الضمان الاجتماعي والتأمينات الصحية في الجزائر: من الهيمنة إلى الانفتاح

Social security and health insurance in Algeria: from hegemony to openness

نورالدين حاروش *
جامعة الجزائر 3 . الجزائر
harrouche.noureddine@univ-alger3.dz

تاريخ الاستلام: 2024/10/03 تاريخ القبول: 2025/04/26

الملخص

الهيمنة التي غالبا ما ميزت التمويل الصحي العام من طرف هيئات الضمان الاجتماعي لم تعد ممكنة حاليا وغير قادرة على تحمل النفقات، ذلك ما جعل الجهات الصحية في الجزائر تعيد النظر في ترتيباتها بداية من سنة 1993، من خلال التفكير في تطبيق النهج التعاقدي بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية سواء في القطاع العام أو الخاص، هذا النهج يقوم على التزام بين الطرفين، مقدم العلاج وممول العملية العلاجية، وتحتفظ الدولة بسلطة الضبط والمراقبة، لذا تهدف هذه الورقة البحثية لتسليط الضوء على مسارات الضمان الاجتماعي والتأمينات الصحية في الجزائر وهيمنته على العملية لمدة عقود في إطار القطاع الصحي العمومي، بالرغم من تنامي القطاع الخاص بشكل لافت في السنوات الأخيرة، كما تهدف هذه الدراسة الى توضيح المبادرات الأخيرة التي قام يها صندوق الضمان الاجتماعي من خلال التعاقدات التي ابرمها مع بعض المؤسسات الاستشفائية الخاصة في مسعى ينبئ ببداية الانفتاح على القطاع الخاص.

إصلاح الضمان الاجتماعي وفتح مجال الاستثمار لشركات التأمين الصحي الخاصة، وتعميم التعاقد مع القطاع الصحي الخاص، وتنظيمه ودمجه مع القطاع الصحي العام، تلك أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة.

الكلمات المفتاحية: الضمان الاجتماعي، التأمين الصحي، المنظومة الصحية، الجزائر، النهج التعاقدي.

Abstract

The dominance that often characterized public health financing by social security bodies is no longer possible now and they are unable to bear the expenses. This is what made the health authorities in Algeria reconsider their arrangements starting in 1993. By thinking about applying the contractual approach between social security bodies and hospital institutions, whether in the public or private sector, this approach

اللقب والإسم: نورالدين حاروش، الإيمايل harrouche.noureddine@univ-alger3.dz *

is based on a commitment between the two parties, the treatment provider and the financier of the treatment process, and the state retains the authority to control and monitor, so this research paper aims to shed light on the guarantee paths. Social insurance and health insurance in Algeria and its dominance of the process for decades within the framework of the public health sector, despite the remarkable growth of the private sector in recent years, This study also aims to clarify the recent initiatives undertaken by the Social Security Fund through the contracts it concluded with some private hospital institutions in an effort that heralds the beginning of openness to the private sector. Reforming social security, opening the field of investment for private health insurance companies, generalizing contracting with the private health sector, organizing it and merging it with the public health sector, these are the most important results of the study.
Keywords: **social security; health insurance; health system; Algeria; contractual approach.**

مقدمة:

تعكس المنظومة الوطنية للحماية الاجتماعية لأي بلد مستوى التطور الاجتماعي والاقتصادي وهي أيضا مرآة لمستوى التشاور بين مختلف الفاعلين في الساحة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، ويرتبط التطور التاريخي لأنظمة الحماية الاجتماعية، ولاسيما أنظمة الضمان الاجتماعي عبر العالم، ارتباطا وثيقا بتاريخ مختلف الحركات الاجتماعية التي ميزت البشرية. كما يكتسي الضمان الاجتماعي اليوم أهمية بالغة في حماية العمال وعائلاتهم، نظرا لانعكاساته الايجابية على توزيع الدخل القومي وعلى أداء الاقتصاد الوطني وهو ضابط هام عبر تاريخ تطوره.

الضمان الاجتماعي هو نظام اجتماعي مقنن (قانوني) يتمثل في جملة الوسائل المادية والبشرية والفنية التي تضعها الدولة وتسخرها قصد مواجهة بعض الأخطار الاجتماعية التي يوليها المجتمع اهتماما خاصا (الصحة مثلا) في سبيل حماية الأفراد والجماعات ضد كل/ أو بعض الأخطار الاجتماعية، وقد أشارت إليها وعددتها منظمة العمل الدولية في اتفاقيتها رقم 102.

الضمان الاجتماعي أيضا هو حق من حقوق الإنسان نص عليه الإعلان العالمي لحقوق الإنسان يوم 10 ديسمبر 1948، وألزم كل الدول الأطراف أن تعترف بحق كل شخص بالضمان الاجتماعي، بما فيه التأمينات الاجتماعية وذلك دون تحديد لطبيعة الحماية المقررة أو مستواها، وقد توج الاهتمام الدولي بالضمان الاجتماعي بالاتفاقيات الدولية الصادرة عن منظمة العمل الدولية وأهمها الاتفاقية رقم 102لعام 1952والمتعلقة بالحد الأدنى الواجب تأمينه من الدول

الأعضاء في تشريعاتها الداخلية، وهي ثلاثة من التسعة أخطار التالية: المرض، نقص الدخل والبطالة، الشيخوخة، حوادث العمل، الأمراض المهنية، الولادة ، العجز، الوفاة، والأعباء العائلية.

على غرار باقي الدول، عرفت منظومة الضمان الاجتماعي بالجزائر منذ نشأتها، تطورا مكثفا ومتواصلا وعلى نحو أدق، منذ استقلالها سنة 1962 . لاسيما التوجه نحو تعميم الحماية الاجتماعية من خلال توسيع نطاقها لتشمل فئات واسعة من السكان مع تبسيط الإجراءات لتجسيد الحق في الضمان الاجتماعي.

صندوق الضمان الاجتماعي في الجزائر مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص لتسيير أداءات التأمينات الاجتماعية التي أقرتها منظمة العمل الدولية وتسيير المنح العائلية لحساب الدولة وتحصيل الاشتراكات وإجراء الرقابة الطبية لفائدة المستفيدين وإعلام المستفيدين وأصحاب العمل بحقوقهم والتزاماتهم.

يساهم صندوق الضمان الاجتماعي في تمويل المنظومة الصحية وبالتالي الاستفادة من العلاج بالنسبة للمؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق في القطاع العام نظير الاشتراكات التي تقتطع من طرف العامل ورب العمل في حدود 34،5%، وهي إجبارية، وبالرغم من تنامي القطاع الصحي الخاص وانتشاره فلم يرافق ذلك التأمينات الصحية الخاصة، واقتصر الضمان الاجتماعي في التعاقد مع بعض المؤسسات الاستشفائية الخاصة في الآونة الأخيرة ...

أهمية الدراسة:

لا شك أن الصحة ليس لها ثمن ولكن لها تكلفة وهذه التكلفة ما فتئت تتضاعف، لذا فإن أهمية البحث في تمويل المنظومة الصحية والأطراف المساهمة فيها له أهمية بالغة، بحيث نتمكن من معرفة مستوى وشكل التمويل ومنه نسبة التغطية الصحية والأطراف المستفيدة منها، وفي الأخير تحديد مستوى الرعاية الصحية لأفراد المجتمع الذي يحدد بدوره مستواه الاقتصادي والاجتماعي.

أهداف الدراسة: تهدف هذه الدراسة أساسا إلى معرفة...

- ✓ الخلفية التاريخية لتطور الضمان الاجتماعي والتمويل الصحي
- ✓ سيرورة الحماية الاجتماعية في الجزائر، خاصة التغطية الصحية وطرق تمويلها والأطراف المستفيدة منها.
- ✓ تعاقدات صندوق الضمان الاجتماعي مع مؤسسات القطاع الصحي الخاص وآفاقها

الإشكالية:

إلى متى تستمر هيمنة الضمان الاجتماعي في التأمينات الصحية من خلال إجبارية الاشتراك من جهة، وحرية التعاقد مع القطاع الخاص من جهة أخرى ؟ وهل يمكن الحديث عن انفتاح الضمان الاجتماعي على التأمينات الخاصة موازاة مع تنامي القطاع الصحي الخاص؟

فرضيات الدراسة:

- ✓ كلما زاد التمويل الصحي كلما زادت التغطية الصحية
- ✓ كلما زادت الاشتراكات من خلال خلق فرص العمل، كلما زاد التمويل الصحي وزادت التغطية الصحية
- ✓ تعميم التعاقد بين صندوق الضمان الاجتماعي ومؤسسات القطاع الصحي الخاص، من جهة، وفتح الاستثمار الخاص لشركات التمويل الخاصة كفيل بتحقيق التوازن المالي والتغطية الصحية الشاملة,

منهج الدراسة:

الوصف والتحليل والمقارنة هي العناصر التي يتم معالجتها في هذا الموضوع، لذا كان علينا الاستعانة بجملة من المناهج العلمية والمقاربات المنهجية والمداخل النظرية قصد تحقيق أهداف الدراسة، وعليه فالمنهج الوصفي، والمنهج البيئي المقارن، والمنهج الاسترادادي أو الوثائقي يفيان بالغرض...

هندسة الدراسة: لمعالجة هذه الإشكالية ارتأينا وضع الخطة التالية:

- ✓ الجذور التاريخية والخلفية الفلسفية للتأمينات الصحية والضمان الاجتماعي
- ✓ تطور نظام الضمان الاجتماعي والتأمينات الصحية في الجزائر وهيمنته
- ✓ نحو انفتاح الضمان الاجتماعي والتأمينات الصحية على القطاع الخاص في إطار التعاقد

1. الجذور التاريخية والخلفية الفلسفية للتأمينات الصحية والضمان الاجتماعي

1.1 التأمينات الصحية والضمان الاجتماعي:

يقصد بالتأمين الصحي تلك السلسلة من الإجراءات والعمليات التي تهدف إلى حماية المواطن ضد المرض أو الإصابة، من خلال تقديم رعاية طبية عاجلة وكاملة عند الحاجة، أو التعويض ضد العجز المؤقت الذي ينتج عن المرض أو الإصابة وفق نظام التأمين الصحي والاجتماعي، وبالإضافة إلى هدفي الرعاية والتعويض، يمكن للتامين الصحي والضمان الاجتماعي تحقيق

أهداف أخرى صحية واجتماعية منها حل مشكلة عدم التوازن بين الإمكانيات المادية المحدودة وزيادة عدد السكان خاصة في الدول النامية، و تحقيق مفهوم التضامن الاجتماعي من خلال نظام التامين الصحي.

ويبقى الغرض من إنشاء التأمين الاجتماعي هو تحقيق الأمان الاقتصادي للمواطنين كافة، أو للفئات الفقيرة منهم على الأقل إزاء الأخطار الاجتماعية، إما بأن تنشئ هيئة أو هيئات عامة حكومية تزاول التأمين الإجباري لصالح العمال أو لصاح المواطنين بوجه عام إزاء بعض الأخطار الاجتماعية التي يكون اشتراك المستفيدين منها إلزاميا لهم، حيث تقوم في سعي غير ربحي بإتباع الأسس الفنية للتأمين من حيث تجميع الاشتراكات وتوزيع المزايا التأمينية على من تحل بهم الكوارث، مع دعم محتمل للدولة لها في تحقيق توازنها المالي عند اختلاله أو عند العمل على زيادة المزايا التأمينية، وإما أن تتدخل الدولة في مجال تغطية الأخطار الاجتماعية الهامة بوصفها سلطة عامة لتوفير حد معين من الأمان الاقتصادي اعتمادا على مواردها الخاصة " الخزينة العامة" **(عصام، 2005 ، ص 15)**

وعليه فالتأمين الاجتماعي ينصرف أصلا الى معنى قانوني محدد، من خلال تغطية أخطار اجتماعية معينة تكفل لبعض الفئات أو للمواطنين تدبير دخل لهم في حالة فقدانهم دخلهم الأصلي بسبب وقوع خطر اجتماعي أو خطر آخر يغطيه التأمين الاجتماعي كالمرض والعجز والشيخوخة والبطالة وغيرها. فماذا عن الجذور التاريخية لظهور التأمين الاجتماعي أو الضمان الاجتماعي؟

2.1 الجذور التاريخية للتأمين الاجتماعي في أوربا:

هناك تنوع في صناديق الضمان الاجتماعي والتمويل الصحي تختلف باختلاف الأنظمة السياسية والاقتصادية والاجتماعية و حتى السياق التاريخي، ويمكن الإشارة إلى بعض النماذج على سبيل الذكر لا الحصر:

ألمانيا: صدر في في عهد بسمارك[*] ثلاثة قوانين أساسية في مجال التأمين الاجتماعي، فكان الأول عام 1883 وهو قانون يفرض التأمين عن المرض، وجاء الثاني في نفس السنة وهو

[*] . من مواليد 1815 رجل دولة وسياسي ألماني، شغل منصب رئيس وزراء مملكة بروسيا بين عامي 1862 و1890 وأشرف على توحيد الولايات الألمانية وتأسيس الإمبراطورية الألمانية، وأصبح أول مستشار لها بعد قيامها عام 1871، وتم عزله عام 1890، عرف بالمستشار الحديدي نظرا لدوره الهام خلال وظيفته كمستشار توفي عام 1898.

خاص بالتأمين ضد إصابات العمل، أم الثالث فصدر عام 1889 ويخص التأمين ضد الشيخوخة والعجز، وكان الاشتراك ضد هذه الأخطار إلزاميا بالنسبة للعامل، وتمول هذه التأمينات من طرف العامل ورب العمل بالنسبة لإصابات العمل وكذا مساهمة الدولة.

أما **فرنسا:** فقد صدر سنة 1898 قانون يقضي بمسؤولية رب العمل عن حوادث إصابات العمل وبالتالي التأمين الإجباري، وفي سنة 1930 صدر قانون خاص بالشيخوخة والعجز والوفاة والتأمين الصحي وتأمين الأمومة، تمول من طرف العمال وأرباب العمل والاشتراك فيها إجباريا لكل عامل.

بينما صدر في **انجلترا** قانون عام 1897 ينص على تعويض إصابات العمل في بعض الصناعات، لكنه عدل عام 1906 ليشمل كل الصناعات، وبدا التأمين ضد البطالة عام 1912 وأصبح شاملا عام 1920، كما صدر قانون المعاشات عام 1907 لكل فرد بلغ 70 سنة، وفي سنة 1925 صدر قانون آخر لمعاشات الشيخوخة والوفاة ومعاشات الأرامل واليتامى. وفي منتصف الأربعينيات أصدر البرلمان الانجليزي قوانين تنظم التأمين القومي والإعانات العائلية والهيئة القومية للصحة والمساعدات القومية

أما **الولايات المتحدة الأمريكية** فهناك برنامج Medicare مخصص للأشخاص ما فوق 65 سنة والمعاقين، وبرنامجMedicaid مخصص للإعانات الطبية لفئة الفقراء، بالرغم من ذلك فهناك أعداد كبيرة من الأشخاص ليس لهم تغطية صحية أو تأمين صحي (حوالي 40 مليون شخص)، أي أكثر من 1 من كل 7 أشخاص، وقد تأثر النظام الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية بالمبادئ الديمقراطية والحرية الفردية، وبالتالي فإن التأمينات الخاصة والسوق هما من يستجيب لاحتياجات الأفراد وليس الدولة، وبالرغم من هذا فإن نفقات الصحة في الولايات المتحدة الأمريكية مرتفعة جدا سواء تعلق الأمر بالنفقات الكلية أو الفردية، وبالمقابل فالتغطية الصحية منخفضة نتيجة الاعتماد على التأمين الخاص.

اليابان: كان نظام التأمين في اليابان في أول الأمر من طرف صاحب العمل، لكنه أصبح فيما بعد إجباريا وذلك بداية من 1961، حيث تقدر نسبة مساهمة المجموعات العمالية حوالي 8،1% موزعة بين العامل بـ 3،5% وصاحب العمل بـ 4،6%.

يرتبط مفهوم الضمان الاجتماعي في شقه الخاص بالصحة في تلك التغطية التي تتكفل بها الدولة بالنسبة لمواطنيها سواء تعلق الأمر ببعض الفئات الهشة أو فتح المجال أمام كل الأفراد، ولكن جدير بالذكر معرفة نشأة هذا النظام والأهداف الذي انشأ من أجلها؟

تاريخيا مر الضمان الاجتماعي بمرحلتين متميزتين:

أ. المرحلة التقليدية: يجمع الكل على أن تشريعات بسمارك في أواخر القرن التاسع عشر والمتمثلة في قوانين التأمين الصحي وتأمين العجز والشيخوخة وإصابات وحوادث العمل الذي يستفيد منها العمال عن طريق الاشتراكات بنسب محددة تدفع من طرف العمال وأرباب العمل، هي بوادر ظهور الضمان الاجتماعي.

ب . المرحلة الحديثة: ينسب الضمان الاجتماعي بالمفهوم الحديث إلى التقرير الذي أعده اللورد الانجليزي بيفردج بعد الحرب العالمية الثانية، وهو نظام شامل يغطي مجموع أفراد المجتمع وبصورة متساوية ولأكبر عدد ممكن من المخاطر، ولكل فرد الحق في الحماية الاجتماعية بغض النظر عن قيمة الاشتراكات التي يدفعها أو مدة العمل، ويمول هذا النظام عن طريق الخزينة العمومية وفرض الضرائب، ولا علاقة بين الدخل الشخصي للفرد ومدى استفادته من الضمان الاجتماعي(يساهم الفرد حسب استطاعته وقدرته ويعالج حسب حاجته)، ويدار من طرف هيئة واحدة هي وزارة الضمان الاجتماعي. **(العلواني، 2014، ص85)**

وتأخذ دول العالم حاليا فكرة الضمان الاجتماعي نسبة لهذا المفهوم «البيفردجي» انطلاقا من مبدأ العدالة في التوزيع والمساواة بين أفراد المجتمع الواحد وكذا التضامن الوطني بحيث لا يعاقب ضعيف الدخل عندما يصاب بالمرض، بل يعالج حسب حاجته للعلاج ضمن الضمان الاجتماعي والحماية الاجتماعية.

3.1 . نماذج من الأنظمة العالمية لتمويل الخدمات الصحية:

يمكن التمييز بين ثلاثة أنظمة عالمية لتمويل الخدمات الصحية، وهي النظام الشمولي، ونظام بسمارك والنظام الحر، فماذا نقصد بهذه الأنظمة؟

أ. النظام الشمولي (نظام بيفردج): يسمى هذا النظام كذلك بالنظام الوطني، ومن مبادئه الأساسية نجد، الشمولية، أي انه يشمل كل السكان بغض النظر عن وضعيتهم المهنية، والوحدة، ويقصد بها أن هناك إدارة وحيدة هي التي تتكفل بإدارة الخطر، والتماثل، ويقصد به أن كل فرد يستفيد من مساعدة طبية حسب الحاجة دون مراعاة دخله، ومنه يرى بيفردج بان الحق في

العلاج والتأمين الشمولي هو حق لجميع المواطنين المقيمين والأجانب (المنخرطين قانونا) دون استثناء ودون إقصاء.

والتمويل في هذا النظام يعتمد على التضامن الوطني بين الأغنياء والفقراء من جهة وبين المرضى والأصحاء من جهة أخرى، والعلاج يقدم عموما بطريقة مجانية، وتكون مساهمة الأفراد بشكل رمزي جدا لا تتعدى حدود 5 إلى 10% من النفقات، ويترتب عن هذا الإجراء تساوي الأفراد في الوصول إلى العلاج والعدالة في التوزيع وضمان شمولية الرعاية الصحية.

ب . نظام بسمارك (نظام مهني): ويسمى كذلك بالأنظمة المهنية، وفي هذا النظام يكون الحق في الصحة والتأمين الصحي مخصص للعمال وذوي الحقوق، أي المؤمنين اجتماعيا والذين يدفعون الاشتراكات مسبقا (اقتطاعات إجبارية للأجير أو العامل ولرب العمل) وتكون هذه النسبة مختلفة من دولة لأخرى ولكن على العموم تتراوح مشاركة المرضي في تكاليف العلاج في حدود 10 إلى 15%.

ج . النظام الحر: يقوم هذا النظام على أساس قوى السوق في عرض وتمويل الخدمات الصحية، بحيث من يدفع أكثر يحصل على أفضل الخدمات الصحية وأفضل المزايا، وبالتالي فهذا النظام يولد اختلافات جوهرية بين الأفراد إذ انه لا يضمن المساواة والعدالة والشمولية، ومن بين خصائص هذا النظام نجد:

- ✓ عدم إجبارية التأمين
- ✓ الفصل بين وظيفة الشراء ووظيفة تقديم الخدمات
- ✓ المنافسة بين شركات التامين ومنتجي الخدمات الصحية (المستشفيات)
- ✓ حرية الاختيار بالنسبة للمرضى
- ✓ حماية متواضعة للأفراد
- ✓ تمويل النفقات الصحية من طرف الأفراد أنفسهم
- ✓ المؤسسات الصحية ذات طابع خاص
- ✓ ضعف تدخل الدولة لأنها تستهدف فئات محددة

تتطلب الحماية الاجتماعية والضمان الاجتماعي تمويل معين ومتنوع، ومنه فصادر هذا التمويل تشمل الاعتمادات التي تقدمها الحكومات بجميع الصيغ واعتمادات أرباب العمل بالنسبة للتغطية الصحية والتأمين الصحي الخاص بعمالهم، بالإضافة إلى الدفع المباشر من طرف

الأسر أو العائلات، كما يمكن أن نجد مساعدات مالية من قبل بعض الهيئات الخيرية ومنظمات المجتمع المدني (المنظمات غير الحكومية) وبعض الهيئات الدولية، لكن تبقى الاعتمادات العمومية هي التي تغطي اكبر نسبة من التمويل الكلي، فماذا نقصد بالتمويل الصحي؟ **(تشارلز، 2012، ص 519)**

يشمل التمويل الصحي جميع الاعتمادات المالية التي تقدمها الحكومات سواء كانت مركزية أو إقليمية أو محلية، بالإضافة إلى اعتمادات أرباب العمل، وهي تلك المساهمات التي تقدم للاشتراك في برامج التامين لعمال وموظفي الشركات والمؤسسات، أو التمويل المباشر من طرف أرباب العمل أو إنشاء مرافق الرعاية الصحية من طرف أرباب العمل تخص موظفيهم، وفي الأخير اعتمادات الأسر، وهي ما تنفقه الأسر على مستلزمات الصحة وخدماتها، **(فلدستين، 2010، ص 24)**

أما المنظمات غير الحكومية، والمنظمات العالمية، فيمكن أن تساهم في التمويل الصحي من خلال تمويل بعض البرامج الصحية. وبعض الإعانات الدولية.

إن اختلاف الأنظمة السياسية يكمن حسب درجة مساهمة الأشخاص المستفيدين من الخدمات الصحية المختلفة، وعلى هذا الأساس يمكن إبراز أربعة أنماط من هذه الأنظمة، والذين يشكلون نوعا من التنظيم: **(جابر، 2004، ص 58)**

1-**الاحتياط الحر:** يوجد هذا النمط في أغلب دول العالم المتخلف، حيث للأسر الحرية في الانخراط في صندوق الضمان الاجتماعي، أو التأمينات الاجتماعية، ونجد هذا النمط في كلا من سويسرا والولايات المتحدة الأمريكية.

2. التأمين المرضي الإلزامي: في هذه الحالة التأمينات المرضية الاجتماعية إلزامية بالنسبة لفئة معينة من الشعب، بحيث تدفع الاشتراكات سواء من طرف الأفراد أنفسهم أو من طرف المستخدمين، ونجد هذا النمط في الكثير من الدول الغربية (كألمانيا، والنمسا، وبلجيكا، وهولندا، ولكسمبورغ، وفرنسا...)..

3. التأمين المرضى الوطني: يمول بواسطة الميزانية ومساهمة المؤمنين ومساهمة أرباب العمل . كما أننا نجد هذا النمط في كندا في إطار المقاطعات، والطب المتنقل، وكذا في السويد، والنرويج، حيث يشمل هذا النمط جميع السكان، وهولندا بالنسبة للعلاج طويل المدى (والمرتبط بالأمراض المزمنة).

4. الخدمة أو المصلحة الوطنية للصحة: إنه كذلك نظام جامع يغطي جميع العلاجات، وفي هذه الحالة الممول هو الذي يقدم العلاج، عن طريق الميزانية، ففي إنجلترا مثلا الخدمة الصحية الوطنية تتم عن طريق التعاقد مع الأطباء المستقبلين للمرضى ويعوضون حسب عدد المرضى المعالجين. وقد سلكت عدة دول من أوروبا هذا النمط، كالدانمارك، وإيسلندا، وإيطاليا، واليونان، والبرتغال، وإسبانيا... **(حاروش، 2017، ص 88)**

2. تطور نظام الضمان الاجتماعي والتأمينات الصحية في الجزائر وهيمنته

يمكن التمييز بين فترتين زمنيتين لتطور منظومة الضمان الاجتماعي، وهما: من 1962 إلى غاية 1983، ومن 1983 إلى 2024. فقد عرفت الفترة الممتدة من 1962 إلى غاية 1983، تطورا تدريجيا وملحوظا، سواء من الناحية القانونية أوالتنظيمية. وكانت سنة 1963 بداية إعادة هيكلة منظومة الضمان الاجتماعي قبل الإصلاحات التي عرفتها سنة 1983، حيث تم ضم الصناديق القديمة للنظام العام ودمجها في ثلاثة صناديق كبرى جهوية وهي صندوق التأمينات الاجتماعية لناحية قسنطينة وصندوق التأمينات الاجتماعية لناحية وهران وصندوق التأمينات الاجتماعية لناحية الجزائر، وتجسد قوانين الضمان الاجتماعي لسنة 1983 مشروع إصلاح الضمان الاجتماعي، بحيث تم تكريس المبادئ الأساسية لمنظومة الضمان الاجتماعي[1] المتمثلة في التضامن، وتوحيد المزايا، ووحدة تمويلها و تسييرها، وتمثلت النصوص القانونية فيما يلي:

القانون رقم 11/83 المؤرخ في 2 يوليو 1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، والقانون رقم 12/83 المؤرخ في 2 يوليو 1983 المتعلق بالتقاعد، والقانون رقم 83-13 المؤرخ في 2 يوليو 1983 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، والقانون رقم 83-14 المؤرخ في 2 يوليو 1983 المتعلق التزامات الخاضعين في مجال الضمان الاجتماعي وأخيرا القانون رقم 83-15 المؤرخ في 2 يوليو 1983 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي،وهكذا استكملت العملية التي شرع فيها ابتداء من استعادة الجزائر لسيادتها واستقلالها كما جعلت من الضمان الاجتماعي عاملا للتطور الاجتماعي وأداة مميزة لسياسة التضامن الوطني[1] ، وهي الأهداف

[1] https://www.mtess.gov.dz/ar/ تاريخ التصفح يوم 01 جويلية 2024. -

التي أنشئت من أجلها أنظمة التأمينات في العالم بصفة عامة والتأمينات الاجتماعية على وجه الخصوص.

المعروف أن الجزائر بعد الاستقلال ورثت نظام التأمين الفرنسي، الذي كان يشمل 11 نظاما ويغطي عمال قطاعات متنوعة مبني على الاقتطاعات المباشرة من أجور العمال، وكغيره من أغلب القوانين الفرنسية، تم العمل به لعدة سنوات، وكانت البداية سنة 1970 أين تم وضع مشروع قانون يهدف إلى توحيد الأنظمة الفرعية المشكلة لمنظومة التأمينات الاجتماعية، وتوحيد الحقوق والواجبات لجميع العمال بغض النظر عن أنشطتهم، كما تم توسيع دائرة المستفيدين من التغطية الاجتماعية. لكن هذا القانون لم يطبق إلا بحلول عام 1983، نظرا للتحولات السياسية والاقتصادية التي عرفتها الجزائر.

عرفت الجزائر نهاية الثمانينيات تحولات سياسية واقتصادية تم على إثرها إعادة النظر في تنظيم التأمينات الاجتماعية وذلك بوضع أهداف جديدة تتماشى مع خصوصيات المرحلة، منها نظام مستقل خاص بالتقاعد، ونظام آخر مستقل خاص بالتأمين على البطالة، مع منح امتيازات إضافية لبعض القطاعات مثل البناء والأشغال العمومية، مع توسيع دائرة المستفيدين من التغطية الاجتماعية من غير المشتركين. أما التحولات الاقتصادية العميقة التي عرفتها لجزائر في بداية التسعينيات والذي نتجت عنه تسريح العمال وغلق بعض المؤسسات العمومية وخصخصة البعض منها، الأمر الذي قلص من نسبة الاشتراكات ما أذي إلى عجز تمويل صندوق الضمان الاجتماعي، **(Brahmia, 2010 , p 359)**

نظام التأمينات الاجتماعية يمول بواسطة الميزانية ومساهمة المؤمنين ومساهمة المستخدمين، ففي الجزائر تم تحديد التوزيع الجديد لنسب الاشتراك في الضمان الاجتماعي، وذلك بموجب المرسوم التنفيذي المؤرخ في 04مارس 2000 م، وذلك ابتداء من شهر جانفي 2000، وجاءت هذه النسب، موزعة بنحو25 % من وعاء اشتراك الضمان الاجتماعي على نفقة المستخدم، و9 % على نفقة العامل، و0.5 % بموجب حصة صندوق الخدمات الاجتماعية. ويوضح المرسوم إن هذه الاشتراكات تذهب إلى التأمينات الاجتماعية بقدر 14 % من الوعاء الإجمالي، و16 % للتقاعد، و1.75 % للتأمين على البطالة، و1.5 % للتقاعد

المسبق، و1.25 % لحوادث العمل والأمراض المهنية. ليشمل وعاء اشتراك الضمان الاجتماعي على نسبة إجمالية تقدر بـ 34.5 % .

1.2 التنظيم العام للتأمينات الاجتماعية في الجزائر:

تشمل منظومة التأمينات الاجتماعية كل فروع التأمينات الاجتماعية الموضوعة من خلال الاتفاقيات الدولية والمعروفة عالميا مثل التأمين على المرض والولادة والإعاقة والوفاة وحوادث العمل والأمراض المهنية والتقاعد والبطالة، إضافة الى المنح العائلية، لكن تنظيم التأمينات الاجتماعية وفق مبدأ التجانس كانت سنة 1992 من خلال المرسوم رقم 92 . 07 المؤرخ في 04 جانفي1992، ومنه تم إنشاء الصناديق التالية:

- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء (CNAS)
- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء (CASNOS)
- الصندوق الوطني للتقاعد (CNR)
- الصندوق الوطني للتامين على البطالة(CNAC)

الصندوق الوطني للعطل المدفوعة، والبطالة وسوء الأحوال الجوية الخاص بقطاعات البناء، الأشغال العمومية والري (COCOBATH).

2.2 مصادر تمويل هذه الصناديق:

تمويل التأمينات الاجتماعية في الجزائر يتم وفق النموذجين الرئيسيين المتبعين على نطاق واسع من طرف جل دول العالم، حيث يتم تمويل صناديق التأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء(CNAS)، والتقاعد (CNR) والتأمين على البطالة (CNAC) عبر الاشتراكات الاجتماعية المقتطعة من المصدر، والمتأتية من العامل ورب العمل بنسب متفاوتة وهو ما ينطبق على فلسفة أو نموذج "بيسمارك"، وبالمقابل يتم تمويل الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء (CASNOS) عبر الاقتطاعات الضريبية وهو ما ينطبق على فلسفة اللورد "بيفريدج"، والجدول التالي يفصل نسب الاشتراكات الاجتماعية والأخطار المعنية بالتغطية:

الأصناف أو الأخطار	نسبة رب العمل	نسبة العامل	نسبة صندوق الخدمات الاجتماعية	المجموع
التأمين على المرض والولادة والعجز والوفاة	%12,5	% 1,5	.	%14

حوادث العمل والأمراض المهنية	%1,25	.	.	%1,25
التقاعد	%9,5	%6,5	.	%16
التقاعد المسبق	%0,5	%0,5	%0,5	%1,5
التأمين على البطالة	%1,25	%0,5	.	%1,75
المجموع	%25	%9	%0,5	%34,5

المصدر: ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 2000 . 50 المؤرخ في 04 مارس 2000، المعدل للمرسوم التنفيذي رقم 94 . 187 المؤرخ في 6 جويلية 1994 المعدل والمتمم الذي يحدد توزيع نسبة الاشتراك في الضمان الاجتماعي، الجريدة الرسمية، العدد 10، الصادرة يوم 05 مارس 2000، ص 15.

2 . 3 المخاطر التي يغطيها تشريع الضمان الاجتماعي الجزائري

تشمل المنظومة الجزائرية للضمان الاجتماعي جميع الفروع المندرجة ضمن النظم الحديثة للضمان الاجتماعي أي الفروع التسعة (09) المحددة ضمن الاتفاقية رقم 102 لمنظمة العمل الدولية

بالنسبة لفئة المتقاعدين (قدامى العمال) والذين يستفيدون من ريع شهري يتمثل في حقوق التقاعد، حددت نسبة اشتراك هؤلاء بما يعادل 2% من ريعهم الشهري. ويعفى من الاشتراك أولئك الذين لا يتعدى ريعهم الشهري الأجر الوطني الأدنى المضمون (18000دج وهو حاليا 20000 د.ج)، أما بالنسبة للعمال غير الأجراء، فاشتراكاتهم الاجتماعية حددت بنسبة 7.5%من متوسط عائدهم السنوي، وبالنسبة لباقي الفئات الأخرى من المكلفين (طلبة، معاقين، قدامى الحرب) فإن اشتراكاتهم يحدد من خلال نسبة متفاوتة تتراوح بين 1% و 7% تحسب من الأجر الوطني الأدنى المضمون، وتبلغ نسبة الاشتراك الإجمالي لغير الأجراء15% والتي تقع على عاتق الخاضع وتحتسب على أساس الدخل السنوي الخاضع للضريبة وإذا تعذر الأمر، على أساس رقم الأعمال وفي بعض الحالات على أساس الأجر الوطني الأدنى السنوي المضمون، وتوزع هذه النسبة بحصص متساوية (7.5%) بين فروع التأمينات الاجتماعية والتقاعد.

أما بخصوص الفئات الخاصة غير الناشطة فإن نسبة الاشتراك التي تتحملها ميزانية الدولة تتراوح بين 0.5% و7% من الأجر الوطني الأدنى السنوي المضمون.

يلجأ صندوق الضمان الاجتماعي حاليا في تعويض بعض الخدمات الطبية بواسطة بطاقة الشفاء، هذه البطاقة تم وضع أسس العمل بها سنة 2005، و تم الانطلاق الفعلي في تطبيقها كتجربة في مرحلة أولى سنة 2007 في بعض ولايات الوطن، وتم تعميمها سنة 2012[1]، ومن بين نتائج تطبيق بطاقة الشفاء نجد:

- الحد من التلاعب والغش في تعويض الوصفات الطبية
- السرعة في الحصول على تعويضات الدواء من طرف الصيدليات المتعاقدة مع صناديق الضمان الاجتماعي
- ترشيد الاستفادة من الفحوصات وكمية الأدوية، حيث تقرر تسقيف تعويض ثلاث وصفات في الثلاثي الواحد شرط أن لا تتعدى الوصفة الواحدة 2000 د.ج
- كما بدأ استعمال بطاقة الشفاء للاستفادة من فحوصات من طرف أطباء عامين وأخصائيين متعاقدين مع الضمان الاجتماعي وبأسعار مقننة، كما تم توسيعها بصورة استثنائية للتعاقد مع بعض العيادات الخاصة في مجال التدخل الجراحي (جراحة القلب) التي لا يمكن للقطاع العام التكفل بها؟؟

2 .4. الإصلاحات الكبرى لمنظومة الضمان الاجتماعي ابتداء من سنة 2000 :

من أجل تحسين نجاعة ونوعية الأداءات لمنظومة الضمان الاجتماعي، تم إعداد وتنفيذ برنامجا هاما للإصلاح ابتداء من سنوات 2000 . يهدف هذا البرنامج إلى تحسين نوعية الأداءات، والعصرنة من خلال الحفاظ على التوازنات المالية لهيئات الضمان الاجتماعي، وإصلاحات الجهاز التشريعي والتنظيمي.

تواصلت عملية إصلاح منظومة الضمان الاجتماعي خلال سنة 2023 حيث تم رفع سقف قيمة تعويضات بطاقة الشفاء من 3 آلاف إلى 5 آلاف دينار بداية من 19 ديسمبر 2023 ، كما تميزت النسخة الجديدة من بطاقة الشفاء بتكامل تقني عالٍ مع التطبيقات الذكية والمنصات الرقمية الخاصة بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، مما يسمح للمؤمنين اجتماعيا ولذوي

[1]- www.cnas.dz

حقوقهم الحصول على خدمات الضمان الاجتماعي بشكل أسرع وبكل سهولة ومرونة، كون بطاقة الشفاء هي نواة الضمان الاجتماعي.

بطاقة الشفاء في نسختها الثانية أكثر استيعابا للمعلومات، بحيث تتضمن 40 آخر وصفة طبية إلكترونية موصوفة، و400 آخر دواء، إضافة إلى مجمل التعاقدات التي ابرمها الضمان الاجتماعي مع مختلف الفاعلين من الخواص، وهم 12 ألف صيدلية متعاقدة، و682 صانعي النظارات الطبية المتعاقدين، و36 عيادة للجراحة القلبية، وكذا 221 مركزا لتصفية الدم، و119 عيادة توليد، و344 متعامل للنقل الصحي، و3827 طبيباً معالجا متعاقدا، هذا يعني أن النظام المعمول به موسع ويسمح بالتكفل بصفة كاملة وعلى مستوى التراب الوطني بالنسبة للمؤمن لهم اجتماعيا*.

كما يمكن للمؤمنين اجتماعيا الاستفادة من بعض الخدمات الصحية في إطار التعاقدات التي ابرمها الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية مع بعض المراكز الاستشفائية الجامعية الخارجية لا سيما المركز الاستشفائي الجامعي بروغمان البلجيكي، والمجمع الاستشفائي الإيطالي سان دوناتو**.

يبدو من خلال هذه التعاقدات الداخلية والخارجية، أن صندوق الضمان الاجتماعي يتوجه تدريجيا إلى فتح المجال لبعض المؤسسات الصحية لتقديم الرعاية الصحية عوض القطاع العام الذي يتكفل الضمان الاجتماعي بتمويل العلاج المقدم لمنتسبيه في إطار الميزانية العامة والتي يشارك فيها بنسب متفاوتة مع الدولة وبعض الأطراف الأخرى، حيث ينص قانون الصحة 18 ـ11 أن **الدولة** تضمن تمويل القطاع العام للصحة بالتركيز على مجال الوقاية، التكوين، البحث الطبي والتكفل الصحي بالمعوزين والأشخاص الذين هم في وضع صعب. ويكون ذلك بواسطة تخصيص اعتماد سنوي لصالح الوزارة المكلفة بالصحة حسب الإجراءات القانونية المعتمدة في قانون المالية بما يشمل الإدارة المركزية للوزارة وكذلك مختلف المؤسسات الموضوعة تحت وصايتها ونشاطاتها وكذلك المستخدمين. وبالمقابل يتكفل الضمان الاجتماعي بجميع

* . نذير قوادرية، المدير العام للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء ، الإذاعة الجزائرية، حصة ضيف الصباح، 19 ديسمبر 2023.

** . نذير قوادرية المدير العام للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء حصة l'invité de la rédactionبالقناة الإذاعية الثالثة يوم 12 جوان 2024

هيئاته بالتغطية المالية لمصاريف العلاج المقدم للمؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم من طرف المؤسسات العمومية للصحة على أساس تعاقدي مع الوزارة المكلفة بالصحة. حيث يتم بواسطة اعتماد جزافي يدفع للمؤسسات الصحية عن طريق الوصاية بناء على اجتماعات سنوية بين ممثلي كل من وزارة العمل والضمان الاجتماعي ووزارة الصحة.

كما تشارك الجماعات المحلية في تمويل الصحة في إطار برامج الاستثمار وبرامج الوقاية وحفظ الصحة والتربية من أجل الصحة. وتساهم كذلك المؤسسات الاقتصادية في تمويل الصحة في مجال طب العمل وترقية الصحة.

إضافة إلى التأمينات الاقتصادية التي تشارك بدورها في تمويل الصحة من خلال تعويض مصاريف التكفل الطبي خاصة تلك المتعلقة بالأضرار الجسدية ومنتجات الصحة الأخرى. وفي الأخير إمكانية مساهمة المستفيدين من العلاج في تمويل الصحة ضمن احترام أحكام القانون.

وبالرغم من تنوع مصادر التمويل الصحي إلا أن هيمنة الدولة وهيئات الضمان الاجتماعي واضحة، وهو ما دفعنا للتفكير في إنشاء تأمينات خاصة تساهم مع الهيئات العمومية تمويل الرعاية الصحية وفق الأطر القانونية والتنظيمية للدولة، لأن إنشاء تأمينات صحية لا يتعارض مع التوجه الجديد للدولة الجزائرية، فإذا كانت هناك تعددية حزبية، وتعددية نقابية وتعددية إعلامية ومؤسسات وشركات خاصة وتأمينات خاصة، فلماذا لا تكون هناك تأمينات صحية خاصة؟

3. نحو انفتاح الضمان الاجتماعي والتأمينات الصحية على القطاع الخاص في إطار التعاقد:

ترتكز المنظومة الوطنية للصحة على قطاع عمومي قوي، بالمقابل تعمل الدولة على ضمان تجسيد الحق في الصحة كحق أساسي للإنسان على كل المستويات عبر انتشار القطاع العمومي لتغطية كامل التراب الوطني، كما تضمن الدولة مجانية العلاج، وتضمن الحصول عليه لكل المواطنين عبر كامل التراب الوطني، كما أن التشريع وضع على عاتق الدولة ومنذ 1993 نفقات العلاج الخاصة بالمعوزين غير المؤمنين اجتماعيا، وكذا نفقات التكوين والبحث في العلوم الطبية أما باقي العلاجات فتتم وفق تعاقد بين المؤسسات الصحية والاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي.

على هذا الأساس بدأ العمل (التجربة) بهذا الأسلوب التسييري البديل . التعاقد . بداية من سنة 1997 من خلال حساب التكاليف الخاصة بالعلاج في جميع أطوار العملية العلاجية منذ

دخول المريض إلى المستشفى حتى خروجه، لتحرر له في الأخير فاتورة التكاليف الكلية، وتسدد هذه الفواتير حسب الفئة التي ينتمي إليها المريض، فقد يكون المريض مؤمنا اجتماعيا، فتتوب عنه في هذه الحالة هيئة الضمان الاجتماعي، وقد يكون المريض معوز غير مؤمن اجتماعيا فتتوب عنه البلدية مقر إقامته، ويضطر المريض الذي لا ينتمي إلى هاتين الفئتين لتسديد فاتورة علاجه. ، هذا النهج الذي شرع في عملية التجريب بداية من سنة 1997، بغية الوصول إلى النتائج النهائية التي سوف تطبق بحلول سنة 2000، لكن الدراسة لم تتوصل إلى غايتها ولم يطبق النهج التعاقدي إلا جزئيا.

إن سياسة مجانية العلاج لا تعني بتاتا غياب المقاييس المحددة لهذه السياسة، وقد أدى العلاج المجاني في غياب إصلاح كامل للجهاز الصحي إلى ارتفاع ملحوظ في تكاليف الصحة دون البرهان على نجاعة هذه التكاليف ودون تحسن في الحالة الصحية للمواطنين. وعليه فإن القضاء على التكاليف الزائدة يستدعي معرفة أسبابها مسبقا وآليات ظهورها وتطورها. هذه الآليات الناجمة عن قواعد اللعبة لمختلف شبه الأنظمة (العام، والشبه العام، والخاص، وغير المهيكل) **(أوفريحة، 1998، ص 19)**.

إن نظام الصحة نظام غير متجانس ويتكون من عدة أقسام للعلاج لا تنشطها نفس الآليات وليست ذات المنطق الواحد ولا خاضعة للمنافسة أو التكامل ... الأمر الذي جعله يسير بصفة غير مرضية وفي اتجاهات مختلفة، ومنه جاء الشروع في الدراسة قصد تطبيق النهج التعاقدي الذي يدخل في إطار إصلاح المنظومة الصحية. والذي يهدف إلى ما يلي:

أ. الشفافية: لا شك أن النهج التعاقدي بجسد شفافية اكبر بين الأطراف المتعاقدة، مقدم الخدمات الصحية وممولها والمستفيد منها، حيث يمكن لهيئات الضمان الاجتماعي بصفتها الممول من معرفة نوعية الخدمات المقدمة لمنتسبيها من حيث الكم والنوعية

ب . التحكم في النفقات: النهج التعاقدي يمنح نوع من الاستقلالية في التسيير المالي للمستشفيات

ج . تحسين الأداء وتحقيق جودة الخدمات: يفرض النهج التعاقدي على المستشفيات تقديم أفضل الخدمات الصحية للمرضي بحيث أصبحوا أطرافا في التعاقد ويطالبون بتلبية حاجياتهم العلاجية بجودة عالية.

.د. **التسيير التنبؤي والاستراتيجي للموارد البشرية:** لضمان نجاح النهج التعاقدي لا بد من توفير الكوادر البشرية المختلفة التي باستطاعتها التأقلم مع هذا التغيير والاستجابة له ولا يتسنى ذلك إلا من خلال البرامج التدريبية والتكوينية والتحسين المستمر للموارد البشرية خاصة على مستوى مكتب الدخول وكذا على مستوى المصالح باستهداف الطواقم الطبية والشبة طبية وكذا على المستوى الإداري، بالإضافة إلى التنسيق بين مندوبي الضمان الاجتماعي والنشاط الاجتماعي للتمكن من تحديد المنتسبين لهاتين الهيئتين والحرص من جهة أخرى على جودة الخدمات المقدمة لهم **(سعيدان، 2014).**

الأكيد أن النهج التعاقدي حقل واسع، وكثير من الدول التي أتبعت هذا النهج حققت النتائج المرجوة ولكن بعد مرور عدة أعوام. وإتباع هذا النهج ما هو إلا مرحلة من مسعى شامل يهدف إلى إصلاح النظام الصحي من أجل الرفع من نجاعته وفعاليته، وخاصة التحكم في زيادة نفقات وتكاليف الصحة، والذي نعتبره عنصر من عناصر أخرى في معادلة تقديم الصحة والنفقات.

وإذا كانت الصحة ليس لها ثمن فإن لها تكلفة باهظة بالنظر إلى عدم التوافق بين الطلب المتزايد للعلاج وهو طلب مشروع من جهة، ومن جهة أخرى محدودية الموارد الاقتصادية الكلية التي باستطاعتها تلبية هذا الطلب المشروع للمجتمع.

ستتنافس المستشفيات فيما بينها في ظل النهج التعاقدي من اجل استقطاب اكبر عدد ممكن من المرضى لأن بقاء هذه المستشفيات مرهون بنشاطها المتمثل في العلاج ومن خلاله تتحصل على المقابل من طرف الضمان الاجتماعي بالنسبة للمؤمنين اجتماعيا أو من طرف البلدية بالنسبة للمعوزين الحاصلين على بطاقة معوز أو بصورة مباشرة من طرف الميسورين والذين لا ينتمون إلى الصنفين السابقين، وكلما كان نشاط المستشفى كبيرا كانت المداخل كبيرة كذلك وهو ما يعود بالنفع على الموظفين بحيث تقدم لهم حوافز مادية نتيجة النتائج المحققة وهو ما يدفعهم للعمل أكثر ويخلق جوا من المنافسة فيما بين المصالح داخل المستشفى الواحد وما بين المستشفيات فيما بينها، والكل يعلم أن المنافسة تؤدي إلى جودة الخدمة وانخفاض التكلفة... لكن المستشفيات التي تعجز عن مسايرة هذا الحركية ستجد نفسها خارج العمل وسيتم غلقها، لأنها فقدت مادتها الأولى . المريض . وفقدت التمويل الجزافي الذي كانت الدولة والضمان الاجتماعي يقدمانه دون اعتبار النشاط والنتائج المحققة، وهكذا تتحول العملية التمويلية من التمويل المباشر

والجزافي إلى التمويل من خلال النشاط المحقق، وتتحول المحاسبة العمومية إلى المحاسبة التحليلية.

هذه هي مزايا هذا الأسلوب الذي يعود بالنفع على كل الأطراف المساهمة في العملية العلاجية وكذا المستفيدة من الخدمات العلاجية.

للتذكير هذا الأسلوب مجمد حاليا في انتظار استكمال التجربة واستخلاص النتائج المتمثلة أساسا في الوصول إلى تحديد سعر الاداءات وتحديد سعر اليوم الاستشفائي في مختلف المصالح بالنسبة للمستشفى الواحد وفي مختلف المستشفيات، المراكز الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، المؤسسات الاستشفائية العمومية...فما هي المراحل والأشواط التي قطعتها هذه التجربة؟

1.3 مراحل تطبيق النهج التعاقدي في الجزائر:

المرحلة الأولى: بداية من قانون المالية لسنة 1993 والذي أكد بموجبه ربط علاقة تعاقدية بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية قصد تمويل الخدمات الصحية

المرحلة الثانية: المرحلة التجريبية

تم سنة 1997 اختيار مجموعة من المؤسسات الاستشفائية لتجريب النهج التعاقدي وذلك بهدف الوصول إلى تحديد السعر اليومي الاستشفائي وتسعيرة الاداءات وتحديد مدونة الاداءات، وتمثلت هذه المؤسسات فيما يلي:

- المركز الاستشفائي الجامعي مصطفى باشا
- المركز الاستشفائي الجامعي بتيزي وزو
- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في جراحة الاعصاب ايت ايدير
- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض المعدية بالقطار
- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في أمراض السرطان CPMC بالجزائر
- القطاع الصحي بالمدية

حيث تم تعيين أطباء مستشارين لمتابعة العملية والتي تهدف إلى:

دفع مستخدمي الصحة بالاهتمام بملء بطاقة المتابعة الطبية للمريض وملئها بالمعلومات الصحيحة والكاملة لكل مريض. كما تم إرسال مجموعة من الأطباء المستشارين لتعميم العملية، وكان من المفروض بدء العمل بهذا الأسلوب بداية من 1999 لكن نتائج التجربة لم تكن ايجابية كما كان متوقعا.

2.3 المرحلة الثالثة: فترة 2000 . 2003

بعد نتائج التجربة السابقة وعدم التمكين من تطبيق هذا النهج، قدم صندوق الضمان الاجتماعي سنة 2000 مجموعة من التوصيات من بينها المحافظة على الدفع الجزافي للمستشفيات، كما تم إنشاء لجنة مشتركة للتنسيق سنة 2003 لها صلاحيات الرصد والمتابعة في تنفيذ العلاقات التعاقدية بين القطاعات الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي بناء على تقارير شهرية للجان القطاعات في الولايات.

3.3 المرحلة الرابعة بداية من 2004 :

تم في هذه المرحلة صدور المرسوم التنفيذي رقم 4 المؤرخ في 10 أفريل 2004 الذي وضع الإطار التنظيمي لتطبيق علاقة التعاقد بين الطرفين بحيث نص على:

- قيام هيئات الضمان الاجتماعي بدفع مساهماتها المالية لميزانية المؤسسة كل ثلاثة أشهر
- تقوم المؤسسة الصحية بدورها بتقديم المعلومات الطبية الخاصة بالمؤمنين لهم وذوي الحقوق كل ثلاثة أشهر
- إجراء مراقبات طبية من طرف هيئات الضمان الاجتماعي على مستوى الهياكل الاستشفائية المقدمة للخدمة

في أواخر 2004 اعتبرت وزارة الصحة أن العملية التجريبية انتهت وعليه يبدأ العمل بالنهج التعاقدي بداية من 2005 وتم إنشاء لجنتين مركزيتين لتحديد مدونة الأداءات وتسعيرة الأداءات، لكن العملية تأجلت مرة أخرى لعدم الوصول إلى نتائج دقيقة ونهائية سواء تعلق الأمر بوزارة الصحة التي لم تتمكن من تحديد مدونة الأداءات أو الضمان الاجتماعي الذي عجز في تحديد سعر الأداءات أو مديرية النشاط الاجتماعي في تحديد وضبط وتوزيع بطاقة المعوزين على أصحابها...

أمام هذا التأخير لجأ صندوق الضمان الاجتماعي إلى ابرام بعض التعاقدات مع المؤسسات الخاصة، علما أن النهج التعاقدي يشمل القطاع الخاص كذلك، وقد بدا التعاقد معه بصفة رسمية وفعلية بداية من سنة 2007، من خلال مرسوم تنفيذي رقم 218/07 يحدد شروط وكيفيات التكفل بمصاريف النقل الصحي، وتسعيرات تعويضها من قبل هيئات الضمان الاجتماعي، ثم تلت العملية بالمرسوم التنفيذي رقم 116/09 مؤرخ في 7 أفريل 2009 يحدد الاتفاقيات المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والأطباء، وتواصلت عملية التعاقد وفق

المرسوم التنفيذي رقم 396/09 مؤرخ في 24 نوفمبر 2009 يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والصيدليات، وجاء المرسوم التنفيذي رقم 159/12 مؤرخ في 1 أفريل 2012 يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والبصارتين والنظارتين، وبعدها المرسوم التنفيذي رقم 367/14 مؤرخ في 15 ديسمبر 2014 يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة المرخص لها بالقيام بنشاطات طب وجراحة القلب وأمراض القلب والأوعية، ثم المرسوم التنفيذي رقم 11/15 مؤرخ في 14 جانفي 2015 يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي مراكز تصفية الدم الخاصة، وفي الأخير المرسوم التنفيذي رقم 60/20 مؤرخ في 14 مارس 2020 يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بالولادة. وبهذه الاتفاقية يكون الضمان الاجتماعي قد أبرم مع الخواص :

- 12000 صيدلية
- 682 صانعي النظارات الطبية
- 36 عيادة في الجراحة القلبية
- 221 مراكز تصفية الدم
- 119 عيادات التوليد
- 344 متعامل في النقل الصحي
- 3827 من الأطباء المتعاقدين: *

تدخل هذه التعاقدات مع المؤسسات الصحية الخاصة في إطار مشاركة القطاع الصحي العام في تحمل أعباء الرعاية الصحية، وبالمقابل فقد آن الأوان لفتح المجال أمام شركات التأمين الصحي الخاصة والتي ستشارك بدورها في تحمل أعباء النفقات الصحية والتمويل الصحي، كما يسمح ذلك للأفراد في اختيار التأمين الذي يناسبه وينتسب إليه، وفي هذه الحالة ستنشأ نوع من المنافسة بين شركات التأمين الخاصة وهيئات الضمان الاجتماعي من جهة، وبين المؤسسات الصحية العامة والخاصة وهو من شانه خفض الأسعار وتحسين الخدمات الصحية وترقيتها وهو ما يصبو إليه المواطن الجزائري.

* . المدير العام للصندوق الوطني للعمال الأجراء، حصة إذاعية، ضيف الصباح، القناة الإذاعية الأولى، يوم 19 ديسمبر 2023

الخاتمة:

تقاس الحالة الصحية للمجتمعات من خلال تحقيق بعض المؤشرات الصحية خاصة نسبة الوفيات، ومتوسط الأمل في الحياة، ونسبة وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة، ونسبة التلقيحات وغيرها، وإذا قارنا هذه المؤشرات عبر المراحل التي عرفتها المنظومة الصحية نجد أنها عرفت تطورا وتحسنا لكن غير كاف مقارنة بالموارد المسخرة لذلك. وكذا مقارنة بالدول التي تنفق مثل الجزائر وحالتها الصحية أحسن منا بكثير، زيادة على هذا فإنه في الوقت الذي لم يتم القضاء نهائيا على بعض الأمراض المتنقلة والمعدية، ظهرت أمراض غير متنقلة، ولكنها مزمنة كانت نتيجة التطور والتغير الذي عرفه هرم الأعمار في المجتمع، وهذا ما ينعكس سلبا على التركيب السكاني وعلى التنمية بصفة عامة.

إن السياسة الصحية المسطرة في آفاق القرن 21 والتي تعتبر من الأولويات بالنسبة للدولة، وهي مكونة أساسيا للتطور والتنمية، يجب أن تأخذ في عين الاعتبار العوائق المالية والتسيرية والتنظيمية والقانونية، وأن إصلاح المنظومة الصحية أكثر من ضرورة في الوقت الراهن حتى تتماشى والتحولات العميقة التي تعرفها الجزائر حتى لا تعيش المنظومة الصحية في تناقض، وأن بقاء الطب المجاني يجب كذلك أن يتماشى مع الوضعية الجديدة والتحولات العميقة التي تعرفها البلاد، وإذا كان حق الصحة حق دستوري لكل مواطن، فإن تجسيده بنوعية وبصورة عادلة يتطلب توفير عدة شروط وآليات، لعل أهمها تطبيق أسلوب النهج التعاقدي لما له من مزايا خاصة فيما يتعلق بالتحكم في النفقات، المشكل الذي يؤرق الدول والحكومات وكذا جودة الخدمات التي تتطلع إليه الشعوب وخلق منافسة بين القطاع العام فيما بينه وبينه وبين القطاع الخاص، إضافة إلى فتح المجال للتأمينات الصحية الخاصة لتشارك الدولة وهيئات الضمان الاجتماعي في التمويل الصحي، ومنه يمكن تقديم الاقتراحات التالية:

- إصلاح الضمان الاجتماعي وفتح مجال الاستثمار لشركات التأمين الخاصة، حتى نضمن التغطية الصحية لكل المواطنين مع تحيين أسعار تعويض الآداءات عند الخواص لتساير الأسعار الحقيقية، وهكذا تكون للمواطن الحرية في الوجهة التي يريدها للعلاج، القطاع العام أو الخاص، ما دام انه يعوض تكاليف العلاج، بل في هذه الحالة نسمح للقطاع العام وخاصة المراكز الاستشفائية الجامعية من تخفيف الضغط عليها

وبالتالي التكفل الأحسن بالحالات المستعصية وتفادي الأخطاء الطبية الناجمة عن الضغط المستمر على مصالح وأقسام الاستعجالات الطبية الجراحية.

- مسايرة التطورات الخاصة على المستويين الداخلي والخارجي فيما يخص التغطية الصحية والتمويل الصحي، ومنه اقترح مواصلة تعاقدات الصندوق مع الخواص لتغطية بعض الأمراض المزمنة والتي أثقلت كاهل الإنسان الجزائري مثل أمراض السرطان، خاصة بالنسبة للمؤمنين اجتماعيا، مع فتح مجال التأمينات الصحية من طرف الخواص لتصبح لدينا شركات تامين خاصة كما هو الشأن بالنسبة للعديد من الدول بما فيها العربية

- تنظيم وتقنين ومراقبة القطاع الصحي الخاص ودمجه ليكمل القطاع الصحي العام، لتشكيل النظام الصحي الوطني من خلال مراقبته وتكييفه مع الأنظمة والقوانين السارية المفعول،
- استعمال الفوترة في نشاط المرافق الصحية الخاصة وتسميتها بالتسمية الصحيحة، العيادة الطبية الجراحية التي تقوم بإجراء العمليات الجراحية، والاستشفاء وتتوفر على عدد من الأسرة، وتتعاقد مع صندوق الضمان الاجتماعي لإجراء عمليات جراحية معقدة على القلب، هي في الحقيقة مستشفيات بأتم معنى الكلمة؟؟

المراجع:

1. أفريحة فاطمة الزهراء،" التكاليف و التكاليف الزائدة للعلاج في الجزائر، المظاهر الاقتصادية للصحة في الجزائر"، مجلة المركز الوطني للدراسات والتحاليل الخاصة بالتخطيط، عدد خاص، 1988.
2. العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، ج1، الجزائر: دار هومة، 2014.
3. جابر عوض سيد، أبو الحسن عبد الموجود، المتغيرات الإدارية في منظمات الرعاية الصحية الاجتماعية، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 2004.
4. حاروش نورالدين، الإدارة الصحية : مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني، الجزائر، دار الأمة للنشر والتوزيع، 2017.
5. عصام أنور سليم ، التأمين الاجتماعي بين النظرية والتطبيق، كلية الحقوق، جامعة الإسكندرية، 2005

6. فيليبس تشارلز، اقتصاديات الصحة والرعاية الصحية والتأمين الصحي (المسار الأمريكي)، (تر: جلال البنا)، القاهرة: المكتب العربي الحديث، 2012.
7. فلدستين، بول، اقتصاديات الرعاية الصحية، (ترجمة: محمد حامد عبد الله)، ج1، الرياض: نشر وطباعة جامعة الملك سعود، 2010.
8. سعيدان رشيد، بوهنة علي، واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات، مجلة البشائر الاقتصادية، العدد الأول، سبتمبر 2014.
9. ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 2000 . 50 المؤرخ في 04مارس 2000 يعدل ويتمم المرسوم التنفيذي رقم 94 . 187 المؤرخ في 6 يوليو 1994 المعدل والمتمم، الذي يحدد توزيع نسبة الاشتراك في الضمان الاجتماعي، الجريدة الرسمية، عدد 10، الصادرة يوم 5 مارس 2000
10. ج ج د ش ، قانون رقم 11/18 مؤرخ في 2 يوليو 2018، يتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية: العدد 46، الصادرة يوم 29 يوليو 2018
11. ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 60/20 مؤرخ في 14 مارس 2020 يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بالولادة، ج ر، عدد 16، الصادرة يوم 24 مارس 2020
12. ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 04 مؤرخ في 10 أفريل 2004، المحدد لكيفيات مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل ميزانيات المؤسسات العمومية للصحة، الجريدة الرسمية، العدد 20 المؤرخة في 10 افريل 2004.
13. ج ج د ش، مرسوم تنفيذي رقم 218/07 مؤرخ في 10 يوليو 2007 يحدد شروط وكيفيات التكفل بمصاريف النقل الصحي، وتسعيرات تعويضها من قبل هيئات الضمان الاجتماعي، الجريدة الرسمية: عدد 46، الصادرة يوم 15 يوليو 2007
14. ج ج د ش، . المرسوم التنفيذي رقم 116/09 مؤرخ في 7 أفريل 2009 يحدد الاتفاقيات المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والأطباء، الجيدة الرسمية: عدد 23، الصادرة يوم 19 أفريل 2009.

15. ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 396/09 مؤرخ في 24 نوفمبر 2009 يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والصيدليات، الجريدة الرسمية: عدد 70 ، الصادرة يوم 29 نوفمبر 2009

16. ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 159/12مؤرخ في 1 أفريل 2012 يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والبصارتين والنظارتين، الجريدة الرسمية: عدد 20، الصادرة يوم 4 أفريل 2012

17. ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 367/14 مؤرخ في 15 ديسمبر 2014 يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة المرخص لها بالقيام بنشاطات طب وجراحة القلب وأمراض القلب والأوعية، الجريدة الرسمية: عدد 75 الصادرة يوم 28 ديسمبر 2014

18. ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 11/15 مؤرخ في 14 جانفي 2015 يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي ومراكز تصفية الدم الخاصة، الجريدة الرسمية: عدد 04 الصادرة يوم 29 جانفي 2015،

19. ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 60/20 مؤرخ في 14 مارس 2020 يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بالولادة، ج ر، عدد 16، الصادرة يوم 24 مارس 2020.

1. RADP, Décret exécutif n° 92 – 07 du 04 janvier 1992 portant statut juridiques des caisses de sécurité sociale et organisation administrative et financière de la sécurité sociale, J.O n° 02 du 08 janvier 1992.
2. Brahim BRAHAMIA, Economie de la santé : Evolution et tendances des systèmes de santé OCDE- Europe de l'est- Maghreb, Bahaeddine Editions, Alger 2010, p 359.
3. R A D P -Décision interministérielle, du 14 Janvier 2003 portant création, composition et attributions du comité interministériel chargé du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale de wilaya.
4. www.cnas.dz
5. https://www.mtess.gov.dz/ar/