

ترقية خدمات التأمين الصحي في الجزائر

د.مراكشي محمد لمين

جامعة البلية

MAGMERRAKCHI@GMAIL.COM

الملخص :

لقد أصبحت مسألة الصحة من الشواغل الأكثر أهمية في مجال التنمية لدى مختلف المجتمعات سواء في تلك المتقدمة أو المتخلفة و ذلك بوصفها من أهم العوامل التي تساهم في تحقيق التنمية المستدامة و أحد مؤشراتنا على حد سواء، غير أن الإهتمام بالصحة مع إهمال جانب التأمينات قد لا يؤدي إلى النتائج المرغوب تحقيقها، و على هذا الأساس إرتأينا أن نعالج في هذا المقال واقع التأمينات الصحية في الجزائر مع الإشارة إلى جهود الدولة الجزائرية في ترقية خدمات هذا النوع الحساس من القطاعات.

الكلمات المفتاحية : الصحة، التأمينات، التنمية المستدامة .

تمهيد:

الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان، لا غنى عنه، ويحق لكل إنسان أن يتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، حيث تقوم الدولة بأعمال الحق في الصحة من خلال عدة طرق مثل وضع سياسات صحية، بناء مؤسسات صحية، تقديم خدمات صحية بمستوى لائق، وضع الأنظمة اللازمة للاستفادة من الخدمات الصحية كنظام التأمين الصحي ويعتبر هذا الأخير أهم فروع التأمين الاجتماعي، حيث يعني بخاطر المرض والولادة وهو خطر واسع الانتشار ويصيب أي إنسان سواء كان عاملاً أو لا، فإن التأمين الصحي يعتبر أهم آليات إيصال الرعاية الصحية، ووسيلة في تغطية تكاليف الرعاية الصحية ولضمان هذا سعت هيئة الضمان الاجتماعي إلى تسطير برامج عمل تهدف إلى عصنة آليات عمله. مما تقدم يمكننا طرح التساؤل التالي : ما هي أهم الأساليب التي تعتمدها الدولة الجزائرية في مجال قطاع التأمين الصحي للإرتقاء بالخدمات الصحية ؟

1. مدخل عام للتأمين:

يعتمد التقدم البشري بشكل أساسي على الإنتاج الذي يمثل حصيللة الجهد البشري في إستغلال الموارد الإقتصادية و تحويلها إلى سلع و خدمات، وهنا يبرز دور الأمين في توفير الضمانات لرأس المال و إستمراره والحفاظ عليه من التلف الكلي أو الجزئي في أداء دوره في العملية الإنتاجية .

1.1 تعريف التأمين:

لم يكن مصطلح التأمين معروفا في القدم بل كان يعبر عنه بأفكار أخرى كالتعاون والتبادل والتضامن والتخطيط للمخاطر المحتملة، ومساهمة الأسرة والمجتمعات في التكفل بإصلاح الضرر بالإضافة إلى أنه يعمل على تعبئة المدخرات في سبيل تمويل المشاريع الاستثمارية المنتجة.

1.1.1 التعريف اللغوي للتأمين : في اللغة مصدر آمن يؤمن مأخوذة من ا لإطمئنان الذي هو ضد

الخوف ومن الأمانة التي هي ضد الخيانة، يقال آمنه تأمينا واثمنه واستأمنهⁱ حيث تستعمل كلمة الأمن عند الخوف. وله معاني عديدة: منها إعطاء الأمان، مثل التأمين الحربي إذا نزل في بلاد المسلمين، ومنها التأمين على الدعاء وهو قوله آمين أي استجب وم ن ذلك قوله تعالى بعد بسم الله الرحمن الرحيم :﴿أمهم من خوف﴾ وكذلك قوله تعالى ﴿وإذ جعلنا البيت مثابة للناس وأمنا﴾. وأقرب معاني التأمين في المصطلح المالي المعاصر هو "إعطاء الأمن" ذلك أنّ التأمين هو نشاط تجاري غرضه أن يحصل الأفراد والشركات من بعض ما يخافون من المكاراه مقابل عوض مالي.

2.1.1 التعريف الفقهي للتأمين : لقد اختلف الفقهاء في تعريف التأمين : فقد عرفه الفقيه

Planiol بأنه « عقد يتحصل بمقتضاه المؤمن له على تعهد من المؤمن بأن يقدم له مبلغا من المال في حالة وقوع خطر معين مقابل دفع قسط أو إشتراك مسبقⁱⁱ. أما هيم ار Hemard فقد عرفه أنه

«عملية بموجبها يحصل أحد الطرفين وهو المؤمن له نظير مقابل يدفعه هو القسط على تعهد لصالحه أو لصالح الغير من الطرف الآخر وهو المؤمن وذلك عن طريق تجميع مجموعة من المخاطر وإجراء المقاصة بينهما وفقا لقوانين الإحصاء»ⁱⁱⁱ.

في حين عرّفه سوميان Sumien : «عقد يلتزم بموجبه شخص يسمى المؤمن بالتبادل مع شخص آخر يسمى المؤمن له بأن يقدم لهذا الأخير الحسارة المحتملة نتيجة حدوث خطر معين مقابل مبلغ معين»^{iv}.

3.1.1 التعريف القانوني للتأمين في الجزائر: إن التأمين في مفهوم المادة 619 من القانون المدني الجزائري يعرف على النحو التالي : «عقد يلتزم المؤمن له أو الغير (المستفيد) الذي اشترط التأمين لصالحه مبلغا من المال أو إيرادا أو أي أداء مالي آخر في حالة تحقق الخطر المبين في العقد وذلك مقابل أقساط أو أية دفعات مالية أخرى»^v.

من خلال ما سبق يمكن التوصل إلى أن التأمين ما هو إلا عملية يساهم من خلالها الأفراد أو المؤسسات بأقساط تمكنهم من الحصول على حق الحماية في حالة وقوع الأخطار المؤمن عليها في شكل تعويض تدفعه هيئة التأمين التي تأخذ على عاتقها تحمل الأخطار المؤمن عليها .

2.1 أنواع التأمين :

يمكن تقسيم التأمين إلى أنواع عديدة ومختلفة وذلك حسب الزاوية التي ننظر فيها للتأمين ، فينقسم التأمين من حيث شكله إلى تأمين تعاوني (تبادلي) والتأمين الخاص أو التجاري وكذلك التأمين الاجتماعي، أما حسب موضوع التأمين ينقسم إلى تأمين الأشخاص وتأمين الممتلكات بالإضافة إلى تأمين المسؤولية المدنية.

1.2.1 التأمين حسب الشكل : يمكن تقسيم التأمين حسب هذا المعيار إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

● **التأمين التعاوني (التبادلي):** في هذا النوع من التأمين يجتمع عدة أشخاص معرضين لأخطار متشابهة فيدفع كل منهم اشتراكا معينا^{vi}. وتخصص هذه الاشتراكات لأداء التعويض المستحق لمن يصيبه الضرر. فيقوم هنا التأمين على أساس تعاوني بحت ولا يكون الغرض منه تحقيق الربح^{vii}، بل توفير التغطية التأمينية للأعضاء بأقل تكلفة ممكنة وعادة ما يقوم بهذا النوع من التأمين هيئات التأمين التبادلي، و الجمعيات التعاونية للتأمين وصناديق التأمين الخاصة^{viii}.

● **التأمين الخاص أو التجاري (الإختياري):** يقوم هذا النوع من التأمين أساسا على الإختيار بين كل من المؤمن والمؤمن له^{ix}، وهو التأمين الذي تباشره منشآت وهيئات مملوكة للأفراد أو مجموعة منهم أو للدولة في صورة شركات أو جمعيات يحكمها القانون الخاص الذي ينظم المعاملات المالية في الدولة^x، ونجد في هذا النوع من التأمين، تأمين الحوادث والحريق والممتلكات وغيرها^{xi}.

● **ثالثا: التأمين الإجتماعي (الإلجباري)**: إن التأمين الاجتماعي هو تأمين إجباري، وليس إختياري للعامل أو صاحب العمل، متى توافرت شروطه. فالإشتراك في هذا التأمين هو التزام مصدره القانون الذي يحدد أحواله وشروطه وآثاره ولا يملك أي طرف من أطراف العلاقة التعديل في ذلك . حيث يختلف التنظيم القانوني لهذا التأمين عن ذلك الذي يخضع له التأمين الخاص . فالتأمين الخاص يخضع لقاعدة العقد و ذلك في إطار القواعد الآمرة التي أوردها المشرع في هذا الشأن . أما التأمين الإجتماعي فيتولى المشرع تنظيمه وذلك من كافة جوانبه سواء من حيث الشروط والأحكام، كما تتولى الدولة مراقبة تنظيمه وتتولى إدارة شؤونه^{xii}.

2.2.1 أنواع التأمين حسب الموضوع: يمكن تقسيم التأمين حسب الموضوع إلى ثلاثة أنواع :

● **تأمينات الأشخاص** : هي اتفاقية إحتياط بين المؤمن له والمؤمن، ويلتزم المؤمن بموجبها بأن يدفع للمكتب أو للمستفيد المعين مبلغا محددًا، في حالة تحقق الحادث أو عند حلول الأجل المنصوص عليه في العقد. ويلتزم المكتب بدفع الأقساط حسب جدول استحقاق متفق عليه^{xiii}. حيث يقوم المؤمن له بتأمين نفسه من الأخطار التي تقدر حياته أو سلامه جسمه أو صحته أو قدرته على العمل مثل : التأمين على الحياة، والتأمين ضد المرض، والتأمين ضد البطالة والتأمين ضد الحوادث الشخصية^{xiv}.

● **تأمينات الممتلكات** : يغطي تأمين الممتلكات الحسائر التي يتعرض لها الشخص لدى تعرض

ممتلكاته لأخطار مثل: خطر الحريق و خطر السرقة وخطر الزلازل و خطر الغرق^{xv}.

● **تأمينات المسؤولية المدنية**: يهدف هذا النوع من التأمين إلى ضمان المؤمن له ضد رجوع الغير عليه بسبب الأضرار التي تلحق بهذا الأخير من خطأ يرتكبه المؤمن له قبله ويسبب له ضررا يوجب مسؤوليته . فالتأمين يهدف في هذه الحالة إلى تعويض الضرر الذي يلحق بالذمة المالية للمؤمن له بسبب انعقاد مسؤوليته تجاه الغير^{xvi}. و يغطي تأمين المسؤولية الخسارة التي تلحق المؤمن له بسبب التعويض الذي يدفعه للمضربور، وهنا نكون بصدد ثلاثة أشخاص المؤمن و المؤمن له و المصاب الذي يكون ل ه دعوى ضد المؤمن مباشرة للحصول على التعويض بالرغم من أنه ليس طرفا في العقد^{xvii}.

3.1 وظائف التأمين :

إنّ التأمين هو وسيلة لمواجهة المخاطر التي هي أساسها التكافل، وهذا الأساس من شأنه أن يجعل للتأمين وظائف متعددة. فالتأمين فضلا عن وظيفته في توفير الحماية، يؤدي دورا فعالا في تقوية الإئتمان وتجميع رؤوس الأموال^{xviii}، بالإضافة إلى كونه عامل من عوامل الوقاية، والتقارب بين النظم الدولية، وتطوير كثير من نظم القانون الخاص . وعلى هذا الأساس يمكن توضيح وظائف التأمين على النحو التالي^{xix}:

1.3.1 التأمين عامل من عوامل الحماية والأمان : يوفر التأمين الأمان للمؤمن له ضد خطر معين

قد يتعرض له سواء في نفسه أو في ماله أو من يعنيه أمره، فالشخص يؤمن نفسه من الخسارة التي يمكن أن تصيبه في ماله أو تمسه في شخصه أو غيره^{xx}. فالتأمين على الحياة يهيئ للمؤمن له أو للمستفيد مبلغا من المال عند حلول الخطر المؤمن منه، في حالة الوفاة أو العجز أو حتى الشيخوخة، وهذا يساعد في بث روح الأمان في نفوس الأفراد. والتأمين من الأضرار يؤمن المؤمن له ضد الأخطار التي قد تصيبه في ذمته المالية وذلك بتعويض الشخص عن الشيء المؤمن عليه للخطر، كالحريق أو السرقة مثلا، وكذلك الحال في تأمين المسؤولية. فقد أدت التطورات الحديثة إلى زيادة حالات المسؤولية وأسبابها، وعن طريق هذه الأخيرة يستطيع الشخص أن يجنب نفسه نتائج هذه المسؤولية وأن يباشر نشاطه بحرية واطمئنان دون خوف^{xxi}.

2.3.1 التأمين وسيلة من الوسائل المساعدة للعملية الائتمانية : يعتبر التأمين وسيلة هامة من

وسائل الإئتمان بالنسبة للفرد والجماعة، فالبنسبة للفرد يسهل التأمين له الحصول على ما يحتاج إليه من القروض بوسائل وصور مختلفة^{xxii}. ويمكن كذلك التأمين من تقوية الضمانات التي يمكن للمدين أن يقدمها للدائن، وبالتالي يسهل الحصول على الإطمئنان الذي يحتاجه^{xxiii}. أما بالنسبة للجماعة فتلعب رؤوس الأموال المتجمعة من الأقساط لدى شركات التأمين دورا هاما في تدعيم الإئتمان العام بالدولة، حيث يساعدها التأمين في الحصول على ما تحتاجه من قروض وذلك من خلال توظيف الأموال المذكورة في السندات العامة التي تصدرها^{xxiv}.

3.3.1 التأمين وسيلة لتجميع رؤوس الأموال : يؤدي تراكم الأقساط إلى تجميع رؤوس الأموال

لدى شركات التأمين حيث تقوم باستثمارها لتدعيم الإقتصاد القومي . حيث تلعب رؤوس الأموال التي تتكون لدى شركات التأمين دورا هاما في تنميته وازدهاره . فشركات التأمين تزود الإقتصاد القومي برؤوس الأموال التي تتكون لديها والتي تعود بالنفع على أفراد المجتمع، كما يمكن إعطاء هذه الأموال للدولة أو للأشخاص العامة في شكل قروض تساعدها على تحقيق أهداف التنمية الاقتصادية^{xxv}.

4.3.1 التأمين عامل من عوامل الوقاية : بالإضافة إلى دور التأمين في تغطية المخاطر فإنّه يؤدي

بطريقة غير مباشرة بالتقليل من نسبة الحوادث وتجنب وقوعها . وتقوم شركات التأمين بتشجيع المؤمن له على اجتناب المخاطر والتقليل من نسبة وقوعها وذلك من خلال خفض نسبة القسط أو الإعفاء الجزئي منه وذلك عقب مرور عدة سنوات دون وقوع الخطر.

5.3.1 يؤدي التأمين إلى الربط والتقارب بين الدول : يساعد هذا التقارب ارتباط شركات التأمين

ال محلية بشركات التأمين الدولية سواء لأنها تعيد التأمين لديها أو لأنها تشارك معها في تغطية نفس المخاطر والتي تمتد نطاقها لأكثر من دولة، مثل مخاطر الشحن والنقل، بالإضافة إلى ذلك دور التأمين في العمل على إزدهار ونمو التجارة الدولية وذلك من خلال تشجيعها بالتأمين عليها.

2. ماهية التأمين الصحي :

نتيجة لتسارع وتيرة التقدم التقني في مجال الرعاية الصحية، أدى ذلك الى ارتفاع متزايد في تكاليف الرعاية الصحية، نتج عن هذا عدم قدرة شرائح المجتمع خاصة الفقيرة والمتوسطة الحصول على هذه الخدمة، مما دفع بالكثير من الدول الى القيام بالتدخل في مجال الرعاية الصحية وذلك من خلال برامج محددة عرفت باسم التأمين الصحي .

1.2 تعريف التأمين الصحي :

هو عبارة عن اتفاق بين طرفين يتحمل فيه الطرف الأول النفقات المترتبة على الخدمات ا علاجية المقدمة للطرف الثاني فردا كان أو جماعة مقابل مبلغ محدد يتم دفعه على هيئة أقساط .^{xxvi} أو هو وسيلة لدفع بعض أو كل تكلفة الرعاية الصحية فهو يحمي المؤمن عليهم من دفع التكلفة العالية للعلاج في أحوال المرض وقد بدأ التأمين الصحي في ألمانيا عام 1883 ثم في بريطانيا عام 1911 ثم فرنسا ثم في اوريا كافة . ويعتبر التأمين الصحي فرعاً من فروع التأمين الاجتماعي ، اذ يقدم الخدمة الطبية مقابل الاشتراكات الدورية للمؤمن عليهم ، ويوفر لهم الرعاية الطبية عند الحاجة اليها بصورة فورية ، ويمول من الأطراف المعنية ولا يهدف الى الربح فجميع المؤمن عليهم يتوقعون خسارات مالية متشابهة تقريبا ، الأمر الذي يدخل هذه الظاهرة فيما يعرف بتوقع الخسارة او التوقع الرياضي ، وهو تلك القيمة التي اذا دفعت بواسطة جميع المعرضين لخطر معين ، وجمعت بمعرفة جماعة متخصصة اخرى منهم ، فإنها تكفي لدفع مجموعة قيم الخسائر المالية المتوقعة التي قد تصيب بعضهم نتيجة تحقق الخطر .^{xxvii}

ويتألف التأمين الصحي من عدة مسائل أهمها: مدى مشاركة المنتفع بالمخاطر ، كيفية تحديد أساس الاشتراك هل هو على أساس دخل المنتفع ام على اساس مستوى المخاطر المعرض لها ، مدى إلزامية أو عدم إلزامية الاشتراك في التأمين الصحي ، أساليب تمويل التأمين الصحي ، أساليب تنظيم التأمين الصحي ، ما اذا كان منظماً بإطار تشريعي او اتفاقات جماعية بين الافراد .^{xxviii}

ويعتبر التأمين الصحي آلية للسعي إلى ضمان تمتع كافة المواطنين بخدمة الرعاية الصحية ويتحدد أسلوب تقديم خدمة الرعاية الصحية من خلال النظم الإدارية والاقتصادية والسياسية المطبقة، وحجم الميزانيات المخصصة للرعاية الصحية، وحجم استيعاب مراكز الرعاية الصحية . ويتم تقديم الخدمة الصحية من خلال عدد من الأساليب وهي^{xxix} :

1.1.2 الأسلوب المباشر: تقدم خدمة الرعاية الصحية من خلال المؤسسات الصحية التابعة لمقدم

الخدمة ومن خلال موظفيها الذين يعينهم الجهاز الإداري الناظم وتقوم هذه الجهة بتحمل نفقاتها كاملة.

2.1.2 الأسلوب غير المباشر(التعاقد): ويتم من خلاله تحديد الخدمات الصحية ومعاييرها

وضوابط استحقاقها ونظم تقديمها وتعاقد الجهة الناظمة للتأمين مع مراكز تقديم الخدمات في القطاعين

العام أو الخاص لتتقدم خدمة الرعاية الصحية.

3.1.2 الأسلوب المزدوج وهو أسلوب يجمع بين الأسلوب المباشر وغير المباشر.

2.2 أنواع التأمين الصحي :

تختلف أنواع التأمين الصحي تبعاً لطبيعة النظام السياسي والاقتصادي والاجتماعي للدولة ، ومواردها وقدراتها الاقتصادية ، ومدى تخصيصها من موازنات لصالح التأمين الصحي ، ويمكن التمييز بين الأنواع التالية للتأمين:

1.2.2 نظام التأمين الصحي التجاري: هو عقد بين الشركة وهي المؤمن مع المساهمين وهم المؤمن

لهم وهو كأنواع التأمين التجاري الأخرى تقصد فيه الشركة المؤمنة تحقيق الأرباح عن طريق الأموال المتجمعة ويوجد فيه الغرر لكلا الجانبين لأنه ربما يدفع المؤمن له ألف دينار مثلاً ويصيبه المرض وتتكلف شركة التأمين تكاليف العلاج ولكن التكاليف تفوق ما قدمه ذلك المؤمن له ، فمثلاً تبلغ تكاليف العلاج إلى خمسمائة ألف دينار ، وبالمقابل من هذا ربما يدفع المؤمن له مبلغ إلى شركة التأمين ولكنه لا يصيبه مرض ما ، فيبقى مبلغ المؤمن له لدى الشركة ويصبح منفعة وربحاً لها ، والمؤمن له لا يستفيد شيئاً لقاء ما دفعه من المبلغ إليها.

2.2.2 التأمين الصحي التعاوني: يعد هذا النوع من أقدم وسائل التأمين الصحي ، يتم بموجبه تعاون

فئات اجتماعية معينة في سبيل توفير خدمة الرعاية الصحية لهم بمبالغ مالية أقل من التكلفة الحقيقية لخدمة الرعاية الصحية ، من خلال تعاقدهم مع موردي الخدمات الصحية من أجل تبادل المنافع بين الطرفين. أو هو تعاقد عدة أشخاص فيما بينهم على جمع الأرباح تراكمات في صندوق خاص ، ويصرف من هذا الصندوق على من يصيبه المرض من الأعضاء ويعرف كل من المشتركين أنه لا يقصد من هذا التأمين أي ربح ، وإنما الغرض منه تغطية تكاليف العلاج لمن يصيبه المرض حسب مواصفات محددته ، ويمكن هنا أن تكون تكاليف علاج أحد المصابين أكثر من مجموع اشتراكاته فالمبلغ الزائد عن اشتراكاته يكون في حقه تبرعاً من المشتركين الأعضاء الآخرين ، كما يرى كل عضو أنه إذا لم يصبه المرض فيكون مبلغه تبرعاً من جانبه في حق الأعضاء الآخرين . في هذا النوع من التأمين الصحي يمكن ألا تكفي الاشتراكات المجتمعة لعلاج المصاب فيقدم الأعضاء مبالغ إضافية في الصندوق كما يمكن أن تبقى المبالغ أو الفائض بعد تغطية التكاليف فيوزع على الأعضاء.

3.2.2 التأمين الصحي الحكومي : تقوم الدولة بمهام تنظيم التأمين الصحي والإشراف و الرقابة

عليه ، و يطلق عليه أيضاً نظام التأمين الصحي الاجباري يعكس هذا النوع من التأمين فلسفة الحكومة لدورها في مجال تقديم الخدمات الصحية ، لجميع مواطنيها دون استثناء ، باعتبار أن التأمين الصحي وسيلة لتلبية مثل هذه الخدمات . ويتم تمويل هذا النوع من التأمين عن طريق اشتراكات المؤمن لهم ، و بموجبه يحق

لكل دافع اشتراك أن يتلقى خدمة الرعاية الصحية التي تقدمها الدولة، وتتصف خدمات الرعاية الصحية الحكومية، بأنها خدمات مجانية، تقدم بموجبها خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات العامة، والمساعدة بتكاليف الرعاية خارج المستشفى و العلاج المجاني.

3.2 أهداف التأمين الصحي: يمكن للتأمين الصحي ان يهدف الى تحقيق غايات عدة منها^{xxx}:

1.3.2 إزالة العائق المالي بين المريض وحصوله على الخدمة الطبية وتوفير خدمة طبية متكاملة للمواطن بكلفة مقبولة، بالإضافة الى رفع مستوى الاطمئنان الاجتماعي لدى الفرد، وتحسين مستوى الخدمات الطبية المقدمة له

2.3.2 يحقق التأمين الصحي الفائدة للمؤمن عليه خاصة مع زيادة تكاليف الخدمات الصحية أصبح المرض الذي يهدده لايشكل هما بما يحمله من معاناة جسدية بقدر ما يرافقه من أعباء مالية و بدون التأمين الصحي فان الخيارات المتاحة لمن ابتلي بمرض ما اما الصبر و عدم المعالجة أو اللجوء الى بيع الممتلكات أو الاستدانة وأحيانا اللجوء الى السرقة.

3.3.2 يحقق التأمين الصحي الاطمئنان الاجتماعي لدى العمال و الموظفين.

4.3.2 المساهمة في توفير موارد مالية لتمويل نفقات القطاع الصحي الباهظة التكاليف و بالتالي تخفيف الأعباء عن الميزانيات العامة للحكومات و المؤسسات أو الشركات أو الأفراد المسؤولين عن علاج العاملين لديهم.

5.3.2 توفير مناصب شغل جديدة في شركات ومؤسسات التأمين الصحي

6.3.2 حماية الطبقات الضعيفة في المجتمع من خطر المرض الذي يتعرضون له ولا قدرة مادية لهم على حماية أنفسهم.

7.3.2 استكمال الامكانيات العلاجية بما يتناسب مع احتياجات السكان.

8.3.2 الحث على مزيد من التنوع و المنافسة في تقديم الخدمات الطبية.

3 النظام الصحي بالجزائر :

إن النظام الصحي الجزائري بطبعه إداري واجه صعوبات لإعادة النشاط في محيط مقاوم بقوانين السوق نتيجة غياب أدوات قانونية تمكنه من التكيف مع قواعد جديدة للعب وتسهيل مدخلاته فيما يخص المشتريات والتمويل، هذا إلى جانب عدم قدرة الدولة على تمويل نفقات الصحة المتزايدة وكذلك تسجيل عجز في الحماية الاجتماعية، فطرح مشكل ارتفاع نفقات الصحة ونموها غير المتحكم فيها، ومشكلة تسيير المؤسسات الصحية التي تكون النظام الصحي الجزائري .

1.3 تطور نظام الصحة بالجزائر :

1.1.3 الفترة (1962-1974) كانت الوضعية الصحية للسكان بعد الاستقلال متدهورة بسبب

السياسة الاستعمارية في هذا المجال، حيث كانت المرافق الصحية، وعدد المستخدمين محدودا جدا ومرتكزا في المناطق والمدن الكبيرة. يمكن تقسيم النظام الصحي المعتمد آنذاك إلى :

- المستشفيات التابعة للدولة.
- مصحات خاصة يملكها الأفراد.
- كانت المراكز والمستوصفات الصحية تدار من قبل البلديات وقد ألحقت بالمستشفيات بين عامي

1967 و 1968

● كانت لقطاعات النشاط و بعض المؤسسات مراكزها الخاصة بها، مثل قطاع الفلاحة، سونا طراك، السكك الحديدية .

- كانت المستشفيات مؤسسات تتمتع بشخصيتها المعنوية و الاستقلال المالي.

كان نظام التشغيل مبنيا على لجتين طبيتين واحدة استشارية طبية والأخرى إدارية تداولية، مع التحديد الدقيق لصلاحيات كل منهما، يشترك ممثلو صناديق الضمان الاجتماعي والسكان في اللجنة الادارية ، لم يكن هدف هذه المؤسسات الريح وإنما تقديم خدمات الصحية للمواطن بأقل تكلفة، كان يتم وضع الميزانيات انطلاقا من معطيات محدودة ومبررة، والتي تمكن من وضع السعر اليومي والذي يمثل أساس التسديد بالنسبة لمختلف الدائنين، تقدر ديون الاستثمارات في الميزانيات والتي كانت تستعمل لعدة اختصاصات (المنشآت القاعدية التجهيزات، رأس المال الدائر، والتي مكنت المستشفيات من التمويل الذاتي لكل مشاريعها، انشاء المصالح ، شراء التجهيزات) مكنت الاستقلالية الحقيقية التي كانت تتمتع بها هذه المؤسسات استخدام اطباء متعاقدين بجانب الأطباء ء الدائمين، وكان الأطباء الخواص يعملون في المستشفيات بانتظام من أجل التكفل بالمرضى والطلبة، وقد أدت قلة المنشآت والمستخدمين إلى سهولة التسيير والتنظيم.

2.1.3 الفترة (1974-1988) نظرا للوضعية الصحية المتدهورة لمعظم السكان، تم الاعلان عن

سياسة الطب المجاني في جان في 1974 من أجل تجسيد شعار حق الصحة لجميع المواطنين مهما كان دخلهم و وضعيتهم الاجتماعية . سجل خلال هذه الفترة تطورا فيما يخص المنشآت القاعدية وعدد

المستخدمين و هذا بفصل الاستثمارات المرتفعة التي تحملها الدولة، حيث ارتفع عدد الاسرة من 42450 سرير عام 1973 الى 62500 عام 1987، وارتفع عدد المراكز الصحية من 558 عام 1974 الى 1147 عام 86 تطور المستخدمين في قطاع الصحة من 57872 عامل الى 124728 عام 1987 ، طيب لكل 1124 نسمة، انعكس ذلك ايجابيا على الوضع الصحي للبلاد، حيث ارتفع أمل الحياة من 51 سنة عام 1965 الى 65 عام سنة 1987، بالإضافة إلى انخفاض معدل وفيات

الرضع وانخفاض حدة الأمراض المعدية. أما بالنسبة للجانب التشغيلي، أصبحت الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي تتحمل كل نفقات الصحة، حيث ساعد ارتفاع سعر النفط في هذه الفترة على ذلك. عرفت هذه المرحلة بالمركزية المفرطة في التسيير، حيث اقتصر دور المسير على تنفيذ الميزانيات لا غير، حيث لا يمكن تحويل بعض الاعتمادات المالية من عنوان لآخر، رغم الحاجة الملحة إلا بالرجوع إلى السلطة الوصية، حيث لم تترك أي مبادرة للمدير للتكيف مع الظروف و المستجندات، و صعوبة التعامل مع المؤسسات الخاصة، وبعض المؤسسات العمومية التي ترفض استخدام الإذن بالطلب.

لم يعد باستطاعة المؤسسات الصحية استخدام أطباء متعاقدين و لا تستطيع الإدارة مكافأة العمال المجدين مما أدى بهم إلا أن يدافعوا عن حقوقهم: الأجور، العلاوات، شروط العمل.... ونسوا واجباتهم. أدت هذه السياسة إلى تبديد الأموال العامة، ومعدات وتجهيزات طبية بما أعطاب بسيطة مهمة لم تصلح حيث يتم اقتناء تجهيزات أخرى جديدة بمبالغ خيالية. كل هذا جعل المسيرين غير مسؤولين، وما فاقم المشكل هو غياب مسيرين متخصصين في التسيير الصحي انعكس ذلك على حل مشاكل الصحة للمواطنين، وهجرة هياكل العلاج القاعدية، واكتظاظ الهياكل الثقيلة مثل المراكز الاستشفائية الجامعية، والتي من المفروض أن تقدم العلاج المتخصص، كما أن تكاليف التشغيل عرفت تضخما كبيرا، و نوعية العلاج لم تتوقف عن التدهور.

3.1.3 الفترة من 1988 إلى وقتنا الحاضر: أدخل انخفاض سعر النفط منذ 1986، البلاد في

أزمة اقتصادية حادة، فظهر عيب الأسلوب التنموي المتبع، أزمة تراكم انتاجي، ضعف أداء الاقتصاد الوطني نتيجة اعتماده على قطاع المحروقات، البطالة... مما انعكس على شروط تمويل وإعادة انتاج وتسيير النظام الصحي الوطني وزاد من صعوباته الذاتية.

إن الإصلاحات منذ 1988، و الأوضاع التي عرفها الاقتصاد الوطني حولت الشروط الداخلية والخارجية لتشغيل النظام الصحي الجزائري، ومن بين هذه الإجراءات التي كان لها أثرا كبيرا، نذكر تخفيض قيمة الدينار التي ضاعفت من أسعار المدخلات بعدة مرات، تحرير الأسعار، انتهاء احتكار الدولة للتجارة الخارجية وبالتالي المؤسسات الصيدلانية لاستيراد الأدوية إلى جانب مشكل انخفاض العائدات من العملة الصعبة التي هل تستعمل لاستيراد سلع نهائية أو انتاجية أو وسيطة.

كما أن النظام الصحي بطبعه إداري واجه صعوبات لإعادة النشاط في محيط محكوم بقوانين السوق نتيجة غياب أدوات قانونية تمكنه من التكيف مع قواعد جديدة للعب و تسهيل مدخلاته فيما يخص المشتريات والتمويل، هذا الى جانب عدم قدرة الدولة على تمويل نفقات الصحة المتزايدة وإلى تسجيل عجز الحماية الاجتماعية، فطرح مشكل ارتفاع نفقات الصحة ونموها غير المتحكم فيه ومشكلة تسيير المؤسسات الصحية التي تكون النظام الصحي الجزائري.

كما يعرف قطاع الصحة عدة نقائص منها الديون التي فاقت 104 مليار دج ومن بين المشاكل التي

يعاني منها القطاع نجد:

- عدم العناية بالمريض.
- نقص الأدوية في المستشفيات.
- ارتفاع سعر الدواء.
- عدم تعويض الأدوية خاصة المقويات التي تمنح عادة لسوء التغذية وفقر الدم.
- عدم وجود أسرة داخل المستشفيات.
- مطالبة المريض بجلب الدواء للعلاج في المستشفى.^{xxxix}

2.3 جهود الدولة الجزائرية في تحسين قطاع الصحة من خلال مدخل التأمينات

إن الإصلاحات التي باشرتها الجزائر خلال الـعشرية الأخيرة في مجال الصحة تركز بالخصوص على قطاع التأمين الصحي حيث استفاد هذا الأخير من برنامج خاص يهدف إلى تحسين نوعية الأداء والعصرية وكذلك توسيع مجال نظام الدفع من قبل الغير الذي كان في البداية يشمل المواد الصيدلانية كما نص عليه القانون 83-11 خاصة في مادته 60 ليشمل كل الخدمات الصحية التي يتلقاها المؤمن له إما في المستشفيات أو العيادات الخاصة أو تكاليف النقل بالنسبة لأصحاب الأمراض المزمنة وذلك من خلال التعاقدات التي يقيمها القطاع مع القطاع الصحي ليصل في الأخير إلى التعاقد مع الطبيب المعالج و استحداث وسيلة جديدة للدفع ألا وهي بطاقة الشفاء.

1.2.3 نظام الدفع من قبل الغير : لقد عرفت المادة 60 من نص القانون 83-11 نظام الدفع

من قبل الغير كما يلي: "يستفيد من نظام الدفع من قبل الغير كل المؤمن لهم اجتماعيا و ذوي حقوقهم الذين يقصدون الأطباء و مؤدو الخدمات شبه الطبية و المؤسسات الصحية الخاصة و الصيدليات الخاصة أو العمومية التي تربطهم اتفاقيات مع هيئات الضمان الاجتماعي "أو هو آلية تسمح للمؤمن اجتماعيا وذوي حقوقه الذين تثبت إصابتهم بعلة مزمنة بالحصول على المنتجات الصيدلانية التي تتضمنها قائمة الأدوية التي يتم تعويضها من طرف صندوق الضمان الاجتماعي والتي حددت بموجب القانون والتي قام بوصفها الطبيب المعالج أو طبيب الأسنان أو القابلة كل حسب الاختصاص وتكون نسبة التكفل كما يلي:

- نسبة 100%

إذا كان المؤمن له أو ذوي حقوقه مصابون بأحد الأمراض المزمنة.

-إذا كان المؤمن له أو ذوي ح قوقه يستفيدون من ربع حادث عمل بحيث تكون نسبة التكفل تساوي أو تقل عن 50%.

-إذا كان المؤمن له أو ذوي حقوقه يستفيدون من معاش عجز أو تقاعد بشرط أن لا يفوق المبلغ مبلغ الأجر الوطني الأدنى المضمون.

• نسبة 80%

-كل الحالات الاخرى تدفع مباشرة إلى الصيدلي نسبة 20% من المبلغ.

-يدفع المؤمن له مباشرة الى الصيدلي مبلغ المنتجات التي لا توجد في القائمة والتي لا تعوض من طرف الضمان الاجتماعي.

-إذا كان المؤمن له منتسبا الى تعاضديه متعاقدة مع الصندوق الوطني للعمال الأجراء فهي تتحمل دفع تذاكر التخفيض التي تمثل نسبة 20% الفارق، كي يصير سعر الدواء يساوي نسبة 100%.

في اطار تعميم نظام الدفع من قبل الغير فانه لم يقتصر فقط على تعويض المواد والمنتجات الصيدلانية فقط بل تعادها الى التعاقد مع الأطباء والصيدلة ومؤسسات العلاج وكذلك توسيع الاتفاقيات لتشمل مؤسسات توزيع الاعضاء الاصطناعية والنظارات الطبية ومؤسسات النقل الاستشفائية الخاصة وكذلك مخابر التحاليل البيولوجية، والشكل التالي يوضح اهم التعاقدات التي يقوم بها صندوق الضمان الاجتماعي في اطار تعميم نظام الدفع من قبل الغير.

2.2.3 التعاقد مع القطاع الصحي : هو نظام قائم على اتفاقيات بين هيئة الضمان الاجتماعي

ومختلف مؤسسات القطاع الصحي من عيادات و مستشفيات متخصصة، ومؤسسات النقل الاستشفائي الخاصة، كذلك التعاقد مع الطبيب المعالج و مؤسسات توزيع الاعضاء الاصطناعية ومخابر التحاليل الطبية. أو هو وصل هيئة الضمان الاجتماعي بمختلف مؤسسات القطاع الصحي بغرض توفير حماية صحية للمؤمن له اجتماعيا، دون دفع مسبق للتكاليف، حسب الاتفاقيات التي أبرمتها هذه المؤسسات مع هيئة الضمان الاجتماعي.

• أشكال التعاقد مع القطاع الصحي: في إطار تعميم نظام الدفع من قبل الغير بدأت هيئة الضمان

الاجتماعي في إبرام الاتفاقيات مع مختلف هيئات القطاع الصحي بما فيها

الصيدلة، المستشفيات، العيادات المتخصصة الطبيب المعالج، ومؤسسات النقل الاستشفائي الخاصة

-**التعاقد مع الصيدلة** : ان من أهم ما جاء به القانون 83-11 أنه "يجب على الصيدليات

العمومية أن تبرم اتفاقيات مع هيئات الضمان الاجتماعي وتحدد اتفاقيات نموذجية عن ط ريق

التنظيم، لكي تنقيد بأحكام الاتفاقيات المنصوص عليها" كما أنه وبموجب الاتفاقيات المبرمة بين الصيدلي

وهيئة الضمان الاجتماعي فان الصيدلي يلتزم بتسليم المستفيد الأدوية والمنتجات الصيدلانية الأخرى

القابلة للتعويض الواردة في الوصفة الطبية في حدود الكمية الاجمالية الموصوفة وحسب القواعد الجاري بها العمل والتي تحددها هيئة الضمان الاجتماعي، فاليوم نجد أن معظم الصيدليات اصبحت متعاقدة مع هيئات الضمان الاجتماعي، بغرض زيادة الأرباح نتيجة العدد الكبير والمتزايد للمؤمن لهم اجتماعيا، كما توفر هذه الآلية للمؤمن لهم عناء الانتقال والانتظار لمدة من الزمن للتعويض

-التعاقد مع المستشفيات : جاء في المادة 05 المرسوم التنفيذي رقم 04-101 المؤرخ في

2004/04/01 أن هذه العملية تتضمن التكفل بالمؤمن الاجتماعي وذوي حقوقه وأصولهم من خلال اقامته بالمؤسسة الاستشفائية العمومية (علاج، مبيت، أطعام) بالتقابل تقوم المؤسسة الاستشفائية بإعداد فاتورة الإقامة أثناء خروج المؤمن له أو ذوي حقوقه أو أصوله الى هيئة الضمان الاجتماعي من أجل الدفع وطبقا للمادة الخامسة من القرار التنفيذي السابق المؤرخ في 01 أبريل 2004 تم انشاء مصلحة للتعاقد مع المستشفيات في وكالة البلدة إلا أن عملية التعاقد لم يشرع في تطبيقها بعد أي لم تتجسد على أرض الواقع.

-التعاقد مع المؤسسات الاستشفائية الخاصة ووسائل النقل الخاصة : تبرم هذه التعاقدات لفائدة

أصحاب الامراض المزمنة من حيث تكاليف النقل من البيت وإلى العيادات المتخصصة في تصفية الدم لأمرض الكلى والمتخصصة في امراض القلب، حيث بادرت هيئة الضمان الاجتماعي الى عقد اتفاق مع هذه المؤسسات لضمان تنقل المريض من والى هذه العيادات للاستفادة من الخدمات العلاجية اللازمة ولكي يستفيد هذا الاخير وذوي حقوقه من التكفل التام بنسبة 100% عليه أن يقدم ملف الى هيئة الضمان الاجتماعي وتحديد هذا الملف عند انتهاء الصلاحية، هذه الآلية تخفف من الضغط على المستشفيات، كذلك توفير الراحة التامة للمريض . المديرية العامة للجزائر هي التي تتعاقد مع العيادات ومؤسسات النقل الاستشفائية الخاصة وعلى الوكالة عملية التطبيق فقط.

-التعاقد مع الطبيب المعالج : انطلق نظام التعاقد مع الطبيب المعالج سنة 2009، باعتباره أداة

لتطبيق نظام الدفع من قبل الغير في مجالى العلاج الصحي المقتصر سابقا على الدواء، و سيتم تعميمه في سنة 2013، كما تم تطوير الشركة بين الاطباء والضمان الاجتماعي لترقية نوعية العلاج والوقاية لفائدة المؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم، ويستفيد الطبيب المتعاقد مع الضمان الاجتماعي بصفة دائمة بصيانة وسائل استعمال نظام الشفاء التي منحت له من قبل الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء مجانا، وتهدف هذه الآلية إلى توسيع نظام الدفع من قبل الغير في مرحلة أولى إلى الخدمات الصحية المقدمة من طرف الأطباء لفائدة المتقاعدين وذوي حقوقهم؛ و تطوير الشراكة بين الأطباء و الضمان الاجتماعي لترقية نوعية العلاج و الوقاية لفائدة المؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم.

3.2.3 نظام البطاقة الالكترونية الشفاء وسياسة الأدوية الجنيسة نظام العمل بالبطاقة الإلكترونية

الشفاء يتيح للمؤمن لهم اجتماعيا استعمالها أثناء توجيههم إلى الصيدليات و الأطباء المعالجين و كافة مؤسسات القطاع الصحي من مستشفيات و عيادات خاصة و متخصصة متعاقدة مع الضمان الاجتماعي،التيح له حق التعويض الفوري أي ي تم اقتطاع المبلغ بأخذ بعين الاعتبار نسبة التعويض التي يستفيد منها المؤمن له دون الدفع الكامل بشرط أن يكون المؤمن له قد سوى وضعيته تجاه عملية التعاقد،فالبطاقة الإلكترونية جاءت لتصل نظام الدفع من قبل الغير والمساهمة أيضا في عصنة آليات التأمين الصحي في الجزائر.

● اطلاق البطاقة الالكترونية الشفاء وميلاد المركز الوطني للشخصنة في إطار عصنة منظومة الضمان الاجتماعي تميز القطاع بعدة اصلاحات بم فيها إدخال البطاقة الالكترونية الشفاء للمؤمن لهم اجتماعيا،حيث تم شراء المشروع من طرف شركة GIMALTO الفرنسية بمبلغ 16 مليون أورو،ويهدف المشروع إلى اللحاق بركب الدول المتقدمة في مجال عصنة آليات التأمين الصحي وفي هذا الإطار تم إنشاء المركز الوطني لشخصنة البطاقات الالكترونية بن عكنون والذي يستجيب لكافة المقاييس الدولية والذي تم إطلاقه في 19 أبريل 2007 وهو مزود بآليات وتقنيات حديثة تمكن من انتاج 500 بطاقة في الساعة الواحدة بالإضافة إلى كل هذا فهو يحتوي على شبكات معلومات محلية ووطنية متطورة من بينها الآليات الكفيلة بحماية المعلومات على مستوى مركز الشخصنة،يتم في هذا المركز استلام الملفات الواردة من مختلف وكالات الوطن بغرض اعداد البطاقة الالكترونية الخاصة بالمؤمن لهم اجتماعيا وتسجيل بعض المعلومات على البطاقة والتي تبدو بشكل بارز وهذه المعلومات تخص المؤمن له اجتماعيا وهي: الاسم،اللقب،تاريخ الميلاد،صورة المؤمن له.بالإضافة الى تسجيل يحمل المعلومات الادارية والطبية في موضع الخلية الالكترونية للبطاقة "puce" كما استفاد برنامج البطاقة الالكترونية من تدابير فعالة كفيلة بحماية المعلومات المتواجدة في البطاقة عملا بتوصيات الشركة، كما تم استخدام احدث التقنيات المتعلقة بالتشفير والترميز.

● سياسة الأدوية الجنيسة يسبب انقطاع أحد الأدوية ذات العلامة التجارية المشهورة بعلاجها لمرض معين الموافقة على طرح دواء جنيس (شبيهه)للبيع في الأسواق و تملك الأدوية الجنسية نفس المعايير الخاصة بالجودة و تؤدي نفس الغرض الذي يؤديه الدواء الأصلي غير أنها تختلف عنه في التسمية و العلامة التجارية و لذا الغلاف.

— لجأت الدول إلى هذه السياسة بغرض التقليل من تكاليف الدواء إذا كان مستوردا من دول أجنبية،و توفير الأدوية لعلاج الأمراض،و بلقبالي وضع حدا لصرف أموال باهظة في مجال الأدوية لأنه لو انتقلنا من الاستيراد إلى التصنيع المحلي لقلت التكاليف،حتى و إن تم استيراد الدواء الجن ي فان تكاليفه

سستكون اقل بكثير من مصاريف الدواء الأصلي، فهذه السياسة لجأت إلى استعمالها معظم الدول المتقدمة و على رأسها نجد ألمانيا التي بلغت نسبة استهلاك الأدوية الجنسية بما حوالي 70%، وفرنسا و إيطاليا و الولايات المتحدة الأمريكية و اليابان و كندا التي تقل نسبة استهلاك الأدوية الجنسية فيها عن 50%.

— شجعت الحكومة الجزائرية سياسة استيراد الأدوية الجنسية للحد من الارتفاع المذهل لمصاريف الضمان الاجتماعي من خلال فاتورة تعويض الأدوية، كما أن التعاقدات التي أبرمت في إطار نظام الدفع من قبل الغير خاصة الاتفاقيات الأخيرة و المعمول بها بولاية البليدة و المتعلقة بالتعاقد من الطبيب المعالج و التي جاءت بغرض تدعيم الأدوية الجنسية.

— إن الاتفاقية المبرمة بين الطبيب المعالج و الضمان الاجتماعي، تضيف دعما لتوسيع استهلاك الأدوية الجنسية من خلال منح مكافأة مالية للطبيب المعالج لما يصف الأدوية الجنسية في الوصفة الطبية الواحدة، و للتحالي يستفيد الضمان الاجتماعي لدى معالجته للتعويضات الاجتماعية من تديني مستوى الأسعار و التكاليف مقارنة بالأدوية غير الجنسية.

— زيادة 20% في قيمة الفحص للطبيب المعالج عندما يعطي دواء جنيس .

— زيادة 20% في قيمة الوصفة عندما يستبدل الصيدلي دواء أصلي بدواء جنيس .

الخاتمة:

تلعب الحماية الاجتماعية دورا مهما في الحماية من المخاطر التي تصيب الأفراد في المجتمع، و يعتبر الضمان الاجتماعي إحدى صور هذه الأخيرة الذي يتكفل بتغطية جملة من التأمينات الاجتماعية بما فيها التأمين الصحي حيث يعتبر هذا الأخير إحدى وسائل إيصال خدمة الرعاية الصحية إلى كافة المواطنين انطلاقا من حقوق المواطنة، وهو يغطي صنفين من أصناف الحماية ألا وهما التأمين على المرض و التأمين على الولادة، ولذلك وجب على الدولة لكي تضمن ترقية الخدمات الصحية للمواطنين العمل على تطوير الهياكل التي تقدم من خلالها الحماية الاجتماعية مثل صناديق الضمان الاجتماعي وكذلك عصنة القطاع الصحي بما فيه من المستشفيات واستخدام الأساليب الحديثة في تقديم الخدمات العلاجية للأفراد بغرض تحقيق رضا المواطنين والحماية من مخاطر الأمراض المتزايدة يوما بعد يوم، والعمل على ترقية آليات التأمين الصحي بما يتماشى و التطورات التكنولوجية الحاصلة في بلدان العالم والتي تضمن من خلالها تحسين الخدمات المقدمة للأفراد وكذلك تحقيق أهداف أخرى تحم الدولة مثل تحقيق التوازن المالي و ترشيد النفقات.

ⁱ هاني بن عبد الله بن جبير، عقد التأمين نظرة فقهية موجزة لأبرز مسأله، تاريخ الإطلاع: 2012/4/8، المتاح على الموقع : <http://www.kantakji.com/fiqh/files/insurance/15203.doc>

ⁱⁱ جديدي معراج، مدخل لدراسة قانون التأمين الجزائري، الطبعة الثانية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1999، ص 10 .

- iii خلفوني ياسمين، التأمين وإعادة التأمين-دراسة حالة الشركة الجزائرية للتأمينات وكالة الحراش-، مذكرة لنيل شهادة مهندس دولة في التخطيط والإحصاء، تخصص: مالية وحساب المخاطرة، المعهد الوطني للتخطيط و الإحصاء، بن عكنون، 2007-2008، ص7.
- iv جديدي معراج، نفس المرجع السابق، ص10.
- v الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد13، الصادرة بتاريخ 1995/03/8، الأمر رقم 07/95 المؤرخ في 1995/01/25، المتعلق بالتأمينات، ص04.
- vi يوسف بن عبد الله الشبيلي، التأمين، تاريخ الإطلاع: 2012/04/23، المتاح على الموقع التالي : <http://www.shabily.com/books/insurance.pdf>
- vii شهاب أحمد جاسم العنكي، المبادئ العامة للتأمين، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2005، ص104.
- viii حربي محمد عريقات، سعيد جمعة عقل، التأمين وإدارة الخطر، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع الأردن، 2008، ص38.
- ix مختار محمود الهانسي، إبراهيم عبد النبي حمودة، مبادئ الخطر والتأمين، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2001، ص61.
- x عبد الهادي السيد محمد تقي الحكيم، عقد التأمين حقيقته ومشروعيته، الطبعة الأولى، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، 2003، ص150.
- xi علي المشاقبة، وآخرون، إدارة الشحن والتأمين، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2003، ص71.
- xii محمد حسن قاسم، محاضرات في عقد التأمين، الدار الجامعية، بيروت، 1999، ص52 - 53.
- xiii الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد13، الصادرة بتاريخ 1995/3/8، لأمر رقم 07/95 المؤرخ في 1995/01/25، المتعلق بالتأمينات، ص12.
- xiv أسامة عزمي سلام، شقيري نوري موسى، "مرجع سابق"، ص95.
- xv زيد منير عبيوي، "إدارة التأمين والمخاطر"، الطبعة الأولى، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص45.
- xvi محمد حسن قاسم، "مرجع سابق"، ص55.
- xvii محمد حسين منصور، "مبادئ عقد التأمين"، الدار الجامعية، بيروت، دون سنة، ص33.
- xviii مصطفى محمد الجمال، "أصول التأمين (عقد الضمان)" الطبعة الأولى، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، 1999، ص13.
- xix محمد حسن قاسم، "مرجع سابق"، ص36.
- xx محمد حسين منصور، "مبادئ قانون التأمين"، دار الجامعة الجديدة للنشر، بيروت، دون سنة، ص14.
- xxi محمد حسن قاسم، "نفس المرجع السابق أعلاه"، ص37.
- xxii أحمد أبو السعود، "عقد التأمين بين النظرية والتطبيق"، الطبعة الأولى، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2009، ص44 - 45.
- xxiii مصطفى محمد الجمال، "مرجع سابق"، ص14.
- xxiv محمد حسين منصور، "مبادئ عقد التأمين"، "مرجع سابق"، ص17.
- xxv محمد حسن قاسم، "مرجع سابق"، ص39.

مقال حول التأمين الصحي، الموقع الإلكتروني: <http://www.misyemen.com/index.php?>، تاريخ التحميل: 2012/04/02.

سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية، المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة، الاسكندرية، 2002، ص 259-260

خديجة حسين منصور، نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الفلسطينية، الموقع الإلكتروني: <http://piccr.org.com>، تاريخ التحميل: 2012/04/04.

وليد يوسف الصالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن ط 1، 2011، ص 102.

سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية، المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة، الاسكندرية، 2002، ص 264

بوزيان فاطمة الزهراء، مرجع سابق، ص 29.

الكتب:

- أحمد أبو السعود، "عقد التأمين بين النظرية والتطبيق"، الطبعة الأولى، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2009
- جديدي معراج، مدخل لدراسة قانون التأمين الجزائري، الطبعة الثانية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1999، ص 10
- حربي محمد عريقات، سعيد جمعة عقل، التأمين وإدارة الخطر، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع الأردن، 2008.
- زيد منير عبوي، إدارة التأمين والمخاطر، الطبعة الأولى، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، الأردن، 2006.
- سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية، المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة، الاسكندرية، 2002.
- سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية، المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة، الاسكندرية، 2002.
- شهاب أحمد جاسم العنكي، المبادئ العامة للتأمين، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2005.
- عبد الهادي السيد محمد تقي الحكيم، عقد التأمين حقيقته ومشروعيته، الطبعة الأولى، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، 2003.
- علي المشاقبة، وآخرون، إدارة الشحن والتأمين، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2003.
- محمد حسن قاسم، محاضرات في عقد التأمين، الدار الجامعية، بيروت، 1999.
- محمد حسين منصور، مبادئ عقد التأمين، الدار الجامعية، بيروت، دون سنة.
- مختار محمود الهانسي، إبراهيم عبد النبي حمودة، مبادئ الخطر والتأمين، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2001.
- مصطفى محمد الجمال، "أصول التأمين (عقد الضمان)" الطبعة الأولى، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، 1999.
- وليد يوسف الصالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن ط 1، 2011.

المذكرات:

خلفوني ياسمين، التأمين وإعادة التأمين - دراسة حالة الشركة الجزائرية للتأمينات وكالة الحراش -، مذكرة لنيل شهادة مهندس دولة في التخطيط والإحصاء، تخصص: مالية وحساب المخاطرة، المعهد الوطني للتخطيط والإحصاء، بن عكنون، 2007-2008.

مواقع الإنترنت :

- يوسف بن عبد الله الشبيلي، التأمين، 2012، المتاح على الموقع التالي :
<http://www.shabily.com/books/insurance.pdf> تاريخ الإطلاع: 2012/04/23
- خديجة حسين منصور، نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الفلسطينية، الموقع الإلكتروني، <http://piccr-org.com>. تاريخ التحميل: 2012/04/04.

القوانين

- الأمر رقم 07/95 المؤرخ في 1995/01/25