ص9 .

[2] بشير هدفي : الوجيز في شرح قانون العمل ، مرجع سابق ، ص 140.

❖ **التأمين على إصابات 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.[1]

❖ **التأمين على البطالة:** : استحدث نظام الضمان الاجتماعي في الجزائر التامين على البطالة نتيجة لتسريح العمال لأسباب اقتصادية أو إنهاء نشاط صاحب العمل و يتم التامين عن طريق اكتتاب خاص بأخطار البطالة لدى الصندوق الوطني للتامين على البطالة بنسبة اشتراك معينة من مجموع اشتراكات الضمان تسمح بالاستفادة من اداءات هذا التامين مع ضرورة توفر الشروط التالية:

- ✓ أن يكون منخرطا في الضمان الاجتماعي مدة إجمالية قدرها ثلاث سنوات على الأقل.
- ✓ أن يكون عونا مثبتا في الهيئة المستخدمة قبل التشريع لسبب اقتصادي .
- ✓ أن يكون منخرطا و يكون قد سدد اشتراكاته بانتظام بنظام التامين عن البطالة منذ مدة ستة اشهر على الأقل قبل إنهاء علاقة العمل كما يجب ان يتوافر على العامل المعني بعض الشروط التكميلية الأخرى تتمثل في ما يلي :
- ✓ أن لا يكون قد رفض عملا أو تكوينا تحويليا قصد شغل منصب.
- ✓ أن لا يكون مستفيدا من دخل ناتج عن أي نشاط مهني.
- ✓ أن يدرج اسمه في قائمة العمال الذين هم محل تسريح في إطار التقليص من عدد العمال أو إنهاء نشاط صاحب العمل ، تحمل تأشيرة مفتش العمل المختص إقليميا.

[1] سماتي الطيب، منازعات الضمان الاجتماعي في التشريع الجزائري، دار الكتب العلمية، طبعة 2008 ،ص 43.

- ✓ أن يكون مسجلا كطالب عمل لدى المصالح المختصة في الإدارة العمومية المكلفة بالتشغيل منذ شهرين على الأقل.[1]

المطلب الثالث: الجهات المستفيدة من التغطية الإجتماعية و الأطراف الذاخلة فيه

من خلال هذا المطلب يمكن التعرف على مجمل الفئات المستفيدة من تغطية التأمينات الإجتماعية، بالإضافة الى معرفة مختلف الأطراف الذاخلة فيه.

الفرع الأول: المستفيدون من نظام التأمين الإجتماعي :

يتضمن الضمان الاجتماعي حوالي 8 مليون مؤمن اجتماعيا، حيث يغطي نظام الضمان الاجتماعي حوالي % 80من السكان و عليه يمكن القول إن هذا النظام معمم في الجزائر خاصة فيما يتعلق بخطر المرض، بالتدقيق تعويض مصاريف العلاج للفئات الاتية:

- ✓ المتقاعدون و المتحصلون على معاشات و ايرادات من الضمان الإجتماعي؛
- ✓ العمال الأجراء؛
- ✓ العمال الذين يمارسون أعمالهم لحسابهم الخاص؛
- ✓ المستفيدون من عقود الإدماج المهني؛
- ✓ الطلبة (داخل ضمن ذلك طلبة المعاهد و الجامعات و تلاميذ المدارس)؛
- ✓ المجاهدون و المتحصلون على معاشات المجاهدين؛
- ✓ المستفيدون من المساعدة الاجتماعية، على غرار المنحة الجزافية للتضامن و المقدمة للأشخاص المسنين بدون دخل أو تعويض عن الخدمة ذات المنفعة العامة و المقدمة للبطالين بدون دخل؛
- ✓ الأشخاص المعاقون؛

[1] بشير هدفي : الوجيز في شرح قانون العمل ، المرجع السابق ، ص 141.

- ✓ البطالون الذين فقدوا مناصب شغلهم بدون تعمد بسبب ظروف اقتصادية وتمتد الحماية إلى ذوي الحقوق وهم الأبناء تحت الكفالة، النساء، والآباء تحت الكفالة.[1]

وحدد قانون التأمينات الاجتماعية في الجزائر المستفيدون من هذا النظام في المواد التالية :[2]

المادة 03 : يستفيد من أحكام هذا القانون، كل العمال سواء أكانوا أجراء أم ملحقين بالإجراء، أيا كان قطاع النشاط الذي ينتمون إليه و النظام الذي كان يسري عليهم قبل تار يخ دخول هذا القانون حيز التطبيق.

المادة 04 : يستفيد من الاداءات العينية الأشخاص الطبيعيون غير الأجراء الذين يمارسون بالفعل لحسابهم الخاص نشاطا حرا صناعيا أو تجاريا أو حرفيا أو فلاحيا، أو أي نشاط أخر مماثل وفقا للشروط المحددة في التنظيم المعمول به كما يستفيد الأشخاص المذكورين أعلاه من الاداءات التقديم المتمثلة في منحت الوفاة والعجز.

المادة 05 : يستفيد من الاداءات العينية:

أ/ المجاهدون وكذا المستفيدون من المعاشات بموجب التشريع الخاص بالمجاهدين ومعطوبي حرب التحرير الوطني، عندما لايمارسون أي نشاط مهني ؛

ب/ الاشخاص معوقون بدنيا أو عقليا الذين لايمارسون أي نشاط مهني ؛

ج/ الطلبة ؛

د/ المستفيدون من دعم الدولة لفائدة الفئات المحرومة والمعوزة.

المادة 6 : ينطوي وجوبا تحت التأمينات الاجتماعية الأشخاص الذين يشتغلون في التراب الوطني، أيا كانت جنسيتهم سواء أكانوا يعلمون بأي صفة وحيثما كان لصالح فرد أو جماعة من أصحاب العمل، ومهما كان مبلغ أو طبيعة أجرهم وشكل وطبيعة أو صلاحية عقد عملهم أو علاقتهم فيه.

---

[1] نعيمة زيرمي ومسعود زيان، مرجع سابق، ص6 ،ص7 .

[2] أحمد التيجاني بلعروسي و رشيد وابل، قانون الضمان الاجتماعي، دار هومة، الجزائر، 2006،ص6 ،ص7 .

الفرع الثاني: الأطراف الذاخلة في التأمين الإجتماعي:[1]

أولا– مؤسسة الضمان الاجتماعي: حيث يقوم بإدارة التأمين الاجتماعي صندوق الضمان الاجتماعي الذي يتمتع بالشخصية الاعتبارية وذمة المالية المستقلة، تمكنه من القيام بجميع التصرفات القانونية واكتساب الحقوق في نطاق اختصاصه، وتتكون موارده بصورة أساسية من اشتراكات أصحاب العمل، والمؤمنين عليهم ويخص المبالغ التي تفرض على أصحاب العمل من جراء تأخيره في أداء الاشتراكات.

ثانيا– صاحب العمل: وهو الطرف الثاني في العلاقة القانونية، يقصد به كل شخص طبيعي أو معنوي يستخدم عاملا أو أكثر مقابل أجر، ويسري في شأنهم نظام التأمينات الاجتماعية، ولم يشترط قانون التأمين الاجتماعي أن يكون صاحب العمل وطيا بل تشمل أحكامه أيضا الأجانب الذي يمارسون نشاطهم داخل الإقليم.

ثالثا – وهو الطرف الثالث المستفيد من التعويضات التي يتضمنها صندوق الضمان الاجتماعي، حيث يستقطع الاشتراك من الأجر الشهري للعمال إضافة إلى مساهمة صاحب العمل ويوزع بنسب متفاوتة على مختلف المخاطر الاجتماعية والمهنية، وفقا لما تحدده النصوص القانونية والتنظيمية السارية.

المبحث الثالث: أثر جهود الدولة في مجال التأمين الإجتماعي وإنعكاسها على الأقتصاد

يعالج هذا المبحث الفرق بين التأمين الاجتماعي ومختلف الأنظمة المشابهة له هذا ما ستتم دراسته في المطلب الأول، بالإضافة الى أثر التأمينات الإجتماعية على المتغيرات الإقتصادية في المطلب الثاني، أما المطلب الثالث سنقوم بدراسة حول نشاط الإجتماعي للدولة المثمل في جهودها في مجال التأمينات.

[1] بشري هدفي، الوجيز في شرح قانون العمل علاقات العمل الفردية والجماعية، دار الريحان، ط2 ،الجزائر، ص142 .

المطلب الأول: تمييز التأمينات الإجتماعية عن بعض الأنظمة المشابهة لها:

تلتقي قوانين التأمينات الاجتماعية في سعيها لتحقيق الأمن الاجتماعي للمنطويين تحت مظلتها مع بعض الأنظمة الأخرى المشابهة لها من حيث هذا الهدف لكنها قد تختلف عنها من حيث طبيعتها وكذا شروط تطبيقها وهذا ما سنتولى توضيحه في النقاط التالية:

1. **الفرق بين التأمين الإجتماعي والضمان الاجتماعي:** تهدف التأمينات الاجتماعية بصفة عامة إلى توفير الأمن والأمان في الطبقة العاملة في المجتمع سواء كان ذلك في القطاع العام أو الخاص، وذلك عن طريق تعويض المؤمن له أو من يعولهم من أفراد أسرته عن الخسارة التي قد تلحق به نتيجة لتحقق احد المخاطر الاجتماعية المنصوص عليها في قوانين التأمينات الاجتماعية كخطر المرض، العجز، الوفاة، و يتمثل التعويض في تقديم مبالغ نقدية على شكل إيراد أو أي عوض مالي أو خدمات عينية تتمثل في التكفل بالرعاية الطبية ودفع نفقات العلاج للمؤمن له، وذلك مقابل اشتراكات إجبارية يدفعها كل من العامل و صاحب العمل و بمشاركة من الدولة أحيانا، و بذلك تمثل التأمينات الاجتماعية أداة من الأدوات التي يستعملها الضمان الاجتماعي لتوفير الأمن الاجتماعي، والاقتصادي للأفراد، و من الوسائل التي يستخدمها لتحقيق غايته و المتمثلة في الأمن الاجتماعي الذي تسعى الدولة لتحقيقه لمواطنيها عن ضمان دخلهم في حالة تعرضهم إلى الانقطاع أو النقص أو في حالات مواجهتهم لإخطار اجتماعية سواء كانت دائمة أو مؤقتة، و بذلك يكون الضمان الاجتماعي أكثر شمولية من التأمينات الاجتماعية لان نظام الضمان الاجتماعي عبارة عن مجموعة من الوسائل القانونية التي تهدف إلى تحقيق الأمن الاجتماعي و التامين الاجتماعي احد هذه الوسائل.[1]

[1] محمد شريف عبد الرحمن أحمد عبد الرحمن - قانون التأمين الاجتماعي - دار الكتاب الحديث القاهرة الطبعة الثانية 2004 ص : 48.

2. **الفرق بين التأمين الإجتماعي والتأمين الخاص:** تهدف كل من التأمينات الاجتماعية و التأمين الخاص إلى تحقيق الأمن و الأمان في نفوس المؤمن لهم تجاه ما يهددهم من إخطار مستقبلية قد لا يقدرون على مواجهتهم بوسائلهم الخاصة، حيث تتولى القيام بهذه المهمة في التأمينات الخاصة شركات تجارية هدفهاالأساسي تحقيق الربح، حيث تتعهد بتغطية الخسائر و الأضرار التي قد تلحق بالمؤمن له إذا تحقق الخطر المؤمن منه، و ذلك في مقابل إقساط يدفعها المؤمن له ما تم الاتفاق عليه يوم إبرام عقد التأمين.[1]

3. **التأمين الإجتماعي والتكافل الإجتماعي:** التكافل الاجتماعي هو مسؤولية تبادلية ما بين الأفراد، أو الجماعات، أو الفئات في المجتمع بغرض سد حاجة المحتاجين منه، ولإقامة المصالح المشتركة و الدفاع عنها .و هو يتحقق بما يقوم به الأفراد والجماعات والفئات بعضهم نحو البعض الأخر، أو ما تقوم به الجماعات الخيرية الخاصة نحو الأفراد، و من من خلال هذا يمكن التعرف على وجه الشبه بين التامين الاجتماعي والتكافل الاجتماعي، فنلاحظ أنهما يتفقان في أن كلا منهما يؤدي إلى توفير حاجة لبعض أفراد المجتمع، كما يعتبران عاملان من عوامل الأمان الاقتصادي و الاجتماعي و السياسي، ومن الإختلاف يمكن القول أن التامين الاجتماعي نظام قانوني يحكم ينفذ ويطبق بقانون محدد، أما التكافل الاجتماعي فهو نظام إيماني أخلاقي ينبع من داخل الفرد بناءا على ما يستقر في وجدانه من قيم واتجاهات، بالإضافة إلى أن التامين الاجتماعي هو نظام إلزامي يطبق على من يشمل جميع فئات المجتمع بدون تمييز أما التكافل الاجتماعي فهو نظام غير إجباري ذاتي قائم على الروابط والصلات بين الأفراد في المجتمع، كما انه اشمل من التامين الاجتماعي محددة، فهي مؤسسة أو هيئة عامة غالبا يلجا إليها المؤمن له ليحصل على تعويض، أما التكافل الاجتماعي فجهته غير محددة وهو شائع بين الجميع.[2]

---

[2] الواسعة زرارة صالحي، مرجع سابق، ص46.

[1] عبد اللطيف، محمود أل محمود، مرجع سابق، ص86 ،ص90.

المطلب الثالث: أثر التأمينات الإجتماعية على المتغيرات الإقتصادية :

إذا افترضنا أن الغرض من التأمينات الإجتماعية هو تغطية المخاطر التي سيواجهها المؤمن عليهم عند توفرها، من خلال توزيع هذا العبء بينهم ، يمكننا تحديد تأثير هذه التأمينات على مجموعة من المتغيرات الاقتصادية المختلفة. وأهمها و ذلك بإعادة توزيعه عن طريق إزالة جزء من الفئة المخصوصة وإعادة توزيعه من جديد على الفئة ضعيفة الذخل.

ليتم تحويلها إلى ذوي الدخل المحدود. تهدف سياسة التأمين الإجتماعي في الواقع إلى القضاء على عدم المساواة بين الأفراد والطبقات الاجتماعية وتسهيل التعويض فقط لضحايا الخطر. نظرًا لأنه تم التقليل من أهمية هذا التأثير ، فمن الصعب جدًا تحديد حجم هذا التأثير على تعديل توزيع الدخل. يتم قبول المواطنين دون فحص عبء مخاطر التأمين والنظام الاقتصادي للشركة وحجم الائتمان وحركات الأجور التي تحمل هذا العبء وبالتالي نقل التحصيلات .

من المتصور أن نظام التأمين الإجتماعي مع انقطاعاته المختلفة ، يمكن أن يؤدي إلى انخفاض في الإذخار الفردي، وبالتالي يؤدي في الانخفاض في الاستثمار ويحدث في أقل البلدان نمواً عندما يعتبر المرء أن هذا الانسحاب ليس مجرد جزء صغير من دخل الفرد. لا يضمن التأمين الاجتماعي الأمن الاقتصادي فحسب ، بل أصبح جزءًا لا يتجزأ من سياسة التنمية. كيف يتم ذلك اقتصاديًا واجتماعيًا ، كتدبير للحصول على رأس المال اللازم لتسريع التنمية وكوسيلة للتأثير على التركيبة السكانية توفير أعباء الأسرة والأمومة.

أخيرًا يمكن اعتبارها كوسيلة من خلال زيادة بعض ثروتها ، فإنها تميل إلى التأثير على توزيع العمالة بين السكان مستوى الصحي أو التعليم والمؤهلات المهنية المطلوبة.[1]

[1] رفيق سلامة، المرجع السابق ص 64.

المبحث الثالث: النشاط الإجتماعي للدولة:

يقصد بالنشاط الاجتماعي للدولة، النشاط الذي تموله الضرائب والذي يتخصص في الحالات التالية :

- دعم قطاع التربية (المنح والمطاعم المدرسية) ؛
- نشاطات دعم التضامن؛
- نشاطات لصاح المكفوفين والأطفال المسعفين والمعوقين؛
- الشبكة الاجتماعية؛
- صندوق تعويض ضحايا الإرهاب؛
- إعانة الدولة للصندوق الوطني للسكن(CNL) ؛
- إعانة الدولة للصندوق الوطني لترقية الشغل؛
- التحويلات الأخرى (مثل منح االهدين) ؛
- نشاطات ثقافية ورياضية (الحركة الجمعوية) الميزانية وسيلة فعالة لمحاربة الفقر المفقع والإقصاء الاجتماعي. وتهدف هذه الميزانية إلى:
- المحافظة على المنظومة الوطنية للضمان الاجتماعي كأداة جوهرية للتضامن الاجتماعي وذلك بمساعدا وفق هذه النفقات.
- إنشاء أجهزة اجتماعية أخرى لتوثيق وتوطيد الأمن الاجتماعي ورغم نلك تبقى المساواة في مستوى المعيشة، والضغوط الكبيرة على سوق العمل تحول دون التفعيل المناسب لدور هذه الميزانيات، مما يزيد من الضغوط الاجتماعية .[1]

[1] عبد اللطيف، محمود أل محمود، مرجع سابق، ص86 ،ص90.

وقصد تأدية الوظائف المنوطة بالنشاط الاجتماعي للدولة تم إنشاء هياكل جديدة تساهم في تدعيم هذا النشاط وهي:

- الشبكة الاجتماعية المنتشرة عبر مقر ولايات الوطن.
- تدعيم إعانات الدولة للصندوق الوطني لنسكن .
- تدعيم إعانات الدولة للصندوق الوطني لترقية الشغل.

وانطلاقا من سنة 1995 ،عرفت النفقات الاجتماعية تطورا ملحوظا بالمقارنة مع السنوات السابقة .إن الغلاف المالي الذي تخصصه مصالح الدولة لتغطية الخدمات في إطار صيغ جديدة للحماية الاجتماعية قدر بحوالي 80 مليار دينار سنة 1998 أي بنسبة 37 %من الميزانية الاجتماعية للدولة.[1(1)]

[1(1)]نبيل رمزي، الأمن الاجتماعي والرعاية الاجتماعية من وجهة نظر سوسيولوجية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر 1999 ،ص 248.

خلاصة الفصل:

بعد استعراض مفاهيم عامة حول التأمينات الإجتماعية يمكن في الأخير القول أن الهدف الأساسي للتأمين الإجتماعي هو توفير التغطية التأمينية لأفراد المؤمن عليهم وعلى ذويهم ضد نتائج الأخطار المختلفة التي يمكن ان يواجهونها في حياتهم المهنية فإنه بذلك يساهم في تحقيق الأمن و الإستقرار لهم ، حيث يعمل على توفير المناخ المناسب لتفرغهم للتخطيط والعمل على زيادة الإنتاج بما يعود عليهم وعلى المجتمع بفوائد إقتصادية و إجتماعية، حيث يعتبر التأمين الإجتماعي من أهم وسائل التي تساعد على زيادة الإنتاج لما يشعره الأفراد من حماية تأمينية كما أنه يساهم على تحقيق التوازن الإقتصادي .ومن جهته يساعد على توسيع نطاق التوظيف والعمالة .أما إجتماعيا فإنه يحقق إستقرار الفرد ومنه الأسرة وبالتالي المجتمع، ويحقق الشعور بالمسؤولية وبالتالي تقليل الحوادث.

أخيرا ونظرا لوجود عدة الأخطار التي يغطيها التأمين الإجتماعي أوردنا هذا الفصل كاملا حتى يكون مدخلا لدراسة التأمين الصحي " التأمين على المرض " كفرع من فروع التأمين الإجتماعي الذي سوف يكون موضوع دراسة الفصل الثاني.

الفصل الثاني

مدخل عام للتأمين الصحي والتأمين عن الأمراض المزمنة

تمهيد

يعتبر نظام التأمينات الاجتماعية أحد أهم الأعمدة السياسة و الاجتماعية التي إنتهجتها الدولة، حيث تقوم على عكس درجة الاهتمام الذي توليه لأفراد المجتمع، و ذلك نظرا لأنها تشمل كافة جوانب حياة الإنسان كالصحة و البطالة و التقاعد.

ولهذا يعد موضوع التأمين الصحي أحد أهم الركائز التي يرتكز عليه نظام التأمين الاجتماعي، و لذلك تسعى مختلف الدول إلى توفير السبل الكافية لتطويره ورفع مردوديته الاجتماعية .

وقد قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى ثلاث مباحث، حيث تناولنا في :

المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للتأمين الصحي.

المبحث الثاني: مصادر تمويل التأمين الصحي ودوره في التنمية الإقتصادية والإجتماعية.

المبحث الثالث: الأمراض المزمنة المؤمنة الإجتماعيا وأداءات التأمين الصحي.

المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للتأمين الصحي

يعتبر التأمين الصحي أحد أهم مكونات التـأمين الإجتماعي، إذ يشكل أداة رئيسة لسياسة الدولة الإجتماعية بإعتباره يمس عنصر هام ألا وهو صحة الفرد. حيث يهدف الى تغطية الأخطار الصحية التي يمكن ان يتعرض لها الإنسان في حياته اليومية، من خلال التكفل بجميع نفقات الصحية الناتجة عن وجود مرض.

ومن خلال هذا المبحث تطرقت إلى دراسة مفهوم التأمين الصحي، نشأته، انوعه ومبادئ التي يقوم عليها.

المطلب الأول: ماهية التأمين الصحي

الفرع الأول: مفهموم التأمين الصحي :

يعتبر التأمين الصحي كعقد يتم بمقتضاه دفع أقساط التأمين للمؤمن، حيث يتعهد المؤمن لقاء ذلك بتسدسد مبلغ معين دفعة واحدة أو على شكل أقساط للمؤمن له، من خلال تكفل بمصاريف العلاج كلها أو بعضها وذلك في حالة المرض المؤمن له خلال فترة التأمين.[1]

اي بمعنى ان التأمين الصحي يوفر الرعاية الصحية والحماية التأمينية للمريض بضمان العلاج أو التعويض عن الأجر في حالة العجز المؤقت أو التوقف عن مزاولة العمل بسبب المرض.[2]

وبالتالي، فإن التأمين الصحي هو وسيلة لدفع بعض أو كل تكلفة الخدمة الصحية، فهو يتكفل بحماية المؤمن عليهم من دفع التكلفة العالية للعلاج في أحوال المرض.[3]

---

(1) عبد الهادي السيد، عقد التأمين حقيقته ومشروعيته،منشورات الحلبي، بيروت، 2003 .ص 160.

(2) سلمان سلامة، التأمين الصحي ودوره في عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية، قسم إدارة الأعمال، جامعة دمش كلية الاقتصاد ،دون ذكر السنة ، سوريا،ص03.

(3) محمد حسن خليل، رؤى مختلفة لفلسفة التأمين الصحي في زمن العولمة، ورقة عمل ضمن تقرير عن المؤتمر العام الرابع: باتجاه التأمين الصحي الاجتماعي الشامل المنعقد في الفترة 23-24 كانون ثاني 2003 ،دار الضيافة جامعة عين شمس – القاهرة، 2003.

كان مفهوم التأمين الصحي محل دراسة وبحث من قبل العديد من المؤسسات الدولية، لقد حاول الأخير إعطاء وتقديم مجموعة متنوعة من الأساليب لهذا المفهوم منها:

بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية (OMS) ، يغطي التأمين الصحي من ناحية المخاطر الصحية لأعضائها ومن ناحية أخرى مساهمات الأسر و الشركات والهيئات العامة. وبالتالي تصر منظمة الصحة العالمية على دور التأمين الصحي في التوفيق بين القدرات المالية الحالية والاحتياجات الصحية المستقبلية وبين الوكلاء الذين لديهم القدرة على الدفع والذين يحتاجون إلى الدفع.

تعتبر منظمة العمل الدولية (OIT) أن التأمين الصحي هو عبارة عن مجموعة من الإجراءات العامة ذات خاصية الإجباري ضد البؤس الاجتماعي والخسائر الاقتصادية الناجمة عن انخفاض الإنتاجية أو التوقف أو انخفاض الأرباح . يدعم هذا التعريف فكرة الطبيعة الإلزامية للإنتاجية، التأمين الصحي كمؤسسة حكومية يستفيد منها جميع السكان.[1]

الفرع الثاني: أنواع التـــأمين الصحي

يشمل التأمين الصحي بصفة عامة عدة أنواع من العقود التأمينية التي تهدف كل منها الى الحماية ضد المخاطر الصحية المختلفة رغم ترابطها ببعضها البعض وأهمها:[2]

- ***تأمين دخل العجز:*** يقوم هذا التأمين بضمان الدخل، والذي يوفر دفعات منتظمة في حالة عدم قدرة المؤمن عليه على العمل بسبب المرض أو الإصابة وتكون أهلية تحصيل الدفعات على أساس افتراض فقدان الدخل، ولكن تعرف فعلياً على أساس عدم القدرة على ممارسة العمل.

---

(1) Mekbel Hamza, Essai d'analyse du rôle de l'Assurance Maladie dans le financement des soins de santé en Algérie, Magistère en Sciences Economiques, Université Abderrahmane Mira De Bejaia, 2011 ; p39.

(2) حربي محمد عريقات، التأمين وإدارة الخطر، دار وائل، الأردن، 2008 ،ص 371.

- **تأمين التكلفة الطبية:** يتحمل تكاليف الرعاية الطبية الناتجة عن الإصابة أو المرض، وتشمل تكاليف الأطباء والمستشفيات وخدمات التمريض والخدمات الصحية الأخرى ذات العلاقة، إضافة إلى الأدوية والتجهيزات الطبية. وقد تأخذ المنافع التأمينية عدة أشكال، فقد تكون بالتعويض المباشر عن التكاليف إما لمقدم الخدمة أو للمؤمن عليه، أو بدفع مبالغ نقدية محددة أو بتوفير الخدمات المباشرة. وبالإمكان تقسيم هذا النوع من التأمين إلى أربعة أنواع هي:

أ. تغطية تكاليف المشفى؛

ب. تكلفة الجراحة؛

ج. تكاليف الخدمات الطبية العادية؛

د. التكاليف الطبية الكبرى.

- **التأمين من الإصابات:** يتعهد فيها المؤمن بدفع مبلغ التأمين إلى المؤمن له في حال تعرضه لإصابة في جسمه بسبب حادث ما، أو إلى المستفيد في حال أدت الإصابة إلى وفاة المؤمن له، بالإضافة إلى رد المصاريف الطبية والصيدلانية التي يكون المؤمن له قد أنفقها، وذلك مقابل أقساط يدفعها المؤمن له.

المطلب الثاني: مبادئ وأهداف التأمين الصحي

الفرع الأول: مبادئ التـــأمين الصحي

✓ ***مبدأ التضامن* La solidarité:**

وُلد مبدأ التضامن داخل المجتمعات البدائية والقديمة كوسيلة للبقاء في بيئة معادية. والواقع أن نشأة الحياة الجماعية أدخلت ظاهرة المعونة المتبادلة بين السكان ، الذين يفهمون بسرعة فضائل مساعدة الآخرين

بحيث يتولون بدورهم المسؤولية. وفي المجتمعات القديمة ، جعل الناس من رابطة الأسرة وسيلة للوقاية من مخاطر المستقبل واعتقدوا أن

أفضل طريقة للقيام بذلك هي إنجاب العديد من الأطفال. وهذا يكفل التضامن بين الأجيال داخل الأسرة نفسها. وبالإضافة إلى ذلك ، ينص على أن الفرد هو المسؤول الأول من قبل أسرته ، إذا كان لديه واحد ؛ إذا فشلت هذه الحماية عن كثب أو ثبت عدم كفايته ، فإن التضامن الذي تنظمه الرعايا يتدخل ، وهذا يدل على أن تضامن الكنيسة كان موجودًا جنبًا إلى جنب مع التضامن العائلي في ذلك الوقت. بالإضافة إلى خاصية إعادة التوزيع التي تميز مبدأ التضامن ، هناك أيضًا شخصية إلزامية. لأن تدخل الدولة ضروري لتطبيق مبدأ التضامن ، بالنظر إلى الطابع الفردي والأناني للفرد.

- ✓ **<u>مبدأ العدالة L'équité:</u>** تظهر العدالة أيضًا كوسيلة محددة لتحديد الكفاءة مع تحقيق العدالة الاجتماعية، وبالتالي من الضروري تحديد مفهوم العدالة من خلال تحديد أدوات القياس هذه، التي تتمثل هذه الأدوات في:

- العدالة الاجتماعية والاقتصادية للحصول على الرعاية: النسبة المئوية للحصول على الرعاية حسب الجنس، الأصل الاجتماعي والخلفية.
- المساواة في راحة الرعاية الصحية: توزيع هياكل الرعاية الصحية من نفس الأنواع ، نفس الخدمات الطبية والاجتماعية حسب البيئة.
- عدالة الإنتاج: ضمان جودة الرعاية من خلال مؤشرات الوفيات والاعتلال ؛

ومن الضروري ، وفقا لهذا النهج ، اختيار إجراء تقييمات متكررة من أجل أن تكون قادرة على تحديد مستوى المساواة لكل بلد، إنها ليست مسألة اختيار بين هذه الأدوات الثلاثة للقياس ولكنها تحاول تنسيقها من أجل توقع بعض مستوى الكفاءة .

غير أن المساواة والكفاءة يعارضان تقليديا لأن المكاسب في مجال المساواة تؤدي إلى خسائر في الكفاءة، و تعني الكفاءة التحكم في مراقبة نفقات التأمين الصحي في حين ان المساواة تنص على معاملة المرضى والمؤمن عليهم وفق لإحتياجاتهم والتي تنطوي على التفقات أكثر أهمية.

- ✓ **مبدأ الشمولية universalité:** ويعني مبدأ الشمولية أن التأمين الصحي سيكفل تغطية العدد الأقصى للأفراد في المجتمع ، وكانت منظمة العمل الدولية(OIT) أول من قدم هذا المبدأ ، حيث قالت إن خدمات الرعاية الطبية لابد وأن تكون تشمل جميع أفراد المجتمع سواء كان لديهم مهنة مربحة أم لا.

يرتبط مبدأ العالمية بمفهوم إمكانية الوصول ، والذي يتوافق مع عدم وجود عقبات مالية أمام حصول الأفراد على الخدمات الصحية. وقد وجهت منظمة الصحة العالمية عملها في هذا الاتجاه ، داعيةً إلى ضرورة تحديد القدرة على تحمل التكاليف فيما يتعلق بالحصة القصوى من تكلفة الرعاية الصحية اللازمة فيما يتعلق بإجمالي دخل الأسرة مطروحًا منه نفقات المعيشة.[1]

مما سبق ، تكشف دراسة المبادئ الثلاثة للتأمين الصحي عن الدور المهم والسائد الذي يلعبه جانب إعادة التوزيع للتأمين.

الفرع الثاني: أهــداف التـأمين الصحي

يسعى الضمان الصحي إلى تحقيق مجموعة من الأهداف؛ نوجز أهمها فيما يلي :

- إزالة العائق المالي بين المريض و حصوله على الخدمة الطبية ، وتوفير خدمات طبية متكاملة للمواطن بكلفة مقبولة بالإضافة إلى رفع مستوى الاطمئنان الاجتماعي لدى الفرد ، وتحسين مستوى

[1] MEKBEL Hamza: Essai d'analyse du rôle de l'Assurance Maladie dans le financement des soins de santé en Algérie, Mémoire de Magistère en Sciences Economiques, Option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université Abderrahmane Mira de Bejaia, 2011, p 42, p 43.

الخدمات الطبية المقدمة له ،و كذلك الحث على مزيد من التنويع و المنافسة في تقديم الخدمات الطبية؛

- إذ يحقق التأمين الصحي الفائدة للإطراف ذات العلاقة ، فبالنسبة للمؤمن عليه سواء كان موظفا أو عاملا او طالبا ، ومع زيادة كلفة الخدمات الصحية ، أصبح المرض الذي يهدده لا يشكل هما لما يحمله من معاناة جسدية بقدر ما يرافقه من أعباء مالية ، وبدون التامين الصحي فان الخيارات المتاحة لمن ابتلي بمرض إما الصبر على المرض و عدم المعالجة أو اللجوء لبيع الممتلكات او الاستدانة و أحيانا اللجوء إلى ممارسات غير أخلاقية كالسرقة ؛
- ويكفل التامين الصحي الاطمئنان الاجتماعي لدى العمال و الموظفين ، لاسيما إذا كان التأمين الصحي شاملا للموظف ولمن يعول ، كما يعزز التامين الصحي و يوثق العلاقة بين الموظف أو العامل و زملائه ، عندما يشعر كل فرد منهم أن زملاءه ساهموا في تحمل أعباء العلاج معه، بما يدفعونه من أقساط ؛
- المساهمة في توفير موارد مالية لتمول نفقات القطاع الصحي الباهظة التكاليف ، وبالتالي تخفيف الأعباء عن ميزانيات العامة للحكومات و المؤسسات أو الشركات او الأفراد المسئولين عن علاج العاملين لديهم ، حيث تين من تجارب الدول المتقدمة الغنية انه لا يمكن لأي دولة مهما بلغت قوتها الاقتصادية ان تتحمل نفقات القطاع الصحي الباهظة بالكامل و بدون مشاركة من الأفراد المستفيدين من هذه الخدمات؛
- توفير فرص عمل جديدة في شركات و مؤسسات التامين الإجبارية ، حيث تسمح الدول بتأسيس شركات تقوم بأعمال التامين و تحتاج هذه الشركات إلى كادر وظيفي ، الأمر الذي يسهم بتوفير مداخيل إضافية للدخل القومي ، وانتعاش الحركة الاقتصادي؛ [1]

[1] بن زيدان فاطمة الزهراء قطاب ، فالحة ،واقع تسويق خدمات التأمين الصحي بالجزائر دراسة حالة ببلدية شلف، الملتقى الدولي السابع حول الصناعة التأمينية، الواقع العملي و أفاق التطوير تجارب الدول ، جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، 03-04 ديسمبر 2012.

- ترسيخ مفهوم وفلسفة ومبادئ التأمين الصحي كآلية من آليات التكافل الاجتماعي لتحقيق شمولية التغطية السكانية والخدمات الطبية لكافة شرائح المجتمع بجميع فئاتهم العمرية ومقدراتهم الاقتصادية وتركيبتهم الاجتماعية وأحوالهم الصحية المتباينة لتحقيق التكافل، العدالة والمساواة في المجتمع؛
- تحقيق أعلى مستوى ممكن من الصحة وتقوية روح التكافل الاجتماعي من خلال توفير الخدمات الطبية الشاملة والمتكاملة بأسلوب تكافلي يضم كافة أفراد المجتمع؛
- ادارة نظام وطني للتأمين الصحي بالتنسيق مع الإدارات التنفيذية لتقديم أفضل الخدمات الطبية للمؤمن له وتطويرها وفقا لمبدأ المشاركة في التكلفة؛
- وضع الأسس العامة لكيفية المشاركة في تخفيف عبء تكلفة العلاج على الأسر والدولة – .مشاطرة المخاطر الصحية بين أصحاب الاحتياجات الكبيرة والاحتياجات الصغيرة بالاستناد على القيم والأعراف الاجتماعية الرشيدة.[1]

المطلب الثالثٍ: فوائـــــــــد التـــــــأمين الصحي

يعتبر التأمين الصحي كحل للمشكلات الصحية التي يمكن ان يتعرض لها الإنسان، ذلك نظرا لفائدته التي تنعكس على كافة الأطراف بدءاً بالمؤمن له (المواطن)، مرورا بجهات العمل وإنتهاء بمقدمي الخدمات الصحية الشاملة، ويمكن تلخيص فائدة كل طرف في مايلي[2]:

- **بالنسبة للمؤمن عليه (سواء كان موظفاً أو عاملاً أو طالباً أو غير ذلك):** مع إرتفاع تكلفة الخدمات الصحية أصبح المرض يهدد كل واحد منا لا يشكل هماً لما يحمله من معاناة جسدية بقدر ما يرافقه من أعباء مالية ينوء بحملها الأغلبية العظمى من المواطنين لأن مستوى المداخيل إنخفض مع تزايد

(1) سلمان سلامة ، المرجع السابق،ص04.

(2) دليلة صحراوي، واقع خدمات التأمين الصحي في الجزائر، دراسة حالة الامراض المزمنة في الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية-وكالة ام بواقي-، مذكرة ماستير في العلوم الإقتصادية، تخصص: تأمينات، جامعة أم بواقي، 2014/2013، ص ص 44 45.

التكاليف، وبدون التأمين الصحي فالخيارات المتاحة لمن أبتلي بمرض إما الصبر على المرض وعدم المعالجة أو اللجوء لبيع الممتلكات أو الاستدانة وأحيانا اللجوء لممارسات غير أخلاقية مثل السرقة أو الرشوة أو التسول. ولكن التأمين الصحي يكفل الاطمئنان الاجتماعي لدى العمال والموظفين، لاسيما إذا كان التأمين الصحي شاملاً للموظف ولمن يعول كما يعزز التأمين الصحي ويوثق العلاقة بين الموظف أو العامل وزملائه، عندما يشعر كل فرد منهم أن زملائه ساهموا في تحمل أعباء العلاج عنه بالأقساط التي يدفعونها بجوار ما تدفع عنهم جهة العمل

. و التأمين الصحي يكفل أعلى حد ممكن من العدل والمساواة في تلقي الخدمات الصحية، فبطاقة التأمين الصحي يحملها مدير الشركة كما يحملها أبسط الموظفين كالسائقين والحرس والمراسلين وغيرهم، وحتى لو اختلفت درجة الإقامة (جناح ، أولى ، ثانية ، ثالثة)، فالخدمات العلاجية الأساسية من أدوية وفحوصات وعمليات و غيرها لا تختلف باختلاف موقع الموظف في الهيكل الوظيفي. عند تطبيق التأمين الصحي لن يعد الموظف (أو العامل) بحاجه للتزلف والمحاباة لهذا وذاك حتى يتمكن من الحصول على حقوقه بالمعالجة السليمة المنصفة، فالمعالجة سترتبط بوجود المرض أو عدمه وليس بمقدرة المرء على الإقناع واختلاق الأعذار والأمراض والتي غالبا ما تكون مفتعل.

- **بالنسبة فوائد التأمين الصحي لجهات العمل (سواء كانت جهات حكومية أو خاصة)**: تستفيد جهات العمل من توفير التأمين الصحي لموظفيها وعمالها برفع الإنتاجية من خلال المحافظة على صحتهم وبالتالي رفع إنتاجيتهم و الحد من الخسائر الناجمة عن الانقطاع عن العمل بحجة المرض.

و كذلك تحقيق الرضا الوظيفي لدى الموظفين والعمال وتعزيز ارتباطهم بجهات عملهم وشعورهم أن جهة عملهم لا تعنى فقط بما يقدمه العاملون لجهة العمل، إنما تهتم أيضاً بأوضاعهم الصحية والاجتماعية .إن تطبيق التأمين الصحي يساعد جهات العمل أن تؤدي التزامها نحو العاملين بشكل عادل ومنصف بعيدا حيث أن القيادات الإدارية يصعب عليها أحياناً التفريق بين الصادقينً عن أية محاباة وانتقائية والكاذبين

في ادعائهم للمرض، مما يؤدي إلى صرف مخصصات لبعض المدعين دون وجه حق بدافع الشفقة، وفي المقابل قد يمنع الصرف لمن هم في حاجة ماسة حقيقية وذلك لأسباب إدارية أو مالية . بعض جهات العمل تصرف مبالغ محدودة سنوية أو شهرية لمنتسبيها لكنها تواجه مشكلة عند حدوث حالة مرضية كبيرة لأحد الموظفين أو العمال، وقد يلجؤوا للجمع من كافة العاملين أو محاولة البحث عن دعم من الزكاة أو غيرها، بينما عند وجود التأمين الصحي ستنتفي الحاجة لكل ذلك.

- **فبالنسبة لفوائد التأمين الصحي لمقدمي الخدمات الصحية (سواء كانت مستشفيات أو أطباء أو صيدليات أو مراكز تشخصيه):** فيستفيد مقدمو الخدمات من تطبيق التأمين الصحي بزيادة عدد المرضى، حيث يحدث تدفق كبير للمرضى لأن الجميع يصبحون قادرين على مراجعة مقدمي أحياناً – وذلك تحت مظلة التأمين
- الصحي.ويكون مقدمي الخدمات الصحية بأسعار زهيدة أو مجاناً – الخدمات الصحية مطمئنين لأن الجهات المؤمنة قادرة على دفع أية تكاليف مهما ارتفعت، طالما أنها ضمن الشروط التعاقدية .إن أنظمة التأمين الصحي الحديثة التي تطبقها الجهات المتخصصة تؤدي إلي رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة، كما تولد التنافس بين مقدمي الخدمات الصحية، لأن هذه الأنظمة تعطي للمريض كامل الحرية في اختيار الطبيب والمستشفى الذي يريد، مما يعني أن جموع المرضى المؤمن عليهم سوف يتوافدون على المستشفيات ذات الخدمات الأفضل وفي هذا تحفيز لمقدمي الخدمات الصحية أن يبقوا في الصدارة كي لا يتجاوزهم الآخرون
- **فوائد التأمين الصحي على المجتمع** ارتباطاً و حساسية بأفراد المجتمع ومنظماته وذلك نتيجة لما له من اثر ايجابي في توفير الأمان، الادخار، حماية الأسرة، الوقاية من الأمراض ومساهمته في التنمية الاقتصادية حيث تنبع أهمية التأمين الصحي من عدة عوامل اجتماعية واقتصادية يمكن ذكر بعضها :

- التأمين الصحي ودوره في شعور الفرد والمجتمع بالأمان : يساهم التأمين الصحي في تحقيق الاستقرار النفسي والاجتماعي والاقتصادي لفئات العمال والموظفين والتخلص من مظاهر القلق الممكن حدوثه نتيجة لعدم توافر الأموال للعلاج . وخاصة أن كلفة الرعاية الطبية الحديثة أصبحت فوق القدرة المالية لغالبية الأفراد والأسر والتي يصل تأثيرها في بعض الحالات المرضية إلى لجوء الفرد لبيع كل ما يملك والتدين في سبيل العلاج.
- التأمين الصحي ودوره في الوقاية: إن الاهتمام بالمفاهيم الصحية الوقائية والتركيز عليها حيث إن أحد الأهداف التي يقوم عليها التأمين هو الوقاية والحفاظ على الصحة من خلال الاهتمام بالجانب الوقائي والعلاج المبكر مما يؤدي إلى ارتفاع المستوى الصحي وهبوط معدلات المرض وتخفيض النفقات العلاجية الباهظة .
- التأمين الصحي ودوره الفاعل في عملية الادخار: يساهم التأمين في توفير موارد مالية لتمويل نفقات القطاع الصحي الباهظة التكاليف، وبالتالي تقليل الأعباء على الميزانية العامة للحكومات والمؤسسات والشركات والأفراد المسؤولين عن علاج العاملين لديهم.

المبحث الثاني: مصادر تمويل التأمين الصحي ودوره في التنمية الإقتصادية والإجتماعية

المطلب الأول: أليات تمويل نظام التأمين الصحي

إن التمويل يعتبر من أهم المتغيرات التي تحكم وتحدد عملية التنمية، وهو من الوظائف البالغة الأهمية في مختلف المنشآت وخاصة الكبيرة منها، وذلك لما يترتب على عمليات التمويل من اتخاذ مجموعة من القرارات، همها القرارات المتعلقة باختيار مصادر التمويل والقرارات المتعلقة بالإئتمان. وأصبحت الدراسات في مجال التمويل من الموضوعات التي اخدت مكانة هامة سواء كانت من ناحية أدوات التمويل أو من ناحية مصادر التمويل.

يتكون نظام التأمينات االجتماعية الجزائري من خمسة مؤسسات أساسية هي:

- الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي(CNAS)
- الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي لغير الأجراء(CASNOS)
- الصندوق الوطني للتقاعد(CNR)
- الصندوق الوطني للعطل المدفوعة الأجل والبطالة الناجمة عن سوء الأحوال الجوية في قطاعات البناء، أألشغال العمومية والري(CACOBATH)
- الصندوق الوطني للتأمينات على البطالة(CNAC)

حيث تقوم هذه الهييئات بالمشاركة في تقديم خدمة التامين ضد الأخطار التي يمكن أن يتعرض لها الأشخاص. يحتوي الضمان االجتماعي حوالي 8 مليون مؤمن اجتماعيا، حيث يقوم بتغطية حوالي 87 %من السكان، وعليه يمكن القول أن هذا النظام معمم في الجزائر خاصة في ما يبتعلق بخطر المرض وبالتدقيق تعويض تكاليف العلاج للفئات التالية: المتقاعدون والمتحصلون على معاشات و ايردات من الضمان االجتماعي، العمال الأجراء، العمال الذين يمارسون الاعمال لحسابهم الخاص، المستفيدون من عقود الإدماج المهني (DAIP) ،الطلبة دخل ضمن ذلك طلبة المعاهد والجامعات والتلاميذ المدارس المجاهدون والمتحصلون على معاشات المجاهدين، المستفيدون من المساعدات الإجتماعية على غرار المنحة الجزافية للتضامن(AFS) والمقدمة للأشخاص المسنين بدون دخل أو تعويض عن الخدمة ذات المنفعة العامة(IAIG) والمقدمة للبطالين بدون دخل، الأشخاص المعاقون .تتمثل مداخيل الصندوق في الإشتراكات المدفوعة من المستخدمين والعمال إذ تساعد هذه الإشتراكات في تمويل مجموع الأداءات المتمثلة في التأمينات حيث يعتمد نظام الضمان االجتماعي عمى مصدرين للتمويل :

⇦ **التمويل عن طريق الضرائب:** تضطلع العديد من الدول بتمويل جزء من نظام التأمينات الإجتماعية من خلال الإعانات والتحويلات الحكومية والتي تمثل اقتطاعات مدفوعة لإنها تدفع باسم أفراد المجتمع الذين لا تتوفر فيهم الشروط المجبرة الدفع 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 الإجتماعي إلى حدود 60 % وهو ما يمثل إشكالية كبيرة بالنسبة لميزانية الدولة.

⇦ **التمويل عن طريق الإشتراكات:** وهي أهم مصدر، حيث يعني ذلك مساهمة كل مؤمن اجتماعي في تمويل الضمان الإجتماعي قبل الإستفادة من الحماية الإجتماعية، وهذا ما يفسر انه توجد علاقة بين قيمة مساهمته والخدمة الإجتماعية التي يستفيد منها وتمثل 35 % نسبة مجموع الإشتراكات، كما انه طرأت على معدلات الإشتراكات عدة تغيرات منذ سنوات التسعينات بحسب أهداف السياسة الإقتصادية للبلاد.[1]

المطلب الثاني: برامج التأمين الصحي و طرق تقديم خدماته

الفرع الأول: برامج التـــأمين الصحي :

تختلف برامج التأمين الصحي من دولة إلى أخرى إلا أن الأنواع الرئيسية يمكن حصرها فيما يلي:[2]

- **الرسوم مقابل الخدمة:** يعتمد هذا الأسلوب على أن يدفع المريض رسوما 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 :** تقوم العديد من الدول بتقديم الخدمات الصحية المجانية لمواطنيها والمقيمين بها حسب برامج مختلفة أشهرها نظام الخدمات الصحية الوطنية الذي تقدم الدولة من خلاله الخدمات الصحية لجميع أفراد وشرائح المجتمع حسب الاحتياج الصحي وبغض النظر عن

---

[1] سجارة فاطمة العابدية، الصناعة المحلية للأدوية في الجزائر وميكانزمات التحكم في نفقات للضمان الإجتماعي، أطروحة دكتورة، جامعة محمد الصديق بن يحي ، كلية العلوم الإقتصادية و الإجتماعية وعلوم التسيير، جيجل، 2018-2019، ص ص100 101.

[2] وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر دراسة ميدانية بولاية باتنة، رسالة لنيل شهادة دكتورة في علوم التسيير، جامعة باتنة، 2015-2016، ص 49.

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 يدفع لها مرتبات شهرية، ويمول هذا النظام من خلال الضرائب العامة.

الفرع الثاني: طرق تقديم الخدمات

هناك العديد من الطرق لتقديم الخدمات ومن أهمها ما يلي:[1]

- **نظام التأمين الصحي الاجتماعي:** وهو تأمين إجباري بحكم القانون، قد ينفذ من خلال هيئة مركزية واحدة تتبعها هيئات فرعية، أو من خلال أكثر من هيئة للتأمين الصحي، ولكل منها فروع تنتشر جغرافيا لتغطي بالخدمة التأمينية فئة متجانسة من الأفراد وتقدم خدماēا بإحدى الطرق التالية:
  - أ. تقديم الخدمات من قبل مستشفيات الدولة.
  - ب. تقديم الخدمات من قبل القطاع الخاص بالتعاقد مع الدولة.
- **نظام التأمين الصحي الخاص:** يتعاقد أرباب العمل أو الأفراد أو كليهما مع شركات التأمين الخاصة والتي تقوم بدورها بالتعاقد مع مجموعة من المنشآت الصحية والأطباء لتقدم الخدمات الصحية للمستفيدين الذين تم تحصيل اشتراكات سنوية أو شهرية منهم نظير ذلك، وتقوم شركات التأمين بسداد المطالبات المالية للمنشآت الصحية والأطباء وفق لنص العقود بينهما أو من خلال التعاقد مع مجموعة من المنشآت الصحية والأطباء لتقديم حزمة شاملة من خدمات التأمين الصحي للمستفيدين مقابل اشتراك سنوي أو شهري، وبذلك يتم ضمان تكامل الخدمات وجودتها وكفاءة استخدامها من خلال إتباع نظام للتحويل بين المستويات المختلفة وفقا للحاجة الفعلية للمريض مع رقابة استخدام هذه الخدمات.

[1] وفاء السلطاني، مرجع سابق، صفحة 50.

المطلب الثالث: دور التأمين الصحي في تحقيق التنمية الإقتصادية والإجتماعية

الفرع الأول: التأمين الصحي ودوره في عملية التنمية الإقتصادية:

تعتبر صحة الإنسان الذهنية والحيوية كعامل أساسي لكل قدراته الإنتاجية ، والقدرة على تحمل و مواجهة أعباء الرعاية الصحية حيث تعتمد على ما يتيحه و يوفره الاقتصاد الوطني من إمكانيات و اعتمادات خاصة بتنمية الموارد والطاقات في قطاع الصحة والدواء.

كما يساهم التأمين الصحي في دعم الاقتصاد الوطني عن طريق زيادة فرص الاستثمار في القطاع الصحي وفروعه المختلفة مع تشجيع المستثمرين على توظيف أموالهم في المشاريع الصحية, مما يؤدي حتما إلى خلق فرص العمل داخل مؤسسات وشركات التأمين وفي الجهات التي تقوم بتقديم الخدمات الطبية.

لهذا يمكن القول ان التأمين الصحي اصبح من أساسيات البشرية وهدفاً من أهدافها ، لأن الاهتمام بالصحة اصبح كمقياس لتطور وتنمية الدول، والاستثمار في القطاع الصحي– بشكل سليم– إستثماراً في رأس المال

البشري، وذلك نتيجة لما يسببه النمو الصحي من زيادة في إنتاجية رأس المال البشري وبالتالي من الزيادة في النمو الإقتصادي.[1]

الفرع الثاني: التأمين الصحي ودوره في تحقيق التنمية الإجتماعية :

يؤكد التأمين الصحي على ضمان حق الفرد في الحصول على الخدمات الصحية وتحقيق العدالة والمساواة بين جميع أفراد المجتمع، اذ يعتبر توفير الصحة للجميع كهدف أساسي ينبغي الوصول له , من خلال تعميم مبدأ المساهمة بين الدولة والمواطن وبين صاحب العمل والموظف وبين الموظفين أنفسهم.

---

[1] سلامة سلمان، التأمين الصحي ودوره في عملية التنمية الإقتصادية والإجتماعية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الإقتصاد، قسم إدارة الأعمال، جامعة دمشق كلية الإقتصاد، سوريا، دون ذكر السنة، ص 04.

وبدون التأمين الصحي لن يتمكن من دفع تكاليف العلاج ذات تكلفة الباهظة (خصوصاً العمليات الجراحية الكبرى) سوى الأقلية من الأفراد القادرين على الدفع ، وبالتالي فإن التأمين الصحي بما فيه من آلية تكافلية يمكن الأفراد من تلقي الخدمات اللازمة ذات الكلفة العالية بمبالغ معقولة .

كما يساعد التأمين الصحي أصحاب العمل على أداء التزامهم الأدبي – والقانوني في معظم دول العالم –تجاه العاملين لديهم. والتأمين الصحي يعني أيضاً أنه مقابل قسط معلوم مسبقاً يمكن للفرد والمؤسسة تجنب خسائر محتملة تؤدي لأثار اقتصادية واجتماعية وخيمة ، وبالتالي فمن الأهمية بمكان وجود قسط معلوم بمكن احتسابه و وضعه ضمن الميزانية المرصودة مسبقاً ، وبالتالي فان التأمين أحد الطرق الأكثر فعالية في التعامل مع الأخطار.[1]

المبحث الثالث: الأمراض المزمنة المؤمنة الإجتماعيا وأداءات التأمين الصحي

يعالج هذا المبحث مختلف الأمراض المزمنة المؤمنة إجتماعيا مع تحديد كيفية تأمينها، لذا تم تخصيص المطلب الأول لمفهوم الأمراض المزمنة والأمراض المزمنة المؤمنة إجتماعيا مع أثر الذي تخلقه على صناديق الضمان الإجتماعي، أما المطلب الثاني يتم الدراسة فيه للأداءات (المصاريف الطبية) التي يمنحها التـأمين الصحي للمؤمنين عليهم، وفي اخر مطلب يتم التعرف على كيفية التعاقد ما بين الوكالة والصيدليات.

المطلب الأول: مفهوم الأمراض المزمنة والأمراض المزمنة المؤمنة إجتماعيا مع تصنيفها

الفرع الأول: مفهوم الأمراض المزمنة

[1] سلمان سلامة، مرجع السابق، ص 07.

الأمراض المزمنة هي الأمراض التي تدوم لفترات طويلة وتتطور بصورة بطيئة عموما، وتثمثل الأمراض المزمنة في أمراض القلب والسكتة الدماغية والسرطان، والأمراض التنفسية المزمنة والسكري في مقدمة

الأسباب الرئيسية المسببة للوفاة في شتى أنحاء العالم، إذ تقف وراء 63 % من مجموع الوفيات، ومن أصل مجموع أولئك المصابين بتلك الأمراض في سنة 2008 والبالغ عددهم 36 مليون نسمة، حيث كان 29% منهم ينتمون إلى فئة الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 70 سنة، وكان النصف ينتمي إلى فئة النساء.[1]

كما يمكن تعريف الأمراض المزمنة بأنها الأمراض غير سارية المفعول عن الإصابة بعدوى حادة، حيث تتميز بأن أسبابها غير مؤكدة و عوامل الأخطار المؤدية إلى الإصابة بها متعددة، بالإضافة إلى خصوصية زوال فترة المراقبة المؤدية إما إلى التعطيل الوظيفي أو الإعاقة، وفي معظم الحالات فإن معظم هذه الأمراض غير قابلة للعلاج، وتنتج هذه الأمراض عند تعرض الشخص لفترة طويلة إلى العوامل المسببة لهذه الأمراض والتي يرتبط أغلبها بسلوكيات شخصية أو عوامل بيئة.[2]

وتقسم الأمراض المزمنة الى: [3]

أولا – مرض مزمن المؤمن الاجتماعي (الأجير) : يكون المريض ذو عاهة مزمنة مؤمن اجتماعيا لدى صندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء، ويستفيد المؤمن ذو المرض المزمن هو وذوي حقوقه بجميع الامتيازات التعويضية. سواء كانت أدوية أو غيرها من التعويضات، ويتم تعويضهم بنسبة 100 % من

(1) من الموقع: www.who.into/topics/chronic-diseases/ae/index.html بتاريخ: 17-05-2021 9:58.
(2) من الموقع: www.ilnseurancemaladie.com بتاريخ 17-05-2021 10:24.
(3) معلومات مقدمة من طرف وكالة الضمان الإجتماعي لولاية عين تموشنت.

الأمراض المزمنة التي سيتم ذكرها .وهناك ثلاثة أمراض مزمنة يعوض المؤمن عليها بنسبة 80 % وهي الربو، مرض الأمعاء، التصلب الشرياني.

ثانيا – مرض مزمن غير المؤمن اجتماعيا: أي أن المؤمن له ليس له حق الاستفادة من كل الأدوية بل الاستفادة من الدواء الخاص بالمرض المصاب به فقط.

ثالثا– مرض مزمن ذوي الحقوق: هو مرض مزمن غير مؤمن أي ليس ليس له رقم تأميني اجتماعي، ولكن له الحق في الاستفادة من الدواء الخاص بالمرض المصاب به .هذه الفئة مدعمة من طرف الدولة غير مؤمنة اجتماعيا وليس لها الحق في كل الأدوية، يستفيد هذا المريض من شهادة إثبات صادرة من البلدية التي يقطنها مع شهادة طبية تثبت أن هذا الأخير مصاب بمرض مزمن.

الفرع الثاني: أثر انتشار الأمراض المزمنة على الضمان الاجتماعي الجزائري :

إن انتشار الأمراض المزمنة التي تتطلب العلاج المتخصص والتكنولوجيات الطبية المكلفة والأدوية ذات الأسعار المرتفعة، من الأسباب الرئيسية لانفجار النفقات الصحية في الجزائر. وقدر البنك العالمي نمو هذه النفقات بـ% 39 خلال 14 سنة من (1995–2009). وتستمر هذه الأخيرة في الإرتفاع من سنة الى أخرى، إذ انتقلت من 106 الى 192 مليار دينار ما بين 1998– 2002 ومن 175 الى 185 دينار بين 2010– 2011، وصرح مدير الضمان الإجتماعي مؤخرا أن النفقات الصحية بلغ حوالي 300 مليار دينار في سنة 2014.

إن وتيرة ارتفاع نفقات الضمان الاجتماعي مقارنة بموارده، تهدد توازنه المالي الذي هو أصلا ضعيف، وهذا يعود خاصة للنفقات المتعلقة بالمنتوجات الصيدلانية، والتي تعود بدورها إلى زيادة الطلب على الأدوية المتعلقة بالأمراض المزمنة ذات التكلفة العالية وخاصة أدوية أمراض القلب والشرايين والسرطان، حيث مثلت نفقات أدوية السرطان لوحدها في سنة 2014 نسبة% 42 من رقم أعمال الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH).

و منه يمكن القول ان تطور و نمو نفقات الصحية يعود خصوصا الى فاتورة استيراد الأدوية التي ارتفعت بشكل كبير جدا في السنوات الأخيرة حيث تضاعفت ستة مرات في فترة قصيرة منتقلة من 400مليون دولار في سنة 2000 إلى أكثر من 2 مليار دولار في سنة 2014.

إذ تستورد الجزائر 70% من إحتياجاتها الدوائية، وكذا المبالغ الهائلة الموجهة لتعويض نفقات هذه الأدوية، وخاصة تلك المتعلقة بالأمراض المزمنة حيث من بين النفقات الأكثر وزنا على فرع التأمينات الاجتماعية, نجد تعويضالأدوية وتعرف ارتفاعا مستمرا، وهذا ما سيوضحه الجدول الموالي: [1]

جدول1 : تطور نفقات التعويض عن الأدوية في الجزائر

سنوات	تعويض الأدوية (مليار دينار)
1988	0,500
1993	5,500
1998	16,440
2000	20,76
2005	50,51
2007	64,56
2010	94,83
2011	110
2014	160

[1] فرطاقي مفيدة وبراهمية براهيم، تفاقم الأمراض المزمنة في الجزائر، مجلة الدراسات الإقتصادية، العدد رقم 02، سنة 2015، صفحة 253-254.

المطلب الثاني: الأداءات العينية والنقدية و شروط الإستفادة منها

من خلال هذا المطب يمكن التعرف على مختلف الأداءات التي يمنحها التأمين الصحي للمستفدين من الخدماته وشروط الإستفادة منها.

الفرع الأول: الأداءات العينية والنقدية

أ. **الأداءات العينية:** يمكن تعريف الأداءات العينية بأنها "التكفل بمصاريف العلاج الصحي من باب الوقاية، و العلاج لصالح المؤمن له اجتماعيا و ذوي حقوقه، حيث لا يمكن منح الأداءات العينية إلا إذا كانت موصوفة عند الطبيب أو أي شخص له الصفة التي تخول فعل ذلك وهي دون النظر إلى المدة إذا كان المؤمن له مازال يتمتع بالحقوق التي تخول له حق الاستفادة من ذلك، لحد تاريخ إصدار الوصفة."

و يجب إيداع الملف الطبي لدى هيئة الضمان الاجتماعي خلال ثلاثة أشهر، إبتداءا من أول عمل طبي باستثناء إن كان هناك علاج طبي مستمر، وفي هذه الحالة يجب أن يودع الملف خلال ثلاثة أشهر التي تلي إنهاء العلاج. [1]

ب. **الأداءات النقدية:** تعرف الأداءات النقدية بأنها "كل عامل يمتنع عن مواصلة عمله أو استئنافه بسبب عجز بدني أو عقلي _مثبت طبيا_ أدى إلى فقدان أجرة الحق في تعويضه، ويحدد أجل التصريح بالتوقف عن العمل عن يومين لا يدخل ضمنهما اليوم المحدد بالتوقف عن العمل، يتم التصريح عن طريق إيداع المؤمن

له أو ممثله وصفة التوقف عن العمل لدى هيئة الضمان الاجتماعي أو إرسالها إليه، وتعد وصفة التوقف عن العمل في نسختين إحداهما لصاحب العمل والأخرى إلى هيئة الضمان الاجتماعي .

[1] مادة 07 من القانون 11/83 المؤرخ في 02 جويلية المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، (الجريدة الرسمية رقم 28 بتاريخ 05 جويلية 1983).

يؤدي عدم التبليغ بالمرض الذي تسبب في التوقف عن العمل حسب الإجراءات مذكورة سابقا إلى عقوبة تتمثل في التعويضات باليومية بالنسبة للمدة التي أعيقت فيها هيئة الضمان الاجتماعي من إجراء المراقبة بسبب عدم التصريح."[1]

الفرع الثاني: المستفيدون من الأداءات العينية والنقدية والشروط الإستفادة منه

أ. **المستفيدون من الأداءات العينية والنقدية:** يستفيد كل من الأداءات العينية والنقدية كل من:[2]

– **العمال :** يستفيد من الأداءات العينية والنقدية جميع العمال أيا كان قطاع النشاط الذين ينتمون إليه.

– **العمال الملحقين بالأجراء وهم :**

- العمال الذين يباشرون عملهم ولو كانوا يملكون كامل الأدوات الضرورية أو جزء منها ؛
- الأشخاص الذين يستخدمهم الخواص، لاسيما خدم المنازل، السائقين، البوابون، الممرضات ؛
- عمال الإدارات أو الجمعيات التي يخضع إليها الأطفال الذين يأتمنون عليهم أولياءهم فيها ؛
- الممتهنون الذين تدفع لهم رواتب وأجور شهرية تساوي أو تزيد عن الأجر الوطني الأدنى المضمون أصحاب القانون والممثلون الناطقون وغير الناطقون في المسرح أو السينما، أو المؤسسات الترفيهية الأخرى التي تدفع لهم رواتب وأجور شهرية تساوي أو تزيد عن الأجر الوطني الأدنى المضمون ؛
- البحارة الصيادون بالحصة الذين يبحرون مع الصياد الرئيسي ؛
- حاملوا الأمتعة الذين يستخدمون المحطات.

– **ذوي الحقوق :** يستفيد ذوي الحقوق من الأدءات العينية ويتمثل ذوي الحقوق في ما يلي :

- زوج المؤمن له غير أنه لا يخول له حق الاستفادة من الأداءات العينية إذا كان يمارس نشاطا مهنيا مأجورا، أي أنه يستفيد من امتياز الضمان الاجتماعي ؛

---

[1] في 13 فيفري 1984 المتعلق بتحديد مدة الأجل للتصريح بالعطل المرضية لدى هيئة الضمان الاجتماعي (الجريدة الرسمية رقم 07 بتاريخ 14 فيفري 1984).

[2] المادة 67 من الأمر 17/96 المتمم والمعدل للقانون 11/83 المؤرخ في 11 نوفمبر 1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية 3 (الجريدة الرسمية رقم 42 في 07-07-1996).

- الأولاد المكلفون الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة ؛
- الأولاد البالغون أقل من 25 سنة الذين أبرم بشأنهم عقد تمهين يمنحهم أجر عن نصف الأجر الوطني الأدنى المضمون ؛
- الأولاد البالغون أقل من 21 سنة الذين يواصلون دراستهم في حالة ما إذا بدأ العلاج الطبي قبل السن 21 سنة قبل نهاية الدراسة ؛
- الإناث بدون دخل مهما كان سنهم ؛
- الأولاد مهما كان سنهم الذين يتعذر عليهم ممارسة أي نشاط مأجور بسبب عاهة أو مرض مزمن ؛
- الأولاد الذين استوفوا ا شر و ط السن المطلوبة و التي تحتم عليهم التوقف عن التمهين أو الدراسة بحكم حالتهم الصحية ؛
- الأصول الكفيلون وهم أصول المؤمن له عندما لا تتجاوز موارده الشخصية المبلغ الأدنى لمعاش التقاعد.

ب. شروط الاستفادة من الأداءات العينية والنقدية: وتتمثل في[1] :

✓ شروط مدة العمل: خلال ستة أشهر الأولى : كي يستفيد المؤمن له من الأداءات العينية والنقدية خلال ستة أشهر يجب أن يكون قد عمل:

- إما 15 يوم أو 100 ساعة على الأقل أثناء الفصل الثلاثي الذي سبق تاريخ تقديم العلاجات المطلوب تعويضها ؛
- إما 60 يوم أو 400 ساعة على الأقل أثناء 12 شهرا التي تسبق تاريخ تقديم العلاجات المطلوب تعويضها.

[1] المادة 52 من القانون11/83 المؤرخ في 02جويلية 1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية (الجريدة الرسمية رقم 51 بتاريخ 1983/07/05).

-ما فوق ستة أشهر : كي يستفيد المؤمن له من الأداءات العينية والنقدية ما فوق الستة أشهر أن يكون قد عمل:

- إما 60 يوما أو 400 ساعة على الأقل سبقت التوقف عن العمل ؛
- إما 180 يوم أو 1200 ساعة على الأقل أثناء 03 سنوات التي تسبق التوقف عن العمل.

✓ شروط الخضوع (الانتساب): يكون العامل منتسبا للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي يجب أن يخضع للشروط التالية:

✓ **الآداءات العينية** : يحق للمؤمن له الاحتفاظ بالآداءات العينية في حالة انقطاع عن الخضوع للضمان الاجتماعي وفق الحالات التالية:

- ثلاثة أشهر إذا كان المؤمن له قد عمل 30 يوما أو 200 ساعة أثناء 06 أشهر التي تسبق تاريخ انتهاء النشاط .
- ستة أشهر إذا كان المؤمن قد عمل 60 يوما أو 400 ساعة أثناء الستة أشهر التي تسبق تاريخ انتهاء النشاط
- اثني عشر شهرا إذا كان قد عمل 120 يوما أو 800 ساعة أثناء السنة الأولى التي تسبق تاريخ انتهاء النشاط ، كما يجب أن يثبت المؤمن له في تاريخ معاينة المرض أن له نشاطا مأجورا. [1]

ب- **الآداءات النقدية** : تعتبر 8 ساعات من العمل المأجور تحديدا بالحق في الاداءات التالية :

✓ كل يوم يتقاضى فيه للمؤمن له التعويضية اليومية للتامين على المرض ، الولادة ، حادث العمل البطالة؛

✓ كل يوم انقطع فيه عن العمل بسبب مرض ، عندما يكون (المؤمن له قد استنفذ حقوقه في التعويض) ؛

[1] المادة 52 من القانون 11/83 المؤرخ في 02 جويلية 1983 المتعلق بالتامينات الاجتماعية ، المرجع السابق.

- ✓ يجب أن يتم تقدير هيئة الضمان الاجتماعي عدم قدرته البدنية على مواصلة عمله أو استئنافه كل يوم من أيام العطل القانونية؛
- ✓ كل يوم قضى فيه اداءات التزامات الخدمة الوطنية أو في حالة التعبئة العامة.[1]

المطلب الثالث: التعويض عن المرض

الفرع الأول: أحكام تعويض عن المرض

1. مقدر التعويض :

← بالنسبة للآجـر : تكون نسبة التعويضات على النحو التالـي:

- ابتدءا من اليوم الأول إلى اليوم الخامس عشر الموالي للتوقف عن العمل ، تكون التعويضية بنسبة 50 % من الأجر اليومي ، بعد اقتطاع اشتراك الضمان الاجتماعي و الضريبة.
- اعتبارا من اليوم السادس عشر الموالي للتوقف عن العمل ، تساوي نسبة التعويضية اليومية 100 % من الأجر.
- ابتدءا من اليوم الأول للتوقف عن العمل تطبيق نسبة 100 % في حالة المرض الطويل المدى أو الدخول للمستشفى.

و الواقع ان تحديد التعويض على أساس مئوية من الأجر يستند إلى مبدأ جماعي سليم إذ يوف للأجير الرعاية الاجتماعية التي تمارض الأجير إذا ما علم انه سيحصل على اجره كاملا و خاصة في الأيام الأولى لفترة

[1] مرسوم 33/85 المؤرخ في 09 فيفري 1985 يحدد قائمة العمال المشتبهين بالأجراء في مجال الضمان الاجتماعي (الجريدة الرسمية رقم09 بتاريخ 24 -02-1985).

العجز ، و يتم احتساب مقدار التعويض على أساس المرض و على أساس طبيعة المرض و على نسبة الاشتراك و كذا طبيعة النشاط.[1]

← **بالنسبة للمصاريف الطبية** : نميزها بين تعويضين هناك تعويض بنسبة 100 % و تعويض بنسبة 80 %.

⇦ **حالة التعويض بنسبة 80 %** : تغطي الاداءات العينية على المرض و المصاريف التاليـة:

- الطبية ؛
- الجراحية ؛
- الصيدلية ؛
- الإقامة بالمستشفى ؛
- الفحوص البيولوجية و الكهروديوغرافية و المجوافية النظرية ،
- علاج الأسنان و استخلافها الاصطناعي ؛
- النظارات الطبية ؛
- الأجهزة و الأعضاء الاصطناعية ؛
- الجبارة الفكية و الوجهة ؛
- إعادة التدريب الوظيفي للأعضاء ؛
- إعادة التأهيل المهني ؛
- النقل بسيارة الإسعاف أو غيرها من وسائل النقل عندما تستلزم حالة المريض ؛
- الاداءات المرتبطة بالتخطيط العائلي ؛

[1] صاحبي أسماء، التأمين على المرض مع دراسة حالة في الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي" وكالة ام بواقي "، مذكرة الماستر في العلوم الاقتصادية مسار التأمينات، جامعة العربي بن مهيدي، ام البواقي، 2012-2013، ص 58.

- يتم التكفل بمصاريف تنقل المؤمن له أو ذوي الحقوق أو عند الاقتضاء مرافق له.ضمن الشروط المحددة ضمن التنظيم ، إذا تم استدعاءه من اجل المراقبة طبية أو جبيرة من قبل الضمان الاجتماعي او لجنة العجز او عندما يستحيل العلاج في بلدية إقامته.[1]

⇦ **التغطية بنسبة 100 %** : ترفع النسبة إلى 100 % في بعض الحالات بما فيها العلاج و ذلك إما [2]:

- لطبيعة أو نوعية أو لمدة العلاج ؛
- لنوعية المستفيد ، إذا كان مستفيدا من منحة أو من ربع التأمينات الاجتماعية .
- المصاريف التي يلتزم المؤمن له بدفعها مقابل كل عمل أو أعمال نص عليها في المدنونة العمة لتسعير الأعمال المهنية ، فقد وضع لكل منها معاملا ؛
- عندما يتعرض المستفيد للإصابة بإحدى العلل التالية : السل بجميع أشكاله الأمراض الصبية النفسية الخطيرة ، الأمراض السرطانية ، أمراض الدم ، الخراج اللمفاوي ، ارتفاع دم الخيث ، بعض أمراض القلب ، أمراض الكلى ،أمراض المفاصل المزمنة الالتهابية ، التهاب ما حول المفاصل الروماتزمي الأصلي ، المرض الخماسي ، حالات العجز عن التنفس المزمن الناتجة عن انسداد أو انحصار ، شلل الأطفال الصغار الحاد ؛
- الأمراض المزمنة التالية " : داء السكر ، فقر الهيوليات ، فقر الدهنيات ،الأمراض القلبية الوراثية أمراض الغدد المعقدة ، داء المفاصل الحاد ،التهاب مخ العظام المزمن ، المضاعفات الخطية و الدائمة الناتجة عن استئصال المعدة و مرض القرحة ، تشمع الكبد التهاب المعي الغليظ".

(1) المادة 4 من القانون 27/84 المؤرخ في 11 فيفري 1984 ، المتعلق بالتامينات الاجتماعية.
(2) الامر رقم 17/96 المؤرخ في 06 جويلية 1996 الذي يعدل و يتمم بقانون 11/83 المؤرخ في 02 جويلية المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.

- عندما يلتزم المؤمن له بمصاريف عمليات التزويد بالدم او بالمصل او بمشتقاتها او في حالة وضع المواليد الخدج في المحصنة؛
- عندما تفوق مدة الإقامة في المستشفى 30 يوم ؛
- ابتدءا من اليوم الأول من الشهر الرابع عن الانقطاع عن العمل ، عندما يتطلب العلاج توقفا عن العمل لمدة متواصلة تفوق ثلاثة أشهر.
- عندما تكون المصاريف الملتزم بها تتعلق بـ : التجهيزات الكبرى الفكية الوجهية ، إعادة التدريب الوظيفي ، إعادة التكييف الوظيفي ، الخدمات و المنتجات الطبية المتعلقة بالتنظيم العائلي.
- عندما تتعلق الخدمات بالأشخاص التالية و هم:
  - الحاصل على ربع حادث عمل قدر عجزه بنسبة 50 % على الأقل و ذوي حقوقه؛
  - ذوي حقوق عامل متوفى أحفظ لهم بحق الاستفادة من خدمات عينية ؛
  - الحاصل على معاش التعاقد ؛
  - الحاصل على منحة تقاعد مباشر او معاش منقول ؛
  - الحاصل على منحة خاصة لقدماء العمال الأجراء المسنين و المستفيد إعانة؛

الفرع الثاني: مدة استحقاق التعويــض :

تدفع التعويضات في مدة أقصاها ثلاث سنوات محسوبة وفق الشروط التالية:

- إذا تعلق الأمر بعلل طويلة الأمد : يجوز أن تدفع تعويضة يومية طوال فترة ثلاث سنوات تحسب من تاريخ إلى تاريخ عن كل مرض؛
- في حالة التوقف يتبعه استئناف للعمل ، يتاح لأجل حديد مدته ثلاث سنوات على ان يمر على هذا الاستئناف سنة على الأقل؛

– إذا تعلق الأمر بالعلل غير العلل طويلة الأمد ، يجب دفع تعويضة يومية على نحو يضمن فترة سنتين متتاليتين، يتقاضى العامل خلالها 300 تعويضة على الأكثر و ذلك على علة أو عدة علل؛

– و يتم دفع التعويض في المركز التابع له المضمون ، و بالموجب شيك يسلم له أو لزوجته متى كان قد فوضها في ذلك ، يمكن تفويض الزوج أو الأشقاء أو الزوجة أو الأبناء او الوالدان لاستلام التعويض على أن تتجاوز مدة التعويض ثلاث أشهر على الأكثر من تاريخ توقيعه.[1]

الفرع الثاني: التعاقد بين الوكالة والصيدليات و أليات الجديدة في مجال التأمين عن الأمراض المزمنة

أولا: طريقة التعاقد بين الوكالة والصيدليات

يلتزم في نظام الدفع من قبل الغير أن يتم التعاقد بين طرفين، هما صناديق التأمينات الاجتماعية و الصيدليات، بحيث يلتزم الصندوق بتسديد مبالغ الوصفات والفواتير إلى الصيدلية في أجل أقصاه شهرا واحدا الذي يلي الإيداع، ويتم الدفع إما بالشيك أو الحوالة ومدة عقد الاتفاقية سنة قابلة للتجديد ضمنيا

الشروط الواجب توفرها قبل إمضاء الاتفاقية:

تتمثل هذه الشروط في الوثائق التي يحتويها الملف الإداري وهي :

- ✓ صورة من شهادة التخصص الصيدلي ؛
- ✓ تصريح بممارسة النشاط الصيدلي صادرة عن الهيئات المتخصصة بوزارة الصحة والمستشفيات؛
- ✓ نسخة من السجل التجاري ؛
- ✓ نسخة من بطاقة الترقيم الضريبي ؛
- ✓ الطابع الخاص بالصيدلية ؛

[1] المادة 21 من المرسوم 27/84 المؤرخ في 11 فيفري 1984 (الجريدة الرسمية رقم 07 بتاريخ 14/ 02 /1984).

- ✓ شهادة الانخراط في الضمان الاجتماعي .تقدم القائمة الاسمية للعاملين بالصيدلية، كما يجب أن تتوفر الصيدلية على حاسوب آلي لكي يسهل استعمال البرمجة الإعلامية التي يوفرها صندوق الضمان الاجتماعي وبصفة مستمرة كل المعلومات الضرورية الخاصة بمتابعة المؤمنين اجتماعيا.

ثانيا: الآليات الجديدة في مجال تأمين الأمراض المزمنة:

استفاد قطاع الضمان الاجتماعي في السنوات الأخيرة من أنظمة عمل حديثة سهلت على المستفيدين من خدماته مهمة دفع واسترجاع مستحقاتهم دون الوقوف لساعات طويلة في الطوابير، وتتمثل هذه الآليات في إدخال الإعلام الآلي خاصة البطاقة الالكترونية (بطاقة الشفاء).

تعريف بطاقة الشفاء :تعرف بطاقة الشفاء على أنها بطاقة للتأمينات الاجتماعية حيث يتم استعمالها من أجل:

- التعرف إلى المؤمن له وذوي حقوقه .
- تسهيل حصول المؤمن له وذوي حقوقه على مستحقاتهم في صندوق الضمان الاجتماعي لدى كل من:
- الأطباء ؛
- أطباء الأسنان ؛
- الصيادلة ؛
- المستشفيات و المراكز الصحية ؛
- العيادات الخاصة .

وقد عرفت خدمة بطاقة الشفاء توسعا كبيرا بسبب إقبال المؤمنين على الخدمة الجديدة وذلك لسهولة استعمالها ومزاياها العديدة، ومن جهة أخرى لإن العديد من الأطراف الفاعلة في العملية هم أطباء ومراكز استشفائية وصيادلة وهذا لقناعتهم بمدى فعالية العملية والتي تؤول إلى نظام مستحدث .الغرض

من استعمال بطاقة الشفاء هو عصرنه تسيير الدفع ومن شأنه تقليص الجهد العضلي والمادي، إضافة إلى أن استخدام بطاقة الشفاء

يلغي العديد من الخطوات التي كان المؤمن له سابقا يقو م بها كملء البطاقة آليا، ويتم دفع التعويضات أتوماتيكيا وهناك تواصل مباشر بين الصيدلانيين و مسيري الشركات الصيدلانية، وكذلك مع بنك المعلومات باعتبارهم متعاقدين مع صندوق الضمان الاجتماعي. فمثلا تحول الدفتر الذي كان يمنح للمصابين بأمراض مزمنة إلى بطاقة آلية يتعاملون بها مع الصيدلي، كما تسهل عمل الصيادلة بخصوص التعويضات التي يدفعها صندوق الضمان الاجتماعي نيابة عن المرضى في استعمال بطاقة الشفاء.

هناك نوعين من بطاقة الشفاء هما:

- البطاقة العائلية (F): والتي تحتوي على معلومات وبيانات المؤمن و ذوي حقو قهم ،وتتضمن معلومات مفصلة عن كل فرد له الحق في الاستفادة من الخدمة ويصل عددها إلى 10 بيانات.
- أما بطاقة الشفاء الشخصية لذوي الحقوق(I): فإنها تستخرج وفقا لشرطين إما أن يكون المستفيد من خدماتها مصاب بمرض مزمن يستوجب عليه التردد على العلاج، أو أن يكون مقيم في مكان غير المكان الذي يقيم فيه صاحب البطاقة وذلك بغرض تسهيل العملية دون عناء التنقل في كل مرة يحتاج فيها البطاقة، وتسمح البطاقة هوية المؤمن له وتسمح البطاقة الالكترونية بتحديد هوية المؤمن له وإمضائه وذوي الحقوق، كما تقوم بحفظ البيانات ومعلومات عن نسبة حق التعويض ومعلومات طبية مستعجلة ومختلف العمليات الطبية المعوضة، بالإضافة إلى معلومات تقنية خاصة بالعملية.

خلاصة الفصل:

يعد التـأمين الصحي أداة فعالة لضمان إدارة المخاطر الصحية من خلال التغطية الصحية التي يقدمها للمجتمع، بالإضافة الى ذلك فإنه يثير إهتماما خاصا لأنه يرتكز على الإهتمام بالمساواة والتضامن في الحصول على الرعاية الصحية التي تعتبر شرطا لا غنى لكفاءة النظام الصحي فحسب، بل ايضا تعتبر عامل رئيسي في التماسك الإجتماعي.

ومع ذلك يواجه صعوبات مالية في الحفاظ على التوازن المالي نظرا لمحدودية موارده المالية خاصة على إعتماده على إشتراكات وايضا الضرائب المقتطعة، و يمكن إعتباره كوسيلة مهمة ذات شأن لما يحتوي عليه من فوائد تنعكس على الفرد والمجتمع، بإعتباره يقوم بتغطية مختلف نفقات الصحية خاصة الأمراض التي تتطلب تكفل بعلاجها.

الفصل الثالث

دراسة ميدانية " التأمين عن الأمراض المزمنة

تمهيد:

سنحاول من خلال هذا الفصل إعطاء نظرة تقييمية عن مساهمة التأمين الصحي ضمن ما يتعلق بمصاريف الطبية المتعلقة بالمرض، حيت تم إجراء دراسة ميدانية (تطبيقية) ذاخل وكالة الصندوق للضمان الإجتماعي لغير الأجراء، ومن خلال ما تم جمعه من معلومات و إحصائيات المتعلقة بوضعية الأمراض المزمنة اللازمة لتنفيذ هذه الدراسة.

ومن أجل إنجاز هذه الدراسة الميدانية إرتأينا الى تقسيم هذا الفصل الى ثلاثة مباحث:

- المبحث الأول والذي نبين من خلاله إعطاء نظرة شاملة عن الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي لغير الأجراء(محل التربص)؛
- المبحث الثالث فخصص للإجراءات المنهجية لهذه الدراسة الميدانية؛
- المبحث الاخير والذي يتناول معالجة البيانات والاحصائيات، تحليلها تفسيرها واستخلاص النتائج، التوصيات والآليات التي نراها كفيلة بتصحيح الانحرافات السلبية ودعم الايجابية منها وبهذا المساهمة في تحقيق أهداف النظام.

المبحث الأول: عموميات حول مؤسسة الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي لغير الأجراء" وكالة عين تموشنت"

المطلب الأول: تعريف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي لغير الأجراء

الفرع الأول: نبذة تاريخية عن الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي لغير الأجراء

الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي لغير الأجراء أي الصندوق الوطني للضمان على الشيخوخة لغير الأجراء سابق (CAVNOS) تم إنشاؤه وفقا لقانون رقم 92/07 المؤرخ في 04 يناير 1992، المتعلق بتنظيم بالوضع القانوني لصناديق الضمان الإجتماعي والتنظيم الإداري والمالي للضمان الإجتماعي وذلك من خلال التغطية الإجتماعية لغير الأجراء كالتعويض عن الأداءات الإجتماعية .

الى غاية 1992 تاريخ إنشاء الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي للعمال غير الأجراء فإن المصالح المكلفة به كانت تابعة وملحقة بالصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء CNASAT، ونتيجة مردودية هذا الأخير في التكفل بجميع فئات المؤمنين إجتماعيا، وعقب بعث نشاط غير الأجراء من خلال صندوق وطني جديد مستقل عن الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية وصندوق التقاعد من جهة ويتكفل بفئة العمال غير الأجراء من جهة أخرى، تقرر سنة 1994 الشروع في نشاط الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي لغير الأجراء CASNOS مهيكل من 13 وكالة جهوية ملحق بها 48 فرعا ولائيا من ضمنهم الفرع الولائي لعين تموشنت الملحق رفقة كل من الفرع الولائي لمعسكر والفرع الولائي لوهران بالوكالة الجهوية لوهران.

إقتصر نشاط الفرع الولائي لعين تموشنت بداية الأمر على تحصيل إشتراكات الضمان الإجتماعي وهذا الى غاية سنة 1996 أين تم ضم نشاط القطاع الفلاحي للصندوق وفي أفريل 1999 تم تحويل ملفات ونشاط مصلحة الأداءات بما في ذلك التقاعد من الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية والصندوق الوطني للتقاعد إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي لغير الأجراء

الفرع الثاني: تعريف عام للصندوق الوطني للضمان الإجتماعي للعمال الغير أجراء " عين تموشنت"

أولا: تعريف عام للشبكة إن صندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء (CASNOS) –عين تموشنت هو مؤسسة إدارية تنظيمية ذات طابع خاص، تعمل على تأمين الفئة غير المأجورة للولاية، أي كل العمال الذين يمارسون نشاطات مهنية غير مأجورة في إطار التشريع الخاص باعمال المنظمة (المهن الخاضعة للقيد في السجل التجاري) الخاصة بولايةعين تموشنت والتي تعني:

- ✓ الصناعيين.
- ✓ الحرفيين.
- ✓ التجار.
- ✓ الفلاحين.
- ✓ أصحاب المهن الحرة (محامين، خبراء محاسبة، صيادلة، أطباء وغيرهم).
- ✓ السائقين بمختلف أنواعهم
- ✓ (القطاع الخاص).
- ✓ أصحاب المؤسسات الخاصة (SARL, EURL, SPA)

وكل من يمارس النشاط الحر المقيد في السجل التجاري .أما عن الحدود الجغرافية لشبكة بومرداس فهي تغطي جميع البلديات التي تنتمي لولاية بومرداس، أخذا بذلك العنوان التجاري للمعني بالأمر.

ثانيا: مهام الشبكة: تندرج مهام الشبكة ضمن الأهداف العامة لصندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء .ويمكن أن نجمل هذه المهام في النقاط التالية:

- ✓ تسيير الإعانات الطبيعية والمالية للتأمين الاجتماعي لغير الأجراء على مستوى الولاية.
- ✓ استلام وتسوية ملفات المتقاعدين وإلحاقها بالوكالة الجهوية من أجل صرف منح ومعاشات التقاعد للمعنيين.
- ✓ ضمان التحصيل للاشتراكات، المراقبة والمتابعة القضائية عند الاقتضاء.

- ✓ تقديم الوثائق اللازمة للمنخرطين لإثبات وضعياتهم نحو الالتزامات (mise à jour) ولغير المنخرطين لإثبات

عدم انتمائهم عن طريق شهادات عدم الانتساب (attestation de non affiliation)

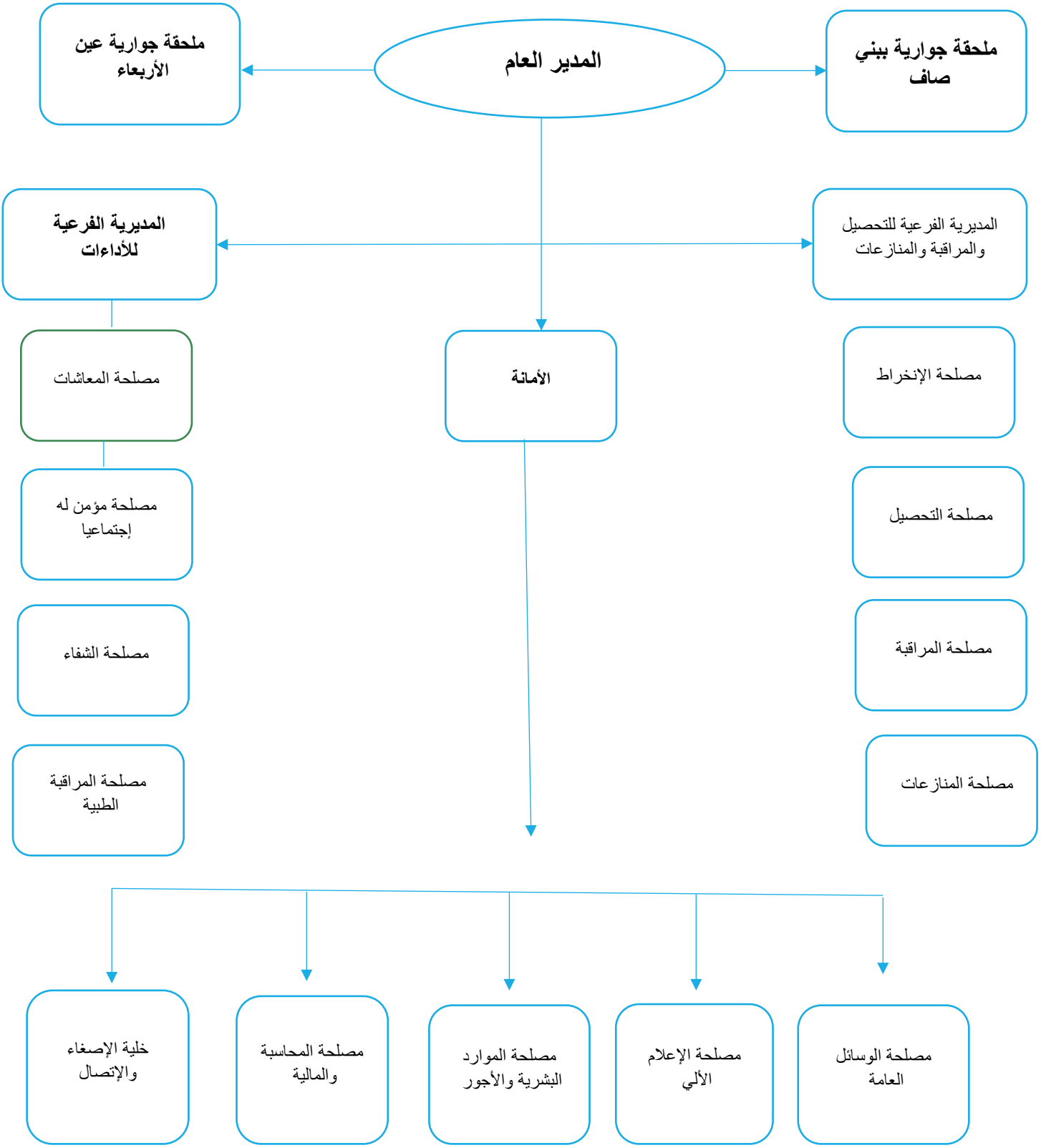
- ✓ تسيير وتنظيم المراقبة الطبية لكل التعويضات.
- ✓ تقديم الا حصائيات وتقارير عن النشاط الشهري والسنوي للوكالة الجهوية.
- ✓ متابعة ملفات المنخرطين للولاية.
- ✓ ترقيم ملفات المعنيين على مستوى الولاية.

وتكمن المهام الأساسية للصندوق في:

- ✓ تحصيل الاشتراكات السنوية للمنخرطين، ثم إعادة استغلالها لتمويل الآداءات التالية:
- ✓ التأمين على المرض بكل أشكاله.
- ✓ التأمين على الأمومة.
- ✓ نفقات الحمامات والمعالجة بالمياه المعدنية والأدوات الطبية (appareillage).
- ✓ تقديم منحة الوفاة .

المطلب الثاني: الهيكل الوظيفي للصندوق وأهداف الشبكة

الفرع الأول: الهيكل الوظيفي:



المصدر : معلومات مقدمة من طرف CASNOS

الهيكل الوظيفي: إن الشكل السابق يجعلنا نتطرق إلى وظائف كل مصلحة.

1. رئيس الصندوق: يتربع على رأس الوكالة رئيسا لها. وقد تم تفويض السلطة له بإعطائه كل الصلاحيات في اتخاذ القرارات المناسبة والمتعلقة بالصندوق، وذلك في حدود إطار التنظيمي والقانوني المتعامل به، وبالتالي فهو يتكفل بـ:
   - متابعة كل مهام الصندوق والتصديق على كل الوثائق والبيانات والصكوك وكل وثيقة رسمية تجاه مختلف وحدات الولاية .
   - متابعة نشاط وأعمال الصندوق.
   - تقديم النقارير وتمثيل الصندوق في المناسبات والجهات الرسمية
2. الأمانة العامة (السكريتاريا): وهي وظيفة كلاسيكية تتشابه مع أي مؤسسة أخرى من حيث الدور والمهام.
3. المحاسبة والمالية: يؤدي هذا الجهاز دورا هاما وأساسيا في نشاط الشبكة، فهو بمثابة شريان الصندوق أو القلب النابض له. وتكمن مهامه الأساسية فيما يلي:
   - إعداد مختلف الإحصائيات المتعلقةبالشبكة فيما يخص :
   - إحصائيات المداخيل (الاشتراكات)« les encaissement »
   - إحصائيات تحويلات رؤوس الأموال « les virements »
   - إحصائيات الشيكات غير القابلة للدفع. « les chèques impayés »
   - إحصائيات حالة الخزينة « Etat de trésorerie »
   - ضبط حالات الصندوق ورصيده « les P .V caisse »
   - المراقبة كشوف جداول« Les états de approchement »
   - والتعويضات الأداءات حالات « Les états de prestation »

كما يعمل على تسجيل كل العمليات المحاسبية والمالية للوحدة، وتسير المصلحة ثلاث حسابات :

- حساب جاري بريدي مخصص لدفع مختلف الأداءات والتعويضات المؤشر عليها والمقبولة ما عدى رأسمال الوفاة.
- حساب بنكي في البنك الجزائري الخارجي BEA وهو حساب تجاري يستقبل مختلف الاشتراكات المدفوعة عن طريق الشيكات.
- تحويل تراكم هذه المداخيل إلى الوكالة الجهوية لاستخدامها في تمويل دفع منح والعجز والمعاشات.
- استقبال الصكوك غير القابلة للدفع لتحويلها فيما بعد إلى مصلحة المنازعات وذلك لاتخاذ التدابير اللازمة.
- حساب بنكي ثاني: لدى بنك التنمية المحلية BDL وهو حساب خاص يستقبل مختلف المبالغ المدفوعة نقدا من قبل المشتركين ويحول:
  - تمويل الحساب البريدي الجاري .
  - دفع رساميل الوفاة « Capitaux décès »

كما تسير الملحقة صندوقين:

✓ الصندوق الرئيسي« principale caisse » والتي تتعلق باشتراكات المنخرطين.

✓ الصندوق الثانوي« régies caisse » المخصص لتمويل بعض النفقات الصغيرة للشبكة مثل:

" اشتراك الجرائد، بعض التصليحات المتعلقة بسيارة الخدمة، بعض الأدوات المكتبية والإعلام الآلي، مستلزمات النظافة ".

وفي الأخير نشير إلى أن المصلحة هي المسؤولة على تخليص الأداءات الصادرة عن مصلحة التعويضات بالطرق المناسبة لكل حالة .وهي المسؤولة أيضا على إصدار الشيكات بأسماء المعنيين بالأمر .يسير المصلحة محاسبين أحدهما مكلف برآسة المصلحة.

4. مصلحة الموارد البشرية والأجور : تهتم هذه المصلحة بـ:

– متابعة تطور حالة المستخدمين.

– تسيير المستخدمين في إطار و الأحكام التشريعية و التنظيمية المعمول بها.

– تحسين ظروف عمل المستخدمين على مستوى الوكالة.

–الأجور الشهرية و التعويضات لفائدة الموظفين .

–تسوية وضعية الموظفين المرقون في الدرجة أو الرتبة أو منحة الأقدمية بالنسبة للموظفين المؤقتين و كذا التعويضات عن الأعمال الإضافية.

5. مصحة الوسائل العامة : تتكلف هذه المصلحة بـ :

- تزويد الوكالة بالأثاث و السهر على صيانة ممتلكات الوكالة.
- تطبيق القواعد الأمنية حسب التشريع المعمول به.

6. خلية الإصغاء والإتصال: تعتبر هذه الخلية في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي القاعدة الأساسية له ، إذ أنها تقوم بمختلف أشكال الاتصال الداخلية منها أو الخارجية ، و كذلك تقوم باستقبال المؤمنين اجتماعيا و الإصغاء لانشغالاتهم و تقريبهم من مختلف المصالح ، كما أنها تستقبل عدة اتصالات من خلال اتصالات أخرى عبر مختلف المؤسسات، و في اغلب الأحيان تكون مهمتها دراسة الحالات الخاصة للمؤمن الاجتماعي فيما يخص تأمينه و حقوقه في الضمان الاجتماعي و ذلك عن طريق نوعية الاستقبال و الذي يمثل الصورة المعبرة عن النظام في الضمان الاجتماعي.

- ينقسم الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي لوكالة –عين تموشنت– الى مديريتين فرعيتين ذاخل الوكالة مثمثلة في " المديرية الفرعية للتحصيل" و المديرية الفرعية للأداءات" حيث ان كل مديرية

تنقسم الى عدة مصلحات يقوم بتنظيمها مدير فرعي ورئيس مصلحة مع أعوان وثمثل مهام كل مديرية في:

1. المديرية الفرعية للأداءات: تتكلف بـ :

- منح أرقام وطنية للمؤمنين في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .
- تنظيم و تطبيق المراقبة الطبية.
- تسيير الأداءات المستحقة للأشخاص المستفدين
- تنظيم ومتابعة الأداءات و كل ما يتعلق بحوادث العمل و الأمراض و كذلك كل ما يتعلق بالمعاشات والمنح المقدمة.
- تسيير الأداءات المستحقة للأشخاص المستفدين.

وتضم هذه المديرية المصالح التالية:

- مصلحة المعاشات« service de retraite » : يقوم بتسييرها رئيس مصلحة وعونين وتثمثل مهامهم في: تسيررر قضايا المتعلقة بالمعاشات.
- مصلحة المؤمن له إجتماعيا: يقوم بتسيير هذه المصلحة عون إداري متكفل بالمهام المسندة اليه والمثمثلة في:
  - استلام الوصفات الطبية للتعويض عنها .
  - تكفل بكل ما يخص ذوي الأمراض المزمنة.
  - تدقيق في ملفات المقبوظة من طرف المؤمن في حالة طلب التعويضات.
- مصلحة الشفاء« service carte chiffa » : تقوم هذه المصلحة بالتكفل بجميع مهام المتعلقة ببطاقة الشفاء ومعالجة مختلف المشاكل التي يمكن ان يواجهها المؤمن له إجتماعية حيث تتولى الأمور التالية:
  - إعادة تعبئة بطاقة الشفاء في حالة إنتهاء صلاحيتها.

- إستلام وتدقيق الملفات من طرف المؤمنين بهدف الحصول على بطاقة الشفاء.
- قيام بالتسجيل عدد البطاقات التي تم إستلامها.

- مصلحة المراقبة الطبية « contrôle médicale »: يتكون من طبيب مستشار وسكرتيرة، وتعتبر مهامه مرتبطة بالمديرية الفرعية للأداءات، وجوهره يكمن في:
  - إبرام الاتفاقيات مع المرافق الصحية.
  - التأكد من قائمة الأدوية القابلة للتعويض وغير القابلة للتعويض.
  - قائمة الأجهزة والأعضاء الإصطناعية القابلة للتعويض.
  - إدارة الملفات الطبية.
  - منح بطاقات اقتناء الدواء بنسبة 80 % و 100 %.
  - التأشير على الأداءات الواجبة الدفع ورفض الأداءات المخالفة للقانون أو غير المدفوعة (الغش، الإفراط) التي قد تحدث من المؤمن أو حتى من الطبيب.
  - إعادة فحص المرضى والتأكد من سلامة الوثائق الطبية الممنوحة لهم والتي تؤدي في بعض الأحيان إلى اللجوء إلى طبيب الخبرة.

2. المديرية الفرعية للتحصيل والمراقبة والمنازعات:

- مصلحة المراقبة« service de contrôle » : يأتي عمل ودور هذه المصلحة بأقسامها إذ يعتبر جوهر المراقبة العمل الميداني، وذلك بتنظيم مراقبة التجار من خلال مقرات عملهم، والتأكد من استيفائهم لكافة التزاماتهم وديونهم تجاه الصندوق، أو تسجيل المتأخرين والممتنعين عن الانخراط وفقا لأحكام القوانين السارية المفعول . وفي حالة عدم قبول المعنيين الانخراط أو التسديد يقوم أعوان مصلحة المراقبة بتحويل ملفات المعنيين إلى مصلحة المنازعات التي تتكفل بهذا النوع من المهام تقديم الإحصائيات عن النشاط لرئيس الشبكة.

- مصلحة المنازعات« service contentieux »: تتكون هذه المصلحة من رئيس المصلحة وعون مكلف بمتابعة القضايا على مستوى المحاكم، تكمن مهامهم الأساسية في :

← المتابعة القضائية بمختلف أنواعها وخصوصا ما يتعلق بالممتنعين عن الدفع الذين يرفضون دفع مستحقاتهم بالطرق السلمية، هذا ما يجبر الصندوق على تطبيق القانون عن طريق الجبر الذي قد يصل إلى حد مصادرة الأملاك أو السجن، حفاظا على هيبة الصندوق من جهة وحماية مصادر تمويله من جهة أخرى .وهي اللجنة التي تتكفل بمتابعة الطعون .

← متابعة أعمال لجنة الطعن المسبق (CRP) التي يقدمها مشتركو الصندوق عند عدم رضاهم على تطبيق بعض القوانين مثل: إرفاق وثائق المرض بوثائق تعريف الدواء (Notices) الشكاوي المقدمة لعدم الرضا بدفع الاشتراك المحدد من قبل الصندوق وغيرها.

← متابعة الصكوك البريدية والبنكية غير القابلة للدفع (impayés Chèques) انطلاقا من عودتها بهذه العبارة إلى الصندوق وحتى إعادة تحصيلها .

← تقديم إحصائيات المصلحة لرئيس الشبكة قصد استغلالها.

3. مصلحة التحصيل : « service de recouvrement » تتكون هذه المصلحة من قسمين:

- أولهما يتعلق بالبتسجيل والترقيم: ويهدف هذا القسم إلى متابعة ملفات المشتركين من حيث التسجيل، الترقيم، الشطب، إعادة النشاط، امتهان نشاطات تجارية أخرى وأيضا تطهير وتصفية الملفات .هذا ما يجعل هذا القسم ذو أهمية بالغة لأنه هو الذي يقوم بتأسيس الملف وبالتالي قيام بعناصر التكليف.
- ثانيا قسم المشتركين: حيث يهتم هذا القسم بمتابعة وضعية الاشتراك والمشتركين بدراسة الملفات وتحديد ما يلي :

- التأكد من استيفاء كل المشتركين لاشتراكاتهم ومتطلباتها (زيادة التأخير الناتجة عن تأخير دفع الاشتراكات في مواعيدها، عقوبات التأخير المتعلقة بعدم التصريح بالنشاط في الآجال

القانوني)(Pénalisation de retard, majoration de retard) وفي حالة وجود امتناع عن الدفع، يقوم القسم بإصدار الإنذارات الموجهة إلى المعنيين التي تقدم فيما بعد إلى مصلحة المراقبة كي تتباشر من جهتها عملها الميداني.

- إصدار وثائق الانتساب واستيفاء الاشتراكات(jour à mise) وفقا لطلب المؤمن وذلك حسب الحالة:

- وثيقة الانتساب والاستيفاء لغرض التعويضات والأداءات.
- وثيقة الانتساب والاستيفاء للمناقصة (Soumission).
- وثيقة الانتساب والاستيفاء للشطب من السجل التجاري (Radiation de registre du commerce)
- وثيقة الانتساب والاستيفاء للبنك .
- كشف سنوات العمل قصد طلب منحة التقاعد (situation de cotisation).
- تحصيل الاشتراكات: وهي أهم وظيفة للقسم حيث يقوم بإصدار كشف الحساب للمؤمن المتضمن للاشتراكات الواجب تسديدها ومستحقاتها، والتي يقوم المشترك بتسديها في صندوق الشبكة لدى شبك التخليص (Caissier) وتجدر الإشارة إلى أن هذه الاشتراكات تخضع لقواعد وتشريعات.

4. مصلحة الإنخراط: يلتزم هذا القسم بتقديم وثائق عدم الانتساب (Non affiliation) للمواطنين على مستوى الولاية، وذلك لاستخدامها وفق الحاجة، حيث يتأكد المسيرون للعملية من:

- ✓ عدم وجود المعني في قائمة المسجلين في الصندوق وفقا لملفات المنخرطين المسجلة للصندوق.
- ✓ عدم وروده في قائمة التجار على مستوى إدارة الضرائب " fichier impôts"
- ✓ عدم وروده في قائمة التجار على مستوى السجل التجاري « FNRC »

الفرع الثاني: أهداف الشبكة:

يسعى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي لغير الاجراء إلى القيام بدور هام وفعال في المجال الاجتماعي والاقتصادي على مستوى الولاية، حيث يسهر على استقبال دفوعات المشتركين وتحويلها فيما بعد إلى تعويضات مختلفة حسب الطلب وحسب مبدأ الأحقية (مباشرة أو غير مباشرة) .

كما أن الصندوق يقوم بالإلتزام بتقديم الوثائق الضرورية الخاصة بالمكلفين كشهادات الانتساب والانخراط، التي تسمح بتأدية مهام مختلفة تكون تأشيرة المرور (الشطب، المناقصة وغيرها).

ويهدف الصندوق إلى إيجاد وسيلة كفيلة للقضاء على السوق السوداء وذلك من خلال التمكن من تسجيل جميع الأشخاص الذين يمارسون النشاطات المهنية غير المأجورة التجار، المهن الحرة، وغيرهم

كما انه يسعى جاهدا الى تطوير من خدماته التأمينية.

المطلب الثالث: دراسة حالة تطور الأمراض المزمنة لسنة 2020 على مستوى الصندوق الضمان الإجتماعي لغير الأجراء وكالة عين تموشنت

الفرع الأول: تصنيف الأمراض المزمنة :

في هذا مطلب نود التطرق الى تصنيف الامراض المزمنة التي يتم إدراجها في قائمة الأمراض التي يعوض عنها من طرف الضمان الإجتماعي، وتصنف الى صنفين:

- الصنف C الأمراض المزمنة التي تعوض بنسبة 100%.
- الصنف T الأمراض المزمنة التي تعوض بنسبة 80%.

جدول 2 تصنيف الأمراض المزمنة

	مرض المزمن
C01	السل بجميع أشكاله ؛
C02	الأمراض العصبية النفسية ؛
C03	الأمراض السرطانية ؛
C04	أمراض الدم ؛
C05	الخراج اللمفاوي ؛
C06	ارتفاع ضغط الدم الخبيث ؛
C07	أمراض القلب والأوعية الدموية الآتية: • الذبحة الصدرية ؛ • سداد نسيج القلب العضلي ؛ • تجسير لشريان التاجي ؛ • أمراض تصلب الشرايين المتقدمة ؛ • التهاب شريان الأطراف السفلية ؛ • إصابة الوعاء المخي والسحائي أو المخي السحائي ؛ • اضطراب توازن دقات القلب مع الحافز
CO8	الأمراض العصبية الآتية: • تصلب في شكل أقراص دموية ؛ • تزامن أعراض خارج الصفاق الهرمي كساحات الأطراف السفلية والفالج ؛ • صراع الفص الصدغي والصراع الميوكلونيكي اللاحق للجروح
C09	الأمراض العضلية أو العصبية العضلية الآتية : • التهاب الأعصاب ؛ • الضمور العضلي الحلزوني المتدرج ؛ • التهاب العضلات
C10	أمراض الدماغ ؛
C11	أمراض الكلى ؛

C12	أمراض المفاصل المزمنة الالتهابية الآتية التهاب مفاصل الفقرات المتسبب في تصلبها ؛ • التهاب المفاصل الروماتزمي ؛ • الاعتلالات المفصلية الخطيرة.
C13	التهاب ما حول المفاصل الروماتيزمي الأصلي ؛
C14	– القراض الخمامي المنشور ؛
C15	–حالات العجز عن التنفس المزمن الناتجة عن الانسداد والانحصار؛
C16	– شلل الأطفال السابق الحاد ؛ –الأمراض الاستقلالية ؛
C17	الأمراض الإستقلالية
C18	– أمراض القلب الخلقية ؛
C19	– اضطرابات الغدد الصماء ؛
C20	– الروماتيزم الحاد ؛
C21	العظم والنقي المزمن ؛
C22	– المضاعفات الخطيرة لاستئصال المعدة والمستدامة ؛
C23	– تلف الكبد ؛
C24	– التهاب القولون التقرحي ؛
C25	– الفقاع الخبيث والصدفية ؛
C26	– الداء العدوي ومضاعفاته.
T15	مرض الأمعاء؛
T16	التصلب الشرياني
T17	الربو؛

مصدر من إعداد الطالب بواسطة المعلومات المتحصل عليها.

1-3-2.جداول الإحصائية لتصنيف الأمراض المزمنة لسنة 2020 على مستوى الوكالة:

أولا: تصنيف الأمراض المزمنة لسنة 2020 حسب جنس والعمر

جدول 3 تصنيف الأمراض المزمنة لسنة 2020 حسب جنس والعمر

العمر	الجنس	النساء	الرجال
الفئة أقل او تساوي 18 سنة		2497	1990

من 19 الى 35 سنة	152	104
من 36 الى 55 سنة	641	392
من 56 الى 70 سنة	750	512

المصدر : معلومات مقدمة من طرف CASNOS

التعليق: يحتوي الجدول أعلاه على توزيع الأمراض المزمنة لسنة 2020 مصنفة حسب فئات عمرية وايضا حسب نوع الجنس ، وما نلاحظه ان الفئة العمرية " أقل او تساوي 18 سنة " هي الفئة أكثر عرضة للأمراض المزمنة سواء عند الرجال او النساء، ثم تليها الفئة المحصورة ما بين 56- 70 سنة.

الفرع الثاني: الأمراض المزمنة التي تعوض بنسبة 100% حسب جنس المريض

نوع المرض المزمن	صنف	النساء	الرجال	المجموع
داء السكري	C17	385	1957	2342
ارتفاع ضغط الدم	C06	145	506	651
أمراض القلب	C07	80	425	505
إنسداد الرئوي	C15	7	49	56
الأمراض العصبية	C02	26	125	151
روماتيزم	C12	61	236	297

العصاب التنفسي الشديد	C19	42	100	142

تصنف الامراض المزمنة على مستوى المؤسسة الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي بوكالة عين تموشنت الى 26 مرض مزمن وهذا ما تم تناوله في الفرع الأول من المطلب الأول حيث تصنف من (C01- C26)، وهذا ما سنوظحه في الجدول ادناه الأمراض المزمنة التي تعوض بنسبة 100% حسب جنس المريض لسنة 2020:

جدول 4 الأمراض المزمنة التي تعوض بنسبة 100% حسب جنس المريض

المصدر : معلومات مقدمة من طرف CASNOS

التعليق:

- ما يمكن ملاحظته في هذا الجدول أن فئة الرجال التي بلغت 1957 يعتبر انها الفئة أكثر عرضة لهذا النوع من المرض مقارنة بفئة النساء ب 1572، أما إجمالي هذا المرض خلال سنة 2020 قدر ب 2342 مريض ثم نجد مرض ارتفاع ضغط الدموي الذي بلغ عدد المصابين 506 عند الرجال و 145 عند النساء، أما الإجمالي مقدر ب651 خلال سنة2020.
- ثم يأتي مرض القلب الذي بلغت فيه اعلى نسبة عند الرجال ب 425 حالة، وكان مجموعة خلال السنة505، ثم يليه مرض الروماتيزم بإجمالي 297، و مرض الأمراض العصبية قدر ب151حالة.. وتصنف الأمراض العصاب التنفسي الشديد في المرتبة الخامسة بتعداد 142 حالة ، وأخيرا مرض الإنسداد الرئوي قدر ب56مريض.
- من خلال هذه الدراسة نستنتج أن داء السكري يأخذ النسبة الأكبر من التعويضات ب100% مقارنة بمختلف الأنواع الأخرى من الأمراض المزمنة في الوكالة.

الفرع الثالث: الأمراض المزمنة التي تعوض بنسبة 80% حسب جنس المريض :

تقسم الأمراض المزمنة التي تعوض بنسبة 80% على مستوى صندوق الضمان الاجتماعي إلى ثلاثة أنواع، تم إحصاؤها على أساس جنس المريض وهذا ما يوضحه الجدول أدناه:

جدول 5 الأمراض المزمنة التي تعوض بنسبة 80% حسب جنس المريض

نوع المرض المزمن	التصنيف	النساء	الرجال	الإجمالي
مرض ضغط الدم	T15	461	114	575
أمراض القولون	T16	5	4	9
الربو	T17	336	357	672
المجموع		802	475	1256

المصدر : معلومات مقدمة من طرف CASNOS

التعليق:

- نلاحظ من خلال الجدول أنه توجد ثلاثة أنواع من الأمراض المزمنة التي تكون فيها نسبة التعويض 80% وهي: الضغط الدموي (T15)، مرض القولون (T16)، مرض الربو(T17).
- تم مقارنة هذه الأنواع الثلاثة حسب جنس المرض، حيث نلاحظ أن فئة النساء الأكثر عرضة لمرض ضغط الدم، حيث وصل عدد المصابين به من النساء إلى 461 مقارنة بعدد الرجال الذي بلغ عدد المصابين منهم إلى 114، وهذا ما يلاحظ بالنسبة إلى مرض القولون أما مرض الربو سجل نسبة أعلى من عند النساء.
- كما نلاحظ أن إجمال المرضى من النساء والرجال المصابين بالربو قدر ب 672 وهي القيمة الأكبر مقارنة مع إجمال مرض القولون ومرض ضغط الدم التي قدرت ب 9 و 575.
- هذه القيم تم إحصاؤها من السنة 2020، حيث بلغ عدد الرجال المصابين بالأمراض التي تعوض بنسبة 80% إلى 475، وهي نسبة قليلة مقارنة بالنساء التي أصيبت بهذه الأمراض حيث قدرت ب802 . أما إجمالي النساء والرجال المصابين بكل من ضغط الدم ومرض الكولون ومرض لربو فقد قدرت النسبة الإجمالية خلال سنة 2020 ب 1256.

الفرع الرابع: جداول إحصائية لعدد الأمرض المزمنة المؤمنة إجتماعيا الموجودة على مستوى الوكالة لسنة 2020:

جدول 6 عدد الأمراض المزمنة لسنة 2020 على مستوى الصندوق

ترميز مرض المزمن		عدد الحالات	الجنس
1	Malade chronique	2903	الرجال
3	SNMG chronique	161	
5	Moudjahid, malade chronique	68	
7	Ayant droit chahide chronique	1	
المجموع		3133	
1	Malade chronique	742	النساء
3	SNMG chronique	173	
5	Moudjahid, malade chronique	48	
7	Ayant droit chahide chronique	2	
المجموع		965	
المجموع الكلي		4098	

المصدر : معلومات مقدمة من طرف CASNOS

التعليق:

- ما يلاحظ خلال الجدول اعلاه، انه تم تسجيل 2903 حالة من الأمراض المزمنة لدى الرجال لسنة 2020 بالمقارنة مع 742 حالة عند النساء.

- اما بخصوص " SNMG Chronique " وهي الفئة ذات الذخل الوطني للحد المضمون التي يساوي ذخلها او يقل عن 20000دج، وما يمكن ملاحظته من الإحصائيات المقدمة انه تم تسجيل 173 حالة عند النساء، و 168 عند الرجال وهذا ينعكس على باقي الفئات.

الفرع الخامس: عدد ذوي الحقوق المزمنة:

التعليق: ما يمكن إستنتاجه من خلال الجدول وملاحظته ان نسبة ذوي الحقوق مصابين بالأمراض المزمنة تسجل إرتفاع كبير عند النساء ب 7855 حالة، و 2676 حالة عند الرجال.

جدول 7 عدد ذوي الحقوق المزمنين لسنة 2020

ترميز مرض المزمن		عدد الحالات	الجنس
1	Malade chronique	2676	
3	SNMG chronique	7	الرجال
المجموع		2683	
1	Malade chronique	7855	
3	SNMG chronique	99	النساء
المجموع		7855	
المجموع الكلي		10538	

المصدر : معلومات مقدمة من طرف CASNOS

المبحث الثاني: المنهجية المعتمدة في الدراسة الميدانية

من خلال هذا المبحث الثاني سنبين الأسلوب المتبع في اعداد الدراسة الميدانية، مختلف الأساليب والآليات، بحيث سيشمل:

– اولا : توصيف مجتمع الدراسة و كيفية اختيار العينة محل الدراسة،

–ثانيا : توضيح آلية جمع البيانات المستخدمة في الدراسة،

–ثالثا : استعراض أدوات التحليل الإحصائي.

المطلب الأول: مجتمع وعينة الدراسة

سنحاول أن نبين في هذا المطلب الأفراد المعنين بالبحث، انطلاقا من مجتمع الدراسة وهو المجموعة الكلية من العناصر التي يسعى الباحث إلى أن يعمم عليها النتائج ذات العلاقة بالمشكلة المدروسة وصولا إلى عينة الدراسة و هي تلك العينة التي تتوزع فيها خصائص المجتمع بنفس النسب الواردة في المجتمع.

بالإضافة الى ان عدد الكبير في الدراسة يجعل صعوبة في دراسة جميع هذه الفئات لذلك نأخد عينة من هذا المجتمع لتسهيل الدراسة وإستخلاص النتائج بأدق التفاصيل.

الفرع الأول: مجتمع الدراسة: يتطلب البحث العلمي بالقيام بتحديد واضح ودقيق لمجتمع الدراسة بما يتماشى مع عنوان البحث، اشكاليته والهدف منه، وفي هذا الصدد يتمثل مجتمع الدراسة لهذه الأطروحة " أثر التأمين الصحي في تقليل من مصاريف العلاج دراسة حالة" الأمراض المزمنة " ، وعليه فإن مجتمع هذه الدراسة يتمثل في المؤمنين لهم إجتماعيا بالإضافة الى ذوي الحقوق وهذا بالرغم من اختلاف انواعهم " متقاعدين، موظفين، عمال....." مع الأخد بعين الإعتبار ذوي الأمراض المزمنة الذين يعانون منها او غير المصابين، حيث قد قمنا بأخذ عينة عشوائية من المجتمع البحث، والتي كانت بمثابة مصدر معلومات مفيدة ولقد حددت عينة مكونة من 88 مؤمن لهم إجتماعيا.

الفرع الثاني: عينة الدراسة: تم اختيار نوع العينة الطبقية إذ أن مجتمع الدراسة غير متجانس، نظرا لأنه يتألف من فئات أو طبقات مختلفة بعضها عن بعض. ويتطلب هذا النوع مراعاة الخطوات التالية:

- تحديد الفئات المتوافرة في مجتمع الدراسة.
- اختيار من كل فئة عينة عشوائية بسيطة تمثلها.
- أما فيما يخص حجم العينة قدر ب 88 فرد.

المطلب الثاني: آليات جمع البيانات: تتعدد أساليب جمع البيانات بصورة خاصة، ولكن من أكثرها شيوعا نجد: الاستبيان، المقابلة والملاحظة، ويتم اختيار هذه الأساليب وبناءها على ضوء أسس علمية، للوصول إلى البيانات المطلوبة، وبالتالي تحقيق أهداف البحث العلمي، ويجوز للباحث أن يستخدم هذه الأدوات منفردة أو مجتمعة، وذلك تبعا لطبيعة البحث، وأهدافه، وتوجهات الباحث، والإمكانات المتاحة.

الفرع الأول: الأسلوب المستخدم لجمع البيانات: فيما يتعلق بموضوع البحث سيتم اعتماد وسيلتين لتحقيق أهداف الدراسة:

-**أولا** : الإحصائيات المجمعة والمتحصل عليها من مختلف المصادر التي توجها لها الباحث بصورة مباشرة أو غير مباشرة : كالديوان الوطني للإحصائيات، الصندوق الضمان الإجتماعي لغير الأجراء وكالة عين تموشنت (محل التربص).

-**ثانيا:** الاستبيان كوسيلة لجمع البيانات وتحليل الإشكالية محل الدراسة، و يقصد بالاستبيان تلك الوسيلة التي تستعمل لجمع بيانات أولية وميدانية حول مشكلة أو ظاهرة البحث العلمي، كما تعني أيضا مجموعة أسئلة مكتوبة يقوم المبحوث بالإجابة عنها، وهي من بين الأدوات الأكثر استخداما في الحصول على البيانات من المبحوثين مباشرة ومعرفة آرائهم واتجاهاتهم، ولهذا الغرض قمنا بتصميم استمارة تخدم أهداف البحث موجهة لأفراد العينة (بحيث توجه الاستمارة لجميع المنخرطين في قطاع الضمان الإجتماعي).

المطلب الثالث: استمارة البحث: بعد عرض الاستمارة على مجموعة من الأفراد المجتمع وإنارتهم حول موضوع البحث وأهدافه، تم وضعهما على الشكل و المضمون الموضح في الملحق (01) بالنسبة للاستمارة فهي مقسمة إلى جزئين بحيث:

– الجزء الأول : يضم معلومات شخصية حول الاستمارة والجهة المصدرة لها والغرض منها، هذا من جهة ومن جهة أخرى معلومات حول المبحوث : ، المهنة، المؤهل العلمي، الجنس والسن.

– الجزء الثاني : يهدف الى معرفة مساهمة التأمين الصحي قي تقليل من المصاريف الطبية من خلال 22 سؤال.

2-3-1.أدوات التحليل الإحصائي: بهدف الوصول إلى نتائج معبرة، صادقة وذات دلالة تم الاعتماد على برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية(spss) نسخة 22 باستخدام الأدوات الإحصائية التالية:

– التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص عينة الدراسة.

المبحث الثالث: معالجة بيانات

فيما يلي نعرض مختلف النتائج المتحصل عليها بعد تفريغ الاستبيان وتحليل محتواه

1- معالجة الخصائص العامة للمبحوثين:

تضمن الجزء الأول من الاستمارة على معلومات عامة وشخصية حول مفردات العينة نبين نتائجها كما يلي:

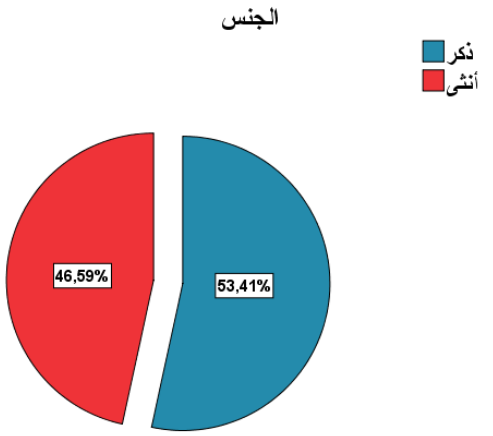
- **الجنس:**

جدول 8 توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

الجنس		
	التكرارات	النسبة المؤوية %
ذكر	47	,4153
انثى	41	46,59
المجموع	88	100

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ أن الجنس الأكثر تمثيلا في مفردات العينة هو جنس الذكور بنسبة 53,41 % بينما يمثل جنس الإناث ما نسبته 46,59 % فقط.

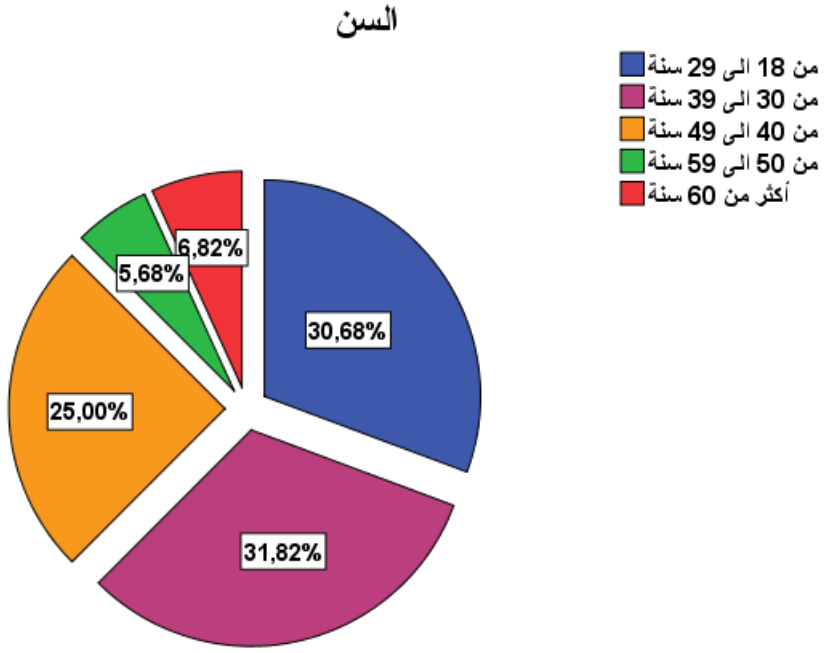


- **السن:**

جدول 9 توزيع أفراد العينة حسب متغير السن

السن		
	التكرارات	**النسبة المؤوية %**
من 18 سنة الى 29 سنة	27	30,68
من30 سنة الى 39 سنة	28	31,82
من40 سنة الى 49 سنة	22	25,00
من50 سنة الى 59 سنة	5	5,68
أكثر من 60 سنة	6	6,82
المجموع	**88**	**100**

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS



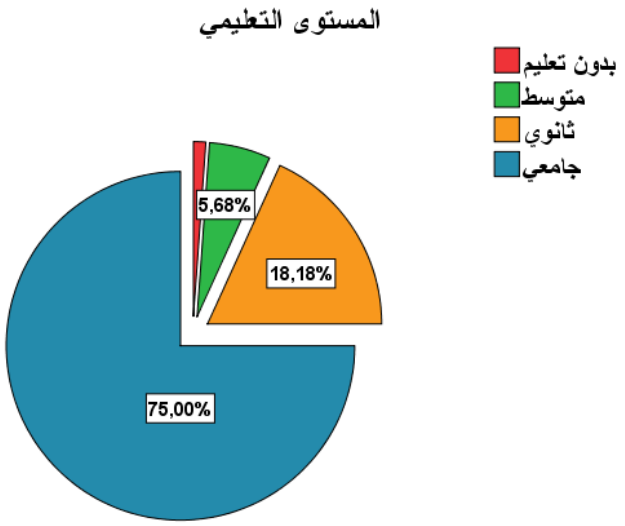
نلاحظ أن أفراد العينة موزعين على فئتي الأفراد من30إلى 39 سنة والأفراد من 18 إلى 29 سنة و الأفراد من 40 الى 49 سنة بنسبة31,8 %ونسبة 30,7 % و نسبة 25% على التوالي، بينما نجد أن الأفراد من50 إلى 59 سنة والأفراد أكثر من 60 سنة لا يمثلون إلا ما نسبته 5,7 % و6,82 %فقط.

- **المستوى التعليمي:**

جدول 10 توزيع الأفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي		
	التكرارات	النسبة المؤوية %
بدون تعليم	1	1,14
متوسط	5	5,68
ثانوي	16	18,18
جامعي	66	75,00
غير ذلك	0	0
المجموع	**88**	**100**

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS



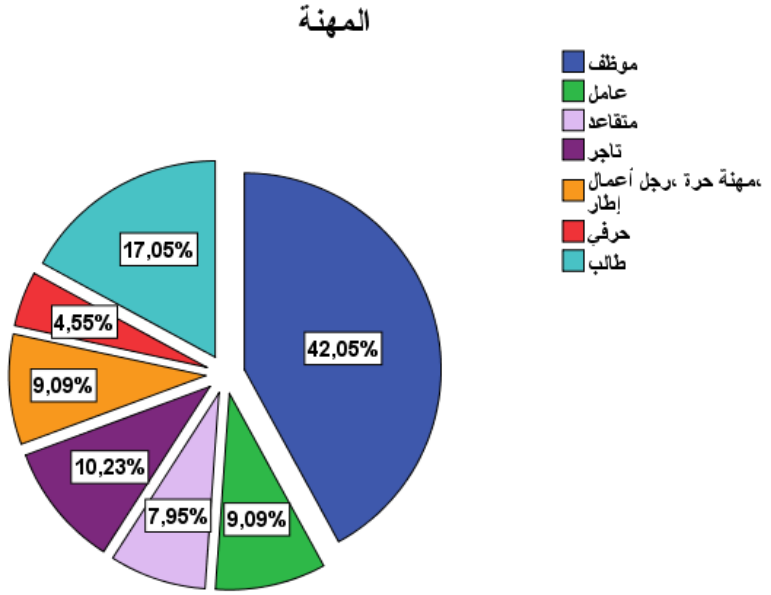
وما يمكن ملاحظته من خلال الإحصائيات المبينة في التمثيل البياني، أنه 75 % من أفراد عينة هم جامعيين ويمكن القول انها الشريحة الغالبة على أفراد العينة ثم تليها شريحة ثانويين بنسبة 18,18%، بينما كانت نسبتي متوسط و بدون تعليم ضئيلة جدا و مقدرة ب 1،14% و 5,68%.

- **المهنة:**

جدول 11 توزيع الأفراد العينة حسب متغير الوظيفة

المهنة		
	التكرارات	**النسبة المؤوية %**
موظف	37	42,05
عامل	8	9,09
متقاعد	7	7,95
تاجر	9	10,23
إطار، مهنة حرة، رجل أعمال	8	9,09
حرفي	4	4,55
طالب	15	17,05
غير ذلك	0	0
المجموع	**88**	**100**

من إعداد الطالب بإعتماد على برنامج SPSS



من حيث توزيع مجتمع الدراسة حسب الفئة المهنية، يوضح الجدول بوضوح أن 82.95٪ من المبحوثين هم من فئات النشطة ، مقابل 17,05٪ غير نشطة، حيث يتم توزيع هذه الفئة على النحو التالي: موظف 42,05٪ ، تجار 10,23٪، العمال9,09٪ و اطار، مهنة حرة، رجل أعمال 9,09٪ وأخيراً حرفي بنسبة 4٪.

أما المجموعة غير العاملة او غير النشطة فهي ممثلة على النحو التالي: الطلاب 17,05٪ .

وأخيراً المتقاعدون الذين يمثلون 7,95٪.

- **الذخل الشهري(في المتوسط):**

جدول12 توزيع العينة حسب متوسط الذخل الشهري

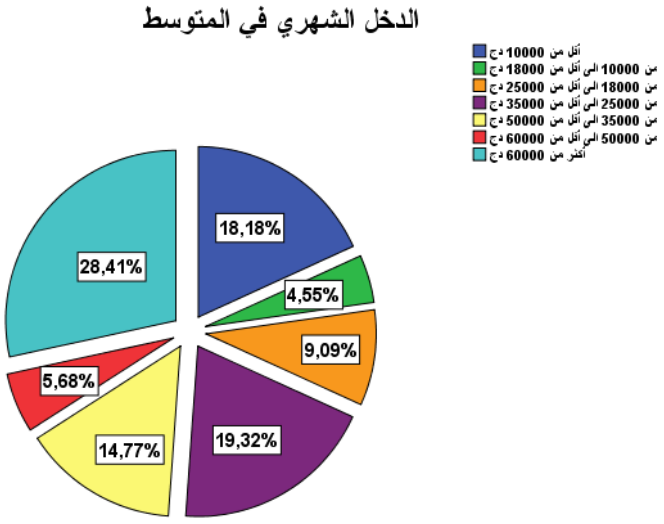
الدخل الشهري في المتوسط		
	التكرارات	النسبة المؤوية %
أقل من 10000دج	16	18,18
من 10000 الى أقل من 18000دج	4	4,55
من 18000 الى أقل من 25000دج	8	9,09
من 25000 الى أقل من 35000دج	17	19,32

من 35000 الى أقل من 50000دج	13	14,77
من 50000 الى أقل من 60000دج	5	5,68
أكثر من 60000دج	25	28,41
المجموع	88	100

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

بالنسبة لهذا السؤال بإعتبار ان الذخل مسألة حساسة ومهمة، فلقد تم تسجيل 77,27% من المستجيبين لديهم ذخل أعلى من الذخل الوطني للحد الأدنى مضمون (SNMG)، 28,4% منهم من يحصل على أكثر من 60000دج، و 14,77% يحصول على دخل ما بين 35000 دينار و 50000 دج، و 19,32% لديهم ذخل ما بين 25000دج و أقل من 35000دج، بعدها أصحاب الذخل المتوسط بنسبة 9,09% بين 18000 و أقل من 25000دج، وأخيرا الذين يحصولون على دخل يترواح من 50000 الى اقل من 60000 دج بنسبة 5,68%.

اما الفئات المتبقية فهي الفئات التي تحصل على الدخل الوطني للحد الأدنى للمضمون بنسبة 22,73% موزعة كالتالي: 18,18% بالنسبة لذوي الذخل أقل من 10000دج ثم تليها فئة التي يترواح ذخلها مابين 10000دج الى 18000دج بنسبة 4,55%.



2- معالجة بيانات الإستبيان المتعلقة بالتأمين الصحي و المصاريف الصحية:

- **التغطية الصحية:**

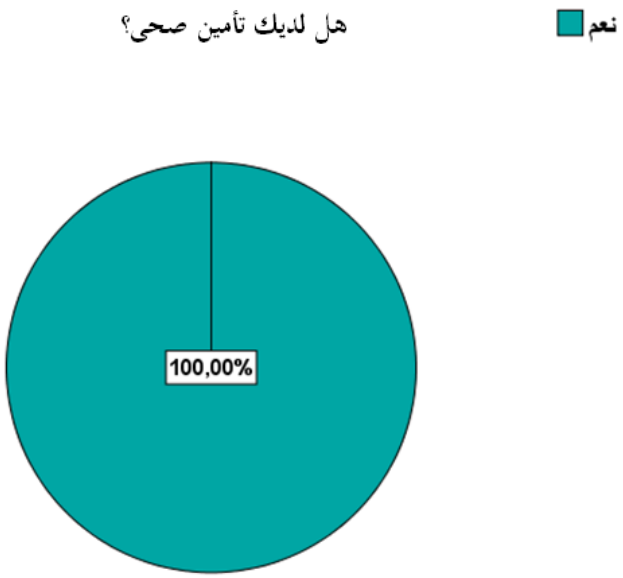
جدول13 توزيع حسب التغطية الصحية.

- هل لديك تأمين صحي؟		
	التكرارات	النسبة المؤوية %
نعم	88	100
لا	0	0
المجموع	**88**	**100**

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

يوضح الجدول أن غالبية الاستفسارات التي تمت هي مغطات من قبل التأمين الصحي الإجتماعي بالرغم من إختلاف طبيعة مهنتهم مع إجمالي 88 مؤمنا.

ومن خلال هذا يمكن إستنتاج أن قطاع الضمان الإجتماعي في الجزائر يساهم في تغطية جميع الشرائح سواء كانو من طلاب، تجار، حرفيين، عمال وموظفين.....الخ.



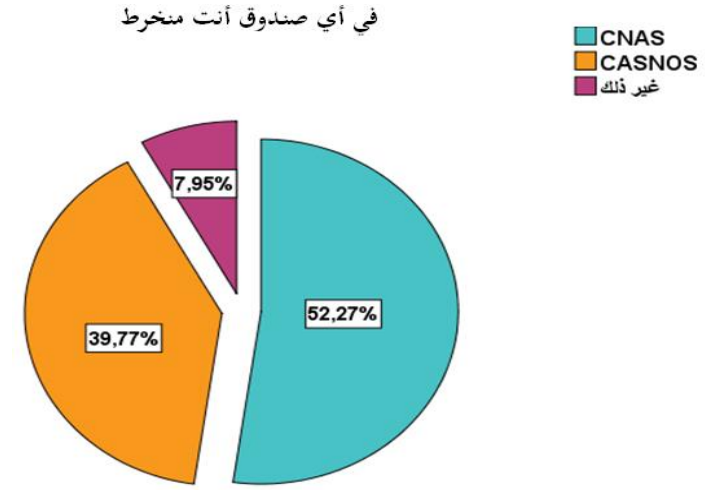
- **توزيع العينة على اساس الصندوق المنخرط فيه:**

جدول14 توزيع العينة على اساس الصندوق المنخرط فيه

2- في أي صندوق أنت منخرط		
	التكرارات	النسبة المؤوية %
CNAS	46	52,27
CASNOS	35	39,77
غير ذلك	7	7,95
المجموع	**88**	**100**

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

ما يمكن ملاحظته من خلال هذا الجدول ان نسبة 52,27%من المؤمنين هم منتسبون الى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي للأجراء، اما الفئة المنخرطة في CASNOS سجلت نسبة 39,77% من المؤمنين والباقي 7,95% فلديهم تأمين جهة أخرى.



نوع التأمين الخاص بك		
	التكرارات	النسبة المؤوية %
إجباري (إلزامي)	65	73,86

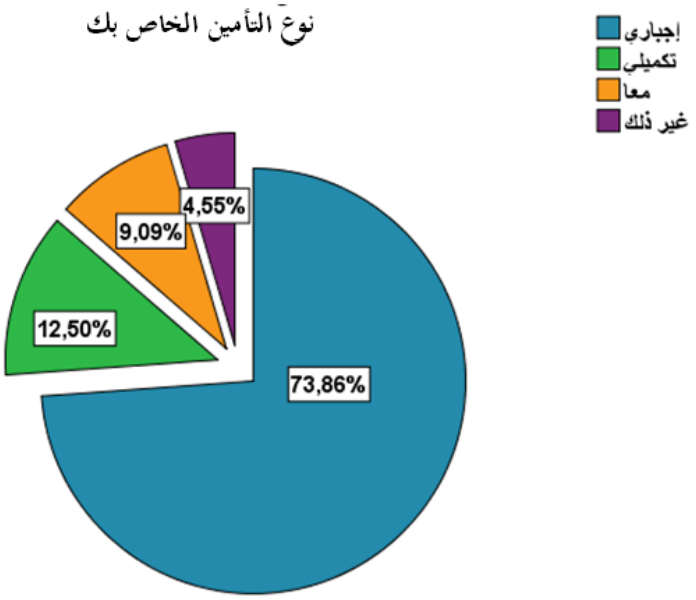
- **توزع العينة حسب نوع التأمين:** .

تكميلي	11	12,50
معا	8	9,09
غير ذلك	4	4,55
المجموع	88	100

جدول15 توزيع العينة حسب نوع التأمين الخاضع له

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

من خلال هذا الجدول يمكن القول أن التأمين الإجباري هو التأمين الذي سجل أعلى نسبة بالنسبة للعينة المدروسة بنسبة 73,86 %، اما التأمين التكميلي فلقد بلغت نسبته 12,50%، أما من لديهم تأمين مزدوج (إجباري+ تكميلي) فسجل 9,09% من النسبة الإجمالية بالنسبة للفئة المتبقية التي ليس لديها اي نوع من هذه انواع فسجلت 4,55%.

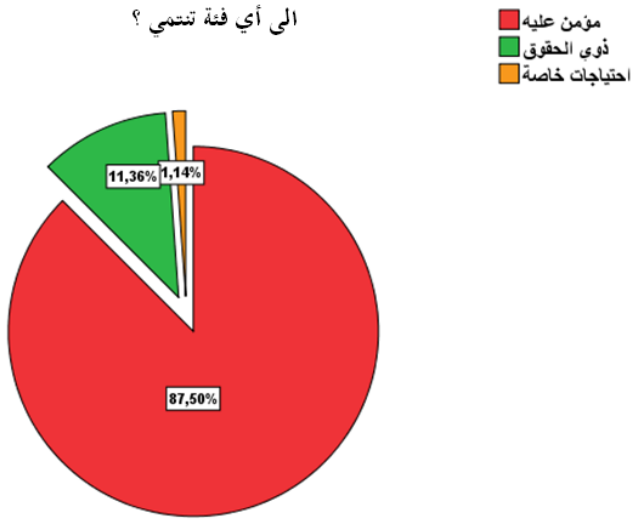


- **توزيع العينة حسب الفئة التي ينتمي اليها:**

جدول16 توزيع العينة حسب فئة المنتمي لها

4- الى أي فئة تنتمي ؟		
	التكرارات	النسبة المؤوية %
مؤمن عليه	77	87,50
ذوي الحقوق	10	11,36
احتياجات خاصة	1	1,14
المجموع	**88**	**100**

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS



يتضح من خلال تحلبل الجدول ان فئة المؤمن عليهم هي اعلى فئة من خلال العية الدراسة حيث سجلت 87,50% يليها فئة ذوي الحقوق بنسبة 11,36% اما بالنسبة لذوي الإحتياجات الخاصة فلم تسجل إلا 1,14%.

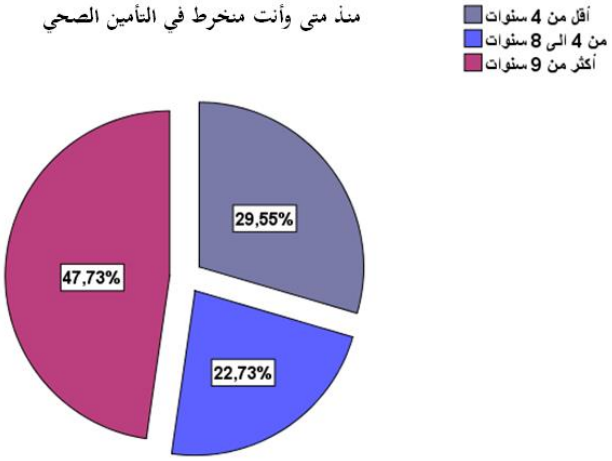
- **توزيع العينة حسب فترة الإنخراط:**

جدول17 توزيع العينة على اساس فترة الإنخراط

منذ متى وأنت منخرط في التأمين الصحي		
	التكرارات	النسبة المؤوية %
أقل من 4 سنوات	26	29,55
من 4 الى 8 سنوات	20	22,73
أكثر من 9 سنوات	42	47,73
المجموع	88	100

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

يمكن القول أن أعلى نسبة تم تسجيلها ضمن فترة الإنخراط في التأمين الصحي كانت 47,73% بالنسبة لأكثر من 9 سنوات، تليها فترة أقل من 4 سنوات ب نسبة 29,55% وفي الأخير فترة ما بين 4 الى 8 سنوات بنسبة 22,73%.



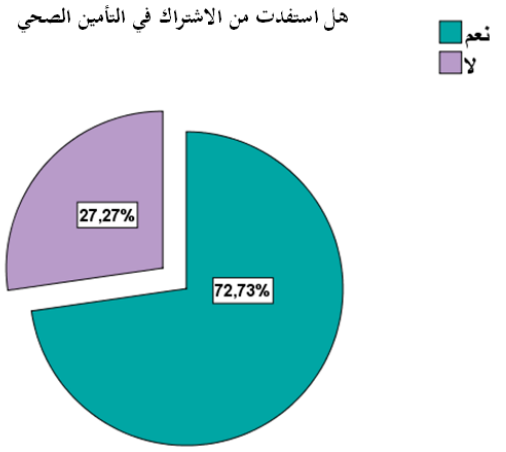
- **توزيع العينة حسب الإستفادة من الإشتراك:**

جدول18 توزيع العينة حسب الإستفادة

هل استفدت من الاشتراك في التأمين الصحي		
	التكرارات	النسبة المؤوية %
نعم	64	72,73
لا	24	27,27
المجموع	88	100

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

تمثل نسبة 72,73%(نعم) نسبة الحصول على الإستفادة من الإشتراك في التأمين الصحي عكس 27,27% (لا) التي تمثل عدم الإستفادة من التأمين الصحي.



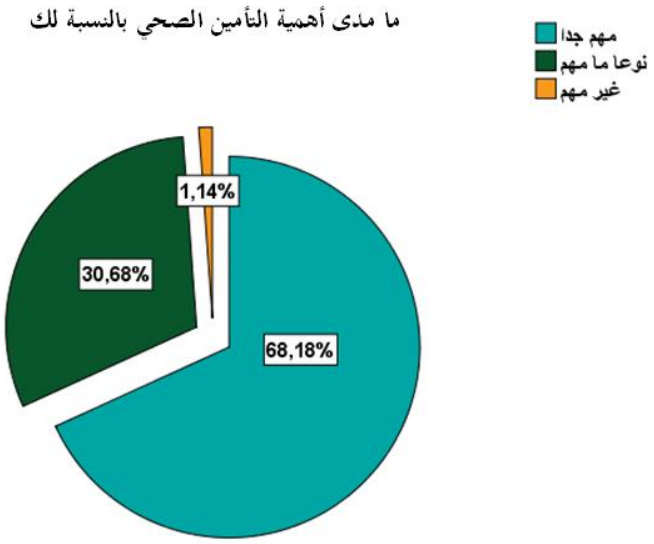
- **توزيع العينة حسب أهمية التأمين الصحي:**

جدول19 أهمية التأمين الصحي بالنسبة للعينة المدروسة

ما مدى أهمية التأمين الصحي بالنسبة لك		
	التكرارات	النسبة المؤوية %
مهم جدا	60	68,18
نوعا ما مهم	27	30,68
غير مهم	1	1,14
المجموع	88	100

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

من خلال الجدول اعلاه يتضح ان التأمين الصحي يعتبر مهم جدا حيث تم تسجيل نسبة 68,18%، كما تم تسجيل نسبة 30,68% من عينة المبحوثة التي تعتبر ان التأمين الصحي مهم نوعا ما، اما 1,14% (غير مهم) فهي نسبة ضعيفة جدا.



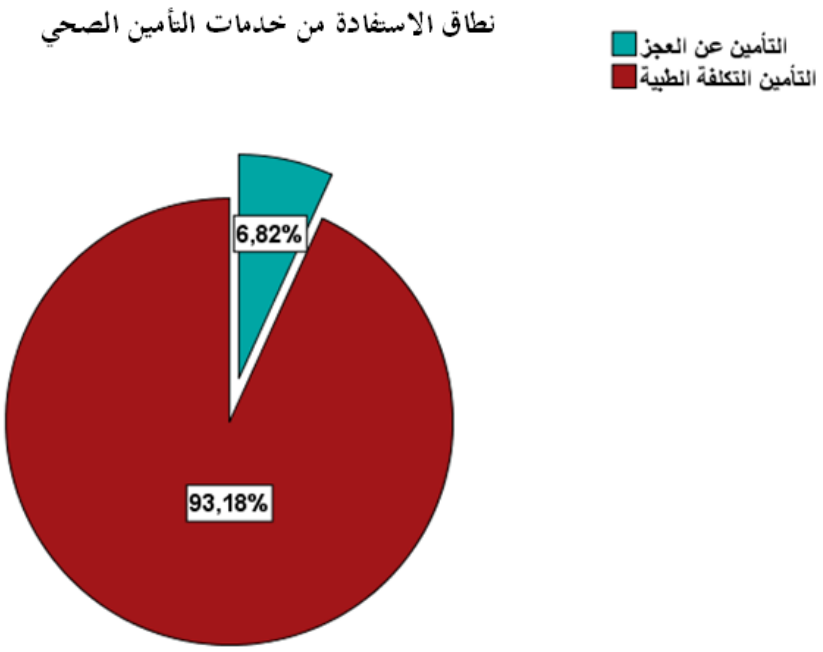
- **توزيع العينة حسب نطاق الإستفادة من خدمات التـــأمين الصحي:**

جدول20 نطاق الإستفادة من خدمات التأمين الصحي

نطاق الاستفادة من خدمات التأمين الصحي		
	التكرارات	النسبة المؤوية %
التأمين عن العجز	6	6,82
التأمين التكلفة الطبية	82	93,18
التأمين عن الإصابات	0	0
المجموع	88	100

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

ما يلاحظ من خلال الجدول ان نسبة الإستفادة من التأمين التكلفة الطبية تمثل اعلى نسبة من حيث إستجابة المبحوثين التي قدرت ب 93,18%، مقارنتا بنسبة 6,82% بالنسبة للتأمين عن العجز، أما التأمين عن الإصابات فهي منعدمة لم تسجل اي استجابة.



- **توزيع العينة حسب طبيعة المرض ونسبة التغطية التأمين الصحي:**

جدول 21 توزيع حسب نسبة التعويض من طرف التأمين الصحي

نسبة التعويض من طرف التأمين الصحي		مرض مزمن		المجموع
		نعم	لا	
%80	التكرار	13	50	63
	%	15,01	57,72	72,73
%100	التكرار	21	4	25
	%	22,91	4,36	27,27
المجموع	التكرار	34	54	88
	%	38,64	61,36	100

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

يلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان:

- عدد الأفراد العينة غير المصابين بمرض مزمن قدر ب 54 شخص، حيث تم توزيعهم عاى معدل التعويض من طرف التأمين الصحي على النحو التالي:
  - معدل التعويض 80% تم تسجيل نسبة 57,72%
  - معدل التعويض 100% تم تسجيل نسبة 4,36 %
- اما بالنسبة للمصابين بمرض مزمن فقدر ب 34 حالة، كما تم توزيع نسبة التغطية الصحية كالتالي:
  - معدل التعويض" 80% " تم تسجيل نسبة 15,01%
  - معدل التعويض 100% تم تسجيل نسبة 22,91% .

❖ **توزيع العينة حسب نوع المرض المزمن:**

من خلال جدول أدناه يتضح أن داء السكري يحتل النسبة اولى من حيث حالات المرضية حيث قدر بنسبة 29,41% ثم يليه أمراض ضغط الدم بنسبة 20,59% وهذا معروف في المجتمع الجزائري أن إصابات بداء السكري وضغط الدم تسجل إرتفاع ملحوظ في السنوات الأخيرة.

ثم تليهم الأمراض العصبية والربو(11,76%)، أمراض المفاصل المزمنة الإلتهابي(8,82%), ،و أمراض القلب وأمراض الكلى(5.88%)، الغدة الدرقية (1,14%).

جدول22 توزيع العينة حسب نوع المرض المزمن

نوع المرض مزمن		
	التكرارات	النسبة المؤوية %
الالتهاب و المزمنة المفاصل أمراض	3	8,82
الكلى أمراض	2	5,88
العصبية أمراض	4	11,76
الدم ضغط أمراض	7	20,59
الربو	4	11,76

السكري داء	10	29,41
القلب أمراض	2	5,88
الدرقية الغدة	1	1,14
المجموع	33	100

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

في حالة إصابتك بمرض سواء كان مزمن أو غير مزمن وتم تعويضك عنه بنسبة أقل من 100% هل أنت قادر على دفع القيمة المتبقية من قيمة الدواء؟		مرض مزمن		المجموع
		نعم	لا	
نعم	التكرار	16	34	50
	%	18,18	38,64	56,82
لا	التكرار	18	20	38
	%	20,45	22,73	43,18
المجموع	التكرار	34	54	88
	%	38,63	61,37	100

❖ **توزيع العينة حسب القدرة الدفع القيمة المتبقية من قيمة الدواء وطبيعة المرض:**

جدول 23 توزيع حسب قدرة الدفع وطبيعة المرض

يوضح الجدول أدناه ان نسبة 56,82% تشكل الفئة القادرة على دفع قيمة الدواء المتبقية في حالة تعويض أقل من 100% حيث وزعت بنسبة 18,18% على مصابين بمرض مزمن، و 38,64% على غير المصابين.

كما أنه تم تسجيل نسبة 43,18% على الفئة الغير القادرة على تحمل تسديد من قيمة الدواء المتبقية في حالة التعويض بأقل من 100% حيث قسمت هذه النسبة على النحو التالي : (20,45%) على ذوي الأمراض المزمنة، و (22,73%) على غير المصابين.

❖ **توزيع أجوبة الإستمارة حسب صعوبات الحصول على الأدوية:**

جدول24 توزيع أجوبة الإستمارة حسب الصعوبات الحصول على الأدوية

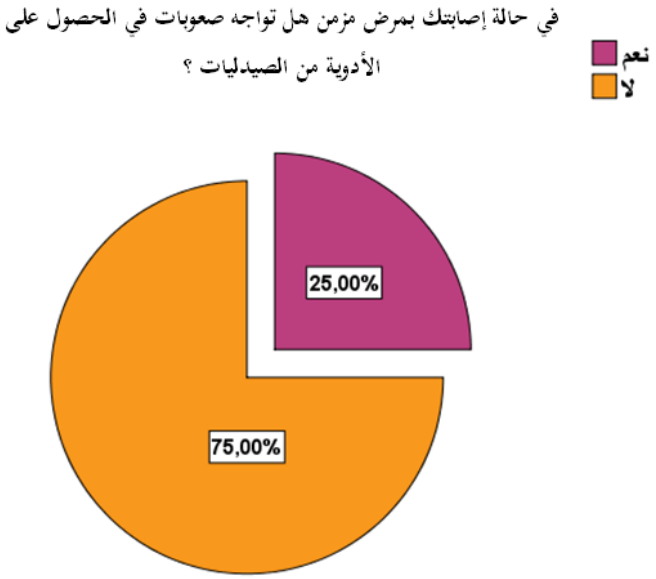
في حالة إصابتك بمرض مزمن هل تواجه صعوبات في الحصول على الأدوية من الصيدليات ؟		
	التكرارات	النسبة المؤوية %
نعم	22	25,00
لا	66	75,00
المجموع	88	100

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

تمثل نسبة 75 % من عدم وجود صعوبات في الحصول على الأدوية من الصيدليات، بحيث ان 25% تواجه مشاكل في الحصول على الأدوية ومن أهم هذه الصعوبات التي تم إستنتاجها من طرف المستجسبين ثمثلت كالتالي:

- عدم توفر الدواء و سعره الغالي
- المكملات الغذائية غير خاضعة للتأمين
- يوجد بعض الأدوية رخيصة نقوم بشرائها

- هناك نوع من الأدوية القليلة في السوق و يضطر المريض لطلبها مدة من قبل نظرا لندرتها ، و هناك من ينصحك الطبيب بالاستعمال المنتوج الأجنبي (منتجات أوروبية) و هذه المنتجات ضئيلة
- عدم توفر كل الأدوية في الصيدليات



❖ **توزيع الإستجابات حسب متوسط الإنفاق على الوصفات الطبية مع طبيعة المرض:**

من خلال البيانات الواردة في الجدول رقم () نجد ان متوسط الإنفاق لكل وصفة طبية يعتمد على طبيعة الحالة. متوسط إنفاق المستجيبين المصابين بمرض مزمن هو 1000 إلى أقل من 2000 دينار جزائري مع 15 مرضى يليه إنفاق من 2000 الى 3000 دينار جزائري مع 12 مرضى و2 مرضى انفقو من 3000 الى 4000دج، كما انه يوجد 5 مرضى أكدوا أنهم أنفقوا أكثر من 10000 دينار جزائري وهذا في حالة ما إذا كانو ملزمون بطلب الأدوية الأصلية بسبب نقص في أدوية الأمراض المزمنة بإعتبار الدواء الأصلي أكثر فعالية من الدواء الجنيس.

بالنسبة للمستجيبين غير المرضى ، غالبًا ما ينفقون ما بين 1000 إلى أقل من 3000 DA مع عدد يصل إلى 48 شخصًا ، وعدد صغير جدًا لا يتجاوز 6 مستجيبين ينفقون من 3000 إلى أكثر من 5000دج.

جدول25 توزيع العينة حسب متوسط الإنفاق وطبيعة المرض

متوسط الإنفاق في كل وصفة		مرض مزمن		المجموع
		نعم	لا	
من 1000 الى 2000دج	N	15	30	45
	%	17,05	34,09	51,14
من 2000 الى 3000دج	N	12	18	30
	%	13,64	20,454	34,09
من 3000 الى 4000 دج	N	–	2	2
	%	–	2,27	2,27
من 4000 الى 5000دج	N	2	1	3
	%	2,27	1,14	3,41
أكثر من 50000 دج	N	5	3	8
	%	5,68	3,41	9,09
المجموع	N	34	54	88
	%	38,63	61,37	100

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

❖ **معالجة الإستجابات حسب درجة الإستفادة من المصاريف الطبية:**

من خلال الجدول نلاحظ ما يلي:

- ✓ ان نسبة (81,82%) لم تستفد من الحصول على المصاريف النتعلقة بالتنقل " الإسعافات" مقارنتا ب (18,18%) استفادت منها.
- ✓ (72,73%) استفادو من الحصول على تعويضات الأدوية، و27,27 لم يستفيدو.

- ✓ لم يستفد من الأجهزة و الأعضاء الإصطناعية في حالة الإعاقة سوى 15شخص من أصل 88 مبحوث.
- ✓ (17,05%) إستفادو من القيام بالتحاليل والفحوصات الطبية وتم تعويضهم عنها، اما (82,95%) لم يستفيدو منها.
- ✓ (15,91%) من المبحوثين تم التكفل بهم من خلال تحمل مصاريف الجراحة والإقامة بالمستشفى، أما الباقي لم يستفيدو.
- ✓ (95,45%) يمكن القول ان جميع المبحوثين لم يستفيدو من العلاجات المعدنية.

جدول26 الإستفادة من المصاريف الطبية

-المصاريف الطبية		التكرارات	النسبة المؤوية %
في حالة العجز هل تم التكفل بك من خلال "تحمل مصاريف التنقل" الإسعافات	نعم	16	18,18
	لا	72	81,82
في حالة المرض تم تعويضك عن المصاريف الأدوية	نعم	64	72,73
	لا	24	27,27
في حالة الإعاقة هل استفدت من الأجهزة والأعضاء الاصطناعية	نعم	15	17,05
	لا	73	82,95
في حالة القيام بالفحوص والتحاليل البيولوجية و الكهروديوغرافية أو المجوافية النظرية هل تم تعويضك عنها بصفة كلية	نعم	15	17,05
	لا	73	82,95
هل استفدت من الحصول على النظارات الطبية أو علاج الأسنان و استخلافها الصناعي	نعم	9	10,23
	لا	79	89,77
في حالة القيام بالعمليات الجراحية هل تم تغطية مصاريف الجراحة بما فيها الإقامة بالمستشفى	نعم	14	15,91
	لا	74	84,09
هل استفدت من العلاجات المعدنية " حمامات..." مقدمة من طرف مؤسسات التأمين الصحي في حالة إصابتك بمرض الأعصاب أو روماتيزم	نعم	4	4,55
	لا	84	95,45
المجموع		**88**	**100**

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

❖ **توزيع الإستجابات حسب عدد الوصفات المعوضة:**

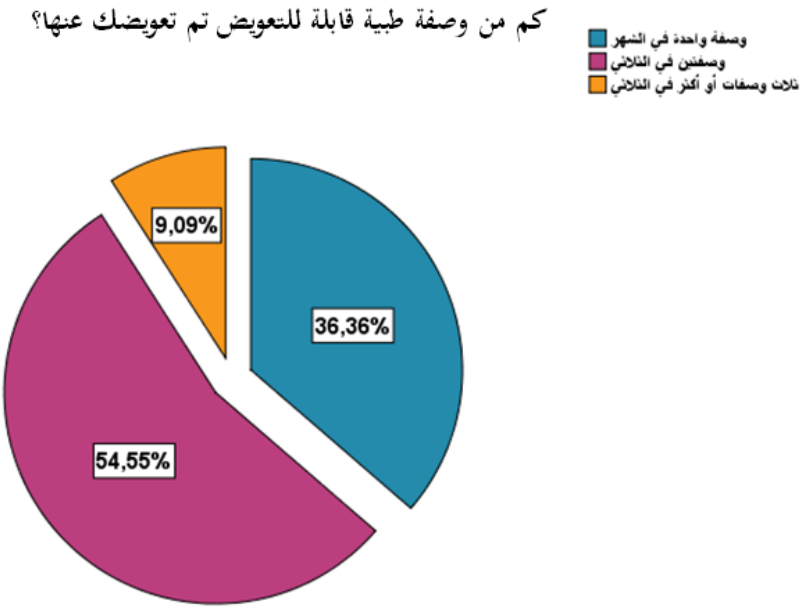
جدول27 توزيع حسب عدد الوصفات الطبية القابلة للتعويض

كم من وصفة طبية قابلة للتعويض تم تعويضك عنها؟		
	التكرارات	النسبة المؤوية %
وصفة واحدة في الشهر	32	36,36
وصفتين في الثلاثي	48	54,55
ثلاث وصفات أو أكثر في الثلاثي	8	9,09
المجموع	88	100

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

من خلال البيانات الموجودة في الجدول نستخلص أنه 48 شخص مبحوث تم تعويضهم عن وصفتين في الثلاثي، و 32 مستجيب تم تعويضهم عن وصفة واحدة في الشهر، اما بالنسبة للذين إستفادو من ثلاث وصفات أو أكثر في الثلاثي كانو 8 أشخاص.

كم هو موضح في الشكل التالي:



❖ **توزيع البيانات المتعلقة بمساهمة التأمين الصحي:**

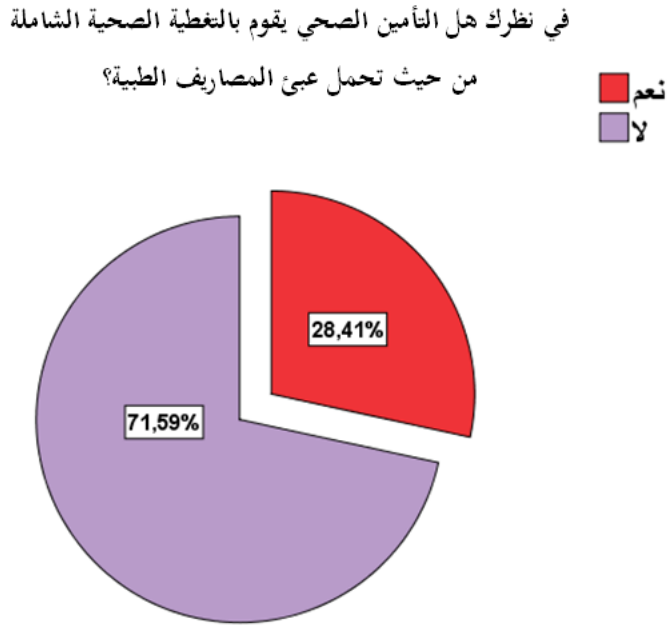
جدول28 توزيع حسب مساهمة التأمين الصحي في تغطية المصاريف الطبية

في نظرك هل التأمين الصحي يقوم بالتغطية الصحية الشاملة من حيث تحمل عبئ المصاريف الطبية؟

	التكرارات	النسبة المؤوية %
نعم	25	28,41
لا	63	71,59
المجموع	88	100

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

- نلاحظ أن نسبة (71,59%) كأعلى نسبة ترى ان التأمين الصحي لايقوم بالتغطية الصحية الشاملة من حيث تحمل عبئ المصاريف الطبية، وفي نفس الوقت (28,41%) رأوو ان التأمين الصحي يساهم في تغطية الشاملة للمصاريف الطبية.



❖ **توزيع الإستجابات حسب سعر الأدوية من طرف التأمين الصحي:**

من البيانات ادناه نستخلص:

- ✓ 64,77% من المبحوثين رأو أن الأسعار الأدوية بواسطة التأمين الصحي مقبولة.
- ✓ 26,14% عبروا عن الأسعار الأدوية انها مرتفعة.
- ✓ 9,09% كانت منخفظة بالنسبة لهم.

جدول29 أسعار الأدوية بواسطة التأمين الصحي

ما هو رأيك في أسعار الأدوية بواسطة التأمين الصحي؟

	التكرارات	النسبة المؤوية %
مرتفعة	23	26,14
مقبولة	57	64,77
منخفضة	8	9,09
المجموع	88	100

❖ حدد مبلغ 3000 دج كسقف للوصفة الطبية الواحدة، ووصفتين كل 3 أشهر بالنسبة للمؤمنين لهم اجتماعيا، في رأيك هل هو؟

من خلال الجدول رقم (29) نلاحظ أن أكثرية المستجيبين(72,73%) يعتبرون تحديد 3000دج كسقف للوصفة الواحدة، ووصفتين لكل ثلاثة أشهر غير كاف بالنسبة لهم، على خلاف (27,27%) يعتبر هذا تحديد كاف لهم.

جدول30 حدد مبلغ 3000 دج كسقف للوصفة الطبية الواحدة، ووصفتين كل 3 أشهر بالنسبة للمؤمنين لهم اجتماعيا

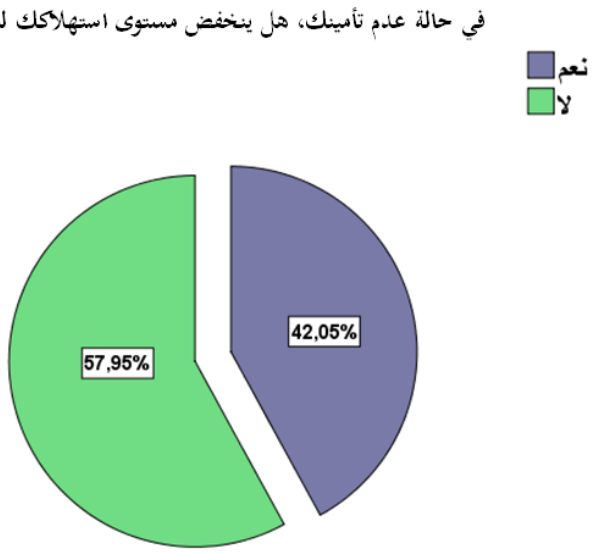
حدد مبلغ 3000 دج كسقف للوصفة الطبية الواحدة، ووصفتين كل 3 أشهر بالنسبة للمؤمنين لهم اجتماعيا، في رأيك هل هو؟		
	التكرارات	النسبة المؤوية %
كاف	24	27,27
غير كاف	64	72,73
المجموع	88	100

❖ **توزيع العينة حسب مستوى الإستهلاك:**

جدول31 توزيع حسب مستوى الإستهلاك

في حالة عدم تأمينك، هل ينخفض مستوى استهلاكك للأدوية؟		
	التكرارات	النسبة المؤوية %
نعم	37	42,05
لا	51	57,95
المجموع	88	100

نلاحظ انه: (57,95%) لا ينخفض مستوى الإستهلاك للأدوية في حالة عدم تأمينهم، و (42,05%) ينخفض مستوى إستهلاكم في حالة عدم تأمينهم.



- **رأيك حول خدمات التأمين الصحي من حيث مساهمته في التكفل بالمصاريف الطبية ؟**

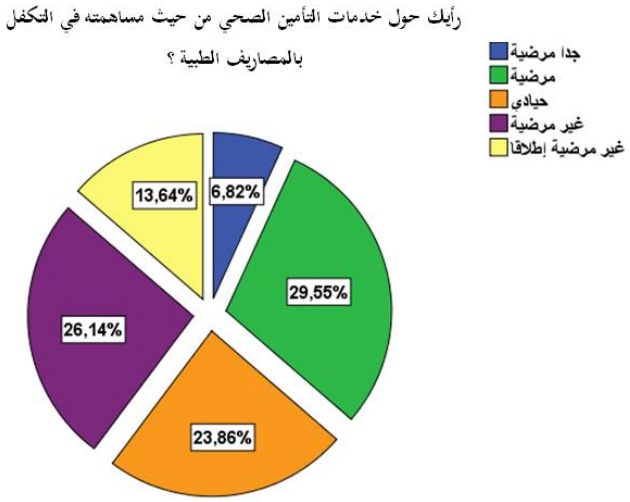
جدول32 تقييم خدمات التامين الصحي

رأيك حول خدمات التأمين الصحي من حيث مساهمته في التكفل بالمصاريف الطبية ؟		
	التكرارات	النسبة المؤوية %
مرضية جدا	6	6,82
مرضية	26	29,55
حيادي	21	23,86
غير مرضية	23	26,14
غير مرضية إطلاقا	12	13,64
المجموع	88	100

يتم تحليل هذا الجدول كالتالي:

- ✓ 29,55% عبروا عن خدمات التأمين الصحي بأنها مرضية من حيث التكفل بالمصاريف الطبية.
- ✓ 26,14% من مجموع العينة أكدو ان خدمات التأمين الصحي غير مرضية من حيث مساهمته في التكفل بالمصاريف الطبية.

- ✓ 23,86% من العينة حياديين.
- ✓ 13,64% كانت تمثل عدم الرضا إطلاقا عن خدمات التأمين الصحي.
- ✓ و اخيرا قدرت نسبة الرضا الجيد عن خدمات التأمين الصحي من حيث التكفل بالرعاية الصحية بنسبة 6,82% كنسبة ضئيلة جدا.



- **هل دخلك كافي لعلاج جميع الأمراض في الأسرة من غير الدخول تحت مظلة التأمين الصحي ؟**

نستنتج من خلال البيانات الموجودة في الجدول أدناه رقم (32) أن 88,6% ذخلها غير كافي لعلاج جميع الأمراض في الأسرة دون ذخول تحت مضلة التأمين الصحي، كما ابدت نسبة 11,4 % من مجموع العينة انها قادرة على مجابهة كافة الأمراض دون دخول تحت مضلة التأمين الصحي.

جدول33 هل دخلك كافي لعلاج جميع الأمراض في الأسرة من غير الدخول تحت مظلة التأمين الصحي

هل دخلك كافي لعلاج جميع الأمراض في الأسرة من غير الدخول تحت مظلة التأمين الصحي ؟		
	التكرارات	النسبة المؤوية %
نعم	10	11,4
لا	78	88,6
المجموع	88	100

المصدر من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

المطلب الثالث: إختبار الفرضيات:

الفرضية الأولى: لا يساهم التـأمين الصحي في التغطية الصحية الشاملة من حيث تحمل جميع المصاريف الطبية، بل يتحمل جزء منها فقط.

بالرجوع الى الجدول رقم (28) فإننا نلاحظ أن نسبة 71,59% هي نسبة مهمة ومعبرة عن عدم مساهمة التأمين الصحي في التغطية الصحية الشاملة من حيث تحمل عبء المصاريف الطبية، وأيضا بالرجوع الى بيانات الجدول رقم (26) نلاحظ ان عدم الإستفادة من التكفل بالمصاريف الطبية المثملة في " الإسعافات، الحصول على الأجهزة والأعضاء الإصطناعية، الفحوص والتحاليل البيولوجية، وكذالك مصاريف المبيت في المستشفى" كانت النسبة الإجابة المبحوثين تتراوح ما بين 81,82% و 95,45%. و بهذا الفرضية الأولى هي فرضية مقبولة وفق التحليل المتحصل عليه.

الفرضية التانية: بشكل عام يقوم التأمين الصحي بتغطية جميع الأمراض من ناحية خفض من سعر الأدوية وتوفيرها.

بالرجوع الى الجدول رقم (29)، نجد أن الأسعار الأدوية بواسطة التأمين الصحي كانت مقبولة بنسبة 64,77%، و ايضا حسب البيانات الموجودة في الجدول رقم (24) نلاحظ ان متوسط الإنفاق في كل وصفة طبية يتراوح ما بين 1000دج الى 2000دج وهذا ما يدل على ان التأمين الصحي يساهم في خفض من سعر الادوية وتوفيرها، ومن خلال هذا يمكن القول ان الفرضية التانية هي فرضية صحيحة.

خلاصة الفصل:

حاولنا من خلال هذا الفصل اسقاط المفاهيم النظرية التي تطرقنا لها في الفصلين الأول والثاني على أفراد عينة الدراسة، وف هذا الإطار تم التطرق الى تقديم نظرة عن الصندوق الضمان الإجتماعي لغير الأجراء بوكالة عين تموشنت، مع قيام بدراسة إحصائية لتطور عدد الأمراض المزمنة سواء كاموا مؤمن عليهم او من ذوي الحقوق لسنة 2020 حيث تم إستخلاص أن الأمراض المزمنة تعوض تستدعي ولظروف نسب تعويض المبينة سابقا (80%– 100%)، و ايضا تم شرح اليات المنهجية للدراسة الميدانية بإستعراض نتائج الإستبيان بعد تفريغ محتواه وتحليله، وإختبار الفرضيات على اساس الأساليب والتحليل النتحصل عليهم تم التوصل الى قبول الفرضية التانية ورفض الفرضية الأولى.

الخاتمة

يتميز التأمين الاجتماعي بإعتباره من أهم ركائز السياسة الاقتصادية للبلاد، وتترجم هذه العلاقة بينهما بالبحث عن استمرارية الموارد والتوزيع العادل لها من خلال التعويضات التي يقدمها، حيث يستمد هذا النظام موارد تمويلية أساسا من اشتراكات المنخرطين وفي المقابل يتم تعويضهم عند الحاجة، في الواقع يراعى فيه العمل بمبدأ التضامن بين الفئات الاجتماعية المنخرطة، حيث يوفر أكبر قدر ممكن من الموارد ويضمن أقصى حماية ممكنة.

يعد التأمين الصحي أداة فعالة خاصة بعد تداوله في الأونة الأخيرة فهو يقوم بتحصيل الموارد وتخفيف من العبئ المالي للتغطية الصحية إذ يعتبر كوسيلة هامة في دفع والحصول على الخدمات الصحية، وهذا بفضل ألية تقاسم المخاطر لتحمل التكاليف الطبية، والتي تلعب دورا هاما في حماية الأفراد وتوفير الأمن والطمأنينة لهم، ما يؤدي إلى زيادة إنتاجيتهم وهو ما يساهم في التنمية والتطور الاقتصادي، وتشكل الأمراض المزمنة عبئا اقتصاديا لزيادة حالات المرضى والوفيات بهذه الأمراض، كونها أمراض تدوم طويلا ولا تختفي تلقائيا ما يؤثر بشكل سلبي في الاقتصاد الوطني، الأمر الذي جعل التأمين عليها أمرا ضروريا.

ولإسقاط المفاهيم النظرية أجريت دراسة ميدانية تهدف لمعرفة مدى مساهمة التأمين الصحي قي تقليص من التكلفة العلاجية المرتفعة خلصت مجموعة من النتائج والاقتراحات الهادفة لتحسين مستوى الخدمات التأمين الصحي. تمثلت أهم نتائج الدراسة فيمايلي:

- نظام التأمين الصحي في الجزائر نظام إجباري هذا لما يكتسبه من أهمية بالغة بإعتباره يساهم في دفع جزء من التكاليف الطبية والتقليل منها.
- التأمين على الأمراض المزمنة شرط إلزامي على كل مصاب.
- يتم التعويض عن الأمراض المزمنة بنسبة 100% حسب تصنيف C و 80%حسب صنف T وهذا حسب طبيعة المرض.
- تسهيل عملية الحصول على الأدوية اللازمة لحالة المرض بأسعار مقبولة.

- لا يتجاوز متوسط الإنفاق عن الوصفات الطبية سواء كان بالنسبة لمرض مزمن او غير مزمن 3000دج الى في بعض الحالات المصتصعبة.
- تعتبر حصة الإستفادة من التعويض عن الأدوية كأكبر حصة من حيث المصاريف التي يتحملها التأمين الصحي على غرار المصاريف الطبية الأخرى التي لا تعوض إلا في بعض الحالات.
- يعتبر التأمين الصحي ذو شأن مهم بالنسبة لذوي الذخل المحدود.
- لا يقوم التأمين الصحي بالتغطية الصحية الشاملة نظرا لمحدودية موارده.

ومن خلال ما تم عرضه من معلومات سواء في الجانب النظري او الجانب التطبيقي، نقترح التركيز على ما يلي:

التوصيات:

- اختيار الطرق الانجح لمعالجة مختلف التعويضات مثل الانترنيت الذي يسهل عملية التواصل بين الوحدات و المؤمنين و تزويدهم بكل المعلومات بأسرع وقت ممكن.
- زيادة بعض الامراض غير المؤمنة في قائمة الأمراض المزمنة وإدراجها ضمن التأمين عن الأمراض المزمنة.
- قيام مؤسسات التأمين الصحي بحملات إعلامية و إشهارية بهدف توعية المؤمنين بمختلف الخدمات التأمين الصحي.
- إعادة النظر في قائمة التعويضات خاصة المتعلقة بالمصاريف الطبية.

آفاق البحث:

من خلال معالجتنا لهذا الموضوع حول مساهمة التامين الصحي في تقليل من التكلفة الطبية وبعد معالجتنا للجانب التطبيقي، هناك بعض الأسئلة التي مازالت تراودنا خارج الإشكالية الرئيسية لبحثنا هذا، والتي يمكن إدراجها كمواضيع للبحث مستقبلا ونذكر منها ما يلي:

- إلى متى يمكن للجزائر تحمل تكاليف الطبية الخاصة بالأمراض المزمنة؟ وخصوصا في الأزمة الراهنة ٍ وتفاقم الأمراض المزمنة في الأونة الأخيرة ؟
- ماهي الآليات التي تمكّن صناديق الضمان الإجتماعي من مواجهة المشاكل والخسائر المترتبة عنها ؟

قائمة المراجع

❖ **أولا__الكتب:**

أ- الكتب بالعربية:

1. إبراهيم علي عبد ربه، مبادئ التأمين التجاري والاجتماعي، دار النهضة العربية، بيروت لبنان سنة 1988.
2. أحمد التيجاني بلعروسي و رشيد وابل، قانون الضمان الاجتماعي، دار هومة، الجزائر، 2006.
3. أحمد حسن البرعي – الوسيط في التشريعات الاجتماعية – دار النهضة العربية القاهرة 200.
4. بشـري هدفي، الوجيز في شـرح قانون العمل علاقات العمل الفردية والجماعية، دار الريحان، ط2 ،الجزائر.
5. حربي محمد عريقات، التأمين وإدارة الخطر، دار وائل، الأردن، 2008.
6. حسين عبد اللطيف حمدان – أحكام الضمان الاجتماعي – الدار الجامعية بيروت 1992.
7. زياد رمضان، مبادئ التأمين دراسة عن واقع التأمين، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 1998.
8. سماتي الطيب، منازعات الضمان الاجتماعي في التشريع الجزائري، دار الكتب العلمية، طبعة 2008.
9. عبد اللطيف محمود آل محمود، التأمين الاجتماعي في ضوء الشريعة الاسلامية، ط1، دار النفانس، لبنان، 1994.
10. عبد الهادي السيد، عقد التأمين حقيقته ومشروعيته،منشورات الحلبي، بيروت، 2003.
11. القاضي حسين عبد اللطيف حمدان : الضمان الاجتماعي أحكامه و تطبيقاته، منشورات الحلبي الحقوقية ،ط3، سنة
12. مجدي البتيتي، التشريعات الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 2001.
13. محمد حسن قاسم – التأمينات الاجتماعية النظام الأساسي والنظم المكملة – دار الجامعة الجديدة للنشر 1995.
14. محمد حسن قاسم : محاضرات في عقد التامين ، الدار الجمعية ، الإسكندرية ، سنة 1999.
15. محمد حسين منصور، قانون التأمين الاجتماعي، دار المعارف مصر ط1.
16. محمد شريف عبد الرحمن أحمد عبد الرحمن – قانون التأمين الاجتماعي – دار الكتاب الحديث القاهرة الطبعة الثانية 2004.
17. محمد مصباح القاضي، الحماية الجنائية للتأمينات الاجتماعية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1996.

18.مراد محمود حسن حيدر : التأمين الصحي، دار الفكر الجامعي، 2009.
19.مصطفى أحمد أبو عمرو، الأسس العامة للضمان الاجتماعي، منشورات الحلبي الحقوقية، لبنان، 2010.
20.ميساني الوناس، بحث في التنظيم الإداري والتغطية الاجتماعية،الصندوق الوطني للظمان الاجتماعي لغير الأجراء سنة 1997.
21.نبيل رمزي، الأمن الاجتماعي والرعاية الاجتماعية من وجهة نظر سوسيولوجية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر 1999.

ب- باللغة الأجنبية:

22. Hannouz Mourad et Khadir Mohamed, précis de sécurité sociale, O.P.U 15édit1996 P11-

❖ **ثانيا__ الرسائل والأطروحات:**

أ-باللغة العربية:

1. بن زيدان فاطمة الزهراء قطاب ، فالحة ،واقع تسويق خدمات التأمين الصحي بالجزائر دراسة حالة ببلدية شلف، الملتقى الدولي السابع حول الصناعة التأمينية، الواقع العملي و أفاق التطوير تجارب الدول ، جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، 03-04 ديسمبر 2012.
2. درار عياش، أثر نظام الضمان الاجتماعي على حركية الاقتصاد الوطني، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على 1 شهادة الماجيستير في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2004-2005.
3. دليلة صحراوي، واقع خدمات التأمين الصحي في الجزائر، دراسة حالة الامراض المزمنة في الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية-وكالة ام بواقي-، مذكرة ماستير في العلوم الإقتصادية، تخصص: تأمينات، جامعة أم بواقي، 2014/2013.
4. رجب حميدة، اتجاهات الضمان الاجتماعي في القانون المصري، رسالة لنيل شهادة دكتوراه في الحقوق، جامعة 4 القاهرة، 1993 .
5. سجارة فاطمة العابدية، الصناعة المحلية للأدوية في الجزائر وميكانزمات التحكم في نفقات للضمان الإجتماعي، أطروحة دكتورة، جامعة محمد الصديق بن يحي ، كلية العلوم الإقتصادية و الإجتماعية وعلوم التسيير، جيجل، 2018-2019.

6. سلامة سلمان، التأمين الصحي ودوره في عملية التنمية الإقتصادية والإجتماعية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الإقتصاد، قسم إدارة الأعمال، جامعة دمشق كلية الإقتصاد، سوريا، دون ذكر السنة.
7. صاحبي أسماء، التأمين على المرض مع دراسة حالة في الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي" وكالة ام بواقي "، مذكرة الماستر في العلوم الاقتصادية مسار التأمينات، جامعة العربي بن مهيدي، ام البواقي، 2012-2013.
8. الواسعة زرارة صالحي، المخاطر المضمونة في قانون التأمينات الإجتماعية، رسالة لنيل شهادة الدكتوراه في القانون الخاص، جامعة منتوري، قسنطينة، 2007.
9. وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر دراسة ميدانية بولاية باتنة، رسالة لنيل شهادة دكتورة في علوم التسيير، جامعة باتنة، 2015-2016.

ب-بالبغة الأجنبية:

1. Mekbel Hamza, Essai d'analyse du rôle de l'Assurance Maladie dans le financement des soins de santé en Algérie, Magistère en Sciences Economiques, Université Abderrahmane Mira De Bejaia, 2011 ; p39.

❖ **ثالثا__ملتقيات والدوريات:**

1. محمد حسن خليل، رؤى مختلفة لفلسفة التأمين الصحي في زمن العولمة، ورقة عمل ضمن تقرير عن المؤتمر العام الرابع: باتجاه التأمين الصحي الاجتماعي الشامل المنعقد في الفترة 23-24 كانون ثاني 2003 ،دار الضيافة جامعة عين شمس –القاهرة، 2003.
2. ملخص فعاليات الندوة الوطنية الأولى حول الحماية الاجتماعية، المنظمة من طرف وزارة العمل والحماية الاجتماعية، بالمعهد الوطني للعمل، سنة 2000.
3. نعيمة زيرمي و مسعود زيان، الحماية الإجتماعية بين المفهوم والمخاطر والتطور في الجزائر، مذاخلة مقدمة ضمن ملتقى حول الصناعة التأمينية الواقع العملي وأفاق التطوير، جامعة حسيبة بن بو علي، شلف، 03،04-12-2011.
4. فرطاقي مفيدة وبراهمية براهيم، تفاقم الأمراض المزمنة في الجزائر، مجلة الدراسات الإقتصادية، العدد رقم 02، سنة 2015.

❖ **رابعا_المراسيم والمواد والمنشورات:**

1. الامر رقم 17/96 المؤرخ في 06 جويلية 1996 الذي يعدل و يتمم بقانون 11/83 المؤرخ في 02 جويلية المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.

2. المادة 07 من القانون 11/83 المؤرخ في 02 جويلية المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، (الجريدة الرسمية رقم 28 بتاريخ 05 جويلية 1983).
3. المادة 21 من المرسوم 27/84 المؤرخ في 11 فيفري 1984 (الجريدة الرسمية رقم 07 بتاريخ 14/ 02 /1984).
4. المادة 28-29 من الأمر 96-17 المؤرخ في 1996/07/06 الذي يعدل ويتم القانون 11/83 المؤرخ في 02/07/1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.
5. المادة 4 من القانون 27/84 المؤرخ في 11 فيفري 1984 ، المتعلق بالتامينات الاجتماعية.
6. المادة 52 من القانون 11/83 المؤرخ في 02 جويلية 1983 المتعلق بالتامينات الاجتماعية ، المرجع السابق.
7. المادة 52 من القانون11/83 المؤرخ في 02جويلية 1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية (الجريدة الرسمية رقم 51 بتاريخ 1983/07/05).
8. المادة 67 من الأمر 17/96 المتمم والمعدل للقانون 11/83 المؤرخ في 11 نوفمبر 1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية 3 (الجريدة الرسمية رقم 42 في 07-07-1996).
9. المرسوم 33/85 المؤرخ في 09 فيفري 1985 يحدد قائمة العمال المشتبهين بالأجراء في مجال الضمان الاجتماعي (الجريدة الرسمية رقم09 بتاريخ 24 -02-1985).
10. المرسوم المؤرخ في 13 فيفري 1984 المتعلق بتحديد مدة الأجل للتصريح بالعطل المرضية لدى هيئة الضمان الاجتماعي (الجريدة 2 الرسمية رقم 07 بتاريخ 14 فيفري 1984).

❖ **خامسا__مواقع الأنترنيت:**

1. www.ilnseurancemaladie.com
2. www.who.into/topics/chronic-diseases/ae/index.html

قائمة الملاحق

الملحق 01:

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

المدرسة العليا لإدارة الأعمال –تلمسان–

استمارة بحث

مساهمة التأمين الصحي في التعويض عن مصاريف العلاجية _دراسة حالة الأمراض المزمنة_

يطيب لي، أن أتقدم لكم بهذا الاستبيان الذي يدخل في إطار إعداد بحث علمي ضمن نيل شهادة ماستير تحت موضوع " مساهمة التأمين الصحي في التعويض عن المصاريف العلاجية _دراسة حالة الأمراض المزمنة" لذا فإني ألتمس منكم أن تبدوا آراء كم حول مختلف بنود الاستبيان من خلال الإجابة بكل صدق وموضوعية على جميع الأسئلة، إن سير البحث العلمي ومصداقية نتائجه يعتمد على مدى مساهمتكم وتوافق أجوبتكم مع حقيقة شعوركم وانطباعاتكم.

ومع ذلك ستكون المعلومات التي تم جمعها سرية ولن تستخدم إلا للأهداف العلمية والتربوية.

شكرا على مساعدتكم.

❖ **الجزء الأول :معلومات شخصية**

1. الجنس:

نعم	لا

2. السن :

من 20 الى 29سنة	من 30 الى 39 سنة	من 40 الى 49 سنة	من 50 الى 59 سنة	أكثر من 60 سنة

3. المستوى التعليمي :

بدون تعليم	متوسط	ثانوي	جامعي	أخر

4. المهنة :

موظف	عامل	متقاعد	حرفي	مهنة حرة، رجل أعمال، إطار	طالب	تاجر

5. الذخل الشهري (في المتوسط):

أقل من 10000 دج	من 10000 الى أقل من 18000دج	من 18000 الى أقل من 25000دج	من 25000 الى أقل من 35000دج	من35000 الى أقل من 50000دج	من 50000 الى أقل من 65000 دج	أكثر من 65000 دج

❖ **الجزء الثاني : التأمين الصحي**

1. هل لديك تأمين صحي ؟

نعم	لا

2. في أي مؤسسة أنت مؤمن:

Casnos	cnas	أخر

3. نوع التأمين الخاص بك :

إجباري	تكميلي	معا	لا شيء

4. من أي فئة تنتمي :

مؤمن	ذوي الحقوق	إحتياجات خاصة

5. منذ متى وانت منخرط في التأمين الصحي ؟

أقل من 4 سنوات	من 4 سنوات الى 8 سنوات	أكثر من 9 سنوات

6. هل إستفدت من الإشتراك في التأمين الصحي؟

نعم	لا

7. ما مدى أهمية التأمين الصحي بالنسبة لك؟

مهم للغاية	نوعا ما مهم	غير مهم

8. نطاق الإستفادة من خدمات التأمين الصحي؟

تأمين العجز	تأمين التكلفة الطبية	تأمين الإصابات

9. هل لديك مرض مزمن؟

نعم	لا

10.ما هي نسبة التعويض التي تتلقاها من التأمين الصحي ؟

% 80	100%

11.في حالة الإجابة بنعم ما نوع المرض المزمن الذي تعاني منه :

أمراض المفاصل المزمنةوالروماتيزم	أمراض الكلى	أمراض ضغط الدم	الربو	الأمراض العصبية	داء السكر	امراض القلب	امراض الأمعاء

مرض أخر: .....

12.في حالة إصابتك بمرض مزمن هل تواجه صعوبات في الحصول على الأدوية ؟

نعم	لا

في حالة إجابتك ب "لا" نوع الصعوبات التي واجهتها؟

.....

❖ **الجزء الثالث: مصاريف الطبية**

1. في حالة إصابتك بمرض مزمن او غير مزمن وتم تعويضك عنه بنسبة أقل من 100% هل انت قادر على دفع القيمة المتبقية من قيمة الدواء؟

نعم	لا

في حالة الإجابة ب "لا" ما هو السبب في عدم القدرة في دفع القيمة المتبقية

.....

2. في المتوسط كم تنفق لكل وصفة طبية ؟

من 1000 الى أقل من 2000 دج	من 2000 الى أقل من 3000 دج	من 3000 الى أقل من 4000 دج	4000 الى أقل من 5000دج	أكثر من 5000 دج

3. ارجو ملأ الجدول التالي بعلامة(x) في مكان الملائم في حالة إستفادتك من المصاريف الطبية التالية:

مصاريف الطبية	نعم	لا
في حالة العجز هل تم التكفل بك من خلال تحمل مصاريف التنقل" الإسعافات"		
في حالة المرض تم تعويضك عن المصاريف الأدوية		
في حالة الإعاقة هل إستفدت من الأجهزة والأعضاء الإصطناعية		

في حالة القيام بالفحوص والتحاليل البيولوجية و الكهروديوغرافية او المجوافية النظرية هل تم تعويضك عنها بصفة كلية		
هل أستفدت من الحصول على النظارات الطبية أو علاج الأسنان و إستخلافها الصناعي		
في حالة القيام بالعمليات الجراحية هل تم تغطية مصاريف الجراحة بما فيها الإقامة بالمستشفى		

4. كم من وصفة طبية قابلة للتعويض تم تعويضك عنها؟

وصفة واحدة في شهر	وصفتين في ثلاثي	ثلاث وصفات او أكثر في الثلاثي

5. في نظرك هل التأمين الصحي يقوم بالتغطية الصحية الشاملة من حيث تحمل عبئ المصاريف الطبية؟

نعم	لا

6. ما هو رأيك في أسعار الأدوية بواسطة التأمين الصحي؟

مرتفعة	مقبولة	منخفظة

7. هل دخلك كافي لعلاج جميع الامراض في الاسرة من غير الدخول تحت مظلة التأمين الصحي ؟

كاف للغاية	غير كاف

8. حدد مبلغ 3000 دج كسقف للوصفة الطبية الواحدة، ووصفتين كل 3 أشهر بالنسبة للمؤمنين لهم إجتماعيا، في رأيك هل هو؟

كاف للغاية	غير كاف

9. في حالة عدم تأمينك، هل ينخفض مستوى إستهلاكك للأدوية؟

نعم	لا

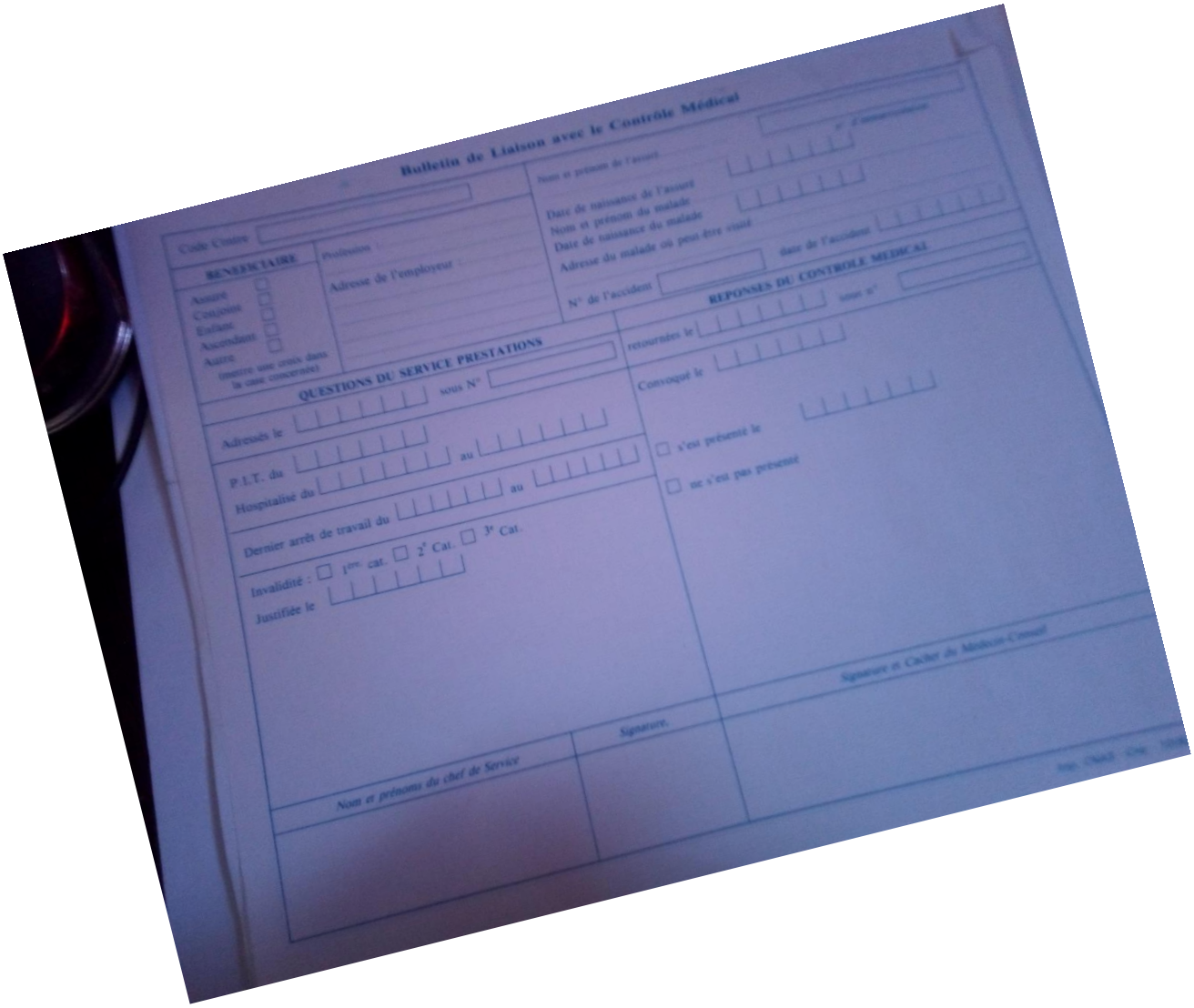
10.رأيك حول خدمات التأمين الصحي من حيث مساهمته في التكفل بالمصاريف الطبية ؟

مرضية جدا	مرضية	حيادي	غير مرضية	غير مرضية إطلاقا

11.ماهي الصعوبات التي واجهتها كمؤمن ضمن ما يتعلق حول التأمين عن المرض ؟

.....

الملحق رقم 02



Bulletin de Liaison avec le Contrôle Médical

Code Unité

BENEFICIAIRE

Assuré
Conjoint
Enfant
Ascendant
Autre
(mettre une croix dans la case concernée)

Profession :

Adresse de l'employeur :

Nom et prénom de l'assuré

Date de naissance de l'assuré
Nom et prénom du malade
Date de naissance du malade
Adresse du malade où peut être visité

N° de l'accident

date de l'accident

QUESTIONS DU SERVICE PRESTATIONS

Adressés le

sous N°

P.I.T. du

au

Hospitalisé du

au

Dernier arrêt de travail du

au

Invalidité : ☐ 1ère cat. ☐ 2e Cat. ☐ 3e Cat.

Justifiée le

REPONSES DU CONTROLE MEDICAL

retournées le

sous n°

Convoqué le

☐ s'est présenté le

☐ ne s'est pas présenté

Nom et prénoms du chef de Service

Signature.

Signature et Cachet du Médecin-Conseil

الملحق 03:

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة العمل، التشغيل و الضمان الاجتماعي

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

لغير الأجراء

الوكالة الولائية لعين تموشنت

CASNOS

Objet : Traitement spécifique.

Cher (e) Confrère (sœur)

Nous avons l'honneur de porter à votre connaissance, que le livret du Tiers payant, produits pharmaceutiques remplacera la carte de tiers payant.

Afin de nous permettre de cibler le traitement spécifique pris par le malade chronique, nous vous serons reconnaissants de nous préciser, les médicaments prescrits pour l'affectation de votre patient, ainsi que la posologie.

En vous remerciant, veuillez recevoir, Cher Confrère (sœur), l'expression de nos salutations confraternelles.

Le Médecin Conseil

A remplir par le Médecin Traitant

Nom :.....

Prénom :.....

N° de S/S :.....

Affection traitée :.....

Liste des médicaments ainsi que la posologie

1 :..... Nbr CP :.....6 :.....Nbr CP :.....

2 :..... Nbr CP :.....7 :.....Nbr CP :.....

3 :..... Nbr CP :.....8 :.....Nbr CP :.....

4 :..... Nbr CP :.....9 :.....Nbr CP :.....

5 :..... Nbr CP :.....10 :.....Nbr CP :.....

Le Médecin Traitant

الملحق04:

MALADIES OUVRANT DROIT A LA PRISE EN CHARGE A 100%

C01 - la tuberculose sous toutes ses formes;
C02 - les psychonévroses graves;
C03 - les maladies cancéreuses;
C04 - les homéopathies;
C05 - la sarcoïdose;
C06 - l'hypertension artérielle maligne;
C07 - les maladies cardiaques et vasculaires suivantes:

- Angine de poitrine,
- Infarctus du myocarde,
- pontage aorto-coronarien,
- remplacement valvulaire prothétique,
- valvulopathie décompensée,
- maladies athéromateuses évoluées,
- artérite des membres inférieurs,
- accident vasculaire cérébral, méningé ou cérébroméningé,
- troubles du rythme avec simulateur;

C08 - les maladies neurologiques suivantes :

- Sclérose en plaques,
- Syndrome extra-pyramidaux,
- Paraplégies, hémiplégies,
- Epilepsies du lobe temporal, myocloniques progressives et post-traumatiques;

C09 - les maladies musculaires ou neuromusculaires suivantes :

- Polynévrites,
- Amyotrophies spirales progressives,
- Myopathies,
- Myasthénies;

C10 - les encéphalopathies;
C 11 - les néphropathies;

C 12 - les rhumatismes chroniques, inflammatoires ou dégénératifs suivants :

- Spondylarthrite ankylosante,
- Polyarthrite rhumatoïde,
- Arthrose graves;

C 13 - la périarthrite noueuse;
C 14 - le lupus érythémateux disséminé;

C 15 - les insuffisances respiratoires chroniques par obstruction ou restriction;

C 16 - la poliomyélite antérieure aiguë.

C 17 - les maladies métaboliques suivantes :

- Diabètes,
- Dysprotéïnémies,
- Dyslipoidoses;

C18 - les cardiopathies congénitales;

C19 - les affections endocriniennes complexes;

C20 - le rhumatisme articulaire aigu;
C21 - l'ostéomyélite chronique;
C22- les complications graves et durables de gastrectomies et de la maladie ulcéreuse;
C23 - les cirrhoses du foie;
C24 - la recto-colite hémorragique;

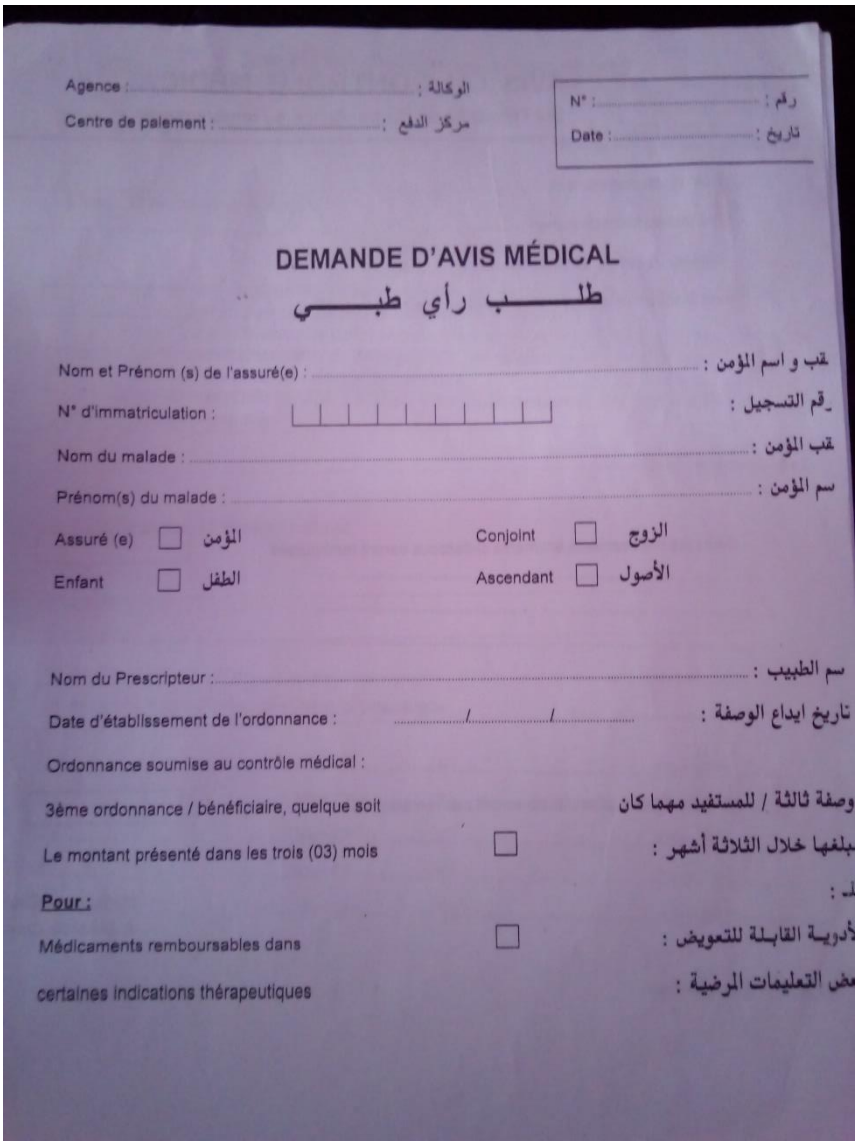
C25 - le pemphigus malin et le psoriasis;
C26 - l'hydatidose et ses complications.

PN à 80/1

- T17 : ASTHME BR
- T15 : HTA
- T16 : Mal de Le CROHN

متلازمة كرون: الشعاب دخلي

الملحق رقم 05:



Agence : ..... الوكالة :

Centre de paiement : ..... مركز الدفع :

N° : ..... رقم :

Date : ..... تاريخ :

DEMANDE D'AVIS MÉDICAL

طلـــــب رأي طبـــــي

Nom et Prénom (s) de l'assuré(e) : ..... لقب و اسم المؤمن :

N° d'immatriculation : ..... رقم التسجيل :

Nom du malade : ..... لقب المؤمن :

Prénom(s) du malade : ..... سم المؤمن :

Assuré (e) ☐ المؤمن

Conjoint ☐ الزوج

Enfant ☐ الطفل

Ascendant ☐ الأصول

Nom du Prescripteur : ..... سم الطبيب :

Date d'établissement de l'ordonnance : ...../...../..... تاريخ ايداع الوصفة :

Ordonnance soumise au contrôle médical :

3ème ordonnance / bénéficiaire, quelque soit ..... وصفة ثالثة / للمستفيد مهما كان

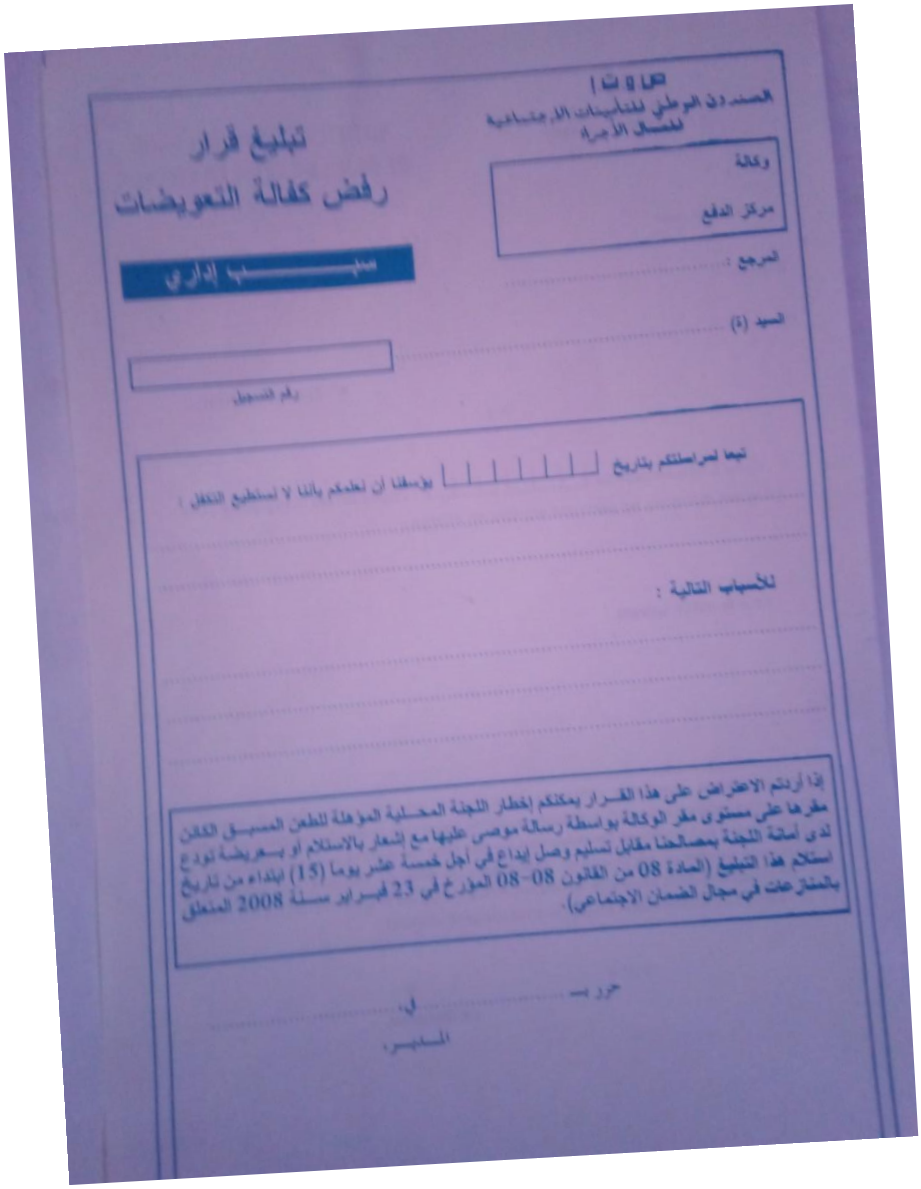
Le montant présenté dans les trois (03) mois ☐ ..... بلغها خلال الثلاثة أشهر :

Pour : .....

Médicaments remboursables dans ☐ ..... لأدوية القابلة للتعويض :

certaines indications thérapeutiques ..... ض التعليمات المرضية :

الملحق رقم 06:



الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية
للعمال الأجراء

وكالة

مركز الدفع

تبليغ قرار
رفض كفالة التعويضات

سبب إداري

المرجع :

السيد (ة)

رقم التسجيل

تبعا لمراسلتكم بتاريخ | | | | | | يؤسفنا ان نعلمكم باننا لا نستطيع التكفل :

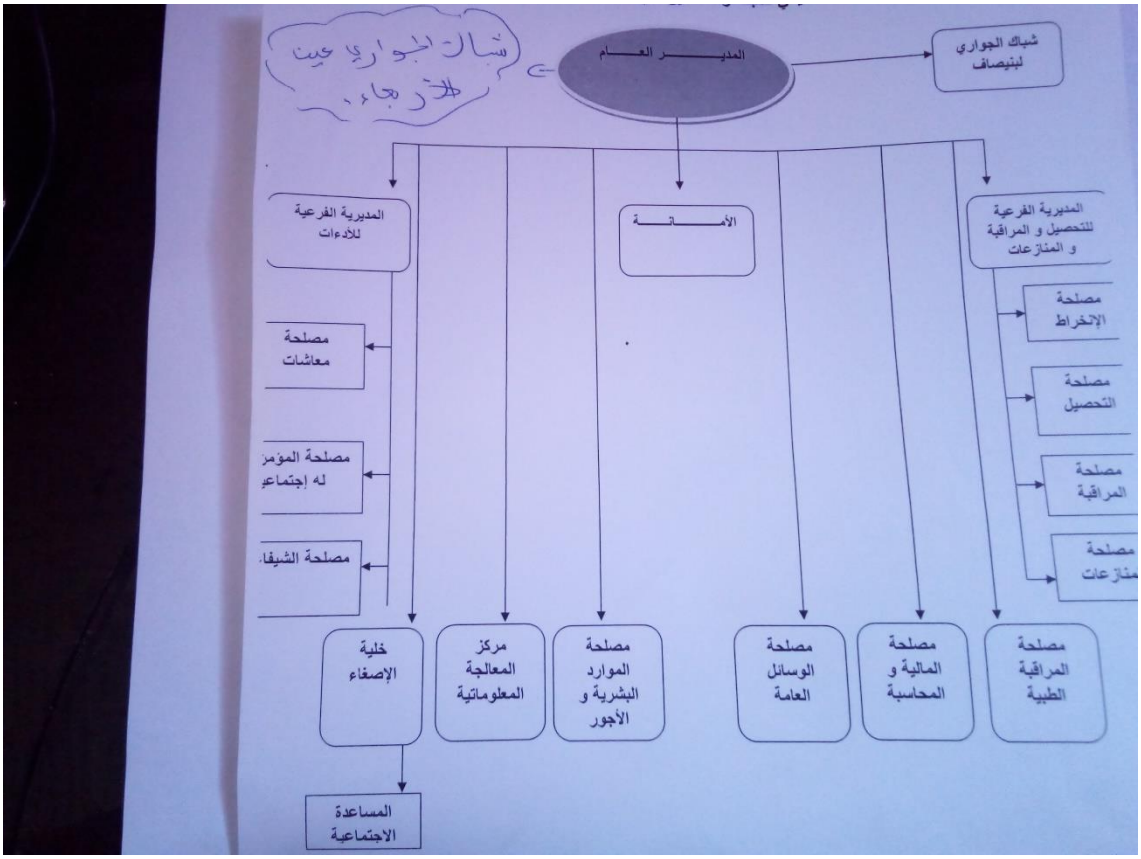
للأسباب التالية :

إذا أردتم الاعتراض على هذا القرار يمكنكم إخطار اللجنة المحلية المؤهلة للطعن المسبق القائن مقرها على مستوى مقر الوكالة بواسطة رسالة موصى عليها مع إشعار بالاستلام او بعريضة تودع لدى أمانة اللجنة بمصالحنا مقابل تسليم وصل إيداع في أجل خمسة عشر يوما (15) ابتداء من تاريخ استلام هذا التبليغ (المادة 08 من القانون 08-08 المؤرخ في 23 فبراير سنة 2008 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي).

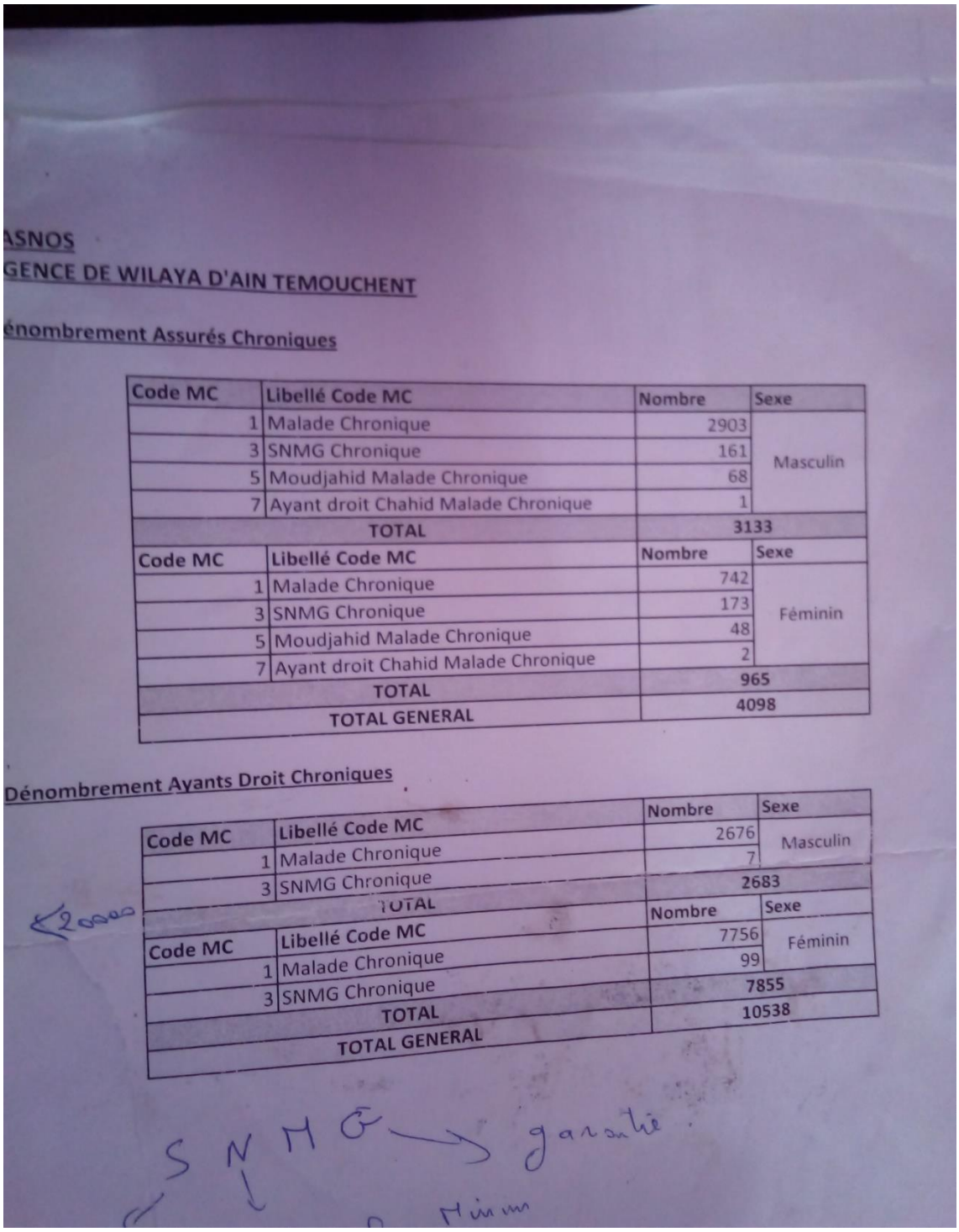
حرر بـ ..... في .....

المدير،

الملحق 07:


المديـــــــر العـــــام
شباك الجواري لبنيصاف
الأمـــــانـــــة
المديرية الفرعية للتحصيل و المراقبة و المنازعات
مصلحة الإنخراط
مصلحة التحصيل
مصلحة المراقبة
مصلحة منازعات
المديرية الفرعية للادءات
مصلحة معاشات
مصلحة المؤمن له إجتماعي
مصلحة الشيفا
خلية الإصغاء
المساعدة الاجتماعية
مركز المعالجة المعلوماتية
مصلحة الموارد البشرية و الأجور
مصلحة الوسائل العامة
مصلحة المالية و المحاسبة
مصلحة المراقبة الطبية

الملحق 08:



ASNOS

GENCE DE WILAYA D'AIN TEMOUCHENT

énombrement Assurés Chroniques

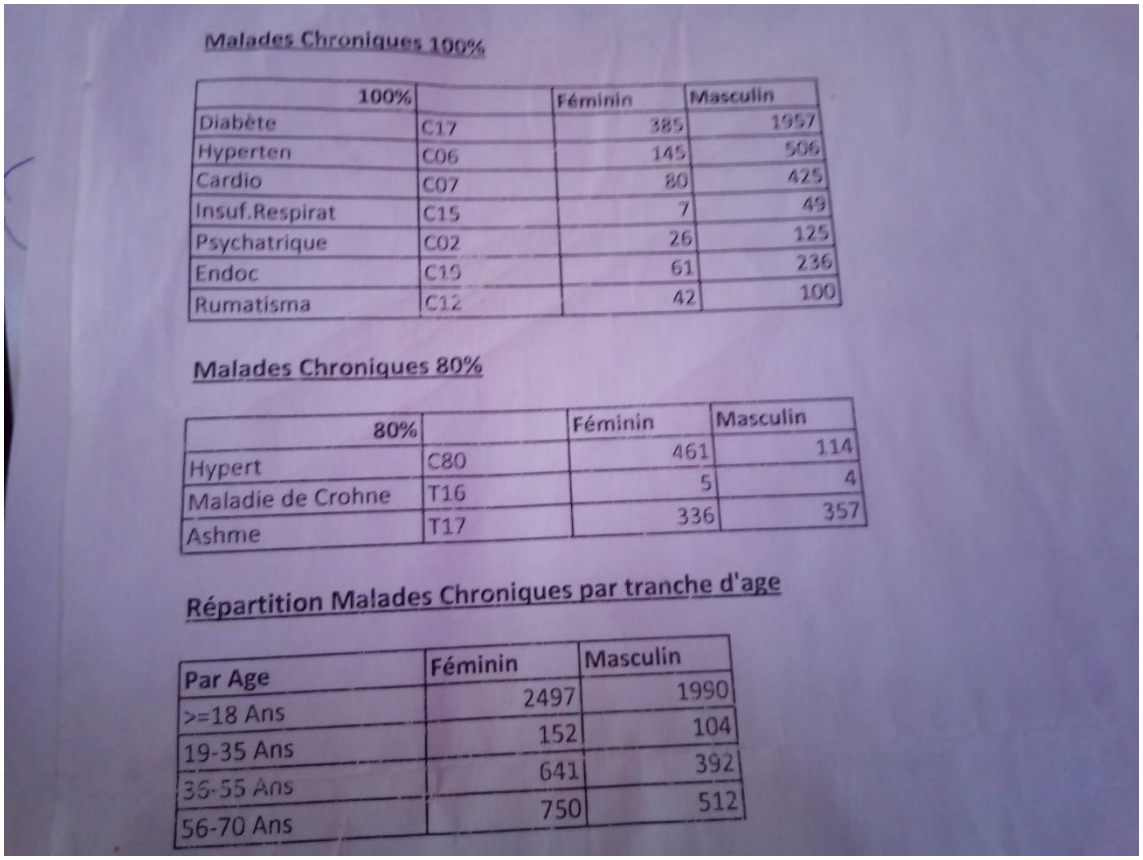
Code MC	Libellé Code MC	Nombre	Sexe
1	Malade Chronique	2903	Masculin
3	SNMG Chronique	161	
5	Moudjahid Malade Chronique	68	
7	Ayant droit Chahid Malade Chronique	1	
TOTAL		3133	
Code MC	Libellé Code MC	Nombre	Sexe
1	Malade Chronique	742	Féminin
3	SNMG Chronique	173	
5	Moudjahid Malade Chronique	48	
7	Ayant droit Chahid Malade Chronique	2	
TOTAL		965	
TOTAL GENERAL		4098	

Dénombrement Ayants Droit Chroniques

Code MC	Libellé Code MC	Nombre	Sexe
1	Malade Chronique	2676	Masculin
3	SNMG Chronique	7	
TOTAL		2683	
Code MC	Libellé Code MC	Nombre	Sexe
1	Malade Chronique	7756	Féminin
3	SNMG Chronique	99	
TOTAL		7855	
TOTAL GENERAL		10538	

S N M G → garantie

الملحق 09:



Malades Chroniques 100%

100%		Féminin	Masculin
Diabète	C17	385	1957
Hyperten	C06	145	506
Cardio	C07	80	425
Insuf.Respirat	C15	7	49
Psychatrique	C02	26	125
Endoc	C19	61	236
Rumatisma	C12	42	100

Malades Chroniques 80%

80%		Féminin	Masculin
Hypert	C80	461	114
Maladie de Crohne	T16	5	4
Ashme	T17	336	357

Répartition Malades Chroniques par tranche d'age

Par Age	Féminin	Masculin
>=18 Ans	2497	1990
19-35 Ans	152	104
36-55 Ans	641	392
56-70 Ans	750	512

الفهرس

المحتوى	رقم الصفحة
شكر	I
إهداء	II
قائمة المحتويات	III
قائمة الجداول	150
قئمة الأشكال	150
المقدمة العامة	أ
الفصل الأول: اطار النظري حول التأمينات الإجتماعية	05
تمهيد	06
المبحث الأول: نشأة وتطور التأمين الإجتماعي و الأسس التي يقوم عليها	07
المطلب الأول: تعريف التأمين الاجتماعي	07
المطلب الثاني: أنواع التأمينات الاجتماعية	10
المطلب الثالث: أسس وخصائص التأمين الاجتماعي	18
الفرع الأول: اسس التأمين الإجتماعي	18
الفرع الثاني: خصائص التأمين الإجتماعي	19
المبحث الثاني: أهداف وأهمية التأمين الاجتماعي والمخاطر المضمونة فيه	21
المطلب الأول: أهداف وأهمية التأمين الاجتماعي	21
الفرع الأول:أهداف التأمين الإجتماعي	22
الفرع الأول: أهمية التأمين الإجتماعي	23
المطلب الثاني: المخاطر المضمونة في التأمينات الاجتماعية	23
المطلب الثالث: المستفيدون من نظام التأمين الاجتماعي والأطراف الداخلة فيه	27
الفرع الأول: المستفيدون من نظام التأمين الإجتماعي	27
الفرع الأول: الأطراف الذاخلة في التأمين الإجتماعي	28
المبحث الثالث: أثر جهود الدولة في مجال التأمين الاجتماعي وإنعكاسها على الاقتصاد	29
المطلب الأول: تمييز التأمينات الاجتماعية عن بعض الأنظمة المشابهة لها	30

المطلب الثاني: أثر التأمينات الإجتماعية على المتغيرات الإقتصادية	**32**
المطلب الثالث: النشاط الإجتماعي للدولة	**33**
خلاصة	**35**
الفصل الثاني: مدخل عام للتأمين الصحي وتأمين الأمراض المزمنة	**36**
تمهيد	37
المبحث الأول: المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للتأمين الصحي	**38**
المطلب الأول: ماهية التأمين الصحي	**38**
الفرع الأول: مفهوم التـامين الصحي	**38**
الفرع الثاني: أنواع التـــأمين الصحي	**39**
المطلب الثاني: مبادئ وأهداف التأمين الصحي	**40**
الفرع الأول: مبادئ التأمين الصحي	**40**
الفرع الثاني: أهداف التأمين الصحي	**43**
المطلب الثالث: فوائد التأمين الإجتماعي	**44**
المبحث الثاني: المبحث الثاني: مصادر تمويل التأمين الصحي ودوره في التنمية الإقتصادية والإجتماعية	**47**
المطب الأول: أليات تمويل نظام التأمين الصحي	**47**
المطلب الثاني: برامج التأمين الصحي وطرق تقديم خدماته	**49**
الفرع الأول: برامج التأمين الصحي	**49**
الفرع الثاني: طرق تقديم الخدمات	**50**
المطلب الثالث: دور التأمين الصحي في تحقيق التنمية الإقتصادية و الإجتماعية	**50**
المبحث الثالث: الأمراض المزمنة المؤمنة الإجتماعيا وأداءات التأمين الصحي	**51**
المطلب الأول: مفهوم الأمراض المزمنة	**52**
الفرع الأول: مفهوم الأمراض المزمنة و تقسيماتها	**53**
الفرع الثاني: أثر انتشار الأمراض المزمنة على ضمان الإجتماعي الجزائري	**54**
المطلب الثاني: الأداءات العينية والنقدية وشروط الإستفادة منها	**56**

الفرع الأول: الأداءات العينية والنقدية	56
الفرع الثاني: المستفيدون من الأداءات والشروط الإستفادة منها	57
الفرع الثالث: التعويض عن المرض	58
المطلب الثالث: كيفية التعاقد بيم الوكالة والصيدليات وأليات الجديدة في مجال التأمين عن المرض	60
خلاصة الفصل	67
الفصل الثالث: دراسة حالة التأمين عن الأمراض المزمنة	68
تمهيد	69
المبحث الأول: عموميات حول مؤسسة الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي لغير الأجراء	70
المطلب الأول: تعريف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي لغير الأجراء	70
الفرع الأول: نبذة تاريخية عن صندوق الضمان الإجتماعي لغير الأجراء	70
الفرع الثاني: تعريف بصندوق وكالة عين تموشنت	71
الفرع الثالث: مهام الشبكة	72
المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة وأهدافها	72
أولا: الهيكل التنظيمي لوكالة الصندوق الضمان الإجتماعي لغير الاجراء عين تموشنت	73
ثانيا: أهداف الصندوق	74
المطلب الثالث: دراسة حالة تطور الأمراض المزمنة لسنة 2020 ذاخل الوكالة	81
الفرع الأول: تصنيف الأمراض المزمنة حسب الوكالة	81
الفرع الثاني: جدول إحصائي لتطور الأمراض المزمنة حسب الجنس	82
الفرع الثالث: جدول إحصائي لتطور الأمراض المزمنة حسب العمر	83
الفرع الرابع: جدول إحصائي الأمراض المزمنة التي تعوض بنسبة 100%	85
الفرع الخامس: جدول إحصائي الأمراض المزمنة التي تعوض بنسبة 80%	87
الفرع السادس: جدول إحصائي لعدد الأمراض المزمنة المؤمنة إجتماعيا لسنة 2020 على مستوى الوكالة	88
الفرع السابع: جدول إحصائي لعدد الأمراض المزمنة ذوي الحقوق لسنة 2020 على مستوى الوكالة	88
المبحث الثاني: منهجية المعتمدة في الدراسة الميدانية	89
المطلب الأول: مجتمع وعينة الدراسة	89

المطلب الثاني: أليات جمع البيانات	**90**
المطلب الثالث: إستمارة البحث	**91**
المبحث الثالث: معاجة البيانات وتحليلها	**91**
المطلب الأول: معالجة الخصائص العامة للمبحوثين	**91**
المطلب الثاني: معالجة البيانات المتمحورة حول التأمين الصحي والمصاريف الطبية	**97**
المطلب الثالث: إختبار الفرضيات	**117**
خلاصة الفصل	**118**
خاتمة عامة	**119**
قائمة المراجع	**122**
قائمة الملاحق	**127**
الملخص باللغتين	**151**

الملخص

يعد التأمين الصحي أحد أهم فروع التأمين الإجتماعي بإعتباره من اهم وانجع طرق التمويل الرعاية ، الصحي، كما هو اداة فعالة لضمان تسيير خطر المرض وذلك بتوفير الموارد اللازمة وتخفيف العبئ المالي للتغطية الصحية، ويلقى أيضا اهمية خاصة كونه يرتكز على مبدأ العدالة والتضامن للحصول على الرعاية الصحية التي هي ليست فقط شرط اساسي لفعالية النظام الصحي بل عامل رئيسي لتحقيق الأمن الإجتماعي.

في الجزائر، وحسب منطق بيسمارك حول فكرة التأمين يتم الإعتماد على خاصيتي الإجبار والتضامن حيث تم إنشاء هذا النظام بهدف ضمان تغطية تأمين الصحي لجميع السكان وكذالك تقديم خدمات متنوعة ذات جودة مع مراعاة تحقيق المساواة في الحصول عليها، دون اي تمييز إجتماعي، وبهذا تغطي صناديق هذا النظام المتمثلة في CASNOS و CNAS، اغلبية السكان وتوفر لهم خدمات عينية ونقدية.

إلا ان التأمين الإجباري على المرض في الجزائر يواجه مشاكل وصعوبات مالية ووجودية، تهدد من الحفاظ على التوازن المالي بسبب نقص الإشتراكات وهشاشة سوق العمل بالإضافة الى ظاهرة إنتشار الأمراض المزمنة في الأونة الأخيرة التي اصبحت تشكل ثقل مالي من حيث التعويضات، مما يجعله امام تحد كبير في التحكم في نفقاته بالرغم انه مازال يساهم بشكل كبير في تحمل التكاليف العلاجية.

وهذا العمل هو محاولة لمعرف مدى مساهمة هذا النظام في التخفيف من عبئ التكلفة العلاجية في ظل ارتفاع الأمراض المزمنة في الجزائر.

الكلمات المفتاحية: التأمين عن المرض-نفقات الصحية – التمويل- التكلفة العلاجية- الرعاية الصحية

Abstract

Health insurance is one of the most important branches of social insurance as it is one of the most important and most effective ways of financing health care, as it is an effective tool to ensure the management of the risk of disease by providing the necessary resources and reducing the financial burden of health coverage, and it is also of particular importance as it is based on the principle of justice and solidarity to obtain health care. Which is not only a prerequisite for the effectiveness of the health system, but a major factor in achieving social security.

In Algeria, according to Bismarck's logic about the idea of insurance, the two characteristics of compulsion and solidarity are relied upon, as this system was established with the aim of ensuring health insurance coverage for all residents, as well as providing various services of quality, taking into account the achievement of equality in access to them, without any social discrimination, and thus the funds of this The system, represented by CASNOS and CNAS, provides the majority of the population with in-kind and cash services.

However, compulsory sickness insurance in Algeria faces financial and existential problems and difficulties, threatening to maintain the financial balance due to the lack of contributions and the fragility of the labor market, in addition to the phenomenon of the spread of chronic diseases recently, which has become a financial burden in terms of compensation, which makes it a major challenge in Controlling his expenses, although he still contributes significantly to bearing the treatment costs.

This work is an attempt to know the extent to which this health insurance system contributes to alleviating the burden of treatment costs in light of the high chronic diseases in Algeria.

Keywords: sickness insurance, health expenses, financing, Healthcare treatment treatment cost