جامعة عبد الحميد بن باديس –مستغانم–
كلية العلوم الاقتصادية، التجارية والتسيير
قسم العلوم الاقتصادية

مذكرة تخرج مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي
تخصص: مالية نقود وتأمينات

تحت عنوان:

# دور التأمين الصحي في الحياة الإجتماعية
# دراسة حالة الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي للعمال الغير أجراء CASNOS بمستغانم

تحت إشراف الأستاذ:
بن زيدان الحاج

من إعداد الطالبة:
بن زعمة سليمة

السنة الدراسية: 2015-2016

# اهداء

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة ونصح الأمة...إلى نبي الرحمة والنور سيدنا مُحَمَّد ﷺ.

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار، إلى من علمي العطاء بدون انتظار، إلى من أحمل اسمه بكل افتخار... **والدي العزيز بلمهل** حفظه الله ورعاه.

إلى معنى الحب والحنان، إلى بسمة الحياة، وسر الوجود، إلى من كان دعاؤها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي ...**أمي الحبيبة خيرة** حفظها الله ورعاها.

إلى من أرى التفاؤل بعينيه، والسعادة في ضحكته، إلى الذي ترك بصمة في حياتي وغير مجراها، ومن لملم أحزاني بين فترة وأخرى وإلى من أشعرني بأنني لست وحيدة في مجتمع مختلف...**سيدو**.

إلى توأم روحي ورفيقة دربي ، إلى □احبة القلب الطيب والنوايا الصادقة، إلى من رافقتني منذ أن حملنا حقائب □غيرة وسرنا الدرب خطوة خطوة...**حياة و وفاء**.

إلى من بهم أكبر وعليهم أعتمد، إلى شمعة متقدة تنير ظلمة حياتي، إلى من بوجودهم أكتسب قوة ومحبة لا حدود لها إلى أخواتي: نادية وابنتها شيماء،دليلة وزوجها سيف الدين وأولادها(مولود، مراد، منير)

جميلة وزوجها موسى وابنها مُحَمَّد ياسين، وإلى سعاد وخطيبها جمال. وإلى أخواي العزيزين عيسى و مُحَمَّد فؤاد.

إهداء خاص إلى أمي الثانية **رقية** وإلى سامية وابنها إسلام، أمال وابنتها شيماء وإخلاص، خيرة وابنتها ياسمين ونور، وإلى نجاة.

إلى الأخوات اللواتي لم تلدهن أمي، إلى من تميزوا بالوفاء وتحلوا بالإخاء، إلى □ديقاتي:سهام، أسماء، إيمان،هاجر،فا□يمة، أمال، أمينة،خيرة،نبيلة،سميرة،زهية،,نجاة،....

إلى كل من عائلة: بن زعمة، بو□يبان، بو□اجين، سرير دواجي، بكوش، بن يطو، □اهري،زناتي.

إلى كل من سكان ولاية: سيدي بلعباس(سيدي لحسن)، مستغانم، غليزان(مازونة).

إلى كل □لبة ماستر2 :مالية نقود و تأمينات.

© Ladie

## اهداء

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة ونصح الأمة...إلى نبي الرحمة والنور سيدنا مُحَمَّد ﷺ.

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار، إلى من علمي العطاء بدون انتظار، إلى من أحمل اسمه بكل افتخار... **والدي العزيز بلمهل** حفظه

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة ونصح الأمة...إلى نبي الرحمة والنور سيدنا **مُحَمَّد** ﷺ.

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار، إلى من علمني العطاء بدون انتظار، إلى من أحمل اسمه بكل افتخار... **والدي العزيز بلمهل** حفظه الله ورعاه.

إلى معنى الحب والحنان، إلى بسمة الحياة، وسر الوجود، إلى من كان دعاؤها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي ...**أمي الحبيبة خيرة** حفظها الله ورعاها.

إلى من أرى التفاؤل بعينيه، والسعادة في ضحكته، إلى الذي ترك بصمة في حياتي وغير مجراها، ومن لملم أحزاني بين فترة وأخرى وإلى من أشعرني بأنني لست وحيدة في مجتمع مختلف...**سيدو**.

إلى توأم روحي ورفيقة دربي ، إلى □احبة القلب الطيب والنوايا الصادقة، إلى من رافقتني منذ أن حملنا حقائب □غيرة وسرنا الدرب خطوة خطوة...**حياة و وفاء**.

إلى من بهم أكبر وعليهم أعتمد، إلى شمعة متقدة تنير ظلمة حياتي، إلى من بوجودهم أكتسب قوة ومحبة لا حدود لها إلى أخواتي: نادية وابنتها شيماء،دليلة وزوجها سيف الدين وأولادها(مولود، مراد، منير)

جميلة وزوجها موسى وابنها مُحَّد ياسين، وإلى سعاد وخطيبها جمال. وإلى أخواي العزيزين عيسى ومُحَّد فؤاد.

إهداء خاص إلى أمي الثانية **رقية** وإلى سامية وابنها إسلام، أمال وابنتها شيماء وإخلاص، خيرة وابنتها ياسمين ونور، وإلى نجاة.

إلى الأخوات اللواتي لم تلدهن أمي، إلى من تميزوا بالوفاء وتحلوا بالإخاء، إلى □ديقاتي:سهام، أسماء، إيمان،هاجر،فا□يمة، أمال، أمينة،خيرة،نبيلة،سميرة،زهية،,نجاة،....

إلى كل من عائلة: بن زعمة، بو□يبان، بو□اجين، سرير دواجي، بكوش، بن يطو، □اهري،زناتي.

إلى كل من سكان ولاية: سيدي بلعباس(سيدي لحسن)، مستغانم، غليزان(مازونة).

إلى كل □لبة ماستر2 :مالية نقود وتأمينات.

# إهداء

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة ونصح الأمة...إلى نبي الرحمة والنور سيدنا مُحَمَّد ﷺ.

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار، إلى من علمي العطاء بدون انتظار، إلى من أحمل اسمه بكل افتخار... والدي العزيز بلمهل حفظه الله ورعاه.

إلى معنى الحب والحنان، إلى بسمة الحياة، وسر الوجود، إلى من كان دعاؤها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي ...أمي الحبيبة خيرة حفظها الله ورعاها.

إلى من أرى التفاؤل بعينيه، والسعادة في ضحكته، إلى الذي ترك بصمة في حياتي وغير مجراها، ومن لملم أحزاني بين فترة وأخرى وإلى من أشعرني بأنني لست وحيدة في مجتمع مختلف...سيدو.

إلى توأم روحي ورفيقة دربي ، إلى ماحبة القلب الطيب والنوايا الصادقة، إلى من رافقتني منذ أن حملنا حقائب مغيرة وسرنا الدرب خطوة خطوة...حياة و وفاء.

إلى من بهم أكبر وعليهم أعتمد، إلى شمعة متقدة تنير ظلمة حياتي، إلى من بوجودهم أكتسب قوة و بة لا حدود لها إلى أخواتي: نادية وابنتها شيماء،دليلة وزوجها سيف الدين وأولادها(مولود، مراد، منير)

جميلة وزوجها موسى وابنها مُحَمَّد ياسين، وإلى سعاد وخطيبها جمال. وإلى أخواي العزيزين عيسى و مُحَمَّد فؤاد.

إهداء خاص إلى أمي الثانية رقية وإلى سامية وابنها إسلام، أمال وابنتها شيماء وإخلاص، خيرة وابنتها ياسمين ونور، وإلى نجاة.

إلى الأخوات اللواتي لم تلدهن أمي، إلى من تميزوا بالوفاء وتحلوا بالإخاء، إلى ديقاتي:سهام، أسماء، إيمان،هاجر،فا يمة، أمال، أمينة،خيرة،نبيلة،سميرة،زهية،,نجاة،....

إلى كل من عائلة: بن زعمة، بو يبان، بو ماجين، سرير دواجي، بكوش، بن يطو، اهري،زناتي.

إلى كل من سكان ولاية: سيدي بلعبا (سيدي لحسن)، مستغانم، غليزان(مازونة).

إلى كل لمبة ماستر2 :مالية نقود وتأمينات.

سلومي

## قائمة الجداول


| الرقم | العنوان | الصفحة |
|---|---|---|
| 1 | الفرق بين التأمين الاختياري والإجباري | 17 |
| 2 | الفرق بين التأمين التجاري والتعاوني | 17 |
| 3 | إيجابيات وسلبيات التأمين الصحي | 36 |
| 4 | إحصائيات حول سوء استخدام التأمين الصحي | 40-39 |
| 5 | المراحل التي مر بها مشروع بطاقة الشفاء | 68-69 |


## قائمة الأشكال


| الرقم | العنوان | الصفحة |
|---|---|---|
| 1 | صورة لبطاقة الشفاء | 71 |
| 2 | صورة عن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال غير الأجراء | 55 |


## قائمة الاختصارات:

**CASNOS**: Caisse nationale des assurances sociales des non salariés.

**CNAS**: Caisse nationale des assurances sociales des travailleures salariés.

**CNAC**: Caisse nationale d'assurances chomage.

**CNR** : Caisse nationale des retrétés.

**الخاتمة العامة:**

لقد بدأ الاهتمام بموضوع الخدمات الصحية في الآونة الأخيرة في معظم الدول النامية ويعتبر مقدار الاهتمام الذي توليه المجتمعات الإنسانية لهذا الموضوع انعكاسا لمدى تطورها ويدل في الوقت نفسه على اهتمامها بالفرد.

نظراً لقلة الدراسات التي تناولت الخدمات الصحية , فقد جاء هذا البحث لتسليط الضوء على قطاع خدمي مهم وهو التأمين الصحي كما أظهر مفهومه وأهدافه وكيفية تطبيقه, وبين أن لنشاط التأمين الصحي وظائف ومهام عديدة اجتماعية واقتصادية , انطلاقاً من دوره الهام في حماية الفرد باعتباره أهم عامل من عوامل العملية الإنتاجية , وتوفير الأمن والطمأنينة للفرد يساهم بزيادة إنتاجيته مما يؤدي إلى التنمية والتطور.

وأظهر هذا البحث الأهمية الكبرى للتأمين الصحي في الحفاظ على صحة وسلامة العمال والموظفين وكما أظهر مساهمته بعملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية, و المكاسب الوطنية المتحققة من نشر التأمين الصحي. لذلك لا بد من تفعيل برامج التأمين الصحي وتخصيص المزيد من الموازنات لدعمه ونشره , وزيادة الوعي لدى العمال لأهمية التأمين الصحي في حياتهم وخاصة عمال وموظفو القطاع العام الذين يعانون من ضعف في الدخل الذين لن يكونوا وحدهم قادرين على تحمل تكاليف العلاج , وخاصة بعد ظهور التقنيات الحديثة و تطور التكنولوجيا الطبية والذي انعكس على أجور الخدمات الصحية و أصبحت العمليات جراحية الحديثة ذات كلفة عالية.

**نتائج الدراسة:**

من خلال الدراسة النظرية والتطبيقية توصلنا إلى مجموعة من النتائج وكذلك قمنا باختبار الفرضيات المقترحة سابقا فيما يلي:

-التأمين الصحي هو وسيلة لدفع بعض أو كل تكاليف الرعاية الصحية ويشكل حماية للأشخاص المؤمن عليهم من دفع تكاليف العلاج المرتفعة في حالة المرض. وهو نظام يجسد مفهوم التكامل والتعاون من قبل المجموعة مع الفرد في تحمل تكاليف العناية الصحية، أي يستهدف توزيع عبء التكلفة على أكبر عدد ممكن بدلاً من أن يتحملها فردًا واحدًا.

-تقدم خدمات نظام التأمين الصحي الاجتماعي بإحدى الطريقتين:

تقديم الخدمات من قبل مستشفيات الدولة أو تقديم الخدمات من قبل القطاع الخاص بالتعاقد مع الدولة

-أما خدمات التأمين الصحي الخاص فيتعاقد أرباب العمل أو الأفراد أو كليهما مع شركات التأمين الخاصة والتي تقوم بدورها بالتعاقد مع مجموعة من المنشآت الصحية و الأطباء لتقدم الخدمات الصحية للمستفيدين الذين تم تحصيل اشتراكات سنوية أو شهرية منهم نظير ذلك.

أو من خلال تكوين منظمات محلية للحفاظ على الصحة تملك كل منها أو تتعاقد مع مجموعة من المنشآت الصحية والأطباء لتقدم حزمة شاملة من خدمات التأمين الصحي للمستفيدين مقابل اشتراك سنوي أو شهري ,

-لا تقتصر فوائد التأمين الصحي على الأفراد فقط بل على المنظمات الصحية والمجتمع أي له فوائد على كافة المستويات.

-للتأمين الصحي مجموعة من الأهداف من بينها تحقيق أعلى مستوى ممكن من الصحة وتقوية روح التكافل الاجتماعي من خلال توفير الخدمات الطبية الشاملة والمتكاملة بأسلوب تكافلي يضم كافة أفراد المجتمع.

-هناك مكاسب وطنية كثيرة من وراء التأمين الصحي منها زيادة إنتاجية الموارد البشرية، وزيادة معدل النمو الاقتصادي وتنامي وتطور القطاع الصحي (العام والخاص) لتنافسهم في استقطاب المؤمنين صحياً.

- تهتم الجزائر بالتأمين الصحي من خلال إصدار المراسيم وخير دليل على ذلك إصدار البطاقات الإلكترونية(بطاقة الشفاء) وكذا تشجيع الشركات عليه.

.

**التوصيات:**

بناءا على النتائج المتحصل عليها يمكن اقتراح جملة من التوصيات:

- زيادة نشر الوعي التأميني لدى الأفراد وذلك بمختلف الوسائل.

- تحفيز العمال معنويا وماديا من أجل تحسين نوعية الخدمة.

- توظيف أموال شركة التأمين بالشكل الذي يضمن لها الحماية والسيولة.

- العمل على حماية مصالح المؤمن لهم وضمان التعويض في حالة وقوع الخسارة.

- محاولة التنبؤ بالتهديدات والأخطار من أجل وضع إستراتيجية ملائمة لتحقيق البقاء والنمو.

- إرساء نظم معلومات بالوكالة بالاعتماد على أحدث تكنولوجيا الإعلام.

**الآفاق المستقبلية:**

لا ندعي كمالا لبحثنا ولا ننفي قصورا من جهدنا إلا أننا نأمل أن نكون قد وفقنا ولو بشيء قليل في الإجابة على إشكالية موضوع بحثنا، غير أننا بهدف توسيع نطاق هذا البحث وتعميقه نقترح بعض الأفاق المستقبلية للبحث في شكل عناوين تصلح إشكاليات لموضوعات البحوث المستقبلية نذكر منها ما يلي:

- تحسين جودة ونوعية الخدمات بإدراج تقنيات تسيير جديدة.

-تقليص مدة استخراج البطاقات الإلكترونية وتعميم أماكن الدفع أن تكون وطنية.

-مواتاة الدخل الفردي مع دفع مبلغ التأمين.

# الفصل الأول:التأمين الصحي

## تمهيد

التأمين الصحي هو أحد أنواع التأمين ضد مخاطر الظروف الصحية لدى الفرد، فهو يشمل تكاليف فحصه و تشخيصه ،علاجه ودعمه النفسي والجسدي،كما أنه قد يتضمن تغطيته بدل انقطاعه عن العمل لفترة معينة أو عجزه الدائم.فهو أحد الطرق لإيصال الرعاية الصحية للأفراد والمجتمعات، كما تقوم فلسفة التأمين الصحي على مبدأ تجميع المخاطر، وتعني جمع مخاطر الإ□ابة بالمرض الذي يصيب المجتمع أو مجموعة معينة وتقاسمها بين الأفراد بشكل متساو، ذلك عبر جمع الأموال اللازمة لعلاج هذه المخاطر المجمعة بشكل متساو ثم توزيعها على الأفراد حسب حاجتهم للعلاج ،مما يؤدي إلى تخفيف الأعباء والتكاليف المترتبة عند معالجة الحالات المرضية التي يتعرض لها المؤمن عليهم ويضمن و□ول الرعاية الصحية لجميع محتاجيها مقابل مبلغ يسير من المال وثابت يدفعه جميع الأفراد المشتركين بالتأمين.

هو بذلك نظام اجتماعي، يقوم على التعاون والتكافل بين الأفراد ،لتحمل ما يعجز عن تحمله أحدهم بمفرده،وشركات التأمين تنظم الاستفادة من توزيع الخطر لقاء أجل معلوم لتوفر ملاذ أفضل للتأمين ورعاية □حية شاملة،وهذا البرنامج يتم تقديمه غالبا من وكالة حكومية،شركات تجارية خا□ة،أو كيانات غير ربحية ....الخ .

وفي هذا الفصل سنتطرق إلى كل من ماهية التأمين بصفة عامة وإلى المبادئ والخصائص المتعلقة به وإلى أهم الأنواع والتقسيمات والوظائف وإلى ماهية التأمين الصحي،بداياته ونشأته وأنواعه وأهدافه وفوائده.

## المبحث الأول:عموميات حول التأمين

### المطلب الأول: ماهية التأمين

**لغة:**من أمن،أي اطمأن وزال خوفه،وهو بمعنى سكن قلبه وكذلك تستعمل كلمة الأمن عند الخوف،ومن ذلك قوله تعالى بعد بسم الله الرحمان الرحيم" أمنهم من خوف"[1] وكذلك:"وإذ جعلنا البيت مثابة للناس وأمنا"[2].

**اصطلاحا:**هو نظام اجتماعي اقتصادي يهدف إلى تكوين احتياطي لمواجهة الخسائر الغير مؤكدة الحدوث التي يتعرض لها رأس المال عن طريق نقل عبئ الخطر من عدة أشخاص إلى شخص واحد أو عدة أشخاص أي أنه نظام يصمم لتخفيض ظاهرة عدم التأكد للخسائر المالية عن طريق نقل عبئ الخطر.

**أما قانونا:**"عرفته المادة 619م من القانون المدني أنه "عقد يلتزم المؤمن بمقتضاه أن يؤدي إلى المؤمن له أو المستفيد الذي اشترط التأمين لصالحه مبلغا من المال أي إيراد أو أي تعويض مادي أخر أو أي دفعة في حالة وقوع الحادث أو تحقق الخطر المبين في العقد وذلك مقابل قسط أو أي دفعة مالية أخرى يؤديها المؤمن له للمؤمن"[3].

لقد لجأ الإنسان إلى عدة وسائل لتغطية الأضرار الناتجة عن المخاطر التي تصيبه في حياته،منها الادخار والتضافر، لكن تبين مع مرور الوقت أنها غير كافية لمواجهة ما يتعرض إليه الإنسان لذلك اهتدى إلى فكرة جديدة تقوم على أساس تضامن الجماعة،وهدفها الأساسي التعاون على تغطية الضرر الذي قد يصيب أحد أفراد الجماعة،فتضمن له الأمن والأمان،ومن هنا ومن هنا نبع مصطلح التأمين الذي ندرجه حسب التعاريف التالية:

- -حسب الفقيه جيراز:"التأمين عملية تستند إلى عقد احتمالي من عقود الضرر ملزم للجانبين يتضمن لشخص معين مهدد بوقوع خطر معين المقابل الكامل للضرر الفعلي الذي يسبب له هذا الخطر"
- -حسب Boisson:"التأمين هو عبارة عن عملية بمقتضاها يتعهد طرف يسمى المؤمن تجاه طرف أخر يسمى المؤمن له مقابل قسط يدفعه هذا الأخير له بأن يعوضه عن الخسارة التي التحقت بيه في حالة تحقق الخطر"

---

1– القرآن الكريم الآية 03، سورة قريش

2 – القرآن الكريم، الآية 125 ،سورة البقرة

3-عبد الهادي الحكيم، «**عقد التأمين**"منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، ط1، 2003، ص:52

- -حسب الأستاذ جاد عبد الرحمان:"التأمين وسيلة لتعويض الفرد عن الخسارة المالية التي تحل به نتيجة وقوع خطر معين،و ذلك بواسطة توزيع هذه الخسارة على مجموعة من الأفراد يكونوا جميعهم معرضين لهذا الخطر وذلك بمقتضى اتفاق سابق"[1].
- -حسب البروفيسور كالب:"التأمين عبارة عن وسيلة اجتماعية لاستبدال التأكد بعدم التأكد في مجال تجميع الأخطار،وقد تكون عاملا تجاريا أو غير تجاري،كما يستخدم في مجالها الخدمات الإحصائية والإكتوارية ،دائما تباشر على أساس التجميع بغرض تحقيق الربح كما قد يكون المؤمن منه هيئة خا□ة أو حكومية"[2].

**المطلب الثاني:خصائص عقد التأمين**

يتضمن عقد التأمين مجموعة من العقود وهي:

**أ-عقد التأمين عقد رضائي:**"لم يتطلب المشروع لإبرام عقد التأمين شكلا خا□ا يبين فيه رضاء الطرفين ،وعلى ذلك يكفي تبادل الإيجاب و القبول لينعقد العقد ومع ذلك هناك ما يمنع من الاتفاق على اشتراط الكتابة لانعقاد العقد ،و ذلك هو ما يجري عليه العمل حيث يشترط المؤمن عادة أن عقد التامين لا ينعقد إلا بتوقيع وثيقة التامين ،فيصبح العقد في هذه الحالة عقد شكليا بموجب هذا الشرط و تصبح وثيقة التامين ضرورية للانعقاد و ليس بمجرد الإثبات .هذا وقد يشترط المؤمن على المؤمن له ألا يتم عقد التامين إلا بدفع القسط الأول فيصبح في هذه الحالة من العقود العينية"[3].

**ب-عقد التأمين من عقود المعوضة:**يؤدي ذلك أن كل طرف يأخذ مقابلا لما يعطيه فالمؤمن يحتمل الخطر مقابل الأقساط التي يدفعها المؤمن له،بينما هذا الأخير يحصل على مبلغ التأمين عند تحقق الخطر المؤمن منه،مقابل الأقساط التي دفعها،ولا ينبغي عن عقد التأمين □فة المعارضة عدم تحقق الخطر أحيانا كما لو أن المؤمن له دفع الأقساط للمؤمن وانتهت مدة العقد ولم يحدث الخطر للمؤمن له،وبالتالي فإنه ليحصل على مقابل الأقساط التي

1-عبد الهادي الحكيم،مرجع سبق ذكره، ،ص:52

2-إبراهيم محمد مهدي،"**التأمين ورياضياته**"،المكتبة العصرية للنشر والتوزيع،الطبعة الأولى،مصر2010،ص ص :82-83.

3-أسامة عزمي سلام،شقيري نوري موسى،"**إدارة الخطر والتأمين**"،دار حامد للنشر والتوزيع،الطبعة الأولى 2010، ص:101.

دفعها،ففي هذه الحالة أيضا يكون المؤمن قد أعطى للمؤمن له الأمان والاطمئنان طوال مدة العقد مقابل ما حصل عليه من الأقساط.

**ج_عقد التأمين من العقود الاحتمالي**ة: "العقد الاحتمالي هو العقد الذي لا يعرف فيه كل المتعاقدين أو أحدهما عن إبرام مقدار ما يأخذه أو يعطيه من العقد،فيتحدد مدى التزاماته أو منفعته في المستقبل عند حدوث أمر غير محقق الوقوع أو غير معروف وقت حصوله،وعقد التأمين عقد احتمالي بهذا المعني،ذلك أن مقدار التزام أو كسب المتعاقدين مغلق على أمر غير محقق الوقوع "[1].

**د_عقد التأمين عقد غير زمني مستمر**: العقد المستمر هو العقد الذي يلعب الزمن فيه دورا هاما، بحيث تكون الالتزامات الناشئة عنه عبارة عن أداءات متكررة يستمر الوفاء بها مدة من الزمن، ويدخل عقد التأمين في هذه الطائفة من العقود الزمنية، وذلك بالنسبة للمؤمن لاشك في ارتباط التزامه بالضمان لمدة العقد،فهو يلتزم بدفع الأقساط المتفق عليها بصفة دورية مستمرة .

**هـ–عقد التأمين عقد إذعان**: يعد عقد التأمين عقدا من عقود الإذعان ،والخا□ية المميزة لهذه العقود هي انفراد أحد المتعاقدين بوضع شروط التعاقد وتحديد مضمونه ،بحيث لا يكون أمام التعاقد الأخر، إذا ما أراد التعاقد إلا أن يقبل هذه الشروط المعدة سلفا، وتعتبر هذه الفئة من العقود تعبيرا عن انعدام التكافؤ بين الطرفين من الناحية الاقتصادية.

**و–الصفة المدنية أو التجارية لعقد التامين**: اعتبار التأمين عقدا تجاريا أو مدنيا يتوقف على □فة أطرافه، فبالنسبة إلى المؤمن يعتبر التأمين عقدا تجاريا إذا أبرمته شركة من شركات التامين بقسط ثابت، ذلك أن المؤمن يقوم بدور الوساطة بين المؤمن لهم في توزيع المخاطر،كما يسعى إلى تحقيق الربح من جهة أخرى، ويكون عقد التأمين عقدا مدنيا بالنسبة للمؤمن وذلك في عمليات التأمين، التبادل أو التعاون، حيث أن المؤمن في هذا النوع من التأمين هو

المؤمن له كما أن فكرة تحقيق الربح منعدمة فيه. أما بالنسبة للمؤمن له فالأمل أن التأمين يعتبر عقدا مدنيا بالنسبة له، وذلك لأنه لا يرمي إلى تحقيق الربح ، وإنما هدفه هو تغطية خطر معين،غير أن التأمين قد يكون عقدا تجاريا بالنسبة للمؤمن له وذلك في حالة التأمين الذي يبرمه التاجر بسبب أعمال تجارية.

1–عزيز فهمي هيكل"**مبادئ في التأمين**"،الدار الجامعية،بيروت 1985، ص ص:22–23.

**ي_عقد التأمين من عقود حسن النية:**" لاشك أن مراعاة حسن النية من المبادئ العامة التي تسري على كافة العقود، لذلك يجدر الذكر بأن و□ف عقد التأمين من عقود حسن النية لا يقصد به أن هذا الو□ف ينحصر عن عقود أخرى"[1].

**المطلب الثالث:مبادئ التأمين**

**1.مبادئ التأمين:**

يقوم التأمين علي مجموعة من المبادئ نذكر منها الفنية والقانونية وهي:

**أولا:المبادئ الفنية:**

لا شك أن هيئة التأمين تقوم بحماية المستأمن من الخسائر المادية الناتجة من الأخطار ولكن الحماية من الخسائر لا تمنحها هيئة التأمين حيث أنه يوجد شروط يجب توافرها في الخطر لكي يكون قابلا للتأمين من بينها:

**1.وجود عدد كبير من الوحدات المعرضة لنفس الخطر:**

إن وجود العدد الكبير، يسمح للشركة بالتنبؤ في حدود معقولة بحجم الخسارة المستقبلية عن طريق حساب احتمال تحقق الخطر بتطبيق قانون الأعداد الكبيرة، أي أنها كلما كانت العمليات المؤمن عليها كبيرة فإننا نكون في مأمن مما نسميه بالخطأ العشوائي الذي ينتج من □غر عدد العمليات.

**2.ألا يكون الخطر محقق الوقوع كما يجب ألا يكون مستحيل الوقوع:**

حيث لا يتصور أن يقوم أحد بالتأمين على خطر محقق الوقوع ذلك لأن قسط أي نوع من أنواع التأمين يتحدد على أساس احتمال تحقق الخطر الذي يغطيه وكلما زاد احتمال تحقق الخطر كلما زادت تكلفة التأمين حتى تصل إلى قيمة الشيء موضوع التأمين. كذلك الحال بالنسبة للخطر مستحيل الوقوع فمن المستحيل التأمين على خطر لن يتحقق أبدا.

1- □الح سليمان عيد،"**محاسبة المصاريف وشركات التأمين**"،منشورات كلية المحاسبة،غريان،ص:211.

**3.أن يكون وقوع الخطر أمر خارج عن إرادة المؤمن له:**

"هذا يعني أن لا يكون وقوع الخطر خاضعا خضوعا تاما لإرادة المستأمن، ولكن في الواقع نجد أن عددا قليلا جدا من الأخطار هي التي يمكن أن تستوفي هذا الشرط ومنها الأخطار الطبيعية كالزلازل والبراكين والصواعق والفيضانات، أما بالنسبة لباقي الأخطار كحوادث الحريق والمرض والوفاة فإن المؤمن له لا يستطيع بأفعاله الإيجابية أو السلبية أن يزيد من احتمال وقوع الخطر"[1].

4.**أن يكون الخطر موزعا بدرجة كبيرة أو منتشرا على نطاق واسع:**

حتى لا يؤدي تحققه إلى كارثة بمعنى أن لا يكون الخطر من النوع الذي يصيب عددا كبيرا من الوحدات المؤمن عليها في نفس الوقت ومثال ذلك أخطار الفيضان والزلازل والحروب فهذه الأخطار إذا وقعت فإن الخسائر التي تحدث عنها تصيب عدد كبير من الناس بما قد يؤدي إلى عجز المؤمن في دفع التعويضات التي تؤدي حتما غلى إفلاسه.

5.**أن تكون الخسائر الناتجة عن تحقق الحدث معدد أو ممكنة التحديد من حيث الوقت والمكان:**

ومن أمثلة الأخطار ذات النتائج المحددة أخطار الحوادث فالحادثة تقع في وقت معين يسهل تحديده وفي مكان معين يمكن معرفته، أما المرض فإنه من الأخطار الصعبة التحديد لأن وقوع المرض حدث تدريجي ولا يحدث فجأة ويصعب في الواقع تحديد وقت ومكان ابتدائه ووقت ومكان انتهائه.

**6.أن يكون تحقق الخطر مستقبلي:**

لأنه لا يمكن التأمين على أخطار تحققت فعلا كالتأمين على حياة شخص منوفي أو التأمين على بضاعة احترقت فعلا لأن معنى ذلك أن الخطر في الحالتين أ□بح مستحيلا.

1-إبراهيم محمد مهدي،مرجع سبق ذكره، ص،ص:113-114.

**ثانيا:المبادئ القانونية**

باعتبار عقد التأمين من العقود القانونية فهو يخضع لمجموعة من المبادئ التي تشترط في الطرفين المتعاقدين نذكر منها ما يلي:

**1-مبدأ منتهى حسن النية:**

" يقوم هذا المبدأ على أساس أنه يجب على كل طرفي العقد أن يمد الطرف الآخر بكافة المعلومات والبيانات والحقائق الجوهرية التي تتعلق بالخطر أو الشيء موضوع التأمين والظروف المحيطة به وكذلك تلك البيانات المتعلقة بعقد التأمين وشروطه".

"يقصد بالبيانات والحقائق الجوهرية تلك البيانات التي تؤثر على قرار المؤمن من حيث قبوله أو رفضه للتأمين أو في تقديره لقيمة القسط الواجب دفعه أو في تعيين حدود التأمين وشروطه".

**أ.مبدأ منتهى حسن النية من جانب المؤمن:** "يجب على المؤمن أن يلتزم بتوضيح العقد وشروطه،وفي هذه الحالة يفترض أن المؤمن له عاقل بالغ الأهلية،حيث يتسلم المؤمن له وثيقة التأمين وتكون شروط التأمين موضحة على ظهرها،وكل ما يتعلق بالعقد من حيث بدء سريانه وتاريخ انتهاء ومبلغ التأمين والقسط،وبهذا يتوفر مبدأ حسن النية من جهة المؤمن مع ملاحظة أن أي لبس أو غموض في وثيقة التأمين يفسر لمصلحة المؤمن له دائما".

**ب.مبدأ منتهى حسن النية من جانب المؤمن له:** "يجب على المؤمن له أن يمد المؤمن بكافة الحقائق والمعلومات والبيانات الهامة المتعلقة بالخطر والظروف المحيطة به والمتعلقة بالممتلكات والأ□ول المطلوب التأمين عليها، أو المتعلقة بالشخص المطلوب التأمين على حياته وظروفه الصحية وسيرته المرضية،حيث تحصل شركة التأمين على هذه البيانات من خلال طلب التأمين الذي يقوم المؤمن له عليه وكذلك عن طريق الكشف عن الشيء موضوع التأمين"[1].

1-أسامة عزمي سلام،وشقيري موسى،مرجع سابق الذكر،ص ص128-129.

**2-مبدأ المصلحة التأمينية:**

يقوم هذا المبدأ على أساس أن يكون للمؤمن له مصلحة مادية ومشروعة من بقاء الشيء أو الشخص على ما هو عليه ويتضرر المؤمن له في حال إذا لحق بالشيء أو الشخص (حادث معين مثلا) فالدائن له مصلحة تأمينية في التأمين على حياة المدين بقيمة القرض.

حتى توجد المصلحة التأمينية يجب أن تكون المصلحة مادية لإبرام العقد،كما يجب أن تكون المصلحة مشروعة ونشير هنا إلى أن الملكية تشكل أساسا لنشوء المصلحة التأمينية،فالمالك له مصلحة في التأمين على ممتلكاته بمقدار قيمتها إلا أن توقع الملكية بحد ذاته لا يشكل مصلحة تأمينية ولا يؤدي لخلق تلك المصلحة.

"تعود ضرورة وجود المصلحة التأمينية في جميع عقود التأمين للأسباب التالية:

**منع المقامرة:**بمعنى أي شخص بإمكانه التأمين على ممتلكات غيره وينتظر أن تهلك هذه الممتلكات ويقبض قيمتها.

**التقليل من الضرر الأخلاقي:**فيما أن للمؤمن له مصلحة تأمينية من بقاء ممتلكاته سليمة فإنه لن يعتمد إلحاق الضرر بها وبذلك تنتفي بالحالة هذه المصلحة.

**قياس حجم الخسارة:**إن عقود التأمين في معظمها عقود معاوضة فإن المصلحة التأمينية هي مقياس لحجم الخسارة الفعلية"[1].

**3-مبدأ السبب القريب:**

يعني ذلك أن يكون الحادث المؤمن منه هو السبب القريب أو الأ□لي أو المباشر لحدوث الخسارة بمعنى أن يكون السبب الفعال الذي بدأت به سلسلة الحوادث والتي أدت في النهاية إلى وقوع الخسارة دون تدخل أي مؤثر خارجي غير السبب الأ□لي وذلك حتى يلتزم المؤمن بدفع قيمة التعويض أو مبلغ التأمين وكلمة قريب لا تعني القرب زمنيا وإنما القريب من ناحية التسبب.

1-نفس المرجع، ص 130

و هذا المبدأ يثير الكثير من الجدل بين المؤمن والمؤمن له وخا□ة إذا لازم السبب القريب المغطى بالوثيقة أسباب أخرى غير مغطاة بالعقد أو مستثناة وذلك ضمن سلسلة من الحوادث المتعاقبة أو المتتالية. فإنه في هذه الحالة تلتزم شركة التأمين بالتعويض عن الخسائر كاملة في تأمينات الممتلكات أو تأمينات المسؤولية أو تلتزم بدفع مبلغ التأمين المحدد في عقود التأمين على الحياة.أما إذا كان السبب الأساسي القريب والذي بدا أولا غير مغطى أو مستثنى ثم جاء بعد ذلك السبب المغطى بالعقد فإن السبب الرئيسي يعتبر سبب ثانوي ولا تقوم شركة التأمين بدفع أي تعويضات.

**4-مبدأ التعويض:**

"ينطبق هذا المبدأ على التأمينات العامة أي جميع عقود التأمين م عدا التأمين على الحياة، ولذلك تسمى تلك العقود بعقود المعاوضة، ويقوم هذا المبدأ على أساس أنه لا يجوز للمؤمن له أن يحصل على تعويض يزيد عن الخسارة الفعلية التي حدثت وإنما يجب إعادة المؤمن له إلى الوضع الذي كان عليه قبل حدوث الخسارة.ويهدف هذا المبدأ إلى:

أ-منع المؤمن له من الكسب و الإثراء من التأمين،حيث لا يجوز للمؤمن له أن يحصل على أي ربح من جراء تحقق الخسارة وإنما يجب إعادة الممتلكات المتضررة إلى ما كانت عليه قبل حدوث الخطر أما من خلال التعويض النقدي أو التعويض العيني".

ب-ا"لحد من الخطر الأخلاقي و المعنوي حتى لا يتعمد المؤمن له إلحاق الضرر عمدا بالممتلكات المؤمن عليها للحصول على كسب من التأمين. و لذلك فإذا كان التعويض يساوي الخسارة الفعلية فهذا سيقلل أو يمنع افتعال الحوادث"[1].

**5-مبدأ المشاركة:**

هذا المبدأ يسري على تأمينات الممتلكات و المسؤولية "التأمينات العامة" ولا يسري على تأمينات الحياة و الأشخاص و ينص على أنه إذا قام المؤمن له بالتأمين لدى أكثر من مؤمن "شركة" فإن المؤمن له سيحصل على مبلغ التعويض مرة واحدة وتشترك جميع شركات التأمين في تعويض المؤمن له عند تحقق الخطر كل شركة حسب حصتها في مبلغ التأمين أي نسبة تغطيتها للخطر.

1-أسامة عزمي سلام ، وشقيري موسى،مرجع سبق ذكره، ص ص:141-144.

أي أن نصيب كل شركة في التعويض يحسب من خلال المعادلة التالية:

"نصيب الشركة في التعويض=مبلغ التأمين لدى الشركة المعنية/مجموع مبالغ التأمين لدى جميع الشركات في الخسارة الفعلية"[1].

6-مبدأ الحلول:

يتداخل مبدأ الحلول في الحقوق مع مبدأ التعويض ويقضي هذا المبدأ بإعطاء المؤمن الحق في الحلول محل المؤمن له في مطالبة طرف ثالث بتعويض قام بدفعه للمؤمن له،ويمتد هذا المبدأ ليحل المؤمن محل المؤمن له في رفع الدعاوى والمطالبة بالحقوق من طرف أو أطراف لهم □لة بالتسبب بالحادث وذلك بعد إتمام تسوية المطالبات أو قبل ذلك حسب مقتضى الحال،وفي حال حصلت شركة التأمين من خلالها مطالبتها القانونية من المتسبب بالضرر على مبلغ يفوق التعويض المدفوع للمؤمن له فإن الفرق يعود للمؤمن له.كما يطبق هذا المبدأ في عقود التأمين على الممتلكات والمسؤولية المدنية.

يهدف هذا المبدأ إلى منع المستأمن من الحصول على أكثر من تعويض كامل بالنسبة للخسارة التي لحقت به.

2.**وظائف التأمين:**

1- **توفير الأمان والطمأنينة:**"التأمين يساهم بقدر كبير في بث الشعور بالأمان والطمأنينة في نفوس المؤمن لهم وذلك عن طريق الشعور بالخوف لديهم، فالتأمين يقدم الحماية للمؤمن لهم ضد الأخطار التي تصيبهم في أشخا□هم أو ممتلكاتهم أو مسؤولياتهم المدنية سواء بصورة إجبارية عن طريق التأمينات الاجتماعية أو بصورة اختيارية عن طريق التأمينات الخاص"[2].

2-**زيادة الكفاءة الإنتاجية:** تقوم شركات التأمين بالحفاظ على حياة الأفراد الإنتاجية وضمانها للآخرين مما يؤدي إلى بث الطمأنينة في نفوس أ□حاب الأعمال والعاملين في كافة القطاعات الاقتصادية وهذا بدوره يؤدي إلى زيادة الكفاءة الإنتاجية لدى رجال الأعمال والعاملين وبالتالي استقرار المشروعات.

1-حديدي معراج، "**مدخل لدراسة قانون التأمين الجزائري**"،ديوان المطبوعات الجامعية،1999، ص:27.

2- عبد الوهاب يوسف أحمد،**التمويل وإدارة المؤسسات المالية**، ،دار النشر حامد،الطبعة الأولى2008، ص ص:197-198.

3-**تكوين رؤوس الأموال**:تعتبر شركات التأمين وعاء هاما من أوعية الادخار القديمة نتيجة تجميعها رﷺيدا ضخما من مجموع الأقساط والاشتراكات التي يقوم بسدادها المؤمن لهم وتستخدم هذه الأموال في الاستثمارات(قصيرة وطويلة) لتتمكن من دفع التعويضات في المستقبل.

**4-تعميم الائتمان**:يعتبر التأمين وسيلة هامة من وسائل توسيع نطاق الائتمان وتسهيله، وذلك لأن بعض الدائنين يشترطون على المدينين تأمين الرهان ليتمكن من الحصول على حقه من تعويض التأمين إذا تعرض الرهان إلى خطر يؤول مبلغ التأمين إلى الدائنين.

كما أن شركات التأمين تستخدم التأمينات في شراء الأوراق المالية المختلفة.

**5-المحافظة على رؤوس الأموال**: تقوم شركات التأمين بتعويض الخسائر التي تصيب رؤوس الأموال المؤمنة إذا تعرضت للأخطار وبما يجعلها تحافظ على رؤوس الأموال.

**6-خلق فرص عمل**:تمثل شركات التأمين أحد القطاعات الاقتصادية الهامة التي تستوعب عدد كبير من الأيدي العاملة ومن ثم تقلل من البطالة وتزيد من الإنتاج.

**7-إدارة الأخطار وتطوير وسائل منع الحوادث**:وتقوم شركات التأمين بإدارة الأخطار التي تتعرض لها المشروعات الإنتاجية المؤمنة مما يعطي هذه المشروعات الفرﷺة لتطوير إنتاجها وتحسينه.

كما تعمل شركات التأمين على تطوير وسائل منع الحوادث وتخفيضها وذلك بالقيام بالأبحاث المتطورة في مجال دراسة أسباب الحوادث والعمل على تفاديها وإمكانية تقليل الخسائر المادية المترتبة عنها.

**المطلب الرابع:أنواع التأمين وتقسيماته**

يمكن تقسيم أنواع التأمين إلى عدة تقسيمات مختلفة أهمها:

**أولا:تقسيم التأمين حسب الهيئات التي تقوم به**

التأمين الحكومي-شركات التأمين المساهمة العامة-التأمين التعاوني-ﷺناديق التأمين الخاﷺة.

**ثانيا:تأمين الخطر المؤمن ضده:**

أخطار الأشخاص-أخطار الممتلكات-أخطار المسؤولية المدنية.

**أ-تأمينات الأشخاص وأهمها:**"التأمين على الحياة-التأمين ضد الحوادث الشخصية-التأمين ضد العجز والشيخوخة والوفاة-التأمين ضد المرض-التأمين على البطالة".

**ب-تأمينات الممتلكات وأهمها:**"التأمين ضد السرقة-الحرق-البحري-التأمين على الماشية والمحا يل الزراعية-التأمين ضد الظواهر الطبيعية مثل الفيضانات والبراكين والزلازل وغيرها".

**ج-تأمينات المسؤولية المدنية وأهمها:**"تأمين المسؤولية المدنية لأ حاب المركبات-تأمين المسؤولية المدنية لأ حاب المحلات التجارية والعمارات السكنية-تأمين المسؤولية المدنية للمقاولين-تأمين إ ابات العمل وأمراض المهنة"[1].

**3-تقسيم التأمين إلى اختياري وإجباري:**

| التأمينات الاختيارية | التأمينات الإجبارية |
|---|---|
| وهي جميع أنواع التأمين الخا ة سواء تأمين الأشخاص أو الممتلكات التي يكون فيها الشخص المعرض للخطر حرا بالقيام بالتأمين من عدمه. | " هي التي يكون فيها الشخص المعرض للخطر مجبرا على القيام بالتامين بحكم القانون ومن أهمها التأمين الاجتماعي،التأمين ضد المسؤولية المدنية. |

**4-تقسيم التأمين من حيث شرعيته:**

" الجدولرقم3: يتضمن مقارنة وعملية مقاربة بين نوعين من التأمين وهما التأمين التجاري والتأمين التعاوني"[2]:

| تأمين تجاري | تأمين تعاوني |
|---|---|
| -هو تأمين اختياري تتولاه بعض الشركات ذات رؤوس | -يعد البديل المثالي للمجتمعات الإسلامية وذلك |

1-عبد الوهاب يوسف أحمد، مرجع سبق ذكره ص ص:199-201

2- حربي محمد عريقات،"**التأمين وإدارة الخطر(النظرية والتطبيق)**"دار وائل للنشر والتوزيع،عمان الأردن،الطبعة الأولى2007،ص ص:37-38.

| | |
|---|---|
| الأموال الضخمة والتي تهدف للربح.<br>- تختلف التغطية التي يتمتع بها المشترك باختلاف القسط الذي يدفعه وتحدد قيمة هذا القسط وفقا لدرجة الخطورة واحتمالات تحقق الخطر وبناءا على حسابات تقوم بها شركات التأمين.<br>ويندرج تحت هذا النوع من التأمين:التأمين على الحياة، التأمين ضد الشيخوخة، التأمين ضد الحوادث، التأمين الصحي. | لاتفاقه مع مبادئ الشريعة الإسلامية وكونه تطبيق عصري منخفض التكاليف لمبدأ التكافل الاجتماعي بين الأفراد.<br>-يعتبر عقدا من عقود التبرع التي يقصد بها تفتيت الأخطار والاشتراك في تحمل مسؤولية المخاطر وذلك عن طريق المساهمات المالية التي يدفعها المشتركون لهذا العرض.<br>-الربح ليس الهدف الأساسي لهذا النوع من التأمين. |

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مكتسبات قبلية

## المبحث الثاني:مدخل إلى التأمين الصحي

### المطلب الأول:بدايات التأمين الصحي ونشأته وتطوره

نشأ التأمين الصحي تاريخيا مع التطورات العمالية وذلك من خلال تجميع الموارد ور دها لضمان الحماية من مخاطر المرض،فقد شكل حرفيو أوربا في العصور الوسطى نقابات الصناع التي أنشأت  ناديق لدعم الأعضاء في أوقات العوز الناتج عن المرض، والتي يسهم فيها كل عضو بشكل دوري، وتوسعت وتطورت هذه الصناديق مع التطور الصناعي إذ ساد مفهوم مشاركة الخطورة التي تهدد دخل العامل بسبب المرض،وبدأت مجموعات العمال والمزارعين في المنطقة الواحدة بإنشاء  ناديق المرض أو جمعيات الدعم التعاونية لهذا الغرض وجمعت هذه الجمعيات مساهمات المشاركين لتوفر العون والدعم للأعضاء المحتاجين فقط وليس بهدف الربح أو الاستثمار فقد كان المبدأ الأساسي لهذه الجمعيات هو التكافل. وفي بداية الأمر وفرت هذه الصناديق والجمعيات الدعم النقدي،ثم أخذت تتعاقد مع مقدمي الرعاية الصحية لرعاية أعضائها،ثم طورت خدماتها الطبية الخا ة فبادر أرباب العمل في المهن الخطرة مثل:أعمال التنقيب بإلزام العمال في الاشتراك في هذه الجمعيات،ثم تنبه القادة السياسيون إلى قواعد تعميم هذه التنظيمات.

إن أول وثيقة تأمين صحي صدرت على مستوى العالم كانت في ألمانيا عام 1883م حيث سنت الدولة قانونا يقضي بإلزام العمال في صناعة محددة يتقاضون دخلا أقل من مستوى معين بالاشتراك في صندوق المرض ويمول الصندوق بمساهمة إلزامية لكل من الموظف ورب العمل. ومن هنا نما التأمين الصحي كآلية للضمان الاجتماعي الإلزامي،و في عام 1987م،بدأت النمسا التأمين الصحي ثم تتبعها النرويج عام 1902م، ثم بريطانيا عام 1910م، و فرنسا عام 1921 ،وبحلول عام 1930م عم التأمين الصحي الإلزامي معظم الدول[1].

أما فيما يتعلق بالعالم العربي فإن أول وثيقة كتبت باللغة العربية لتأمين العلاج الطبي ظهرت في مصر عام 1957م بين الشركة المتحدة للتأمين وبنك الإسكندرية، كما صدرت وثيقة أخرى في نفس العام بين شركة مصر للتأمين وشركة أسوستا للخدمات البترولية.ويعتبر عام 2005م وهو العام الذي شهد ميلاد خدمة التأمين الصحي في اليمن من خلال الشركة المتخصصة للتأمين الصحي MIS أول شركة وقد صدرت عن الشركة أول وثيقة لإدارة النفقات الطبية لموظفي المركز التجاري للسيارات والمحركات (شركة تويوتا Toyota) وذلك بتاريخ 1 أكتوبر 2006 وفي العام اللاحق 2007 صدرت عقود تأمين صحي لعدد من الجهات[(2)].

**المطلب الثاني:مفهوم التأمين الصحي ومشروعيته**

**1-مفهوم التأمين الصحي**

**أولا-التأمين الصحي في اللغة:**

**أ-**يقال:أمن زبد أسد وأمن منه،مثل سلم وزنا ومعنى الأصل أن يستعمل في سكون القلب،والأمن ضد الخوف ،قال الراغب:أصل الأمن طمأنينة النفس وزوال الخوف ويقال استأمن إليه أي دخل في أمانة،فالتأمين مصدر للفعل الرباعي أمن يؤمن تأمينا:أعطاه الأمن وأزال خوفه.

ب-"جاء في مختار الصحاح: الصحة ضد السقم ،وتعني الصحة في اللغة في لسان العرب لابن منظور، ذهاب المرض"[3]،وفي الحديث:"لا يوردون ذو عاهة على مصح"، وفي المصباح المنير، الصحة في البدن حالة طبيعية تجري أفعاله معها على المجرى الطبيعي، والرجل الصحيح الجسد، خلاف مريض.

---

1-نفس المرجع السابق ص:369.

2-عبد الهادي السيد، **"عقد التأمين حقيقته ومشروعيته"**، بيروت الحلبي 2003، ص:160.

1- الأفضل جمال الدين محمد بن مكر ابن منظور الإفريقي المصري،"**لسان العرب**"،المجلد2،دار صياد،بيروت لبنان،ص:507.

ج-فالتأمين الصحي في اللغة:يعني طلب أو إعطاء الأمن والطمأنينة للنفس ضد عوائل المرض.

**ثانيا-التأمين الصحي في الاصطلاح:**

"هو عقد بين فرد ومؤسسة ينص على أن يدفع المؤمن له مبلغا أو عدة أقساط مقابل أن تلتزم هذه الشركة أو المؤسسة بأن تدفع له مصاريف العلاج وثمن الأدوية كلها أو بعضها وذلك إذا مرض المؤمن له خلال مدة التأمين.أي أن التأمين يشمل الرعاية الصحية والحماية التأمينية للمريض في العلاج وفي تعويض الأجر خلال فترة العجز المؤقت أو التوقف عن العمل يسبب المرض، و يقصد بالمريض هنا من أ يب بمرض غير إ ابة العمل كالأمراض التي تعتري الإنسان بكافة أنواعها"[1].

وحق الانتفاع بهذا النوع من التأمين يشترط الاشتراك لمدة سنة للعاملين بوحدات الجهاز الإداري للدولة والهيئات العامة أما المؤسسات العامة والقطاع العام فلا داعي لاشتراط المدة لأنه عند التحاقهم بالعمل في هذه الجهات يكونوا قد خضعوا لكشوفات أثبتت مدى سلامتهم و ملائمتهم .

ويتم تمويل هذا التأمين من المصادر التالية:

-الاشتراكات التي تقتطع من أجور العمال بنسب محددة

-رسوم العلاج التي تحصل من العامل عند كل حالة مرضية.

كما يشمل مصطلح التأمين الصحي بشكل عام عدة أنواع من العقود التأمينية التي رغم ارتباطها ببعضها البعض، إلا أن كلا منها يهدف إلى الحماية ضد مخاطر مختلفة، ويدخل ضمن التأمين الصحي تصنيفان من التأمين هما:

**1-تأمين دخل العجز:**

"التأمين ضد فقدان الدخل، والذي يوفر دفعات منتظمة عند عدم قدرة المؤمن عليه على العمل بسبب المرض أو الإ ابة وتكون أهلية تحصيل الدفعات على أساس افتراض فقدان الدخل، ولكن تعرف فعليا على أساس عدم القدرة على ممارسة العمل"[2].

2-نوال أقاسم،**نشاط التأمين في التنمية الاقتصادية**،الجزائر،جامعة الجزائر،2002، ص:35.

1-حربي محمد عريقات، مرجع سابق الذكر،ص:370.

**2-تأمين التكلفة الطبية:**

يوفر تكاليف الرعاية الطبية الناتجة عن المرض أو الإ□ابة، 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 توفير الخدمات مباشرة. وبالإمكان تقسيم هذا النوع من التأمين إلى أربعة أقسام هي:تغطية تكلفة المستشفى وتكلفة الجراحة وتكلفة الخدمات الطبية العادية والتكاليف الطبية الكبرى، بحيث يصبح هناك أربعة أنواع من التأمين الصحي. ويتم تسويق أنواع التأمين الصحي إما على أساس جماعي أو على أساس فردي، حيث يتطلب التأمين الصحي الجماعي مجموعة من الناس بحد أدنى محدد، وتكون التغطية في التأمين الجماعي مماثلة للتغطية الفردية،إلا أن التكلفة أقل،ويقوم رب عمل المجموعة غالبا بتحصيل القسم التأميني، وذلك بحسم مساهمة كل فرد من راتبه وبعد إضافة مساهمة رب العمل يدفع قسط المجموعة لشركة التأمين.

و التأمين الصحي قد يندرج تحت أي نوع من أنواع التأمين الرئيسية السابقة الذكر، فقد تكون تحت مظلة التأمين الاجتماعي أو التأمين التجاري أو التعاوني.

**2-مشروعية التأمين الصحي:**

أقرت المجامع الفقهية التأمين التعاوني الإسلامي في عدد من الاجتماعات الفقهية ومنها:

- المؤتمر العالمي الأول للاقتصاد الإسلامي في مكة المكرمة عام 1976م.
- قرار هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية الرياض عام 1977م.
- فتوى هيئة الرقابة الشرعية- بنك فيصل الإسلامي- السودان.
-مجلس المجمع الفقهي برابطة العالم الإسلامي 1389 هجرية.
- الاجتماع الفقهي الذي عقد في عمان بحضور 37 شخصية إسلامية عالميةً من 16 دولة إسلامية برعاية شركة البركة والبنك الإسلامي الأردني 1996م.

**لماذا ثارت التساؤلات حول مشروعيته؟**

التأمين الصحي، كما هو معلوم، بدأ في الغرب قبل أن يبدأ في الدول العربية و الإسلامية بأكثر من سبعة عقود من الزمن، وبالمثل في بقية أنواع التأمين، بدأ إ□دار عقود التأمين في المجتمعات الغربية وتم نقلها من هناك كما هي، فكانت خاليةً من أية ضوابط شرعية، ولذلك، فالتحفظات التي نشأت – ولازالت قائمة – لم تكن ناتجة عن عقد التأمين ذاته وإنما عن الممارسات المصاحبة له بما تحويه من ربا وغبن وضرر وتدليس.

**التأصيل الشرعي:**

"سابقاً للتأمين بعقود طويلة نجد الإسلام يحث على مبدأ التكافل والتعاون حيث يقول تعالى في محكم كتابه: (وتعاونوا على البر والتقوى ولا تعاونوا على الإثم والعدوان)"[1]، كما امتدح النبي ﷺ التعاون القائم على مشاركة الجميع في درء الخطر حيث يقول في الحديث الذي رواه أبو موسى الأشعري: "إن الأشعريين إذا أرملوا في الغزو أو قل طعام عيالهم بالمدينة جمعوا ما كان عندهم في ثوب واحد ثم اقتسموه بينهم في إناء واحد بالسوية فهم مني وأنا منهم"أخرجه البخاري، وقد حمل الفقهاء التأمين الصحي على انه يندرج تحت حكم الجعالة، وهي اسم لما يجعله الإنسان لغيره، و في ا□طلاح الفقهاء هي: (التزام عوض معلوم على عمل معين معلوم أو مجهول)، ومن أدلة مشروعية الجعالة قوله تعالى "ولمن جاء به حمل بعير و أنا به زعيم[2]"، وحديث أبي سعيد الخدري في الصحيحين في قصة الرقية على سيد الحي لما لدغته حية وطلب أهل الحي من الصحابة رقية سيدهم وكانوا استضافوهم قبل فأبوا أن يضيفوهم، فقال أبو سعيد: لا نرقيه حتى تجعلوا لنا جعلاً، فجاعلوهم على قطيع من الغنم، فقرأ عليه أبو سعيد سورة الفاتحة فشفي من ساعته كأنما نشط من عقال، فلما رجعوا إلى رسول الله ﷺ ومعهم الغنم وأخبروه تبسم وقال: (ما أدراك أنها رقية، أضربوا لي معكم بسهم) وحديث أبي قتادة في الصحيحين أن النبي □لي الله عليه وسلم قال يوم حنين (من قتل قتيلاً له عليه بينه فله سلبه) ووجه الاستدلال تعيين الجعل (السلب) وعدم تعيين المجعول (المقتول) ولا المجعول له (القاتل).

والجعالة من المعاملات التي كانت موجودة في الجاهلية ولما جاء الإسلام أقرها فصار ذلك تشريعاً، وعمل بها □حابة رسول الله ﷺ، وعقد الجعالة يجوز على عمل مجهول وينعقد مع وجود الجهالة والغرر اليسيرين.

"والتأمين الصحي معاوضة مال بمنفعة قائمة أو محتملة، وهذا من باب العقود على المنافع المباحة، ووجود الجهالة والغرر اليسيرين لا يبطلانه، وعقود المعوضات في الشريعة مبينه على جلب المصالح ودرء المفاسد وغالب مبناها الاجتهاد، بخلاف العبادات فان مبناها الإتباع والتوقيف".

1 –القرآن الكريم، سورة المائدة الآية 2.

**2**–القرأن الكريم، سورة يوسف، الآية 72.

كما أن أحكام العاقلة في الشريعة الإسلامية تعتبر نوعاً من التكافل والتعاون بين مجموعة من الأشخاص لمواجهة التزامات يشق على أحدهم منفرداً تحملها.

**المطلب الثالث:أنواع التأمين الصحي وتحديد طرق تقديم خدمات**

## 1-أنواع التأمين الصحي:

لاشك أن لكل نوع من أنواع التأمين الصحي مزاياه الخا□ة به ولكل نوع عيوبه ومحاذيره واشتراطاته اللازمة لنجاحه، ومع ذلك فإن تطبيق أي نوع من أنواع التأمين الصحي خير من الغياب التام للتأمين، لأن البديل عن التأمين هو الدفع المباشر والذي يسبب مواجهة محدودي الدخل لمشاكل الكلف العالية للخدمات الصحية، وإذا كانت الحاجة للتأمين الصحي أ□بحت من الأمور المسلم بها حتى في أوساط غير المختصين، فإنه من المهم معرفة مختلف أنواع التأمين الصحي المطبقة في أنحاء العالم وخصائص كل نوع حتى يتسنى لنا استنباط الآلية الأكثر

1

مناسبة لمجتمعنا ، ويمكن تلخيص أنواع التأمين الصحي فيما يلي:

### 1- أنظمة التأمين الصحي الشمولية:

هي الأنظمة التي تعتمد على دفع تكاليف نفقات المعالجة من خلال الضرائب العامة التي تجمعها الدول من المواطنين، ولا تعتمد المساهمة في هذه الأنظمة على مدى استغلال الخدمات الصحية إنما على الآليات المتبعة لجمع الضرائب، وقد تحقق هذه الأنظمة بعض العدالة إذا كانت الضرائب تجمع بشكل تصاعدي، بحيث تكون الضرائب معتمده على مستوى الدخل وعلى الأ□ول والعقارات والأراضي، بحيث يمكن للفقير أن يستفيد من الضرائب العالية التي يدفعها الغني، بينما في المقابل عند الاعتماد على ضرائب أخرى مثل ضريبة مبيعات السلع الأساسية وضرائب الخدمات فإنها تضر الفقراء ولا تؤثر على الأغنياء.

إذا كانت أبرز ميزه في هذه الأنظمة شمول جميع المواطنين في محفظة خطر واحدة نتيجة لإلزامية دفع الضرائب حتى نظرياً، لكن الملاحظ عملياً في الدول النامية أن الضرائب تقع أعباءها على متوسطي ومحدودي الدخل بينما تقدم الخدمات للمقتدرين، وتبقى المشكلة الرئيسية لهذه الأنظمة أنه غالباً ما يرافقها تدني لمستوى الخدمات الصحية المقدمة وتدني الفاعلية وذلك ناتج عن أسباب اقتصادية (مثل التضخم و تحول الموظفين إلى الوظائف غير الحكومية و ضعف أنظمة الضرائب)، مما يجعل الضرائب المجموعة من العاملين في كثير من الدول محدودة، فضلاً على التضاؤل المستمر لدخل بعض الحكومات مما يؤدي إلى عجز هذه الدول عن تحمل نفقات الخدمات الصحية وبالتالي ظهور أنظمة □حية شبه خا□ة تتصف بتدني الجودة والفاعلية، كما يؤدي أيضاً إلى تفشي الدفع غير

1--مقالة نشرت في "**مجلة الصحة والسكان**"، العدد الثامن ، ديسمبر 2005 في الصحيفتين 44-45.

النظامي والذي يعتبر نتيجة طبيعية لانخفاض الميزانية المخصصة للمعالجة وتدني مستوى الدخل لدى مقدمي الخدمات الصحية، الأمر الذي يدفع المستفيدين من الخدمات الصحية للجوء للدفع غير النظامي للحصول على مستوى أفضل من الخدمات، لذلك يعتبر الدفع غير النظامي من المظاهر المرافقة للأنظمة الصحية التي لا يتوفر لها تمويل كافي ولا إدارة مناسبة.

**2- التأمين الصحي الاجتماعي:**

ظهر هذا النوع من التأمين الصحي في أوروبا أواخر القرن التاسع عشر، واتسع خلال ثلاثينات القرن العشرين في أمريكا اللاتينية، وظهر منذ التسعينات في أوروبا الشرقية في ما كان يسمى بالاتحاد السوفيتي، كما ظهر أيضاً في بعض الدول النامية، لكنه غالباً ما يغطي الموظفين الحكوميين وأولئك الذين يتبعون لأعمال نظامية، كونه يعتمد عادةً على العضوية الإجبارية لمجاميع محدودة من خلال المساهمة بجزء من الراتب للحصول على منافع محدودة، وغالباً ما يكون هذا النوع جزءاً من نظام اجتماعي أشمل مثل نظام التأمينات الاجتماعية والتقاعد وغيرها، ومع ذلك ينصح دائماً بأن يكون التأمين الصحي الاجتماعي ذا ميزانية وإدارة مستقلة لأن أي نوع آخر من التأمينات يرفق مع التأمين الصحي غالباً ما يؤثر عليه سلباً بأن يتم □رف المبالغ المجموعة للتأمين المضاف على حساب التأمين الصحي، بل إن كثيراً من أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي لا يمكنها أن تستمر دون دعم إضافي من الحكومات.

وتكون فر□ة نجاح هذا النوع من التأمين أكبر عندما يعتمد على أنظمة ضريبية شمولية سابقة، ويسهل انتشاره في الدول ذات مستوى الدخل العالي، حيث نجد على سبيل المثال أن مستوى الانتشار في تايلاند بلغ 13% خلال عقد من الزمن بينما بلغت اندنوسيا نفس معدل الانتشار بعد ثلاثة عقود لأن مستوى الدخل في تايلاند ثلاثة أضعاف الدخل في اندنوسيا، وكذلك في الأرجنتين نجد معدل انتشار التأمين الصحي الاجتماعي أكثر من ضعف المعدل في المكسيك مع أنه بدأ تطبيقه في كليهما قبل حوالي ثمانية عقود وذلك لأن مستوى الدخل في الأرجنتين الذي يبلغ ثمانية ألف دولار للفرد سنوياً حوالي ضعف مستوى الدخل في المكسيك الذي لا يتجاوز أربعة ألف دولار للفرد سنوياً، كما أن فر□ة نجاح هذا التأمين تكون أكبر أيضاً في البلدان الصناعية التي يندرج فيها معظم العاملين ضمن مؤسسات وشركات ومصانع ومعامل (حكومية وخا□ة)، والتي يكون سكانها مكثفين في مناطق محدودة، بحيث يسهل إيصال الخدمات الصحية لها لاسيما مع احتواءها على أنظمة إدارية محكمة.

وفي المقابل نجد أن الوضع يختلف تماماً عند محاولة تطبيق نظام التأمين الصحي الاجتماعي في البلدان الزراعية التي يكثر فيها العاملون غير الرسميين (الذين يصعب جمع المساهمات منهم)، والتي ينتشر فيها السكان في مناطق متناثرة، ويزداد الأمر □عوبةً إذا كانت تشكو من الضعف الإداري ومستوى الدخول فيها متدني حيث

يصعب في بلدان كهذه أن يتم تغطيتها بشكل جيد، لذلك نجد أن عدداً من الدول كانت تعتقد أن التأمين الصحي الاجتماعي سوف يحل مشاكلها لكن نتائجه خيبت الآمال، ولهذا كان من الطبيعي أن نجد بعض بلدان أمريكا اللاتينية بدأت هذا النوع من التأمين منذ ثلاثينيات القرن الماضي ولازالت التغطية التأمينية منخفضة كما في بوليفيا والبار جواي والسلفادور (نسبة التغطية بين 11-18% )، لأن مستوى دخل الفرد لا يتجاوز 1500 دولار سنوياً (مع أن هذا الدخل يعتبر أضعاف مستوى الدخل السنوي في عدد من الدول العربية).

ولمحاولة زيادة فعالية هذا النوع من التأمين ينصح بأن يتم إدارته عبر هيئة مستقلة يتكون مجلسها من الحكومة وممثلين عن المجتمع وممثلين عن مقدمي الخدمات الصحية (العامة والخاصة)، بحيث يفترض أن هذه الهيئة ستصبح مسؤولة عن جمع المخصصات الصحية وتوزيعها على مقدمي الخدمة، إضافة إلى تقييم كفاءة مقدمي الخدمة، بينما يتبقى دور وزارة الصحة محصوراً في وضع السياسات وتخطيط وإدارة البرامج الوطنية وتسعير وترخيص الخدمات الصحية المقدمة.

### 3- التأمين الصحي المجتمعي (الاختياري):

يختلف هذا النوع من التأمين عن التأمين الصحي الاجتماعي أن التأمين المجتمعي اختياري وبالتالي فاستعماله يكون على مستوى محدود، ويستهدف العمال والمزارعين وأصحاب الأعمال الحرة لذا يمكن استخدامه لمن لم تشملهم أنواع التأمين الأخرى، ومن الصعب وضع هذا النوع من التأمين في نمط محدد لوجود تفاوت واختلاف من حيث نشأته وتطبيقه من بلد لآخر، بل ويختلف في نفس البلد من منطقة لأخرى كما في فيتنام وتايلاند، ومن أهم تبايناته الاختلاف في المنافع التي تقدمها هذه البرامج التأمينية ففي الوقت الذي نجد برامج تهتم بالحالات الأكثر كلفة، قليلة الحدوث، (مثل الإدخال إلى المستشفيات)، بهدف حماية المرضى من الكلف العالية، نجد برامج أخرى تهتم بالحالات كثيرة الحدوث قليلة الكلفة (مثل زيارة المراكز الصحية)، بهدف رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة، وهذه عادة تستعمل على مستوى القرى [1].

تعتمد الأنظمة التأمينية المجتمعية على أقساط تدفعها الأسر، ولهذا فهي تستهدف المناطق الريفية متوسطة الدخل وليس المناطق الأكثر فقراً، لأن الأقساط حينها ستعجز عن دفع كلف المنافع لمحدوديتها، ولمواجهة ذلك أصبح من الشائع في هذه الأنظمة أن يغطي التأمين المجتمعي جزءاً من كلفة الخدمات، بينما يتم تغطية بقية الكلفة من خلال دعم المانحين وتعاون منظمات المجتمع المدني ومن نسبة المشاركة التي يدفعها المرضى، كما يقوم بعض القرويون بالمساعدة في بناء العيادات لتقليل الكلف اللازمة للبنية التحتية.

[1] -علة أحمد شاكر، "**الإطار العملي لنظرية التأمين**"ن القاهرة، كلية التجارة، 1996، ص:101

كما يمكن زيادة فرصة نجاح هذه الأنظمة التأمينية بأن تكون جزءاً من برنامج تنموي أوسع، إضافة إلى إعادة تنظيم الخدمات الصحية في المناطق، والحد من سوء استخدام الخدمات، والتنسيق بين البرامج المحلية المختلفة لتستفيد من بعضها في التصميم والتدريب ونظم المعلومات كما حدث في الفلبين، كما أنه من المهم جداً شمول المجتمع في تصميم البرامج التأمينية من مراحلها الأولى وصياغتها بأسلوب يجعلها بمتناول المجتمع فإن ذلك يرفع من درجة اهتمام المجتمع ويشجعهم على الاشتراك.

ومع محدودية توزيع الخطر في هذا النوع من التأمين كونه ينحصر في مناطق محدودة ولكن عند مقارنته بالدفع المباشر أو الدفع غير النظامي فإن التأمين المجتمعي يبقى أفضل لتوزيعه للخطر بين مجموعة محدودة، ومع صعوبة تغطيته لخدمات صحية كاملة (حيث يحوي دائماً على استثناءات وأسقف محددة) ولكن غالباً ما تتحسن الخدمات مع الوقت، لاسيما إذا تم تصميم المنافع بشكل جذاب وسهل المنال بحيث يراعي التوازن بين الأولوية والحاجة والقابلية للتنفيذ.

## 2-تحديد طرق تقديم خدمات التأمين الصحي:

### 1-نظام التأمين الصحي الاجتماعي:

هو تأمين إجباري بحكم القانون، ينفذ من خلال هيئة مركزية، بحكم القانون من خلال أكثر من هيئة للتأمين الصحي وفرعيه الواحدة تتبعها هيئات ولكل منها فروع تنتشر جغرافيا لتغطي الخدمة التأمينية فئة متجانسة من الأفراد وتقدم خدماتها بإحدى الطرق التالية:

-تقديم الخدمات من قبل مستشفيات تتبع الدولة.

-تقديم الخدمات من قبل القطاع الخاص بالتعاقد مع الدولة.

### 2-نظام التأمين الصحي الخاص:

1-يتعاقد أرباب العمل أو الأفراد أوكليهما مع شركات التأمين الخاصة والتي تقوم بدورها بالتعاقد مع مجموعة من المنشآت الصحية والأطباء لتقدم الخدمات الصحية للمستفيدين الذين تم تحصيل اشتراكات سنوية/شهرية منهم نظير ذلك،وتقوم الخدمات الصحية لشركات التأمين بسداد المطالبات المالية للمنشآت الصحية والأطباء وفقا لنصوص العقود بينهم.

2-تكوين منظمات محلية للحفاظ على الصحة:

تملك كل منها أو تتعاقد مع مجموعة من المنشآت الصحية والأطباء لتقديم حزمة شاملة من خدمات التأمين الصحي للمستفيدين مقابل اشتراك سنوي/شهري، وبذلك يتم ضمان تكامل الخدمات وجودتها وكفاءة

استخدامها من خلال اتباع نظام للتحويل بين المستويات المختلفة للخدمة وفقا للحاجة الفعلية للمريض مع رقابة استخدام هذه الخدمات.

3-برامج الرعاية الصحية والمدارة اقتصاديا وتشمل على:

أ.منظمات الحفاظ على الصحة:خدمة تأمينية توفر من خلالها المنظمات الصحية المشاركة خدمات شاملة للمشتركين، مقابل أقساط اشتراك سنوية محددة مسبقا، وقد أثبتت فعاليتها في ضبط التزايد المطرد في أسعار الخدمات الصحية مقارنة بالطرق التقليدية للدفع FFS مع توفير نتائج □حية مماثلة، وتو□لت هذه المنظمات إلى تخفيض تكلفة الرعاية الصحية من خلال الحد من خدمات التنويم ومن تقليص فترة الإقامة في المستشفى دون التأثير على جودة الرعاية الصحية المقدمة[1]

ب.منظمات الرعاية المفضلة:خطة تأمينية تمنح المشتركين من مجموعات كبيرة مثل: النقابات العمالية ومجموعات الموظفين،الفر□ة للاختيار بين عدد محدد من مقدمي الخدمة الذين يتم التفاوض معهم على تقديم الخدمات الصحية بأسعار مخفضة، ويكون الدفع في مقابل الخدمة المقدمة، مع وضع ضوابط لتقليل النفقات، وتكون الأسعار أقل في حال مراجعة المرضى للأطباء والمستشفيات المحددة مسبقا، ويفضل الموظفون الاشتراك في مثل هذه المنظمات، لأنها أكثر مرونة وأقل تقييدا من منظمات الحفاظ على الصحة، كما يفضلها أرباب العمل.

**المطلب الرابع:أهداف التأمين الصحي وفوائده**

**1-أهداف التأمين الصحي:**

"لقد ظلت تكلفة الخدمات الصحية وخا□ة في مجال التشخيص والعلاج تسجل ارتفاعا ملحوظا،الآخر الذي انعكس سلبا على وفرة الخدمات وجودتها وتوفير التمويل اللازم لتقديمها،وتجيء فكرة التأمين الصحي لدرء هذه المخاطر ولضمان جودة الخدمات ووفرتها وسهولة الو□ول إليها عبر جملة من الأهداف يمكن تلخيصها في الآتي"[(1)]:

-تقديم أفضل خدمات الرعاية الصحية للمؤمن عليهم تأسيسا على مبدأ المشاركة.

-تحقيق العبء العلاجي والمالي على المؤمن عليهم تعضيدا لقيم التكافل والتراحم بين أفراد المجتمع وفئاته.

-تحقيق العبء العلاجي والمالي على الدولة.

[1] -WWW.NHIF..GOV.SD/ DETAILS. PHPNSN.TYPEm18-41

-تأهيل وتطوير الخدمات الطبية وترقيتها وفق أسس ومعايير حديثة.

-استقطاب وتدريب الكوادر الطبية والفنية والعمل على استبقائها وتحسين بنية العمل لها.

-تقليل العلاج بالخارج بتوفير أحدث تقنيات التشخيص والعلاج بالداخل.

-تأسيس نظام □حي يعتمد في مراحله(تخطيط، تنفيذ، متابعة وإشراف، تقييم وتقويم) على العملية والمنهجية، وإجراء البحوث والدراسات اللازمة لتطويره.

-إدخال تقنيات العمل الحديثة من نظم وبرمجة وشبكات في كل النظم المعلوماتية، الإدارية، المالية والمحاسبة، و مراحل التطبيق وتقديم الخدمة.

إزالة العائق المالي بين المريض وحصوله على الخدمة.

-تأسيس نظام □حي يخضع لمعايير إدارة وتأكيد الجودة وفق المحاسبات العالمية".

-تحسين مستوى الخدمات الطبية المقدمة من خلال توفير مصادر مالية ثابتة ومستمرة.

-الحث على المزيد من التنويع والمنافسة في تقديم الخدمات الطبية.

-رفع المستوى الوطني الوظيفي والاطمئنان لدى الغير.

-ترسيخ مفهوم وفلسفة ومبادئ التامين الصحي كآلية من آليات التكافل الاجتماعي لتحقيق التكافل،العدالة والمساواة في المجتمع.

-شمولية التغطية السكانية والخدمات الطبية لكافة شرائح المجتمع بجميع فئاتهم العمرية ومقدراتهم الاقتصادية وتركيبتهم الاجتماعية وأحوالهم الصحية المتباينة.

-تحقيق أعلى مستوى ممكن من الصحة وتقوية روح التكافل الاجتماعي من خلال توفير الخدمات الطبية الشاملة والمتكاملة بأسلوب تكافلي يضم كافة أفراد المجتمع.

-إدارة نظام قومي للتأمين الصحي بالتنسيق مع الإدارات التنفيذية لتقديم أفضل الخدمات الطبية للمؤمن لهم وتطويرها وفقا لمبدأ المشاركة في التكلفة.

-وضع الأسس العامة لكيفية المشاركة في تحقيق عبء تكلفة العلاج على الأسر والدولة.

**2-فوائد التأمين الصحي::**

إن التأمين الصحي فيه الحل لكثير من المعضلات الصحية كما أن فيه فائدة لكافة الأطراف ابتداءً بالمواطن المؤمن عليه، مروراً بجهات العمل وانتهاء بمقدمي الخدمات الصحية والتأمينية ويمكن تلخيص فائدة كل طرف في ما يلي:

1) **المؤمن عليه (سواء كان موظفاً أو عاملاً أو طالباً أو غير ذلك)**

"مع زيادة كلفة الخدمات الصحية، أ□بح المرض الذي 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 الدخول تراجع بينما الكلف تزايدت، 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" [1]

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 وفحو□ات وعمليات وغيرها 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 مفتعله.

**2)فوائد التأمين الصحي لجهات العمل (سواء كانت جهات حكومية أو خاصة)**

[1] -http/www.misyemen.com/pages.pbping/arabic.sid 33998, Consulté 12.2.2016

"تستفيد جهات العمل من توفير التأمين الصحي لموظفيها وعمالها برفع الإنتاجية من خلال المحافظة على حتهم 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 بعيداً عن أية محاباة وانتقائية حيث أن القيادات الإدارية يصعب عليها أحياناً التفريق بين الصادقين والكاذبين في ادعائهم للمرض، مما يؤدي إلى رف 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"[1].

### 3) فوائد التأمين الصحي لمقدمي الخدمات الصحية (سواء كانت مستشفيات أو أطباء أو صيدليات أو مراكز تشخصيه)

يستفيد مقدمو الخدمات من تطبيق التأمين الصحي بزيادة عدد المرضى، حيث يحدث تدفق كبير للمرضى لأن الجميع يصبحون قادرين على مراجعة مقدمي الخدمات الصحية بأسعار زهيدة أو مجاناً – أحياناً – وذلك تحت مظلة التأمين الصحي.ويكون مقدمي 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

2- http://www.misyemen.com/pages.php?script_id=103; Consult2 le 12.2.2016

المستشفيات ذات الخدمات الأفضل وفي هذا تحفيز لمقدمي الخدمات الصحية أن يبقوا في الصدارة كي لا يتجاوزهم الآخرون.

وتتلخص فوائد التأمين بصفة عامة في مايلي:

- المساهمة في توفير الموارد المالية لتمويل نفقات الخدمات الصحية الباهظة التكاليف.
- المساهمة في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للسكان نوعا وكما من خلال تحقيق الضغط على استخدام المرافق الصحية العامة المجانية.
- المساهمة في دعم الاقتصاد الوطني من خلال زيادة فرص الاستثمار في القطاع الصحي.
- المساهمة في توفير مزيد من فرص العمل داخل مؤسسات وشركات التأمين الصحي.
- المساهمة في زيادة وتحسين معدلات القوى العاملة والأسرة والمرافق الصحية بالنسبة لعدد السكان.
- المساهمة في تحقيق الأمان والاستقرار النفسي و الاجتماعي والاقتصادي.
- المساهمة في تحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية للسكان.

**خلاصة:**

ما أفرزه التطور التكنولوجي الهائل في شتى المجالات ومختلف القطاعات و فرض نفسه في الآونة الأخيرة وانتشاره السريع في دول العالم، أدى إلى تعدد حاجات الفرد وما يلازمها من أخطار □حية مختلفة، ولمواجهة هذه الأخيرة والتقليل من الارتفاع الملحوظ في مجال التشخيص والعلاج، ظهر مفهوم التأمين الصحي لدرء هذه المخاطر ولضمان جودة الخدمات ووفرتها وسهولة الحصول عليها وتختلف خدمات التأمين الصحي باختلاف الخطر واحتمال وقوعه.

حيث يخضع هذا النوع من التأمين إلى مجموعة من الأهداف والفوائد، هذا ما يجعله يلعب دورا هاما في تحقيق أهداف اقتصادية واجتماعية محض، والأهم من ذلك تأسيس نظام □حي يخضع لمعايير إدارة وتأكيد الجودة وفق المحاسبات العالمية.

**تمهيد**

لتجسيد الحماية الاجتماعية في الواقع المعاش عملت الدولة على تخصيص مجموعة من الأنظمة والطرق،إذ يمكن أن تندرج ضمن صناديق متعددة وغالبا ما تكون على شكل صناديق الضمان الاجتماعي،والتأمين على البطالة والتأمين على التقاعد وحماية المعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة،ومن بين هذه الصناديق:الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء الذي يجسد هذه الحماية ضمن الآليات والتقنيات الحديثة في الإعلام الآلي للموظف الإداري والمنخرط في الصندوق على حد سواء.

## المبحث الأول:تمهيد للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء

### المطلب الأول: نشأة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

إن نظام الحماية الاجتماعية لغير الأجراء مستنبط من المرسوم التنفيذي رقم 07/92 والمؤرخ في 04 جانفي 1992 المحدد لشكل ومضمون صناديق الحماية الاجتماعية والتنظيمات الإدارية والمالية للحماية الاجتماعية.

هذا المرسوم تم بموجبه صدور أخر رقم 119/93 الصادر في 15جانفي 1992 الخاص بالصلاحيات والتنظيمات وسير العمل الإداري داخل الصندوق،أن ميلاد هذان المرسومان كان نتيجة انفصال الصندوق الوطني للحماية الاجتماعية لغير الأجراء عن صناديق الحماية الاجتماعية للعمال الأجراء(CNAS) والصناديق الوطنية للتقاعد(CNR) .

في هذه الأثناء تم الإعلان عن مرسوم آخر رقم 434/96 المؤرخ في 30نوفمبر 1996 المعدل والمتم لبعض نقاط المرسوم رقم 53/85باطر وقواعد التنسيق والإعلام بين مختلف الصناديق الوطنية للحماية الاجتماعية.

- **تعريف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء:**

إن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء هو مؤسسة عمومية يندرج نشاطه ضمن نظام الحماية الاجتماعية،ويتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي،يهتم بحماية فئة من الأشخاص والعائلات ضد بعض الأخطار تحت شعار(ضمان الأخطار الاجتماعية ).

تتمثل الفئة المعنية من الأشخاص في التجار والحرفيون والصناعيون والفلاحون والمحامين والموثقين والأطباء وأصحاب المهن الحرة...الخ،وللعلم أن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ممثل في كل التراب الوطني يتضمن

13 وكالة جهوية و35 ملحقة ولائية على المستوى الوطني. إما الوكالة الجهوية لمستغانم تضم كل من ملحقتي تيارت وغليزان.

**المطلب الثاني :تقديم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء**

**1- طبيعة نشاط الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء:**

يندرج نشاط الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء في إطار نظام الضمان الاجتماعي،الذي يتكفل بالتغطية الاجتماعية لفئات العمال الذين يمارسون نشاطا مهنيا غير مأجور،ولا سيما التجار والحرفيون والفلاحون وأعضاء المهن الحرة، وكذلك كل الأشخاص الذين يمارسون نشاطا مهنيا يدخل في إطار التشريع الخاص بالمهن المنظمة،إضافة إلى الأشخاص ذوي النشاطات المأجورة وغير المأجورة في نفس الوقت،والمتقاعدين ذوي النشاطات الخاصة بعد التقاعد.

وقد عرف هذا القطاع حدوث مرسوم جديد جاء ليحدد الإطار القانوني والتنظيمي الذي يسير مستقبلا شؤون فئات العمال غير الأجراء وهو المرسوم التنفيذي رقم 96 /434 المؤرخ في 30 نوفمبر 1996 المعدل والمتمم للمرسوم

رقم 35/85 المؤرخ في 9 فيفري 1985 والمتعلق بالضمان اجتماعي الخاص بالأشخاص الذين يمارسون نشاطا مهنيا غير مأجور.

**2- مهام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء:**

لا شك أن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء لبلوغ أهداف مسطرة يعمل من اجل الوصول إليها،والتي تعود فائدتها على الفرد والمجتمع على حد سواء وتتمثل المهام المؤدية الى هذا المقصود فيما يلي:

-تسيير الاداءات العينية والنقدية للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء.

-ضمان التحصيل ومراقبة الاشتراك ونزاعات التحصيل .

-تنظيم وتنسيق المراقبة الطبية.

-الشروع في تسجيل المؤمنين الاجتماعيين لضمان الحماية الاجتماعية .

- إجراء نشاطات على شكل انجازات صحية واجتماعية .

-ضمان التأمين على المرض والعجز والتقاعد والوفاة.

**3- دور الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء**:يكمن دور ومهام الصندوق فيما يلي:

-تسيير الاداءات الطبيعية والنقدية للتامين الاجتماعي .

-تسيير الى غاية انتهاء حقوق المستفيدين من منح التقاعد والعلاوات المنصوص عليها في التشريعات السابقة لسنة 1984 .

-تامين التغطية ،المراقبة والمنازعات التابعة لتغطية الاشتراكات الموجهة الى تمويل الاداءات الطبية

-النداءات من اجل الاشتراكات في الصندوق وذلك عن طريق الاعلام (الاشهار) .

-عمليات بعث الاشتراكات عبر التراب الوطني من اجل اعادة الانضمام في الصندوق الوطني وذلك بارسال الحوالات البريدية الى المنخرطين لدفع اشتراكاتهم السنوية .

-اتمام مع التعاون مع صناديق الحماية الاجتماعية تامين المراقبة الطبية ومصلحة الاداءات .

-تنظيم وتطبيق المراقبة الطبية.

-اللجوء إلى ترقيم المؤمنين اجتماعيا، وكذا المستفيدين .

-ضمان إعلام المستفيدين.

**المطلب الثالث:الهيكل التنظيمي للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء**

**1- المدير العام للوكالة:**

هو الأمر بالصرف ماليا وإداريا،يتم تعيينه بموجب مرسوم تنفيذي بناءا على قرار المدير العام للصندوق بالعاصمة .

**1-1- مهامه** :

-يمثل الصندوق على المستوى الوطني بصفته المسؤول الأول و الأخير له.

-يسهر على تحقيق الأهداف التي أنشىء من اجلها الصندوق والعمل جاهدا على تطبيق القرارات المجلس الإداري له،كما انه الوكيل عنه فليس له ان يأتي بعمل يضر الصندوق أو يعارضه.

-التوقيع على جميع الوثائق التي تتعلق بالصندوق وكذا تفحصه للبريد الصادر والوارد.

-يضمن السير الحسن للمصالح داخل الصندوق وممارسة السلطة المخولة له عن طريق قانون مع العمال باعتباره مديرا للوكالة،كما يسهر على المحافظة على النظام الداخلي للصندوق وان كل الأمور تجري على ما يرام.

-يعين العمال الجدد وكذا موافقته على فصلهم وذلك في إطار التشريعات المعمول بها حاليا.

-يستقبل المواطنين طيلة أيام الأسبوع.

**1- نيابة الإدارة والمالية:**

تقوم هذه الأخيرة بتسيير وتوزيع الموارد المالية المتعلقة بالصندوق وهذا حسب جدول المصاريف الخاصة بمستلزمات الصندوق،وتتمثل هذه المصاريف في:

-مصاريف خاصة بأجور العمال.

-مصاريف الاستثمار(شراء مكاتب ،سيارات ...الخ).

-مصاريف الخاصة بتامين الممتلكات...

-مصاريف الخاصة بلوازم العمل(أقلام ،أغلفة الرسائل).

**2-1- مصلحة المحاسبة:**

تقوم هذه المصلحة بكتابة كل المعلومات المحاسبية الخاصة بالصندوق كما تقوم ايضا بميزانية سنوية كما تراقب كل المصاريف والقضاء على كل ترسب او اختلاس مالي.

**2-2- مصلحة الوسائل العامة:**

تقوم هذه المصلحة بتمويل كل مصالح الصندوق من مستلزمات العمل كالورق والسجلات والأقلام والأغلفة الرسائل و الحوالات البريدية والمكاتب بمختلف أنواعها من الخشب او الحديد والكراسي...تدون هذه المصلحة كل

الوسائل في سجل مع كتابة اسم المصلحة التي زودت بها،كما تستقبل هذه الأخيرة كل الرسائل التي تصل الى الصندوق ثم تبعث بها الى مكتب المدير وبعد معاينة كاتبة المدير للبريد ترسلها الى المصالح المعنية بالأمر وكذلك الأمر بالنسبة لكل المصالح داخل الصندوق التي تريد إرسال البريد لإشعار المنخرطين بمصالحهم أو المؤسسات التي تربطها علاقة مع الصندوق تتوجه بهذه الرسائل إلى المصلحة.

**2-3- مصلحة المستخدمين والأجور:**

تتكفل هذه المصلحة بعمال داخل الصندوق حيث تقوم بعملية تحصيل المعطيات الشهرية الخاصة بالأجور،فتتابع هذه الأخيرة العمال منذ إبرامهم عقد العمل في الصندوق الى غاية إحالتهم على التقاعد.

كما تقوم المصلحة بتصريح عدد العمال فيه عند الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للأجراء وذلك للتامين عليهم والذي يبلغ عددهم 64 عاملا و11 متربصا،وذلك على مستوى وكالة مستغانم.

تحرر قرارات التوظيف ومحاضر تنصيب العمال الجدد وذلك بعد موافقة المدير.

**3- نيابة مديرية التغطية والمنازعات :**

تعتبر العمود الفقري الذي به يقف الصندوق،فتهتم هذه الأخيرة بما يتعلق بأصحاب المهن الحرة ابتداءا من التسجيل الى غاية تسديد الاشتراكات المستحقة عليهم.

**3-1- مصلحة التسجيلات:**

تستقبل هذه المصلحة الأشخاص الذين يتوجهون للانخراط في الصندوق لأول مرة ويطلب من هؤلاء الأشخاص أو هذه الفئة المتمثلة في التجار،الحرفيون،الصناعيين والفلاحين وسائقي الأجرة وأصحاب المهن الحرة...إحضار الوثائق اللازمة للانخراط في الصندوق وتتمثل في:

-نسخة من السجل التجاري.

-شهادة الميلاد.

وذلك حتى يوضع لهم ملف ورقم لدى الصندوق.

**3-2- مصلحة التحصيلات:**

بعد أن يحصل المنخرط على رقم التسجيل على مستوى مصلحة التسجيل يذهب الى مصلحة التحصيل ليضع اشتراكاته السنوية،حيث تقدر نسبة الاشتراك الأدنى ب:21600دج والاشتراك الأعلى ب:172800دج كما تحسب قيمة الاشتراكات أخرى عن طريق وثيقة الدخل الإجمالي الخاضع للضريبة، كما تقوم هذه المصلحة ب:

-تحصيل الاشتراكات السنوية.

-إيداع شهادة الانتساب و الاستيفاء.

-إيداع شهادة وضعية المشترك.

**3-3- مصلحة المراقبة:**

تهتم هذه المصلحة بالانتقال الى المنخرطين الذين لم يستوفوا اشتراكاتهم،فيذهب المراقب الى عين المكان بدعوى من الصندوق لإشعارهم بأنه تسديد مبلغ الاشتراك.فإذا كان بحوزة هذا الشخص المبلغ يقدمه الى المراقب على الفور،أما إذا لم يكن يملك المبلغ يتوجه الى هذه المصلحة الموالية.

**3-4- مصلحة المنازعات:**

يتعامل casnos مع الضرائب والغرفة التجارية وذلك للتعرف على الأشخاص الذين يمارسون نشاطا مهنيا غير مأجور وخصوصا الذين لم ينخرطوا في الصندوق بعدما أصبح إجباريا.

فتهتم هذه المصلحة بالاتصال بهؤلاء الأشخاص لإحاطتهم علما بأنه الانخراط ضروري وله فائدة،وذلك عن طريق مراقبين تابعين لها.

كما تقوم المصلحة بمتابعة الأشخاص الذين دعوا اشتراكاتهم لسنة واحدة ثم توقفوا عن الدفع،وذلك عن طريق عدة إجراءات قانونية وهي:

-المعارضة كغلق أو تجميد حسب البريد الجاري أو الحساب البنكي.

-الإنذارات البسيطة وذلك بواسطة المحضر القضائي.

-أوامر الأداء أي الاستجابة لدعوى المحضر القضائي أو الصندوق.

كل هذه الأمور مؤشر عليها من طرف رئيس الحكومة،تمنح للشخص مهلة 15 يوما فإذا تقدم الشخص الى الصندوق واكتشف بأن قيمة المبلغ جد عالية تقسم هذه القيمة الى أقساط حتى يستطيع الشخص دفع كل الاشتراكات المتبقية،ويسمى هذا بالتقسيط.

تعبر هذه المصلحة حامي الصندوق في حالة ما إذا نشب نزاع.

**4- نيابة مديرية الاداءات:**

تتمثل هذه النيابة في الجهة التي توفر الحقوق للمنخرطين الذين هم في حالة تسوية لكل المستحقات الرئيسية وقاموا بكل الواجبات التي يفرضها عليهم قانون الضمان الاجتماعي وطبقا للمادة 02 من القانون 83-11 تغطي التأمينات الاجتماعية المخاطر التالية:

-المرض.

- الولادة.

- العجز.

- الوفاة.

**4-1- مصلحة الأداءات:**

تضمن هذه المصلحة تغطية وتعويض مصاريف الدواء التي تم صرفها من طرف المنخرطين أو ذوي الحقوق،فخصص الصندوق مجموعة من التعويضات عن بعض التعويضات عن بعض الأمراض وبعض المصارف.وتتمثل هذه التعويضات في:

-أعمال طبية عادية.

-أعمال الجراحة والاختصاص.

-أعمال يقوم بها الدلاك الطبي.

-الأعمال الممارسة من طرف جراح الأسنان.

-طقم الأسنان.

-مصاريف الإقامة الطبية.

-المصاريف الجراحية في المستشفى.

-مصاريف الولادة.

-أعمال التحليل الطبي.

-جراحة واختصاص بالأشعة.

-مصاريف الفحوصات البيولوجية والنظرية .

-مصاريف الحمامات الطبيعية.

-التجهيزات الصغيرة الخاصة بالمعوقين المتمثلة في العصا وأدوات أخرى..

-التجهيزات الكبيرة الخاصة بهم أيضا المتمثلة في الكراسي...

-إعادة التأهيل العضوي.

-العجز من الدرجة الثانية والثالثة.

كما تغطي هذه المصلحة تامين الأمومة: في مرحلة الحمل والولادة يتكفل الصندوق بتعويض المصاريف الطبية والصيدلانية وذلك وفق قاعدة الأسعار المحددة من طرف القواعد النظامية.

وتغطي أيضا بتامين العجز:في حالة ما إذا أصيب الشخص المنخرط بمرض يعيقه عن مواصلة العمل.

**4-2- مصلحة التقاعد:**

بعد استيفاء المنخرطين كل اشتراكاتهم دون أن تكون هناك نقص فيها،وذلك بعد معاينته شهادة الاستيفاء يخضع المنخرط الى شروط تمكنه من الاستفادة من معاش التقاعد.

وتتمثل هذه الشروط فيما يلي:

-أن يبلغ من العمر65 سنة بالنسبة للرجل و60 بالنسبة للمرأة.

-تبرير15 سنة من العمل والاشتراك على الأقل واستيفاء كل الاشتراكات.

-تقديم الطلب.

يقدم معاش التقاعد في اليوم الأول من الشهر التالي للشهر الذي تم فيه إيداع الطلب وإذا لم تتوفر في المنخرط الشروط اللازمة لطلب منحة التقاعد،يمكن لهذا الأخير الاستفادة من علاوة التقاعد إذا توفرت فيه الشروط التالية:

- أن تتراوح مدة الاشتراك من 5 الى 14 سنة.
- استيفاء كل الاشتراكات خلال هذه المدة.
- أن يبلغ الرجل65 سنة والمرأة 60 سنة.

**4-3- مصلحة الحوالات:**

تربط هذه المصلحة علاقة وطيدة مع مصلحة التقاعد،فترسل مصلحة التقاعد ملفات الأشخاص الذين أحيلوا على التقاعد الى مصلحة الحوالات،وذلك لمنحهم معاش التقاعد،فتبعث لهم حوالات بريدية يتم من خلالها إرسال المعاش.

**5-المراقبة الطبية:**

في هذه المصلحة يقوم الطبيب بمراقبة الوصفات الطبية وأوراق العلاج بمساعدة كاتبته، في حالة ما إذا كان هناك خلل أو شك في وثيقة العلاج وذلك طلبا من مصلحة الاداءات التي تغطي مصاريف العلاج والدواء،فإذا وجد الطبيب أن المبلغ الإجمالي للورقة يتناسب ونوع المرض يعوض المؤمن طبيعيا.

أما إذا وجد الطبيب خللا في ذلك يبعث للمنخرط إشعارا بأنه لا يمكن تعويضه لان المبلغ المشار إليه في كشف حساب التعويضات لا يتوافق مع المرض الذي يعاني منه،يطلب منه اللجوء إلى لجنة الطعن المتواجدة بمصلحة المنازعات،كما يعاين الطبيب الشخص المنخرط الذي يريد الحصول على بطاقة اخذ الأدوية مجانا لكونه مصاب بمرض كأمراض القلب والسكر والربو...،تمنح لهذه الأخيرة بطاقة.

**6 – مركز الحسابات:**

يتكفل هذا المركز بالقيام بدراسات على مستوى الصندوق في إطار الإعلام الآلي دون مخالفة ما جاءت به المديرية العامة لمركز الحسابات بالعاصمة.

بقوم بمعالجة منتوج الإعلام الآلي المتمثلة في (logiciel) ووسائله جهاز الكمبيوتر وصيانتهما،يهتم بتكوين طاقم المستخدمين داخل الصندوق.

**7- الأمانة العامة:**

من التسمية تظهر أهميتها على مستوى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء في الحفاظ على السر المهني.

**7-1- السكرتيرة:**

تعتبر كاتبة المديرية الذراع الأيمن الذي يعتمد عليه المدير في إدارته،فهي في اغلب الأحيان موجودة بجانبه أو بجانب رئيس المصلحة لتسهل عليه مهمته.

تخضع لسلطة المدير المباشرة لديها تعاملات مع عمال الصندوق من نواب المديريات وكذا المنخرطين.

**7-2- خصائصها:**

لكي تكون سكرتيرة في المستوى المطلوب عليها أن تتحلى ببعض الصفات الموالية:

- أن تتقن استخدام جهاز الكمبيوتر،لأنه أصبح من الضروريات العمل وخصوصا حاليا.
- أن تتصف بالسرية لأنه شرط أساسي للمحافظة على مركز عملها.
- أن تحسن التعامل مع العمال داخل الصندوق ومن خارجه المواطنون المساهمون فيه.
- أن تتمتع بذاكرة قوية،حتى لا تنسى مواعيد وارتباطات المدير مع الغير.
- أن تكون مواظبة على العمل، ومن المستحسن أن تلتحق إلى المكتب قبل مجيء المدير.
- تحليها بأخلاق حميدة وسلوك مهذب.
- أن يكون مظهرها لائق بمكان العمل.

**7-3- دورها:**

تكمن مهامها فيما يلي:

-استخدام جهاز الكمبيوتر بطريقة جيدة.

-إرسال الفاكس.

-تذكير المدير بمواعيده مسبقا.

-استقبال المكالمات الهاتفية وتمريرها للمدير،وفي حالة ما إذا كان المدير غائبا عن مكتبه تسجل اسم ولقب المتصل وكذا الرسالة التي تركها وإذا أراد المتصل الاستفسار عن شيء ما تقدم له المعلومات اللازمة أو توجيه الى المصلحة المعنية بالأمر.

-استقبال البريد وتدوينه في سجل خاص بالبريد الوارد وكذا تسجيل اسم المرسل و تاريخ الوصول،و موضوع الرسالة، ورقمها إن وجد.

-تقوم أيضا بارسال البريد مع تسجيله في سجل خاص به أيضا تدون فيه المعلومات السابقة.

-استقبال الأشخاص الذين يرغبون في مقابلة المدير بصورة حسنة.

-تهتم وتحرص على ترتيب البريد الصادر والوارد بطريقة انتظامية.

-تذكيرا لمدير بكل مواعيده.

-تحرص على تطبيق وتنفيذ أوامر المدير.

## المبحث الثاني:التامين الصحي ونظام عمل البطاقات الإلكترونية(بطاقة الشفاء)

### المطلب الأول:تعريف نظام البطاقة الإلكترونية(نظام بطاقة الشفاء)

#### 1-التعريف بنظام البطاقة الإلكترونية(نظام بطاقة الشفاء):

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

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

ومن أهدافه:

تحسين نوعية الأداءات المقدمة عن طريق:

-تبسيط الإجراءات المنتهجة في الحصول على الأداءات

-التعويضات المنتظمة والسريعة

-تحسين العلاقات فيما بين مقدمي الخدمات الصحية، بما فيهم الصيدليات،الأطباء والهياكل الصحية...إلخ.

-التحكم في التسيير سواء عن طريق القوة الإنتاجية والدقة في المراقبة إضافة إلى مكافحة كل أشكال الغش والتجاوزات.

**أهم المراحل التي مر بها مشروع بطاقة الشفاء:**

الجدول رقم5: يمثل مراحل مشروع بطاقة الشفاء

| المرحلة | الفترة |
|---|---|
| نشر الإعلان عن مناقصة | 14 أوت 2005 |
| فتح الأظرفة | 01 أكتوبر 2005 |
| التقويم التقني والمالي | 19فيفري 2006 |
| اختيار الممون | 14 ماي 2006 |
| توقيع العقد | 03 جويلية 2006 |
| انطلاق الدراسات التقنية | 19 جويلية 2006 |
| انطلاق أشغال تهيئة مركز الشخصنة | سبتمبر 2006 |
| استلام مركز الشخصنة | فيفري 2007 |
| إطلاق إجراءات التعميم | جانفي 2007 |
| تدشين مركز الشخصنة | 19 أفريل 2007 |
| انطلاق إنتاج البطاقات | ماي 2007 |

| | |
|---|---|
| توزيع أولى البطاقات | جويلية 2007 |
| استلام أولى الفواتير الإلكترونية | 03 جويلية 2007 |
| التعميم إلى باقي الوكالات | جانفي 2009 |
| توسيع الاستفادة من نظام الدفع من قبل الغير للمواد الصيدلانية إلى كافة فئات المؤمن لهم اجتماعيا الحائزين على بطاقة الشفاء بإقليم الولاية | 01 أوت 2011 |
| تعميم استعمال بطاقة الشفاء في إطار نظام الدفع من قبل الغير للمواد الصيدلانية على المستوى الوطني | 03 فيفري 2013 |

**الخصائص التقنية لبطاقة الشفاء:**

هي بطاقة مطابقة لمقاييس إيزو 7816،7810.

-قابلة للعمل البيني عن طريق نظام تسيير الملفات.

-تمتاز بالمرونة وقوة تأمين وحفظ البيانات.

-تسمح باستعمال الرمز السري.

-بقدرة استيعاب "32 كيلوبايت.

-بطاقة من البلاستيك المقوى .

**مراقبة مدة صلاحية البطاقة:**

-مراقبة حقوق المؤمن لهم اجتماعيا في أداءات الضمان الاجتماعي.

-مراقبة استهلاك المنتجات الصيدلانية.

**يمكن أن تكون بطاقة الشفاء فردية أو عائلية:**

هذا ما أكدته المادة 03من المرسوم لرقم، 10/ 116

والتي جاء فيها على أنه:"يمكن لبطاقة الشفاء أن تكون عائلية وتخص المؤمن له اجتماعيا وذوي حقوقه ويمكنها أن تكون فردية أو لذوي الحق أو لذوي الحقوق".يحدد نوع بطاقة الشفاء العائلية أو الفردية أو لذوي الحق أو لذوي الحقوق حسب الحالة المهنية والعائلية للمؤمن له اجتماعيا.

**المعطيات الإدارية و الطبية المدونة في بطاقة الشفاء:**

**المعطيات الإدارية المدونة في بطاقة الشفاء:**

نصت المادة 12 من المرسوم رقم 10/116 على أن المعطيات الإدارية المدونة في بطاقة الشفاء هي ، لاسيما:

-رقم التسجيل في الضمان الاجتماعي،

-لقب واسم المؤمن له اجتماعيان

-عنوان المؤمن له اجتماعيا،

كما تتضمن زيادة على ذلك بالنسبة إلى ذي حق، اللقب والاسم،تاريخ الميلاد والترتيب والجنس.

**الصورة تمثل بطاقة الشفاء**

**المعطيات ذات الطابع الطبي لصاحب بطاقة الشفاء:**

نصت المادة 13 من المرسوم رقم116/10 على أن المعطيات ذات الطابع الطبي لصاحب بطاقة الشفاء هي لاسيما:

-فصيلة دم المؤمن له اجتماعيا أو صاحب بطاقة الشفاء،

-رمز المرض أو الأمراض التي تخول الحق في نسبة تعويض 100 بالمائة،

-العلاج الخاص بكل مرض الذي يخول الحق في نسبة تعويض100 بالمائة.

-وعند الاقتضاء لكل مرض من الأمراض الأخرى المزمنة.

-رمز الطبيب المعالج.

مجموع الأداءات المقدمة التي تشمل المعلومات المتعلقة بآخر أداء.

**ما هي بطاقة الشفاء؟**

نتناول في هذا العنصر أهداف بطاقة الشفاء، وكيف يتم الحصول عليها؟،ومن يمكنه استعمال بطاقة الشفاء؟ ، وأين ذلك؟:

**أ-أهداف بطاقة الشفاء:**

تمنح بطاقة الشفاء، التي تعتبر بطاقة إلكترونية للضمان الاجتماعي، للمؤمن اجتماعيا ومن أهدافها مايلي:

-تشخيص المؤمن له اجتماعيا وتحديد هوية ذوي الحقوق، ضمن الخدمات التي يقدمها الضمان الاجتماعي.

- الحصول بسرعة على تعويضات لتلك الخدمات ، بدون أن يكون مضطرا لتقديم طلب مكتوب أو ملئ استمارة أو تقديم ورقة العلاج.

-الاستمرار في الاستفادة من نظام الدفع دون الحاجة إلى تقديم دفتره.

**ب–كيف يتم الحصول على بطاقة الشفاء:**

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

صورة شمسية على وجه أبيض.

نسخة طبق الأصل لبطاقة التعريف الوطنية.

نسخة طبق الأصل لزمرة الدم "غير إجبارية"

**ج–من يمكنه استعمال بطاقة الشفاء وأين؟**

تستعمل بطاقة الشفاء في:

الصيدليات،

عند الأطباء المتعاقدين،

مؤسسات العلاج العمومية

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

- يجب أن تستعمل بطاقة الشفاء لدى كل مقدمي العلاجات والخدمات المرتبطة بالعلاج.

-تجدد بطاقة الشفاء تبعا لنفس الشروط المنصوص عليها سابقا في حالة إتلاف لسبب غير راجع للمؤمن له اجتماعيا.

**د–طرق الطعن:**

في حالة ارتكاب أخطاء في بطاقة الشفاء،سواء تلك المتعلقة بالمعلومات الأساسية أو نتيجة تغير الحالة العائلية أو المهنية للمؤمن اجتماعيا أو أحد من ذوي الحقوق ، فالمؤمن اجتماعيا مدعو لإصلاح الأخطاء وإضافة لأي مستجدات لدي هيئة الضمان الاجتماعي التابع لها.

**هـ–مكان الحصول على بطاقة الشفاء:**

يكون ذلك أمام وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال غير الأجراء والعمال الأجراء.

**و–كيفية استعمال بطاقة الشفاء:**

تعد مرحلة توسيع استعمال بطاقة الشفاء على المستوى الوطني من أهم حلقات مسار تطور نظام الشفاء،أين أصبح بإمكان المؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم الحائزين على بطاقة الشفاء الاستفادة من نظام الدفع من قبل الغير للمواد الصيدلانية، واقتناء المواد الصيدلانية الموصوفة لدى أي صيدلية متعاقد معها ومن أي نقطة بأرض الوطن، وذلك مهما كانت انتسابهم،ابتداءا من 03 فيفري 2013

فيستفيد من نظام الدفع من قبل الغير للمواد الصيدلانية كل مؤمن له اجتماعيا حائز على بطاقة الشفاء، وذلك بالتوجه إلى أي صيدلية متعاقد معها عبر كل ولايات الوطن،ومهما كانت وكالة الانتساب، ويبقى المؤمن له تابعا إلى مركز انتسابه ، وعليه نتناول مجالات استعمال بطاقة الشفاء على النحو التالي:

تستعمل للتكفل بالوصفات الطبية المتكفل بها

**–بالنسبة للمؤمن لهم اجتماعيا أو ذوي حقوقهم المصابين بأمراض مزمنة:**

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

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

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

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

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

**2-بالنسبة للمؤمن لهم اجتماعيا البالغين 75 سنة فما فوق:**

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

**2- استفادات خاصة**

بالنسبة للمؤمن لهم اجتماعيا المستفيدين من امتيازات الضمان الاجتماعي المتعاقدين ، المستفيدين من منح العجز، المستفيدين من الريوع عندما تكون نسبة العجز الجزئي الدائم تفوف أو تساؤي نسبة 50 بالمائة.

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

**-بالنسبة للمؤمن لهم اجتماعيا الناشطين أو التابعين لإحدى الفئات الخاصة:**

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

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

-أولى الوصفتين الطبيتين لنفس المستفيد وخلال فترة ثلاثة أشهر.

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

**ب– عمليات خاصة ببطاقة الشفاء:**

**ب–1–تحيين بطاقات الشفاء:**

حتى يتمكن المؤمن له من أداءات الضمان الاجتماعي ، يجب عليه التقرب من مركز انتسابه مرفوقا بالوثائق الضرورية التبريرية حتى يتم تحيين وضعيته وتلك الخاصة بذوي حقوقه، في حال بطاقة الشفاء غير محينة، أو عند تغيير في وضعية ذوي حقوقه.

**ب–2–تقديم الأدوية من قبل الصيدلي:**

يتعرف النظام على المريض مقدم الوصفة،عندما يقوم الصيدلي بإدخال بطاقة الشفاء بقارئة البطاقة، كما يبين فيها إذا كانت هذه الوصفة قابلة للتسوية في مجال نظام الدفع من قبل الغير.

حيث يقوم الصيدلي بحجز قائمة الأدوية الموصوفة لمعرفة مبلغ الوصفة، وتحرير الفاتورة، ثم بعد ذلك تقديم الأدوية بعد نزع القسيمات وإلصاقها على الوصفة الطبية ، يقدم الصيدلي المواد الصيدلانية إلى المؤمن له اجتماعيا،يعيد الصيدلي بطاقة الشفاء إلى صاحبها،ويطالبه بتسديد نسبة ال 20 بالمائة التي تبقى على عاتقه، وذلك في حال إذا كان متكلفا به بنسبة 80 بالمائة.

إذا كان المؤمن له اجتماعيا منتسبا لدى إحدى التعاضيدات المتعاقد معها، فيتم إعفاؤه من نسبة 20 بالمائة.

يجب على المؤمن له اجتماعيا أن يسدد مبلغ الأدوية غير القابلة للتعويض، وعند الاقتضاء الفرق بين سعر البيع والتسعيرة المرجعية إذا تضمنت الوصفة الطبية دواء لا يمكن تعويضه إلا وفق بعض التوجيهات العلاجية ، أو كان الدواء معني بشروط تطبيق التسعيرة المرجعية، يقوم الصيدلي بدعوة صاحب البطاقة للتقرب من مصالح الرقابة الطبية، التي يمكن أن تكون غير تلك التابعة لمركز الدفع الأقرب أو لمركز انتسابه.

**كيف يتم التعاقد مع الطبيب المعالج؟**

يلتزم الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الغير الأجراء من خلال الاتفاقية التي تربطه مع الطبيب المعالج،بتحسين الاستفادة من علاج نوعي، وتثمين أحسن لممارسته الطبية،قصد الأخذ بعين الاعتبار التزاماته في مجال النشاطات الوقائية ومتابعة تطورات الأمراض المزمنة، وكذا التوسع في وصف العلاج، علاوة على عصرنه العيادات الطبية.

قصد استفادة المؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم من الآداءات الطبية ، حددت الاتفاقيات النموذجية المنصوص عليها بموجب المرسوم التنفيذي رقم 116/09 المؤرخ في 07 أبريل 2009 العلاقات بين هيئات الضمان الاجتماعي والطبيب العام المسمى ب "الطبيب المعالج".

تسري أحكام الاتفاقية حاليا، على فئات محددة دون غيرها وذلك في انتظار تعميمها على كافة شرائح المؤمن لهم اجتماعيا.

ويتعلق الأمر بفئة المستفيدين من منح التعاقد سواء بصفة مباشرة بالأيلولة وذوي حقوقهم وفئة المستفيدين من معاشات التقاعد.

**أهداف الاتفاقية:**

يهدف جهاز التعاقد مع الطبيب المعالج إلى تنظيم أمثل لعملية الحصول على العلاج، المتابعة الطبية للمؤمن لهم اجتماعيا ولذوي حقوقهم، وكذا تطوير عملية الشراكة قصد ترقية نوعية العلاج،إضافة إلى الوقاية وعقلنة نفقات الصحة.

-كما يسمح الجهاز بترقية نوعية التكفل بالأمراض المزمنة مثل الضغط الدموي الحاد، مرض القصور الكلوي المزمن.

يضمن الطبيب المعالج تنسيق العلاج المقدم إلى المرضى بالتعاون مع الممارسين الصحيين الآخرين.

وفي هذا السياق، يقصد المريض بالدرجة الأولى طبيبه المعالج الذي ينصحه وفق حالته الصحية ويوجهه إلى ممارس آخر وهو "الطبيب المختص".

**يلتزم الطبيب المعالج بما يلي:**

-تقديم العلاج الصحي الأولي ، وضمان العلاج المندرج ضمن نطاق اختصاصه.

تنسيق العلاج ولاسيما تلخيص المعلومات الخاصة بالمريض المرسلة من قبل مختلف المتدخلين وإدخالها ضمن الملف الطبي للمريض.

-توجيه المريض إلى الطبيب المختص ، عند الاقتضاء.

-المشاركة في متابعة المرضى المصابين بأمراض مزمنة بالتنسيق مع الممارسين الصحيين الآخرين، وفق الملحق العلاجي المعد طبقا لأحكام الاتفاقية.

الحرص في كل الأعمال الطبية والوصفات العلاجية ، على انتهاج أقصى حد من الاقتصاد، شريطة أن يتوافق مع النوعية، تأمين فعالية العلاج،طبقا لما هو معمول به في الممارسات الطبية الحسنة، خاصة في غياب المعطيات العلمية الحديثة.

كما يلتزم أيضا من جهة أخرى بضمان النشاطات الوقائية التي تهدف إلى مايلي:

-التعرف والقضاء على عوامل المخاطر الشخصية المسببة للأمراض الخطيرة (المرضى الذين يستهلكون التبغ/ أو الكحول).

-التشخيص المبكر للأمراض المعقدة والمكلفة(سرطان الثدي، سرطان عنق الرحم).

-تلقيح فئات السكان الأكثر عرضة للمخاطر والأمراض المميتة مثلا في حالة الزكام :(للأشخاص البالغين 65 سنة فما فوق،المرضى المصابين بالعلل المزمنة الرئوية، القلبية، الكلوية، ...).

إلى جانب هذه التوجيهات، تم إدراج بعض العلاجات المتخصصة "للاستفادة المباشرة" والتي يستفيد منها المريض دون المرور بطبيبه المعالج.

**التعويضات:**

تقرر زيادة تتعلق بمبالغ مالية لفائدة الأطباء المعالجين لدى وصفهم للأدوية الجنسية أو الأدوية المصنعة بالجزائر ، ويسدد الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال غير الأجراء إلى الطبيب المعالج أتعاب الخدمة عن كل مؤمن له اجتماعيا بعنوان نشاطه الوقائي.

يتم تعويض وزيادة مبالغ الفحوصات الطبية والخدمات المرتبطة بمتابعة وتنسيق العلاج إلى الأطباء المعالجين في حالات وصف الأدوية الجنسية أو الأدوية المصنعة بالجزائر.

تضاف إلى ذلك تعويضات بعنوان بروتوكولات متابعة العلاج لفائدة المؤمن له اجتماعيا المصابين بأمراض مزمنة.

وقد تم إدراج بعض الأمراض الأساسية من مختلف التخصصات الطبية ضمن الأمراض المتكفل بها في مجال نظام الدفع من قبل الغير وذلك في إطار جهاز الطبيب المعالج، ولاسيما الحالات المتعلقة بعمق العين،

تخطيط السمع، الاستكشاف الوظيفي الرئوي، التنظير المعدي والمعوي،تنظير المستقيم والقولون، التخطيط الكهربائي.

يضاف إلى ذلك أن قانون الضمان الاجتماعي يضمن للعامل عند تحقق الخطر المؤمن منه الحصول على مبالغ مالية يمكن توجيهها لمجالات الاستثمار وهو ما يساعد المؤسسات الاقتصادية على المساهمة الفعالة في التنمية الاقتصادية للمجتمع.

**المنخرطون:**

المنخرطون في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء هم عبارة عن فئة تتمثل في العمال الذين يمارسون نشاطا مهنيا غير مأجور ولا سيما التجار والحرفيون و الصناعيون والفلاحون وأصحاب المهن الحرة وكذا الأشخاص الذين يمارسون نشاطا مهنيا يدخل في إطار تشريعي خاص بالمهن المنظمة،كما يمكنهم هذا الانخراط بالاستفادة من مزايا الصندوق ضد الأخطار التي يتعرضون إليها والمتوفرة في الصندوق.

**1- الخدمات التأمينية التي يقدمها الصندوق:**

يقدم صندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء مجموعة من الخدمات التأمينية للمؤمنين لهم عنده ونذكر منها مايلي:

**3-1-** التأمين على المرض:

يتمثل في تقديم الاداءات سواء للمؤمن له أو ذوي الحقوق وذلك ما نص عليه القانون المذكور أعلاه.

الاداءات العينية: التكفل بمصاريف العناية الطبية والوقائية والعلاجية لصالح المؤمن لها او ذوي الحقوق .

كما تشتمل الأداءات العينية للتامين على المرض تغطية المصاريف التالية:

- العلاج.

- الجراحة.
- الأدوية.
- الإقامة بالمستشفى.
- الفحوصات البيولوجية والمجوفة والنظرية.
- علاج الأسنان واستخلافها الاصطناعي.
- النظارات الطبية.
- العلاج بالمياه المعدنية والمتخصصة والمرتبطة بالأعراض والأمراض التي تصيب المؤمن له.
- الأجهزة والأعضاء الاصطناعية.
- الجبارة الفكية والوجيهة.
- إعادة الترتيب الوظيفي للأعضاء.
- إعادة التأهيل المهني.
- النقل بسيارة الإسعاف أو غيرها من وسائل النقل عندما تستلزم حالة المريض ذلك.

كما يتم التكفل بمصاريف تنقل المؤمن له او ذوي الحقوق عند اقتضاء و إذا تم استدعاؤه من اجل المراقبة الطبية أو خبرة من قبل الصندوق.

كما لا يجوز تقديم الاداءات إلا إذا وصفت العلاجات المذكورة سابقا من طرف الطبيب أو شخص مؤهل لهذا الغرض،كما يجب على المؤمن له تصفية ذمته اتجاه الصندوق وذلك بدفع الأقساط في المدة القانونية المحددة ،كي تتوفر فيه الشروط التي تمكنه من الاستفادة من التعويضات.

لقد حدد التنظيم الحالي نسب التعويض 80%و 100% طبقا للمادة 59 لقانون 83-11 والمادة 04 من المرسوم 84-27 المؤرخ في 1984/02/11 المحدد لكيفيات تطبيق الباب الثاني من قانون 83-11 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.

أ- **التعويض 80%**: تطبق هذه النسبة على التعريفات المحددة بموجب التنظيم المعمول به والمتمثل في القرار الوزاري المشترك والمؤرخ في 04 جويلية1987 المتضمن في تحديد القيمة النقدية للحروف الرمزية المتعلقة بالأعمال المهنية التي يمارسها الأطباء وجراحو الأسنان والصيادلة والمساعدين الطبيين.

القرار الوزاري المشترك والمؤرخ في 22 أكتوبر 1988 المتضمن للتحديد الجزافي لتكلفة اليوم الواحد في المستشفى واداءات الإيواء والإطعام في العيادات الخاصة والتعريفة القابلة للتعويض من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء كما تطبق هذه النسبة على المعالجة بمياه الحمامات المعدنية والمعالجة المتخصصة بالمنتجات الصيدلانية.

**ب- التعويض 100%**:ترفع النسبة المئوية المنصوص عليها في المادة 59 من قانون 83-11 الى 100%من التعريفات القانونية في الحالات التالية:

**1)**- عندما يكون المؤمنين لهم أصحاب معاشات ومنح الضمان الاجتماعي مبلغها يساوي او يقل عن مبلغ الأجر الوطني المضمون.

**2)**- عندما تكون المصاريف التي يلتزم بها المؤمن له بمناسبة أي إجراء طبي آو سلسلة إجراءات خصص لها في المدونة العامة للإجراءات المهنية ذات المعامل يساوي آو يفوق "k50".

**3)**- عندما يثبت آن المستفيد مصاب بإحدى العلل المنصوص عليها في المادة 21 من قانون 83-11 المعدل والمتمم بالمرسوم رقم 88-209 المؤرخ في 18 اكتوبر1988 ونذكر منها البعض:

- السل بجميع أشكاله.

- الأمراض السرطانية.

- أمراض الدم.

- ارتفاع ضغط الدم الخبيث.

- أمراض القلب و الوعية الدموية.

- الأمراض العصبية والعقلية وأمراض الدماغ.

- أمراض الكلى.

- حالات العجز عن التنفس المزمنة الناتجة عن انسداده او انحصاره.

وفي حالة الأمراض المزمنة أيضا نصت المادة 05 من القانون المذكور أعلاه والمتمم بنفس المرسوم ونذكر منها البعض:

- الأمراض الأيفية وتتمثل في:داء السكر،وفقر الدهنيات.

- الأمراض القلبية والوراثية.

- أمراض الغدد المعقدة.

- داء المفاصيل الحادة.

- التهاب مخ العظام المزمن.

– المضاعفات الخطيرة والدائمة الناتجة عن استئصال المعدة،ومرض القرحة.

– التهاب المعي الغليظ النزيفي.

للإشارة في هذا الأخير لا تدفع هذه الخدمات العينية أو التعويضات في التامين على المرض إلا بعد الموافقة القبلية الصريحة من هيئة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء طبقا للمادة 07 من قانون 83–11 ومن اجل ذلك خصص الصندوق لجنة طعن لفائدة المؤمن له من اجل دراسة رفض كفالة التعويضات.

**3–2– التامين على الأمومة:**

هو أحد الأخطار التي تغطيها التأمينات الاجتماعية بموجب قانون 83–11 المؤرخ في 02 جويلية 1983 المعدل والمتمم ب:

- المرسوم التشريعي رقم 94–04 المؤرخ في 11–أفريل 1994.
- الأمر رقم 96–17 المؤرخ في 06 جويلية 1996.

في هذا التامين يتم تقديم الاداءات من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء إذا استوفى في المؤمن أو ذوي الحقوق للشروط التي تخول له الحق في التعويض في المصاريف المرتبة عن الحمل والوضع وتبعاته،كما تعوض المصاريف الطبية والصيدلانية فالتامين على الأمومة على أساس 100%وتعويض أيضا على مصاريف الإقامة للام والمولود في المستشفى على نقس الأساس لمدة أقصاها ثمانية أيام حسبما تنص عليه المادة 26 من القانون المشار إليه أعلاه.

ولكي يستفيد المؤمن له من تعويض يجب أن يجري قبل الوضع وبعده وكذا المراقبة التي تجريها هيئة الصندوق قبل الولادة وبعدها،وان يتم الوضع على يد طبيب أو مساعدين طبيين إلا في حالة ما خالف ذلك لأسباب قاهرة.

**3-3- التامين على العجز:**

هدفه هو تمكين المؤمن له الذي يضطره العجز الى الانقطاع عن عمله من الاستفادة من منح معاش ويكون له الحق في معاش العجز عندما يكون مصابا بالعجز ذهب بنصف قدرته على العمل أو الكسب على الأقل ويجب على المؤمن له التقدم من اجل مراقبة طبية لدى الطبيب المستشار الذي يتولى بث في حالة ظرف شهر واحد ابتداءا من تاريخ استلام قرار الرفض من وكالة الصندوق.

كما تقدر نسبة العجز باعتبار ما بقي من قدرة المؤمن له على العمل وحالته العامة وعمره وقواه البدنية والعقلية وكذا مؤهلاته،واخذ بعين الاعتبار مدة الاشتراك فعلى الأقل سنة واحدة.

**مبلغ معاش العجز:**

مبلغ معاش العجز السنوي يساوي 80%من الدخل السنوي الخاضع للاشتراكات،كما أن مبلغ معاش العجز لا يمكن أن يقل عن 75%من الأجر الوطني الأدنى المضمون الذي هو حاليا 12000 دج شهريا.

كما يمنح معاش العجز بصفة مؤقتة،ويمكن أن يراجع إثر حدوث تغيير في حالة العجز ويلغى إذا ما ثبت بان نسبة قدرة المستفيد على العمل تفوق 50%حسب على ما نصت عليه المادة 44 من قانون 83-11 المؤرخ في 02 جويلية 1983.

كما يستبدل معاش العجز عند بلوغ سن التقاعد بمعاش التقاعد يعادل مبلغه معاش العجز على الأقل وتضاف إليه عند الاقتضاء الزيادة عن زوج المكفول ،وذلك بتطبيق نص المادة 46 من القانون المذكور أعلاه.

**3-4- التامين على الوفاة:**

هو احد أسس التأمينات الاجتماعية إذ أن الوفاة لا يمكن الإدراك بها كما يمكن هذا التامين من إفادة ذوي الحقوق المؤمن له من منحة الوفاة واكتماله من الناحيتين القانونية والإدارية،كما لا يجوز لذوي الحقوق المطالبة بعد أربعة(04)أشهر من وفاة المؤمن له وهي المدة القانونية المنصوص عليها في القانون المذكور سابقا:

مكونات ملف طلب منحة الوفاة:

- شهادة الانتساب .
- شهادة استفاء.
- شهادة وفاة.
- شهادة عدم الانتساب في CNASAT.
- وثيقة طلب منحة الوفاة تملا من طرف ذوي الحقوق.

كيفية تحديد وتقدير منحة الوفاة:

تحدد منحة الوفاة في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء على رأسمال الاشتراك الأخير الذي دفعه المؤمن له قبل وفلته الذي يظهر في شهادة الاستيفاء،وتكون العملية الحسابية لمعرفة قيمته منحة الوفاة كالتالي:

قيمة التعويض=القسط الأخير X 100 /15

وهي القيمة الأدنى في طلب منحة الوفاة وذلك نظرا للقسط الأخير.

ولا يمكن بأي حال من الأحوال أن يقل هذا المبلغ عن 12 مرة من المبلغ للأجر الوطني الأدنى المضمون،ويدفع مبلغ رأسمال الوفاة دفعة واحدة وبالتساوي على ذوي الحقوق المتمثلين في:

-زوج المؤمن له أو زوجاته.

-الأطفال الشرعيون المتكفل بهم على أن يكون سنهم:

-أقل من 18 سنة.

-أقل من 21 أن كانوا يزاولون الدراسة.

-الأطفال المعوقين الذين ليس بإمكانهم ممارسة أي نشاط مهما كان منهم.

-البنات اللائي ليس لهن دخل مهما كان سنهم.

**المطلب الثاني:استراتيجيات عمل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء**

يقصد بها تلك القرارات التي تهتم بعلاقة المؤسسة بالبيئة الخارجية ،بحيث تتسم الظروف التي يتم فيها اتخاذ القرارات بجزء من عدم التأكد،مما يوقع على الإدارة تحقيق تكيف المؤسسة مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية.وبالتالي فهي التفكير في كيفية استعمال الموارد المتاحة له من اجل تحقيق الغايات والأهداف المراد الوصول إليها ،حيث يتطلب ذلك بناء استراتيجي متكامل يضم ما يلي:

-آلية واضحة لتحديد الأهداف والنتائج المرغوبة ومتابعة تحقيقها وتعديلها وتطويرها في ضوء المتغيرات الداخلية والخارجية.

-هيكل تنظيمي يتميز بالبساطة والفعالية والتوافق مع مقتضى الحال في الصندوق.

-نظم وإجراءات تنفيذية لتوجيه الآداء في مختلف العمليات تتسم بالمرونة والفعالية.

-تجهيزات و معدات وموارد مادية توظف بعناية لتحقيق عائد ممكن.

-اختيار مناسب للموظفين كل حسب كفاءته المهنية و ملاءمتها مع المصلحة.

-تنسيق علاقاتها مع المديرية العامة والوكالة الوطنية للتأمينات الاجتماعية عن طريق الاحتكاك المباشر بغرض اكتساب الخبرات.

-المراقبة المستمرة داخل الصندوق من طرف المسؤولين .

-المتابعة المستمرة للمنخرطين من اجل ضمان حقوقهم.

-تعدد المصالح المستخدمة وفي الصندوق مما يؤدي بالضرورة إلى تعدد الخدمات.

-تطبيق نظام معلومات متطور وقنوات اتصال فعالة بين أجزاء الصندوق الداخلية والخارجية.

-تنسيق العمل بين الوكالات الثلاثة مستغانم ،تيارت وغليزان.

-جديد الوثائق دوريا من اجل تجنب الوقوع في الأخطاء.

بالإضافة إلى هذا البناء تطبق بعض الاستراتيجيات الخاصة والتي تتمثل فيماي لي:

**استراتيجية القيادة بالتكاليف والتميز**: وذلك بالاعتماد على البحث عن القيمة بفضل سياسة الوفاء للمنخرطين في الصندوق والرفع من عددهم،عن طريق تقنيات جديدة ومحفزات مقنعة،بالإضافة إلى التحكم في المصاريف من أقساط وتعويضات.

**استراتيجية التميز**: وذلك من خلال تحقيق التميز للخدمة ونوعيتها والاستماع الى المنخرطين ومحاولة تحقيق رغباتهم،والتميز في إدارة الأفراد بالأشراف على الخلق والأداء وتحمل المسؤولية.

**استراتيجة التنويع**: من اجل الحصول على اكبر عدد من المنخرطين يستوجب على الصندوق تنويع الخدمات بتعدد المصالح القائمة التي تتناسب مع رغبات المواطن.

**تنفيذ الإستراتيجية** : يتم تنفيذ الإستراتيجية من خلال ترجمتها في شكل خطط وبرامج وموازنات تعبر كل منها عن الأنشطة التي يجب تنفيذها، والموارد المخصصة لكل منها والتوقيت المحدد للأداء ومعايير الأداء المقبول، كذلك فإن التنفيذ السليم للإستراتيجيات يعتمد على سلامة وكفاءة التنظيم الذي يعهد إليه بذلك،كما يحتاج الأمر إلى مراجعة وإعادة التنظيم لضمان الكفاءة وسهولة التدفق للأنشطة والعمليات تحقيقا للإستراتيجية.

## المطلب الثالث: أهداف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء

إن اهتمام الصندوق بتقديم خدمات في مقامها الأحسن للمواطنين المنخرطين فيه،استوجب عليه اتباع استراتيجية فعالة الغاية منها الوصول إلى الأهداف المسطرة والتي تتبلور فيما يلي:

- توفير الحماية اللازمة للمؤمنين لهم من خلال الضمانات المقدمة .
- ضمان المؤمن له في حياته وبعدها و تمتد التغطية إلى الأفراد تحت كفالته.
- تحقيق التنسيق الإداري للصندوق سواء بين المسيرين في الداخل أو الخارج بالنسبة للوكالات التابعة.
- تحقيق الرفاهية الاجتماعية من خلال منح التقاعد والمعاشات.
- توفير التغطية للمؤمن له إلى غاية انتهاء حقه من التعويض.
- تأمين التغطية والمراقبة والمنازعات بأعلى الكفاءات والسياسات.

**خلاصة:**

من خلال دراستنا الميدانية على مستوى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء، نستخلص بأن للتأمينات الاجتماعية هدف لخدمة المجتمع بحيث يبحث الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء عن التقديم الحسن للأداءات ومزاياه لفئة معينة من المجتمع لم تكن تشملها ألا اداءات التقاعد وثم تبعتها الاداءات الأخرى مثل المرض والأمومة والعجز والوفاة.وهذا ما مكن هذه الفئة بالاستفادة من التعويض عن هذه الأخطار التي تصيبهم بدلا من تحمل اتعابها لوحدهم مما يزيد من ثقة المنخرط في الصندوق.

كما أن التأمينات الصحية تهدف وتأكد على مدى أهميتها في المجتمع ، خاصة وأنها تجسد على الميدان تحت قانون الضمان الاجتماعي يحمي المؤمنين لهم ويحمي الصندوق الوطني للضمان الجماعي لغير الأجراء، وهذا ما يستدعي إلى انخراط الفئة المعنية بذلك،وبالتالي يؤدي إلى زيادة المداخيل مما يزيد في ثقة الصندوق بنفسه واستخدام الفائض في مشاريع منها:المستشفيات ،والمدارس،وحتى زيادة الشبابيك خاصة على المستوى الوطني ونستنتج من ذلك أن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء ومن التأمينات الصحية إنهما ذو طابع اجتماعي أكثر من تجاري.

**الفصل الثاني:علاقة التأمين الصحي بالحياة الاجتماعية**

**تمهيد:**

إن التأمين الصحي يقوم أساساً على مفهوم توزيع الخطر المتوقع الذي قد يواجهه الفرد، مما يؤدي إلى تخفيف الأعباء والتكاليف المترتبة عند معالجة الحالات المرضية التي يتعرض لها المؤمن عليهم، وهو بذلك نظام اجتماعي يقوم على التعاون والتكافل بين الأفراد لتحمل ما يعجز عن تحمله أحدهم بمفرده، وشركات التأمين تنظم الاستفادة من توزيع الخطر لقاء أجر معلوم.

فهو يتيح للدولة التكفل بمتطلبات الحماية الاجتماعية لأفراد المجتمع بتكاليف قليلة جدا، وهذا عن طريق تأسيس نظام تضامني بين مختلف طبقات المجتمع.

غير أنه بالمقابل، فإن التأمين الصحي في العديد من الدول يعاني من مشاكل كبيرة على مستوى توفير التمويل الكافي لمؤسساته من اجل تقديم خدماته بكل كفاءة وفعالية، ولذلك يسعى القائمون على تسيير هذا القطاع دوما إلى زيادة الموارد والنوافذ التي يمكن استعمالها في معالجة هذا المشكل.

وفي هذا الفصل سنتطرق إلى كل من مشروع قانون التأمين الصحي وخصوصياته وعناصره وعن أسباب عزوف شركات التأمين عنه وأهميته على مستوى المجتمع والدور الاجتماعي والاقتصادي له.

.

## المبحث الأول:حقيقة التأمين الصحي

إن التأمين الصحي هو عقد بين شخص وشركة أو بين مؤسسة ومستشفى لتقديم خدمات طبية إلى الشخص المؤمن له، نظير اشتراكات أو أقساط يدفعها إليها.

### المطلب الأول: مشروع قانون التأمين الصحي و خصوصياته وعناصره

### 1-مشروع قانون التأمين الصحي

"تنامت القناعة بأهمية التأمين الصحي في وقت مبكر، وبدأت الخطوة العملية الأولى عام 1991 بتشكيل لجنة مشتركة من وزارتي الصحة والتأمينات لوضع مسودة قانون للتأمين الصحي، ونتيجة لخلاف نشأ بين الوزارتين لتحديد من سيدير هذا النظام مما أدى إلى إيقاف الموضوع تماماً حوالي عقد من الزمان".

"في عام 2001 م تم إنشاء إدارة عامة للتأمين الصحي بوزارة الصحة العامة، وتم استقدام خبير عبر منظمة الصحة العالمية، والذي أوصى بضرورة البدء بالتأمين على موظفي الدولة كمرحلة أولى، وتم في نفس العام الاطلاع على تجارب عدد من الدول مثل السودان وأرمينيا وغيرهما".

"في عام 2002 تم عقد ورشة عمل لمدة 4 أيام برعاية الاتحاد الأوربي، حضرها خبراء دوليين وكانت بعنوان (التأمين الصحي في الدول النامية واختيار نوع التأمين الصحي المناسب لليمن)، وبنهاية العام عقد لقاء تشاوري في مدينة تعز حضره المعنيون من الحكومة والمنظمات الدولية وأوصوا بسرعة البدء بالتأمين الصحي عام 2003م".

"في نهاية عام2003 عقدت ندوة خاصة بالتأمين الصحي بالتعاون مع منظمة أوكسفام، وقد أوصى الحاضرون في الدورة بضرورة البدء بالتأمين الصحي في اليمن"[1].

في عام 2004م اجتمع مجلس الشورى وخصص جلستين في اجتماعه الثالث في دورة انعقاده الأولى لعام 2004م، وأوصوا بضرورة المصادقة على قانون التأمين الصحي وقرار إنشاء الهيئة شريطة البدء بشكل مرحلي وتدريجي والحكم على التجربة إيجابا أو سلباً وفق معايير وأسس علمية وعملية قادرة على تقييم الخدمات المقدمة من حيث نوعية هذه الخدمات وحجمها ونطاق تغطيتها وفاعليتها ورأي المؤمن عليهم ومقدمي الخدمات الصحية على حد سواء.

"في عام2005 م أقرت اللجنة العليا للمناقصات دراسة الجدوى لمشروع التأمين الصحي والذي ستقوم بها منظمة التعاون الدولي الألماني GTZ حيث يوجد حالياً مشروعا قانونين الأول لإنشاء هيئة التأمين الصحي، والآخر

[1]-حسيبو معمر عبد الرحمن، أعمال المؤتمر العلمي العالمي،"**الطريق نحو التغطية الصحية الشاملة**"، السودان، ط1،2012،ص ص: 94-95

مشروع قانون للتأمين الصحي وعند مراجعة القانون الخاص بالتأمين الصحي نجد أنه حوي بعض الايجابيات لكنه لم يفتقر إلى عدد من السلبيات نوجز بعض إيجابياته وسلبياته في ما يلي"[1] :

الجدول رقم 3 :يمثل ايجابيات وسلبيات التامين الصحي

| إيجـابيـاته: | سلبيـــاته: |
|---|---|
| 1. يهدف إلى شمول أفراد المجتمع جميعهم ولو بشكل تدريجي.<br>2. عدم الاقتصار في تقديم الخدمة على المنشآت الصحية الحكومية بل امتد إلى القطاع الخاص.<br>3. الحرص على توفير تمويل إضافي بوضع رسوم إضافية على السجائر.<br>4. اشتماله على تأمين إصابات العمل.<br>5. إشارته إلى مراعاة المعايير الأساسية للجودة والتأكيد على الرقابة والمتابعة الكاملة.<br>6. حرصه على أن لايقل مستوى خدمات التأمين الصحي عن الحد الأدنى.<br>7. إلزامه لأصحاب العمل بإجراء الفحوصات الدورية لموظفيهم المعرضين للإصابة بالأمراض المهنية. | 1. ارتفاع النسبة المطلوب استقطاعها من الرواتب حيث تبلغ13%، مقارنة بالمعايير العالمية التي لا تتجاوز عادةً 2% في معظم دول العالم.<br>2. شمول الخدمات الوقائية ضمن التأمين الصحي، وهذا يتعارض مع مجانية هذه الخدمات التي تكفلها الدولة بعيداً عن أية رسوم أو أقساط.<br>3. توقف التأمين في الإجازات الخاصة والمهام الرسمية خارج البلاد مع أن الاقتطاع في الراتب مستمر.<br>4. احتكار هيئة التأمين للخدمات وتحكمها في القطاع العام والخاص بأكمله وذلك يميت التنافس لتقديم خدمات علاجية مميزة.<br>5. سمحت لوزارة الصحة بموافقة مجلس الوزراء رفع الأقساط دون الحاجة لتعديل القانون وهذا فيه خلل دستوري.<br>و مع ذلك فثقتنا أن مجلس النواب وكذلك الحكومة سيحرصون على خروج القانون بالشكل الملائم. |

المصدر: من اعداد الطالبة اعتمادا علو وثائق بحثية

## 2-خصوصيات التأمين الصحي:

1-" يتعامل مع الإنسان بما لديه من تباينات: المتلقي للخدمة، والمستفيد من عوائدها.

2-قرار حدوث المطالبة وحجمها يحدث من المستفيدين منها.

3- تفشي ظاهرة سوء الاستخدام وكثافة المطالبات.

[1]-نفس المرجع، ص:96

4- بحاجة إلى خبرات نادرة، لخضوعه لمتغيرات عديدة ومستمرة تتماشى مع التطور الطبي المستمر، ونتيجة لندرة هذه الخبرات فكلف التشغيل باهظة.

5- تنوع الشروط التعاقدية.

6- حداثة هذه العلم و محدودية الخبرات المتراكمة في الأسواق العربية مما يؤدي للجوء إلى انتهاج سياسة التجربة والخطأ.

7- مقاومة فكرة التأمين الصحي ( لمبررات شرعية أو نفسية أو نتيجة للجهل بفوائد التأمين الصحي، مع صعوبة تغيير قناعات الناس ).

8-دخول شركات التأمين في تنافس مع المستشفيات التي تقدم الخدمات مباشرة"[1].

**3-عناصر التأمين الصحي:**

"**مؤسسة التأمين:** والتي قد تكون حكومية مثل وزارة الصحة أو خاصة مثل شركات التأمين الصحي الربحية، أو دولية مثل وكالة الشرق الأدنى لتشغيل وإغاثة اللاجئين الفلسطينيين "الأونروا".

**المنتفع:** وقد يكون الفرد بشخصه عندما يشترك في التأمين، أو يكون معه عائلته. كما قد يكون العقد ضمن شركة أو مؤسسة أكبر، إذ يشترك الشخص مثلا ضمن مجموعة الموظفين الموجودين في الشركة التي يعمل فيها والذين لديهم تأمين صحي مع مؤسسة معينة.

**العقد:** ويوضح مقدار الاقتطاع المالي للتأمين وأسسه، والذي قد يكون شهريا ثابتا، كما قد يشمل اقتطاعا بنسبة معينة من تكاليف الإجراء الطبي عند حدوثه، مثل أن يدفع الفرد 10% من كشف الطبيب، أو 5% من رسوم المستشفى.

**طبيعية التغطية:** وتشمل الأمراض المشمولة بالعلاج والإجراءات المغطاة. فمثلا بعض شركات التأمين ترفض تغطية عمليات تصحيح البصر وتعده إجراء تجميليا، وينطبق هذا أيضا على علاجات تقويم الأسنان".

**مقدم الرعاية الصحية:**والذي قد يكون المؤسسات الحكومية التابعة للحكومة كمراكز ومستشفيات وزارة الصحة. وقد تكون مؤسسات صحية خاصة كالمستشفيات الخاصة. ويعتمد ذلك على العقد الموقع بين الطرفين. فمثلا قد يشترط عقد التأمين الصحي أن يكون العلاج فقط في المستشفيات الحكومية.

1-هدى صلبيا شريتحي، "**تسويق التأمين وتنمية المهارات والكفاءات التسويقية**"، جامعة حلب،1999، ط 1، ص:127.

**المطلب الثاني:أسباب عزوف شركات التأمين على التأمين الصحي**

"إن النتائج المالية لهذا النوع من التأمين غير سارة، سواء لشركات التأمين أو لشركات الإعادة، ولذلك كان من الطبيعي أن تتجنب شركات التأمين إصدار عقود تأمين صحي، لاسيما أن معظم شركات التأمين عجزت أن تغطي مصروفاتها، بل تجاوز الأمر ذلك بحدوث خسائر، وعلى سبيل المثال فقد كان عاما 1996م-1997م عصيبين لمعظم شركات التأمين في دول الخليج العربي، حيث انخفضت نسبة الإقساط إلى حوالي ثلث ما يجب أن تكون عليه فعلاً ،وقد تركت هذه الخسائر آثارها السلبية على شركات أعادة التأمين العالمية مما أدى إلى انهيارها أو انسحابها من سوق التأمين في الخليج العربي، بالمثل نجد أن نتائج التأمين الصحي في مصر غير مشجعه فقد بلغت نسبة صافي كلفة الخدمات الصحية المقدمة 150.8% من الإقساط في أحد الأعوام، وذلك دون إضافة العمولات والتكاليف الإدارية التي تصل إلى 35%، مما يعنى خسائر كبيرة ،وهذا لا يخص دول الخليج ومصر فقط، بل أن النتيجة النهائية أن أعمال التأمين الصحي ليس من فروع التأمين المربحة حتى أن الوصول إلى نقطة التعادل يعتبر هدفاً للكثير من معيدي التأمين الصحي.

يرجع السبب في حدوث هذه الخسائر ما تشهده صناعة التأمين الصحي من سوء استخدام للخدمات الطبية المقدمة من خلال التأمين الصحي ، حيث أوضحت الإحصاءات أن خسائر أمريكا نتيجة لسوء استخدام التأمين الصحي بلغت في بعض الأعوام – في عقد التسعينات- مائة مليار دولار"[1].

**المطلب الثالث:سوء استخدام التأمين الصحي**

أوضحت الدراسات أن معظم سوء الاستعمال ناتج عن مقدمي الخدمة، سواء كانوا أطباء أو مستشفيات أو صيدليات أو مراكز تشخيصية وما شابهها، كما يساهم المستفيدون من الخدمات الصحية ( المؤمن عليهم )، بحوالي خمس الممارسات المسببة لسوء الاستخدام، مع الأخذ في الاعتبار أن النسب الموضحة أدناه قابلة للاختلاف من مجتمع لآخر.

ولكن الإحصاءات التي أجريت أوضحت ما يلي:

سوء استخدام التأمين الصحي:

* مقدمو الخدمات 77.9%.

* مستفيدون 19.6%.

* أخرى 2.5%.

الجدول رقم 3: يمثل إحصائيات حول سوء استخدام التأمين الصحي

[1]-عبد الرزاق بن خليف، "**التأمينات الخاصة في التشريع الجزائري**"، مطبعة الجرد، 1998، ص ص:57-58.

| آلية التجـــاوز | أطباء | مستشفيات | صيدليات | مراكز تشخيص |
|---|---|---|---|---|
| اللجوء لوسائل التشخيص بدلاً عن مهارة الطب | * | * | | * |
| استخدام عدة وسائل مجتمعة دون داع | * | * | | * |
| المغالاة في الأجور والأسعار | * | * | * | * |
| التعمد بإطالة أمد المعالجة | * | * | | * |
| معالجة حالات خارجة عن الاختصاص | * | * | | * |
| إدخال حالات للمستشفى دون مبرر طبي | * | * | | |
| القيام بعمليات جراحية دون مبرر علمي | * | * | | |
| وصف الأدوية الأكثر كلفة دون ضرورة | * | * | * | * |
| تعمد كتابة أدوية لا علاقة لها بالتشخيص | * | * | | |
| صرف أدوية ومستحضرات لشركات محددة لمصالح متبادلة | * | * | * | * |
| المبالغة في احتساب كميات الأدوية المستخدمة أثناء التشافي | | * | | |
| التلاعب بقيمة الأدوية الموصوفة وتسجيلها بأعلى من ثمنها | | * | * | |
| التلاعب بكميات الأدوية الموصوفة | | * | * | |
| موافقة المؤمنين على مقايضة الأدوية الموصوفة بمواد تجميلية أو ببدل مالي وغيره | | * | * | |
| استبدال الأدوية الموصوفة بأدوية شبيهة أقل كلفة وتسجيل قيمة الدواء الموصوف | | * | * | |
| تسجيل جلسات علاج أكثر مما هو حقيقي ومنفذ | * | * | | * |
| معالجة شخص غير مغطي تأمينياً باسم آخر مغطى | * | * | * | * |
| التعاون مع بعض المؤمنين لاستغلال التأمين دون حق | * | * | * | * |
| تعدد الاستشارات الطبية بشكل غير مبرر لحالات مرضية واضحة | * | * | | |
| لقيام بإجراءات تشخيصية لا داعي لها داخل العيادة | * | | | |
| تسجيل أسعار وأجور لأجهزة لم تستخدم للمريض والمبالغة في قيمة هذه الأجور (أكثر من قيمتها ( | | * | | |
| تقديم مطالبات غير مفصلة ودون إرفاق تقارير طبية | | * | | |
| عدم إجراء الفحوصات المطلوبة كاملة والمطالبة بكامل القيمة | | * | * | |
| عقد صفقات بين الأطباء والمراكز التشخيصية والتأهيلية | * | * | | * |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| لتشغيلها بأكثر من حاجة المرضى | | | | |
| طالبات لإجراءات غير منفذه (58 %) | * | * | * | * |
| تكثيف استخدام وسائل التقنية الأكثر كلفة دون ضرورة | * | * | | * |

**المطلب الرابع:معوقات التامين الصحي والحلول**

**1-المعوقات**

**أولاً: معوقات بسبب المستفيدين:**

1-"تكرار الزيارات للجهات الطبية دون مبرر وبالتالي استحداث نفقات إضافية.

( قد يكون سبب تكرار الزيارة بسبب هاجس المرض أو الوسواس)

2- التنقل ما بين الأطباء حتى بين أطباء الاختصاص الواحد دون مبرر.

3- الإيحاء للأطباء باستخدام الأدوية والإجراءات الأكثر كلفة دون الحاجة الطبية لها.

4- الرغبة العارمة لدخول المستشفى لحالات لا تستدعي ذلك لأسباب شخصية مثل جلب الاهتمام وغيره.

5- زيارة الطبيب لمرض وهمي بغرض الحصول على إجازة مرضية.

6- إعطاء الفرصة لأناس غير مشمولين في التأمين لانتحال شخصية المستفيدين وبالتالي الحصول على الخدمات دون وجه حق"[1].

7- الحصول على الخدمات الطبية لحالات غير مغطاة تأمينياً تحت غطاء خدمات مشمولة وتحايل المشترك مع الجهات الطبية.

8- استبدال الأدوية الموصوفة بمستحضرات تجميل وحليب وغير ذلك أو ببدل مالي.

9- عدم وضوح مفهوم التأمين الصحي لدى الكثيرين من المستفيدين، مع الأخذ في الاعتبار أن الكثيرين سيوافقون على أهمية التأمين الصحي لكنهم غالباً لا يوافقون على التأمين الصحي لاعتبارات عديدة.

10- الرغبة في الاستفادة والحصول على أقصى منافع حتى دون وجه حق.

11-إنشاء علاقات (مصالح متبادلة) مع الأطراف الأخرى.

1-**"التأمين الصحي الاجتماعي: التمويل الصحي المستدام"**، التغطية الشاملة والتأمين الصحي الاجتماعي. جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسون، البند 12-13 من جدول الأعمال المؤقت، تقرير من الأمانة العامة، ج20/58 ،7 نيسان/ أبريل 2005 ،ص44

**ثانياً: معوقات بسبب شركات التأمين:**

1. عدم وجود ضوابط وشروط وتعليمات واضحة لتنظيم معالجة المؤمنين.

2. عدم وجود تعاون في تبادل المعلومات التفصيلية بين شركات التأمين الصحي ومقدمي الخدمات الصحية مما يؤدي إلى خسائر كبيرة لشركات التأمين.

3. عدم توفر معلومات إحصائية كافية لدى شركات التأمين تمكنها من إصدار عقود تأمين صحي مبنية على أسس علمية صحية صحيحة.

4. عدم وجود آلية لتنظيم استجابات شركات التأمين لأية متغيرات أو أحداث.

5. عدم توفر الكوادر الفنية والعلمية المؤهلة لدى شركات التأمين.

6. اللبس في الحكم الشرعي للتأمين لدى البعض يحد من انتشاره.

7. التقصير في رفع الوعي التأميني لدى المجتمع بما فيهم مقدمي الخدمات.

8. سوء استخدام الخدمات والمنافع (سواء من المنتفع أو الجهة الطبية) يؤدي الى ارتفاع كلف التأمين الصحي وتتكبد شركات التأمين خسائر باهظة.

9. ارتفاع كلف التشغيل لإدارة برامج التأمين الصحي.

10. ارتفاع درجة الخطورة في وثيقة التأمين الصحي لضعف إمكانيات التحكم الإداري لمواجهة ارتفاع تكاليف المعالجة وبالتالي ارتفاع معدلات التعويض.

**ثالثاً: معوقات بسبب الجهات الرسمية والنقابية:**

1. "عدم وجود قوانين وتشريعات تحث على التأمين الصحي أو تلزم به.

2. التقصير في تحديد الأجور الطبية والتقصير في الإشراف على مقدمي الخدمات الصحية (ضعف أو انعدام الرقابة السليمة )

3. التقصير في محاسبة مقدمي الخدمة ممن يثبت استغلالهم أو تكرار أخطاؤهم

4. سلبية النقابات الطبية، وعدم اتحاد كلمتها و تبنيها لأي دور في التقنين الطبي.

5. تبني الحكومة لقانون التأمين الصحي منذ سنين – وبغض النظر عن جوانب القصور فيه – لم يخرج إلى النور بعد.

6. نقص أو عدم وجود الكفاءات المؤهلة في الإدارة الصحية.

7. نقص أو انعدام نظم المعلومات والإحصاءات والدراسات عن اقتصاديات الخدمات الصحية بما في ذلك التأمين الصحي"[1].

## 2- الحلول

### أولاً: الدور الحكومي والنقابي:

-وضع تشريعات تحث على التأمين الصحي و تطبيقه بشكل مناسب ومنصف.

- السعي لشمولية التأمين الصحي لكافة المواطنين مما يؤدي لزوال احتمال انتحال شخصية المؤمن من قبل شخص غير مؤمن.

- وضع أجور للإجراءات والخدمات الطبية، بمشاركة وزارة الصحة والنقابات المعنية، ومقدمي الخدمة، وشركات التأمين الصحي وجمعيات حماية المستهلك، وكذلك وضع تسعيرة للأدوية.

- وضع تشريعات حازمة للإشراف والرقابة الفنية على مقدمي الخدمات الصحية عبر وزارة الصحة والنقابات الفاعلة، والتركيز على معايير الجودة لدى مقدمي الخدمات الصحية (في القطاعين العام والخاص)

- توعية المواطنين عن أهمية التأمين الصحي وفوائده و إدراج ذلك ضمن المناهج المدرسية والجامعية مع بيان مشروعيته للناس.

- دعم و تعزيز الوضع الصحي من خلال:

- تعزيز الأنشطة الوقائية وذلك يتطلب رفع مخصصات الإنفاق الصحي.

- رفع مستوى الأداء الإداري لوزارة الصحة العامة والسكان.

- الإشراف والرقابة على مقدمي الخدمات الصحية عبر وزارة الصحة والنقابات الفاعلة، والتركيز على معايير الجودة في تقييم الخدمات المقدمة في القطاعين العام والخاص على حد سواء.

- توفير الدعم الحكومي لبعض التغطيات التي يتحاشاها التأمين الصحي الخاص مثل أمراض السرطان والفشل الكلوي وما شابهها.

### ثانياً: دور شركات التأمين:

" **التوعية** : سواء لحاملي بوليصة التأمين أو لمقدمي الخدمات الطبية (مع إيضاح الآثار الايجابية عند سلامة الإجراءات وانخفاض خسائر شركات التأمين وكذلك إيضاح الأضرار الناتجة إذا حدث عكس ذلك)

**إعداد العقود:** إعداد عقود تأمين سليمة وواضحة، توضح حقوق المؤمنين ومقدمي الخدمات الطبية.

[1]-نفس المرجع، ص:45

**البحث و التطوير**: الاستفادة من الإحصاءات والبيانات في صناعة وتطوير القرارات الإستراتيجية.

**إدارة النفقات**: استحداث مؤسسات متخصصة لإدارة النفقات للقيام بمراقبة سوء الاستخدام"[1].

**ثالثاً:دور شركات إدارة النفقات الطبية:**

1- الاختيار السليم للجهات الطبية المعتمدة ضمن معايير علمية موضوعية بعيداً عن أي اعتبارات شخصية أو الخضوع للعلاقات الأمزجة والارتقاء الفني بهذه الجهات.

2- إيجاد كوادر علمية وفنية متخصصة ومدربة تتعامل بحرفية عالية وقادرة على التكيف مع المستجدات والمتغيرات الطبية والتقنية.

3-تطبيق آليات صحيحة في تقديم الخدمات الصحية بما في ذلك مراقبة إدخال المرضى إلى المستشفيات والحد من وصول المرضى إلى الاختصاصين الفرعيين دون إحالة.

4- استخدام التقنيات الحديثة في إدارة النفقات الطبية عبر الرقابة الآلية وفق الشروط التعاقدية المتنوعة، ومنع أي تجاوزات بحيث يتم الإطلاع على المطالبات قبل حدوثها لإخضاعها لشروط التعاقد واتخاذ القرار آلياً باستخدام آلية الاتصال المناسبة.

5- تطبيق شروط عقود التأمين الموقعة بين المستفيدين وشركات التأمين بشكل دقيق ومحايد.

6- الترشيد في الإنفاق على الخدمات الصحية تحقيقاً لمبدأ تقديم أقصى درجة من الكفاية بأقل كلفة ممكنة.

7-إعداد إحصاءات تشمل معدلات الكلفة لكل فئة عمرية، ولكل مرض، ولكل منطقة جغرافية، ولكل مهنة، وفي ذلك ايجابيات على المستوى الوطني (للخطط الصحية الإستراتيجية) وصناعياً (معرفة حجم استهلاك الأدوية والمستلزمات).

**رابعاً:دور مقدمي الخدمة :**

-" إنشاء علاقة تعاقدية واضحة مع شركات التأمين الصحي وشركات إدارة النفقات الطبية.

- إصدار تعليمات تؤدي إلى وضوح آليات تقديم الخدمات الطبية للمرضى المؤمنين.

- الالتزام باستخدام الترميزات الدولية International Coding مثل CPT, ICD10, ICD9 وغير ذلك، مما يساعد في الحصول على إحصاءات دقيقة.

1-خديجة حسين نصر، **" نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية**." سلسلة تقارير رقم 68، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، رام الله6 مارس 2007، ،ص ص: 12-13

– العمل على إبقاء أقساط التأمين في أقل مستوى ممكن وذلك من خلال التأكد من تقديم الخدمة الطبية اللازمة فقط.

– إرفاق التفاصيل ونتائج الفحوصات والإجراءات التشخيصية"[1].

**خامسا:آلية ضبط النفقات:**

– الاتفاق مع مقدمي الخدمة على كلف محددة للإجراءات والأدوية والمستلزمات وغيرها.

– وجود ملف مركزي دائم لكل مريض ومراقبة تكرار الإجراءات والزيارات وصرف الأدوية

– ضبط آلية المعالجة داخل وخارج المستشفيات:

– مطابقة الإجراء مع اختصاص الطبيب، ومطابقة الإجراء مع إجراء أخر، و مراقبة الفترة مابين إجراء وأخر وكذلك مراقبة الإجراءات التي لا تتكرر.

– مطابقة الإجراء مع الاختصاص ومع التشخيص ثم مطابقتها جميعاً مع الدواء المنصرف مع مراقبة كمية الإجراءات والمستلزمات مع وضع الحالة المرضية.

– مطابقة الإجراء الطبي مع العمر والجنس.

– مراقبة حق الطبيب بالقيام بإجراء أو فحص أو صرف دواء معين.

– مراقبة معدل أيام الإقامة ومعدل الكلفة لكل حالة مرضية .

**سادسا:ضبط آلية صرف الدواء:**

– مراقبة توافق الدواء مع الجنس و العمر.

– مراقبة الفترات ما بين الأدوية.

– مراقبة توافق الدواء مع غيره من الأدوية.

– مراقبة أسعار وكميات الأدوية الموصوفة.

– تحديد السعر الذي تتحمله شركة التأمين لكل اسم علمي من أسماء الأدوية.

**من وسائل إيقاف الهدر من المستفيدين:**

–تحميل المريض نسبة من الكلفة.

–وجود حدود أو أسقف للمنافع ( أجور– وصفات – خدمات) لإحداث رقابة ذاتية ( ومراقبة ذلك آلياً ).

[1]–نفس المرجع، ص 14

– من الآليات المنفذة في بلدان أخرى: وضع مبالغ مسبقة الدفع ذات قيم عالية قبل أن تبدأ مسؤولية شركة التأمين وذلك للحد من سوء الاستخدام، (يصعب تنفيذها محلياً، لأن المبلغ المطلوب دفعه قد يكون معوقاً حقيقي أمام تلقي المريض للخدمة الطبية التي يحتاجها).

**من الآليات المساندة في ضبط نفقات المعالجة:**

– الحصول على حق الاطلاع على ملف المريض.

– الحق في الحصول على رأي طبي ثاني عند الحاجة.

– تكثيف الدورات المتخصصة لمقدمي الخدمات.

–تطبيق أليه تؤدي إلى مشاركة الجهات الطبية في تحمل أية زيادات.

– بناء قناعات لدى مقدمي الخدمة أن علاقتهم مع دافعي الفواتير أكثر استمراراً من علاقتهم بالمرض.

**أهمية تنامي العلاقة الإيجابية بين شركات التأمين ومقدمي الخدمات الطبية:**

–شركات التأمين قادرة على ضخ أعداد كبيرة من المرضى

– قدرة شركات التأمين على تحمل نفقات الإجراءات الطبية المكلفة دون تأثر بتذبذب الوضع الاقتصادي للإفراد.

– استفادة مقدمي الخدمة من الإحصاءات والخبرات المتوفرة لدى شركات التأمين الصحي.

**المبحث الثاني:التأمين الصحي ودوره في الحياة الاجتماعية**

يلعب التأمين الصحي دورا هاما في التنمية الاجتماعية والاقتصادية وهذا ماسنتطرق له في الأتي:

**المطلب الأول:دور التأمين الصحي في التنمية الاجتماعية والاقتصادية**

"يعتقد الخبراء والعقلاء أن الآلية الموضوعية المناسبة التي يمكنها التخفيف من حدة الآثار المترتبة على تدني المستوى الراهن للوضع الصحي في جميع بلدان العالم، من خلال توفير الخدمات الصحية باهظة الكلفة لمحدودي الدخل بسعر مناسب هي التأمين الصحي الخاص، حيث يمكن للمؤمن عليه الحصول على رعاية صحية ذات مستوى جيد، اعتماداً على مبدأ التكامل الاجتماعي بحيث يتحمل المؤمن عليه من التكاليف حسب دخله ويعالج حسب حاجته .

أي أن التأمين الصحي آلية للمشاركة في تحمل المخاطر وحماية المؤمن عليه من الأعباء المالية التي تدفع مقابل الرعاية الصحية عن طريق اشتراك الأفراد مجتمعين في تحمل تلك التكاليف"[1].

**أولا:التأمين الصحي ودوره في عملية التنمية الاقتصادية**

صحة الإنسان الذهنية والحيوية هي العامل الأساسي لكل قدراته الإنتاجية ، والقدرة على تحمل أعباء الرعاية الصحية تعتمد على ما يتيحه الاقتصاد الوطني من إمكانات و اعتمادات خاصة بتنمية الموارد والطاقات في قطاع الصحة والدواء , ويساهم التأمين الصحي في دعم الاقتصاد الوطني من خلال زيادة فرص الاستثمار في القطاع الصحي وفروعه المختلفة وتشجيع المستثمرين على توظيف أموالهم في المشاريع الصحية, مما يؤدي إلى زيادة فرص العمل داخل مؤسسات وشركات التأمين وفي الجهات التي تقوم بتقديم الخدمات الطبية. وأصبح ينظر للتأمين الصحي على أنه من أساسيات التنمية البشرية وهدفاً من أهدافها ، لأن الاهتمام بالصحة يعتبر اهتماماً بالتنمية , الاستثمار في القطاع الصحي – بشكل سليم – استثماراً في رأس المال البشري ، وذلك نتيجة لما يسببه النمو الصحي من زيادة في إنتاجية رأس المال البشري وبالتالي من زيادة في معدل النمو الاقتصادي.

**ثانيا:التأمين الصحي ودوره في عملية التنمية الاجتماعية**

يؤكد التأمين الصحي على حق الفرد في الحصول على الخدمات الصحية وتحقيق العدالة والمساواة وصولا إلى الهدف الأساسي المتمثل في توفير الصحة للجميع، من خلال تعميق مبدأ المشاركة بين الدولة والمواطن وبين صاحب العمل والموظف وبين الموظفين أنفسهم، وبدون التأمين الصحي لن يتمكن من دفع تكاليف المعالجة الباهظة (خصوصا العمليات الجراحية الكبرى) سوى عدد قليل 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.

يساعد التأمين الصحي أصحاب العمل على أداء التزاماتهم الأدبى والقانوني في معظم دول العالم اتجاه العاملين لديهم، والتأمين الصحي يعني أيضا أنه مقابل قسط معلوم مسبقا يمكن للفرد والمؤسسة تجنب خسائر محتملة تؤدي لآثار اقتصادية واجتماعية وخيمة، وبالتالي فمن الأهمية بمكان وجود قسط معلوم يمكن احتسابه ووضعه ضمن الميزانية المرصودة مسبقا، وبالتالي فإن التأمين أحد الطرق الأكثر فعلية في التعامل مع الأخطار.

1- www.26sep.net/newsweekarticle.php?lng=arabic&sid=3399, Consulté le 13.3.2016

**المطلب الثاني: أهمية التأمين الصحي على مستوى المجتمع**

"نشأت أهمية التأمين الصحي مع تزايد كلفة الرعاية الصحية، وخصوصاً مع تزايد الضغوط الاقتصادية على المجتمعات وعلى الأفراد على حد سواء، مما حدا بأكثر من 150 دولة إلى تطبيق نظام التأمين الصحي في بلدانها، وذلك عندما أصبح من غير الممكن –عملياً – توفير الخدمات العلاجية المجانية، و دعا ذلك إلى إيجاد آلية تضمن الحصول على الخدمة مع محدودية القدرة، وبالتالي كان لابد من مواجهة الأعباء المتزايدة بالتعاون بين الحكومة وأرباب العمل والموظفين، و لأن الواقع يتجه إلى تحميل المسؤولية المالية على الأفراد فيبقى التساؤل كيف يمكن تحقيق ذلك إذا لم تتوفر لدى الأفراد المقدرة المالية على تحمل المسؤولية المالية لهذه الرعاية، وبسبب ذلك كان توجه الدول إلى نظام التأمين الصحي الخاص للتخفيف من الأعباء الملقاة على الحكومات فقاموا بخصخصة هذه الخدمات من خلال شركات التأمين، ويوجد تنامي متزايد في معدلات الإنفاق الصحي (عبر التامين الصحي الخاص) في معظم دول العالم المتقدم حيث يصل إلى 5% سنوياً في كل من أمريكا وبريطانيا واليابان"[1].

وقد أثبتت التجارب العملية لبعض البلدان (مثل دول الخليج العربي) أن العناية الطبية المجانية تشتمل على سوء استعمال وإسراف في استخدام المرافق الطبية والمعدات والأدوية، مما يمثل ضغطاً على ميزانيات الدول، حتى أن بعض مسئولي قطاع العناية الطبية في دول مجلس التعاون أشاروا إلي ظاهرة اتخاذ بعض السيدات في العيادات الخاصة أمكنة للاجتماع والالتقاء مع الصديقات بقصد تبادل الحديث، وكمبرر للخروج من المنزل ولإثبات وجودهن في العيادات يحملن معهن ما أمكن من الأدوية لهن ولأولادهن وبالطبع لا يستعملن تلك الأدوية، أما مع تغير الأوضاع الاقتصادية فقد أصبح من الصعب المحافظة على مجانية الخدمات الصحية العلاجية، حتى أن معظم دول الخليج بدأت تتقاضى رسوماً مقابل الخدمات الطبية التي تقدمها وخصوصاً من المغتربين، وبدأت بانتهاج مبدأ التأمين الصحي و بلغت الأقساط التأمينية فيها مئات الملايين من الدولارات.

كما يعتبر التأمين الصحي أحد أهم أنواع التأمين وأكثره ارتباطاً وحساسية 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:

1

1- الطيب سماتي:" **الإطار القانوني للتأمينات الاجتماعية في التشريع الجزائري ومشاكله العملية**"، مداخلة مقدمة ضمن ندوة حول:" مؤسسات التأمين التكافلي والتأمين التقليدي بين الأسس النظرية والتجربة التقليدية"،جامعة فرحات عباس سطيف خلال الفترة 26/25 أفريل 2011، ص22

**- التأمين الصحي ودوره في شعور الفرد والمجتمع بالأمان :**

"نظرا للأهمية الحيوية للرعاية الطبية بالنسبة لسعادة الفرد والأسرة وبالنسبة لتقدم المجتمع ورفاهيته. كما يساهم التأمين الصحي في تحقيق الاستقرار النفسي والاجتماعي والاقتصادي لفئات العمال والموظفين والتخلص من مظاهر القلق الممكن حدوثه نتيجة لعدم توافر الأموال للعلاج.
الارتفاع الكبير والمستمر في كلفة الرعاية الطبية الحديثة التي 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.

عدم إمكانية التنبؤ بحدوث المرض أو كلفته على مستوى الفرد والأسرة مما يجعل من الصعب اتخاذ الإجراءات الضرورية نحو موازنة الدخل لتغطية هذه التكاليف"[1].

**2-التأمين الصحي ودوره في عملية التنمية الاقتصادية.**

المساهمة في دعم الاقتصاد الوطني من خلال زيادة فرص الاستثمار في القطاع الصحي وفروعه المختلفة المختلفة وتشجيع المستثمرين على توظيف أموالهم في المشاريع الصحية.

المساهمة في توفير المزيد من فرص العمل داخل المؤسسات وشركات التأمين وفي الجهات التي تقوم بتطبيق العمليات الطبية.

المساهمة في زيادة معدلات القوى العاملة الصحية والأسرية والمرافق الصحية بالنسبة إلى عدد السكان.

**3- 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.

**4**

[1]-نفس المرجع، ص ص:23-24

**– التأمين الصحي ودوره الفاعل في عملية الادخار:**

يساهم التأمين الصحي في توفير موارد مالية لتمويل نفقات القطاع الصحي الباهظة التكاليف، وبالتالي تقليل الأعباء على الميزانية العامة للحكومات والمؤسسات والشركات والأفراد المسئولين عن علاج العاملين لديهم.

كما أن للتأمين الصحي أهمية اقتصادية واجتماعية تتمثل فيما يلي:

**الأهمية الاقتصادية للتأمين الصحي:**

–صحة الإنسان الذهنية والحيوية هي العامل الأساسي لكل قدراته الإنتاجية، والقدرة على تحمل أعباء الرعاية الصحية تعتمد على ما يتيحه الاقتصاد الوطني من إمكانات واعتمادات خاصة بتنمية الموارد والطاقات في قطاع الصحة والدواء.

– أصبح الاهتمام بصحة المواطن أولوية قصوى ليس لاعتبارات إنسانية أو اجتماعية فحسب إنما لاعتبارات اقتصادية بحته، فهو من أساسيات التنمية البشرية وهدفاً من أهدافها، لأن الاهتمام بالصحة يعتبر اهتماماً بالتنمية.

– أصبح ينظر للاستثمار في القطاع الصحي – بشكل سليم – استثماراً في رأس المال البشري، وذلك نتيجة لما يسببه النمو الصحي من زيادة في إنتاجية رأس المال البشري وبالتالي من زيادة في معدل النمو الاقتصادي.

– التقليل من الخسائر الناجمة من مرض العمال وانقطاعهم عن العمل بسببه.

**الأهمية الاجتماعية للتأمين الصحي:**

–"التأكيد على حق الفرد في الحصول على الخدمات الصحية وتحقيق العدالة والمساواة، وصولاً إلى الهدف الأساسي المتمثل في توفير الصحة للجميع.

–تعميق مبدأ المشاركة بين الدولة والمواطن وبين صاحب العمل والموظف وبين الموظفين أنفسهم.

– التأثير الإيجابي على الفرد عند حدوث اطمئنان اجتماعي.

– بدون التأمين الصحي لن يتمكن من دفع تكاليف المعالجة الباهظة (خصوصاً العمليات الجراحية الكبرى) سوى عدد قليل من الأفراد القادرين على الدفع، وبالتالي فإن التامين الصحي بما فيه من آلية تكافلية يمكن الأفراد من تلقي الخدمات اللازمة ذات الكلفة العالية بمبالغ معقولة.

– 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 ووضعه ضمن الميزانية المرصودة مسبقاً، وبالتالي فان التأمين أحد الطرق الأكثر فعالية في التعامل مع الأخطار"[1].

**المطلب الثالث:المكاسب الوطنية التي يحققها التأمين الصحي**

تتلخص المكاسب الوطنية المتحققة بمجموعة من النقاط وهي :

-زيادة إنتاجية الموارد البشرية، وزيادة معدل النمو الاقتصادي.

-تنامي وتطور القطاع الصحي (العام والخاص) لتنافسهم في استقطاب المؤمنين صحياً.

-الحد من استنزاف النقد الأجنبي الناتج عن نفقات العلاج في الخارج، مما يؤدي إلي مزيد من النمو الاقتصادي.

-وجود أنظمة التأمين الصحي يشجع المستثمرين في مزيد من الاستثمارات الصحية الكبرى وبالتالي المزيد من النمو والتنمية للوطن.

[1]- الطيب السماتي مرجع سابق الذكر، ص:26

**خلاصة:**

لم يتوقف دور التأمين الصحي عند معالجة منتسبيه بل تخطى ذلك وأصبح أكثر شمولاً وعطاء في مجالات الحياة المختلفة ، لذلك نراه يتناول في بعض مواده التركيز على استباق المرض بتقديم الخدمات الوقائية كالتطعيم ضد الأمراض حسب برامج خاصة بذلك.

كما أن للتأمين الصحي أهمية كبيرة في الحفاظ على صحة وسلامة العمال والموظفين وله دور كبير في عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية، لذلك لا بد من تفعيل برامج التأمين الصحي وتخصيص المزيد من الموازنات لدعمه ونشره ، وزيادة الوعي لدى العمال لأهمية التأمين الصحي في حياتهم وخاصة عمال وموظفو القطاع العام الذين يعانون من ضعف في الدخل الذين لن يكونوا وحدهم قادرين على تحمل تكاليف العلاج، وخاصة بعد ظهور التقنيات الحديثة و تطور التكنولوجيا الطبية.

# الفصل الأول:

# التأمين الصحي

# الفصل الثاني:

# علاقة التأمين الصحي بالحياة الاجتماعية

# الفصل الثالث:

# دراسة حالة الصندوق

# الوطني للضمان الاجتماعي

# للعمال الغير الأجراء

# المقدمة العامة

# قائمة المراجع

# الخاتمة العامة

## الفهرس

الإهداء

الشكر

قائمة الجداول..... III

قائمة الأشكال..... III

المقدمة العامة..... 02

**الفصل الأول: التأمين الصحي**

تمهيد..... 06

**المبحث الأول: عموميات حول التأمين**..... 07

المطلب الأول:ماهية التأمين..... 07

المطلب الثاني:خصائص عقد التأمين..... 08

المطلب الثالث:مبادئ التامين ووظائفه..... 10

المطلب الرابع:أنواع التأمين وتقسيماته. ..... 16

**المبحث الثاني:مدخل إلى التأمين الصحي** 18

المطلب الأول:بدايات التأمين الصحي ونشأته وتطوره..... 18

المطلب الثاني مفهوم التأمين الصحي ومشروعيته..... 19

المطلب الثالث: أنواع التأمين الصحي وتحديد طرق تقديم خدماته..... 23

المطلب الرابع: أهداف التأمين الصحي وفوائده..... 27

خلاصة..... 32

**الفصل الثاني: علاقة التأمين الصحي بالحياة الاجتماعية**

تمهيد..... 34

**المبحث الأول:** حقيقة التأمين الصحي..... 35

المطلب الأول:. مشروع قانون التأمين الصحي وخصوصياته وعناصره..... 35

المطلب الثاني:. أسباب عزوف شركات التأمين على التأمين الصحي..... 38

المطلب الثالث: سوء استخدام التأمين الصحي..... 38
المطلب الرابع: معوقات والتأمين الصحي والحلول..... 40
**المبحث الثاني**:.. التأمين الصحي ودوره في الحياة الاجتماعية..... 46
المطلب الأول:. دور التأمين الصحي في التنمية الاقتصادية والاجتماعية..... 46
المطلب الثاني:. أهمية التأمين الصحي على مستوى المجتمع..... 47
المطلب الثالث: المكاسب الوطنية التي يحققها التأمين الصحي..... 50
خلاصة..... 51

**الفصل الثالث: دراسة حالة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء CASNOS بمستغانم**

تمهيد..... 53
**المبحث الأول** تمهيد حول الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء ..... 54
المطلب الأول: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء..... 54
المطلب الثاني: تقديم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء..... 55
المطلب الثالث: الهيكل التنظيمي للوكالة..... 57
**المبحث الثاني**:. التأمينات الصحية للصندوق ونظام عمل البطاقات الإلكترونية..... 67
المطلب الأول: التعريف بنظام البطاقات الإلكترونية(بطاقة الشفاء)..... 68
المطلب الثاني: إستراتيجية عمل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء..... 87
المطلب الثالث: أهداف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء..... 88

خلاصة..... 89
الخاتمة العامة..... 91
قائمة المراجع..... 95
قائمة الملاحق

**المقدمة العامة:**

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

إن التأمين الصحي ركيزة مهمة في عملية بناء المجتمع، وعنصر أساسيا بالنسبة للحياة العملية لأفراد المجتمع سواء كعمال في القطاع العام أو خارجه على اعتبار أنه يعطي للعمال العديد من المزايا والإيجابيات، كتعويض النفقات المصروفة على المرض مثلا، وهذا في مقابل دفع مبلغ تأمين صغير من طرف كل مؤمن.

لكن بالرغم من الأهمية الكبيرة للتأمين الصحي إلا أنه قطاع لايزال يعاني من الكثير من الصعوبات في الكثير من البلدان النامية ، وذلك بسبب انخفاض مستوى الدخل وتدني مستوى المعيشة وكذلك عدم وعي المنظمات والحكومات لأهمية التأمين الصحي في عمليات التطوير والتنمية.

لكن بالمقابل له دور كبير في مختلف جوانب الحياة وعلى مسيرة التنمية الاقتصادية والاجتماعية، و له انعكاسات إيجابية سواء نُظر إليه من الناحية الإنسانية أو من الناحية الإنتاجية, فاستخدامه الجيد يؤدي إلى زيادة إنتاجية الأفراد العاملين, وذلك بسبب استمراريتهم في المواظبة على الدوام من دون عوائق تتعلق بالأمراض وقلة النشاط, وعلى العكس فإن سوء استخدام التأمين الصحي يسبب انعكاسات سلبية على الفرد وعلى المجتمع,و القضاء على هذه السلبيات إن وجدت يكون من خلال مراقبة الأداء الصحي ومحاولة إصلاح الخلل لأن ذلك ذات مردودية عالية على عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

وقد جاء هذا البحث ليسلط الضوء على عملية التأمين الصحي ويبحث فيما إذا قد كان فعلا يشارك في عملية التنمية.ومنه يمكن تلخيص ذلك بالسؤال التالي:

**الإشكالية:**

-هل هناك دور للتأمين الصحي في الحياة الاجتماعية؟

وتتفرع منه مجموعة من الأسئلة الموالية:

-ما المقصود بالتأمين الصحي؟وكيف تقدم خدماته ؟ و ماهي أهدافه؟

-هل تقتصر فوائد التأمين الصحي على الأفراد فقط؟

-هل هناك مكاسب وطنية من وراء التأمين الصحي؟

-هل تهتم الجزائر بالتأمين الصحي؟

**الفرضيات:**

من خلال ما تقدمنا به من تساؤلات تتبلور الفرضيات التالية:

-يعتبر التأمين الصحي من أجدر العمليات التأمينية التي تشمل الرعاية الصحية والتي توفر له الحماية التأمينية في العلاج وفي تعويض الأجر.

-غياب الثقافة التأمينية في أرجاء مجتمعنا الجزائري أدى بالضرورة إلى محدودية القطاع التأميني في الحياة الاجتماعية.

**أهمية الموضوع:**

تنبع أهمية هذا البحث من كونه يتعرض لقطاع خدمي مهم له انعكاسات كبيرة على حياة الإنسان ألا وهو التأمين الصحي الذي يعتبر من الناحية النفسية قطاع يحد من الخوف الناجم عن فقدان العمل نتيجة المرض أو العجز، ومن الناحية الاقتصادية أن خسارة الفرد لعمله يدفعه إلى العوز والفقر، فالعنصر البشري هو عنصر أساسي في تحقيق خطط التنمية وحماية هذا العنصر يعني حماية المنظمة والمجتمع، والخدمات التي يقدمها التأمين الصحي تنعكس آثارها على التنمية الاجتماعية خصوصا والاقتصادية.

**دوافع اختيار الموضوع:**

يمكن إرجاع مبررات اختيار هذا الموضوع إلى أسباب منها:

دوافع موضوعية تتمثل في:

- موافقة الموضوع لتخصصي الدراسي.
- إضافة دراسة في هذا المجال لإثراء البحث العلمي والمكتبة.
- إظهار أهمية التأمين الصحي في حياة الفرد والمجتمع.
- دراسة دور التأمين الصحي في الحياة الاجتماعية.

**منهج البحث:**

تماشيا وطبيعة الموضوع المدروس تم اتباع المنهج الوصفي التحليلي بأسلوب دراسة الحالة، الاعتماد على مجموعة من المعايير أهمها طبيعة الدراسة والموضوع، والأدوات المستخدمة في جمع وتحليل المعلومات استنادا إلى نوعين من المعلومات ، فالنوع الأول مصدره نظري يتجسد من خلال الاطلاع على الكتب والمؤلفات والأبحاث العربية والأجنبية بالإضافة إلى مواقع الأنترنيت وجمع البيانات التي لها علاقة بالموضوع. أما النوع الثاني مصدره تطبيقي يتجسد من خلال إجراء دراسة ميدانية على مستوى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء بمستغانم باستخدام أسلوب التحليل عن طريق الاستبيان، الهدف منه هو التوصل إلى الأهداف المرجوة من البحث والإجابة على الإشكالية المطروحة.

**أقسام البحث:**

تم تقسيم هيكل البحث كما يلي:

الفصل الأول خصص لتقديم التأمين الصحي بمفهومه الشامل، واحتوى على مبحثين:

الأول:تعرضنا فيه إلى التأمين بصفة عامة، والمبحث الثاني يتضمن التأمين الصحي،نشأته، وتحديد طرق تقديم خدماته وأنواعه وأهدافه.

أما الفصل الثاني فقد عالج علاقة التأمين بالحياة الاجتماعية، وخصص له مبحثين الأول حول حقيقة التأمين الصحي، والثاني حول الدور الاقتصادي والاجتماعي للتأمين الصحي.

وانتهت الدراسة بفصل يعرض حالة تطبيقية على مستوى الصندوق الوطني للضمان اجتماعي لغير الأجراء بمستغانم ، حيث تطرقنا فيه إلى مبحثين: الأول يتضمن تمهيد حول الصندوق، أما الثاني فيشمل التأمينات الصحية ونظام عمل البطاقات الإلكترونية(بطاقة الشفاء).

**الفصل الأول: التأمين الصحي**

**تمهيد**

**المبحث الأول:ماهية التأمين**

**المطلب الأول:مفهوم التأمين**

**المطلب الثاني:خصائص عقد التأمين**

**المطلب الثالث:مبادئ التأمين ووظائفه**

**المطلب الرابع:أنواع التأمين وتقسيماته**

**المبحث الثاني:مدخل إلى التأمين الصحي**

**المطلب الأول: نشأة التأمين الصحي وتطوره**

**المطلب الثاني :مفهوم التأمين الصحي**

**المطلب الثالث:أنواع التأمين الصحي وتحديد طرق تقديم خدماته**

**المطلب الرابع:أهداف التأمين الصحي وفوائده.**

**خلاصة**

**الفصل الثاني:علاقة التأمين الصحي بالحياة الاجتماعية**

**تمهيد**

**المبحث الأول:حقيقة التأمين الصحي**

**المطلب الأول:مشروع قانون التأمين الصحي وخصوصياته وعناصره**

**المطلب الثاني: أسباب عزوف شركات التأمين على التأمين الصحي**

**المطلب الثالث: حقائق عن استخدام التأمين الصحي**

**المطلب الرابع:معوقات التأمين الصحي**

**المبحث الثاني:التأمين الصحي ودوره في الحياة الاجتماعية**

**المطلب الأول: دور التأمين الصحي في التنمية الاجتماعية والاقتصادية**

**المطلب الثاني: أهمية التأمين الصحي على مستوى المجتمع**

**المطلب الرابع:المكاسب الوطنية المتحققة من خلال التأمين الصحي**

**خلاصة**

**الفصل الثالث: دراسة حالة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء CASNOS.**

**تمهيد**

**المبحث الأول : تمهيد للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء.**

**المطلب الأول: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء.**

**المطلب الثاني : تقديم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء.**

**المطلب الثالث : الهيكل التنظيمي للوكالة.**

**المبحث الثاني : التأمينات الصحي ونظام اليطاقات الإلكترونية(بطاقة الشفاء)**

**المطلب الأول :الخدمات المقدمة.**

**المطلب الثاني : إستراتيجية عمل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء.**

**المطلب الثالث : أهداف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء.**

**خلاصة**

# الإهداء

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة ونصح الأمة...إلى نبي الرحمة والنور سيدنا مُحَمَّد ﷺ.

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار، إلى من علمي العطاء بدون انتظار، إلى من أحمل اسمه بكل افتخار... **والدي العزيز بلمهل** حفظه الله ورعاه.

إلى معنى الحب والحنان، إلى بسمة الحياة، وسر الوجود، إلى من كان دعاؤها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي ...**أمي الحبيبة خيرة** حفظها الله ورعاها.

إلى من أرى التفاؤل بعينيه، والسعادة في ضحكته، إلى الذي ترك بصمة في حياتي وغير مجراها، ومن لملم أحزاني بين فترة وأخرى وإلى من أشعرني بأنني لست وحيدة في مجتمع مختلف...**سيدو**.

إلى توأم روحي ورفيقة دربي ، إلى □احبة القلب الطيب والنوايا الصادقة، إلى من رافقتني منذ أن حملنا حقائب □غيرة وسرنا الدرب خطوة خطوة...**حياة و وفاء**.

إلى من بهم أكبر وعليهم أعتمد، إلى شمعة متقدة تنير ظلمة حياتي، إلى من بوجودهم أكتسب قوة ومحبة لا حدود لها إلى أخواتي: نادية وابنتها شيماء،دليلة وزوجها سيف الدين وأولادها(مولود، مراد، منير)

جميلة وزوجها موسى وابنها مُحَمَّد ياسين، وإلى سعاد وخطيبها جمال. وإلى أخواي العزيزين عيسى و مُحَمَّد فؤاد.

إهداء خاص إلى أمي الثانية **رقية** وإلى سامية وابنها إسلام، أمال وابنتها شيماء وإخلاص، خيرة وابنتها ياسمين ونور، وإلى نجاة.

إلى الأخوات اللواتي لم تلدهن أمي، إلى من تميزوا بالوفاء وتحلوا بالإخاء، إلى □ديقاتي:سهام، أسماء، إيمان،هاجر،فاطيمة، أمال، أمينة،خيرة،نبيلة،سميرة،زهية،,نجاة،....

إلى كل من عائلة: بن زعمة، بوطيبان، بوطاجين، سرير دواجي، بكوش، بن يطو، طاهري،زناتي.

إلى كل من سكان ولاية: سيدي بلعباس(سيدي لحسن)، مستغانم، غليزان(مازونة).

إلى كل طلبة ماستر2 :مالية نقود وتأمينات.

# شكر وتقدير

قبل كل شيء، أشكر الله عز وجل الذي أنعمني بنعمة العلم، ووفقني إلى بلوغ هذه الدرجة وأقول"اللهم لك الحمد حتى ترضى،ولك الحمد إذا رضيت، ولك الحمد بعد الرضا".

أقدم الشكر الجزيل إلى كل من ساعدني في إنجاز هذا العمل وبالأخص إلى الأستاذ المشرف"بن زيدان الحاج" على توجيهاته القيمة والإرشادات الصائبة التي لم يبخل بها علينا.

كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى السادة الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول الاشتراك في مناقشة هذا البحث المتواضع وتقييمه.

إلى كل من بذل معي جهدا ووفر لي وقتا ونصح لي قولا خا□ة "سيدو"، فأسأل الله أن يجزيهم خير الجزاء.

## قائمة الجداول


| الرقم | العنوان | الصفحة |
|---|---|---|
| 1 | الفرق بين التأمين الاختياري والإجباري | 17 |
| 2 | الفرق بين التأمين التجاري والتعاوني | 17 |
| 3 | إيجابيات وسلبيات التأمين الصحي | 36 |
| 4 | إحصائيات حول سوء استخدام التأمين الصحي | 40-39 |
| 5 | المراحل التي مر بها مشروع بطاقة الشفاء | 68-69 |


## قائمة الأشكال


| الرقم | العنوان | الصفحة |
|---|---|---|
| 1 | صورة لبطاقة الشفاء | 71 |
| 2 | صورة عن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال غير الأجراء | 55 |


## قائمة الاختصارات:

**CASNOS**: Caisse nationale des assurances sociales des non salariés.

**CNAS**: Caisse nationale des assurances sociales des travailleures salariés.

**CNAC**: Caisse nationale d'assurances chomage.

**CNR** : Caisse nationale des retrétés.

# شكر و تقدير

قبل كل شيء، أشكر الله عز وجل الذي أنعمني بنعمة العلم، ووفقني إلى بلوغ هذه الدرجة وأقول"اللهم لك الحمد حتى ترضى،ولك الحمد إذا رضيت، ولك الحمد بعد الرضا" .

أقدم الشكر الجزيل إلى كل من ساعدني في إنجاز هذا العمل وبالأخص إلى الأستاذ المشرف"بن زيدان الحاج" على توجيهاته القيمة والإرشادات الصائبة التي

لم يبخل بها علينا .

كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى السادة الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول الاشتراك في مناقشة هذا البحث المتواضع وتقييمه.

إلى كل من بذل معي جهدا ووفر لي وقتا

ونصح لي قولا خاصة "سيدو"،

فأسأل الله أن يجزيهم خير الجزاء

- **الكتب والمؤلفات:**

1-أسامة عزمي سلام،شقيري نوري موسى،"**إدارة الخطر والتأمين**"،دار حامد للنشر والتوزيع،الطبعة الأولى 2010.

2-أقاسم نوال ،**نشاط التأمين في التنمية الاقتصادية**،الجزائر،جامعة الجزائر،2002.

3-إبراهيم مُحَّد مهدي،"**التأمين ورياضياته**"،المكتبة العصرية للنشر والتوزيع،الطبعة الأولى،مصر2010 .

4-الأفضل جمال الدين مُحَّد بن مكر ابن منظور الإفريقي المصري،"**لسان العرب**"،المجلد2،دار صياد،بيروت لبنان .

5-الطيب سماتي:" **الإطار القانوني للتأمينات الاجتماعية في التشريع الجزائري ومشاكله العملية**"، مداخلة مقدمة ضمن ندوة حول:" مؤسسات التأمين التكافلي والتأمين التقليدي بين الأسس النظرية والتجربة التقليدية"،جامعة فرحات عباس سطيف خلال الفترة 26/25 أفريل 2011.

6-حديدي معراج، "**مدخل لدراسة قانون التأمين الجزائري**"،ديوان المطبوعات الجامعية،1999.

7-حربي مُحَّد عريقات، «التأمين **وإدارة الخطر(النظرية والتطبيق)**"دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن،الطبعة الأولى.

8-حسيبو معمر عبد الرحمن، أعمال المؤتمر العلمي العالمي،"**الطريق نحو التغطية الصحية الشاملة**"، السودان، الطبعة الأولى 2012.

9-خديجة حسين نصر، " **نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية.**" سلسلة تقارير رقم 68، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، رام الله 6 مارس 2011.

10 -صالح سليمان عيد،"**محاسبة المصاريف وشركات التأمين**"،منشورات كلية المحاسبة،غريان

11-عبد الهادي الحكيم، «**عقد التأمين**"منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، الطبعة الأولى، 2003.

12- عبد الوهاب يوسف أحمد،"**التمويل وإدارة المؤسسات المالية**" ،دار النشر حامد،الطبعة الأولى2008.

13- عبد الهادي السيد، "**عقد التأمين حقيقته ومشروعيته**"، بيروت الحلبي 2003.

14-عبد الرزاق بن خليف، "**التأمينات الخا ة في التشريع الجزائري**"، مطبعة الجرد، 1998.

15-عزيز فهمي هيكل"**مبادئ في التأمين**"،الدار الجامعية،بيروت 1985.

16-علة أحمد شاكر، "**الإطار العملي لنظرية التأمين**"ن القاهرة، كلية التجارة، 1996.

17-هدى صلبيا شريتحي، "**تسويق التأمين وتنمية المهارات والكفاءات التسويقية**"، جامعة حلب،1999،الطبعة الأولى.

- **الأوراق البحثية:**

1-مقالة نشرت في "**مجلة الصحة والسكان**"، العدد الثامن ، ديسمبر 2005 في الصحيفتين 44-45

2-"**التأمين الصحي الاجتماعي: التمويل الصحي المستدام**"، التغطية الشاملة والتأمين الصحي الاجتماعي. جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسون، البند 12-13 من جدول الأعمال المؤقت، تقرير من الأمانة العامة، ج20/58 ،7 نيسان/ أبريل 2005 ،ص44

- **القوانين:**

1-الضمان الاجتماعي،نصوص تنظيمية وتشريعية،المعهد الوطني للعمل،الطبعة الأولى 2003.

2-القانون رقم 11-83 المؤرخ في1983/07/02 المتعلق بالضمان الاجتماعي.

3-القانون رقم 12-83 المؤرخ في 1983/07/02 المتعلق بالتقاعد.

4-القانون رقم 13-83 المؤرخ في 1983/07/02 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية.

5-المادة 03من المرسوم لرقم، 10/ 116.

6-المادة 12 من المرسوم رقم 10/116 تنص على المعطيات الإدارية المدونة في بطاقة الشفاء.

7-المادة 13 من المرسوم رقم116/10 تنص على المعطيات ذات الطابع الطبي لصاحب بطاقة الشفاء.

8-المرسوم التنفيذي رقم 116/09 المؤرخ في 07 أبريل 2009 العلاقات بين هيئات الضمان الاجتماعي والطبيب العام المسمى ب "الطبيب المعالج".

9-المرسوم التنفيذي رقم 96 /434 المؤرخ في 30 نوفمبر 1996 المعدل والمتمم للمرسوم رقم 35/85 المؤرخ في 9 فيفري 1985 والمتعلق بالضمان اجتماعي الخاص بالأشخاص الذين يمارسون نشاطا مهنيا غير مأجور

- **مواقع الأنترنيت:**

1-www.26sep.net/newsweekarticle.php?lng=arabic&sid=3399

2-WWW.NHIF..GOV.SD/ DETAILS. PHPNSN.TYPEm18-41

3-http/www.misyemen.com/pages.pbping/arabic.sid 33998

4-http://www.misyemen.com/pages.php?script_id=103