

جامعة امجد بوقرة _ بومرداس

كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير

قسم علوم المالية والمحاسبة

رقم المذكرة: 52



مذكرة تخرج، مقدمة ضمن متطلبات

نيل شهادة الماستر أكاديمي.

تخصص: مالية وتأمينات

الموضوع:

واقع التأمين الصحي الاختياري في الجزائر،

دراسة حالة في شركة التأمين وإعادة التأمين TALA

تحت إشراف الأستاذ:

محمد دبوزين

من إعداد الطلبة:

أسماء علو

صورية أوريحان

السنة الجامعية: 2022/2021م

شكر و تقدير

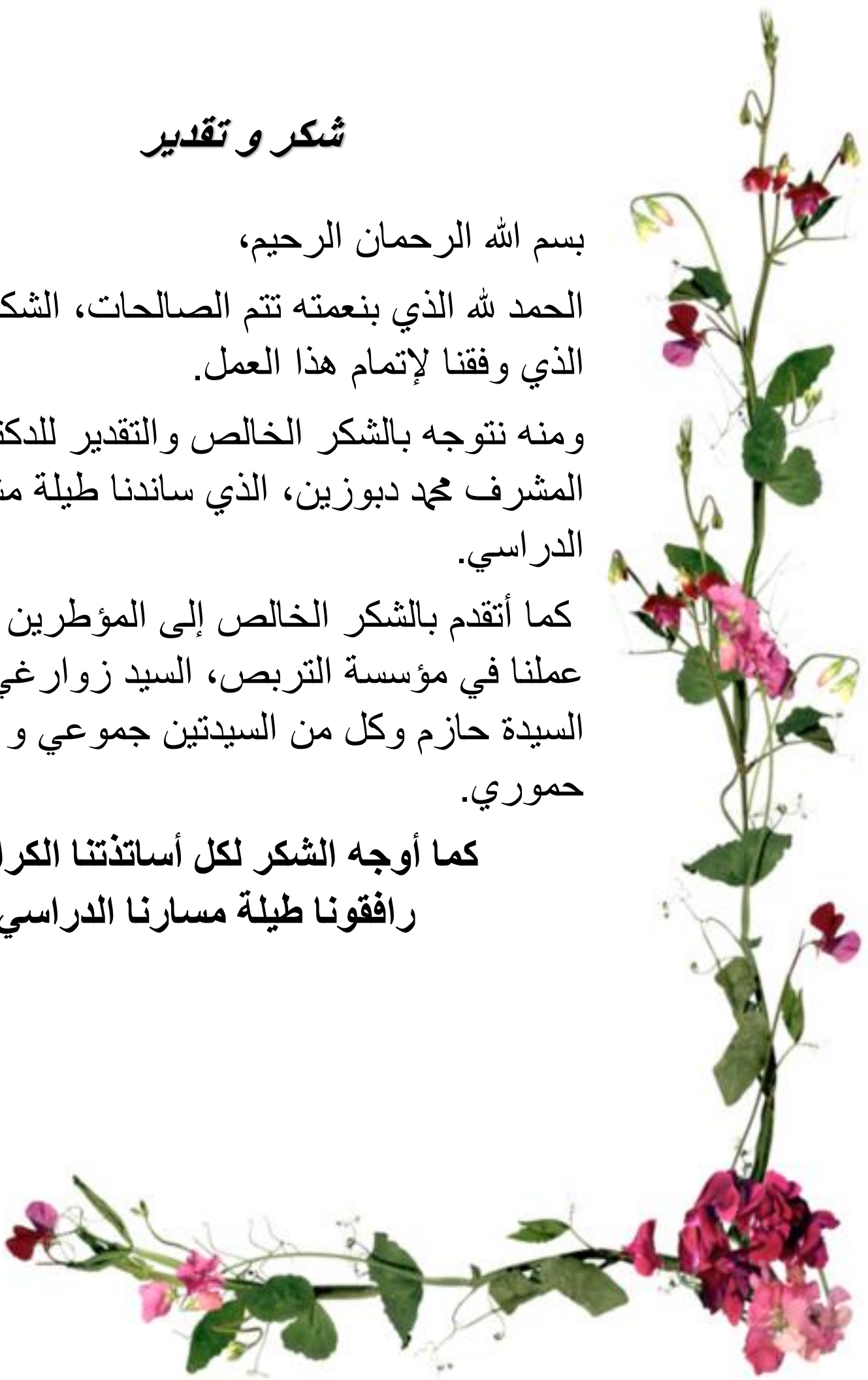
بسم الله الرحمان الرحيم،

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، الشكر لله
الذي وفقنا لإتمام هذا العمل.

ومنه نتوجه بالشكر الخالص والتقدير للدكتور
المشرف محمد دبوزين، الذي ساندنا طيلة مشوارنا
الدراسي.

كما أتقدم بالشكر الخالص إلى المؤطرين على
عملنا في مؤسسة التربص، السيد زوارغي فؤاد،
السيدة حازم وكل من السيدتين جموعي و
حموري.

كما أوجه الشكر لكل أساتذتنا الكرام الذين
رافقونا طيلة مسارنا الدراسي.





الإهداء

الحمد لله الذي وفقنا لإنجاز هذا العمل، الذي أهديه إلى والديا العزيزين
أدامهما الله تاجا فوق رؤوسنا، إلى أخي وأختي سندي في الحياة وكل من
أقاربي وإلى أصدقائي.
وفي الأخير أرجوا من الله تعالى أن يجعل عملي هذا نافعا يستفاد منه.



صورىة أورىحان



الإهداء

الحمد لله الذي وفقنا لإنجاز هذا العمل الذي أهديه إلى روح أُمي الغالية
رحمها الله وأسكنها فسيح جناته، إلى أبواي العزيزين أدامهما الله تاجا
فوق رؤوسنا، إلى إخوتي وسندي في الحياة إلى كل من أقاربي
وأصدقائي.
وفي الأخير أرجوا من الله تعالى أن يجعل عملي هذا نافعا يستفاد منه.



أسماء علو

الافكار

الفهرس

المحتوى	الصفحة
شكر وتقدير	I
الإهداء	II
فهرس المحتوى	III
قائمة الجداول	XI
قائمة الأشكال	X
قائمة الملاحق	IX
مقدمة	أ- ب- ت
الفصل الأول: عموميات حول التأمين على الأشخاص والتأمين الصحي	
تمهيد	
المبحث الأول: مفاهيم عامة حول التأمين على الأشخاص	
المطلب الأول: مفهوم التأمين على الأشخاص	2
المطلب الثاني: أنواع الأخطار المتعلقة بالأشخاص و أسسها	3
المطلب الثالث: شروط التأمين على الأشخاص وأنواعه	4
المبحث الثاني: ماهية التأمين الصحي	
المطلب الأول: مفهوم التأمين الصحي	11
المطلب الثاني: أنواع التأمين الصحي	12
المطلب الثالث: أهداف التأمين الصحي وخصائصه	13
المبحث الثالث: فوائد التأمين الصحي وبرامج تمويله	
المطلب الأول: فوائد التأمين الصحي ودوره إجتماعيا وإقتصاديا	16
المطلب الثاني: برامج التأمين الصحي	18
خاتمة الفصل	
الفصل الثاني: دراسة مكانة سوق التأمين الصحي الإختياري ضمن سوق التأمين الجزائري	
تمهيد	
المبحث الأول: سوق التأمين على الأشخاص في الجزائر	
المطلب الأول: الإصلاحات القانونية لقطاع التأمين	21
المطلب الثاني: هيكل سوق التأمين على الأشخاص في الجزائر	22
المطلب الثالث: سوق التأمين الصحي الإختياري	24

	المبحث الثاني: خدمات التأمين الصحي في الجزائر
26	المطلب الأول: مراحل تطور نظام التأمين الصحي في الجزائر
28	المطلب الثاني: برامج الحكومة لتحسين نظام الخدمات الصحية
	خلاصة الفصل
	الفصل الثالث: دراسة حالة في شركة التأمين وإعادة التأمين TALA
	تمهيد
	المبحث الأول: تقديم شركة التأمين وإعادة التأمين TALA
35	المطلب الأول: نشأة وتعريف الشركة
36	المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للشركة
37	المطلب الثالث: مهام الشركة
	المبحث الثاني: آليات عملية لإتمام عملية التأمين وإجراءات التعويض في حالة وقوع حادث
37	المطلب الأول: المنتجات التي تقدمها شركة التأمين وإعادة التأمين TALA
40	المطلب الثاني: طرق التعويض في حالة وقوع الخطر
	المبحث الثالث: دراسة استبائية ميدانية
46	المطلب الأول: أدوات جمع المعلومات والبيانات
46	المطلب الثاني: خصائص عينة الدراسة
55	المطلب الثالث: تحليل وتفسير النتائج
	خلاصة الفصل
	الخاتمة
	قائمة المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	يمثل إنتاج سوق التأمينات الشخصية	24
02	إنتاج التأمين الصحي	24
03	يوضح نسب تطور تأمينات الاشخاص وكذا تطور التأمين الصحي	25
04	يمثل النشاط الطبي ومبالغ التعويض	41
05	يوضح التعويضات الثابتة	43
06	خدمات الطرف الثالث إدارة المرضى	43
07	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	47
08	توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية	48
09	توزيع عينة الدراسة حسب الحالة العائلية	49
10	توزيع عينة الدراسة حسب الأولاد	51
11	توزيع عينة الدراسة حسب المستوى الدراسي	52
12	توزيع عينة الدراسة حسب مستوى الأجر	43
13	يوضح مدى معرفة الأشخاص بالتأمين	55
14	يوضح أنواع التأمينات والأكثر انتشارا بين أفراد المجتمع	56
15	يوضح مدى معرفة الأشخاص بوجود شركات التأمين	58
16	يوضح مدى معرفة الأشخاص بالتأمين الصحي الإختياري	59
17	يوضح مدى تعامل الأفراد مع شركة TALA	61
18	يوضح مدى إقبال الأفراد على التأمين	62
19	يمثل أنواع عقود التأمينات التي قام بها الأفراد	63
20	يمثل مدى إعتبار خدمة التأمين ضرورية	65
21	يمثل مدى إستعداد الأفراد لإمتلاك التأمين الصحي الإختياري	66
22	مدى إستعداد الأفراد للحصول على خاصية الدفع عن طريق وسيط	67
23	يوضح مدى ثقة الأفراد بشركات التأمين	69
24	يوضح مدى انعكاس أسعار التأمين على الحصول على التأمين	70
25	يوضح مدى تأثير الثقافة الدينية حول إمتلاك التأمين	71

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
01	الهيكل التنظيمي لشركة التأمين وإعادة التأمين TALA	36
02	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	47
03	توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية	48
04	توزيع العينة حسب الحالة العائلية	50
05	توزيع العينة حسب الأولاد	51
06	توزيع العينة حسب المستوى الدراسي	52
07	توزيع عينة الدراسة حسب مستوى الدخل	54
08	يوضح مدى معرفة الأشخاص بالتأمين	55
09	يوضح أنواع التأمينات الأكثر إنتشارا بين أفراد المجتمع	57
10	يوضح مدى معرفة الأفراد بوجود شركات التأمين	59
11	يوضح مدى معرفة الأشخاص بالتأمين الإختياري	60
12	يوضح مدى تعامل الأفراد مع شركة TALA	61
13	يوضح مدى إقبال الأفراد على التأمين	62
14	يوضح أنواع عقود التأمين التي قام بها الأفراد	64
15	يوضح مدى اعتبار خدمة التأمين ضرورية	65
16	يوضح مدى استعداد الأفراد لامتلاك التأمين الصحي الإختياري	66
17	يوضح مدى استعداد الأفراد للحصول على خاصية الدفع عن طريق وسيط	68
18	يوضح مدى ثقة الأفراد في شركات التأمين	69
19	يوضح مدى انعكاس أسعار التأمين على الحصول عليها	70
20	يوضح مدى تأثير الثقافة الدينية حول امتلاك التأمين	71

فهرس الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق
01	يمثل النشاط الطبي ومبالغ التعويض
02	يوضح التعويضات الثابتة
03	خدمات الطرف الثالث، إدارة المرضى
04	الوثائق المطلوبة في حالة وقوع الخطر
05	نموذج الإستبيان

مقدمة

مقدمة

ظهر التأمين من فكرة التعاون، وتطور بتقدم حياة الإنسان إلى أن وصل إلى الصورة التي هو عليها في عصرنا الحالي، إذ يعتبر وسيلة للحماية من الأخطار، فهو يؤثر إيجابيا في العدد من المتغيرات الاقتصادية والأهم من ذلك فهو يعمل على تعبئة المدخرات في سبيل تمويل الإستثمارات التي تعتبر ركيزة الإزدهار الإقتصادي.

ومن بين أنواع التأمينات نجد تأمينات على الأشخاص الذي يكون محله شخص الإنسان لا ماله حيث تصيبه الأخطار في نفسه كالموت، الإصابة، الإستمرار في الحياة إلى سن معينة، أو التي تتمثل في حدث سعيد كالإنجاب، الزواج وغيرها.

بحيث تعتبر صحة الإنسان كعنصر أساسي يركز الفرد ويعمل على المحافظة عليه، باعتبارها الركيزة الأساسية لكل إنسان بوجه خاص وللمجتمع بصفة عامة.

فيتعرض الفرد خلال حياته لعدة مخاطر سواء مهنية أو غير مهنية تمس بصحته، لذلك لجأ إلى ما يسمى بالتأمين الصحي؛ الذي يعتبر كوسيلة لتغطية وحماية نفسه من المخاطر التي قد يتعرض لها، باعتبار التأمين الصحي من أهم فروع التأمينات على الأشخاص، ونذكر منها التأمين ضد المرض، تأمين الولادة تأمين العجز، الوفاة...إلخ.

فالجزائر مثل باقي الدول تعمل جاهدة من أجل تحسين الخدمات الصحية للأفراد، كون الفرد كمساهم رئيسي في الإنتاج الإنتاجية؛ وذلك من خلال وضع اليات وبرامج تطوير وتنويع الخدمات المقدمة للأفراد.

وينقسم سوق التأمين الصحي في الجزائر إلى تأمين صحي إجباري مسير من طرف صناديق الضمان الإجتماعي la cnase et casnos وتأمين صحي إختياري تجاري مسير من طرف شركات التأمين وتعاونيات التأمين.

وهذا ما سنتطرق إليه من خلال دراستنا، ومنه نطرح الإشكالية التالية:

- ما هو سبب ضعف الطلب على التأمين الصحي الإختياري، بالرغم من الأهمية البالغة التي تكمن في هذا النوع من التأمين؟

1- الأسئلة الفرعية:

ومن خلال هذه الإشكالية تتفرع مجموعة من الأسئلة الفرعية وهي:

- ما المقصود بالتأمين على الاشخاص و التأمين الصحي؟

- مامكانة سوق التأمين الصحي الإختياري ضمن سوق التأمين الجزائري؟

- ما أهم معوقات منتج التأمين الصحي الإختياري؟

- ما هي منتجات التأمين الصحي في شركة التأمين وإعادة التأمين TALA؟

2- فرضيات الدراسة:

- تقسم منتجات التأمين الصحي إلى إجباري تسيره صناديق الضمان الإجتماعي la cnas et casnos واختياري تسيره شركات التأمين وتعاونيات التأمين، مما أدى إلى ضعف التوجه نحو منتجات التأمين الإختياري، وكذا ضعف العرض.

- من أسباب قلة الطلب على التأمين الصحي الإختياري، عدم المعرفة به وبفوائده وكذا المحيط الثقافي والوازع الديني.

- تشجيع الإقبال على خدمات التأمين الصحي المقدمة من طرف شركة التأمين وإعادة التأمين TALA وذلك من خلال تحسين وتنويع في منتجاتها.

3- أسباب إختيار الموضوع:

- الرغبة الشخصية في هذا الموضوع.

- إنتشار التأمين في العالم ومساهمته بجوانب كثيرة في الحياة منها الصحة.

- محاولة توعية الأفراد بوجود تأمين صحي إختياري مساعد لمواجهة نقص تغطية التأمين الإجباري.

4- أهمية الدراسة:

- التعرف على التأمين الصحي وأهميته.

- فوائد التأمين الصحي ودوره إجتماعيا وإقتصاديا.

- دراسة سوق التأمين الصحي في الجزائر.

5- أهداف الدراسة:

- إبراز أهمية التأمين الصحي في حياة الأفراد.

- تسليط الضوء على فوائد التأمين الصحي الإختياري.

- معرفة خدمات التأمين الصحي المتوفرة في شركة التأمين وإعادة التأمين TALA.

- دراسة إستبائية ميدانية، للتأمين الصحي الإختياري.

6- المنهج المستخدم:

للإجابة على الإشكالية المطروحة تم إتباع منهج وصفي إستبائي، حيث في الفصل الأول والثاني إعتدنا على الأسلوب الوصفي، أما في الفصل الثالث اعتمدنا فيه على أسلوب إستبائي.

7- هيكل الدراسة:

بهدف الاجابة على الإشكالية المطروحة تم تقسيم المذكرة إلى مقدمة، ثلاث فصول وخاتمة حيث:

- الفصل الأول: وهو بعنوان مفاهيم عامة حول التأمين على الأشخاص والتأمين الصحي

المبحث الأول: تم التطرق فيه لمفهوم التأمين على الأشخاص، الأنواع والشروط الواجب توفرها.

المبحث الثاني: تضمن مفهوم التأمين الصحي، أنواع وكذلك أهداف التأمين الصحي وخصائصه.

المبحث الثالث: فقد تم تناول فيه فوائد التأمين الصحي ودوره إجتماعيا وإقتصاديا، وكذا البرامج المتعلقة بالتأمين الصحي.

الفصل الثاني: دراسة مكانة سوق التأمين الصحي الإختياري ضمن سوق التأمين الجزائري

المبحث الأول: يتم التطرق فيه إلى الإصلاحات القانونية لقطاع التأمين، هيكل سوق التأمين على الأشخاص في الجزائر وكذلك سوق التأمين الصحي الإختياري.

المبحث الثاني: تطرقنا فيه إلى مراحل تطور نظام التأمين الصحي في الجزائر وكذا برامج الحكومة لتحسين نظام الخدمات الصحية.

الفصل الثالث: وقد تضمن دراسة حالة التأمين الصحي الإختياري على مستوى شركة التأمين وإعادة التأمين

.TALA

المبحث الأول: تم فيه تقديم نشأة هذه الشركة، هيكلها التنظيمي بالإضافة إلى المهام.

المبحث الثاني: تم التطرق فيه إلى المنتجات التي تقدمها الشركة، طرق التعويض في حالة حدوث خطر.

المبحث الثالث: تمت فيه دراسة إستبائية ميدانية حول التأمين الصحي الإختياري، تحليل وتفسير النتائج المتوصل إليها.

الفصل

الأول

تمهيد

يعد التأمين الصحي من أهم التأمينات التي تركز عليها المجتمعات لأهميتها المتزايدة في توفير الرعاية الصحية للأفراد، بحيث تعمل كل دولة على تطوير خدماتها في هذا المجال، ومن بين هذه الدول الجزائر، حيث أولت عناية بالغة لهذا القطاع وذلك عن طريق مجموعة من الخطط والبرامج لتطوير وتحسين هذا القطاع وكذلك تخصيص عدة شركات تسوق هذه المنتجات مما ينعكس على دورها على القطاع الاجتماعي والاقتصادي بصفة عامة، حيث قسمت هذه المؤسسات إلى مؤسسات إجبارية تديرها الحكومة ومؤسسات خاصة تديرها مؤسسات خاصة.

المبحث الأول: مفاهيم عامة حول التأمين على الأشخاص

يعتبر التأمين على الأشخاص من أهم التأمينات التي تركز على المخاطر التي تحدث للإنسان في شخصه، والتي تتعلق بالأخطار التي قد تصيبه في صحته، أو ممتلكاته المادية؛ كما أنه يساهم في تعبئة المدخرات طويلة الأجل من الأفراد واستثمارها في مختلف الميادين مما يساهم في دفع عجلة التنمية.

المطلب الأول: مفهوم التأمين على الأشخاص

1- وهي تشمل التأمين ضد المخاطر التي يتعرض لها الشخص أو المنشأة وتصيبهم مباشرة في حياتهم وصحتهم أو أعضائهم، وهنا نجد أن الشخص هو موضوع التأمين ويرتبط به مباشرة الخطر المؤمن منه وعليه فإننا نكون بصدد تأمينات المرض والبطالة والشيخوخة والوفاة والحوادث الشخصية (مع مراعاة أن خطر الوفاة هنا هو الوفاة في سن مبكر وما هو متعلق بالنواحي الاجتماعية للفرد).¹

2- التأمين على الأشخاص عبارة عن تأمين يقصد منه أنه يأخذ المؤمن على عاتقه دفع مبلغ معين أو تقرير إيرادات، إذا ما حدث أمر يتعلق بشخص المؤمن له لا بماله، كوصوله إلى سن معينة أو وفاته، أو مرضه، في مقابل دفع أقساط سنوية أو اشتراكات من جانب المؤمن له.²

3- عرف المشرع الجزائري التأمين على الأشخاص في المادة 60 من قانون التأمينات، أمر رقم 95-07 المؤرخ في 23 شعبان 1415 الموافق لـ 25 يناير سنة 1995 بأنه " اتفاقية إحتياط بين المؤمن له والمؤمن،

¹ محمد هانسي، التأمين التجاري والاجتماعي الجوانب النظرية والأسس الرياضية، مؤسسة رؤية للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى 2008، ص 65.

² أسماء حدباوي، دور قنوات توزيع التأمين في النهوض بفرع التأمين على الأشخاص في الجزائر خلال الفترة 2011-2020، مجلة أبحاث اقتصادية معاصرة، جامعة محمد بوضياف المسيلة ص 266.

ويلتزم المؤمن بموجبها بأن يدفع للمكتب أو للمستفيد المعين مبلغا محددا، رأس مال كان أو ريعا، في حالة تحقق الحادث أو عند حلول الأجل المنصوص عليه العقد؛

ويلتزم المكتب بدفع الاقساط حسب جدول إستحقاق متفق عليه.¹

ومن خلال هذه المادة يمكن تعريف التأمين على الأشخاص بأنه التأمين الذي يكون موضوعه شخص المؤمن له، بحيث يضمن هذا النوع خطر الحياة، الوفاة العجز والمرض، فيلتزم المؤمن بتقديم تعويض في حالة تحقق الخطر والمؤمن بدوره يدفع أقساط وفق جدول إستحقاق متفق عليه.

المطلب الثاني: أنواع الأخطار المتعلقة بالأشخاص وأسسها

الفرع الأول: أنواع الأخطار المتعلقة بالأشخاص

يتعرض الانسان في حياته لمخاطر متعددة منها ما يؤثر على ممتلكاته المادية أو عوائده المالية وهو ما يعرف بأخطار الممتلكات، ومنها ما يؤثر على قدراته البدنية في ممارسة أنشطته، والتي قد تسبب له عجزا كليا أو جزئيا؛ كما قد تؤدي إلى وفاته وهو ما يعرف بأخطار الأشخاص.²

وهي تنقسم إلى:

- **خطر الوفاة:** هو الخطر الوحيد المؤكد وقوعه القابل للتأمين بسبب عدم معرفة وقت حدوثه، وتقدم شركات التأمين عقود تأمينية متنوعة لمواجهة هذا النوع من الأخطار، لكنها تعتبر من أكثر العقود تشددا من ناحية الشروط، والتي من بينها حوادث الوفاة العمدية أو التي تقع لأسباب يكون فيها الخطر كبيرا جدا ويلعب المؤمن له دورا مباشرا فيها.

- **خطر الحياة:** يقصد به إستمرار حياة الفرد إلى سن لا يمكنه من مزاوله أنشطته المهنية بشكل كامل، بسبب عامل التقدم في السن وهو الذي يحتاج لرأسمال معين أو إلى معاش معين ليلبي إحتياجاته اليومية، ولمواجهة هذا الخطر تقدم شركات التأمين سلة متنوعة من عقود التأمين التي تغطي هذا الخطر، والتي من بينها، عقود المعاشات أو دفعات الحياة، عقد التأمين المختلط حياة/وفاة، عقد الوقفية البحتة.

- **أخطار الحوادث الجسمية:** وهي الأخطار التي تواجه الانسان في حياته اليومية والتي قد تؤدي به إلى عجز كلي أو جزئي، دائم أو مؤقت يؤدي إلى إنقطاع الدخل، ويواجه الفرد هذا النوع من الأخطار من خلال عقود

¹الأمر 95-07 من الجريدة الرسمية، الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 13، الصادرة بتاريخ 8-مارس 1995 ص12.

²نبيل قبلي، انعكاسات الإصلاحات القانونية على صناعة تأمينات الأشخاص في الجزائر دراسة مسحية تحليلية للفترة 2011-2019 الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، المجلد 14 العدد 01 جامعة خميس مليانة ص 200.

تلتزم فيها شركات التأمين بدفع مبالغ محددة في حالة إصابة المؤمن له بإصابات بدنية تؤدي إلى العجز، تنتج بطريقة مباشرة من حادث ناشئ عن عوامل فجائية عنيفة خارجة عن جسم الإنسان.

الفرع الثاني : أسس التأمينات على الأشخاص

من خصائص التأمين على الأشخاص أنه يتميز ببعض الأسس التي لا توجد في بقية أنواع التأمين الأخرى، حيث أن عقد التأمين على الحياة يقوم على فكرة الاشتراط لمصلحة الغير و الغير هو المستفيد من عقد التأمين على الحياة، بحيث يقوم المؤمن له باشتراط العقد لمصلحته وهو أن يؤدي المؤمن مبلغ معين للمستفيد عند وفاة المؤمن له؛ وعليه يجوز للمؤمن له أن يعين أي شخص مستفيد من عقد التأمين مهما كانت العلاقة أو الصلة التي تربطه به فقد يكون المستفيد هو الزوج العلاقة أو الصلة التي تربطه به فقد يكون المستفيد هو الزوج، الأب، الابن، العم، الجد أو الصديق هذا ما نصت عليه المادة 11 من الأمر 95 - 07 الصادر في 25 جانفي 1995 بقولها:

يستفيد من هذا التأمين وبهذه الصفة المكتتب أو كل مستفيد معروف أو متوقع كاشتراط لمصلحة الغير

وقد يقصد المؤمن له من وراء التعيين مجرد هبة وتبرع، وهنا تكون الاستفادة من أعمال التبرع كتعيين الزوج، الولد، الجد أو الصديق؛ وقد يقصد من وراء تعيين المستفيد ضمان وفاء بدين على ذمة المؤمن له كما لو كان المؤمن له مدين بدين فيبرم عقد التأمين في حالة الوفاة لصالح الدائن في حدود الدين، ويعين الدائن كمستفيد من التأمين بحيث إذا توفي المؤمن له، استحق الدائن مبلغ التأمين الذي يكون مساويا لمبلغ الدين و هذا ما نصت عليه المادة 68 من الأمر رقم 95 - 07 ويعتبر هذا التأمين هو تأمين بعوض إذ سببه هو الوفاء عند وفاة المؤمن له.¹

¹نبيل قبلي، مرجع سابق ص 200.

المطلب الثالث : شروط التأمين على الأشخاص وأنواعه

الفرع الأول :شروط التأمين على الأشخاص

تعتمد التأمينات على الأشخاص على مجموعة من الشروط العامة والشروط الخاصة، نتعرف عليها كما يلي:¹

1- الشروط العامة: يمكن التمييز بين ثلاث عناصر مهمة في الشروط العامة المحيطة بعقد التأمين على الأشخاص.

1-1 أطراف العقد، مدته، أقساطه ومبلغه: من بين أهم البيانات التي تتضمنها وثائق تأمينات الأشخاص، بناء على الإقرارات التي تتخذ أساسا للتأمين، تلك المتعلقة باسم المؤمن له وسنه وأسماء المتعاقد وعدد الأقساط وقيمتها وكيفية سدادها ومقدار مبلغ التأمين الذي يستفيد منه المؤمن له أو المنتفعين.

1-2 إقرارات التعاقد وأثر الإخلال بمبدأ منتهى حسن النية: تهتم الشروط العامة لوثائق تأمينات الأشخاص بالإقرارات التي يدلي بها كل من المتعاقد والمؤمن له في طلب التأمين والتقرير الطبي وفي كل مستند آخر مقدم للشركة والذي تتخذه أساسا للتعاقد وتعتبر جزء لا يتجزأ منه، وأن التأمين قد صدر اعتمادا على صدق الإقرارات والمستندات المشار إليها.

1-3 الحالات الأساسية التي يلتزم فيها المؤمن بأداء مبلغ التأمين: وفقا لنوع التعاقد فإن الالتزام الأساسي للمؤمن في عقود تأمين الأشخاص يتمثل في أداء مبلغ التأمين في حالة الحياة أو في حالة الوفاة أو في أي من الحالتين وعادة ما يتم تحديد الحالات على النحو التالي:

- حالة البقاء على قيد الحياة: وينص هذا على أنه إذا بقي المؤمن له على قيد الحياة في التاريخ المحدد لنهاية عقد التأمين فإن شركة التأمين تتعهد بأن تؤدي عندئذ مبلغ التأمين أو المعاش الدوري وفق ما ينص عليه العقد؛

- حالة الوفاة: القاعدة العامة هنا أن شركة التأمين تلتزم بدفع مبلغ معين في حالة وفاة المؤمن له قبل نهاية مدة التأمين أيا كانت أسباب هذه الوفاة وظروفها ومكان حدوثها؛

2- الشروط الخاصة: بالإضافة للشروط العامة التي سبق وإن تطرقنا إليها لعقد تأمين على الأشخاص فقد يتضمن العقد شروطا خاصة؛

التأمين الإضافي في حالة الوفاة بحادث: وينص على إلزام الشركة بأداء مبلغ التأمين مضاعفا إذا وقعت الوفاة خلال فترة محددة من تاريخ وقوع الحادث الذي ترتبت عليه الجروح والإصابات المؤدية إلى الوفاة، وعادة ما

¹نبيل قبلي، مرجع سابق ص 201.

يستثنى من ضمان المؤمن الوفاة الناتجة عن الأمراض والعياهات الجسمية والعقلية، العمليات الجراحية، الانتحار، الفتن والثورات، العراك، الألعاب الخطرة، الكوارث الطبيعية، الحروب..

1-2 حالة الإصابة بعجز كلي دائم: تتعهد بموجبه شركة التأمين في حالة إصابة المؤمن له بعجز دائم قبل بلوغه سن الستين بأداء مبلغ التأمين الأصلي فوراً مع إعفاء المتعاقد من سداد أقساط التأمين الأصلي والإضافي، وقد يقتصر الأمر على مجرد إعفاء التأمين الأصلي والإضافي، وقد يقتصر الأمر على مجرد إعفاء المؤمن الأصلي والإضافي، وقد يقتصر الأمر على مجرد إعفاء مبلغ التأمين إلا عند نهاية العقد أو الوفاة وفقاً للمتنق عليه.

وينص عادة على أن العجز الكلي الدائم يتحقق على إستحالة مزاولة أي مهنة أو أي عمل يعود على صاحبه بربح أو فائدة استحالة مطلقة ونهائية.

2-3 تقديم معاش دوري في حالة الوفاة قبل إنتهاء مدة التأمين: حيث تنص بعض الوثائق على أداء مبلغ التأمين في تاريخ محدد سواء ظل المؤمن له على قيد الحياة حتى هذا التاريخ أو توفي قبل ذلك، فقد يكون من المناسب إضافة شروط خاصة تقضي فضلاً عن توقف الأقساط في حالة الوفاة قبل إنتهاء مدة التأمين، فإن شركة التأمين تتعهد بمقابل الأقساط التي تم دفعها بصرف معاش دوري يتحدد بنسبة مئوية من مبلغ العقد في حالة وفاة المؤمن له قبل تاريخ إنتهاء مدة التأمين.

الفرع الثاني: أنواع التأمين على الأشخاص

بالنظر للأنواع المختلفة للأخطار التي يوجهها الفرد في حياته اليومية، والتي تم التطرق إليها سابقاً فإنه يمكن تجزئة الأخطار الرئيسية إلى أخطار فرعية يمكن تلخيصها فيما يلي:

❖ التأمين لحالة الحياة.

❖ التأمين لحالة الوفاة.

❖ التأمينات المختلطة.

1- التأمين لحالة الحياة:

وهو التأمين لحال البقاء، مقابل قسط يدفعه المؤمن عند تاريخ معين يكون فيه على قيد الحياة، ويسمى التأمين المضاد ضمان التأمين الأول، باسترجاع الأقساط المدفوعة إذا توفي المؤمن له المستفيد قبل الأجل المتفق عليه والا احتفظ المؤمن بالأقساط.

ويكون التعويض (مبلغ التأمين) على شكل رأسمال بدفعة واحدة أو على شكل ريع دوري مدى الحياة، إذا بقي المؤمن له على قيد الحياة إلى تاريخ حلول أجل الدفع، وهذا وفقاً للفقرة الثانية من المادة 64 ق ت ج " إن

ضمان التأمين الأول شرط يسمح باسترجاع مبلغ الأقساط المدفوعة المرتبطة بالتأمين في حالة الحياة إذا توفي المؤمن لو قبل الأجل المحدد في العقد لدفع المبالغ المؤمن عليها؛ ويكتتب ضمان التأمين الأول مقابل قسط خاص يدرج في القسط الرئيسي.¹

وتنقسم بدورها منتجات التأمين على الحياة إلى فرعين أساسيين ، ألا وهما التأمين برأس مال مؤجل والتأمين بريع؛²

1-1 تأمين برأس مال مؤجل

في هذا النوع من التأمين يلتزم المؤمن بدفع رأس مال دفعة واحدة، وهذا إذا بقي المؤمن له حياً عند حلول الأجل المحدد في العقد، فإذا ما توفي قبله برئت ذمة المؤمن وأصبحت الأقساط من حقه.

ويكون مبلغ التأمين هنا عبارة عن رأس مال يرجأ دفعه إلى حلول الأجل المحدد في العقد، بشرط بقاء المؤمن على حياته حياً حتى هذا الوقت، وغالباً ما يقدم على هذا النوع من التأمين الأشخاص الذين يريدون مبلغاً من المال دفعة واحدة، ينفقونه إما لشراء منزل يقضون فيه السنوات الأخيرة من حياتهم، وإما لإنفاقه في متطلبات زواج الأولاد.

والأجل الذي يحدد في العقد إما أن يكون بلوغ المؤمن على حياته سناً معيناً، وإما مضي عدد من السنوات على إبرام العقد وهذا هو الغالب.

1-2 التأمين بإيراد مرتب أو بريع:

هنا يتفق الطرفان على أن يؤدي المؤمن مبلغ التأمين، لا على دفعة واحدة ولكن في صورة ريع يصرف بصورة دورية، وهذا عكس الصورة السابقة، حيث يلتزم المؤمن بأن يدفع مرة واحدة مبلغاً وحيداً من المال، قد لا يحسن المستفيد الذي هو غالباً المؤمن على حياته، استغلاله فيضيع منه فيقع في المحذور، الذي أراد تقاديه وهو العوز والفاقة.

ومنه يتم تقسيم هذا النوع إلى:

1-2-1 تأمين بريع مؤجل أو مرجأ:

وفيه يدفع المؤمن ريعاً، في مواعيد دورية للمستفيد، الذي هو غالباً المؤمن على حياته، في مقابل قسط واحد أو أقساط دورية، ابتداء من تاريخ معين، إذا ظل المؤمن على حياته حياً حتى هذا التاريخ. ويناسب هذا النوع من

¹ ميلود ذبيح، محاضرة في مقياس قانون التأمين، كلية الحقوق والعلوم السياسية محمد بوضياف المسيلة، ص31.

² محمد دبوزين، محاضرة في مقياس تقنيات التأمين وإعادة التأمين، جامعة امجد بوقرة -بومرداس- ص02.

التأمين مع الأشخاص الذين لا يستحقون معاش، كمن يزاولون الأعمال الحرة فيحل الريع المرجأ هنا محل المعاش لذا يطلق على هذا النوع من التأمين، تأمين المعاش.

1-2-2 تأمين بريع فوري: وفيه يدفع المؤمن له قسط تأمين وحيد عبارة عن مبلغ متجمد (أو رأس مال) في مقابله يتعهد المؤمن بأن يدفع للمؤمن له، سواء طوال مدة معينة أو طوال حياته ريع يدفع له في مواعيد دورية كل شهر أو ثلاثة أشهر أو ستة أشهر أو سنة حسب الاتفاق والغالب أن يكون الريع متساوياً في كل دفعة، إلا أنه ليس هناك ما يمنع أن يكون متغيراً سواء بالزيادة أو بالنقصان.

2- التأمين لحالة الوفاة: حسب تعريف المادة 65 من قانون التأمين، فإن التأمين في حالة الوفاة، عقد يتهده بموجبه المؤمن بدفع مبلغ معين للمستفيد أو المستفيدين عند وفاة المؤمن له، مقابل قسط وحيد أو دوري.

- تأمين مدى الحياة.
- تأمين مؤقت على الوفاة.
- تأمين على البقاء.

2-1 تأمين مدى الحياة:

بمقتضاه يلتزم المؤمن بأن يدفع للمستفيد مبلغ التأمين في شكل رأس مال أو في شكل إيراد مرتب لمدى الحياة؛ وهذا بعد تحقق الخطر بوفاة المؤمن له، و هو يمثل نوعاً من الادخار يلجأ إليه رب الأسرة حتى يكفل لزوجته وأولاده بعد وفاته رأس مال أو إيراد دوري يجنبهم الفاقة.

و قد تتخذ هذه الصورة من التأمين على حياتين، و يتحقق ذلك عندما يؤمن الزوجان معا على حياتهما تأميناً متبادلاً بموجب وثيقة واحدة و عند وفاة أحدهما أو كلاهما يصب الريع إلى التركة، كما يمكن اكتتاب هذا النوع من التأمين على قاصر وهذا ما نصت عليه المادة 69 من قانون التأمين على أنه "يمكن أن يكتتب الزوجان تأميناً متبادلاً على كل واحد منهما بوثيقة واحدة، على أن يشترط دفع الريع إلى ذمة التركة يمكن إكتتاب التأمين على قاصر بلغ سن السادسة عشرة".

كما نصت المادة 71 من قانون التأمين على أنه: "في حالة وفاة المؤمن له، يصب مبلغ الأموال

المؤمن عليها والمنصوص عليها في العقد في ذمة التركة و يوزع طبقاً لقانون الأسرة".

2-2 تأمين مؤقت على الوفاة:

هو تأمين حياة شخص لمدة معينة تحدد بمقتضى العقد، وفي هذا النوع يتعهد المؤمن بدفع مبلغ معين في حالة وفاة المؤمن له خلال هذه المدة، و عند انتهائها دون وفاته ينتهي العقد وتبقى الأقساط المدفوعة من حق

المؤمن، و يبرم العقد عادة بأقساط سنوية، تزداد بزيادة خطر الوفاة، و يعتبر تعهد المؤمن في هذا النوع من التأمين تعهد مقترن بشرط واقف.

و قد أشارت المادة 59 من قانون التأمين القديم إلى هذا النوع من التأمين.¹

2-3 تأمين على البقاء

وهو عقد يلتزم المؤمن بمقتضاه بدفع مبلغ من المال على شكل رأس مال إذا توفي المؤمن على حياته، ويبقى المستفيد حيا، ويلجأ إليه من يريد كفالة شخص بحكم قرابته.²

3-التأمين المختلط:

هو عقد يلتزم المؤمن بموجبه في مقابل أقساط بأن يدفع مبلغ التأمين رأس مال وإيراد مرتبا إلى المستفيد إذا مات المؤمن على حياته في خلال مدة معينة أو إلى المؤمن على حياته نفسه إذا بقي حيا عند إنقضاء هذه المدة المعينة ومثال ذلك أن يؤمن الشخص على حياته لمدة عشرين سنة مثلا و يستحق مبلغ التأمين لو بقي طوال هذه المدة، فإن توفي قبلها آل المبلغ إلى مستفيد يعينه في العقد.

وعلى ذلك فالتأمين المختلط يجمع بين التأمين لحالة الوفاة إذا مات المؤمن على حياته في خلال المدة المعينة، وتأمين لحالة البقاء إذا بقي المؤمن على حياته حيا بعد إنقضاء هذه المدة، فهو ليس بتأمين واحد وإنما تأمينان يردان في وثيقة واحدة، ويجمع التأمين المختلط بين مزايا التأمين لحالة الوفاة والتأمين لحالة البقاء، ويتجنب عيوبهما ولذلك كان أكثر إنتشارا منهما وكان القسط فيه أعلى من القسط في كليهما.³

3-1 التأمين من الإصابات والحوادث الجسمية والمرض:

حسب المشرع الجزائري، " تهدف التأمينات من الحوادث الجسمية إلى ضمان تعويض في شكل رأسمال أو ريع للمؤمن له أو المستفيد في حالة وقوع حادث طارئ محدد في العقد؛

وهو التأمين الذي بمقتضاه يتعهد المؤمن مقابل الأقساط، بأن يدفع بصفة أساسية مبلغاً معيناً من المال، وذلك إذا لحقت المؤمن له خلال مدة التأمين إصابة بدنية، وبأن يرد بصفة ثانوية، مصروفات العلاج والأدوية كلها أو بعضها، وذلك إلى المؤمن له أو المستفيد في حالة وفاة المؤمن له.

¹ علي لكبير، محاضرة في التأمين على الحياة في التشريع الجزائري، ص 477.

² مشري راضية، محاضرة في قانون التأمين، ص 63.

³ قميري حبيلة وأوكيل نسيم، واقع تأمينات الأشخاص في الجزائر ر في ظل انتشار وباء كوفيد 19، مجلة الميادين الإقتصادية، جامعة بومرداس، ص 138.

ولكن العنصر الأساسي في التأمين من الحوادث والإصابات هو المبلغ الذي يدفعه المؤمن، وتعتبر مصروفات العلاج والأدوية عنصراً ثانوياً، لذلك يعتبر هذا التأمين تأميناً على الأشخاص قبل أن يكون تأميناً من الأضرار.

ولهذا يعتبر التأمين من الحوادث والإصابات على النحو السابق تأمين مركب لأنه يشتمل في آن واحد على تأمين على الأشخاص و تأمين من الأضرار.

فهو يعتبر تأميناً على الأشخاص فيما يتعلق بالمبلغ المحدد الذي يدفعه المؤمن، فهذا المبلغ يصبح مستحقاً بمجرد حدوث الإصابة بغض النظر عما إذا كان هناك ضرر أصاب المؤمن له من عدمه، أي أنه لا تنطبق على التأمين من الإصابات، فيما يتعلق بهذا الصفة التعويضية التي تكون للتأمين من الأضرار.

وهو يعتبر تأميناً من الأضرار فيما يتعلق بمصروفات العلاج والأدوية، وبالتالي فإن الصفة التعويضية التي تكون للتأمين من الأضرار تنطبق هنا.¹

¹ محمد دبوزين، مرجع سابق ص 05.

المبحث الثاني: ماهية التأمين الصحي

يقوم التأمين الصحي أساساً على مفهوم توزيع الخطر المتوقع الذي قد يواجهه الفرد، مما يؤدي إلى تخفيف الأعباء والتكاليف المترتبة عند معالجة الحالات المرضية التي يتعرض لها المؤمن لهم و هو ينقسم إلى قسمين إجباري و إختياري.

المطلب الأول: مفهوم التأمين الصحي

1- يعتبر التأمين الصحي فرعاً من فروع التأمين الاجتماعي، إذ تعرفه منظمة الصحة العالمية بأنه وسيلة يتم بها دفع بعض أو كل تكلفة الرعاية الصحية الواجبة للمريض المشترك في النظام حين يمرض، فهو يحمي المؤمن له من دفع التكلفة العالية للعلاج في أحوال المرض؛ وأساس التأمين الصحي هو قيام المشترك المؤمن له بدفع اشتراك منتظم لمؤسسة إدارية و هي الهيئة العامة للتأمين الصحي التي تُعد هي المسؤولة عن إدارة تلك المدفوعات داخل إطار نظام يقوم بدفع نفقات العلاج عنه حين يمرض

إلى مقدمي الخدمة الصحية، فالتأمين الصحي عبارة عن إتفاق بين طرفين يتحمل فيه الطرف الأول النفقات المترتبة على الخدمات العلاجية المقدمة للطرف الثاني (فرداً كان أو جماعة) مقابل مبلغ محدد، يتم دفعه جملة واحدة أو على هيئة أقساط.¹

2- ويعتبر التأمين الصحي آلية لضمان تمتع كافة المواطنين بخدمة الرعاية الصحية، ويكون ذلك عن طريق إنتهاج نظم إدارية واقتصادية وسياسية وأيضاً على حجم الميزانية المخصصة للرعاية الصحية، وبالإضافة للموارد المادية المعتمدة يجب الاعتماد أيضاً على الموارد البشرية المتكونة والمتخصصة في هذا المجال.²

3- لا يوجد نظام ضمان إجتماعي إلزامي يقوم بسداد التكاليف بالكامل (مصاريف الفحص، الأدوية، العلاج) وبالتالي فإن الاشتراك في التأمين الصحي التكميلي يسمح لك بتعويض أفضل عن نفقاتك الصحية، فالغرض منه هو تغطية كل أو جزء من النفقات الصحية التي لا يغطيها التأمين الصحي الإجباري.³

¹ بن زيدان فاطمة الزهراء وقطاب فالحة، محاضرة بعنوان واقع تسويق خدمات التأمين الصحي بالجزائر، جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف، ص 08.

² نوال مازيني، دور التأمين الصحي في تجسيد الحق في الصحة، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، جامعة يحي فارس المدية، ص442.

³ L'assurance pour les nuls, laurence de percine ,first editions page323.

المطلب الثاني : أنواع التأمين الصحي

يلعب التأمين الصحي دور في حماية الفرد باعتباره أهم عامل من العوامل الانتاجية، وهو ينقسم إلى: التأمين الصحي الحكومي تديره الدولة، التأمين الاختياري تابع للقطاع الخاص.

أولاً: التأمين الصحي الحكومي وهو الذي تُقدمه وتديره وزارة الصحة، ممثلة للدولة، ويتم تمويله من الدولة ويمكن تمويله من الرسوم والضرائب أو الاثنين معاً بالإضافة إلى مساهمة الدولة، ومنه فإن كل فرد يدفع ضريبة يحق له أن يحصل على خدمة الرعاية.¹

ثانياً: التأمين الصحي الخاص الاختياري وهو ينقسم بدوره إلى تأمين صحي تجاري و غير تجاري و ذلك حسب الجهة التي تقوم بتنفيذ وتمويل البرنامج؛

أ) التأمين الصحي التجاري:

هو عبارة عن عقد بين الشركة وهي المؤمن ومع المساهمين وهم المؤمن لهم، وتسعى الشركة المؤمنة لتحقيق الأرباح عن طريق الأموال المجمعة، ولكن قد يدفع المؤمن مبلغاً معيناً ويصيبه المرض وتكون تكاليف العلاج تفوق ما قدمه المؤمن له، ولكن أيضاً يمكن أن يدفع المؤمن له مبلغ لشركة التأمين ولكنه لا يصاب بأي مرض، فيبقى في هذه الحالة المبلغ المقدم من المؤمن له في حوزة الشركة ويصبح بمثابة ربحاً لها.²

ب) التأمين الصحي التعاوني:

1- 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. وأهو تعاقد عدة أشخاص فيما بينهم على جمع الاشتراكات في صندوق خاص، ويصرف من هذا الصندوق على من يصابهم المرض من الأعضاء ويعرف كل من المشتركين أنه لا يقصد من هذا التأمين أي ربح، إنما الغرض منه تغطية تكاليف العلاج لمن يصابهم المرض حسب مواصفات محددة، 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

¹ علي مظهر عبد المهدي، خدمات التأمين الصحي وأثرها في استدامة الموارد البشرية، مجلة دراسات محاسبية ومالية، العراق ص240.

² نوال مازيني، مرجع سابق ص443.

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.¹

المطلب الثالث : أهداف التأمين الصحي وخصائصه

وتهدف هذه الأنواع المختلفة من التأمين الصحي إلى حماية المؤمن لهم ضد المخاطر المختلفة وأهمها:

الفرع الأول: أهداف التأمين الصحي

أ- تأمين دخل العجز: ويقصد به هو التأمين ضد فقدان الدخل ويكون في حالة عدم قدرة المؤمن عليه العمل بسبب المرض أو الإصابة وتكون أهلية تحصيل الدفعات على أساس عدم القدرة على ممارسة العمل.

ب- تأمين التكلفة الطبية: يقدم هذا النوع من التأمين الصحي تكاليف الرعاية الطبية الناتجة عن الإصابة أو المرض ويشمل تكاليف الأطباء والمستشفيات وخدمات التمريض والخدمات الصحية الأخرى وبالإضافة إلى الأدوية والتجهيزات الطبية.

وقد يكون التعويض مباشر للتكاليف وإما لمقدم الخدمة أو للمؤمن له أو بدفع مبالغ نقدية محددة أو بتوفير الخدمات المباشرة ويقسم هذا النوع من التأمين إلى أربعة أنواع:

- تغطية تكاليف المستشفى.

- تكلفة الجراحة.

- تكاليف الخدمات الطبية العادية

- التكاليف الطبية الكبرى.²

الفرع الثاني: خصائص التأمين الصحي

التأمين الصحي هو عبارة عن خطة صحية شاملة توفر تغطية كبيرة لمجموعة واسعة من خدمات الرعاية الصحية، مثل زيارة الطبيب وحالات الطوارئ والعمليات وما نحو ذلك، وعادة ما يكون التأمين الصحي الشامل أكثر تكلفة مقارنة مع باقي أنواع التأمين الأخرى، إلا أنه يوفر تغطية صحية و رعاية طبية أوسع وأشمل، و فيما يأتي أبرز مميزاته.³

- الحماية الشاملة.

¹ محمد لمين مراكشي، ترقية خدمات التأمين الصحي في الجزائر، مجلة الاقتصاد الجديد سبتمبر 2013 ص 271.

² نوال مازيغي، مرجع سابق ص 444.

³ <https://mawdoo3.com.21.04.2022/13.16>

التأمين الصحي الشامل يغطي جميع أنواع الأمراض الصحية وأكبر الحالات وأخطرها مثل السرطان وأمراض القلب.

- شمول الحالات المعروفة والغير معروفة

قد تحدث حالات معقدة غير متوقعة أو لم تعرف من قبل مثل جائحة كورونا أو انفلونزا الخنازير أو أي جائحة من شأنها التأثير على الصحة العالمية و تهديد الوجود البشري، فإنه يتم تلقائيا تغطية مثل هكذا حالات بموجب التأمين الصحي الشامل.

- تغطية كافة النفقات الطبية

يتم تغطية جميع النفقات الطبية الممكنة مثل حالات الطوارئ وسيارة الإسعاف وزيارة الطبيب ومراجعة العيادات الخارجية وإجراء الفحوصات والتحليل والصور وصرف الأدوية وإجراء عمليات جراحية والرعاية الطبية بعد العلاج مثل العلاج الفيزيائي.

- إنعدام المطالبة المالية:

إلغاء التطرق لتعبئة إستثمارات ونماذج التأمين من أجل إرسالها لشركة التأمين وانتظار الرد بالقبول حتى يتسنى للمريض البدء بمرحلة علاجه، إذ أنه من لحظة استلام القبول يتم الاهتمام بشأن الأمور المالية بدون أي قلق اتجاه ذلك.

- شبكة مستشفيات واسعة النطاق:

يكون عدد وحجم المستشفيات المشمولة في عقد التأمين أكبر، وذلك يساعد في توفير الوقت والجهد والتكلفة.

- الاستشفاء المنزلي:

حيث يتم تغطية العلاج في المنزل كما لو أنه في المستشفى، في حالة لم يتمكن المريض من القدوم للمستشفى أو كان ينصح باستمرار علاج المريض في منزله كما هو الحال في فترة جائحة كورونا.

- البديل النقدي للمستشفى:

إذ يحصل المستشفى على مبالغ معينة خاصة بالأمور الإضافية التي من شأنها تقديم جميع سبل الراحة للمريض المؤمن له تأمين صحي شامل، حيث أن تلك البدلات المالية التي يتلقاها المستشفى حتى يتسنى له الاهتمام بالمصروفات اثناء فترة استشفاء المريض، مثل توفير مبيت المرافقة وطعامه و خدمته على أكمل وجه.

- رعاية وقائية مجانية:

يحصل المؤمن عليه على فحوصات صحية مجانية دورية حتى يبقى المريض على اطلاع مستمر بصحته وتقادي اي مشاكل غير ظاهرة.

- تغطية الحوادث الشخصية:

حيث يدفع التأمين و يعوض في حالات وقوع حادث مفاجئ مميت، إذ يتم تأمين أفراد العائلة المتوفي من الناحية المادية.

المبحث الثالث : فوائد التأمين الصحي وبرامج تمويله

يمثل التأمين الصحي أهمية بالغة في حياة الأفراد وهو حل لكثير من المشاكل الصحية كما أنه له فائدة لكافة الأطراف ابتداء من المواطن المؤمن له مروراً بجهات العمل وأخيراً بمقدمي الخدمات الصحية.

المطلب الأول : فوائد التأمين الصحي ودوره اجتماعيا واقتصاديا

يتمثل التأمين الصحي في أنه أحد أنواع التأمين ضد مخاطر الظروف الصحية لدى الفرد، ويشمل تكاليف فحصه وتشخيصه وعلاجه، و دعمه النفسي والجسدي ومنه فهو يتمثل في العديد من الفوائد نتطرق إليها فيما يلي:

الفرع الأول: فوائد التأمين الصحي على المجتمع

أولاً : تحقيق الأمان الاجتماعي

يحقق التأمين الصحي وبشكل كبير الاستقرار النفسي والاجتماعي والاقتصادي لفئات العمال والموظفين وهذا عن طريق توفير الأموال للعلاج، وبالتالي المساهمة في التمتع الفعلي بحقهم في الصحة وأيضاً القدرة على العمل والتعلم مما سوف يحسن في المستوى المعيشي للأفراد وأيضاً المساهمة في زيادة الإنتاج وتوفير أموال طائلة على الحكومة عند إرتفاع المستوى الصحي للفرد والمجتمع.

ثانياً: دوره في الوقاية

إن الوقاية من الأمراض من أهم الاستراتيجيات التي تقوم عليها الأنظمة الصحية للمحافظة على صحة الفرد والمجتمع، وتبذل الدول والمنظمات الدولية المتخصصة في مجال الصحة كمنظمة الصحة العالمية جهوداً حثيثة في مجال الوقاية من الأمراض، كحملات التوعية وتقديم اللقاحات الضرورية.

فالتأمين الصحي يهتم بالصحة الوقائية من خلال الإهتمام بالعلاج المبكر من أجل رفع المستوى الصحي للأفراد و تجنب النفقات الباهظة.

الفرع الثاني : فوائد التأمين الصحي على أطرافه

للتأمين الصحي فوائد متعددة على أطرافه ابتداءً بالمواطن المؤمن له، وأيضاً له فائدة على جهات العمل وعلى مقدمي الخدمات

أولاً: فوائد التأمين بالنسبة للمؤمن له (سواء كان موظفاً أو طالباً أو غير ذلك لكل إنسان الحق في الاحتفاظ بمستوى صحي يضمن من خلاله السير الطبيعي لأعضاء جسمه وأداء وظائفها، فالإصابة بالمرض تؤدي

لإضعاف مقاومة أجهزة الجسم وسواء كان هذا الاعتلال دائما لا يمكن شفاؤه أو مؤقتا قابلا للشفاء، ولكي يكون الفعل ماسا بسلامة الجسم يجب أن يترتب عليه انخفاضاً في المستوى الصحي.

يشكل الحق في العلاج أهم مقومات الحق في أعلى مستوى من الصحة وهو أحد حقوق الإنسان

الأساسية، فإصابة الشخص بالمرض أو إصابته بحادث أو لديه عيب خلقي فهو بحاجة إلى العلاج من أجل تقادي تفاقم وضعه الصحي وأيضا من أجل تجنب مضاعفات خطيرة قد تهدد حياة المريض، فتوافر الرعاية الطبية المناسبة في الوقت والزمان مع توفر الطاقم الطبي للفحص وطبعا توفر الدواء وإمكانية الحصول عليه، كل هذه الأمور تساعد الفرد على تحسين وضعه الصحي ورجوعه إلى حياته الطبيعية

ووصوله من جديد إلى التمتع بحقه في أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، ويضم الحق في العلاج مجموع الخدمات الطبية والصحية التي تقدمها الدولة للمرضى دون تمييز، عن طريق توفير المستشفيات والمؤسسات العلاجية والوحدات الصحية مع توفير أطباء متخصصين وممرضين وصيادلة من أجل تقديم الخدمات الطبية.

فالتأمين الصحي يقوم بتوفير تكاليف العلاج والأدوية وتقديم الخدمات الطبية للمؤمن عليهم الذين يعجزون عن تسديد تكاليف العلاج أو الحصول على الخدمات الطبية، وحتى أصحاب الدخل المحدود وأيضا أصحاب المستوى المعيشي المرتفع يستفيدون من هذه الخدمات بما أنهم يسددون اشتراكاتهم بانتظام، لذلك فنظام التأمين الصحي يساهم في التمتع الفعلي بالحق في الصحة.¹

ومنه يقدم للمؤمن له منافع وخدمات العناية الطبية وما يتعلق بها من نفقات وذلك بموجب نطاق التغطيات المتفق عليها والتي تكون بالأشكال التالية:²

- التغطية داخل المستشفى وتشمل أجور الإقامة، الأطباء، العمليات الجراحية، أتعاب الجراحين، الحالات الطارئة بالإضافة إلى مصروفات العناية المركزة، الأدوية، التحاليل، الأشعة.
- تكاليف العيادات الخارجية وتشمل أجور الفحص الطبي، تحاليل، أشعة، أدوية، إستشارات طبية
- تكاليف علاج الأسنان، النظارات الطبية، تكاليف المتابعة للحمل والولادة للسيدات
- تغطيات العلاجات خارج المستشفى وتشمل زيارة الطبيب والأدوية والفحوصات
- التغطية الشاملة وتشمل نفقات المعالجة داخل وخارج المستشفى.

¹نوال مازيغي، مرجع سابق ص444.

² عز الدين فلاح، التأمين مبادئه، أنواعه، دار أسامة للنشر والتوزيع، ص 93.

المطلب الثاني: برامج التأمين الصحي

تختلف برامج التأمين الصحي من دولة لأخرى إلا أن الأنواع الرئيسية يمكن حصرها فيما يلي:¹

1- الرسوم مقابل الخدمة

يعتمد هذا الأسلوب على أن يدفع المريض رسوما على الخدمات التي يتلقاها من المنشآت الصحية، و فيما يوفر هذا الأسلوب الحوافز الإنتاجية المرتفعة إلا أنه يؤدي إلى التضخم والتوسع في استخدام الاجراءات ذات المنفعة الهامشية المنخفضة مقابل التكلفة.

2- الخدمات الصحية الوطنية

تقدم العديد من الدول الخدمات الصحية الوطنية التي تقدم الدولة من خلاله الخدمات الصحية لجميع أفراد و شرائح المجتمع حسب الاحتياج الصحي و بغض النظر على القدرة على الدفع.

و يوفر هذا النظام جميع الخدمات الوقائية والعلاجية بما فيها الأدوية و خدمات الأسنان والولادة و رعاية الأمومة والطفولة و التنويم والصحة النفسية من خلال مرافق تتبع للدولة و بواسطة قوى عاملة صحية موظفة بها و يدفع لها مرتبات شهرية، و يمول النظام من خلال الضرائب العامة.

3- التأمين الصحي الإجتماعي:

وهو تأمين إجباري بحكم القانون، قد ينفذ من خلال هيئة مركزية واحدة تتبعها هيئات فرعية، أو من خلال أكثر من هيئة للتأمين الصحي، ولكل منها فروع تنتشر جغرافيا لتغطي بالخدمة التأمينية فئة متجانسة من الأفراد و تقدم خدماتها بإحدى الطرق الآتية:

أ) تقديم الخدمات من قبل مستشفيات تابعة للدولة.

ب) تقديم الخدمات من قبل القطاع الخاص بالتعاقد مع الدولة.

4- التأمين الصحي الخاص:

1- تعاقد أرباب العمل أو الأفراد أو كليهما معا مع شركات التأمين الخاصة والتي تقوم بدورها بالتعاقد مع مجموعة من المنشآت الصحية والأطباء لتقديم الخدمات الصحية للمستفيدين الذين تم تحصيل اشتراكات سنوية أو شهرية منهم ظهير ذلك.

و تقوم شركات التأمين بسداد المطالبات المالية للمنشآت الصحية والأطباء وفا لنصوص العقود بينهم.

¹حربي محمد عريقات وسعيد جمعة عقل، التأمين وإدارة الخطر، دار وائل للنشر، الطبعة الثانية 2010، ص 373.

2- تكوين منظمات محلية للحفاظ على الصحة:

تملك كل منها أو تتعاقد مع مجموعة من المنشآت الصحية والأطباء لتقديم حزمة شاملة من خدمات التأمين الصحي للمستفيدين مقابل إشتراك سنوي أو شهري، وبذلك يتم ضمان تكامل الخدمات وجودتها وكفاءة إستخدامها من خلال إتباع نظام للتحويل بين المستويات المختلفة للخدمة وفقا للحاجة الفعلية للمريض مع رقابة إستخدام هذه الخدمات.

3- برامج الرعاية الصحية وإدارتها اقتصاديا وتشمل على:

أ. منظمات الحفاظ على الصحة: خدمة تأمينية توفر من خلالها المنظمات الصحية المشاركة خدمات شاملة للمشاركين، مقابل أقساط اشتراك سنوية محددة مسبقا، و قد اثبتت فعاليتها في ضبط التزايد المطرد في أسعار الخدمات الصحية مقارنة بالطرق التقليدية للدفع في توفير نتائج صحية مماثلة، و توصلت هذه المنظمات إلى تخفيض تكلفة الرعاية الصحية من خلال الحد من خدمات التمويل ومن تقليص فترة الإقامة في المستشفى دون التأثير على جودة الرعاية الصحية المقدمة.

ب. منظمات الرعاية الصحية المفضلة: خطة تأمينية تمنح للمشاركين من مجموعة كبيرة مثل النقابات العمالية و مجموعات الموظفين، الفرصة لاختيار بين عدد محدد من مقدمي الخدمة الذين يتم التفاوض معهم على تقديم الخدمات الصحية بأسعار منخفضة، ويكون الدفع في مقابل الخدمة المقدمة، مع وضع ضوابط لتقليل النفقات، و تكون الأسعار أقل في حالة مراجعة المرضى للأطباء والمستشفيات المحددة،

و يفضل الموظفون الاشتراك في مثل هذه المنظمات، لأنها أكثر مرونة وأقل تقيدا من منظمات الحفاظ على الصحة، كما يفضلها أرباب العمل.

خاتمة الفصل

توصلنا من خلال هذا الفصل إلى إبراز أهم المفاهيم المتعلقة بالتأمين على الأشخاص، ومجموعة المخاطر التي يغطيها هذا النوع من التأمين حسب القوانين المعمول بها، والتي تمس الفرد في شخصه

وكذلك أهم الأسس التي تميزه عن باقي التأمينات ، وكذلك تطرقنا من خلال هذا الفصل إلى التأمين الصحي الذي يهتم أيضا بصحة الفرد وإبراز أهميته باعتباره الية لضمان تمتع كافة المواطنين بخدمة الرعاية الصحية ؛ ومنه توصلنا للنتائج التالية:

- التأمين على الأشخاص يكون موضوعه شخص المؤمن له.
- يهدف إلى تغطية مجموعة من الأخطار كالوفاة، العجز، المرض... الخ
- التأمين الصحي يكفل الرعاية الصحية للفرد ويختلف مسيريه باختلاف أنواعه، يهدف إلى تغطية العديد من الأخطار وكذلك تحقيق فوائد إقتصادية وإجتماعية.

الفصل

الثاني

تمهيد

يعد سوق التأمين على الأشخاص من أهم الأسواق التي تركز الدولة وتعمل على تطويرها وتنظيمها لضمان توفير رعاية صحية أكثر لأفراد المجتمع، حيث شهدت تحسنا ملحوظا مقارنة بالسنوات السابقة وذلك من خلال العديد من السياسات والإصلاحات التي شهدها القطاع.

المبحث الأول: سوق التأمين على الأشخاص في الجزائر

تميزت منشآت التأمين مؤخرا بالانتشار الواسع في جميع أنحاء العالم و تزداد هذه الأهمية بما يكون عليه السوق الاقتصادي من نمو، ومن بين أهم هذه المنشآت سوق التأمين الصحي في الجزائر، الذي شهد بدوره تطورا ملحوظا مقارنة بالسنوات الماضية، و ذلك من خلال عدة سياسات وتدابير قامت الدولة الجزائرية بالقيام بها من أجل النهوض بهذا القطاع كذلك تخصص عدة شركات كل واحدة في مجال محدد.

المطلب الأول: الإصلاحات القانونية لقطاع التأمين

شهد قطاع التأمين في الجزائر منذ نشأته وإلى غاية يومنا هذا مجموعة كبيرة من عمليات الإصلاح وإعادة الهيكلة، فقد كانت أولى لبداية الإصلاح سنة 1963 والتي هدفت إلى إسترجاع الجزائر سلطتها على القطاع بعد الفترة الإستعمارية من خلال إنشاء مجموعة من الشركات الوطنية للتأمين وإعادة التأمين، ثم تبع ذلك بإصلاح ثاني سنة 1966 من خلال المرسوم 66 / 127 الذي وضع حدا لإستغلال القطاع من طرف الشركات الأجنبية وأقر مبدأ التأمين كما شدد على مبدأ التخصص في إنتاج وتسويق منتجات محددة لكل شركة، وقد إستمر العمل بهذا المرسوم إلى غاية سنة 1988 والذي شهد عملية إعادة هيكلة وإصلاح جديد بصدر القانون 88 / 01 الذي ألغى مبدأ التخصص ورفع الاحتكار والذي جاء تماشيا مع التوجه الإقتصادي الجديد للدولة في تلك الفترة من خلال الانتقال من الإقتصاد الموجه إلى الإقتصاد الحر. لكن هذا القانون لم يحقق النتائج المرجوة منه وهو دفع السلطات القائمة على القطاع إلى إصدار الأمر 95 / 07 في 25 جانفي 1995 والذي منح مزيدا من الحرية للشركات الخاصة والأجنبية الراغبة في الإستثمار في قطاع التأمين الجزائري، كما أنه خلق عدة هيئات رقابية وإشرافيه كخطوة محفزة للعاملين في القطاع.

وقد شهد العالم في هذه الفترة طفرة نوعية في الإهتمام بقطاع التأمين، أين تزامنت هذه الفترة في الجزائرية مع أوضاع إقتصادية وإجتماعية صعبة وهو ما أخر ظهور نتائج هذه الإصلاحات، حيث أن عدد الشركات الخاصة التي طلبت منح إعتماد لممارسة نشاط التأمين في تلك الفترة كان 3 شركات فقط، إذ عرف قطاع التأمين ركودا كبيرا في هذه الفترة في الوقت الذي كان العالم يشهد نموا كبيرا جدا، وتماشيا مع التطورات الدولية الحاصلة في مجال التأمين ومواكبة لها، سارع المشرع بإصدار القانون 06 - 04 الصادر في 20

الفصل الثاني: دراسة مكانة سوق التأمين الصحي الاختياري ضمن سوق التأمين الجزائري

فيفري 2006 والذي جاء معدلا ومتمما لأحكام الأمر 95 - 07 المتعلق بالتأمينات والذي يهدف إلى تفعيل نشاط التأمين وتحسين نوعية خدماته من خلال:

- تفعيل نشاط التأمين وتحسين نوعية خدماته؛

- تحقيق الأمن المالي للشركات؛

- إعادة تنظيم عملية الرقابة على نشاط التأمين؛

- دعم الحكم الراشد لشركات التأمين؛

- تسريع عملية تحرير السوق أمام شركات التأمين الأجنبية؛

- تنويع قنوات التوزيع؛

ولتحقيق هدف تفعيل نشاط التأمين وتحسين نوعية خدماته فقد أكد المشرع على ضرورة الفصل بين نشاطي التأمين على الأشخاص والتأمين على الممتلكات ابتداء من سنة 2010 ، وهو ما كان سببا في ظهور عدة شركات متخصصة في تسويق منتجات التأمين على الأشخاص والتي وصل عددها إلى شركتين عموميتين وشركة تعاونية وثلاث شركات UAR 2020 هذا إلى جانب 8 شركات من بينها مختطة لشركات ناشطة (عمومية-خاصة) وشركتين خاصتين، يمثل أغلبها فروع.¹

المطلب الثاني : هيكل سوق التأمين على الأشخاص في الجزائر

يشير هيكل سوق التأمين على الأشخاص في الجزائر إلى طبيعة الشركات والمنتجات باختلافها وكذلك طابع المنافسة الذي يميز السوق، ومنه فهو يتكون من 8 شركات ناشطة وهي تتمثل في:

- شركة CAARAMA للتأمينات: هي فرع للشركة الجزائرية للتأمين وإعادة التأمين CAAR

متخصصة في ممارسة أنشطة التأمين ضد الحوادث الفردية، التأمين الفردي للسفر، المساعدة في الخارج، التأمين المؤقت في حالة الوفاة لضمان القروض.

- شركة كارديف الجزائر CARDIF ELDJAZAIR هي شركة تابعة للبنك الفرنسي الناشط في

الجزائر PNB PARIBAS تم إستحداث الشركة ابتداء من 2006 بموجب المرسوم الصادر بتاريخ

11 أكتوبر 2006، لممارسة نشاط بيع منتجات التأمين على الأشخاص.

¹ نبيل قبلي، مرجع سبق ذكره، ص 202.

الفصل الثاني: دراسة مكانة سوق التأمين الصحي الاختياري ضمن سوق التأمين الجزائري

- شركة TALA تالة Taamine life Alger : هي فرع للشركة الجزائرية للتأمين الشامل CAAT مختصة في التأمين على الأشخاص، تم إنشاؤها بموجب المرسوم الوزاري المؤرخ في 09 مارس 2011.
- شركة أمانة للتأمين على الأشخاص Amana Assurance vie - تبعا للتقارب الإستراتيجي بين شركة MACIF والشركة الوطنية للتأمين SAA سنة 2008، قررت الشركتان خلق شركة مختصة في التأمين على الأشخاص، وإنظم إليها كل من بنك الفلاحة والتنمية الريفية BADR وبنك التنمية المحلية BDL وأعلن عن إنطلاق النشاط الفعلي لهذه الشركة في 01 جويلية 2011.
- شركة MACIRVIE : هي فرع للشركة الدولية للتأمين وإعادة التأمين CIAR تم إنشاؤها بتاريخ 11 أوت 2011 لممارسة مختلف الأنشطة المتعلقة بالتأمين على الأشخاص مثلما يبينه المرسوم الوزاري الصادر بنفس التاريخ والمتعلق باعتماد الشركة MACIRVIE.
- شركة AXA للتأمين على الأشخاص: تم إعتماها بموجب المرسوم الوزاري بتاريخ 02 نوفمبر 2011 الصادر بالجريدة الرسمية رقم 21 بتاريخ 11 أفريل 2012، لممارسة أنشطة التأمين على الأشخاص حسب ما ينص عليه القانون 04/06 المعدل والمتمم للأمر 07/95 المتعلق بالتأمين.
- شركة LE MUTALISTE : تم إعتماها بموجب المرسوم الوزاري الصادر بتاريخ 05 جانفي 2012، لممارسة مختلف أنشطة التأمين على الأشخاص كالحوادث والأمراض، الحياة والوفاة وهي فرع التأمين للصندوق الوطني للتعاوض الفلاحي CRMA على الأشخاص.
- شركة الجزائرية للحياة Algerien gulf life هي عبارة عن شركة ذات أسهم إعتمدت بموجب المرسوم الوزاري رقم 45 المؤرخ في 20 فيفري 2015 لممارسة مختلف أنشطة التأمين على الأشخاص.¹

¹ نبيل قبلي، مرجع سبق ذكره، ص 202.

الفصل الثاني: دراسة مكانة سوق التأمين الصحي الاختياري ضمن سوق التأمين الجزائري

المطلب الثالث : سوق التأمين الصحي الاختياري

يعتبر قطاع التأمين في من أهم القطاعات الممولة للإقتصاد و المحركة لعجلة الإستثمار في الدول المتقدمة، نظرا لقدرته على جذب رؤوس أموال ضخمة أساسها القدرة على تحقيق رضا الزبون و توفير خدمات متميزة في ظل توفر بيئة تنافسية، عكسه ما يحدث في الجزائر فالكل يشتكي من سوء تسير القطاع و عدم القدرة على إستغلاله كما ينبغي،

يحتوي سوق التأمين الجزائري على 24 مؤسسة تأمين حسب اخر إحصائية للمجلس الوطني للتأمينات وهي تمثل جانب العرض لهذا السوق، أما الطلب فيتمثل في مساهمة هذا القطاع في الناتج المحلي الإجمالي بطبيعة الحال رؤوس الأموال المحصلة من القطاع التي لابد توجيهها نحو الإستثمار وتمويل الإقتصاد الوطني.

حيث بلغ إنتاج سوق التأمين وسوق تأمين الأشخاص بصفة عامة وسوق التأمين الصحي بصفة خاصة، خلال الست سنوات الأخيرة كما هو موضح في الجداول التالية:

جدول 01: يمثل إنتاج سوق التأمينات الشخصية

السنوات الفرع	2015	2016	2017	2018	2019	2020
السوق المباشرة 2	129118	130653	134970	135298	146259	137556
تأمينات الأشخاص 1	10316	11461	13253	13016	14118	12007
%النسبة المئوية 1من 2	7.99	8.77	9.81	9.33	9.65	8.72

المصدر: من إعداد الطالبتين بناء على معطيات المجلس الوطني للتأمينات

جدول 02: يمثل إنتاج التأمين الصحي

السنوات الأنواع	2015	2016	2017	2018	2019	2020
المرض	79	85	95	95	105	717
السفر	2903	2895	2910	2834	2531	724
المعاش الجماعي	2790	3332	3491	3762	4204	3568
التأمين الصحي	5772	6312	6496	6691	6840	5009

المصدر: من إعداد الطالبتين بناء على معطيات المجلس الوطني للتأمينات

الفصل الثاني: دراسة مكانة سوق التأمين الصحي الاختياري ضمن سوق التأمين الجزائري

جدول 03: يوضح نسب تطور تأمينات الاشخاص وكذا تطور التأمين الصحي

السنوات نسبة النمو	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
نمو السوق %	1.2	3.3	0.24	8.10	-5.9
نمو تأمينات الاشخاص %	11.1	15.6	-1.8	8.46	-14.9
نسبة نمو التأمين الصحي %	9.35	2.91	3	2.22	-26.76

المصدر: من إعداد الطالبتين بناء على معطيات المجلس الوطني للتأمينات

بالرغم من دعم قطاع التأمين من طرف السلطات في إطار تشريعي يسمح بتفعيل دور القطاع في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، من خلال قوانين وأوامر تسعى لتطوير تأمينات الأشخاص لتعميم تدعيم التأمين الجماعي وغيرها من الأهداف، إلا أن قطاع التأمين لا يزال يعاني من نقص إستغلال الفرص الموجودة فيه وهذا يظهر جليا في نسب تطوره خلال السنوات الست الأخيرة، خاصة سوق تأمينات الأشخاص بصفة عامة وسوق التأمين الصحي بصفة خاصة.

المبحث الثاني: خدمات التأمين الصحي في الجزائر

مر تطور التأمين الصحي في الجزائر بعدة مراحل إبتداء من 1962 إلى غاية يومنا هذا حيث شهد وضعية متدهورة للسكان بعد الاستقلال وكذلك ميز تلك السنوات نقص فادح في المرافق الصحية إلى سنة 1988 حيث بدأ الإنتعاش نوعا ما بسبب تجسيد الدولة لشعار حق الصحة لجميع المواطنين، ما أدى بالجزائر إلى وضع برامج حكومية لتحسين نظام الخدمات الصحية.¹

المطلب الأول: مراحل تطور نظام التأمين الصحي في الجزائر

1- الفترة 1962 - 1974: كانت الوضعية الصحية للسكان بعد الاستقلال متدهورة بسبب السياسة الاستعمارية في هذا المجال، حيث كانت المرافق الصحية، وعدد المستخدمين محدودا جدا ومركزا في المناطق والمدن الكبيرة، يمكن تقسيم النظام الصحي المعتمد آنذاك إلى:

- المستشفيات التابعة للدولة.
 - مصحات خاصة يملكها الأفراد.
 - كانت المراكز و المستوصفات الصحية تدار من قبل البلديات وقد ألحقت بالمستشفيات بين عامي 1967-1968.
 - كانت لقطاعات النشاط و بعض المؤسسات مراكزها الخاصة، مثل قطاع الفلاحة، سوناطراك والسكك الحديدية.
 - كانت المستشفيات مؤسسات تتمتع بشخصيتها المعنوية و الاستقلال المالي.
- كان نظام التشغيل مبنيا على لجنيتين طبييتين واحدة إستشارية طبية والأخرى إدارية تداولية، مع

التحديد الدقيق لصلاحيات كل منها، يشترك ممثلو صناديق الضمان الاجتماعي والسكان في اللجنة الإدارية لم يكن هدف هذه المؤسسات الربح 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، إنشاء المصالح، شراء التجهيزات) مكنت الاستقلالية الحقيقية التي كانت تتمتع بها هذه المؤسسات استخدام أطباء متعاقدين بجانب الأطباء الدائمين، وكان الأطباء الخواص يعملون في المستشفيات بانتظام من أجل التكفل بالمرضى والطلبة، مما أدى إلى سهولة التسيير والتنظيم.

¹ محمد مراكشي، مرجع سابق ص 272.

الفصل الثاني: دراسة مكانة سوق التأمين الصحي الاختياري ضمن سوق التأمين الجزائري

2- الفترة 1974-1988: نظرا للوضعية الصحية المتدهورة للسكان تم الإعلان عن سياسة الطب المجاني؛ في جانفي 1974 من أجل تجسيد شعار حق الصحة لجميع المواطنين مهما كان دخلهم ووضعتهم الإجتماعية، سجل خلال هذه الفترة تطورا فيما يخص المنشآت القاعدية وعدد المستخدمين و هذا بفصل الإستثمارات المرتفعة التي تحملها الدولة، حيث إرتفع عدد الأسرة من 42450 سرير عام 1973 إلى 62500 عام 1987، إرتفع عدد المراكز الصحية من 558 عام 1974 إلى 1174 عام 1986، تطور المستخدمين في قطاع الصحة من 57872 عامل إلى 124728 عام 1987، طبيب لكل 1124 نسمة.

إنعكس ذلك إيجابيا على الوضع الصحي للبلاد، حيث إرتفع أمل الحياة من 51 سنة عام 1965 الى 65 عام سنة 1987، بالإضافة إلى إنخفاض معدل وفيات الرضع وإنخفاض حدة الأمراض المعدية. أما بالنسبة للجانب التشغيلي، أصبحت الدولة وصناديق الضمان الإجتماعي تتحمل كل نفقات الصحة، حيث ساعد إرتفاع سعر النفط في هذه الفترة على ذلك. عرفت هذه المرحلة بالمركزية المفرطة في التسيير، حيث إقتصرت دور المسير على تنفيذ الميزانيات لا غير، حيث لا يمكن تحويل بعض الإعتمادات المالية من عنوان لآخر، رغم الحاجة الملحة إلا بالرجوع إلى السلطة الوصية، حيث لم تترك أي مبادرة للمدير للتكيف مع الظروف و المستجدات، و صعوبة التعامل مع المؤسسات الخاصة، وبعض المؤسسات العمومية التي ترفض إستخدام الإذن بالطلب.

لم يعد باستطاعة المؤسسات الصحية إستخدام 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 معدات وتجهيزات طبية بها 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 إنعكس ذلك على حل مشاكل الصحة للمواطنين، وهجرة هياكل العلاج القاعدية، وإكتظاظ الهياكل الثقيلة مثل المراكز الإستشفائية الجامعية، والتي من المفروض أن تقدم العلاج المتخصص، كما أن تكاليف التشغيل عرفت تضخما كبيرا، ونوعية العلاج لم تتوقف عن التدهور.

3- الفترة من 1988 إلى وقتنا الحالي: أدخل إنخفاض سعر النفط سنة 1986 البلاد في أزمة اقتصادية حادة، فظهر عيب الأسلوب التنموي المتبع، أزمة تراكم انتاجي، ضعف أداء الاقتصاد الوطني نتيجة إعتماده على قطاع المحروقات، البطالة الخ مما إنعكس على شروط تمويل وإعادة انتاج وتسيير النظام الصحي الوطني وزاد من صعوباته الذاتية.

إن الإصلاحات منذ 1988، والأوضاع التي عرفها الإقتصاد 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، إنتهاء إحتكار الدولة للتجارة الخارجية وبالتالي

الفصل الثاني: دراسة مكانة سوق التأمين الصحي الاختياري ضمن سوق التأمين الجزائري

المؤسسات الصيدلانية لإستيراد الأدوية إلى جانب مشكل إنخفاض العائدات من العملة الصعبة التي هل تستعمل لإستيراد سلعة نهائية أو إنتاجية أوسيطه.

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 غياب أدوات قانونية تمكنه من التكيف مع قواعد جديدة للعب و تسهيل مدخلاته فيما يخص المشتريات والتموين، هذا إلى جانب عدم قدرة الدولة على تمويل نفقات الصحة المتزايدة وإلى تسجيل عجز الحماية الإجتماعية، فطرح مشكل إرتفاع نفقات الصحة ونموها غير المتحكم فيه ومشكلة تسيير المؤسسات الصحية التي تكون النظام الصحي الجزائري.

المطلب الثاني: برامج الحكومة لتحسين نظام الخدمات الصحية

إن الإصلاحات التي باشرتها الجزائر خلال العشرية الأخيرة في مجال الصحة تركز بالخصوص على

قطاع التأمين الصحي حيث إستفاد هذا الأخير من برنامج خاص يهدف إلى تحسين نوعية الأداءات والعصرنة 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 وإستحداث وسيلة جديدة للدفع ألا وهي بطاقة الشفاء.

1- 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 إجتماعيا 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 إجتماعيا وذوي حقوقه الذين تثبت إصابتهم بعلة مزمنة بالحصول على المنتجات الصيدلانية التي تتضمنها قائمة الأدوية التي يتم تعويضها من طرف صندوق الضمان الإجتماعي والتي حددت بموجب القانون والتي قام بوصفها الطبيب المعالج أو طبيب الأسنان أو القابلة كل حسب الإختصاص وتكون نسبة التكفل كما يلي:

• نسبة 100%

- إذا كان المؤمن له أو ذوي حقوقه مصابون بأحد الأمراض المزمنة
- إذا كان المؤمن له أو ذوي حقوقه يستفيدون من ريع 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%

- الحالات الأخرى تدفع مباشرة إلى الصيدلي نسبة 20 % من المبلغ
- يدفع المؤمن له مباشرة إلى الصيدلي مبلغ المنتجات التي لا توجد في القائمة والتي لا تعوض من طرف الضمان الإجتماعي.
- إذا كان المؤمن له منتسبا إلى تعاضديه متعاقدة مع الصندوق الوطني للعمال الأجراء فهي تتحمل دفع تذاكر التخفيض التي تمثل: نسبة 20 % الفارق، كي يصبح سعر الدواء يساوي نسبة 100%.
- في إطار تعميم نظام الدفع من قبل الغير فانه لم يقتصر فقط على تعويض المواد والمنتجات الصيدلانية فقط بل تعداها إلى التعاقد مع الأطباء والصيدالة ومؤسسات العلاج وكذلك توسيع الإتفاقيات لتشمل مؤسسات توزيع الأعضاء الإصطناعية و النظارات الطبية ومؤسسات النقل الاستشفائية الخاصة وكذلك مخابر التحاليل البيولوجية، والشكل التالي يوضح أهم التعاقدات التي يقوم الضمان الإجتماعي في إطار تعميم نظام الدفع من قبل الغير.

2- التعاقد مع القطاع الصحي:

التعاقد مع القطاع الصحي: هو نظام قائم على إتفاقيات بين هيئة الضمان الإجتماعي ومختلف مؤسسات القطاع الصحي من عيادات و مستشفيات متخصصة، ومؤسسات النقل الإستشفائي الخاصة، كذلك التعاقد مع الطبيب المعالج ومؤسسات توزيع الأعضاء الإصطناعية ومخابر التحاليل الطبية. أو هو وصل هيئة الضمان

الفصل الثاني: دراسة مكانة سوق التأمين الصحي الاختياري ضمن سوق التأمين الجزائري

الإجتماعي بمختلف مؤسسات القطاع الصحي بغرض توفير حماية صحية للمؤمن له إجتماعيا، دون دفع مسبق للتكاليف، حسب الإتفاقيات التي أبرمتها هذه المؤسسات مع هيئة الضمان الاجتماعي.

- **أشكال التعاقد مع القطاع الصحي:** في إطار تعميم نظام الدفع من قبل الغير بدأت هيئة النظام الإجتماعي في إبرام الإتفاقيات مع مختلف هيئات القطاع الصحي بما فيها الصيدلة، المستشفيات، العيادات المتخصصة الطبيب المعالج، ومؤسسات النقل الاستشفائي الخاصة

- **التعاقد مع الصيدلة:** إن من أهم ما جاء به القانون 83-11 أنه يجب على الصيدلة العمومية أن تبرم إتفاقيات مع هيئات الضمان الإجتماعي وتحدد إتفاقيات نموذجية عن طريق التنظيم، لكي تنقيد بأحكام الإتفاقيات المنصوص عليها "كما أنه وبموجب الإتفاقيات المبرمة بين الصيدلي وهيئة الضمان الإجتماعي فإن 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، فالיום نجد أن معظم الصيدليات أصبحت متعاقدة مع هيئات الضمان الاجتماعي، بغرض زيادة الأرباح نتيجة العدد الكبير والمتزايد للمؤمن لهم إجتماعيا، كما توفر هذه الآلية للمؤمن لهم عناء الإنتقال والإنتظار لمدة من الزمن للتعويض.

- **التعاقد مع المستشفيات:** جاء في المادة 05 من المرسوم التنفيذي رقم 04-101 المؤرخ في 2004/04/01 أن هذه العملية تتضمن التكفل بالمؤمن الاجتماعي وذوي حقوقه وأصولهم من خلال إقامته بالمؤسسة الإستشفائية العمومية (علاج، مبيت، إطعام) بالمقابل تقوم المؤسسة الإستشفائية، بإعداد فاتورة الإقامة أثناء خروج المؤمن له أو ذوي حقوقه أو أصوله إلى هيئة الضمان الاجتماعي من أجل الدفع.

وطبقا للمادة الخامسة من القرار التنفيذي السابق المؤرخ في 01 أبريل 2004 تم إنشاء مصلحة للتعاقد مع المستشفيات في وكالة البلدية إلا أن عملية التعاقد لم يشرع في تطبيقها بعد أي لم تتجسد على أرض الواقع.

- **التعاقد مع المؤسسات الإستشفائية الخاصة ووسائل النقل الخاصة:** تبرم هذه التعاقدات

لفائدة أصحاب الأمراض المزمنة من حيث تكاليف النقل من البيت وإلى العيادات المتخصصة في تصفية الدم لأمراض الكلى والمتخصصة في أمراض القلب، حيث بادرت هيئة الضمان الاجتماعي إلى عقد إتفاق مع هذه المؤسسات لضمان تنقل المريض من وإلى هذه العيادات لإستفادة من الخدمات العلاجية اللازمة ولكي يستفيد هذا الأخير وذوي حقوقه من التكفل التام بنسبة 100 % عليه أن يقدم ملف إلى هيئة الضمان الاجتماعي وتجديد هذا الملف عند إنتهاء الصلاحية، هذه الآلية تخفف من الضغط على

الفصل الثاني: دراسة مكانة سوق التأمين الصحي الاختياري ضمن سوق التأمين الجزائري

المستشفيات ،كذلك توفير الراحة التامة للمريض. المديرية العامة للجزائر هي التي تتعاقد مع العيادات ومؤسسات النقل الإستشفائية الخاصة وعلى الوكالة عملية التطبيق فقط.

- **التعاقد مع الطبيب المعالج:** إنطلق نظام التعاقد مع الطبيب المعالج سنة 2009، باعتباره أداة لتطبيق نظام الدفع من قبل الغير في مجال العلاج الصحي المقتصر سابقا على الدواء، و سيتم تعميمه في سنة 2013، كما تم تطوير الشركة بين الأطباء والضمان الإجتماعي لترقية نوعية العلاج والوقاية لفائدة المؤمن لهم إجتماعيا و ذوي حقوقهم، ويستفيد الطبيب المتعاقد مع الضمان الإجتماعي بصفة دائمة بصيانة وسائل إستعمال نظام الشفاء التي منحت له من قبل الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء مجانا، وهدف هذه الآلية إلى توسيع نظام الدفع من قبل الغير في مرحلة أولى إلى الخدمات الصحية المقدمة من طرف الأطباء لفائدة المتقاعدين و ذوي حقوقهم؛ و تطوير الشراكة بين الأطباء و الضمان الاجتماعي لترقية نوعية العلاج و الوقاية لفائدة المؤمن لهم إجتماعيا و ذوي حقوقهم.

3- نظام البطاقة الإلكترونية الشفاء وسياسة الأدوية الجنيسة:

نظام العمل بالبطاقة الإلكترونية الشفاء يتيح للمؤمن لهم إجتماعيا إستعمالها أثناء توجيههم إلى الصيدليات و الأطباء المعالجين و كافة مؤسسات القطاع الصحي من مستشفيات و عيادات خاصة و متخصصة متعاقدة مع الضمان الاجتماعي، لتتيح له حق التعويض الفوري أي يتم إقتطاع 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.

إطلاق البطاقة الإلكترونية الشفاء وميلاد المركز الوطني للشخصنة: في إطار عصنة منظومة التأمين الصحي في الجزائر إجتماعيا، حيث تم شراء المشروع من طرف شركة 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 الإلكترونية ببن عكنون والذي يستجيب لكافة المقاييس الدولية والذي تم إطلاقه في 19 أفريل 2007 وهو مزود بآليات وتقنيات حديثة تمكن من إنتاج 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 إستلام الملفات الواردة من مختلف وكالات الوطن، بغرض إعداد البطاقة الإلكترونية الخاصة بالمؤمن لهم إجتماعيا وتسجيل

الفصل الثاني: دراسة مكانة سوق التأمين الصحي الاختياري ضمن سوق التأمين الجزائري

بعض المعلومات على البطاقة والتي تبدو بشكل بارز وهذه المعلومات تخص المؤمن له إجتماعيا وهي: الاسم، اللقب، تاريخ الميلاد، صورة المؤمن له. بالإضافة الى تسجيل يحمل المعلومات الادارية كما إستقاد برنامج البطاقة الالكترونية puce الطبية في موضع الخلية الالكترونية للبطاقة.

من تدابير فعالة كفيلة بحماية المعلومات المتواجدة في البطاقة عملا بتوصيات الشركة، كما تم إستخدام احدث التقنيات المتعلقة بالتشفير و الترميز.

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

لجأت الدول إلى هذه السياسة بغرض التقليل من تكاليف الدواء إذا كان مستوردا من دول أجنبية، و توفير الأدوية لعلاج الأمراض، و بالتالي وضع حدا لصرف أموال باهظة في مجال الأدوية لأنه لو انتقلنا من الإستيراد إلى التصنيع المحلي لقلت التكاليف، حتى و إن تم إستيراد الدواء الجنيس فإن تكاليفه ستكون أقل بكثير من مصاريف الدواء الأصلي، فهذه السياسة لجأت إلى إستعمالها معظم الدول المتقدمة و على رأسها نجد ألمانيا التي بلغت نسبة إستهلاك الأدوية الجنيسة وفرنسا وإيطاليا و الولايات المتحدة الأمريكية و اليابان و كندا التي تقل نسبة استهلاك الأدوية الجنيسة فيها بنسبة 50 بالمئة.

إن الإتفاقية المبرمة بين الطبيب المعالج و الضمان الإجتماعي، تضيف دعما لتوسيع إستهلاك الأدوية الجنيسة من خلال منح مكافأة مالية للطبيب المعالج لما يصف الأدوية الجنيسة في الوصفة الطبية الواحدة و بالتالي يستفيد الضمان الإجتماعي لدى معالجته للتعويضات الإجتماعية من تدني مستوى الأسعار و التكاليف مقارنة بالأدوية غير الجنيسة.

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

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

خاتمة الفصل:

لقد أصبح لقطاع التأمين الصحي أهمية كبيرة في القطاع الإقتصادي والإجتماعي، الأمر الذي دفع بشركات التأمين أن تتبع مختلف الأساليب لتطوير وتحسين سوق التأمين على الأشخاص، من خلال التركيز على عدة أنشطة وفعاليات تجعل الفرد أكثر إستجابة للخدمات الصحية، حيث توصلنا من خلال هذا الفصل إلى:

- الإهتمام أكثر بسوق التأمين الصحي مقارنة بالسنوات السابقة.

- تبني العديد من الإصلاحات وتخصيص شركات محددة لكل منتج كل حسب تغطيتها.

- وضع برامج حكومية لتحسين نظام الخدمات الصحية.

ولكن رغم الجهود الكثيفة لتحسين وتطوير قطاع النظام الصحي ما يزال يعاني المريض من سوء المعاملة ومن تعطل الأجهزة الطبية التي تضطره باللجوء إلى المؤسسات الخاصة وهذا ما يثقل كاهله وفي كثير من الأحيان، ولا يستطيع إجراء الفحوصات الطبية والأشعة نظرا لتكلفتها العالية، وهذا ما يؤثر سلبا على حق الفرد في الصحة، لذا وجب تشجيع التأمين الصحي الاختياري للنهوض بالقطاع الصحي.

الفصل

الثالث

تمهيد:

حاولنا من خلال هذا المبحث التطرق إلى دراسة تطبيقية لشركة التأمين وإعادة التأمين TALA بصفة خاصة، ثم انتقلنا إلى دراسة استبائية بصفة عامة في ما يخص التأمين الصحي في الجزائر.

المبحث الأول: تقديم شركة التأمين وإعادة التأمين TALA**المطلب الأول: نشأة وتعريف الشركة****الفرع الأول: نشأة الشركة**

تأسست شركة التأمين وإعادة التأمين TALA في 11 أكتوبر 2010 بالشكل القانوني لشركة مساهمة شركة ذات أسهم برأس مال قدره مليار وستمئة مليون دينار 1.600.000.000 دينار جزائري.

وذلك بفضل الشراكة التجارية بين شركة الجزائر الجزائرية للتأمين CAAT وصندوق الإستثمار الوطني FNI وبنك الجزائر.

تم إصدار الموافقة على مزاولة العمل في مجال التأمين على الأشخاص إلى شركة التأمين وإعادة التأمين الصادر في 04 ربيع الثاني 1432، الموافق ل 09 مارس 2011. TALA

أطلقت شركة تالا رسميا أنشطتها التجارية منذ 01 يوليو 2011، بالاعتماد على شبكة توزيع واسع، إعتمدت فيها على نقاط بيع عامة في جميع أنحاء التراب الوطني مقسمة إلى 16 وكالة مباشرة، 31 وكلاء عامون، و 106 وكالة مبرمة مع شركة التأمين CATT تقدم هذه الشركة مجموعة مجموعة من التغطيات للحالة الصحية للأفراد، وتقدم لهم المساعدة المباشرة من مقدمي الخدمات المحترفين وتسمح لهم بالإستفادة من منتجات رسملة مدخراتهم حيث تميزت منذ بدايتها حتى الان بوضع مالي جيد مما يدل على حسن تسير هذه المؤسسة.

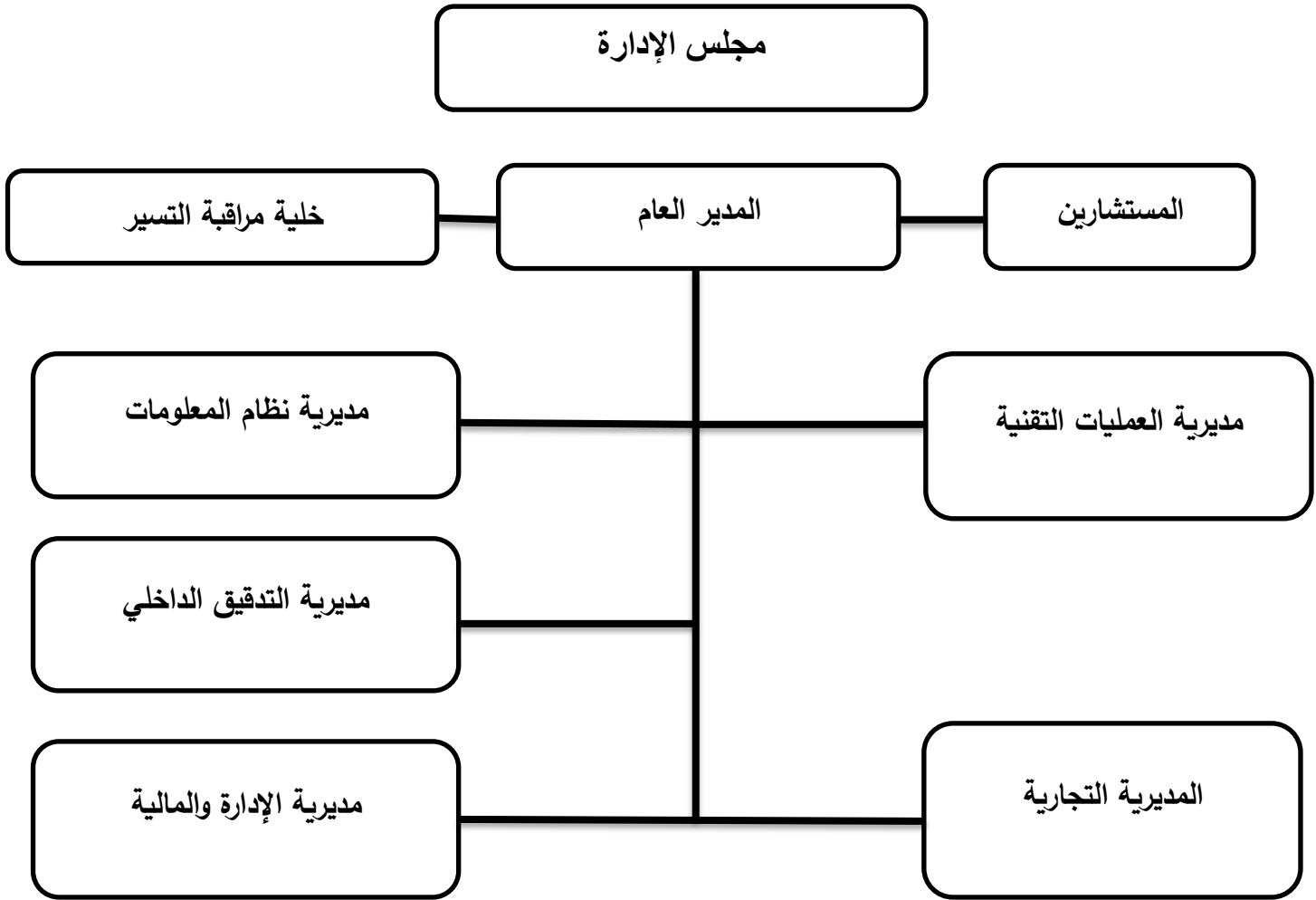
الفرع الثاني: التعريف بالشركة

هي مؤسسة وطنية وإقتصادي، تقوم بتغطية مجموعة من التأمينات TALA شركة التأمين وإعادة التأمين على الأشخاص فيما يتعلق تحديدا بالمجال الصحي وهي تتمثل في التأمين تأمين السفر، التأمين ضد الحوادث الفردية (حماية)، تأمين جماعي، تأمين الأجل على الوفاة في سداد القرض، تقاعد تكميلي.

المقر الرئيسي 123 طريق مفتاح، المكان الجميل، واد السمار الجزائر.

المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للشركة

الشكل رقم 01



من إعداد الطالبتين بالإعتماد على وثائق من شركة التأمين وإعادة التأمين TALA.

المطلب الثالث : مهام الشركة

تقوم شركة التأمين على مجموعة من الأنشطة التأمينية، والتي تمارسها من خلال عدة نقاط بيع في عدة ولايات عبر التراب الوطني، بحيث تعتمد على وكالات مباشرة تتمثل في 16 وكالة مباشرة، وهي هياكل لا مركزية ذات مهنة فنية وتجارية تم إنشاءها تدريجياً داخل المراكز الحضرية.

31 وكالة تأمين عام وذلك من أجل دعم شبكاتها التجارية المباشرة بحيث يجب على كل مرشح أن يفي بمعايير الأخلاق والتقنية والخبرة المنصوص عليها في اللوائح، والاجتهاد في استطلاع آراء العملاء.

106 وكالة مبرمة مع CAAT بهدف تعزيز قربها من عملائها ودعم فرق مبيعاتها، بحيث تتمثل ميزة

هذا النوع من الشبكات في الخبرة الفنية المكتسبة للمديرين على مستوى الشبكة المتعاقد عليها والممارسين بالفعل لأعمال التأمين الذين يتمتعون بالخبرة والتدريب، من أجل تقديم تغطية تأمينية مناسبة لمختلف الافاق.

المبحث الثاني: الاليات العملية لإتمام عملية التأمين وإجراءات التعويض في حالة وقوع حادث

المطلب الأول: المنتجات التي تقدمها شركة التأمين وإعادة التأمين TALA

تقدم هذه الشركة مجموعة من المنتجات المتعلقة بالمجال الصحي للفرد في حالة توفر الصحة أو حدوث فرح، عجز أو مرض وهي تتكون من:

- تأمين على السفر.

- تأمين ضد الحوادث الفردية.

- تأمين جماعي

- تأمين لأجل الوفاة في سداد القرض.

- التقاعد التكميلي.

1- التأمين على السفر: تخضع ضمانات هذا العقد للمرسوم 95-07 المؤرخ في 25 يناير 1995، حيث ترافق الشركة المؤمن له أثناء رحلته لتوفر له الحماية الكافية، نفقات طبية، الإعادة الطبية للوطن، تأخير الرحلة، إلغاء الرحلة، فقدان الأمتعة، الغرض من العقد هو أنه يضمن للشخص المؤمن له المعين في الشروط الخاصة مزاي التعويض المنصوص عليها في حالة وقوع حادث جسدي أو فقدان الأمتعة مثلاً، وهذا التأمين يحوي مجموعة من الضمانات من بينها:

- في حالة العجز الدائم الكلي للمؤمن له بعد حادث مغطى أثناء الرحلة يدفع المؤمن له رأس المال المحدد في الشروط الخاصة
- في حالة عجز جزئي دائم للمؤمن له بعد حادث مغطى أثناء الرحلة، يتم دفع رأس المال المحدد في الشروط الخاصة منخفضاً بالنسب المحددة في مقياس العجز.
- تعويض المصاريف الطبية والصيدلانية بعد حادث مغطى أثناء الرحلة حسب الشروط الخاصة المحددة في العقد.

2- تأمين ضد الحوادث الفردية (حماية): تقدم شركة TALA تغطية ضد الحوادث الجسدية في المنزل

أو خارج المنزل في حالة الوفاة أو الإصابة التي تمس الإنسان في شخصه، وأيضا بالنسبة للتي تحدث في حالة الدفاع عن النفس، وكذلك بالنسبة للشخص الاعتباري فهي تقدم تعويضات حسب ما هو مقرر في العقد تضمن لك الصيغ المعدلة في دفع التعويض؛ فالضمان ساري المفعول في جميع أنحاء العالم للتعويض المستحق في حالة الوفاة أو العجز الدائم،

- في حالة وقوع عجز دائم خلال إثني عشرة شهر يدفع للمؤمن له رأس مال محدد وفق للمقاييس التي تحدده الاتفاقية بين الطرفين.
- أما بالنسبة للعجز المؤقت فإن التعويض المنصوص عليه مستحق فقط في الحوادث التي تقع الجزائر فقط.

3- تأمين وفاة المقترض: تضمن الشركة تغطية كل جزء من المواعيد النهائية للسداد أو رأس مال المستحق للإئتمان في حالة وقوع حادث الوفاة أو العجز الدائم أو العجز المؤقت عن العمل الغرض من هذا التأمين:

تغطية الوفاة: في حالة وفاة المؤمن له قبل إنتهاء العقد، تتعهد الشركة بأن تدفع للمستفيد رأس مال يساوي المبلغ المتبقي المستحق يوم الوفاة بموجب القرض.

ضمان العجز الكلي المطلق: يجب أولا على المؤمن له تقديم ما يثبت هذا العجز بشهادة طبية وسيتم دفع مقدما رأس المال الذي سينهي العقد إذا كان العجز ناتج عن حادث بعد سنتين من تاريخ الدخول في العجز إذا كان بسبب المرض خلال هذه الفترة سيتم دفع الاشتراكات.

وهناك بعض الإستثناءات المتعلقة بمخاطر الوفاة مثل الانتحار بإرادة المؤمن له.

- حالة نشوب حرب خارجية يجب على التشريع تحديد شروط تأثير العقد.

- حالة استعمال المؤمن له لأدوية أو مخدرات غير موصوفة طبيا.

- مشاركة المؤمن له في حرب الأهلية وأعمال الشغب.

4- تأمين جماعي (الإحتياط): تقدم الشركة حلا ملائما في مجال الصحة والرفاهية والحماية الصحية المقدمة للموظفين وأقاربهم بمرونة وفقا للميزانية المرغوبة؛ الغرض من عقد التأمين الجماعي تحديد حقوق والتزامات المؤمن والمؤمن له وكذلك الضمانات الأساسية والإضافية، ومن بين الضمانات الأساسية: دفع رأس مال في حالة الوفاة أوفي حالة العجز الكلي الدائم، بالإضافة إلى ضمانات إضافية تتمثل في : دفع رأس مال إضافي في حالة الوفاة بسبب حادث أو دفع المستحقات المتعلقة بالعجز عن العمل، دفع الأقساط السنوية في حالة الإعاقة؛ بحيث يتكون التأمين الجماعي من ثلاث أصناف متميزة

- الرعاية: الوفاة، العجز، الوفاة.

- الإعانات الإجتماعية: الزواج، الولادة، الختان، نفقات الجنازة، النجاح في البكالوريا.

- رعاية صحية تكميلية: سداد صحي يصل إلى 90 % من التكاليف الفعلية يتم دفعها لكل فرد

من أفراد الأسرة (الزوجة والأولاد) الأدوية ، النظارات، ، الولادة ونقل المرضى.

5- التقاعد التكميلي: سواء كان فردا أم شركة فإن شركة التأمين TALA ترافقه وتهتم لأمره

لتحسين معاشك التقاعدي أو معاش موظفيك للعيش بسلام، سواء كان عقد إجتماعي أو فردي، بحيث يدفع المؤمن له أقساط خلال حياته المهنية ثم يتلقى المدخرات أو رأس مال عند التقاعد.

تتعلق التغطية بواحدة أو أكثر من مجموعة التأمين التاليين:

* المعاش السنوي المؤقت المؤجل (مع أو بدون تأمين مقابل أقساط التأمين).

* أقساط الحياة المؤجلة

حيث تتعهد شركة التأمين بدفع ريع سنوي لصالح المؤمن له وفقا لنوع المعاش المختار.

يخضع هذا التأمين للأمر 07-95 المتعلق بالتأمين والمتمم بالقانون 04-06 وينقسم إلى منتجين:

أ- تأمين سنوي على الحياة ويحتوي على:

- المعاش المؤجل على الحياة مع تأمين مقابل الأقساط المدفوعة: إذا كان المؤمن لا يزال على قيد الحياة في نهاية المدة المؤجلة، تتعهد مؤسسة التأمين بأن تدفع له كل ثلاثة أشهر وحتى وفاته راتبا سنويا، يتم تحديده حسب الأقساط المدفوعة

فإذا توفي المؤمن له خلال الفترة المؤجلة، فإن جميع الأقساط التي دفعها ستشكل رأس مال الذي يتعين دفعه للمستفيدين.

- المعاش المؤجل على الحياة بدون تأمين مقابل الأقساط المدفوعة: إذا كان المؤمن له لا يزال على قيد الحياة في نهاية المدة المؤجلة، تتعهد الشركة بدفع ريع سنوي حتى وفاته راتب سنوي سيتم تحديد مبلغه النهائي على أساس الأقساط المدفوعة.

ب- تأمين المعاش السنوي: و ينقسم إلى

- الأقساط السنوية المؤجلة مقابل التأمين الأقساط المدفوعة: إذا كان المؤمن له لا يزال على قيد الحياة في نهاية التأجيل، تتعهد الشركة بأن تدفع له ريع سنوي و مؤقت معاشا سنويا يتم تحديد مبلغه النهائي من المكافآت المدفوعة وتقاسم الأرباح السنوية.
- المعاش المؤقت المؤجل بدون تأمين مقابل الأقساط المدفوعة: إذا كان المؤمن له لا يزال على قيد الحياة في نهاية المدة المؤجلة، تتعهد تأمين لايف بأن تدفع له ريع سنوي ومؤقت.¹

المطلب الثاني: طرق التعويض في حالة وقوع الخطر

1- الضمانات الممنوحة:

¹ <https://www.tala.dz>

جدول 04: يمثل النشاط الطبي ومبالغ التعويض

النشاط الطبي	مبالغ التعويض
	الحد الأدنى للتعويض في السنة 400.000 دج
الرعاية الطبية	1- استشارة عامة 2- استشارة خاصة 3- صور بالأشعة 4- العلاجات الخاصة 5- جميع أنواع التحاليل من المصاريف الحقيقية 1000 دج للحصة 80% من المصاريف الحقيقية 1500 دج للحصة 80% من المصاريف الحقيقية 5000 دج لكل فعل 80% من المصاريف الحقيقية 2000 دج لكل فعل 80% من المصاريف الحقيقية 5000 دج لكل فعل 80%
أعمال المتخصصين	1- معالج النطق 2- الأشعة 3-IRM-ماسح ضوئي سكانار ماسح ضوئي من المصاريف الحقيقية 2000 دج للحصة 80% مع 10 حصص إضافية خلال السنة من المصاريف الحقيقية 2000 دج للفعل 80% من المصاريف الحقيقية 12000 دج في السنة 80% من المصاريف العامة 12000 دج في السنة 80%
العلاج في المستشفيات	1- مصاريف العمليات الجراحية 2- نفقات الإقامة في العيادة 3- التعويض في حدود 10000 دج من المصاريف الحقيقية كحد أقصى 80% في حدود 80000 دج مع فائدة خلال السنة حد أقصى يقدر ب 2500 دج لليوم 6 أيام كحد أقصى تعويض جميع تكاليف النقل في حدود تذكرة واحدة خلال السنة.
نقل المرضى	1- يجب أن يكون النقل موصوف من قبل الطبيب لإجلاء المؤمن له إلى المستشفى
العناية في المنتجعات	كحد أقصى 20000 دج في السنة للمنتجع الواحد

التوليد	1-ولادة طبيعية	من المصاريف الحقيقية 30000 دج 80% للولادة الواحدة
	2-ولادة قيصرية	من المصاريف الحقيقية 40000 دج 80% دج للحصة
التكاليف الصيدلانية الأدوية	1-Vignettes vertes قصاصة خضراء 2-Vignettes rouges قصاصة حمراء.	من المصاريف الحقيقية (تكلفة 20% CNAS) من المصاريف الحقيقية حتى حدود 6% 10000 دج في السنة
البصريات	1- العدسات البصرية التقديمية 2- إطارات بصرية (نظارات) 3- العدسات اللاصقة 4- نظارات بصرية عادية	من المصاريف الحقيقية إلى حد 80% 8000 دج في السنة من المصاريف الحقيقية إلى حد 80% 4000 دج في السنة من المصاريف الحقيقية إلى حد 80% 8000 دج في السنة. من المصاريف الحقيقية إلى حد 80% 4000 دج في السنة.
مصاريف طب الأسنان	1-علاج الأسنان 2-أجهزة الراديو 3-جراحة الأسنان 4-تقويم الأسنان والأطراف الصناعية وشد الأسنان	من المصاريف الحقيقية أقصى حد 80% 4000 دج لكل فعل من المصاريف الحقيقية كأقصى حد 80% 2500 دج لكل فعل من المصاريف الحقيقية أقصى حد 80% 4000 دج لكل فعل. من المصاريف الحقيقية أقصى حد 80% 20000 لكل ضمان في العام

الأطراف الصناعية	1- مساعدات للسمع	80% من المصاريف الحقيقية ما يصل إلى 20000 دج
	2- مساعدات العظام	80% من المصاريف الحقيقية ما يصل إلى 2000 دج.

من إعداد الطالبتين بالإعتماد على الملحق رقم 01

2- التعويضات

الجدول رقم 05: يوضح التعويضات الثابتة

عنوان التعويضات	مبلغ التعويضات الثابت ب دج
باقة زفاف	15000 دج
حزمة ولادة	10000
حزمة ختان	10000
تكاليف الجنازة	15000

من إعداد الطالبتين بالإعتماد على الملحق رقم 02

الجدول رقم 06: خدمات الطرف الثالث إدارة المرضى

الأعمال الطبية	التعامل مع المرضى	حدود الغلاف
التوليد	- استشارات قبل الولادة وبعدها - الحمل بالموجات فوق الصوتية - تسليم غير معقد - الولادة مع المضاعفات - نفقات معيشة المستفيد	- من المصاريف 80% - الحقيقية وفق السقف التعاقدية
فعل الاستكشافية	- تحاليل طبية - معيار التصوير الشعاعي - الموجات فوق الصوتية - فحص الأوعية الدموية - IRM - الماسح الضوئي	- معلومات السداد: السقف والإجراءات والمواعيد النهائية. - التوجه نحو شبكة مزودة التعاقد وإدارة تغطية المؤمن له

العلاج في المستشفيات	الاستشفاء الجراحي في العيادة		
----------------------------	------------------------------	--	--

من إعداد الطالبتين بالاعتماد على الملحق رقم 03

- يقدر رأس مال الوفاة ب 1000000 دج،
- إجمالي رأس مال العجز الدائم 1000000 دج،
- معاش التعليم: في حالة وفاة المؤمن له سيتم دفع سنوي للأطفال المعالين قدره 6000 دينار لكل طفل حتى سن 18 سنة مقابل تكاليف التعليم.

(2) المستفيدين:

- المؤمن له نفسه،
- زوج المؤمن له بغض النظر إذا كان يتقاضى راتباً أم لا،
- الأبناء المعالين للمؤمن له في داخل التعويضات العائلية،
- الشخص أو الأشخاص الطبيعيين المعيّنين من قبل المؤمن له في إستمارة التسجيل.

(3) الدفع من طرف ثالث : إمكانية الاتصال بخدمة TALA Assistance:

- تغطية الإستشارات،
- معرفة السقوف التعاقدية عن طريق إتصال هاتفي بالشركة لأجل:
 - الولادة،
 - الاستشفاء،
 - الحالة التخصصية.

(4) ملف يقدم في حالة وجود مطالبة:

أ) حالة الموت:

- شهادة الوفاة
- إستمارة العضوية أو الفريضة،
- وثيقة من السلطات في حالة الوفاة في حادث

ب) مرض خطير:

- الملف الطبي،

- التعريف بالمرض،

- التسجيل في قائمة الإنتظار لزراعة الأعضاء الفشل الكلوي.

(ج) العجز الكلي الدائم:

- إعلام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي LA CNAS

- ملف طبي،

- التوقيعات عن العمل.

(د) خدمات اخرى:

- شهادة الزواج،

- شهادة الميلاد لحزمة الميلاد،

- شهادة الوفاة + شهادة عائلية لحزمة الوفاة،

- شهادة الختان + شهادة عائلية لحزمة الختان،

- نسخة من الوصفات الطبية + المصقات الاخرى للمستحضرات الصيدلانية والاستشارات +فاتورة الصيدلة في حالة شراء عن طريق بطاقة الشفاء،

- الوصفات الطبية،

- التقارير عن الأعمال التخصصية والجراحية،

- الملاحظات والرسوم في حالة العلاج في المستشفى بوصفات طبية،

- الدعم بالإضافة إلى فاتورة العلاج في المنتج الصحي،

- تقرير الرعاية مملوء من قبل المشاركين لكل المصالح الطبية (وثيقة إجبارية).

(5) المساهمات:

- الإشتراكات الشهرية لكل عضو 1400 دج .

المبحث الثالث: دراسة إستبائية ميدانية

المطلب الأول: أدوات جمع المعلومات والبيانات

تم الإعتماد بشكل رئيسي على أسلوب الاستبيان (إستمارة الأسئلة) وقد أسس الإستبيان لجمع المعلومات حول واقع التأمين الصحي الإختياري في الجزائر، ومعرفة العوائق التي تمنع تطور هذا النوع من التأمينات، وذلك من خلال إجابات الأفراد على فقرات الإستبيان الذي تم تقسيمه إلى:

المحور الأول: البيانات الوصفية للعينة

المحور الثاني: الثقافة التأمينية للعينة

المحور الثالث: إستعداد الأفراد للحصول على التأمين الصحي

المحور الرابع: معوقات التأمين الصحي الإختياري.

تم إعتماد العينة العشوائية لأنها الأنسب لهذه الدراسة، حيث شملت العينة 426 فرد، وسنقوم بتحليل المعطيات التي تم جمعها من خلال الإستمارات من خلال إستعمال برنامج SPSS للوصول إلى النتائج.

المطلب الثاني: خصائص عينة الدراسة

إقتصرت هذه الدراسة على بعض الخصائص الديمغرافية التي يمكن أن يكون لها تأثير على إختلاف رؤية أفراد عينة الدراسة إزاء محاور وأبعاد الدراسة المختلفة وتضمنت هذه الدراسة الخصائص التالية:

(الجنس، السن، الحالة العائلية، الأولاد، المستوى الدراسي، مستوى الدخل)

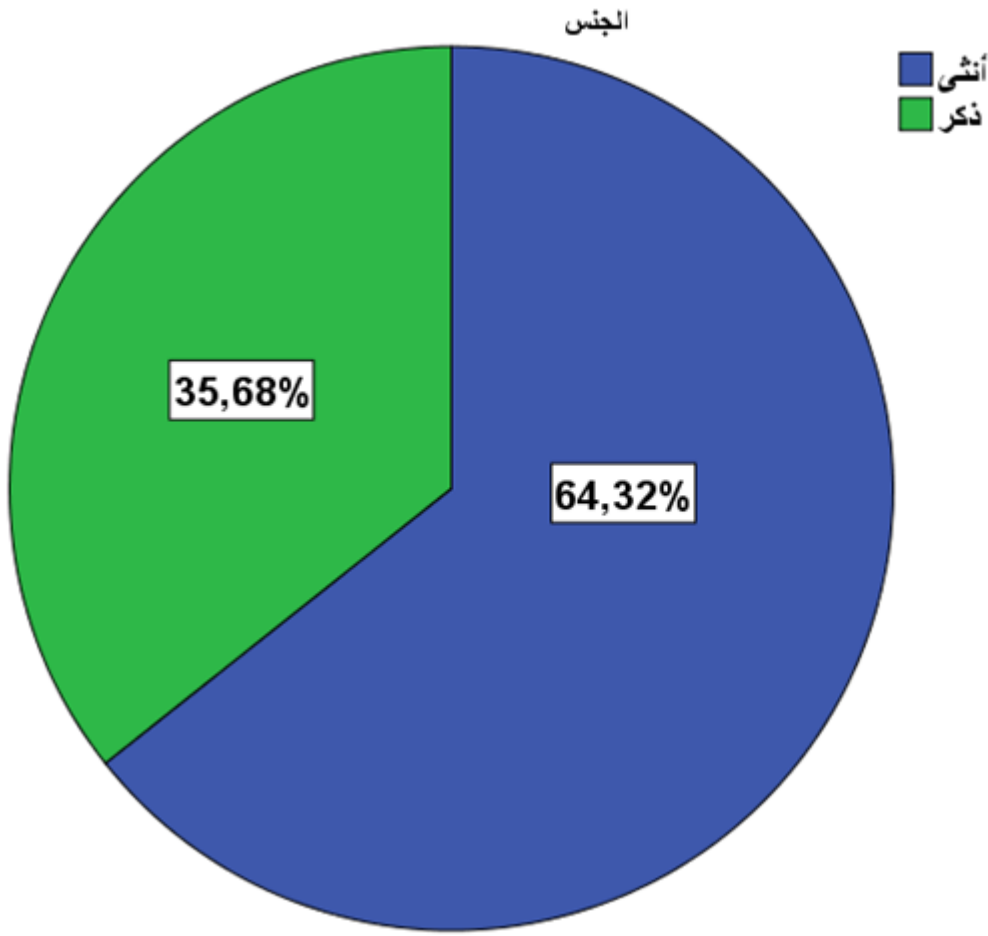
1- توزيع عينة الدراسة وفق الجنس حسب الجدول رقم 07 والشكل البياني رقم 2 سوف يتم التعرف على توزيع مفردات العينة وفق الجنس (ذكر، أنثى)

الجدول رقم 07: توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية %
الجنس	ذكر	152	35.7
	أنثى	274	64.3
	المجموع	426	100

المصدر: من إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات برنامج spss

الشكل رقم 02: توزيع عينة الدراسة حسب الجنس



يتضح لنا من خلال الجدول رقم 07 والشكل البياني رقم 02 أن أكثر من نصف العينة إناث قدر عددهم 274 فرد بنسبة 64.3%

في مقابل 152 يمثلون ذكورا بنسبة 35.7% ويمكن إرجاع ذلك إلى إنفتاح سوق العمل ومشاركة الإناث في مختلف مجالات العمل.

2- توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية:

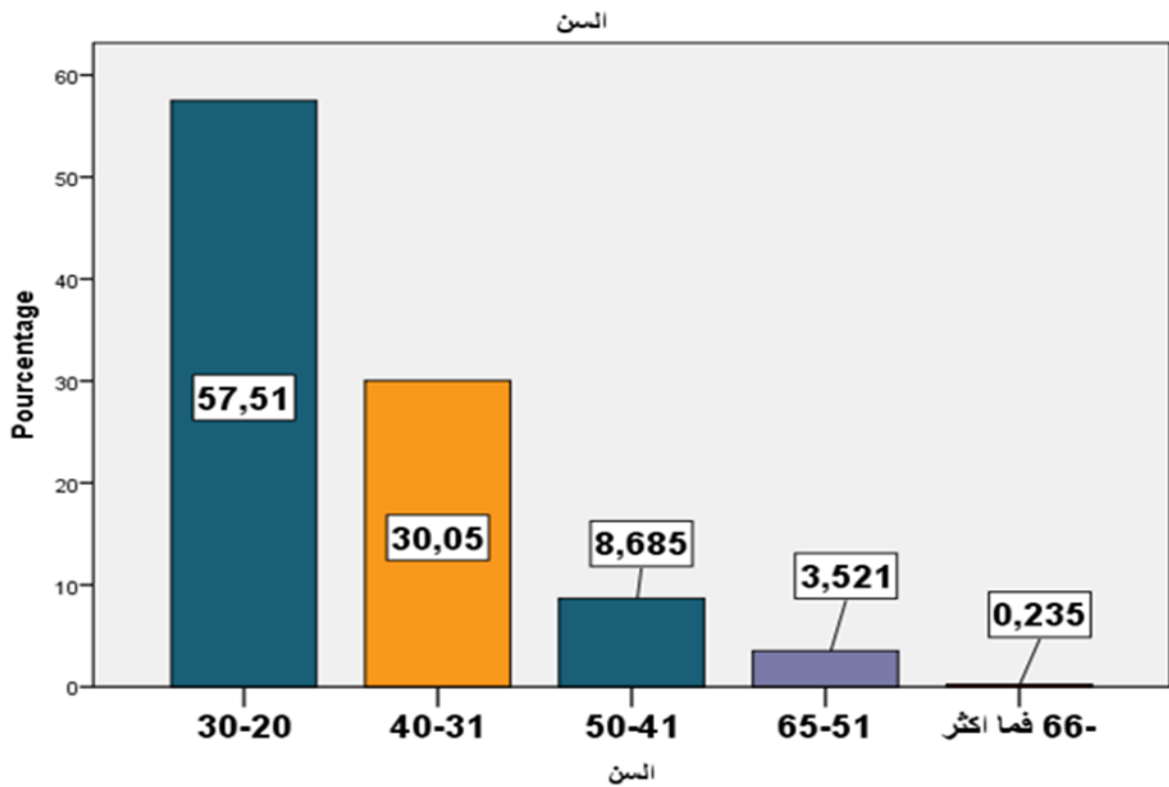
من خلال الجدول رقم 08 والشكل رقم 3 سوف يتم التعرف على مفردات العينة حسب الفئة العمرية.

الجدول رقم 08: توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية %
السن	من 20-30	245	57.5
	من 31-40	128	30
	من 41-50	37	8.7
	من 51-65	15	3.5
	66 - فما فوق	1	2
	المجموع	426	100

المصدر: من إعداد الطالبتين على مخرجات برنامج spss

الشكل رقم 03: توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية



المصدر: من إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات برنامج spss

يتضح من خلال الجدول رقم 08 الشكل رقم 03 لتوزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية أن أكبر نسبة كانت في الفئة الأولى التي كانت أعمارهم تتراوح بين 20-30 سنة حيث وصلت إلى نسبة 57.5% ثم

تليها الفئة الثانية التي تتراوح أعمارهم بين 31-40 سنة بنسبة 30% وتليها الفئة من 41-50 سنة بنسبة

8.7 % ثم في الأخير تأتي الفئة الرابعة التي كانت أعمارهم أكثر من 50 سنة عددهم 16 بنسبة 5.5%

حيث يمكن إرجاع ذلك إلى أن الفئتين الأولى والثانية أكثر نشاطا مقارنة بالفئات الأخرى.

3- توزيع العينة حسب الحالة العائلية:

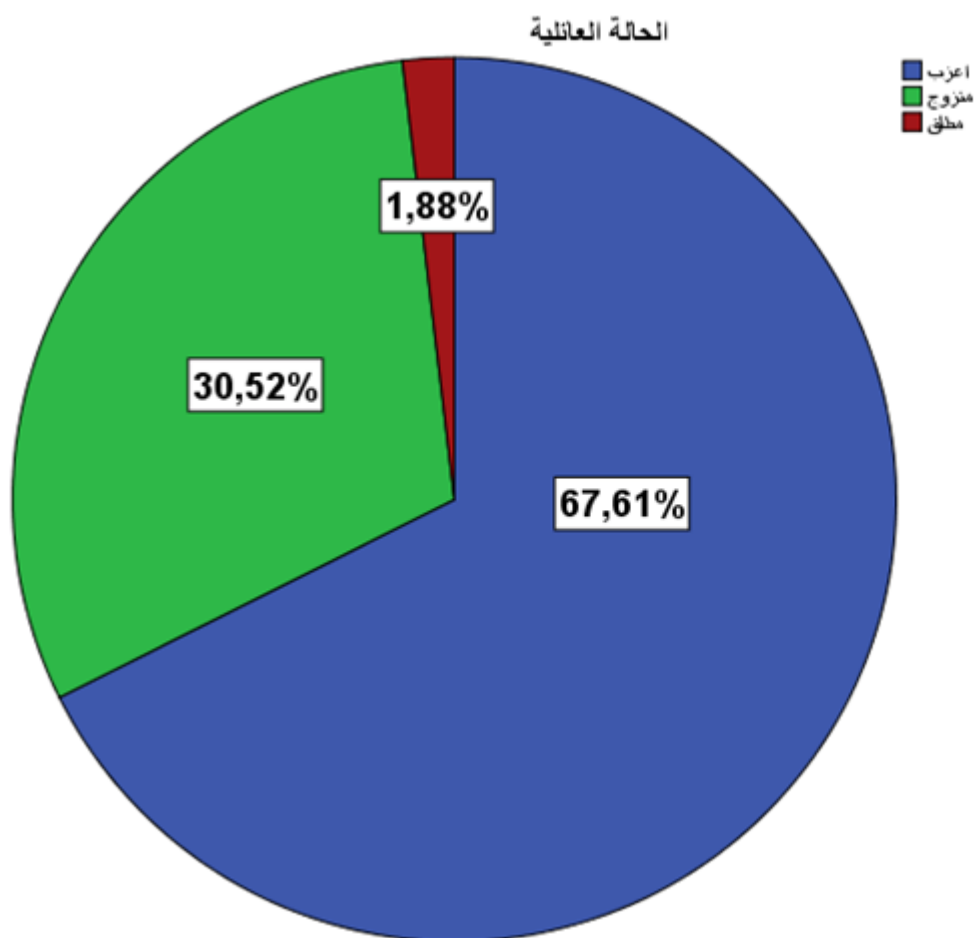
من خلال الجدول رقم 09 والشكل رقم 04 سوف يتم التعرف على العينة حسب الحالة العائلية

الجدول رقم 09: توزيع عينة الدراسة حسب الحالة العائلية

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية %
الحالة العائلية	أعزب	288	67.6
	متزوج	130	30.5
	مطلق	8	1.9
	المجموع	426	100

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على برنامج spss

الشكل رقم 04: توزيع العينة حسب الحالة العائلية



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

نلاحظ من خلال الجدول رقم 09 والشكل رقم 04 أن أغلبية العينة عزاب بنسبة 67.6% بينما البقية متزوجين بنسبة 30.5% و 1.9 مطلقين.

4- توزيع عينة الدراسة حسب الأولاد:

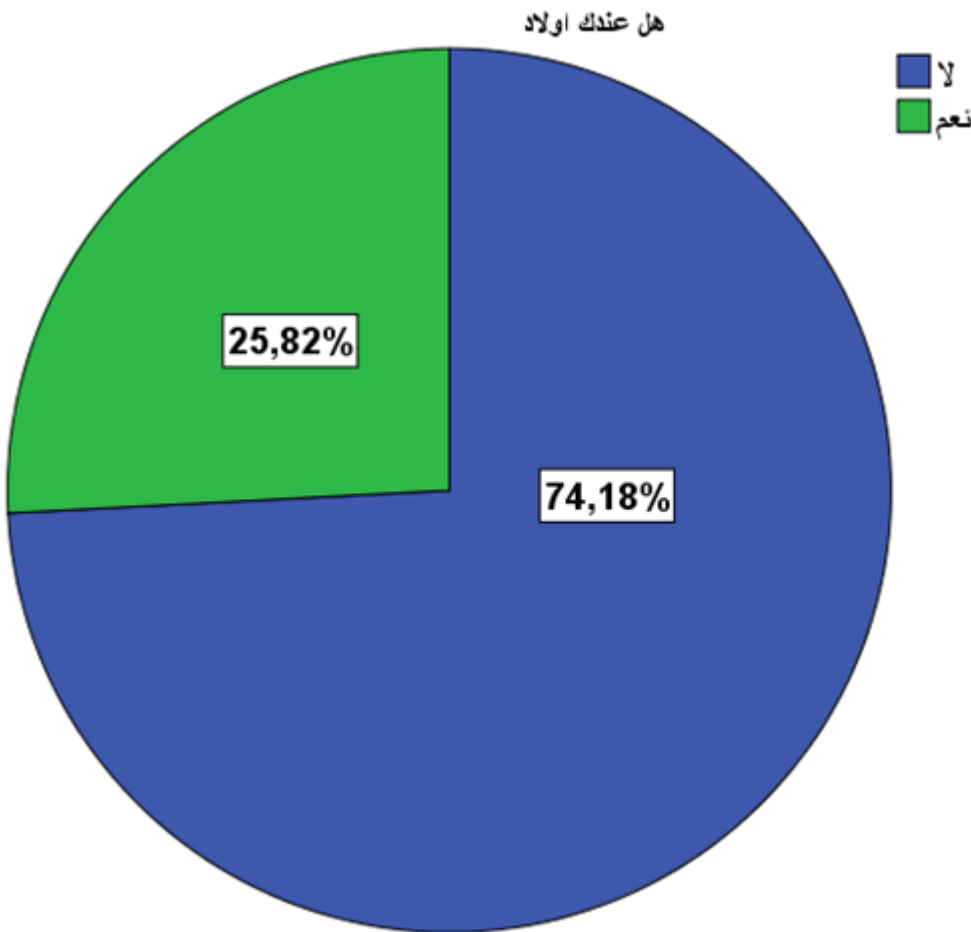
سوف يتم التعرف على توزيع مفردات العينة حسب وجود الأولاد من خلال الجدول رقم 10 والشكل رقم 05 .

الجدول رقم 10: توزيع عينة الدراسة حسب الأولاد

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية %
الأولاد	لا يوجد أولاد	316	74.2
	يوجد أولاد	110	25.8
	المجموع	426	100

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

الشكل رقم 05: توزيع العينة حسب الأولاد



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

يتضح لنا من خلال الجدول رقم 10 والشكل البياني رقم 05 لتوزيع أفراد العينة حسب وجود الأولاد أن الأغلبية لا يملكون أولاد بنسبة 74.2% مقارنة بمن لا يملكون أولاد بنسبة 25.8% وهذا راجع لأن أغلبية العينة غير متزوجين.

5- توزيع العينة حسب المستوى الدراسي:

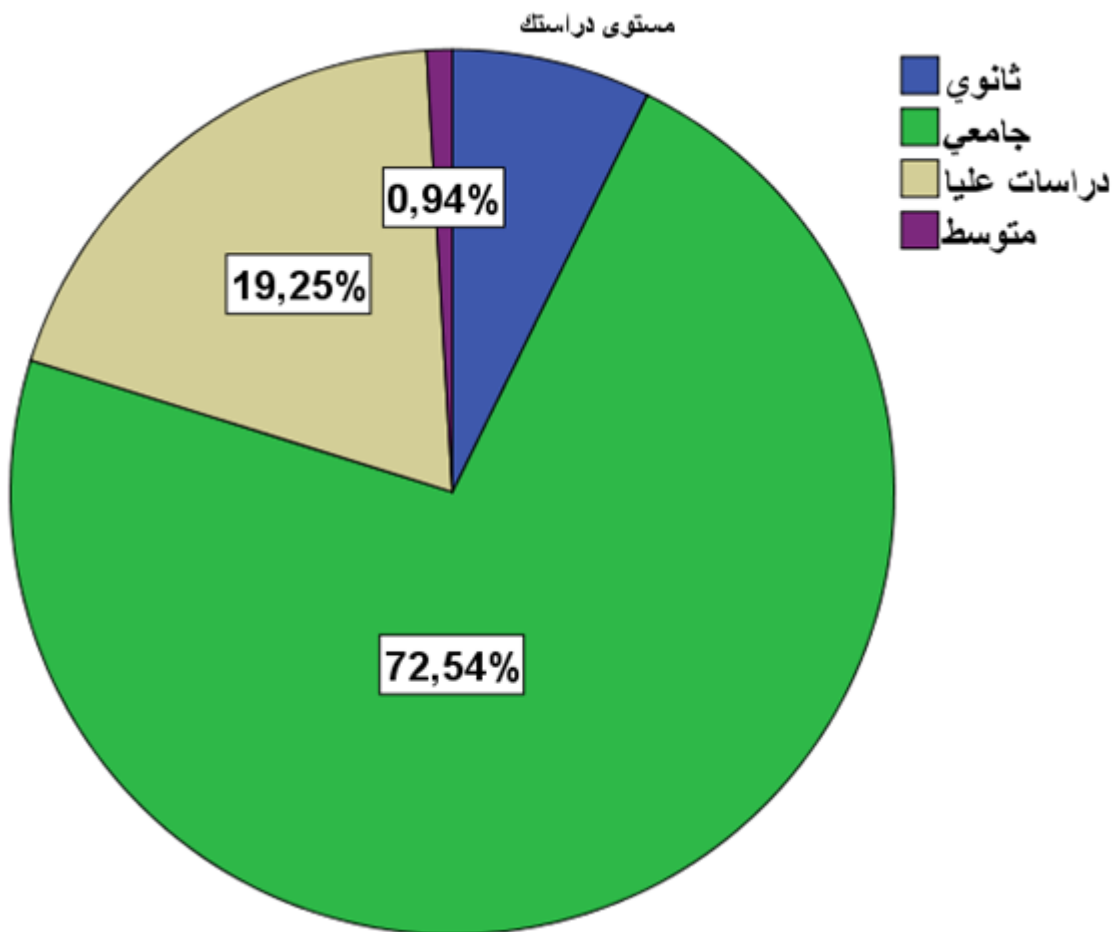
من خلال الجدول رقم 11 والشكل رقم 06 سوف يتم توزيع مفردات العينة حسب المستوى التعليمي .

الجدول رقم 11: توزيع العينة حسب المستوى الدراسي

المتغير	الفئة	التكرارات	النسبة المئوية %
المستوى الدراسي	متوسط	4	0.9
	ثانوي	31	7.3
	جامعي	309	72.5
	دراسات عليا	82	19.2
	المجموع	426	100

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

الشكل البياني رقم 06: توزيع العينة حسب المستوى الدراسي



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

يتضح من خلال الجدول 11 والشكل البياني رقم 06 لتوزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي أن أغلبية العينة مستواهم الدراسي جامعي حيث بلغت نسبتهم 72.5%، ثم تأتي بعدها فئة ذات الدراسات العليا بنسبة 19.2%، ثم الفئة ذات المستوى الثانوي بنسبة 7.3%، ثم يليها المستوى المتوسط بنسبة 0.9%

و يتضح من خلال هذه النتائج أن مستوى الوعي لدى أفراد العينة مرتفع.

6- توزيع عينة الدراسة حسب مستوى الدخل

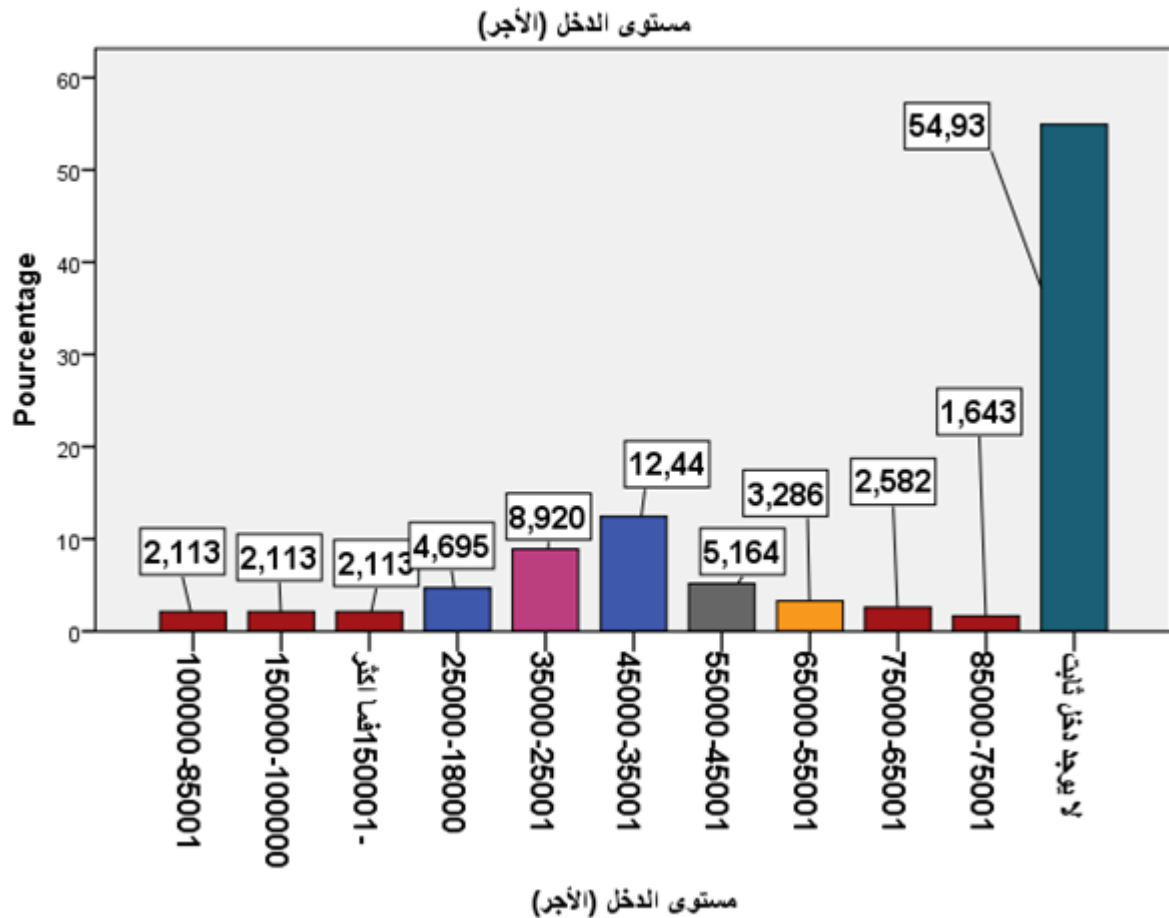
من خلال الجدول رقم 12 والشكل البياني رقم 07 سوف يتم التعرف على توزيع مفردات العينة حسب مستوى الدخل

الجدول رقم 12: توزيع عينة الدراسة حسب مستوى الأجر

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية%
مستوى الدخل	لا يوجد دخل ثابت	234	54.9
	25000-18000	20	4.7
	35000 -25001	38	8.9
	45000 -35001	53	12.4
	55000-45001	22	5.2
	65000-55001	14	3.3
	75000-65001	11	2.6
	85000-75001	7	1.6
	100000-85001	9	2.1
	150000-100001	9	2.1
	1500001- فما فوق	9	2.1
	المجموع	426	100

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

الشكل البياني رقم 07: توزيع عينة الدراسة حسب مستوى الدخل



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

نلاحظ من خلال الجدول رقم 12 الشكل البياني رقم 07 لتوزيع أفراد العينة حسب مستوى الدخل أن أكبر نسبة كانت في الفئة الأولى التي لا يوجد لديها دخل ثابت بنسبة 54.9% تليها فئة 35001 - إلى 45000 ثم فئة 35000-25001 بنسبة 8.9% أما باقي الفئات فلا تتجاوز نسبتها 5% و يتضح من خلال هذه النتائج أن معظم العينة لا يوجد لديهم دخل ثابت (معظمهم من غير عمل).

المطلب الثالث: تحليل و تفسير النتائج

الفرع الاول: تحليل وتفسير النتائج المتعلق بمحور الثقافة التأمينية للعيينة

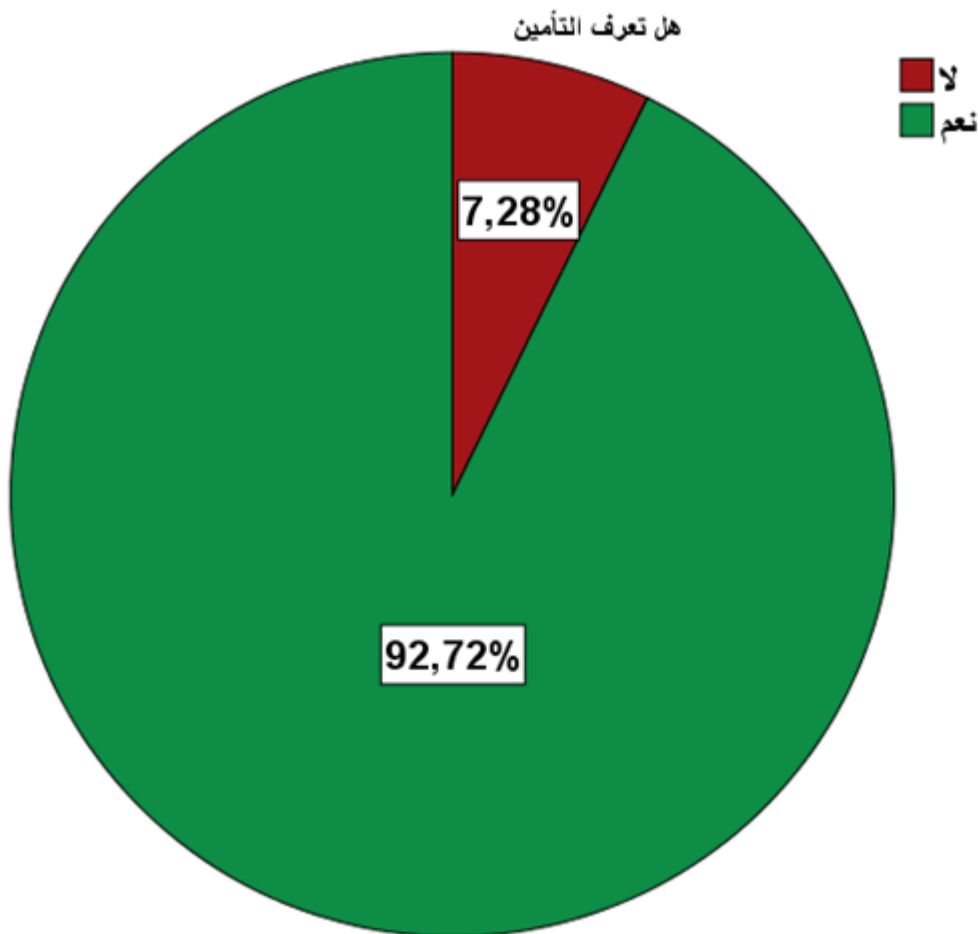
العبرة الاولى: هل تعرف التأمين

الجدول رقم 13 يوضح مدى معرفة الأشخاص بالتأمين

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية%
لا	31	7.3
نعم	395	92.7
المجموع	426	100

المصدر: من إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات برنامج spss

الشكل البياني رقم 08 يوضح مدى معرفة الأشخاص بالتأمين



المصدر: من إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات برنامج spss

يتبين لنا من خلال الجدول رقم 13 والشكل البياني رقم 08 أن أغلبية أفراد العينة يعرفون التأمين حيث بلغت نسبتهم 92.7% مقارنة بمن لا يعرفون التأمين بنسبة 7.3% يرجع ذلك الى وجود بعض التأمينات الإجبارية المفروضة من قبل الدولة.

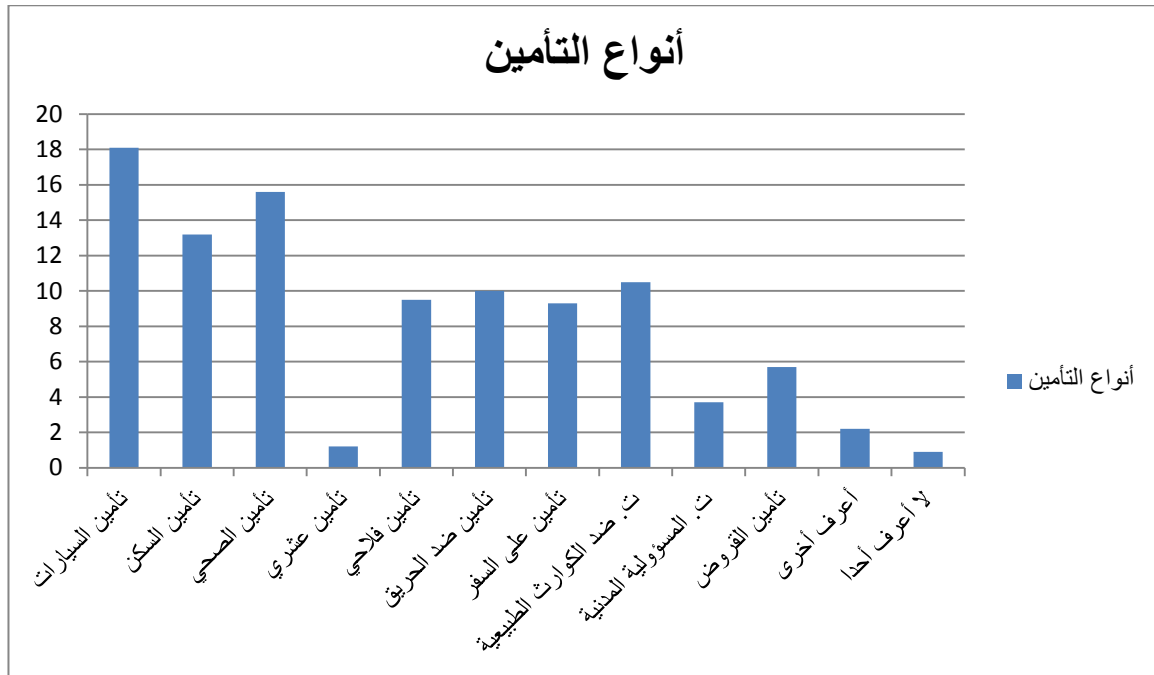
العبارة الثانية: ماهي التأمينات التي تعرفها

الجدول رقم 14: يوضح أنواع التأمينات الأكثر إنتشارا بين أفراد المجتمع

أنواع التأمين	التكرار	النسبة المئوية%
تأمين السيارات	378	18.1
تأمين السكن	275	13.2
التأمين الصحي	326	15.6
التأمين العشري	25	1.2
التأمين الفلاحي	198	9.5
التأمين ضد الحرق	208	10
التأمين على السفر	194	9.3
التأمين ضد الكوارث الطبيعية	219	10.5
التأمين على المسؤولية المدنية	78	3.7
تأمين القرض	119	5.7
أعرف أخرى	45	2.2
لا أعرف أحدا	19	0.9

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

الشكل البياني رقم 09: يوضح أنواع التأمينات الأكثر إنتشارا بين أفراد المجتمع



المصدر: من إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات برنامج spss

تبين لنا النتائج الموجودة في الجدول رقم 14 وفي الشكل البياني رقم 09 ان أكثر تأمين معروف هو تأمين السيارات بنسبة 18.1% يليها التأمين الصحي 15.6% وبعدها تأمين السكن بنسبة 13.2% من ثم التأمين ضد الكوارث الطبيعية بنسبة 10.5% ثم التأمين ضد الحريق بنسبة 10%، ثم التأمين الفلاحى بنسبة 9.5%، ثم التأمين على السفر بنسبة 9.3%، ثم تأمين القروض بنسبة 5.7% ثم تأمين المسؤولية المدنية 3.7%، ثم التأمين العشري بنسبة 1.2%، في حين ان نسبة من يعرفون أنواع أخرى من التأمينات هي 2.2% و نسبة من لا يعرفون أي نوع من التأمينات هو 0.9%. ونلاحظ أن أكبر نسب من نصيب التأمينات الاجبارية.

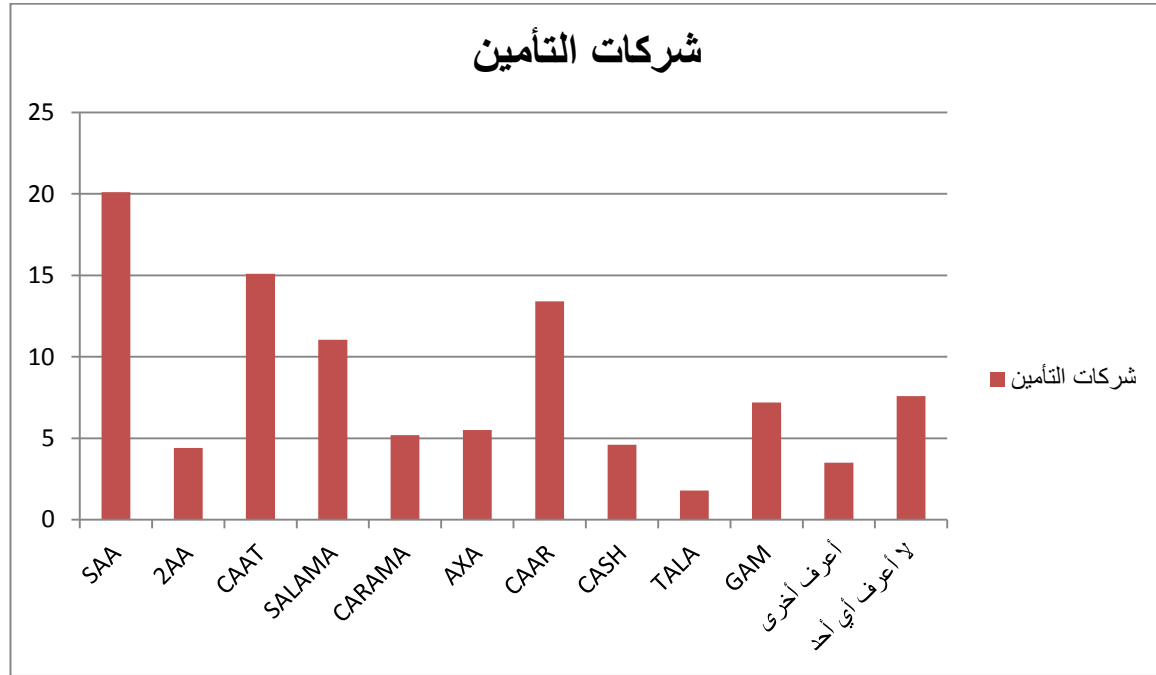
العبارة الثالثة: ماهي شركات التأمين التي تعرفها

الجدول رقم 15: يوضح مدى معرفة الأفراد بوجود شركات التأمين

الشركات	التكرار	النسب المئوية%
SAA	273	20.1
2AA	59	4.4
CAAT	205	15.1
SALAMA	156	11.5
KARAMA	71	5.2
AXA	75	5.5
CAAR	181	13.4
CASH	62	4.6
TALA	24	1.8
GAM	98	7.2
أعرف أخرى	48	3.5
لا أعرف أي واحدة	103	7.6

المصدر: من إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات برنامج spss

الشكل رقم 10: يوضح مدى معرفة الأفراد بوجود شركات التأمين



المصدر: من إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات برنامج spss

نلاحظ من خلال النتائج السابقة الموجودة في الجدول رقم 15 و الشكل البياني رقم 10 ان الشركات SAA و CAAT و SALAMA لديهم أكبر نسب على التوالي 20.1%، 15.5%، 13.4% مقارنة بالشركات GAM و AXA و KARAMA بالنسب على التوالي 7.2% و 5.5% و 5.2% في حين باقي الشركات كانت نسبهم أقل من 5% وهي CASH بنسبة 4.6% و 2AA بنسبة 4.4% و TALA بنسبة 1.8% وباقي الشركات الموجودة في السوق حصلت على 3.5% أما من لا يعرفون الشركة فكانت نسبتهم 7.6%

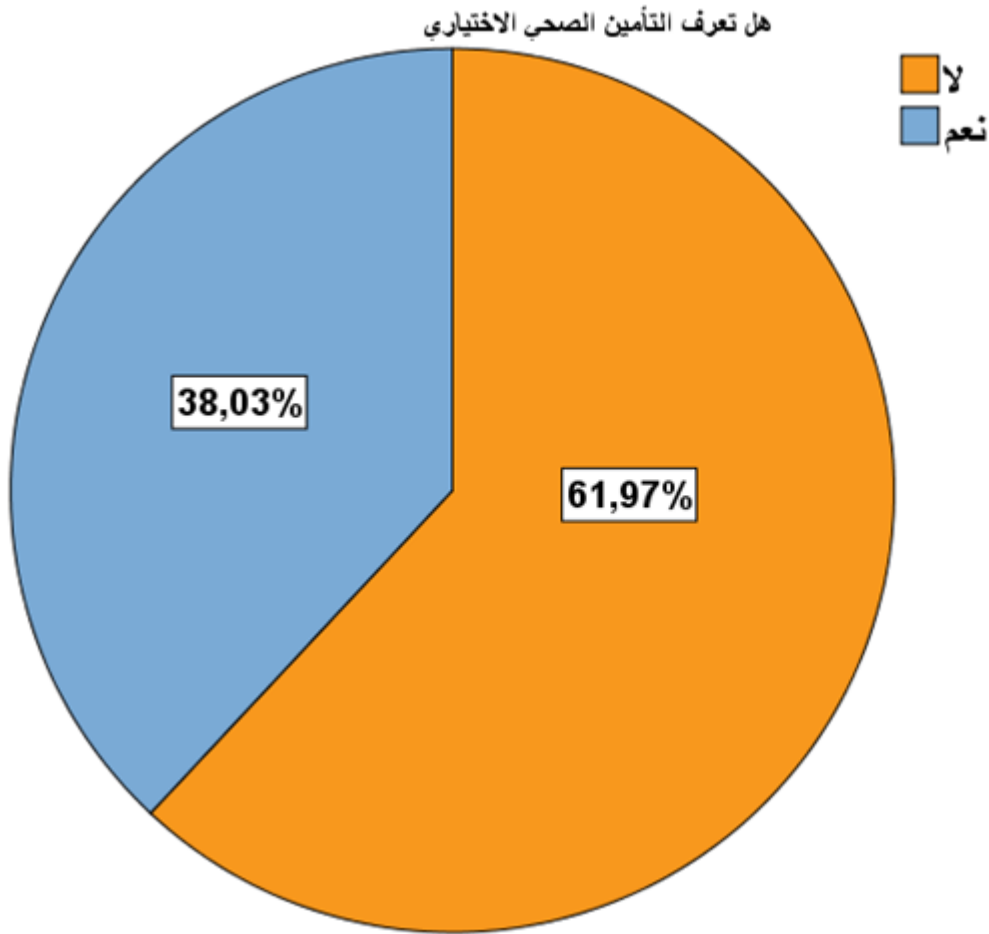
العبرة الرابعة: هل تعرف التأمين الصحي الإختياري

الجدول رقم 16: يوضح مدى معرفة الاشخاص بالتأمين الصحي الإختياري

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية%
لا	264	62
نعم	162	38
المجموع	426	100

المصدر: من إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات برنامج spss

الشكل رقم 11: يوضح مدى معرفة الأشخاص بالتأمين الاختياري



المصدر: من إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات برنامج spss

نلاحظ من خلال النتائج الموجودة في الجدول رقم 16 الشكل البياني رقم 11 أن نسبة من لا يعرفون التأمين الصحي الاختياري قدرت بنسبة 62% مقارنة بالذين يعرفون هذا التأمين، حيث بلغت نسبتهم 38% وهذا راجع لسيطرة التأمين الصحي الإجباري وكذلك نقص الإشهار لهذا المنتج.

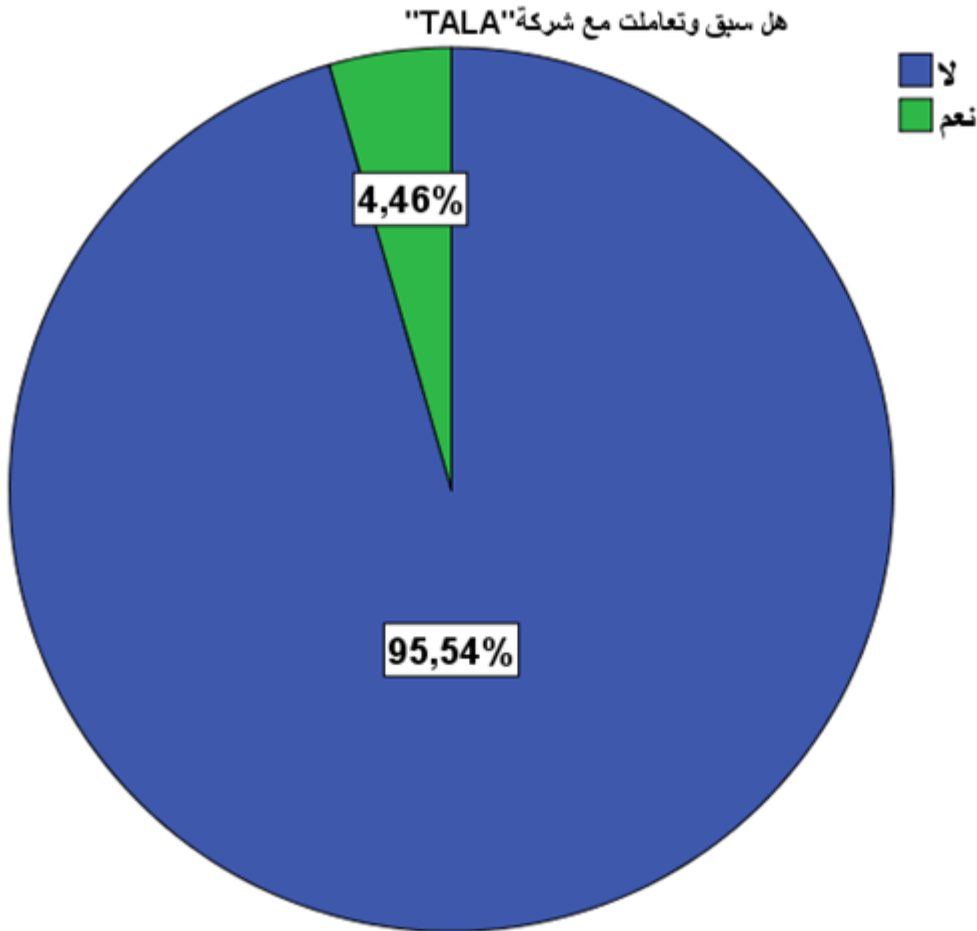
العبارة الخامسة: هل سبق وتعاملت مع شركة TALA

الجدول رقم 17: يوضح مدى تعامل الأفراد مع شركة TALA.

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	19	4.5
لا	407	95.5
المجموع	426	100

المصدر: من إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات برنامج spss

الشكل البياني رقم 12: يوضح مدى تعامل الأفراد مع شركة TALA



المصدر: من إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات برنامج spss

نلاحظ من خلال الجدول رقم 17 الشكل البياني رقم 12 أن نسبة التعامل مع شركة TALA ضعيفة جدا حيث قدرت ب 4.46% وهذا يدل على ضيق حيز نشاط الشركة .

الفرع الثاني: تحليل وتفسير النتائج المتعلقة بمحور استعداد الأفراد للحصول على التأمين الصحي الاختياري

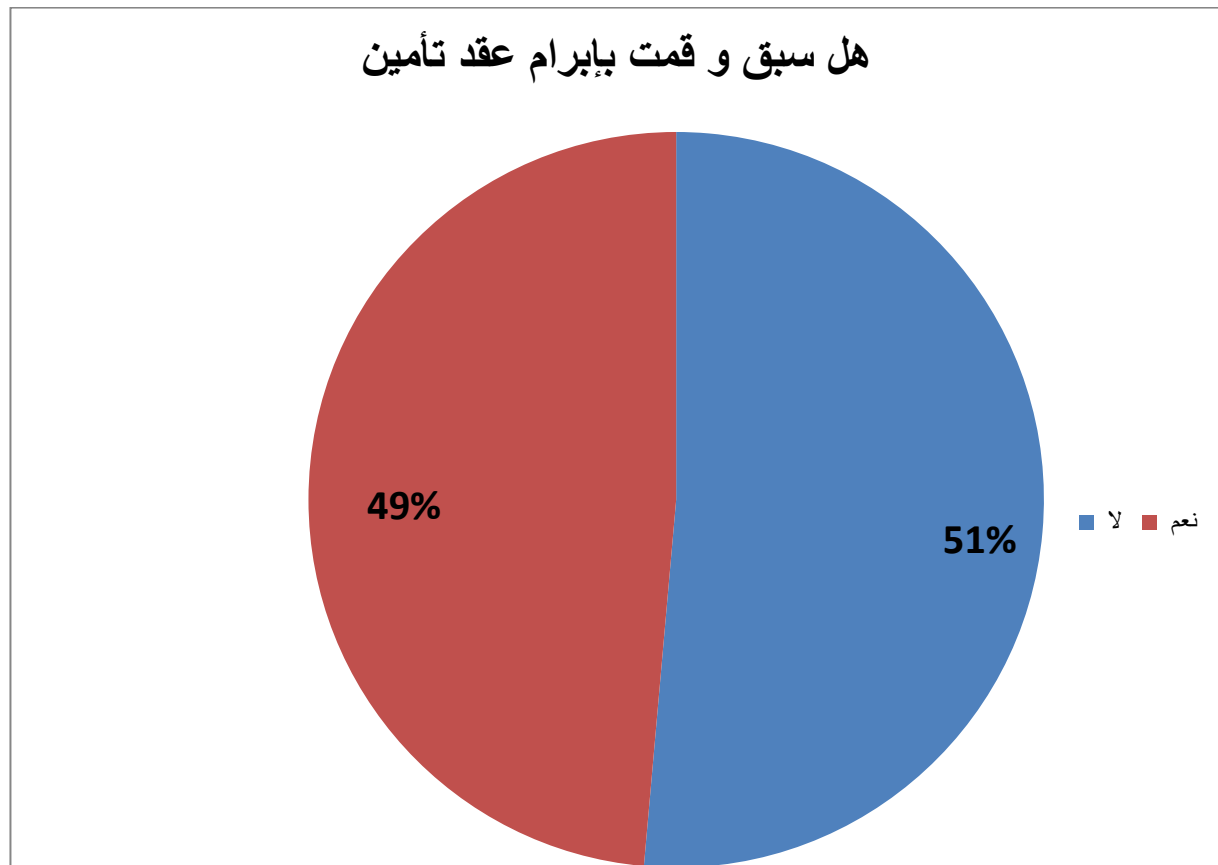
العبارة الأولى: هل سبق وقمت بعقد تأمين

الجدول رقم 18: يوضح مدى إقبال الأفراد على التأمين

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	207	48.6
لا	219	51.4
المجموع	426	100

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

الشكل رقم 13: يوضح مدى إقبال الأفراد على التأمين



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

نلاحظ من خلال الجدول أن بالتقريب نصف الأفراد قاموا من قبل بعقد التأمين والنصف الآخر لم يتم بعقد التأمين.

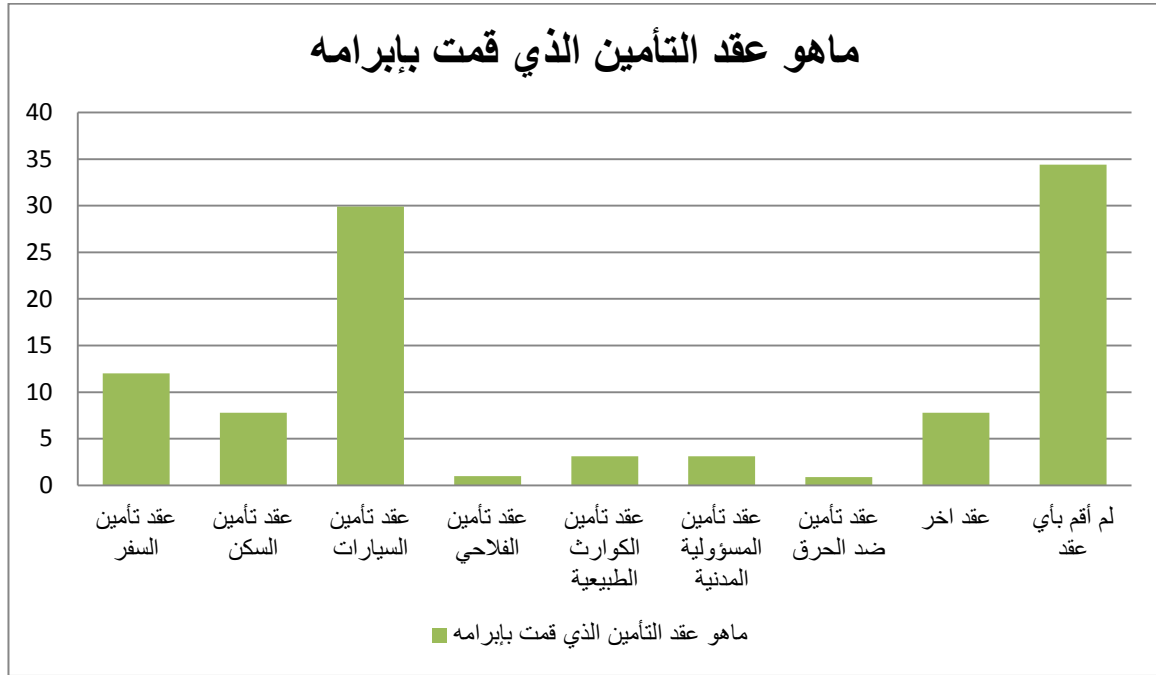
العبارة الثانية: ما هو عقد التأمين الذي قمت به

الجدول رقم 19: يوضح أنواع عقود التأمين التي قام بها الأفراد

أنواع العقود	التكرار	النسبة المئوية %
عقد تأمين السفر	69	12
عقد تأمين السكن	45	7.8
عقد تأمين السيارات	172	29.9
عقد تأمين فلاحى	6	1
عقد تأمين كوارث طبيعية	18	3.1
عقد تأمين مسؤولية مدنية	18	3.1
عقد تأمين ضد الحريق	5	0.9
عقد تأمين اخر	45	7.8
لم أقم بأي عقد	198	34.4

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

الشكل رقم 14: يوضح أنواع عقود التأمين التي قام بها الأفراد



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

من خلال الجدول رقم 19 و الشكل البياني رقم 14 يتضح ان لنا أن أكبر عدد من الأفراد لم يقوموا بأي عقد بنسبة 34.4% وكان أيضا نصيب عقد السيارة أكبر نسبة بـ 29.9% مقارنة بالعقود الأخرى إذ وصلت نسبة عقود السفر 12% أما العقود الأخرى فلم تتجاوز 10%.

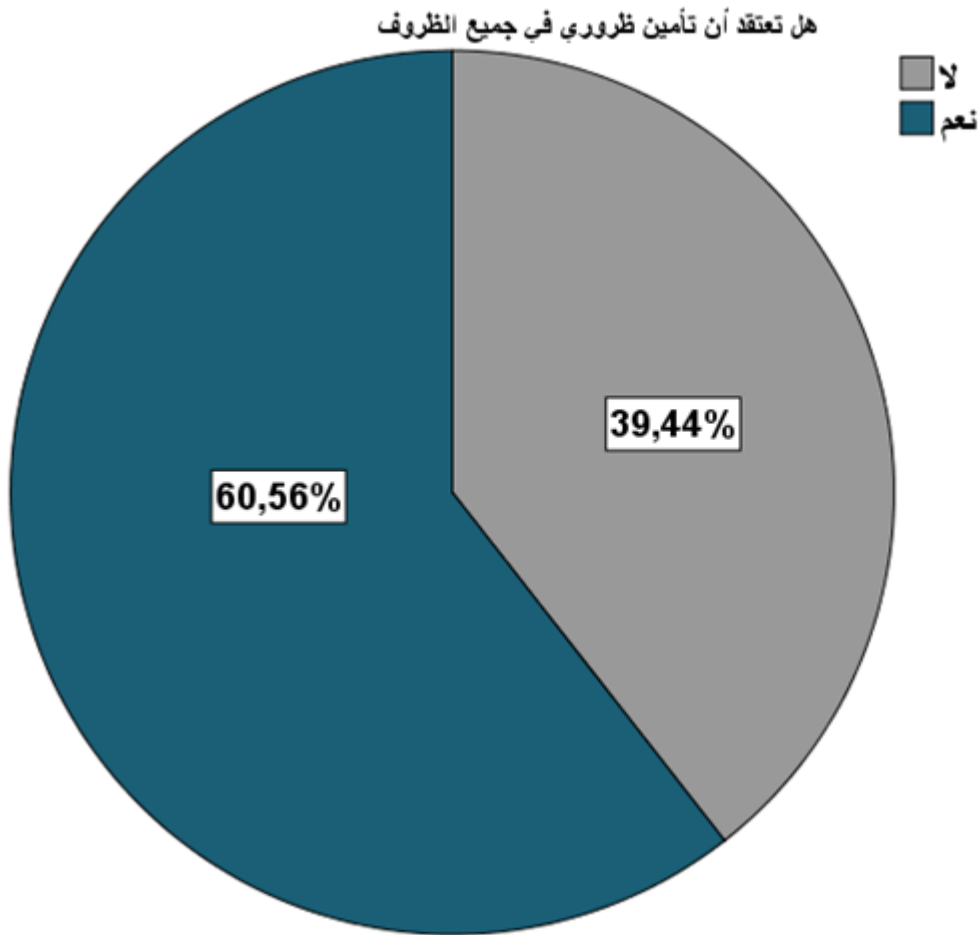
العبارة الثالثة: هل تعتقد أن التأمين ضروري في جميع الظروف

الجدول رقم 20: يوضح مدى اعتبار خدمة التأمين ضرورية

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية%
نعم	258	60.6
لا	168	39.4
المجموع	426	100

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

الشكل البياني رقم 15: يوضح مدى اعتبار خدمة التأمين ضرورية



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

نلاحظ من خلال الجدول رقم 20 والشكل البياني رقم 15 أن أغلبية الأشخاص يعتقدون أن التأمين ضروري بنسبة 60.6% مقارنة بنسبة 39.4% الذين يرون أن التأمين غير ضروري.

العبارة الرابعة: هل أنت مستعد لامتلاك التأمين الصحي الإختياري إذا علمت أنه سيغطي نسبة 95% من مصاريفك الطبية (أجره الطبيب، التحاليل، الأشعة بمختلف أنواعها، التدخلات الجراحية) بسعر يكون في المتناول

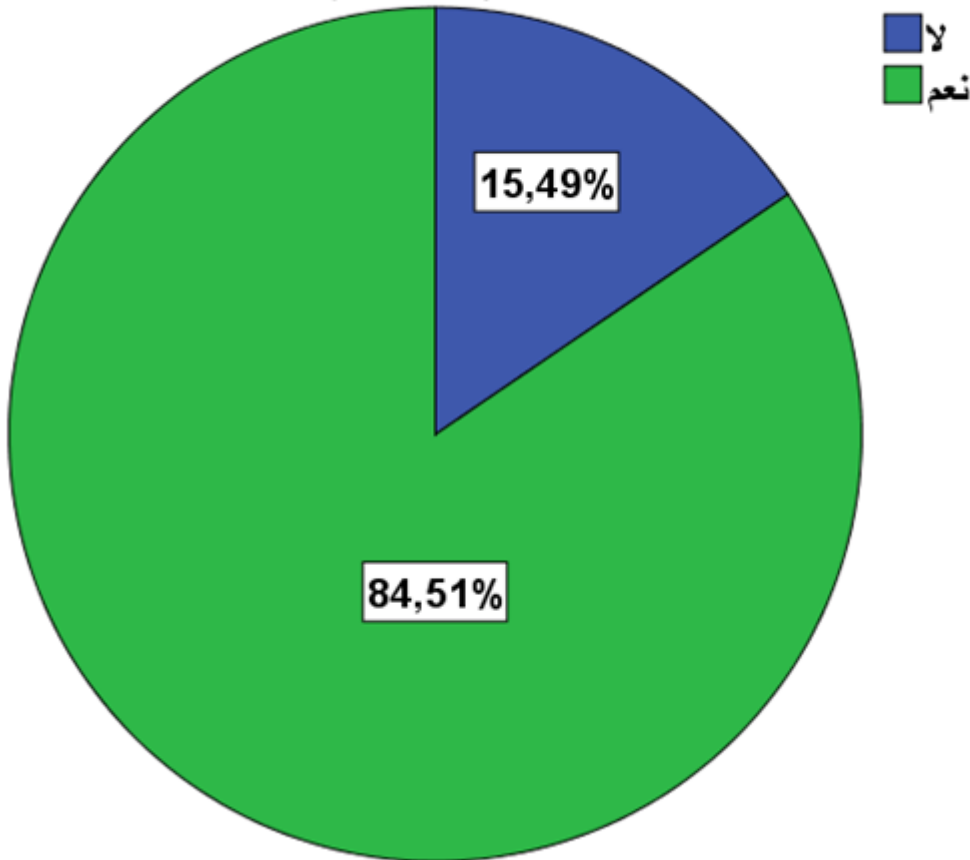
الجدول رقم 21: يوضح مدى استعداد الأفراد لامتلاك التأمين الصحي الإختياري

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية%
نعم	360	84.5
لا	66	15.5
المجموع	426	100

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

الشكل رقم 16: يوضح مدى استعداد الأفراد لامتلاك التأمين الصحي الإختياري

هل أنت مستعد لامتلاك تأمين صحي الإختياري إذا علمت أنه سيغطي 95% من مصاريفك الطبية (أجره الطبيب، التحاليل، الأشعة بمختلف أشكالها، التدخلات الجراحية) بسعر يكون في المتناول



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

نلاحظ من خلال الجدول رقم 21 والشكل البياني رقم 16 أن نسبة 84.5% على استعداد لامتلاك التأمين الصحي الاختياري، وهذا ما يوضح لنا أن أغلبية الأفراد لا يملكون معلومات حول هذا المنتج.

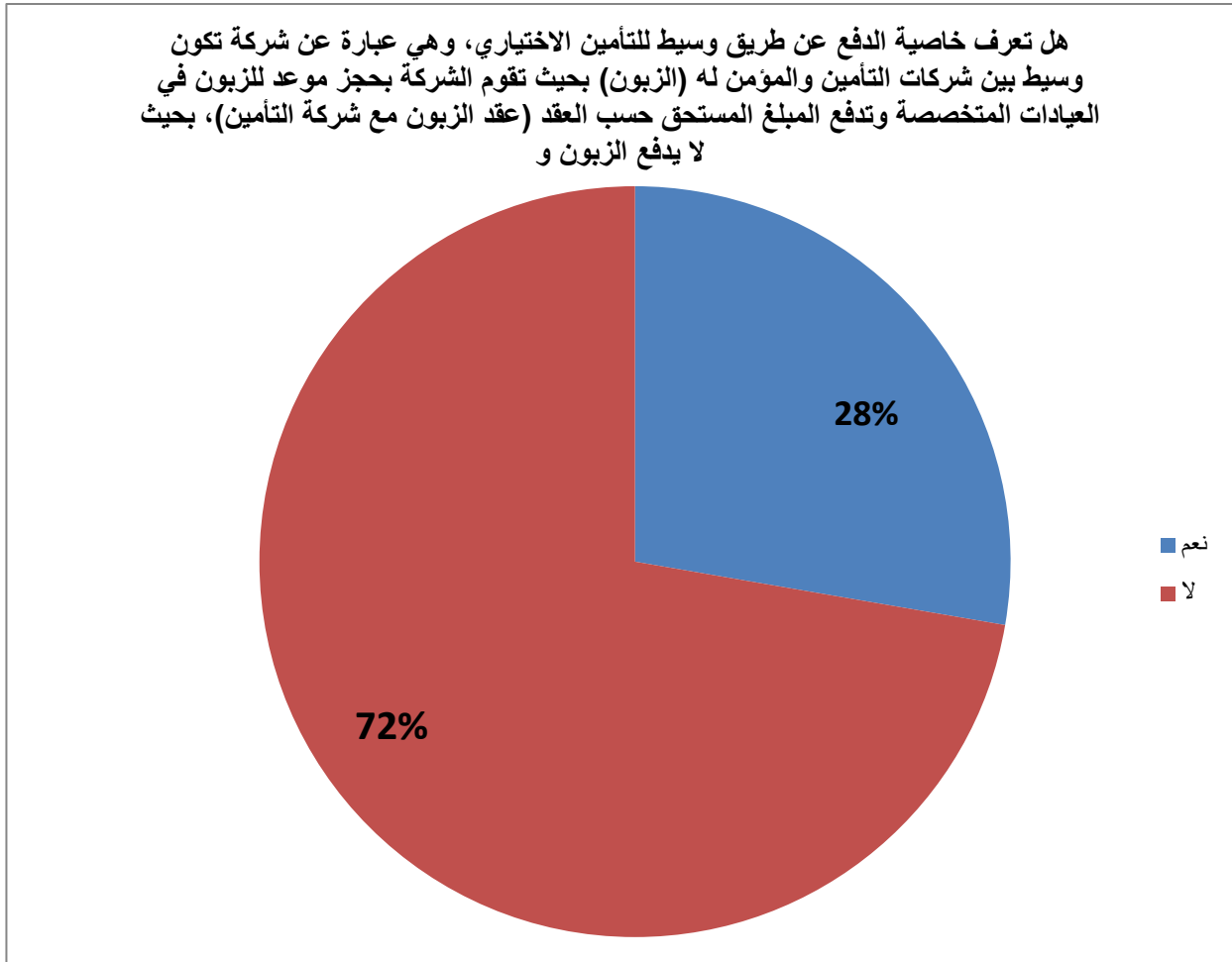
العبارة الخامسة: هل تعرف خاصية الدفع عن طريق وسيط للتأمين الصحي الاختياري، وهي عبارة عن شركة تكون وسيط بين شركات التأمين والمؤمن له (الزبون) بحيث تقوم الشركة بحجز موعد للزبون في العيادات المتخصصة وتدفع المبلغ المستحق حسب العقد (عقد الزبون مع شركة التأمين)، بحيث لا يدفع الزبون وينتظر التعويض من شركة التأمين.

الجدول رقم 22: يوضح مدى استعداد الأفراد للحصول على خاصية الدفع عن طريق وسيط

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية%
نعم	118	27.7
لا	308	72.3
المجموع	426	100

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

الشكل رقم 17: يوضح مدى استعداد الأفراد للحصول على خاصية الدفع عن طريق وسيط



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

من خلال الجدول رقم 22 الشكل البياني رقم 17 أن أغلبية الأفراد لا يعرفون هذه الخدمة بنسبة 72%

مقارنة بنسبة 28 % وهذا يؤكد أن أغلبية الأشخاص ليس لديهم معلومات حول التأمين الصحي الاختياري بما فيه هذه الخدمة.

الفرع الثالث: تحليل وتفسير النتائج المتعلقة بمحور معيقات التأمين الصحي الإختياري

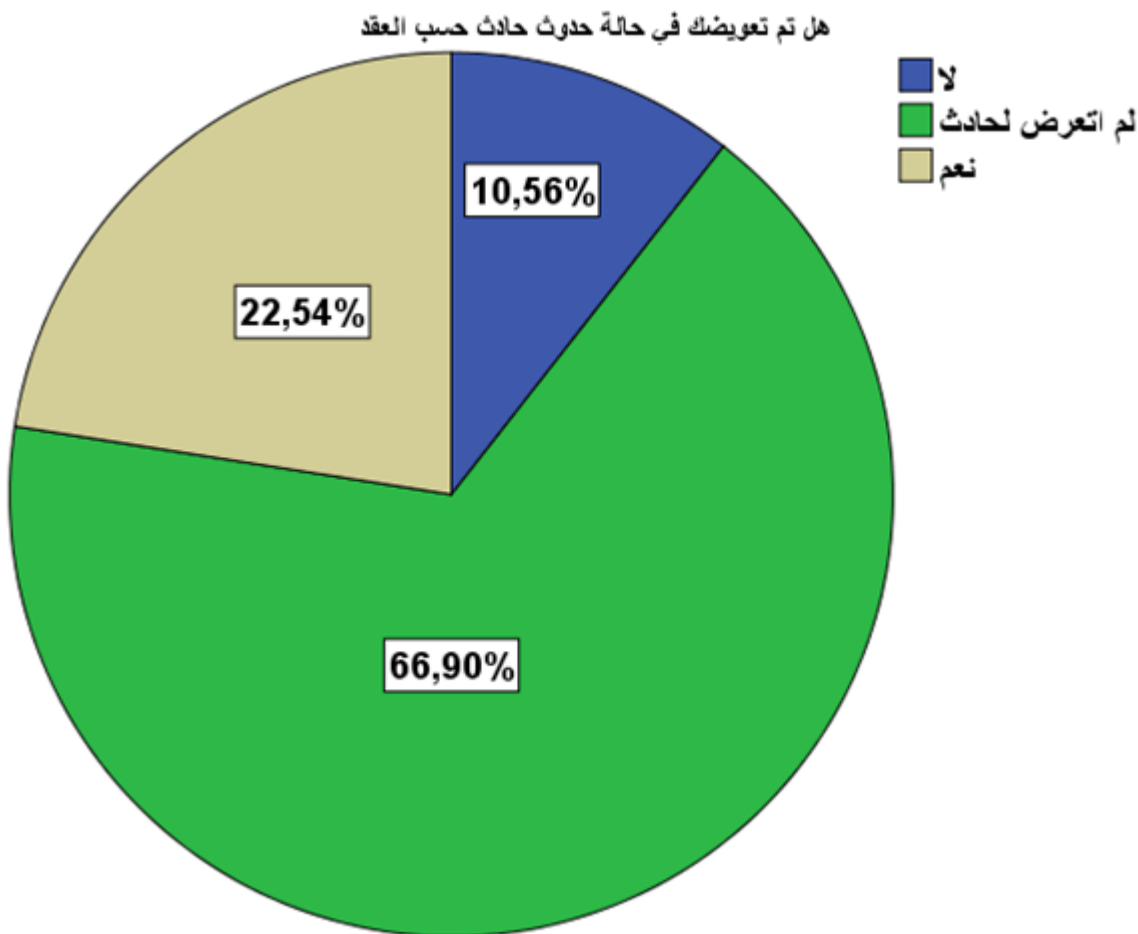
العبرة الاولى: هل تم تعويضك في حالة حدوث حادث حسب العقد

الجدول رقم 23: يوضح مدى ثقة الأفراد بشركات التأمين

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية%
نعم	96	22.5
لا	45	10.6
لم أتعرض لحادث	285	66.9
المجموع	426	100

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

الشكل رقم 18: يوضح مدى ثقة الأفراد في شركات التأمين



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

من خلال الجدول رقم 23 والشكل رقم 18 أن نسبة 22.5% تم تعويضهم حسب العقد، مقارنة بنسبة 10.6% الذين لم يكونوا راضين، كما نلاحظ أن نسبة معتبرة تقدر بـ 67% لم يتعرضوا لأي حادث، من خلال هذه النتائج لا يمكننا الجزم حول ثقة الأفراد بشركات التأمين وذلك لأن أغلبية الأفراد لم يتعرضوا لأي حادث.

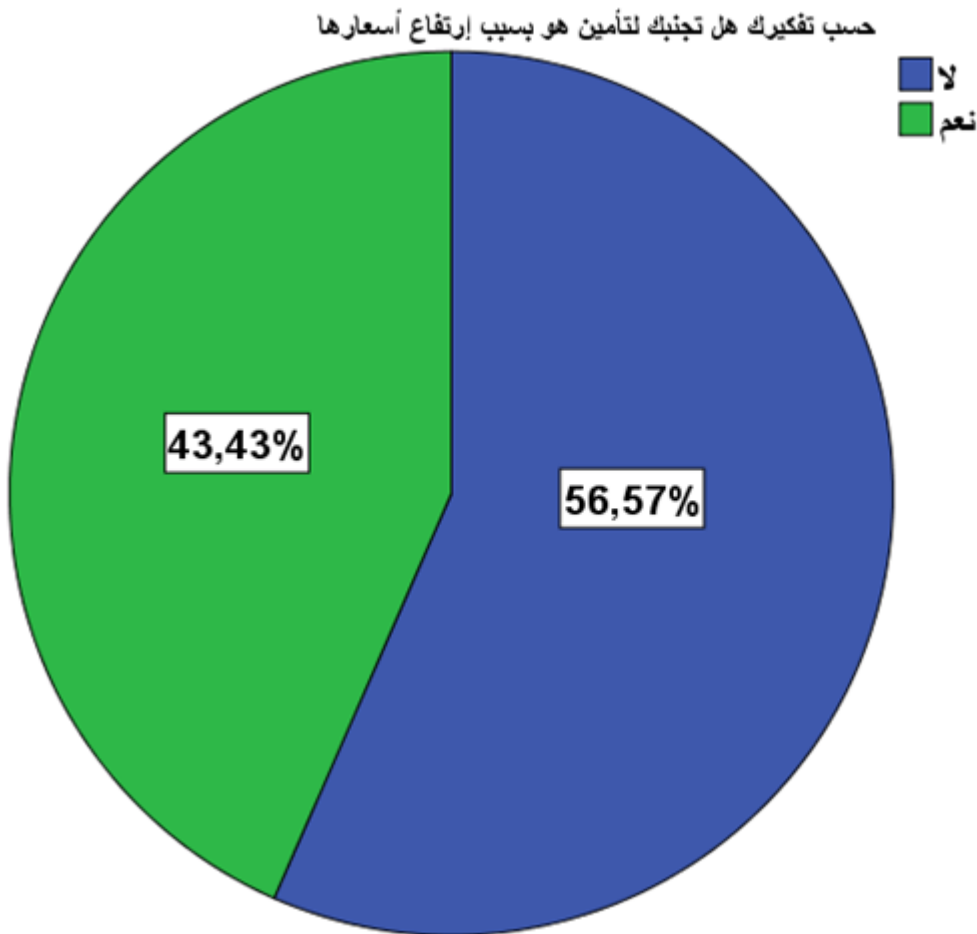
العبارة الثانية: حسب تفكيرك هل تجنبك لتأمين بسبب ارتفاع أسعاره

الجدول رقم 24: يوضح مدى انعكاس أسعار التأمين على الحصول عليها

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية%
نعم	185	43.4
لا	241	56.6
المجموع	426	100

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

الشكل البياني 19: يوضح مدى انعكاس أسعار التأمين على الحصول عليها



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

نلاحظ من خلال الجدول رقم 24 الشكل البياني رقم 19 أن نسبة 56.6% لا تعتبر أن تجنبها للتأمين هو بسبب ارتفاع أسعاره مقارنة بنسبة 43.3% الذين يرون أن ارتفاع الأسعار هو سبب تجنبهم للتأمين وهذا راجع لأن مستوى الدخل منخفض وكذلك عدم معرفة الأفراد بهذا التأمين.

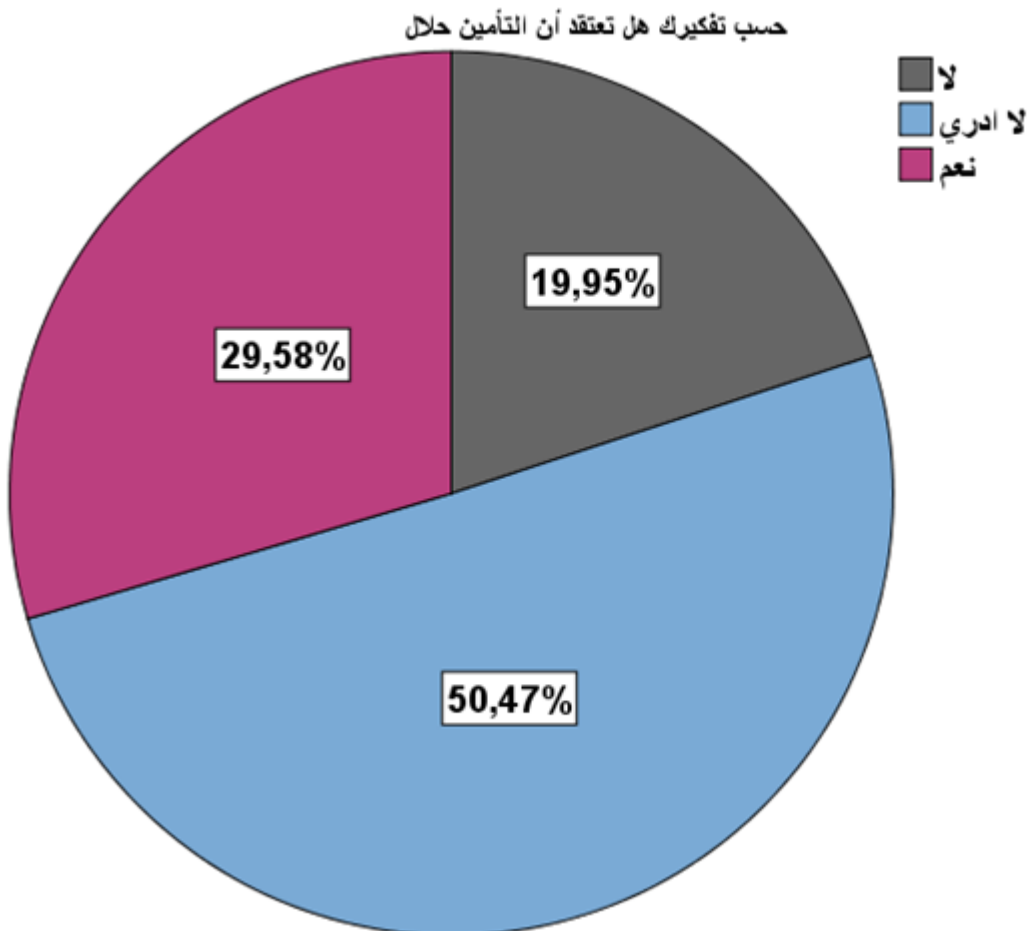
العبارة الثالثة: حسب تفكيرك هل تعتقد أن التأمين حلال

الجدول رقم 25: يوضح مدى تأثير الثقافة الدينية حول امتلاك التأمين

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية%
لا	85	20
لا أدري	215	50.5
نعم	126	29.6
المجموع	426	100

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

الشكل البياني رقم 20: يوضح مدى تأثير الثقافة الدينية حول امتلاك التأمين



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

نلاحظ من خلال الجدول رقم 25 الشكل البياني رقم 20 أن نسبة 20% يعتقدون أن التأمين حرام، مقارنة بنسبة 29.6% الذين يعتقدون أنه حلال، في حين أن أكبر نسبة 50.5% ليس لديهم خلفية دينية فيما يخص التأمين، ومنه نستنتج أن تجنب الأفراد لهذا التأمين لا يعود لخلفيتهم الدينية.

خاتمة الفصل

من خلال الدراسة الميدانية التي قمنا بها وتجميع مختلف الآراء حول التأمين بصفة عامة والتأمين الصحي بصفة خاصة استنتجنا:

- أنه لدى الأفراد ثقافة تأمينية و حس بضروريته على بالرغم من معرفتهم بالتأمينات الاجبارية أكثر من الاختيارية.
- أن أغلبية الأفراد على استعداد لامتلاك التأمين الإختياري إذا ما قدم لهم العرض المناسب الذي يتوافق مع مستوى دخلهم.
- كما أن الوازع الديني ليس سببا في ضعف الإقبال على التأمين الصحي الإختياري أو قلة الثقة، بالرغم من أغلبية الأفراد لم يتعرض لأي حادث (أي لم تكن لهم فرصة لاختبار ثقتهم شركات التأمين)، بل هذا راجع لقلة العرض والترويج لهذا المنتج.

الخاتمة

الخاتمة

في ضوء الدراسة التي قمنا بها التي أجريت على واقع التأمين الصحي في الجزائر ومن خلال التطرق إلى عدة مفاهيم حول تأمينات الأشخاص بصفة عامة والتأمين الصحي بصفة خاصة توصلنا للنائج والتوصيات التالية:

أ) إختبار الفرضيات

1- تم قبول الفرضية التي مفادها أن: التأمين الصحي الإجباري يسيطر بنسبة كبيرة مقارنة بالتأمين الصحي الاختياري.

حيث يغطي 80 % الى 100 % من التعويضات على الأدوية ويقتطع مبلغ أقله 1600دج بالنسبة للأجر 18000دج وهذا يؤدي إلى توجه التأمين الصحي الاجباري بسبب إجباريته، وكذا ضعف مستوى الدخل للفرد مما يقلل التوجه نحو التأمين الصحي الإختياري أو البحث عنه بالرغم من التعويضات التي تكون على أساس المصاريف الحقيقية المدفوعة.

2- تم رفض الفرضية : فحسب الدراسة التي قمنا بها فإن أغلب الأجوبة بالنسبة لأهمية التأمين الصحي مؤيدة له، وكذا سبب رفض التوجه للتأمين الصحي بسبب الوازع الديني تعتبر ضعيفة مقارنة بالاقترحات الاخرى هذا ما نستنتجه أن قلة العرض لهذا المنتج هو ما أدى إلى قلة الطلب.

3- تم قبول الفرضية التي مفادها أن: شركة التأمين وإعادة التأمين TALA تقوم بتشجيع الإقبال على منتجاتها، وذلك من خلال التنوع في المنتجات وكذا إعتمادها على عدة وكالات عبر الوطن.

ب) النتائج:

التأمين على الأشخاص في الجزائر متأخر جدا بنسبة 8% فقط من مجموع التأمينات وهذا راجع للأسباب التالية:

1- إنخفاض دخل الفرد لا يترك له مجال لتغطية هذه الأخطار التي تعتبر إختيارية و يكتفي بالتأمين الإجباري كتأمينات المسؤولية المدنية والضمان الاجتماعي، والعكس بالنسبة للدول المتقدمة نظرا لقدرتها الكبيرة على تطوير أنظمتها الإقتصادية وانتشار الوعي التأميني لدى أفرادها مما يجعل العملية سهلة ومنظمة؛

2-الأفراد الجزائريين بصفة عامة لا يولون أهمية للتأمينات بسبب التماطل في التعويض من قبل شركات التأمين، كما أن القدرة الشرائية والمستوى المعيشي يجعلان الفرد لا يعطي أهمية لمثل هذه الخدمات التي يعتبرها كمالية.

3- يحقق التأمين الصحي الاختياري الاستقرار الوطني من خلال المحافظة على رأس مال البشري وزيادة إنتاجيته كما يعمل على إستقرار العاملين بوظائفهم وهذا من خلال التعويضات الحقيقية المقدمة وكذا استعمال خدمة الدفع من طرف وسيط حيث توفر عليه الجهد و الوقت.

ج) التوصيات

- 1- تحسين نوعية الخدمة التأمينية، وهذا بأخذ كل التدابير التي تهدف إلى تلبية حاجيات المؤمن لهم (إدخال في التغطية كل الطرق والممارسات الجديدة في العلاج، بمتابعة كل المستجدات في المجال الصحي.
- 2- وضع برامج ترويج و إعلام المستهلكين بمختلف أنواع منتجات التأمين الصحي الاختياري المتوفر
- 3- توسيع شبكات توزيع منتجات التأمين الصحي الاختياري
- 4- تقديم للمؤمن لهم تسهيلات في التعويضات على أساس المصاريف الطبية المدفوعة حقيقتا دون اخذ الموافقة من صندوق الضمان الاجتماعي.
- 5- توفير منتجات تأمين صحي تتوافق مع حاجة السوق ومستوى دخل الفرد.

قائمة

الملاحق

ANNEXE N°01 :

TABLEAU DES PRESTATIONS MALADIE & SOINS ANNEXES

ACTES MEDICAUX		MONTANT DES GARANTIES
		Plafond annuel par Assuré 400.000 DA
SOINS MÉDICAUX NOMENCLATURE	Consultation Généraliste	80% Frais Réels 1 000 DA par acte
	Consultation Spécialiste	80% Frais réels 1 500 DA par acte
	Radiographie	80% des frais réels 3 000 DA par acte
	Traitements spéciaux (K)	80 % Frais Réels 2 000 DA par acte
	Tout type d'analyses	80% Frais Réels 5 000 DA par acte
ACTES DE SPÉCIALISTES	Orthophoniste	Jusqu'à concurrence de 2 000 DA/ séance et 10 séances/ bénéficiaire / an
	Echographie	80% Frais Réels 2 000 DA par acte
	IRM	80% Frais Réels 12 000 DA par An
	Scanner	80% Frais Réels 12 000 DA par An
HOSPITALISATION	Honoraires chirurgicaux et frais accessoires à une opération	80% Frais Réels Jusqu'à concurrence de 80 000 DA par bénéficiaire et par an
	Frais de séjour en clinique	Jusqu'à concurrence de 2 500 DA/jour avec une limite de 6 jours
TRANSPORT DU MALDE	Remboursement : Jusqu'à concurrence de 10 000 DA	Remboursement : L'ensemble des frais de transport dans la limite d'un (01) billet par an en classe économique
	En Algérie : Conditions : Le transport doit être prescrit par un médecin pour l'évacuation de l'assuré vers un centre médical hospitalier	A l'étranger : Conditions : Nécessité d'une prise en charge de la sécurité sociale
CURE THERMALE	Jusqu'à concurrence de 20 000 DA par an et par prestataire	
MATERNITE	Accouchement normal	80% des frais réels 30 000 DA par acte

FRAIS PHARMACEUTIQUES	Accouchement avec césarienne	80% des frais réels 40 000 DA par acte
	Vignettes vertes	20% des frais réels (En complément de la CNAS)
	Vignettes rouges	60% Frais Réels Jusqu'à concurrence de 10.000 DA par an
FRAIS OPTIQUES	Verres optiques ordinaires	80% Frais Réels limite de 4 000 DA par an
	Verres optiques progressifs	80% Frais Réels limite de 8 000 DA par an
	Montures	80% Frais Réels limite de 4 000 DA par an
	Lentille de contact	80% Frais Réels limite de 8 000 DA par an
FRAIS DENTAIRES	Soins dentaires	80% Frais Réels 4 000 DA par acte
	Radios	80% Frais Réels 2 500 DA par acte
	Chirurgies dentaires	80% Frais Réels 4 000 DA par acte
	Orthodontie, Prothèses et Resserrage	80% Frais Réels 20 000 par garantie et par an
PROTHESES	Prothèses auditives	80% des frais réels Jusqu'à concurrence de 20 000 DA
	Prothèses orthopédiques	80% des frais réels Jusqu'à concurrence de 2 000 DA

ANNEXE N°02:
INDEMNITES FORFAITAIRES

RUBRIQUE DES INDEMNITES	MONTANT DES INDEMNITES FORFAITAIRES EN DA
-------------------------	--

Forfait mariage	15.000
-----------------	--------

Forfait naissance	10.000
-------------------	--------

Forfait circoncision	10.000
----------------------	--------

Frais funéraires	15.000
------------------	--------

ANNEXE N°03 :
PRESTATIONS TIERS PAYANT « PATIENT MANAGEMENT »

ACTES MEDICAUX	PATIENT MANAGEMENT	LIMITE DE COUVERTURE
MATERNITE	Consultations pré et post-natales	
	Echographie de grossesse	
	Accouchement sans complication	
	Accouchement avec complication	
ACTES EXPLORATOIRES	Frais de séjour du bénéficiaire	80% des frais réels
	Analyses médicales	Conformément aux plafonds contractuels
	Radiographie standard	
	Echographie	
	Examen vasculaire	
HOSPITALISATION	Scanner	
	IRM	
	Hospitalisation chirurgicale en clinique	



TAAMINE LIFE ALGERIE

NOTE TECHNIQUE



CONTRAT GROUPE : AGENOR

1- Les bénéficiaires :

Les bénéficiaires de la couverture sont :

- ☒ L'Assuré(e) lui (elle)-même
- ☒ Le conjoint de l'Assuré(e), salarié(e) ou non
- ☒ Les enfants à charges de l'Assuré(e), au sein des allocations familiales
- ☒ Les Personne(s) physique(s) désignée(s) par l'Assuré dans le « bulletin d'adhésion », ou à défaut, ses ayants-droits

2- Les Garanties Accordées

2-1 : Capital Décès : 1 000.000 DA

2-2 Capital Incapacité Totale et Définitive : 1 000.000 DA.

2-3 Rente Education : En cas de décès d'un Assuré, il sera versé aux enfants à charge une rente annuelle de 6.000 DA, par enfant jusqu'à l'âge de 18 ans, pour les frais de sa scolarisation

2-4 Indemnités forfaitaires :

- ☒ Mariage :15.000 DA
- ☒ Naissance :10.000 DA
- ☒ Circoncision :10.000 DA
- ☒ Décès (Conjoint, enfant, père ou mère de l'assuré) :15.000 DA

2-5 Complément maladie et soins annexes : Il

sera remboursé à l'assuré et avant le remboursement CNAS 80% des frais médicaux déboursés, avec un plafond annuel de 400.000 DA par assuré, à concurrence des plafonds suivants

- 1- Consultation généraliste jusqu'à concurrence de 1.000 DA
- 2- Consultation Spécialiste jusqu'à concurrence de 1.500 DA
- 3- Pharmacie :

Vignettes vertes 20% en complément de la C.N.A.S.

Vignettes rouges 60% des frais réels jusqu'à concurrence de 10.000 DA par adhérent et par an.

4- Les actes spécialisés :

- ☒ Ecographie jusqu'à concurrence de 2.000 par acte.
 - ☒ Traitement spéciaux 2.000 DA par acte.
 - ☒ Scanner 12.000 DA par bénéficiaire et par
 - ☒ IRM 12.000 DA par bénéficiaire et par an.
 - ☒ Les analyses 5.000 DA par bénéficiaire et par acte.
 - ☒ Les radios jusqu'à concurrence de 3.000 DA par bénéficiaire et par Acte
 - ☒ Orthophoniste : 2 000 DA limite de 10 séances/Bénéficiaire/an
- ### 5- Lunetterie :
- ☒ Monture : jusqu'à concurrence de 4.000 DA par an et par bénéficiaire.
 - ☒ Verres ordinaires : jusqu'à concurrence de 4.000 DA par an et par bénéficiaire.
 - ☒ Verres progressifs : jusqu'à concurrence de 8.000 DA par an et par bénéficiaire.
 - ☒ Lentilles : jusqu'à concurrence de 8.000 DA par an et par bénéficiaire.
- ### 6- Dentaires :
- Sous réserve de prise en charge ou rejet de la CNAS
- ☒ Les soins dentaires : jusqu'à concurrence de 4.000 DA par acte.

اللاحق رقم 04: الوثائق المطلوبة في حالة وقوع خطر

☒ Les radios : jusqu'à concurrence de 2.500 DA par acte.

☒ Chirurgie dentaire : jusqu'à concurrence de 4.000 DA par bénéficiaire et par acte.

☒ Orthodontie : 20.000 DA par an et par enfant de moins de 16 ans

☒ Prothèse dentaire : 20.000 DA par an et par bénéficiaire.

7- Maternité :

☒ Accouchement Normal : 30.000 DA par acte

☒ Accouchement par césarienne : 40.000 DA par acte

8- Hospitalisation :

☒ Honoraires chirurgicaux et frais accessoires à une opération – k- (hors maternité) Jusqu'à concurrence de 80.000 DA par bénéficiaire et par an.

9- Frais de séjour en clinique : aux frais réels jusqu'à concurrence de 2.500 DA par jour, limités à 6 jours.

10- Transport sanitaire :

☒ En Algérie : jusqu'à concurrence de 10.000 DA sur prescription médicale.

☒ A l'étranger : frais réels avec un maximum d'un (01) billet par an en classe économique, y compris pour l'accompagnateur.

11- Prothèses auditives et orthopédiques : jusqu'à concurrence de 20.000 DA par adhérent et par an.

12- Cure thermique : Avec prise en charge CNAS, 20.000 DA par an et par bénéficiaire

3- Le Tiers payant : Possibilité d'appeler TALA Assistance pour

☒ Les Conseils médicaux

☒ Les Prises en charge dans la limite des plafonds contractuels par appel téléphonique au : 021.98.00.93., pour

A- L'accouchement

B- L'Hospitalisation

C- Les actes spécialisés

4- Dossier à fournir en cas de sinistre

4-1 Décès

☒ Acte de décès

☒ Bulletin d'adhésion ou fredha

☒ Certificat de constatation de décès

☒ PV des autorités en cas de décès accidentel

4-2 : Maladie redoutée

☒ Dossier Médical

☒ Historique de la maladie

☒ Inscription dans la liste d'attente de la greffe d'organe, pour les insuffisances rénales

4-3 Incapacité Permanente totale

☒ Notification CNAS

☒ Dossier médical

☒ Les arrêts de travail

4-4 : les autres prestations

☒ Acte de mariage pour le forfait mariage

☒ Bulletin de naissance pour le forfait naissance

☒ Bulletin de décès + Fiche familiale pour le forfait décès

☒ Certificat de circoncision + fiche familiale pour le forfait circoncision

☒ Copie des ordonnances + les vignettes rouges pour les produits pharmaceutiques et consultations + Copie de la facture de l'officine en cas d'achat par la carte chifa

☒ Les prescriptions médicales pour les actes

☒ Les comptes rendus pour les actes spécialisés et chirurgicaux

☒ Note d'honoraire en cas d'hospitalisation

☒ Prescription de lunetterie

☒ Prise en charge + facture pour les cures thermales

☒ Prise en charge ou rejet pour le dentaire

☒ Bulletin de soins dûment rempli par les praticiens pour tous les frais médicaux (document obligatoire)

5- Cotisation

La cotisation mensuelle par adhérent est de 1.400 DA



TAAMINE LIFE ALGERIE, EPE—SPA au capital social de 1 000 000 000 DZD
Siège social : 123, Route de Meftah, Beaulieu, Oued-Smar, Alger
Tél : 023 92 69 71/89 - Fax : 023 92 67 11 - RC N°: 16/00 - 0987982 B11

DEMANDE INDIVIDUELLE D'ADHESION A L'ASSURANCE GROUPE

N° D'ADHESION

CONTRACTANT :

Nom ou Raison sociale : (Souscripteur à l'assurance groupe)

Adresse :

Police :

Partie réservée à TALA ASSURANCE

Délivrée le :

Effet de l'adhésion :

ADHERENT :

Nom : Nom de jeune fille :
(En lettres capitales)

Prénom : Date de naissance : / / Sexe :

Adresse personnelle :

Situation de famille : Célibataire – Marié(e) – veuf (ve) – Divorcé (e)

Nom et Prénom du conjoint (e) : Nombre d'enfant à charge :
(au sens des allocations familiales)

Lieu de l'emploi : Option :

Date d'entrée en service :

ENFANTS A CHARGE :

Prénom	Date de naissance	Prénom	Date de naissance
.....			
.....			
.....			
.....			

Je soussigné(e), demande à être admis(e) à l'assurance contractée par :
L'autorise à souscrire sur ma tête une assurance en cas de décès, pour un capital dont le montant est défini ci-dessus, et approuve les conditions générales et particulières de la police.

BENEFICIAIRE EN CAS DE DECES (1) :

Je désigne comme bénéficiaire(s) du capital en cas de décès :

Noms – Prénoms : (lien éventuel de parenté)

Fait à Le / / 20..... /

Cachet du contractant

الملحق رقم (05): الإستمارة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوقرة-بومرداس-

ورقة الإستبيان حول

التأمين الصحي الاختياري

تحت إشراف الأستاذ:

محمد دبوزين

من إعداد الطالبتين:

أسماء علو

صورية أوريحان

السنة الدراسية 2021/2022

سوف أكون ممثنا لكم بملء الاستبيان لاستكمال درستنا لنيل شهادة ماستر تخصص مالية وتأمينات بعنوان واقع التأمين الصحي الاختياري، لمعالجة ضعف الطلب على هذا التأمين، يتضمن بحثنا هذا دراسة استطلاعية تهدف للحصول على عدد من الجوانب المتعلقة بالتأمين الصحي الاختياري.

يرجى وضع علامة (X) أمام الإجابة المناسبة

الجزء الأول: المعلومات الشخصية

الجنس	☐ ذكر	☐ انثى			
السن	☐ 30-20	☐ 40-31	☐ 50-41	☐ 65-51	☐ 66 فما فوق
الحالة العائلية:	☐ متزوج	☐ أعزب	☐ مطلق		
هل عندك أولاد	☐ نعم	☐ لا			
المستوى الدراسي	☐ متوسط	☐ ثانوي	☐ جامعي	☐ دراسات عليا	
مستوى الدخل	☐ لا يوجد دخل ثابت	☐ 25000-18000	☐ 35000-25001		

☐ 45000-35001	☐ 55000-45001	☐ 65000-55001
☐ 75000- 65001	☐ 85000-75001	☐ 100000-85001
☐ 150000-100001	☐ 150001- فما فوق	

الجزء الثاني: ثقافة التأمين بصفة عامة

1- هل تعرف التأمين

☐ - نعم
☐ - لا

2- ماهي التأمينات التي تعرفها

- ☐ تأمين السيارات ☐ تأمين السفر ☐ تأمين السكن ☐ تأمين الكوارث الطبيعية
☐ تأمين الحريق ☐ تأمين المسؤولية المدنية ☐ تأمين العشري ☐ تأمين الفلاح
☐ تأمين صحي ☐ تأمين القروض ☐ لا أعرف أي أحد ☐ أعرف أخرى

3- ماهي شركات التأمين التي تعرفها

- CAAR ☐ TALA ☐ CARAMA ☐ 2AA ☐ SAA ☐
GAM ☐ AXA ☐ CASH ☐ SALAMA ☐ CAAT ☐
☐ اعرف اخرى ☐ لا اعرف اي واحدة

4- هل تعرف التأمين الصحي الاختياري

- ☐ - نعم
☐ - لا

5- هل سبق وتعاملت مع شركة TALA

- ☐ - نعم
☐ - لا

الجزء الثالث: إستعداد الأفراد للحصول على التأمين الصحي الإختياري

1- هل سبق وقمت بعقد تأمين

- ☐ - نعم
☐ - لا

2- ما هو عقد التأمين الذي قمت به

☐ - عقد تأمين السيارة ☐ - عقد تأمين السكن ☐ - عقد تأمين السفر

☐ - عقد تأمين الكوارث الطبيعية ☐ - عقد تأمين المسؤولية المدنية

☐ - عقد تأمين ضد الحريق ☐ - عقد تأمين فلاحى ☐ - عقد اخر

☐ - لم أقم بأي عقد

3- هل تعتقد أن التأمين ضروري في جميع الظروف

☐ - نعم

☐ - لا

4- هل أنت مستعد لامتلاك التأمين الصحي الإختياري إذا علمت أنه سيغطي 95% من مصاريفك الطبية (أجرة الطبيب، التحاليل، الأشعة بمختلف أشكالها، التدخلات الجراحية) بسعر يكون في المتناول

☐ - نعم

☐ - لا

5- هل تعرف خاصية الدفع عن طريق وسيط في التأمين الإختياري وهي عبارة عن شركات تكون وسيط بين شركات التأمين و المؤمن له (الزبون بحيث تقوم هذه الشركات بحجز موعد لزبون في عيادات متخصصة وتدفع المبلغ المستحق حسب العقد أي عقد الزبون مع شركة التأمين بحيث لا يدفع الزبون وينتظر التعويض من شركة التأمين

☐ - نعم

☐ - لا

الجزء الرابع: معيقات التأمين الصحي الاختياري

1- هل تم تعويضك في حالة حدوث حادث حسب العقد

- نعم ☐

- لا ☐

- لم أتعرض لحادث ☐

2- حسب تفكيرك هل تجنبك للتأمين بسبب إرتفاع أسعاره

- نعم ☐

- لا ☐

3- حسب تفكيرك هل تعتقد أن التأمين حلال

- نعم ☐

- لا ☐

- لا ادري ☐

قائمة

المراجع

قائمة المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية

- الكتب:

1- محمد هانسي، التأمين التجاري والاجتماعي الجوانب النظرية والأسس الرياضية، مؤسسة رؤية للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى 2008.

2- حربي محمد عريقات وسعيد جمعة عقل، التأمين وإدارة الخطر، دار وائل للنشر، الطبعة الثانية، 2010.

3- عز الدين فلاح، التأمين مبادئه، أنواعه، دار أسامة للنشر والتوزيع.

- المجلات والدوريات:

1- أسماء حدباوي، دور قنوات توزيع التأمين في النهوض بفرع التأمين على الأشخاص في الجزائر خلال الفترة 2011-2020، مجلة أبحاث اقتصاديه معاصرة، جامعة محمد بوضياف المسيلة .

2- نبيل قبلي، انعكاسات الإصلاحات القانونية على صناعة تأمينات الأشخاص في الجزائر دراسة مسحية تحليلية للفترة 2011- 2019 الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، المجلد 14 العدد 01 جامعة خميس مليانة.

3- قميري حبيلة وأوكيل نسيم، واقع تأمينات الأشخاص في الجزائر في ظل انتشار وباء كوفيد 19، مجلة الميادين الاقتصادية، جامعة بومرداس.

4- نوال مازيغي، دور التأمين الصحي في تجسيد الحق في الصحة، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، جامعة يحي فارس المدية.

5- علي مظهر عبد المهدي، خدمات التأمين الصحي وأثرها في استدامة الموارد البشرية، مجلة دراسات محاسبية ومالية، العراق.

6- محمد لمين مراكشي، ترقية خدمات التأمين الصحي في الجزائر، مجلة الاقتصاد الجديد سبتمبر 2013.

- المحاضرات:

1- محد دبوزين، محاضرة في مقياس تقنيات التأمين وإعادة التأمين، جامعة امجد بوقرة -بومرداس- .

2- ميلود ذبيح، محاضرة في مقياس قانون التأمين، كلية الحقوق والعلوم السياسية محمد بوضياف المسيلة.

3- علي لكبير، محاضرة في التأمين على الحياة في التشريع الجزائري.

4- مشري راضية، محاضرة في قانون التأمين.

5- بن زيدان فاطمة الزهراء وقطاب فالحة، محاضرة بعنوان واقع تسويق خدمات التأمين الصحي بالجزائر، جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف.

- القوانين والمراسيم:

1- الأمر 95-07 من الجريدة الرسمية، الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 13، الصادرة بتاريخ 8-مارس 1995.

2- المجلس الوطني للتأمينات

المراجع باللغة الفرنسية:

الكتب:

1- **L'assurance pour les nuls**, laurence de percine ,first editions page323

المراجع الإلكترونية:

1 - [https:// mawdoo3.com.21.04.2022/13.16](https://mawdoo3.com.21.04.2022/13.16)

2 - <https://www.tala.dz>