واقع الضمان الاجتماعي في الجزائر و الأفاق نحو تعزيز الحماية الاجتماعية المستدامة

The Reality of Social Security in Algeria and the prospects for Strengthening the Protection of Social Sustainability

مامونى فاطمة الزهرة :[1] أستاذة محاضرة" أ"
كلية الحقوق -جامعة مستغانم

تاريخ إرسال المقال: 26 /12/ 2018 **تاريخ قبول المقال:** 25/11/2019

الملخص

من تداعيات التطلع العالمي للعدالة الاجتماعية تعزيز تدابير مستدامة للحماية الاجتماعية، بتوسيع الضمان الاجتماعي ليشمل الجميع و توفير دخل أساسي لجميع من يحتاجون لهذه الحماية و اعتماده ضرورة اقتصادية و اجتماعية للتنمية و التقدم، غير انه و رغم تأثير نظام الضمان الاجتماعي على الحياة الاجتماعية و الاقتصادية لأفراد المجتمع إلا انه يتأثر بمختلف التغيرات الاقتصادية التي تهدد جانبه المالي و التسييري، الأمر الذي قد يحول دون تحقيق أهدافه. ذلك هو واقع منظومة الضمان الاجتماعي بالجزائر لما يواجهه من تحديات تهدد تمويله و تخل بتوازناته. و هذا ما دفع المنظومة الوطنية للضمان الاجتماعي إلى تبني إصلاحات كبرى لمواجهة التحديات التي تواجهه. و هنا يثور الإشكال حول مدى فعالية هذه الإصلاحات و ما إذا كانت كفيلة بالمحافظة على التوازن المالي للمنظومة و ضمان استمراريتها.

الكلمات المفتاحية: الضمان الاجتماعي، ترشيد النفقات، بطاقة الشفاء، المؤمن له اجتماعيا، تعويض الأدوية.

المؤلف المرسل: مامونى فاطمة الزهراء اميل : fatimazohramamouni@yahoo.fr

Abstract

The impact of the social security system on the social and economic life of individuals and the social and economic life of individuals Society, but it is affected by various economic changes that threaten its financial and monetary side, which may prevent the achievement of its objectives. This is the reality of the social security system in Algeria because of the challenges that threaten its funding and undermine its balance. This has prompted the national social security system to adopt major reforms to meet the challenges facing it. This raises questions about the effectiveness of these reforms and whether they can maintain the financial balance of the system and ensure its continuity.

Key words: social security, rationalization of expenses, healing card, socially insured, medication compensation.

1- المقدمة

يحتاجون إلى هذه الحماية. إلى جانب تكييف تعتبر الحماية الاجتماعية المستدامة كمفهوم حديث، رافدا للتنمية و آلية للمحافظة على الموارد البشرية وتكريس قيم التضامن والتآزر بين مختلف الفئات والأجيال وتحسين مستوى عيش الأفراد والأسر ودعم أواصر الاستقرار والتماسك الاجتماعي. و تعرف على أنها منظومة تحتوي على محاور أساسية كالصحة و التعليم والتشغيل و التأمينات الاجتماعية و الحد من الفقر، وهي مجموعة السياسات العامة التي تهدف إلى تمكين الأفراد والأسر من مواجهة المخاطر الاجتماعية والتقليل من أثرها باتخاذ إجراءات احترازية و علاجية. تهدف إلى حماية الأفراد من المخاطر الاجتماعية والاقتصادية والتخفيف من حدتها والمساهمة في إعادة توزيع الدخل بين أفراد المجتمع بالإضافة إلى مساعدة وتحفيز التنمية الاقتصادية وإضفاء الشعور بالأمان و الاستقرار الاجتماعي و الاقتصادي [2].

في هذا المجال أكد إعلان منظمة العمل الدولية بشأن العدالة الاجتماعية من أجل عولمة عادلة [3] على ضرورة وضع وتعزيز تدابير الحماية الاجتماعية المتمثلة في، الضمان الاجتماعي وحماية اليد العاملة. على أن تكون هذه التدابير للحماية مستدامة ومكيفة مع الظروف الوطنية بما فيها؛ توسيع الضمان الاجتماعي ليشمل الجميع، بما في ذلك التدابير الرامية إلى توفير دخل أساسي لجميع من نطاق الضمان الاجتماعي و تغطيته لتلبية الاحتياجات الجديدة ومواجهة مواطن الشك التي تولدها سرعة التغيرات التكنولوجية والمجتمعية والسكانية و الاقتصادية [4]. ليكون بذلك المؤمن الأساسي للسلم الاجتماعي، بل ضرورة اقتصادية و اجتماعية للتنمية و التقدم.

فهل تمكنت منظومة الضمان الاجتماعي بالجزائر من تحقيق هذه الأهداف، سيما أمام التحديات التي تواجهها و التي أخلت بتوازنها المالي، و هل تمكنت من إصلاح هذه المنظومة من خلال ما تبنته من آليات؟

اعتمدت لمعالجة هذه الإشكالية على المنهج الوصفي لتشخيص الوضع الراهن للضمان الاجتماعي، و هذا كميا بعرض نسب و إحصاءات لتوضيح حجم الظاهرة و درجة الاختلال في توازنات صناديق الضمان الاجتماعي و كيفيا بجمع المعلومات حول مفاهيم الاستدامة في مجال الضمان الاجتماعي و النصوص القانونية و الاضطلاع على الاتفاقيات النموذجية و استقرائها للنظر في مدى تطبيقها و فعاليتها. و هذا من خلال خطة ثنائية تتضمن تحديد مفهوم الضمان الاجتماعي و واقعه في الجزائر، إلى جانب الوقوف على أهم الإصلاحات و إبراز مدى فعاليتها في تعزيز حماية اجتماعية مستدامة.

2- واقع الضمان الاجتماعي بالجزائر

أصبح للضمان الاجتماعي دورا أساسيا لإعانة ضحايا العولمة و التنافس الدولي. فلا شك أن للعولمة مزايا متعددة، إلا أن هذه المزايا تخفي آثرا سلبية على المستوى الاجتماعي، تتخلص في ظاهرة الإقصاء الاجتماعي التي تمتد إلى شرائح مهنية اقتضت المصلحة التنافسية للمؤسسة التخلي عنها. كما يمكن أن يكون لظاهرة الإقصاء أشكالا أخرى تتميز إما بانعدام الدخل أو فقده، و هذا بالنسبة لبعض الفئات التي لم تحض بفرص النفاذ لسوق العمل أصلا أو لأنها لم تعد قادرة على العمل بسبب العجز أو الشيخوخة أو الوفاة. و إما بسبب عدم استقرار الدخل و هذا بالنسبة لفئة الذين يتعرضون مؤقتا لطارئ ما كالمرض، الأمومة أو إصابة عمل. و في كلتا الحالتين يكون هؤلاء عرضة للفقر [5]. و هنا يبرز دور الضمان الاجتماعي لضمان مداخيل اجتماعية لا تقوم على أساس الخطر الاجتماعي فحسب، بل كذلك على أساس الحاجة الاجتماعية، الأمر الذي استدعى توسيع مفهوم الضمان الاجتماعي(المطلب الأول) سيما أمام ما يواجهه من تحديات(المطلب الثاني).

1.2- الضمان الاجتماعي وفقا لمتطلبات الحماية الاجتماعية المستدامة

تعتبر الحماية الاجتماعية المستدامة احد الأهداف الاستراتجية الأربعة لبلوغ العمل اللاق، هذا ما تسعى المواثيق الدولية و السياسات التشريعية في الجزار الى تجسيده من خلال محاولة بناء ضمان اجتماعي فعال لما له من اثر في دعم التنمية في بعديها الاقتصادي و الاجتماعي. هذا ما نوضحه تبعا.

1.1.2- تعريف الضمان الاجتماعي

يعرف الضمان الاجتـــماعي على أنه: "نظام قــانوني يرمي إلى ضـــمان عيش

المواطنين في حد أدنى يليق بالكرامة الإنسانية عن طريق حماية قدرتهم على العمل، وتأمين دخل بديل يعوضهم عن الدخل المنقطع، بسبب البطالة أو المرض، أو الإصابات أو العجز أو الشيخوخة أو الولادة، أو الوفاة، ومساعدتهم على تغطية الأعباء العائلية الناشئة عن الزواج والولادة، والنفقات الاستثنائية الناشئة عن العجز، والمرض والوفاة، وكل ذلك ضمن الحدود التي يقررها القانون".

غير أن عبارة الضمان الاجتماعي بمفهومها الحديث [6] وفقا لمتطلبات الحماية الاجتماعية المستدامة أصبح يمتد لمختلف جوانب الحياة الاجتماعية و الاقتصادية، فتستخدم لتشير إلى تدابير تأمينية و غير تأمينية لضمـان و تعويض ما يلي: - دخول المواطنين و المقيمين -حدودها الدنيا عند انقطاعها أو توقفها. - توفير الاحتياجات المادية حيث يلزم. و يمتد المفهوم ليشمل إلى جانب ضمان الدخل الاهتمام بكافة تدابير توفير القدرة على الكسب [7].

وفقا لهذا المفهوم عرفه مكتب العمل الدولي على أنه حق أساسي من حقوق الإنسان. وهو يشمل العناية الصحية وإعانات الأسرة ويوفر امن الدخل عند الطوارئ كالمرض أو البطالة أو الشيخوخة أو الإعاقة أو إصابة العمل أو الأمومة أو فقدان العمل. وتشمل أنظمة الضمان الاجتماعي أنظمة للدعم الاجتماعي وأنظمة شاملة وتأمينا اجتماعيا و تقديمات خاصة أو عامة. [8]

على هذا الأساس، أجمعت المواثيق الدولية على منح الإنسان الحق في العمل من اجل تامين اجتياجات معيشته و معيشة من يعيلهم، لذا كان من الضروري ان تمنحه الحق في الضمان الاجتماعي ليســـاعده على تأمين هذه الاحتياجات في حال عجزه عن تأمينها. [9]

أولى هذه المواثيق الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية و الاجتماعية والثقافية، حيث تنص الفقرة الثالثة من المادة 23 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان [10] على أنه: "لكل إنسان يعمل الحق في الأجر العادل، أي الذي يكون مساويا لقمة الجهد الجسدي والفكري الذي يبذله الإنسان في العمل. و الذي يكون مقبولا من قبل العامل في الحد الأدنى. هذا الأجر الذي يكفل للعامل مستوى معيشيا لائقا يحفظ كرامته وكرامة من يعيلهم من أفراد أسرته، وفي حال عدم كفاية هذا الأجر، يتم تعويض النقص بوسائل الحماية الاجتماعية الأخرى، مثل الضمان الاجتماعي، والمساعدات الاجتماعية". كما أكدت المادة 22 منه على أن:" لكل شخص بصفته عضوا في المجتمع الحق في الضمان الاجتماعي". في حين نصت المادة 25 من ذات الإعلان على أن " لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة الكافية

للمحافظة على الصحة و الرفاهية له و لأسرته و يتضمن ذلك التغذيـــــــــــة و الملبس و المسكن والعناية الطبية و كذلك الخدمات الاجتماعية اللازمة، و له الحق في تأمين معيشته في حالات البطالة و المرض و العجز و الترمل و الشيخوخة و غير ذلك من فقدان وسائل العيش الكريم نتيجة لظروف خارج عن إرادته"و قد ألزمت المادة 09 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصاديـــــــة و الاجتماعية و الثقافية الدول الأطراف بأن" تقر في العهد الحالي بحق كل فرد في الضمان الاجتماعي بما في ذلك التأمين الإجباري .

أما عن الحق في الضمان الاجتماعي وفقا للمواثيق الإقليمية، فقد منحت جلها المواطن هذا الحق. و هذا ليكون قادرا على تأمين احتياجاته المختلفة وتحقيق مستوى معيشي لائق يتناسب مع الظروف الاقتصادية والاجتماعية للدولة التي يعيش فيها، مع بعض الفوارق البسيطة، حيث أكد الميثاق الاجتماعي الأوروبي على إلزام الدول الأعضاء بتوحيد أنظمة الضمان الاجتماعي، ليشابه في مضمونه مع الاتفاقية رقم 102 الخاصة بالمعيار الأدنى للضمان الاجتماعي الصادرة سنة 1952 عن منظمة العمل الدولية، وإن كان يختلف عنها في إلزام الدول الأعضاء بحدود أعلى للضمان الاجتماعي.

في حين ركزت المواثيق الأمريكية [11] على الهدف من الضمان الاجتماعي من حيث حماية الإنسان من الفقر والعوز ومساعدته على مواجهة الأمراض وغيرها من الآثار السلبية الناجمة عن البطالة والشيخوخة والإعاقة. أما المواثيق العربية فقد أكدت في هذا المجال على استفادة العامل من نظام التأمينات الاجتماعية. في حين قصرت المواثيق الإفريقـــية حيث جاءت خالية تمـتاما من الإشارة إلى الحق في الضمان الاجتماعي [12].

على مستوى منظمة العمل الدولية صدرت مجموعة من الاتفاقيات و التوصيات أهمها التوصية 67 لسنة 1944 حول مقاييس العامة لضمان أسباب العيش . الاتفاقية 102 لسنة 1952 حول المقياس الأدنى للضمان الاجتماعي . الاتفاقية 118 لسنة 1962 حول المساواة بين عمال البلد و الأجانب في مجال الضمان الاجتماعي و التوصية 167 لسنة 1983 الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

و قد ألزمت الجزائر نفسها بهذا الحق من خلال ما يلي: المادة 55 من الدستور الجزائري" لكل المواطنين الحق في العمل، يضمن القانون أثناء العمل الحق في الحماية [13] "، كما صادقت على مجموعة من الاتفاقيات ذات الصلة أهمها، اتفاقية حول حماية الامـــومة1919 و اتفـــاقية التعويض عن حـــوادث العمـــل 1925 و اتفـــاقية

الأمراض المهنية 1934 المصادق عليهم سنة 1962.

تجسيدا لذلك اصدر المشرع 17 مرسوما و خمسة قوانين سنة 1983 و المتمثلة في القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية- القانون 83/12 المتعلق بالتقاعد- القانون رقم 83/13 الخاص بحوادث العمل والأمراض المهنية - القانون 83/14 المتعلق بالتزامات المكلفين في مجال الضمان الاجتماعي -القانون رقم 83/15 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي. و تطبيقا لهذه القوانين انشأ المشرع ثلاثة صناديق للضمان الاجتماعي و ذلك بموجب المرسوم التنفيذي رقم 92 /07 الذي يقضي بإعادة الصياغة القانونية لصناديق الضمان الاجتماعي مع التنظيم الإداري و المالي لهذه المنظومة حيث أصبحت تتشكل من 5 صناديق بعدما كانت مقتصرة عمى صندوقين وفقا لما يلي:

- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء"CNAS" الصندوق الوطني للتقاعـــــــد"CNR".

- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء "CASNOS". وقد توسع نظام الضمان الاجتماعي بإنشاء الصندوق الوطني للتأمين على البطالة" CNAC بموجب المرسوم التنفيذي رقم 188/94الصاد في 1994/07/06 [14] كمؤسسة عمومية للضمان الاجتماعي تحت وصاية وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي، تعمل على تخفيف الآثار الاجتماعية المتعاقبة الناجمة عن تسريح العمال الأجراء في القطاع الاقتصادي وفقا لمخطط التعديل الهيكلي و الصندوق الوطني للتأمين عن العطل المدفوعة الأجر CACOBATH الذي أنشئ بمقتضى المرسوم رقم 97/45 المؤرخ في 1997/02/04 [15] يغطي هذا الصندوق تعويض أصحاب قطاعات الري، الأشغال العمومية و البناء، إضافة إلى الصندوق الوطنـــــــي لمعـــادلة الخدمـــات الاجتمـــاعيـــة FNPOS، الـــذي انشـــأ بموجـــب القـــانون16/83 الصـــادر بتاريخ02/07/1983 [16].

2.1.2- أهداف الضمان الاجتماعي

من تداعيات العدالة الاجتماعية، جعل الانسان الموضوع المحوري للتنمية و المستفيد الاول منها، الامر الذي يمكن تجسيده من خلال نظام الضمان الاجتماعي الذي يستمد أهميته من خلال قدرته على تحقيق ما يلي:

- الحفاظ على الذات الإنسانية وتنمية قدرتها على العمل: و هذا من خلال المحافظة على الرأس المال البشري و حمايته و تنمية روح العمل عنده، بتحريره من هاجس الخوف الذي ينتابه في حالة فقدانه لعمله بتحقق أحد المخاطرالاجتمـــاعية المنصوص

عليها في هذا النظام ، مما يضمن الأمن الوظيفي و الاقتصادي و الاجتماعي له.

- المساهمة في إعادة توزيع الدخل الوطني بين فئات المجتمع و هذا من خلال توزيع دخل الفئة العاملة على الفئة غير القادرة على العمل مثل فئة المتقاعدين.

- دعم التنمية المستدامة في بعديها الاقتصادي و الاجتماعي و هذا بمساعدة المؤسسة الاقتصادية و ضمان قدرتها على الاستمرار والمنافسة من خلال التخفيض من أعباء الضمان الاجتماعي المفروضة على المستخدم من جهة و اعتماد ذلك كسياسة تحفيزية اتجاه المؤسسات لتشجيعها على خلق مناصب الشغل [17] من جهة اخرى. هذا فضلا على أن أداءات الضمان الاجتماعي المتمثلة خاصة في الأجور التعويضية كالمعاشات ومنح التقاعد و التعويضات الخاصة بالنفقات الطبية ،بمثابة قدرة شرائية لمنتسبين إلى الضمان الاجتماعي مما يؤثر إيجابا على الاقتصاد الوطني نتيجة زيادة الطلب، و هذا النشاط الاقتصادي يحفز رؤوس الأموال على الاستثمار في جميع القطاعات للاستفادة من النمو الاقتصادي [18].

- مقاومة الإقصاء الاجتماعي بضمان مداخيل اجتماعية لا تقوم على أساس الخطر الاجتماعي فحسب، بل كذلك على أساس الحاجة الاجتماعية كإستراتيجية تمديد الضمان الاجتماعي و التي تتطلب المساهمة في دعم أنظمة التأمين المصغر و مؤسسات التامين الصحي من اجل ضمان الاستقرار المالي و نوعية الخدمات و عملهم المستدام. و هذا بتشجيع تأسيس تعاونيات و اتحادات من اجل توسيع مجال الحماية.

- الحد من انعدام الأمن في الدخل لاستئصال الفقر و تحسين حصول الجميع على الخدمات الصحية لضمان تحقيق ظروف عمل و معيشة لائقة .

- الحد من انعدام المساواة و التمييز على أساس الجنسية أو الانتماء الإثني أو نوع الجنس.- ضمان القدرة على تحمل الأعباء الضريبية و الكفاءة و الاستدامة .

- توسيع مجال التغطية الاجتماعية ليشمل العمال المسرحين نتيجة إعادة الهيكلة الرأسمالية للمؤسسات.

- تحقيق التكافل الاجتماعي من خلال تقديم مساعدات لكافة أفراد المجتمع، على اعتبار انه حق مشرك يكفله المجتمع لكافة أفراده. [19] مذا عن واقع الضمان الاجتماعي بالجزائر، و هل تمكن من بلوغ هذه الاهداف؟ سيما امام ما يواجهه من تحديات.

2.2- التحديات التي تهدد تمويل منظومة الضمان الاجتماعي

يعتبر الحق في الضمان الاجتماعي من أهم مكتسبات الطبقة العاملة بالنظر إلى أهدافه في درء المخاطرالاجتماعية عن الأفراد ،بما يضمن العيش الكريمو يكفل

الصحة و السلامة و يؤمن التناغم بين الأمن و الإنتاجية. غير انه و رغم تأثير نظام الضمان الاجتماعي على الحياة الاجتماعية و الاقتصادية لأفراد المجتمع إلا انه يتأثر بمختلف التغيرات الاقتصادية التي تهدد جانبه المالي و التسييري، الأمر الذي قد يحول دون تحقيق أهدافه. ذلك هو واقع منظومة الضمان الاجتماعي بالجزائر لما يواجهه من تحديات تهدد تمويله و تخل بتوازناته . فرغم العدد المصرح به من طرف وزير العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي مؤخرا، أن صناديق الحماية الاجتماعية بالجزائر تضمن التكفل ب 35 مليون جزائري أي ما يعادل 85% من مجموع السكان في مجال التأمين الاجتماعي و التقاعد و تغطية المنح الموجهة للعمال العاجزين عن العمل، إلا أن الواقع بخلاف ذلك، سيما أمام التحديات التالية [20]:

- تهرب أرباب العمل في مختلف القطاعات من التصريح بالعمال لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مما يحرمهم من الاستفادة من أية حماية أو رعاية اجتماعية، حيث بلغ عدد العمال غير المصرح بهم لدى مصالح الضمان الاجتماعي نسبة 27% من الأجراء في الجزائر حسب إحصائيات سنة2006. فضلا على أن المنخرطين منهم لا يستفيدون على النحو الكامل من هذا النظام. - عدم التصريح بجميع أيام العمل للعمال و بالتالي ضياع جزء من معاشهم عند التقاعد، و كذا عدم الانتظام في تسديد مستحقات الصندوق. - تراجع العمل النمطي و انتشار العمل في القطاع غير المنظم و ما يترتب عنه من عدم التصريح بالعمال و من ثمة عدم تحصيل الاشتراكات المستحقة. - الاتجاه نحو انخفاض معدل مستوى الاشتراكات الناجمة عن زيادة الحقوق الممنوحة لفئات خاصة كالمجاهدين و المعوقين و التعويض عن النشطات ذات المنفعة العامة و عقود ما قبل التشغيل. و هذا ما يؤدي إلى التأثير البالغ على الوضعية المالية لهذه الصناديق على اعتبار أن مصدر التمويل الرئيسي لها يتوقف على حجم اشتراكات هذه الفئات [21]. - التحولات الاقتصادية و الاجتماعية التي شهدتها الجزائر سيما ما يتعلق منها بأزمة البترول سنة1986 و مجانية العلاج سنة 1994.

3.2- التحديات الراهنة التي تهدد توازن صناديق الضمان الاجتماعي

تواجه منظومة الضمان الاجتماعي العديد من التحديات تتمثل في الارتفاع الباهظ للنفقات التمويلية، الى جانب الاعباء المتعلقة بالحوادث و الامراض المهنية و المشاكل المتعلقة بالجانب التنظيمي و التسييري للمنظومة وفقا لما يلي:

1.3.2- الدفع الجزافي لتمويل المستشفيات

عرف تمويل المستشفيات تطورا متسارعا خاصة بعد سنة 2005، فبعدما كان مبلغ هذا التمويل لا يتعدى 100 مليون دولار أي حوالي 7.6 مليار دينار سنة1995 ،ارتفع

ليصل إلى مبلغ700 مليون دولار أي حوالي 57.2 مليار دينار سنة 2008. و يمكن تفسير هذه الزيادة في تمويل المستشفيات من طرف الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء "CNAS"، من سنة إلى أخرى بما يلي:

- غياب آليات لتمويل النفقات الصحية الممولة عن طريق هيئات الضمان الاجتماعي و التي أصبحت ثابتة بغض النظر عن حجم النشاط، و هذا منذ إقرار مبدأ مجانية العلاج سنة 1974. - غياب مراجعة تكاليف الإنفاق على الخدمات الصحية و التأكد من توزيعها وفق الأولويات و متطلبات الخدمة. - توجه طالب العلاج نحو القطاع الخاص بحثا عن خدمات أفضل، و هذا ما حمل صناديق الضمان عبئ التكفل بالمؤمنين و ذويهم مرتين، التغطية الإجبارية للمراكز الصحية العمومية من خلال الدفع الجزافي لنفقات المستشفـــيات إلى جـــانب تعويض الوصفات الطبية للمؤســـسات الخاصة منها و العامة.

2.3.2- الأعباء الخاصة بالتحويلات نحو الخارج

عرفت تكاليف العلاج للمرضى الموجهين نحو الخارج خلال التسعينات ارتفاعا ملحوظا رغم انخفاض المرضى الموجهين نحو الخارج، فعلى سبيل المثال كان عدد المرضى الموجهين للعلاج في الخارج سنة 1995، 2400 مريض بمزانية تقدر ب 7,05 مليار دينار، لينخفض هذا العدد إلى ،820 مريض سنة 1997 بمزانية تزيد عن 2.06 مليار دينار. و تفسر هذه الزيادة في تكاليف العلاج بالضعف الكبير الذي يشهده القطاع الصحي العمومي على المستوى البشري و المادي [22] مما يضاعف عدد المتوجهين للعلاج في الخارج، إلى جانب انخفاض قيمة الدينار الجزائري و دفع فواتير العلاج بالعملة الصعبة.

3.3.2 - الأعباء المتعلقة بنفقات تعويض الأدوية

شهدت نفقات تعويض الأدوية ارتفاعا مستمرا لا سيما بعد سنة 2002 ، فبعدما كانت لا تتجاوز 10 مليار دينار أي 222 مليون دولار سنة 1995، ارتفعت لتصل إلى 20 مليار دينار أي 311 مليون دولار سنة 2002، كما تضاعف بمقدار خمسة أضعاف خلال 10 سنوات ليصل الى 50 مليار دينار سنة 2006 و هذا مقارنة بسنـة 1995 و 110 مليار دينار سنة 2011. يرجع السبب في ارتفاع نفقات تعويض الأدوية إلى الاستغلال غير العقلاني للوصفة و هذا بوصف الأدوية التي لا توجد في قائمة الأدوية و احتواء الوصفات على عدد مرتفع من الأدوية الباهظة الثمـــن و تضاعف عدد الأطباء الواصفين للوصفة الطبية الواحدة بسبب توجه المريض لعدد من الأطباء لنفس السبب.

4.3.2- الأعباء المتعلقة بحوادث العمل و الأمراض المهنية

بلغت هذه الأعباء 5.8 ملاييير دينار سنة 2003 . حيث وصف المجلس الاجتماعي

و الاقتصادي في تقرير له سنة 2004 ارتفاع حوادث العمل ب "الخطر الذي يهدد التوازنات المالية لصناديق الضمان الاجتماعي" حيث ما تزال حوادث العمل و الأمراض المهنية تحصد مئات الضحايا من العمال، بالرغم من التدابير المتخذة من قبل الحكومة لمواجهة الظاهرة على غرار إعادة بعث المركز الوطني للوقاية من حوادث العمل و النظافة و الأمن في أماكن العمل [23].

5.3.2- كثرة المشاكل المتعلقة بالجانب التنظيمي و التسييري للمنظومة

كعدم الاستعمال العقلاني لموارد المنظومة الوطنية للضمان الاجتماعي .- صعوبة تحديد المستفيدين الفعليين من الخدمات. - ضعف مستوى الكفاءة للعمال بالقطاع. -زيادة عدد الصناديق ومؤسسات الضمان مما أدى إلى الانحراف في الضمان و التكفل بالوظائف التي تقع على عاتق الضمان و بالتالي الزيادة في نفقات التسيير.- غياب التقييم الدوري لأداء المنظومة الوطنية للضمان الاجتماعي، مما يمنع تكييف هذه المنظومة مع مقتضيات التحولات الاجتماعية و الاقتصادية. ضعف منظومة الإحصاء و التي لا تقدم معطيات صحيحة و متكاملة و تأخرها عن مسايرة النتائج الحقيقية لمنظومة الضمان [24].

و حسب الدراسات المنجزة سنة 2015 فان أكثر المؤسسات التي تعاني من الصعوبات التمويلية هي الصندوق الوطني للعمال الغير أجراء "CASNOS" وCNR ، فبالنسبة للصندوق الأول، سجلت ميزانيته عجزا لثلاث سنوات متتالية، 2005،2006،2007 حيث شهدت نفقاته ارتفاعا مقارنة بموارده مما يشكل عجزا في الميزانية. يرجع سبب هذا بصفة مباشرة إلى انخفاض عدد المنخرطين في الصندوق خلال هذه السنوات، حيث سجل سنة 2006 أدنى قيمة له بـ 676691 منخرط فقط . ليعرف الصندوق بذلك تذبذبات في أرصدته بسبب التناقض بين الاشتراكات المقدمة و الاداءات المحصلة كما أنه حقق أقل قيمة فائض ميزاني سنة 2009 مقارنة مع باقي صناديق الضمان الاجتماعي أما بالنسبة لصندوق CNR فبسبب نسبة الإعالة المرتفعة [25].

3- إصلاح منظومة الضمان الاجتماعي و التوجه نحو الاستدامة

رغبة في مواجهة التحديات المشار إليها أعلاه و بغية التخفيف من حدة أثارها، شهد قطاع الضـــمان الاجتماعي برنامجا إصلاحيا طموحا تضمن ثلاثة محاور كبرى نوردها تبعا.

1.3- تحسين نوعية الخدمات لفائدة المؤمنين الاجتماعيين

عمدت منظومة الضمان الاجتماعي بغية الارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة من طرفها

و تحسين نوعية أدائها القيام بمجموعة من الإجراءات وفقا لما يلي:

1.1.3- تطوير و زيادة عدد هياكل الضمان الاجتماعي االجوارية

و هذا بغية تقريب هذه الهياكل من المؤمنين اجتماعيا، حيث بلغ عدد هذه الهياكل 1400 مؤسسة ضمان اجتماعي في سنة 2010 في حين لم يتعدى 852 مؤسسة ضمان اجتماعي في سنة 1990 [26].

2.1.3- اعتماد نظام الدفع من قبل الغير

يعرف نظام الدفع من قبل الغير بأنه الآلية التي تسح للمؤمن اجتماعيا و ذوي حقوقه و الذين ثبت إصابتهم بعلة مزمنة بالحصول على المنتجات الصيدلانية التي تضمنتها قائمة الأدوية الموصوفة من قبل الطبيب و التي تم تعويضها من قبل صندوق الضمان الاجتماعي و هذا في إطار الاتفاقية المبرمة بين هذا الصندوق و الصيادلـــة. و طبقا للمادة 60 المعدلة و المتممة من القانون رقم 83-11المتعلق بالتأمينات الاجتماعية [27]، يستفيد من نظام الدفع من قبل الغير المؤمن له اجتماعيا كلما قصد طبيبا أو صيدلية أو مؤسسة علاج أو أي مقدم علاج آخر أو خدمات مرتبطة بالعلاج، بشرط إبرام اتفاقية بين هذه الأخيرة و هيئات الضمان الاجتماعي. و في إطار تكييف نطاق الضمان و تغطيته عمدت صناديق الضمان إلى تعميم نظام الدفع من قبل الغير بإبرام اتفاقيات مع مختلف مؤسسات القطاع الصحي من عيادات و مستشفيات متخصصة و مؤسسات النقل الاستشفائية الخاصـة و التعاقد مع الطبيب المعالـــج و مؤسسات توزيع الأعضاء الاصطناعية و مخابر التحاليل الطبية و هذا لتوفير الحماية الصحية للمؤمن اجتماعيا دون دفع التكاليف من قبل المؤمن له.

3.1.3- التعاقد مع القطاع الصحي

و هذا بناءا على المادة 60 من القانون رقم 08/11 المعدل والمتمم للقانون رقم 11/83المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، حيث يمكن لهيئات الضمان الاجتماعي إبرام اتفاقيات مع الأطباء و المستخدمين شبه الطبيين و مؤسسات العلاج و الصيدليات [28]، وفقا لما يلي:

1.3.1.3- التعاقد مع الصيادلة

من آليات ترشيد استهلاك الدواء، استغلال نظام التعاقد مع مهني الصحة من خلال فرض التزامات ذات طابع اقتصادي، حيث يتعين على الصيدلي تسليم المستفيد المتوجات من النوع الجنيس المطابقة للوصفة الطبية. و بالنسبة للأدوية المعينة بالتسعيرة المرجعية، يلتزم بتسليم تلك التي يساوي سعرها أو يقل عن السعر المرجعي [29]. و هذا مقابل تحفيزات مالية حيث تلتزم هيئات الضمان الاجتماعي بدفع مبلغ جزافي يقدر ب

15 دينار لكل دواء أصلي موصوف يستبدله الصيدلي بدواء جنيس إلى جانب دفع زيادة إجمالية تقدر ب 10%من مبلغ الوصفة عندما يقدم الصيدلي بالنسبة لمجمل الأدوية الموصوفة متوجات تقل تسعرها أو تساوي التسعيرات المرجعية، و ترفع الزيادة إلى 20% في حالة تقديم منتجات مصنعة كليا على المستوى الوطني. أدت هذه التحفيزات إلى تحصيل نتائج معتبرة لضبط فاتورة الدواء، سيما و أن عدد الصيادلة المتعاقدين مع هيئات الضمان الاجتماعي بلغ الى سنة 2011 ، 8600 صيدلي، مقابل 2700000 من هذا النظام [30].

2.3.1.3 - التعاقد مع المستشفيات

حدد المرسوم التنفيذي رقم 101/04 كيفية دفع المساهمة السنوية و حجمها و التي تتولى هيئات الضمان الاجتماعي دفعها لتمويل ميزانية المؤسسات الصحية العمومية بغرض التغطية المالية للأعباء الطبية(مصاريف العلاج، إقامة بالمستشفى، الإطعام..) لصالح المؤمن لهم اجتماعيا و ذوي حقوقهم.حيث يتم هذا الدفع بالأقساط و كل ثلاثة أشهر، على أن تلتزم المؤسسات الصحية العمومية بتقديم معلومات دقيقة كل ثلاثة أشهر تتعلق بطبيعة الخدمات المقدمة، مدة الإقامة، تكلفة الاداءات المقدمة، كما يمكن لهيئات الضمان مراقبة الاداءات المقدمة للمؤمن لهم اجتماعيا و ذوي حقوقهم أو فحص الملفات أو الاضطلاع على حالـــــة المرضى بإجراء مراقبة طبيـــــة او خبرة [31].

و بذلك يكون المرسوم اعتمد حجـــم و طبيعة الخدمات المقدمة كمعيار لتحديد حجم المساهمة المالية لهيئات الضمان الاجتماعي في تمويل المستشفيات و هذا بخلاف المادة 65 من القانون رقم 83- 11 المتعلقة بالتأمينات الاجتماعية و التي نصت صراحة على المشاركة الجزافية لهيئات الضمان [32].

مما تطلب إلغاء هذه المادة ، سيما أمام ما ترتب عن ذلك من إخلال بالتوازن المالي للمنظومة، حيث يتم تحديد الميزانية من قبل هيئات الضمان لتمويل المستشفيات مسبقـا و بشكل جزافي و هذا منذ إقرار مبدأ مجانية العلاج سنة 1974 بغض النظر عن مدى تناسبها مع النشاطات الصحية المنجزة من طرف المستشفيات و هذا ما أدى إلى الارتفاع المفرط للنفقات الصحية و إثقال كاهل صندوق الضمان الاجتماعي. مع ذلك يظل الإشكال قائما طالما أن التمويل يتم بناءا على معياري الدفع بالأقساط و حجم و طبيعة الخدمات المقدمة، بناءا على العلاقة التعاقدية مع المؤسسات العمومية للصحة المعنية، في حـــين انه لم يتم تعميم هذه الآلـــية في إبرام الاتفاقيات على مستوى كل المستشفيات.

3.3.1.3- التعاقد مع الطبيب المعالج

يعتبر نظام التعاقد مع الطبيب المعالج من أهم الإصلاحات التي انطلقت منذ 2009 بغرض عصرنة قطاع الضمان الاجتماعي و تعميم نظام الدفع من قبل الغير و ترقية العلاقات بين هيئات الضمان الاجتماعي، الطبيب المعالج و المريض . سيما لترشيد استهلاك الدواء و ضبط الإنفاق. تأكيدا لهذا الوضع ألزم المرسوم التنفيذي رقم 116/09 - تطبيقا للمادة 60 مكرر من القانون رقم 01/08 المتمم للقانون رقم11/83المتعلق بالتأمينات الاجتماعية- الطبيب في وصفاته و أعماله بالاقتصاد الصارم في التكلفة المتوافقة مع نوعية و امن و نجاعة العلاج و التقيد بوصف الأدوية الجنيسة و الأدوية التي يقل سعرها عن السعر المرجعي أو يساويه و الأدوية المصنعة محليا [33]. و هذا مقابل تحفيزات مالية حيث يستفيد الأطباء العوام و الخواص من زيادة مالية تقدر ب 20 % من قيمة الأجر في حالة وصف أدوية تشمل أدوية يساوي سعرها أو يقل عن السعر المرجعي للدواء. على أن تلتزم هيئات الضمان بدفع هذه المبالغ في ظرف ثلاثين يوما من تاريخ إرسال الفواتير عن طريق التحويل البريدي أو البنكي [34]. و قد تم تعميم إبرام اتفاقيات التعاقد بين صناديق الضمان الاجتماعي و الطبيب المعالج على مستوى 27 ولاية ، حيث بلغ عدد الأطباء المعالجين مع نهاية 2011، 1020 طبيبا معالجا، في حين اختار أكثر من 105000،فرد طبيب العائلة الخاص بهم خلال نفس السنة [35]. و هذا ما سيسمح بترشيد نفقات التامين على المرض و تحسين نوعية الخدمات المقدمة و مستويات الحصول عليها.

4.1.3- ترشيد النفقات المتعلقة بالعلاج نحو الخارج

عمدت الحكومة إلى إبرام اتفاقية بين هيئات الضمان الاجتماعي و الهياكل الصحية العمومية لوضع حد نهائي لدعم التكفل و التعويض عن الأمراض موضوع النقل إلى الخارج و حصر الحالات الواجب توجيهها للعلاج فقط في الحالات الخطيرة [36].

2.3- عصرنة تسيير إدارة الضمان الاجتماعي

سعت منظومة الضمان الاجتماعي للتحسين المتواصل لنوعية و طبيعة الخدمات المقدمة من طرفها و هذا من خلال ما يلي:

1.2.3- إدخال البطاقة الالكترونية للضمان الاجتماعي "بطاقة الشفاء" و هذا بموجب القانون رقم 01/08 المتمم للقانون 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية [37] و هي بطاقة الكترونية تحتوي على معلومات شخصية للمؤمن له اجتماعيا أو صاحب البطاقة الالكترونية. وفي إطار تعميم نظام الدفع من قبل الغير، كرس المشرع ثلاثة أنواع من البطاقة الالكترونية، البطاقة العائلية و تخص المؤمن له اجتماعيا و ذوي حقوقه. و

البطاقة الفردية و تخص صاحب البطاقـة و بطاقة ذي الحق أو ذوي الحقوق.يتعين على هؤلاء المستفيدين تقديمها لمقدمي العلاج أو لهياكل العلاج أو الخدمات الملحقة للاستفادة من الاداءات المقدمة لهم و التي يتكفل بها الضمان الاجتماعي[38].على أن يزود في سبيل ذلك كل مقدم علاج أو مهني الصحة بمفتاح الكتروني يسمى "المفتاح الالكتروني لمهني الصحة" و الذين يتعين عليهم استعمال بطاقة الكترونية للمؤمن له اجتماعيا مع مفاتيحها الالكترونية لقراءة و إدخال كل خدمة أو علاج يقدم للمؤمن لهم اجتماعيا، إعداد و إرسال الفواتير الكترونيا، الاطلاع الالكتروني المؤمن عن بعد على العلاجات الصحية و المعوضة للمؤمن له اجتماعيا قبل كل وصف او تقديم أعمال طبية أو منتجات صيدلانية [39]. لتعتبر بذلك وسيلة فعالة في يد هيئات الضمان لتغذية نظام معلوماتها و من ثمة اتخاذ القرارات الصائبة بناءا على ما يتوفر لديها من معلومات طوال السنة.

هذا و قد تجاوز عدد البطاقات الالكترونية الموزعة إلى غاية سنة 2016 أكثر من 11.5، مليون بطاقة، مقابل 35 مليون مستفيد بما في ذك المؤمنين اجتماعيا و ذوي حقوقهم، و هذا بعد أن تم تعميم استعمالها في كل ولايات الوطن و مهما كانت وكالة الانتساب إبتداءا من الثالث فيفري 2013.[40] و قد انعكس ذلك إيجابا على كل الأطراف وفقا لما يلي[41]:

- **فبالنسبة للمؤمن الاجتماعي:** تتمثل هذه الأهداف في تحسين نوعية الأداءات المقدمة من خلال الاستغناء التدريجي للمستندات الورقية المستعملة في التكفل بالعلاج.- تبسيط و تسريع الإجراءات المنتهجة في الحصول على التعويضات المستحقة .- تحسين العلاقات فيما بين مقدمي الخدمات الصحية، بما فيهم الصيادلة والأطباء و الهياكل الصحية

- **أما بالنسبة لهيئات الضمان الاجتماعي**، فإن إدخال البطاقة يهدف إلى عصرنة التسيير بما يسمح تقديم خدمات أحسن و تسيير ارشد و أنجع بما يسمح بمتابعة أفضل ومراقبة أحسن للأداءات المقدمة، وبالتالي التحكم أكثر في النفقات و تيسير تطبيق نظام التعاقد مع الهياكل الصحية ونظام التعاقد مع المؤسسات العمومية للصحة.- إنشاء بنك معلومات دقيقة للضمان الاجتماعي وتسهيل الدراسات على المدى البعيد لمنظومة الضمان الاجتماعي.- السيطرة على سداد التأمينات الصحية عن طريق الضمان الاجتماعي من خلال تكوين معلومات دقيقة. إرساء أداة فعالة لمحاربة كل أشكال الغش والتجاوزات في مجال أداءات التأمين عن المرض.

- **بالنسبة لشركاء الضمان الاجتماعي**: تساهم البطاقة في عصرنة التسيير لدى شركاء

الضمان الاجتماعي. - عصرنة تسيير الدفع و من شأنه تقليص الجهد العضلي و المادي. - السرعة و السهولة في طريقة التعويضات للمؤمن اجتماعيا أو للشركاء المتعاقدين في إطار ذوي الحقوق.- ترشيد نفقات التامين على المرض من خلال ضبط عدد مرات الاستفادة من الفحوصات و حجم الأدوية المسجل في الوصفة الطبية. - تحسين العلاقات فيما بين مقدمي الخدمات الصحية كالأطباء الهياكل الصحيـــــــــــة و الصيادلة. وتسير عملية الانضمام لنظام التعاقد مع مختلف الهيئات ذات العلاقة بالضمان الاجتماعي. ضمان امن المعطيات و تدفق المعلومات المحولة للفواتير الالكترونية المشفرة [42]

2.2.3- إنشاء المركز الوطني للبطاقة الالكترونية للمؤمن لهم اجتماعيا الشفاء تم إنشاء هذا المركز سنة 2012 ، من مهامه؛ - تصميم و تطوير برمجيات استعمال نظام البطاقة الالكترونية للمؤمن لهم اجتماعيا الشفاء.- إعداد و وضع و تطوير استعمال الأجهزة التقنية التي تسمح بإرســـــــــال و تبادل المعلومات المؤمنة عن بعد بين مستعملي نظام الشفاء و هيئات الضمان الاجتماعي.- الاستعمال المشترك و الأمثل للوسائل التكنولوجية المستعملة من طرف هيئات الضمان الاجتماعي [43].

3.2.3- إنشاء المدرسة العليا للضمان الاجتماعي و التي تعمل على ترقية المعارف و الكفاءات الضرورية لوضع الأنظمة الوطنية للحماية الاجتماعية و تسييرها الجيد، إلى جانب التكوين العالي في مجال الحماية الاجتماعية لفائدة الموارد البشرية و هذا في إطار الاتفاقية المبرمة ما بين الحكومة الجزائرية و منظمة العمل الدولية [44].

3.3- الحفاظ على التوازن المالي لمنظومة الضمان الاجتماعي

يعتبر الحفاظ على التوازنات المالية لهيئات الضمان الاجتماعي جوهر الإصلاحات المنتهجة. في سبيل تحقيق ذلك تم تبني مجموعة من الآليات نوردها تبعا:

1.3.3- إصلاح آليات تحصيل و تمويل اشتراكات الضمان الاجتماعي

من آليات تحصيل اشتراكات الضمان الاجتماعي تعديل المشرع للقانون 14/83 المتعلق بالخضوع في مجال الضمان الاجتماعي سنة 2004 [45]، تم من خلاله توسيع مفهوم المكلفين في مجال الضمان الاجتماعي، و تشديد العقوبة في حالة عدم التصريح بالنشاط و الأجور و دفع الاشتراكـــــــات و مراقبة المكلفين و المتابعة القضائية بعد استنفاذ كل طرق التحصيل. – توسيع صلاحيات أعوان الرقابة التابعين للضمان الاجتماعي وتأهيل مفتشي العمل لمعاينة المخالفات المتعلقة بتشريع الضمان الاجتماعي، إلى جانب إصدار المرسوم التنفيذي رقم 370/06 المتضمن إنشاء صندوق

وطني يعمل على تحصيل الاشتراكات الموجهة لتمويل صندوق الضمان الاجتماعي. و متابعة المنازعات المتعلقة بتحصيل الاشتراكات و معاقبة المتهربين من دفعها و المساهمة في مكافحة العمل غير الرسمي و التهرب في مجال الضمان الاجتماعي والتداول في ميزانية تسيير الصندوق [46]. إلى جانب إصدار القانون رقم 08 -08 المؤرخ في 21 فبراير 2008 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي والذي أدرجت ضمنه إجراءات جديدة تسمح بتسهيل التحصيل بواسطة مصالح الضرائب و إجراءات الملاحقـــــــــــــة و المعارضة مع إمكانية تسوية وضعيات أصحاب العمل حسني النية، اللذين يعرفون صعوبات المالية [47].

هذا إلى جانب إصلاح عملية تمويل المنظومة الوطنية للضمان الاجتماعي، حيث تم تجسيد هذا الإصلاح الذي يرمي إلى إنشاء مصادر إضافية لتمويل الضمان الاجتماعي غير الاشتراكات، من خلال تأسيس الصندوق الوطنـــي للضمان الاجتماعي ،الذي أنشئ بموجب قانون المالية لسنة 2010 الذي يشكل وعاء للمصادر الإضافية الأولية لتمويل الضمان الاجتماعـــــي. ويتعلق بحصة من الرسم على التبغ و الرسم على شراء اليخوت واقتطاع 5 % على الفوائد الصافية لاستيراد الأدوية التي سيعاد بيعها على حالتها [48]. إلى جانب تعزيز التعاضديات.

2.3.3- ترشيد و ضبط الإنفاق

1.2.3.3- ترشيد و ضبط الإنفاق في مجال الأدوية: تماشيا و سياسة ترشيد نفقات الأدوية فرض المشرع شروط خاصة بتعويض البعض منها تتمثل فيما يلي:

- فرض قيود لتعويض الأدوية الباهظة الثمن: و هذا من خلال قانون المالية لسنة 2017 و الذي ميز في ذلك ما بين الأدوية الباهظة الثمن و الباهظة الثمن جدا. بالنسبة للأولى يتم تسقيف أحجام و مبالغ تعويضها السنوي بناءا على قرار من وزير الضمان الاجتماعي، ثم تقوم لجنة تعويض الأدوية بتحديد قائمة الأدوية و التسقيف المذكور [49]. و يتعين على المخابر إعادة دفع المبالغ المعوضة المتجاوزة للأحجام و المبالغ المسقفة سنويا إلى هيئة الضمان الاجتماعي. أما بالنسبة للأدوية الباهظة الثمن جدا فتخضع لعقود النجاعة التي تبرم بين هيئة الضمان الاجتماعي و المخابر الصيدلانية الأجنبية الحائزة على قرارات تسجيل الأدوية بالجزائر.و تلتزم هذه الأخيرة بإعادة دفع مبالغ تعويض الأدوية المعنية إلى هيئات الضمان الاجتماعي في حالة فشل العلاج بالنسبة لبعض الأمراض الخطيرة و المزمنة في الجزائر.

- فرض جملة من التدابير و الشروط للاستفادة من تعويض الدواء و هي:- أن يكون الدواء واردا في المدونة الوطنية للأدوية، سواءا أكانت هذه المواد منتجة محليا أم

مستوردة [50] و استنادا على ذلك ، تمنع المادة 174 من قانون حماية الصحة و ترقيتها المعدل و المتم الممارسين الطبيين من أطباء و جراحي أسنان استعمال و وصف فقط المنتوجات الصيدلانية المسجلة في هذه المدونة.كما يشترط أن يكون الدواء واردا في قائمة الأدوية القابلة للتعويض [51].

2.2.3.3- فرض قيود خاصة للاستفادة في إطار نظام الشفاء و هذا بالنسبة للمؤمن لهم اجتماعيا النشطيـــــن و ذوي حقوقهم أو الفئات الخاصة، حيث تم تحديد عدد الوصفات الطبية بوصفتين خلال ثلاثة أشهر على أن لا تتعدى قيمة الوصفة الواحدة 3000 دينار جزائري.و إذا تعلق الأمر بوصفة ثالثة خلال ثلاثة أشهر أو إذا فاق المبلغ3000 دينار، يحب على المؤمن له دفع مبلغ الوصفة إلى الصيدلي، مع إمكانية تعويضها لدى مركز انتسابه وفقا للإجراءات المعمول بها في النظام التقليدي [52].

3.2.3.3- اعادة النظر في العــلاقة التمويلية التي تربط هيئــات الضمان بالقتطاع الصحي العمومي

تطبيقا للصيغة التعاقدية بين للمنظومة الوطنية الضمان الاجتماعي و المؤسسات الاستشفائية تبنت هذه الأخيرة منذ سنة 2010 نظام معلومات يقيم و يضبط حجم تكاليفها بناءا على حجم النتائج المترتبة عنها في إطار ما يعرف ب" نظام المعلومات المحاسبي الاستشفائي الثلاثي و الذي تم تطبيقه في بعض المستشفيات على أن يتم تعميمه على مستوى كافة المستشفيات.على غرار ما هو معمول به في المستشفيات الفرنسية. يهدف هذا النظام المعلوماتي الى: - ضمان تنفيذ تمويل أكثر عدالة وفقا لمعايير تتم بالنزاهة و الشفافية وفقا لما تم تحقيقه من نتائج.-ضبط تكاليف المؤسسات الاستشفائية و تطوير نشاطها.- تحسين كفاءة المؤسسات الصحية العامة منها و الخاصة لما تولده الصيغ التعاقدية من مراقبة و منافسة.

3.3.3- التدابير التحفيزية

1.3.3.3- تشجيع الإنتاج المحلي للأدوية و المواد الصيدلانية من خلال ترقية و إنتاج ما يعــرف بالدواء الجنيس، و هـــو الدواء المكافئ للدواء الأصلي يتمتع بنفس التركيبة (من حيث الشدة و النوعية و القوة الجرعة، نفس الشكل الصيدلاني...) يتم تسويقه باسمه الكميائي بدلا من الاسم التجاري [53]. يتميز الدواء الجنيس بانخفاض قيمته بما يعادل 0.4 من قيمة السعر الأصلي نتيجة رفع حقوق الملكية عن الدواء الأصلي و سقوط براءة الاختراع التي يملكها المنتج الأصلي للدواء بعد مضي 20 سنة.في هذا الإطار منعت الجزائر بموجب القرار الوزاري الصادر بتاريخ 9 جوان 2015 استراد الأدوية المصنعـــــة (كمدات حيوية، اموكسسلين، امبسلين، ترامادول،

بيتاميتازون، مضادات الالتهاب..) بالمقابل تزايد إنتاج الأدوية الجنيسة المقيمة على أساس السعر المرجعي ب 897 تركيبة صيدلانية، مقابل 2300 أدوية بأسماء تجارية مختلفة سنة 2000، ليصل هذا العدد من التركيبات الصيدلانية سنة 2008 الى 1198 تركيبة صيدلانية، مقابل 3138 أدوية بأسماء تجارية مختلفة [54].

2.3.3.3- وضع معايير لضبط فاتورة الدواء في إطار تشجيع الدواء الجنيس

يتمثل هذا المعيار في اعتماد السعر المرجعي للتعويض ، بحيث لا يتم تعويض الدواء على أساس السعر العمومي و إنما يتم اعتماد سعر مرجعي و هو السعر المحدد من طرف الدولة لتعويض الدواء بغض النظر عن سعره الحقيقي. يتم اقتراحه من طرف لجنة تعويض الأدوية على أساس سعر الدواء الأكثر انخفاضا في السوق. و قد أفضى تطبيق هذا المعيار إلى الاقتصاد ما يزيد عن 200 مليون دولار من ميزانية المنظومة الوطنية للضمان الاجتماعي المنفقة على الأدوية خلال 2015 [55].

3.3.3.3 - فرض المبدأ العام في تعويض الدواء و الانتساب لنظام االتعاضديات

يستفيد المؤمن الاجتماعي بتعويض عن الأدوية بنسبة 80%، في حين يبقى له الخيار في ما تبقى له من نفقاته العلاجية التي تمثل 20% ما بين الاكتفاء بنسبة تعويض80%، و دفع قيمة% 20 من التكلفة الكلية لنفقاته العلاجية في إطار ما يعرف بالتذكرة المعدلة إلى الصيدلي.أو الاستفادة من التامين التكميلي الاختياري بالانتساب إلى نظام التعاضديات المتعاقدة مع صناديق الضمان الاجتماعي لتغطية قيمة هذه التذكرة [56]. و يستثنى من ذلك الحالات التي يستفيد فيها المؤمن الاجتماعي و ذوي حقوقه من تعويضات بنسبة 100%. لتعتبر بذلك التعاضديات من أهم مصادر التمويل التي تساهم في التوازنات المالية حيث يمكنها أن تكون مخرجا للأزمة التي تعاني منها صناديق الضمان الاجتماعي، خاصة وأن صندوق التقاعد كان يمكنه أن يكون عاجزا عن دفع معاشات المتقاعدين لولا تدعيمه ب 500 مليار دينار من الدولة [57].

4- الخاتمة

رغم الترسانة القانونية القوية و الأجهزة المستحدثة لعصرنة قطاع المنظومة الجزائرية للضمان الاجتماعي و التميز في توسيع و تعميم الاستفادة من الأنظمة من خلال بناء نظام ضمان اجتماعي ناجح و فعال اعتمادا على إصلاح الجانب المالي و التسييري له، إلا أن وضعية المنظومة تظل رهن مشاركة كل الأطراف الفاعلة فيها، حيث لا تزال تعاني من الاختلالات في ظل محدودية إيراداتها مقابل تزايد نفقاتها و

ترجيح البعد الاقتصادي مقابل ضمان الحد الأدنى من الحماية. على هذا الأساس و لجعل الضمان الاجتماعي المؤمن الأساسي للسلم الاجتماعي، ينبغي على جميع الأطراف المشاركة لتعزيز آلياته. - الدولة بإدماج الاقتصاد غير المنظم و إلغاء نظام التقاعد المسبق و توفير العمل اللائق للجميع الأمر الذي يوسع وعاء الاشتراكات و بالتالي زيادة الموارد التمويلية. - المؤسسة الاقتصادية بتبني مفاهيم المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات اتجاه العمال و توفير أنظمة الصحة و السلامة المهنية وفقا لمتطلبات المواصفات القياسية الدوليـــــة، و تحمل التزاماتهم كمكلفين في مجال الضمان و عدم الاعتماد على التشغيل في إطار العمل الخفي و الاتجار باليد العاملة في إطار المقاولة الفرعية، الأمر الذي من شانه تخفيف الضغط على صناديق الضمان في تحمل التعويضات .أما بالنسبة لهيئات الضمان فيتعين عليها تفعيل كل الاصطلاحـــــات - و ان كانت حديثة نسبيا- و تعزيزهـــــا خاصة بتفعيل اجراءات التحصيل و الرقابة و المتابعة . و هذا استنادا على مبادئ الحكم الراشد في الشفافية و المسائلة و الالتزام بأحكام القانون.

7- الهوامش

1- المؤلف المرسل : ماموني فاطمة الزهرة ، fatimazohramamouni@yahoo.fr

2- بن دهمة هوارية، الحماية الاجتماعية في الجزائر، دراسة تحليلية لصندوق الضمان الاجتماعي، مذكرة تخرج لنيل شهاة الماجستير، جامعة تلمسان، 2015، ص 7 .

3- إعلان منظمة العمل الدولية بشان العدالة الاجتماعية من اجل عولمة عادلة، مؤتمر العمل الدولي، ، الدورة السابعة و التسعين، جنيف، 10 جوان 2008، ص 9 .

4- مجلة منظمة العمل الدولية، عالم العمل، العدد 64 افريل 2009 ص 10 و 11 . و عن تعريف أنظمة الحماية الاجتماعية، أنظر نوع الجنس، العمل، الاقتصاد غير المنظم، قاموس المصطلحات، منظمة العمل الدولية، المكتب الإقليمي للدول العربية، مركز المرأة العربية للتدريب و البحوث، "كوثر"، 2010، ص 72.

5- عبد الستار الملوهي، العولمة وتحولات قانون الضمان الاجتماعي، المجلة التونسية للقانون الاجتماعي، عدد 8 سنة 2001، ص 62 و 63 .

6- انظر، وسيم طيـــار، حق العمل وفقـــا للمواثيق الدولية، جامعة دمشق، كلية الحقوق، 2007 ، ص 36. .

7- يجب أن تضطلع مؤسسة الضمان الاجتماعي أيضا بوظيفة السند الاقتصادي للمؤسسة بتخفيض أقساط اشتراك المستخدم لتمويل أداءات الضمان الاجتماعي، مقابل منح طالبي العمل فرصة اكتساب التجربة المهنية من طرف هذه المؤسسات. إلى جانب اعتماد الضمان الاجتماعي وسيلة لمقاومة الإقصاء الاجتماعي بدعم أنظمة التأمين المصغر في إطار التعاضديات. انظر، القانون رقم 21/06 المتعلق بالتدابـــير التشجيعية لدعـــــم و ترقـــــية الشغل، الجريدة الرسمية رقم 80 لسنة 2006.

8- عن مكتب العمل الدولي 2001، قاموس المصطلحات، المرجع السابق، ص72 و 73.

9- عن الحق في الضمان الاجتماعي وفقا للمواثيق الدولية، انظر ماموني فاطمة الزهراء، تأثير العولمة على قانون العمل الجزائري، رسالة دكتوراه في القانون الاجتماعي، جامعة وهران، 2013/2012 ص 41 .

10- هذا ما نصت عليه المادة 23 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان. الصادر بتاريخ 10 ديسمبر 1948 ، قادري عبد العزيز، حقوق الإنسان في القانون الدولي و العلاقات الدولية، دار هومة ،ص 116 و ما بعدها.

11- المتمثلة في الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان الصادر عن منظمة الدول الأمريكية سنة 1948، والبرتوكول الإضافي للاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان، سان سلفدور 1988 الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية.

12- هذا ويقصد بالتأمين الاجتماعي، ذلك النظام الذي يكفل للفرد حماية معينة ضد خطر معين، كالتأمين من المرض، أو إصابات العمل... وهو بذلك يختلف عن الضمان الاجتماعي من حيث تطبيقه والغاية منه، فبينما يسعى التأمين الاجتماعي إلى حماية الفرد من الخطر المؤمن منه دون غيره عن طريق ترميم آثاره، يسعى الضمان الاجتماعي إلى ضمان معيشة الفرد في مستوى معين، عن

طريق حمايته من الأخطار والأعباء الاجتماعية التي تهدده من البؤس والحاجة كالمرض والعجز. وهكذا يبدو الضمان الاجتماعي أبعد غاية و أوسع نطاقا من التامين الاجتماعي. انظر، وسيم طيار، المرجع السابق ص45 و القاضي حسن عبد اللطيف، المرجع السابق ص 44-45 .

13- المرسوم الرئاسي رقم 438/96 التضمن تعديل دستور 1996، الجريدة الرسمية رقم 76.

14- الجريدة الرسمية رقم44 الصادرة في 1994/07/07 ص 05 .

15- الجريدة الرسمية رقم 8 الصادرة في19974/02/05 ص 4.

16- الجريدة الرسمية رقم 28 الصادرة بتاريخ 1983/07/03 ص18، اكثر تفاصيل، انظر،بن دهمة هوارية، المرجع السابق، ص 51.

17- أنظر عبد الستار الملوهي، المرجع السابق، ص 52.

18- زريمي نعيمة،الجماية الاجتماعية بين المفهوم و المخاطر و التطورفي الجزائر،الملتقى الدولي السابع حول تجارب الدول الصناعة التأمنية، الواقع العملي و آفاق التطوير،جامعة حسيبة بن بوعلي باشلف كلية العلوم الاقتصادية، العلوم التجارية و علوم التسير. 2012،ديسمبر يومي 04-03 ، ص 17.

19- أنظر ، ماموني فاطمة الزهراء، المرجع السابق، ص 362.

20- بن دهمة هوارية، المرجع السابق، ص 62.

21- تعني فكرة الاشتراكات المساهمة في تمويل الضمان الاجتماعي قبل الاستفادة من الحماية الاجتماعية ، تعد هذه الطريقة أكثر فعالية إذا ما قارنها بتمويل الدولة أو الضرائب. ذلك أن التمويل عن طريق الاشتراكات يعتبر الركيزة الأساسية لإيرادات نظام الحماية الاجتماعية في الجزائر،يدفع مختلف العمال اشتراكاهم لدى ثلاثة صناديق للضمان الاجتماعي في CNAC . CNAS,CNR,

Conseil national économique et social, évolution des système de protection sociale, perspectives, condition et modalités permettant d'assurer leur équilibre financier, 18eme session plénière, juillet 2001 p 19.

22- كاتب فاطمة الزهراء، آلّيات الحفاظ على التوازنات المالية لصناديق الضمان الاجتماعي في الجزائر. مذكرة مكملة ضمن متطلبات شهادة الماستر في العموم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجـــارية وعلوم التسير، جـــامعة العربي بن مهيدي ، أم البواقي، 2017/2016 ، ص 88.

23- بن دهمة هوارية،المرجع السابق، ص 62.

24- كاتب فاطمة الزهراء، المرجع السابق، ص 92.

25- زريمي نعيمة، المرجع السابق، ص 23.

26- كاتب فاطمة، المرجع السابق، ص 95 .

27- أنظر المادة 60 المعدلة و المتممة بالمادة 15 من القانون رقم 08/11 المعدل و المتمم للقانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية،ج ر 28، المؤرخ في 02 جوان 1983 .

28- أنظر ،المادة 60 المعدلة و المتممة بالمادة 15 من القانون رقم 08/11، نفس المرجع.

29- و هذا طبقا للمادة 8 من الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعـــــــي و الصيدلية، أنظر، المرسوم التنفيذي رقم 09-396 الذي يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعـــــي و الصيدليات، المؤرخ في 24 نوفمبر 2009، الجريـــــدة الرسمية رقم 70 لسنة 2009.

30- أنظر المادة 25، 26، 27 من نفس المرجع.

31- و هذا تطبيقا للمادة 65 من القانون رقم 08/11 المتمم للقانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية و المرسوم التنفيذي رقم 101/04 لسنة 2004 الذي يحدد كيفيات دفع مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسات الصحية العمومية المؤرخ ب 1 افريل 2004، الجريدة الرسمية رقم 20 لسنة 2004.

32- انظر المادة 65 من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية و المادة 65 من القانون رقم08/11 المعدل و المتمم للقانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية السالف الذكر.

33- و هذا طبقا للمادة 8 و 10من الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي و الطبيب العام. و للمادة 8 و 15من الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي و الطبيب الاخصائي. المرسوم التنفيذي رقم 116/09 الذي يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعـــــــي و الاطباء. الجريدة الرسمية رقم 23 لسنة 2009.

34- و هذا طبقا للمادة 17 و 18 من الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي و الطبيب العام، نفس المرجع.

35- كاتب فاطمة، المرجع السابق، ص 97.

36- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 27 سبتمبر 1995، المتضمن للاتفاقية النموذجية المطبقة على الاتفاقيات بين هيئات الضمان الاجتماعي و المؤسسات العمومية للصحة، ج ر رقم 16 لسنة 1977.

37- القانون رقم 01/08 المؤرخ في 23 جانفي 2008 ج. ر 04 مؤرخ في 27 جانفي 2008 المتمم للقانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، السالف الذكر.

38- و هذا تطبيقا للمادة 6 مكرر 2 من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية و المادة 19 من المرسوم التنفيذي رقم 116/10 المؤرخ في 18 افريل 2010، المحدد لمضمون البطاقة الالكترونية للمؤمن له اجتماعيا و المفاتيح الالكترونية لهياكل العـــــــــلاج و لمهني الصحة و شروط تسليمها و استعمالها و تجديدها، الجريدة الرسمية رقم 26 لسنة 2010 .

39- و هذا طبقا للمادة 65 مكرر من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعيـــــة و المادة 28 و ما بعدها من المرسوم التنفيذي رقم 116/10 السالف الذكر.

40- كاتب فاطمة الزهراء، المرجع السابق، ص 98 .

41- لوزاني أسية، واقع الحماية الاجتماعية في الجزائر و أثرها على أداء العاملين، نموذج بطاقة الشفاء في صندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال، مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر في العلوم الاقتصادية، 2016 -2017 ، ص 31 .

42- انظر المرسوم التنفيذي رقم 116/10 المحدد لمضمون البطاقة ، السالف الذكر.

43- انظر المرسوم التنفيذي رقم 91/12 المؤرخ في 28 فبراير سنة 2012، المتضمن إنشاء المركز الوطني للبطاقة الالكترونية للمؤمن لهم اجتماعيا الشفاء، الجريدة الرسمية رقم 13 لسنة 2012.

44- المرسوم التنفيذي رقم 158/12 المؤرخ في 1 افريل سنة 2012 المتضمن إنشاء المدرسة العليا للضمان الاجتماعي و تنظيمها ، ج ر، رقم 20 لسنة 2012.و المرسوم رقم 14-173 المؤرخ في 2 جوان 2014 المتضمن التصديق على الاتفاق بين الحكومة الجزائرية و منظمة العمل الدولية المتعلق بالمدرسة العليا للضمان الاجتماعي. ج ر رقم 36 لسنة 2014.

45- المادة 21 من القانون رقم 14/83 المتعلق بالتزامات المكلفين في مجال الضمان الاجتماعي المؤرخ في 2 يوليو 1983 المعدل و المتمم بالقانون رقم 17/04 المؤرخ في 10 نوفمبر 2004 الجريدة الرسمية رقم 72 لسنة 2004.

46- المرسوم التنفيذي رقم 370/06 المتضمن إنشاء صندوق وطني الضمان الاجتماعـــي و تنظيمه و تسييره. الجريدة الرسمية رقم، 67 لسنة 2006.

47- القانون رقم 08/08 المؤرخ في 21 فبراير 2008 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، الجريدة الرسمية رقم 11 لسنة 2008.

48- المرسوم التنفيذي رقم 370/06 ،المرجع السابق.

49- عن إنشاء لجنة تعويض الأدوية و صلاحياتها. انظر المادة 04 و 10 من القرار المؤرخ في 06 مارس 2008 المحدد لقائمة الأدوية القابلة للتعويض الصادر في الجريدة الرسمية العدد 28 لسنة 2008 .

50- تتمثل المدونة الوطنية للمواد الصيدلانية في مصنفات تتضمن المواد المسجلة و المصادق عليها من طرف الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية . اكثر تفصيل، انظر المادة 174 و 175 من قانون حماية الصحـــة و ترقيتها المعدل و المتمم بالقانون 13/08 السابق الذكر. و المرسوم التنفيذي رقم 284/92 المؤرخ في 06 يوليو 1992 ، يتعلق بتسجيل المنتجات الصيدلانية المستعملة في الطب البشري الصادر في الجريدة الرسمية العدد 53 لسنة 1992.

51- انظر المادة 04 و 10 من القرار المؤرخ في 06 مارس 2008 المحدد لقائمة الأدوية القابلة للتعويض الصادر في الجريدة الرسمية العدد 28 لسنة 2008 .

52- المادة 5 و 6 من الاتفاقية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي و الصيدلية، المرجع السابق .

53- براشد حدهم دليلة، ملامح سياسة الضمان الاجتماعي في مجال تعويض الأدوية، مجلة نظرة على القانون الاجتماعي، العدد 07 ، كلية الحقوق و العلوم السياسية جامعة وهران 2 ، مخبر القانون الاجتماعـــــــي، 2017،ص 263.

54- انظر المادة 25،8، 26، 27 من الاتفاقية النموذجيـــــة المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعـــــــي و الصيدلية. و 8 ، 10، 17 ، 18 و، 15 من الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعـــــــي و الطبيب العام و كذا الطبيب الأخصائي.

55- براشد حدهم دليلة ، المرجع السابق، ص 261.

56- المادة 4 من الأمر رقم 20/96 المؤرخ في 6 جوان 1996 الجريدة الرسمية رقم 42 لسنة 1996، المعدل و المتمم للقانون رقم 33/90 المؤرخ في 25 ديسمبر 1990 المتعلق بالتعاضديات الاجتماعية، الجريدة الرسمية رقم 56 لسنة 1990.

57- حسب تصريح وزير العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي لجريدة الخبر يوم 22 افريل 2018 ، انظر كاتب فاطمة، المرجع السابق، ص 100.