

دولة الرعاية الاجتماعية والتحول إلى اقتصاد السوق في الجزائر

ملخص

نحاول في هذه الدراسة التركيز على أهمية الرعاية الاجتماعية في الأنظمة الاقتصادية المختلفة، وكيفية ظهورها وتطورها والأزمات التي تتعرض لها وتجارب الرعاية الاجتماعية في أهم الدول المتقدمة، مع دراسة مقارنة لأنظمة الرعاية في دول شمال إفريقيا وتكلفة كل نظام بالنسبة للأفراد وأرباب العمل، وتسليط الضوء على أهم أنظمة الرعاية.

أ. صرارمة عبد الوحيد
كلية العلوم الاقتصادية
وعلوم التسيير
جامعة أم البواقي،
الجزائر

مقدمة

إن مفهوم الرعاية يتمثل في التحمل الجماعي للإخطار التي تمس الفرد، ودولة الرعاية ناتجة أساسا من العلاقة بين الدولة والسوق، فنقائص هذا الأخير أدت بالدولة إلى التدخل لضمان تقديم خدمات يعجز السوق عن توفيرها، فصحة الأفراد وحماية الأطفال والأشخاص المسنين مثلا ضرورية لأي دولة بغض النظر عن النظام الاقتصادي المتبع أو درجة التقدم، وللرعاية الاجتماعية تكلفة يتحملها الأفراد وأرباب العمل كما تتحملها الدولة في حالة عدم كفاية اشتراكات الأفراد. وتؤثر وظيفة الرعاية على الاستثمار وكذلك على الإنفاق العام لهذا عادة ما تخضع للإصلاحات كلما تطلب الأمر ذلك. ولتخفيف العبء عادة ما تقوم الدول

Résumé

This paper deals with the importance of social welfare in different economic systems, with a special focus on North African countries. It compares their welfare systems and their cost, as far as employees and employers are concerned. It also sheds light on the main welfare systems applied in Algeria.

بفتح المجال للسوق ليساهم في توفير جزء من هذه الخدمات وبأقل تكلفة. والجزائر عرفت وظيفة الرعاية منذ العهد الاستعماري، وبعد الاستقلال قامت بإدخال عدة إصلاحات على أنظمة الحماية لتتماشى مع الوضع الاقتصادي السائد، وكان لهذه الأنظمة دور هام في عملية التحول إلى اقتصاد السوق، حيث ساهمت في تخفيض التكلفة الاجتماعية وسهلت عملية تقبل المجتمع لهذه الإصلاحات والسؤال المطروح هو: ما هي وضعية الرعاية الاجتماعية في الجزائر في ظل التحول إلى اقتصاد السوق؟

للإجابة على ذلك قمنا في هذه المقالة بتحليل نظري لأهم التجارب والنظريات المطبقة في العالم خاصة الدول المتقدمة، كما قمنا بإجراء مقارنة بين بعض دول شمال أفريقيا لأخذ نظرة ولو بسيطة على مستوى الرعاية في هذه الدول، وفي الأخير ركزنا على نظام الرعاية في الجزائر وأهمية دور الدولة في هذا المجال.

1- تعريف دولة الرعاية:

قبل أن نعرف دولة الرعاية أي دولة الرفاه، نقوم بتعريف الرفاهية على أنها مقدار الإشباع الذي يحصل عليه الفرد من استهلاكه للسلع والخدمات المختلفة وهي مستمدة من أربع مصادر:

- سوق العمل الذي يحصل منه الفرد على اجر أو ربح إذا كان صاحب رأس المال ويعتبر من أهم المصادر؛
- المنح الخاصة التي مصدرها التأمين الإلزامي (تقاعد)، أو إرادي كالتقاعد المكمل بالإضافة إلى التوفير الخاص؛
- رفاهية مستمدة من العائلة أو خارجها.

- تدخل الدولة عن طريق توفير مختلف الخدمات بالإضافة إلى مختلف التحويلات مثل منح الطلبة أو النظام في الولايات المتحدة الأمريكية والمسمى بالضريبة السالبة وتسمى بالإنجليزية Tax Expenditure وتستعمل لتمويل منح مكملة للأجر أو لشراء سلع وخدمات منتجة من طرف القطاع العام أو الخاص(1) ويعرف "فريدمان" M.Freidman " الضريبة السالبة على أنها ضريبة عكسية أي عوض أن تدفع لمصلحة الضرائب فإنها تدفع منها، وقد قام " نيكسون" " Nixon " بإنشاء ضريبة سالبة على الدخل التي تعوض الكثير من الخدمات ومن بيروقراطية الجهاز الإداري المكلف بذلك، كما أنها لا تؤثر على التحفيز على العمل. (2) وتعرف اقتصاديات الرفاه على أنها فرع من دراسة علم الاقتصاد والزيادة في الرفاهية الاقتصادية تؤدي إلى الزيادة في الرفاهية العامة.

أما " راد وميلز" فيرى أن اقتصاديات الرفاه تنطوي على دراسة أسباب الرفاهية أي العوامل التي تؤدي إلى تحقيق قدر أوفر من السعادة للإنسان (3). وبما أن جميع الأفراد لا يستطيعون إشباع حاجاتهم الأساسية مثل المسنين والمعاقين... الخ، لهذا تقوم الدولة بذلك وتسمى في هذه الحالة دولة الرعاية أو الرفاه، حيث يعرفها "ف.طولون" على أنها : هي الدولة التي تأخذ على عاتقها مهمة الحماية الاجتماعية، وإعادة توزيع الدخل وبالتالي تصبح الدولة هي الكفيل لمجتمع تكون فيه الأخطار التي تمس الأفراد

متحملة جماعيا(4). أما " N.Barr " فيعرفها على أنها مصطلح يعبر عن أعمال تقوم بها الدولة تلمس مجالات عامة مثل الصحة والتعليم والتغذية والسكن... الخ. والدولة يمكنها أن تنتج بعض الخدمات وتقدمها للأفراد دون مقابل مثل العلاج المجاني Medicale Care في إنجلترا و السويد أو أن تدفع بدل الأفراد للعلاج المقدم من طرف القطاع الخاص مثل Medicare في الولايات المتحدة الأمريكية أو Health Care في كندا، كما يمكن للدولة أن تقدم مبالغ نقدية للقيام بمشرياتهم(5).

ويعرفها " Gosta Esping " على أنها الدولة التي تحاول ضمان أدنى رعاية لمواطنيها، فأولى الدراسات بدأت بالنفقات الاجتماعية التي تعكس مستوى التنمية الاجتماعية والأخذ بعين الاعتبار النمو الاقتصادي ومعدلات السكان المسنين... الخ(6) ومن هذه التعاريف نستنتج أن الدولة تقوم بتمويل الحماية الاجتماعية في حالة عدم كفاية اشتراكات الأفراد، وبالتالي فهي تعتبر كضامن بالإضافة إلى تنظيم العملية وهي المهمة الأساسية. كما تختلف دولة الرعاية عن وظيفة التنظيم للدولة La fonction de regulation والمستمدة من الفكر الكينزي باعتبار أن الدولة يمكن أن تتدخل في الاقتصاد عن طريق التأثير على المتغيرات الاقتصادية كالمطلب والاستثمار والادخار... الخ، فدولة الرعاية أساسها الأول اجتماعي لكن لها آثار اقتصادية، فاشتراكات الأفراد تعتبر كادخار يوجه لتمويل الاقتصاد، لكن في حالة العجز في بعض الصناديق الاجتماعية مثل صندوق التقاعد وهو ما تعاني منه بعض الدول مثل فرنسا، فيمول هذا العجز بواسطة النفقات العمومية.

والنفقات العامة تعتبر جزء مكمل لدولة الرفاه، فبعض الدول مثل النمسا تنفق الكثير على موظفيها، وهذا لا يعتبر فقط كمشاركة في المواطنة الاجتماعية والتضامن، كما أن بعض الاقتصاديين لا يرون في تدعيم الفقراء توجه نحو دولة الرعاية، ففي بريطانيا مثلا ارتفعت النفقات الاجتماعية في عهد رئيسة الوزراء السابقة M.Thatcher وذلك نتيجة لارتفاع حجم البطالة، وفي برامج أخرى تنخفض النفقات الاجتماعية نتيجة لحالة التشغيل الكامل للاقتصاد. (7)

ونلاحظ أيضا أن هناك تداخل بين دور الدولة وشركات التأمين، فالتأمين على السيارات أو المساكن إجباري ولكن رغم ذلك فهو منظم بواسطة السوق، و يبقى السؤال مطروح حول إمكانية إدخال ميكانيزمات السوق وخصوصة صناديق التقاعد والتأمين الاجتماعي كما هو الحال في سوق التأمينات.

2- خصائص دولة الرعاية :

هناك مجموعة من الخصائص التي تتميز بها دولة الرعاية تنص كلها على توفير حق المواطنة للأفراد وحق التميز ونقسمها إلى محورين هما :

2-1- الحق في عدم المبادلة :

ففي اقتصاد السوق يقوم العمال بمبادلة قوى عملهم مقابل أجور ينفقونها على إشباع حاجاتهم الأساسية أو الكمالية، ومن ثم يمكن اعتبار قوة العمل سلعة تتبادل في السوق، وهو ما يفقد العامل حقه في المواطنة، لهذا ففي دولة الرعاية يعتبر الدخل حق و ليس

سلعة أي من حق كل عامل أن يحافظ على أسباب الاستمرار في الحياة دون ضرورة الارتباط بالسوق، كما أن التفاوت في موارد العمال يعكس التفاوت الموجود في السوق. وقد دافعت النقابات وبعض الأحزاب السياسية عن مبدأ الفصل بين حق توفير أسباب العيش للأفراد عن سوق العمل، وهناك ثلاث نماذج أساسية حاولت إخراج قوة العمل من التبادل وهي:

- النموذج الانجلوسكسوني: حاول هذا نموذج تقوية سوق العمل وتحريره، ما عدا لبعض الأفراد الذين يفشلون فيه مثل المعاقين، ويقوم السوق بضمان الحماية للأفراد سواء في سن العمل عن طريق شركات التأمين أو عند التقاعد عن طريق التوفير؛

- نموذج الضمان الاجتماعي الإلزامي: ويعطي حقوق أكثر من سابقه لكنه لا يستطيع أن يفصل ضروريات العيش عن سوق العمل، وقد كانت ألمانيا من أول الدول التي طبقت هذا النظام، لكن بقيت الخدمات المقدمة مرتبطة كثيرا بالاشتراكات؛

- وهناك نموذج ثالث يسمى نموذج " بافريدج " Beveridge " نسبة للورد البريطاني بافريدج والذي كلف سنوات 1941 و 1942 بانجاز تقرير حول إنشاء نظام بريطاني للحماية الاجتماعية (8)، حيث منح لكل فرد علاوة، قبل العمل أو تقديم الاشتراكات ويعتبر هذا النموذج الأكثر تحررا لقوى العمل عن سيطرة السوق، لكنه لا يعطي الخيار للفرد العمل باعتبار أن المنحة المقدمة لا تكفيه كلية.

ودولة الرعاية حديثة النشأة حيث يمكن للأفراد في حالة عدم القدرة على العمل الحفاظ على دخولهم كليا أو جزئيا مثل التقاعد أو البطالة، بالإضافة إلى حق الحفاظ على الوظيفة في حالات المرض أو الأمومة(9).

2-2- دولة الرعاية كحافظ للنظام الطبقي:

تحاول دولة الرعاية التخفيف من حدة عدم المساواة في الدخول عن طريق إعادة توزيعها أو توفير خدمات تسمح بحركة اجتماعية عمودية بين الطبقات مثل التعليم الذي يسمح لصاحبه الارتقاء اجتماعيا لكنها لا تنقص من عدم المساواة الموجودة في المجتمع بل بالعكس فهي تدعم وجود الطبقات، فنظام المساعدات الاجتماعية يهدف للتمييز الطبقي وهو ما أدى بهذا النظام للتعرض لانتقادات شديدة من طرف الحركات العمالية، كما يدعم هذا النظام التفاوت الطبقي بين الأجور بوضع برامج اجتماعية لمختلف الطبقات، بحيث تصبح لكل طبقة مجموعة من الامتيازات والحقوق تدعم ولاءهم للحكومة والدولة. وهو ما قام به "بيسمارك" Bismark " في ألمانيا عن طريق تشجيع دفع قيمة إضافية مباشرة من طرف الدولة لمنحة التقاعد، وقد اتبعت ذلك باقي البلدان مثل فرنسا وإيطاليا و النمسا، ومن ثم نشأت صناديق مختلفة كل واحد يختص بتقديم خدمات معينة، مثل صندوق الضمان الاجتماعي CNAS و صندوق التأمين على البطالة CNAC في الجزائر أو بوجه خدماته لطائفة معينة مثل صندوق التأمين لغير الأجراء CASNOS، وكان هدف "بيسمارك" من هذا التمييز هو تقسيم العمال إلى طوائف تسعى كل واحدة للدفاع عن مصالحها وحقوقها، وضمان الولاء للدولة ومواجهة الحركات العمالية المختلفة.

وهناك نموذج آخر يعتمد على إعطاء نفس المساعدات الاجتماعية تقريبا للعمال دون

تفرقة أو طائفية مثل إنشاء صندوق تقاعد واحد لجميع العمال، وبشترك في هذا البرنامج كل من الاشتراكيون والليبراليون وهو ما حدث في كندا وانجلترا، لكن يفتح المجال للسوق عن طريق شركات التأمين لتقديم خدمات إضافية للأفراد الذين يتقاضون أجور أعلى، ومن ثم فإن جزء من العمال يعتمد على الدولة فقط أما الجزء الآخر فيعتمد على السوق وهو معمول به في الجزائر لكن على نطاق ضيق لعدم ثقة الأفراد في شركات التأمين.

وفي ألمانيا، سنة 1957 قام Adenauer بإدخال إصلاحات على نظام التقاعد حيث أعاد الاختلاف الخاص بكل طائفة بهدف جعل المنح في المستوى المتوقع لكل فئة من العمال (10)

3- أهداف دولة الرعاية :

يمكن جمع أهداف دولة الرفاه في عدة محاور و هي :

1-3 محور الفعالية efficiency : وتشمل الأهداف التالية :

3-1-1- الهدف الأول يتمثل في الفعالية الكلية macro efficiency أي فعالية تقسيم الناتج الداخلي الخام بين مجموع هياكل دولة الرعاية، و البحث عن الطرق التي تؤدي إلى تجنب التبذير ومن ثم زيادة التكاليف؛

3-1-2- الهدف الثاني ويتمثل في الفعالية الجزئية micro efficiency، فيجب أن تكون هناك سياسة فعالة لتقسيم موارد دولة الرفاه على المستفيدين سواء في شكل منح نقدية أو خدمات مجانية؛

3-1-3- الهدف الثالث ونعني به عدم التأثير علي التحفيز incentive أي أن المنح والإعانات المقدمة لبعض الفئات لا تؤثر علي عرضهم للعمل والادخار، فزيادة منحة البطالة إلى حد معين تؤثر علي التحفيز على العمل، كما انه إذا كان الضمان الاجتماعي يغطي الأخطار بنسبة 100 % فان ذلك يؤثر على ميل الأفراد للادخار؛

3-2-3- محور تدعيم مستوى المعيشة supporting living standards وتشمل الأهداف التالية:

3-2-1- الهدف الرابع و يتمثل في محاربة الفقر فلا يجب أن يقع الأفراد تحت الضمان الاجتماعي، ومدى نجاعة النظام تقاس بمعدل التعويض أين يتم مقارنة الدخل المحتمل مع المنحة المقدمة؛

3-2-3- الهدف السادس ونعني به الدخل السهل income smoothing حيث يقوم الأفراد بإعادة تخصيص لاستهلاكاتهم على مدى الحياة، وذلك بإعادة توزيع لدخولهم بين فترة قدرتهم على العمل وفترة العجز، أي يتم التوفير في فترة معينة من الحياة لفائدتهم في فترة أخرى من الحياة، ويعتبر ذلك كعقد اجتماعي بين الأجيال كأن ندفع اليوم تقاعد أبائنا مقابل أن يدفع لنا أبناءنا في المستقبل؛

3-3-3- محور تخفيف التفاوت من الدخل inequality reduction فتعتبر المساواة من أهم المواضيع بالنسبة لدولة الرعاية و تشمل الأهداف التالية:

3-3-1- الهدف السابع ونعني به المساواة العمودية vertical equity يحاول

النظام الاجتماعي إعادة توزيع الدخل باتجاه الأفراد والعائلات ذات الدخل المنخفض، فكل فرد يجب أن يشترك في هذا النظام. إن مبلغ الاشتراك يرتفع كلما ارتفع دخل الفرد؛

3-2-3- الهدف الثامن ويتمثل في المساواة الأفقية horizontal equity حيث تختلف المنح حسب العمر وحجم العائلة... الخ، وكذلك الخدمات الصحية المقدمة بحيث يتم مراعاة الحاجات فقط؛

3-4-4- محور الاندماج الاجتماعي social integration :

3-4-1- الهدف التاسع ويتمثل في الحفاظ على كرامة المواطن ، فالمنح النقدية والمساعدات الصحية يمكن أن تقدم بهدف المحافظة على كرامة الإنسان ودون إهانة علنية له، وفي هذا المجال يعلل " Beveridge " انه عند دفع الاشتراك يستطيع الفرد أن يشعر انه في أمان وليس عبارة عن صدقة بل هو حق؛

3-4-2- الهدف العاشر أي أن التضامن الاجتماعي سواء كان نقدي أو خدمي يجب أن يكون بما يكفي حتى يتمكن الفرد من المشاركة في الحياة الاجتماعية بفعالية؛

3-5-5- محور الفعالية الإدارية administrative feasibility

3-5-1- الهدف الحادي عشر: فيجب أن يكون نظام الحماية الاجتماعية بسيطاً وواضح وغير مكلف؛

3-5-2- الهدف الثاني عشر: ويتمثل في غياب التبذير والتعسف الإداري(11).

4- أنظمة دولة الرعاية :

يمكن تقسيم أنظمة دولة الرفاه إلى ثلاث أقسام وهي :

1- دولة الرعاية الليبرالية :

يركز الليبراليون على النظام الاجتماعي الطبقي وأهمية عدم المساواة بين الطبقات والطوائف العمالية، والرفاهية تعتبر مسألة ثانوية بالنسبة للدولة الليبرالية حيث تعتمد المساعدات فيها على تقييم مسبق للحاجات الأساسية، تكون التحويلات متواضعة وتتكفل بها أنظمة الضمان الاجتماعي وهي موجهة عادة إلى العمال الذين يعتمدون على المساعدات العمومية وبصفة دائمة (12). وتدعم الدولة السوق عن طريق تدعيم المشاريع الخاصة للاحتياط والاستفادة منها تكون نسبية ويرتفع الاهتمام بالرفاهية فقط إذا ما تعلق الأمر بتهديد النظام العام حيث يقول Beveridge في تقريره " إذا لم تعط للشعب إصلاحات اجتماعية ، يعطيك ثورة " والليبرالية نظام راديكالي يدافع عن المصالح الخاصة والمبدأ الأساسي هو الحرية التي تعتبر أهم وسيلة للدفاع عن حقوق الأفراد ضد تعسف الدولة، فالليبرالية ترفض تدخل الدولة بحجة أن المجتمع يمكن أن ينظم نفسه بنفسه، وإذا تدخلت فإنها تؤثر على الحرية الفردية ومن ثم عمل السوق، فالحرية الفردية هي الكفيل بتحقيق المصلحة العامة. ويرى " فريدمان " Freidman " أن ملايين الأشخاص مرتبطين بالمنح المقدمة من الدولة، وانه لا يمكن إلغاء هذه الإجراءات فجأة وترك هؤلاء الأفراد في الشارع، لكن في المقابل يجب التخفيض من أهمية هذه البرامج وإدخال ميكانيزمات السوق تدريجياً ، فمثلاً نظام التعليم يجب أن

يكون سوق حرة وتنافسية، وتبقى المجموعات التي لا تستطيع تسديد مصاريف التعليم أن تستفيد من وصولات دين على الدولة بدل أن تتكفل هذه الأخيرة شخصيا بتقديم هذه الخدمات، ويرى " فريدمان " انه باستثناء الدول الاشتراكية فان الدول الغنية ترتفع بها تكاليف التعليم وتتولى الدولة تسيير وتجهيز هذه المؤسسات بينما في الدول الفقيرة فان القطاع الخاص هو من يتولى ذلك، ولهذا يحدث " فريدمان " على أن تترك هذه المهمة للخواص وتمنح للأفراد وصولات مخصصة لتغطية نفقات تعليم أبنائهم ومن أراد تحسين تعليم أبنائه فانه يضيف الفرق من عنده، وبالتالي يؤدي ذلك إلى إدخال المنافسة وتعدد الخيارات من جهة، ومن جهة أخرى تخفيض نظام الرعاية الاجتماعية ومن ثم التكاليف التي تتحملها الدولة، (13) ومن أمثلة البلدان المطبقة لهذا النظام الولايات المتحدة الأمريكية و استراليا.

2-4- النظام الشيوعي للرعاية الاجتماعية:

تري النظرية الماركسية أن المجتمع يسوده صراع الطبقات، فهناك طبقة رأسمالية تمتلك وتراقب وسائل الإنتاج وطبقة عاملة Proletariat وهي مستغلة من طرف الطبقة الحاكمة وتعتبر الدولة كأداة في يد هذه الطبقة أو عبارة عن مجموعات معقدة من الأنظمة تعكس التناقض الموجود في المجتمع، وتري أن الرعاية الاجتماعية تم إنشاؤها كدعم للطبقة العامة لتقبل الاستغلال، و يرى التوجه الماركسي الجديد أن لدولة الرفاه وظيفتين أساسيتين، تتمثل الأولى في تحسين ظروف تراكم رأس المال وهذا لزيادة الأرباح الرأسمالية و الثانية لإضفاء طابع الشرعية على النظام الرأسمالي بإدخال إجراءات الحماية الاجتماعية لترك الأفراد يتقبلون الرأسمالية.

ويتميز نظام الرعاية الاجتماعية بالعمومية وإقصاء تام للسوق من هذا المجال فهو لا يسمح بوجود ازدواجية بين السوق والدولة، و يسعى هذا النموذج لتحقيق المساواة مما يعني أن المنح لا بد أن ترتفع لمستوى أعلى، وأن العمال لا بد أن يتمتعوا بنفس الحقوق، فكل الطبقات تندرج في نظام التأمين الاجتماعي الشامل وأن هذا النظام لا ينتظر الأسرة حتى تستنفذ كل إمكانياتها ليقوم بتدعيمها بل يجعل الأسرة مرتبطة بالمساعدات ولكن بتحقيق الاستقلالية الفردية (14)

والصعوبة التي يواجهها هذا النظام هي التوفيق بين الرفاهية و التحفيز على العمل فهو يهدف إلى ضمان التشغيل الكامل، والحق في العمل له نفس المكانة مثل الحق في الدخل كما أن تكلفة الحفاظ على هذا النظام تتمثل في تخفيض المشاكل الاجتماعية وزيادة دخل الدولة ويكون ذلك بعدد كبير من العمال المشتركين وعدد اقل من الأفراد الذين يعتمدون على المساعدات الاجتماعية ومن أمثلة البلدان المطبقة لهذا النظام الاتحاد السوفياتي سابقا.

3-4- النظام المختلط :

وهو نظام طبقي مبني على الطوائف تم ارثه تاريخيا وتحسينه ليتماشى مع الهيكل الجديد للطبقات الاجتماعية لما بعد مرحلة التصنيع، أين الأولوية لم تعطى للسوق وبالتالي فالحقوق الاجتماعية متعارف عليها، وطبق هذا النظام في عدة دول مثل فرنسا وإيطاليا وألمانيا... الخ .

وقد تم الحفاظ على القوانين الأساسية بكل طائفة فهي لا تركز على تخفيض عدم المساواة بل تقوم بتخفيض أثارها عن طريق ترتيبات اجتماعية لحماية الأفراد من النتائج السيئة للسوق، وهذا النظام ما زال متأثر بالقيم الاجتماعية والدينية الخاصة بالأسرة، بإعطاء منحة للمرأة الماكثة بالبيت و أخرى على الأطفال وأخرى على الحضانة... الخ. والدولة لا تتدخل إلا في حالة ما إذا فشلت العائلة في توفير المساعدة لجميع أعضائها(15) ويختلف هذا النظام عن الشيوعية في انه يعتمد على المبادئ الفردية أكثر من الجماعية فهو يحاول ضمان حرية أكبر للأفراد ولا يقوم بإلغاء السوق ولكن مكمل له، ويختلف عن النظام الليبرالي في انه يحاول إدخال مبادئ مثل العدالة والتعاون والتكافل وهي مصطلحات مرادفة لما جاءت به الثورة الفرنسية " حرية، مساواة ، إخاء " .

وفي الواقع لا يوجد نظام منفصل يحمل معايير خاصة به ، فالبلدان الاسكند نافية يمكن اعتبار أنظمتها الاجتماعية اشتراكية لكنها ليست خالية من العناصر الليبرالية، كما أن الأنظمة الليبرالية لا تعتبر بحتة فالنظام الأمريكي وفي شكله الأول The New Deal أي العقد الجديد يمكن اعتباره نظام حماية اجتماعية اشتراكي قبل أن يتم تعديله.

5- تطور دولة الرعاية في الدول المتقدمة:

سنقدم هنا بعض التجارب للدول المتقدمة باعتبار أن النشأة الأولى لدولة الرفاه كانت بها ثم تطورت بعد ذلك إلى باقي البلدان، لهذا سنقتصر على أهم هذه الدول وهي:

1-5- التجربة الألمانية :

تعتبر ألمانيا أول من اتبعت نظام الرعاية الاجتماعية منذ القرن 19 ففي عهد Bismark قام المستشار الألماني باتخاذ إجراءات تخص طبقة العمال وهذا لتدعيم الوحدة الألمانية بعد 1870، وفي سنة 1881 تم فرض قانون إجبارية التأمين لكل العمال في مجال حوادث العمل ثم قانون آخر سنة 1883 يخص التأمين على المرض، وهو تأمين إجباري ممول بواسطة اشتراكات العمال وتشمل خدمات العلاج المجاني ودفع ما لا يقل عن 50 % من الأجر على الأقل في حالة العجز عن العمل وفي سنة 1889 تم تكوين نظام التقاعد.(16)

2-5- التجربة الفرنسية:

قبل صدور قانون 1898 كانت حماية العمال من الأخطار تتم في إطار مؤسسة النجدة التعاونية لكن بعد صدور هذا القانون والمتعلق بالحماية الاجتماعية أصبحت الدولة هي التي تتكفل بذلك حيث تقوم بضمان التعويض عن حوادث العمل سواء كان الحادث تحت مسؤولية صاحب العمل أولاً، أي أن سبب الحادث هو خطأ ناتج عن المؤسسة أم لا، ثم تلاها قانون 1905 والذي ينشأ المساعدة الإلزامية للمسنين، وفي سنة 1910 ظهر قانون يخص التقاعد بالنسبة للعمال لكنه لم يتم تطبيقه لأن العمال رفضوا دفع اشتراكاتهم باعتبار أن معدل العمر المحتمل للفرد ما بين 45 و 50 سنة كما أن المحاكم رفضت إرغام أصحاب المؤسسات على اقتطاع الاشتراكات، فليس من واجب صاحب العمل أن يدفعها أيضاً.

وقد تم تعميم التأمينات الاجتماعية في سنوات 1928 و1930 بواسطة قانون Laval-Tardieu والذي يغطي أخطار المرض والإعاقة و الولادة و التامين على الشيخوخة حيث أصبحت الاشتراكات الاجتماعية إجبارية وسنة 1932 تم تعميم المنح العائلية، وفي 29 جويلية 1939 تم توسيع المنح العائلية لتشمل العمال المستقلين، لكن رغم ذلك فان مستوى الحماية بقي ضعيفا لان خطر البطالة مغطى بواسطة صناديق البطالة البلدية والتي لا تملك الموارد المالية الكافية ولم يتم حل هذا المشكل إلا بعد الحرب العالمية الثانية حيث ارتفعت نفقات الحماية الاجتماعية إلى أكثر من 1% من الناتج الداخلي الخام.

3-5- التجربة البريطانية :

لقد عرفت بريطانيا دولة الرعاية بواسطة اللورد William Beveridge حيث أعد تقريرا لاحظ فيه أن الأفراد يقبلون بتضحيات أكبر إذا رأوا أن الدولة تعد لهم وضع أحسن، وقد استند هذا التقرير على الأفكار الكينزية لمواجهة بعض المشاكل الاجتماعية وخاصة تلك الناتجة عن الحرب مثل البطالة والفقر، ويهدف هذا المخطط إلى حماية كل فرد بريطاني من المهدي إلى اللحد *du berceau à la tombe* عن طريق ثلاث محاور وهي: تعميم المنح العائلية والحفاظ على منصب الشغل ونظام الحماية ضد الأمراض، حيث يريد Beveridge تحرير المجتمع من الحاجات الأساسية والأخطار، ويتميز النظام الاجتماعي البريطاني بالخصائص التالية :

- التماثل والعمومية: فالخدمات المقدمة هي نفسها و يشمل التامين كافة أفراد المجتمع دون تمييز مهما كانت طبيعة العائلات و الوظيفة المشغولة؛
- الوحدة والتمركز: فهناك اشتراك واحد يشمل مجموعة من المخاطر التي يتعرض لها العامل مثل المرض وحوادث العمل... الخ، كما أن هناك مصلحة عمومية ولحده هي من تسير هذا النظام (17) وفي كتابه *Full employment in a free society* المنشور سنة 1944 نص على أن دولة الرعاية يجب أن تقوم بتحسين رفاهية الأفراد، وأن تبحث عن التشغيل الكامل و تضمن العلاج المجاني لجميع الأفراد و كذلك منحة التقاعد، وأن اشتراكات كل فرد يجب أن تحول إلى الجماعة تحت غطاء التضامن الوطني. وبعد الحرب العالمية الثانية تم إنشاء المصلحة الوطنية للصحة *National Health Service* حيث تضمن للمواطن تغطية اجتماعية وعلاج مجاني.

4-5- التجربة الأمريكية :

بعد 1949 بدأت أولى معالم دولة الرفاه في الولايات المتحدة الأمريكية وقد أخذت شكل مخطط الرعاية الطبية في سنوات الستينات من القرن 19، حيث قام Lyndon Johnson بسن قانون سنة 1965 حول التامين على المرض وهو مكمل للإجراءات التي جاء بها *The New Deal* سنة 1935 والذي يعتبر أول قانون حول الحماية الاجتماعية في البلاد. و نظام المساعدة الطبية موجه للأفراد المسنين وكذلك برنامج *Medicaid* الذي يقدم مساعدات طبية للفقراء، وبرامج أخرى تتمثل في مساعدات مالية، بالإضافة إلى مساعدات غذائية تمثلت في وصولات لاقتناء مواد غذائية ووجبات مجانية. وتتدخل الدولة في الحياة الاجتماعية بأربعة طرق:

- التنظيم Regulation : ويمكن أن تطبق على النوعية كفرض قوانين تحترم معايير النظافة الصحة للسلع الغذائية، أو الكمية مثل فرض إجبارية اشتراك العمال في الضمان الاجتماعي؛
- تقديم الإعانات Subsidy : يمكن ان تكون جزئية مثل الشيكات الغذائية Food Stamps او علاج مجاني بالنسبة لمحدودي الدخل وكل من المنح والتنظيم لا يؤثر على السوق ولكنه يغير القيود التي يواجهها الفرد؛
- الانتاج العمومي: حيث تقوم الدولة بضمان عرض بعض السلع العامة مثل التعليم حيث تمتلك الدولة رأس المال وتستخدم العمال؛
- تحويلات الدخل: يمكن أن ترتبط ببعض النفقات مثل الشيكات الغذائية أو غير مرتبطة بالنفاق مثل منح الضمان الاجتماعي. ويمكن أن تأخذ التحويلات شكل جزافي وبالتالي تؤثر على الاقتصاد بتغيير دخول الأفراد فقط ولا تؤثر على الإنتاج أو أسعار عوامل الإنتاج، ولكن يجب أن تأخذ بعين الاعتبار اثر التحفيز على العمل (18).

6- أزمة دولة الرعاية:

لقد شهدت دولة الرعاية عدة انتقادات سواء من طرف من يقوم بالتمويل أو من يتلقى المساعدات والخدمات وتتمثل هذه الانتقادات أساسا في عدة مشاكل تواجهها الدولة وهي :

- 6-1- **مشكل تمويل:** إن العجز المتزايد لهذه المصالح (صناديق التعاون الاجتماعي) أدى إلى طلب أموال أكثر عبارة عن نفقات عمومية، ونظرا لتزايد عجز الميزانيات العمومية خاصة في الدول المتقدمة فقد بدأ النقاش حول تخفيض هذه النفقات ومن ثم إعادة النظر في الخدمات المقدمة من طرف هذه الهيئات.
- 6-2- **أزمة الفعالية:** إن برامج الحماية الاجتماعية لم تؤدي إلى تخفيض من الفقر ولم تمنع تزايد تفاوت الدخل وهو ما أدى إلى الرجوع إلى طرح المسائل الاجتماعية بنفس الطريقة المطروحة في القرن 19 .
- 6-3- **أزمة أخلاقية:** فنظام الحماية الاجتماعية والذي من مهامه تمثيل المصلحة العامة أصبح يحمل في داخله تجسيد لمصالح شخصية ناتجة عن إعادة توزيع للدخل ولكن تستفيد منه أكثر طبقة مميزة من النظام السياسي والإداري (19).
إن توازن نظام الحماية الاجتماعية مرتبط مباشرة بالظروف الاقتصادية وذلك لان الإيرادات ترتفع مع زيادة حجم الأجور ولا يكون ذلك إلا في حالات الانتعاش الاقتصادي، بينما النفقات فهي مرتبطة بالظروف الصحية للعائلات والسياسة الاجتماعية والنمو الديمغرافي وزيادة البطالة، كما إن سياسات محاربة الفقر قد فشلت وهو ما تبينه الإحصائيات رغم ارتفاع حجم النفقات العمومية الموجهة لنظام الحماية الاجتماعية مما يطرح مشكل شرعية هذه البرامج، كما أن الأجراء لا يعتبرون عادة الاشتراكات الاجتماعية كجزء من الدخل يقتطع ليعطيهم الحق في خدمات مستقبلية، ولكن عادة ما يعتبرونه كنوع من الاقتطاعات الإجبارية وهذه الأزمات هي التي أدت إلى بروز الأفكار الليبرالية في سنوات الثمانينات.

7- إصلاحات نظام الحماية الاجتماعية:

7-1- الأسس النظرية و الفكرية: تتمثل أهم الأفكار التي مست الإصلاحات في

ثلاث محاور أساسية :

7-1-1- ربط الضمان الاجتماعي بالضريبة: ونعني بها تعويض الاشتراكات الاجتماعية والتي تأخذ طابع التضامن بالضريبة وهذا لتخفيف عبء النفقات دون المساس بمستوى الحماية المقدمة أي انه يتم إلغاء الرابطة بين العمل والحماية الاجتماعية إذا كانت غير مبررة ومن ثم تخفيض تكلفة العمل لتحفيز التشغيل.

7-1-2- الخصوصية: يقترح الليبراليون تخفيض حجم الخدمات العامة للحماية الاجتماعية الخاصة بالأفراد المحتاجين وخصوصة باقي خدمات الحماية الاجتماعية، ويكون لذلك اثر على تخصيص الموارد، كما انه عن طريق رسملة نظام التقاعد يكون هناك مورد هام للادخار وتدعيم الاستثمار، من ثم الانتقال من منطقتي الاقتطاع الإجباري الى التمويل الفردي، لكن لهذه العملية عدة عوائق فالأخطار الكبيرة لا تغطي مثل البطالة والأمراض طويلة المدى... الخ، لان المؤمنين يرفضون تأمين الأفراد المعرضين أكثر لهذه الأخطار ومن ثم تعرف السوق نفس الإشكال الذي تعرفه شركات التأمين ويسمى بالانتقاء العكسي، كما انه في حالة عدم معرفة المؤمن لأخطار زبائنه يفرض عليهم اشتراكات مرتفعة خاصة بالنسبة للذين لا يمثلون أخطار كبيرة، كما أن خصوصية نظام التقاعد قد تؤدي في حالة وجود تضخم إلى تمييز للحقوق أو تتعرض إلى التسيير السيئ والتبذير، لكن ذلك لا يمنع من دخول بعض أنظمة التقاعد التكميلية في نظام الخصوصية.

7-1-3- الضريبة السالبة: نظام الضريبة السالبة مرجع هام يخص الاقتطاع الإجباري والتحويلات الاجتماعية، وتأثيرها على التحفيز على العمل بالنسبة للبطالين، لذا يرى أصحاب هذا الاتجاه ضرورة إنشاء منحة متناسبة عكسيا مع الدخل لغاية مستوى عتبة الإقصاء تلغى عنده المنحة، بعد ذلك تصبح الضريبة موجبة أي عبارة عن اقتطاع وتعويض الضريبة السالبة كل المنح الخاصة بالتضامن وتستثنى تلك التي تركز على مبدأ التأمين مثل منحة البطالة أو العطل المرضية، ولا بد أن يكون الدخل الاجتماعي أي الأجر مضافا إليه الضريبة السالبة محفز على العمل مما يمنع الوقوع في مصيدة الفقر أي الفئة من الأفراد التي تعيش على المساعدات الاجتماعية فقط، ثم أن توحيد مصلحة المنح يسمح بتخفيض تكاليف التسيير، وهذه الطريقة تسمح بمحاربة الفقر وحث الأفراد على العمل لكنها طريقة نقدية بحتة ولا تسمح بمواجهة الاحتياجات الاجتماعية الجديدة(20).

7-2 - بعض تجارب الإصلاح في الدول المتقدمة:

7-2-1- التجربة الفرنسية: نص التقرير حول الحماية الاجتماعية للمخطط الثامن بعد 1980 على أن نظام الحماية الاجتماعية سيزول عند معدل نمو اقل من 3% ، فالزيادة سريعة للخدمات الاجتماعية مقارنة بإمكانيات الاقتصاد، إذ انه رغم كون جزء كبير من التكاليف تغطي بواسطة الاشتراكات إلا أن ارتفاع تكاليف هذه الخدمات كان اكبر من الزيادة في حجم الاشتراكات.

7-2-2- تجربة الإصلاح البريطانية: ففي عهد Margaret Thatcher تم تخفيض عدة منح وبالتالي تخفيض ميزانية الحماية الاجتماعية مع تحفيز الجهد الفردي، حيث انه في سنة 1985 كان أول تغيير لدولة الرعاية مع إلغاء تدريجي لنظام منح التقاعد العمومي والذي يحسب على أساس تكلفة المعيشة، فالعمال يجب عليهم ان يشتركوا في صناديق خاصة والتقاعد عبارة عن ثمرة استثمار فردي وليس فاتورة يتحملها الجيل القادم، كما تم خوصصة القطاع الصحي جزئيا حيث انه 10% من البريطانيين مؤمنين على المرض من طرف شركات خاصة سنة 1998 كما تم التخفيض من عدد المستفيدين من منحة البطالة و ذلك بتطهير قوائم البطالين وإصلاح نظام مصلحة الحماية الاجتماعية National Health Service سنة 1991 حيث تم إدخال نظام المنافسة والسوق بين الأطباء والمستشفيات من اجل الحصول على أحسن علاقة بين تكلفة/ نوعية العلاج، وقد قام رئيس الوزراء الأسبق John Major بمحاولة رد الاعتبار للخدمة العمومية كالتعليم والصحة وهو ما أكدته خليفته Tony Blair.

7-2-3- تجربة الإصلاح في الولايات المتحدة الأمريكية: بعد أن قام الديمقراطيون في الستينات والسبعينات بإنشاء برامج مساعدات اجتماعية حيث قام Lyndon Johnson (1963-1968) بإعداد برنامج حدد نظام الحماية الاجتماعية مثل برنامج Medicare للمسنين و Medicaid للفقراء، لكن بعد أن جاء الجمهوريون في عهد Reagan تم إصلاح نظام الحماية الاجتماعية حيث تم فرض على المستشفيات التي تنتمي لبرنامجي المساعدات والتي تمثل ما يعادل 80% من مجموع المستشفيات تقديم ميزانية تقديرية للتكاليف لكنه لم يطبق كليا لحسابات انتخابية، كما تم في سنة 1995 إلغاء أحقية زيادة المساعدات الاجتماعية حسب عدد أفراد العائلة كما أن المساعدات لا تقدم لأكثر من خمس سنوات. ويؤخذ على برنامج الحماية الاجتماعية انه لم يخفض من 30 مليون فقير في الولايات المتحدة الأمريكية وكذلك درجة التفاوت بين الدول كما انه ورغم الارتفاع في الإنفاق في المجال الصحي إلا أن الولايات المتحدة تحتل المرتبة 22 عالميا من حيث وفيات الأطفال عالميا سنة 1990 بعيدة عن دول متقدمة مثل فرنسا واليابان(21).

8- دولة الرعاية في دول شمال إفريقيا:

سنحاول إلقاء نظرة مقارنة على أنظمة الحماية الاجتماعية في دول شمال إفريقيا قبل التطرق لهذا النظام في الجزائر بالتفصيل، وقد اقتصرنا هذه الدراسة على الجانب الإحصائي فقط لعدم اتساع المجال لدراسة باقي الجوانب، فالجدول رقم (1) يعطينا بعض المؤشرات على نظام الحماية الاجتماعية في دول شمال إفريقيا حيث نلاحظ أن اكبر دولة من حيث السكان هي مصر بـ 67.8 مليون نسمة وأصغرها هي ليبيا بـ 5.2 مليون نسمة حسب إحصائيات سنة 2005 وتأتي الجزائر في الوسط تقريبا بـ 30.2 مليون نسمة، بينما نسبة الأشخاص المسنين فتاتي تونس بأعلى نسبة بـ 5.9% وأصغرها ليبيا بـ 3.4% بينما الجزائر ومصر والمغرب فتاتي في المنتصف بـ 4.1% ، ونسبة الاستقلالية وتعني نسبة الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين 14 و 65

سنة إلى مجموع السكان، فتأتي الجزائر في المرتبة الثانية بـ 63.8% بعد مصر بـ 65.3% وتحتل تونس المرتبة الأخيرة بـ 55.2% أي أنه تقريبا نصف السكان يحتاج إلى الرعاية الاجتماعية بنسبة كبيرة، أما معدل العمر المتوقع للفرد فتأتي ليبيا في المرتبة الأولى بالنسبة للنساء بمعدل عمر 73.4 سنة أما بالنسبة للرجال فتأتي تونس في المرتبة الأولى بمعدل عمر 69.6 سنة ولا تتعد الجزائر عنها كثيرا بـ 68.7 سنة للرجال و 71.8 سنة للنساء، هذا عن الوضع العام أما عن برامج الحماية الاجتماعية فإن أفضلها للأفراد هو البرنامج الجزائري حيث أن سن التقاعد محدد بـ 60 سنة للرجال و 55 سنة للنساء بينما يأتي النظام الليبي للتقاعد في الأخير بـ 65 سنة للرجال و 60 سنة للنساء ونفس الشيء للتقاعد المسبق إذ تأتي الجزائر في المرتبة الأولى بـ 50 سنة للرجال و 45 سنة للنساء تليها تونس بـ 50 سنة للرجال والنساء ثم المغرب بـ 55 سنة للرجال والنساء. مصر وليبيا لا تعملان بهذا النظام(22).

جدول رقم (1) إحصائيات ديموغرافية و أخرى متعلقة بالحماية الاجتماعية

الدولة	عدد السكان	نسبة السكان <65	نسبة الاستقلالية		العمر المتوقع		سن التقاعد		PIB للفرد
			رجال	نساء	رجال	نساء	رجال	نساء	
مصر	67.8	4.1%	66.7	65.9	60	60	/	/	3810
ليبيا	5.2	3.4%	69.2	73.4	65	60	/	/	7570
المغرب	29.8	4.1%	66.8	70.5	60	60	55	55	3810
تونس	9.4	5.9%	69.6	72.2	60	60	50	50	6760
الجزائر	30.2	4.1%	68.7	71.8	60	55	50	45	5760

الوحدة: عدد السكان مليون نسمة، العمر المتوقع وسن التقاعد بالسنة، الناتج الخام للفرد بالدولار. المصدر: بني هذا الجدول بناء على تقرير الأمم المتحدة حول برنامج الحماية الاجتماعية لسنة 2005 أما الجدول الثاني فيبين نسبة مساهمات الأفراد وأرباب العمل في برنامج الحماية الاجتماعية فنلاحظ إن نسب اشتراك الأفراد وأرباب العمل بالنسبة لمعاشات التقاعد والضمان الاجتماعي بصفة عامة. فبالنسبة لمعاشات التقاعد نلاحظ أن أعلى مساهمة تفرضها مصر سواء بالنسبة لأرباب العمل والأفراد بمجموع 30% إما أقل اشتراك فتفرضه المغرب بنسبة 11.89% وبالنسبة للجزائر وتونس و ليبيا فهي تأتي في المنتصف تقريبا بالنسب التالية 17%، 15.50% و 14.25% على التوالي. وبالنسبة للضمان الاجتماعي ككل فأعلى نسبة تحتفظ بها مصر بـ 40% و تمثل نسبة اشتراك الأفراد بـ 14% إما الجزائر فتأتي في المرتبة الثانية بـ 34% و 9% نسبة اشتراك الأفراد، وتأتي ليبيا في المرتبة الأخيرة بأقل نسبة اشتراك أي 18.2% وتتميز المغرب بأقل نسبة اشتراك للأفراد بالنسبة لبلدان شمال إفريقيا.

جدول رقم (2): معدلات الاشتراك في أنظمة الحماية الاجتماعية لسنة 2005

الدول	اشتراكات نظام التقاعد		اشتراكات نظام الضمان الاجتماعي ككل		المجموع
	اشتراكات الأفراد	اشتراكات أرباب العمل	اشتراكات الأفراد	اشتراكات أرباب العمل	
مصر	%13	%17	%14	%26	%40
ليبيا	%3.75	%10.5	%5.25	%12.95	%18.2
المغرب	%3.96	%7.93	%4.29	%16.12	%20.39
تونس	%7.74	7.76	%10.37	%14.88	%25.25
الجزائر	%7	%10	%9	%25	%34

بني هذا الجدول بناء على تقرير الأمم المتحدة حول برنامج الحماية الاجتماعية لسنة 2005 و ما يمكن استنتاجه إن الجزائر التي يعتبر نظامها أفضل نظام حماية اجتماعية بالنسبة لدول شمال أفريقيا بالاعتماد على معيار سن التقاعد والتقاعد المسبق لذلك فان نسبة الاشتراك فيها مرتفعة أي انه كلما انخفض سن التقاعد كلما ارتفعت نسبة الاشتراك ما عدا بالنسبة لمصر التي تعتبر نسبة اشتراكها أعلى نسبة في شمال أفريقيا لكنها لا تعمل بنظام التقاعد المسبق، بينما يشمل النظام الليبي على اقل نسبة اشتراك ويمثل نظامه اقل حماية اجتماعية مقارنة بالدول المذكورة سابقا.

9- دولة الرعاية الاجتماعية في الجزائر:

الرعاية الاجتماعية في الجزائر ليست وليدة الاستقلال فسنة 2005 سجلت مرور ما يقارب 60 سنة على إنشاء التأمينات الاجتماعية، وبعد التصويت على قوانين الحماية الاجتماعية سنة 1945 لم يتم تطبيقها إلا في سنة 1949، وبعد الاستقلال ورثت الجزائر نظام حماية متعدد(حوالي 11 نظام للضمان الاجتماعي) تتولى إدارتها عشرات الصناديق منها على سبيل المثال 29 صندوق للقطاع الفلاحي، ولهذا عرفت هذه الأنظمة عدة إصلاحات كان أهمها سنة 1983.(23).

9-1- التأمينات الاجتماعية في الجزائر:

بلغ عدد سكان الجزائر 30.2 مليون نسمة حسب إحصائيات الأمم المتحدة لسنة 2005 يخضعون لعدة أنظمة للحماية الاجتماعية منها ما هو موروث عن النظام الاشتراكي السابق مثل نظام التقاعد ومنها ما تم إنشاؤه لمواكبة التحول لاقتصاد السوق مثل نظام التامين على البطالة، وتشمل الجزائر عدة أنظمة للرعاية الاجتماعية منها ما يخص الأجراء يشمل عدة صناديق للرعاية وهي:

- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية CNAS ؛
 - الصندوق الوطني للتقاعد CNR والصندوق الوطني للتامين على البطالة CNAC؛
 - صندوق التامين على البطالة لقطاع البناء والأشغال العمومية CACOBATPH
- ويتكفل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بتحصيل وتوزيع الاشتراكات على هذه

الصناديق ما عدا بالنسبة للصندوق الأخير، وهناك صندوق يخص فئات غير الأجراء من تجار وحرفيين ومهنيين... الخ ونقصد به (CASNOS)، وهذه الصناديق موجودة عبر كامل التراب الوطني مسيرة بواسطة مجلس إدارة، وتقوم الدولة بوظيفة المشرع والمراقبة والتنظيم بالإضافة إلى كونها تمثل الوصاية. ونسبة المشتركين في نظام التأمينات الاجتماعي بالنسبة إلى مجموع السكان 28.84 % أي حوالي ثلث السكان ينتمون لهذا النظام كما يستفيد من هم تحت كفالتهم بالخدمات المقدمة والتي لا تأخذها إحصائيات الصندوق بعين الاعتبار فإذا أخذنا فئة الأجراء باعتبارها أكثر الفئات معنية بهذا بهذه المسألة وإذا افترضنا أن لكل مؤمن 4 أفراد تحت كفالته (زوجة وثلاث أطفال) فان العدد الإجمالي للمؤمنين سيرتفع إلى 27414488 مؤمن وتصبح نسبة التغطية الاجتماعية حوالي 85 % . و الجدول التالي يبين أن فئة الأجراء تمثل أكبر فئة مؤمنة في الجزائر بنسبة 53.61 % ثم تليها فئة المتقاعدين والطلبة بنسب 15.97 % و 14.21 % على التوالي.

جدول رقم(3) التوزيع الوطني للسكان المرقمين حسب الفئات و الجنس(إحصائيات موقوفة في أكتوبر 2005)

النسبة%	المجموع	الإناث	الذكور	الفئة
53.61%	4674068	846288	3827780	الأجراء
15.97%	1392380	518727	873653	المتقاعدين
3.39%	295379	115366	180013	منح العجز و الربوع
0.61%	54563	2883	51680	منح البطالة
14.21%	1238667	588699	649968	الطلبة
1.28%	111682	82679	29003	المجاهدين
7.10%	618815	329139	289676	فئات خاصة
3.82%	332662	86658	246004	مؤمنين اجتماعيين آخرين
100%	8718216	2570439	6147777	المجموع

المصدر: إحصائيات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي www.cnas.org.dz

وما يمكن استنتاجه هو الطابع الاجتماعي لنظام الحماية الاجتماعية حيث انه ما يقارب النصف ليسوا أجراء أي أنهم لا يدفعون اشتراكات. وبلغت مصاريف الضمان الاجتماعي لسنة 2000 ما يعادل 186 مليار دينار أي حوالي 4.52 % من الناتج الداخلي الخام، وبلغت الميزانية الاجتماعية للدولة والمكونة بواسطة التحويلات ذات الطابع الاجتماعي لفائدة العائلات خلال نفس السنة 221.6 مليار دينار أي حوالي 5.4

% من الناتج الداخلي الخام مما يعني أن مصاريف الضمان الاجتماعي مساوية تقريبا لنفقات الدولة في النشاط الاجتماعي. وعلى المستوى الدولي فان الجزائر تقع في نفس مستوى البلدان متوسطة الدخل كتركيا بنسبة 6.9 % وتونس بنسبة 7 % وأوروبا الوسطى والشرقية بنسبة تقع ما بين 10 و 20% من الناتج الداخلي الخام

9-2- النشاط الاجتماعي للدولة:

- تمول الدولة عدة نشاطات يمكن أن نلخصها في الجدول رقم (4)
- دعم قطاع التربية والتعليم مثل المنح المقدمة للطلبة و المطاعم المدرسية؛
 - نشاطات تخص المساعدات والتضامن وهي موجهة للمكفوفين والطفولة المسعفة والمعوقين؛
 - الشبكة الاجتماعية؛
 - مساعدات الدولة للصندوق الوطني للسكن؛
 - إعانات الدولة للصندوق الوطني لترقية تشغيل الشباب؛
 - الصندوق الخاص بالتضامن الوطني؛
 - تحويلات أخرى مثل منح المجاهدين؛
 - إعانات مقدمة للنشاطات الثقافية والرياضية(الحركة الجمعوية)؛
 - إعانات مباشرة مثل المنح العائلية؛
 - التحويلات غير النقدية مثل دعم الأسعار والإعانات المقدمة للقطاع الصحي.
- يضاف إلى كل ذلك ما تم إقراره مؤخرا حول تعويضات ضحايا المأساة الوطنية، وكل هذه النفقات تمثل الميزانية الاجتماعية للدولة وهي في ارتفاع مستمر كما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم (4) الميزانية الاجتماعية للدولة الوحدة: مليار دينار

			السنة
2000	1995	1990	البيان
185.8	75.1	9.9	التحويلات العينية و النقدية للدولة

المصدر : وزارة المالية

ويضاف إلى تلك النفقات المتزايدة عجز بعض صناديق الضمان الاجتماعي مثل الصندوق الوطني للتقاعد كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (5) الوضعية المالية لصندوق التقاعد الوحدة: مليار دينار

			السنة
2000	1995	1990	البيان
31.7	3.13	1.82	العجز المسجل

المصدر: تقرير المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي حول تطور نظام الحماية

الاجتماعية، جويلية 2001، ص: 82

نلاحظ التطور الكبير للعجز في صندوق التقاعد مما يعني نفقات إضافية للدولة رغم أن الصندوق سجل فائضا سنتي 1992 بمبلغ 1.13 مليار دينار وسنة 1994 بمبلغ 0.37 مليار دينار إلا أن ذلك يمكن إهماله أمام العجز المتراكم والمرتفع للصندوق.

3-9- أهمية دور الرعاية الاجتماعية للدولة الجزائرية:

لتبيان أهمية دور الرعاية الاجتماعية للدولة الجزائرية نقوم بمقارنة نفقات الدولة في هذا المجال بالنسبة للنتائج الداخلي الخام و الجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (6) حصة ميزانية الرعاية الاجتماعية للأمة من الناتج الداخلي الخام

السنة	1990	1995	2000
الميزانية الاجتماعية للدولة	2%	5.8%	5.4%
نفقات هيئات الضمان الاجتماعي	4.8%	4.1%	4.2%
تحويلات الأعوان الاقتصاديين	8.8%	5.4%	6.4%
الميزانية الاجتماعية للأمة	15.6%	15.3%	12.6%

المصدر: تقرير المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي السابق، ص: 44

نلاحظ أن وظيفة الرعاية الاجتماعية للأمة ومقارنة بالنتائج الداخلي الخام في انخفاض مستمر رغم الزيادة في الإنفاق الذي وصل سنة 2000 إلى 515 مليار دينار بزيادة قدرها 4.6 % مقارنة بسنة 1999، كما نلاحظ أن الدولة تمول الرعاية الاجتماعية للأمة بنسبة الثلث تقريبا والباقي تتولاه هيئات الضمان الاجتماعي والأعوان الاقتصاديين مما يدل على أهمية الدولة في هذا المجال.

4-9- أنظمة التامين الاجتماعي:

وفيما يلي أهم أنظمة الحماية الاجتماعية المعمول بها للأجراء:

1-4-9 نظام التقاعد والتقاعد المسبق: أول قانون تم العمل به في الجزائر كان سنة 1949 أثناء الفترة الاستعمارية، أما القانون الحالي المعمول به فهو قانون رقم 83-12 المؤرخ سنة 1983 والمعدل سنة 1984 و 1986 و 1996 و 1999 و 1994 بالنسبة للتقاعد المسبق، والنظام المعمول به هو نظام الحماية الاجتماعية، ويخضع لهذا النظام كل الأشخاص العاملين في إطار عقود والذين يفوق أجرهم نصف الأجر الأدنى المضمون مع العلم ان قوات الجيش وغير الأجراء يخضعون لأنظمة

خاصة. وتتشكل موارد الصندوق من اشتراكات العمال بنسبة 7 % من الدخل الخام و 0.5% بالنسبة للتقاعد المسبق وأما مساهمة أرباب العمل فتقدر بنسبة 10% من مجموع الأجور الخامة و 0.5% بالنسبة للتقاعد المسبق. إما الشروط المطلوبة فهي أن يكون العمر 60 سنة بالنسبة للرجال و 55 سنة بالنسبة للنساء وكذلك لقدماء المجاهدين وأن لا تقل مدة العمل عن 15 سنة تشمل 7.5 سنة اشتراكات مدفوعة أو أن يكون العامل قد أمضى 32 سنة في العمل، وإذا لم يستوفي هذه الشروط فيمكن أن يعمل لمدة 5 سنوات أخرى ليتقاعد في سن 65 سنة. ويحصل المتقاعد على 2.5 % من متوسط الدخل الشهري ل 5 سنوات قبل التقاعد أو أفضل 5 سنوات عمل ولا تتجاوز نسبة 80 % وتدفع المنحة شهريا، والمنحة الأدنى المضمونة تساوي 75 % من الأجر القاعدي الأدنى وبالنسبة لقدماء المجاهدين تصل إلى 250 % وتضاف إليها مبلغ 1000 دينار للزوجة الماكثة بالبيت.

بالنسبة للتقاعد المسبق فيتلقى صاحبه جزء فقط من المنحة، والسن المطلوب هو 50 سنة عند الرجال و 45 سنة عند النساء مع مدة عمل قدرها 20 سنة تتضمن 10 سنوات اشتراكات مع 3 سنوات عمل قبل التقاعد مباشرة، ومنحة التقاعد المسبق تخفض بنسبة 1 % عن كل سنة قبل الوصول إلى سن القانوني التقاعد مع العلم أن الحد الأدنى المضمون هو 75 % من الأجر القاعدي الأدنى المضمون وتضاف إليها نسبة 12.5 % من الأجر القاعدي الأدنى عن الزوجة الماكثة بالبيت.

9-4-2- الضمان الاجتماعي: وهو الصندوق الأساسي للأجراء حيث يقوم بتوزيع باقي الاشتراكات للصناديق الأخرى مثل صندوق التقاعد وصندوق البطالة، وتمثل موارده في اشتراك الأفراد بنسبة 1.5% و اشتراك أرباب العمل بنسبة 12.5% من الحجم الخام للأجور قبل اقتطاع الضرائب، ويقدم عدة خدمات هي كما يلي:

9-4-2-1- العطل المرضية والأمومة: أول قانون تم العمل به سنة 1949 أما القوانين الحالية المعمول بها فهي قانون سنة 1983 والمعدل سنة 1984.

الأشخاص الخاضعين لهذا النظام فهم :

- الأجراء؛
- الأشخاص الذين يحصلون على منحة البطالة؛
- الأشخاص الذين يحصلون على منحة التقاعد المسبق؛
- الأشخاص الذين يحصلون على منحة المجاهدين؛
- الأشخاص العاجزين عن العمل؛
- الطلبة.

ويجب أن يكون العامل مؤمن لما تزيد عن 60 يوما أو 400 ساعة خلال 12 شهر الأخيرة، أو أن يكون مؤمنا 15 يوما أو 100 ساعة خلال 3 أشهر الأخيرة إذا كانت مدة العجز تقل عن 6 أشهر مع العلم أن وقت العجز لا بد أن يكون الفرد مؤمنا، أما إذا كانت مدة العجز تفوق 6 أشهر فلا بد أن يكون الفرد مؤمن لمدة 60 يوما أو 400

ساعة خلال 12 شهر الأخيرة أو لمدة 180 يوما خلال الثلاث سنوات الأخيرة.
بالنسبة لعطلة الأمومة فلا بد أن تكون مؤمنة لمدة 15 يوما أو 100 ساعة خلال 3 أشهر الأخيرة، أو 60 يوم أو 400 ساعة خلال 12 شهر الأخيرة.
منحة العطلة المرضية تساوي 50 % من الأجر اليومي خلال 15 يوم الأولى و 100% للعطل المرضية الطويلة حتى 3 سنوات أو 4 سنوات في حالات خاصة، وأدنى منحة يومية مساوية ل 8 مرات الأجر الساعي الأدنى، وبالنسبة لمنحة الأمومة فهي مساوية لمدة 14 أسبوع على الأكثر والمنحة اليومية لا تقل عن 8 مرات الأجر الساعي الأدنى.

أما مصاريف العلاج فتشمل خدمات العلاج والتحليل الطبية ومصاريف الطبيب والدواء والمكوث بالمستشفى وطب الأسنان وهذه المصاريف هي محل مراجعة في كل مرة، وتقدر التعويضات ب 80 % و 100 % بالنسبة لأصحاب الأمراض المزمنة والأمومة مع العلم أن المستشفيات الحكومية تقدم خدمات طبية بمصاريف رمزية، هذا بالنسبة للعمال ونفس الشيء بالنسبة للأشخاص الذين هم تحت كفالتهم.

4-2-2-2- المنح العائلية: أنشأت بقانون 1945 وعدلت بعدة قوانين أخرىها قانون 1994، وتشمل العمال الذين يستفيدون من نظام الضمان الاجتماعي، ويتكفل رب العمل ب 25 % من المنحة بينما تتكفل الحكومة بالباقي أي 75 % هذا في القطاع الاقتصادي أما في الإدارات العمومية فإن الدولة هي من تتكفل بكل المصاريف باعتبارها رب العمل. وشروط الاستفادة من هذه المنحة هي أن يكون عمر الطفل أقل من 17 سنة و 18 سنة إذا كان ممتهدا و 21 سنة إذا كان طالبا أو معوق، ويجب أن يتقاضى المؤمن نصف الأجر الأدنى المضمون على الأقل أو أن يكون عاجزا عن العمل أو يتقاضى منحة البطالة أو التقاعد أو منحة التقاعد المسبق، ومبلغ المنحة 600 دينار عن كل طفل للأطفال الخمسة الأوائل و 300 دينار لكل طفل إضافي إذا كان اجر المعني أقل من 15000 دينار و 300 دينار عن كل طفل في حالة العكس.

4-2-3-3- منحة التمدريس: تؤخذ على الأطفال الذين يفوق سنهم 6 سنوات بمبلغ 800 دينار عن الأطفال الخمسة الأوائل و 400 عن كل طفل إضافي إذا كان الفرد يتلقى اجر أقل من 15000 دينار وفي حالة العكس فهو يتلقى فقط 400 عن كل طفل، مع العلم أن منحة التمدريس تدفع مرة واحدة كل سنة وتكون مبررة بشهادات مدرسية.

4-2-4-4- منحة العجز: إذا كان العجز جزئي فإن المنحة تصل الى 60 % من متوسط دخل الفرد خلال ثلاث سنوات العمل أو أحسن دخل لثلاث سنوات خلال مشواره المهني ويؤخذ المبلغ الأعلى بحيث لا تقل المنحة عن الأجر القاعدي الأدنى المضمون. أما إذا كان العجز دائم فنسبة المنحة تقدر ب 80 % من متوسط الدخل للسنة الأخيرة أو أحسن ثلاث سنوات لمشواره المهني، وعند وصول المعني إلى سن التقاعد تعوض هذه المنحة بمنحة التقاعد ولا تقل عنها على الأقل.

4-2-4-5- منحة المعيشة: تتلقى الأرملة 75 % من منحة التقاعد أو منحة

العجز لزوجها المتوفى، وإذا كانت هناك أكثر من زوجة يتم تقاسم المنحة بينهما مناصفة.

9-4-2-6- منحة الوفاة: عبارة عن منحة جزافية مساوية ل 12 مرة لأحسن

دخل شهري قبل الوفاة ولا تقل عن الأجر القاعدي الأدنى المضمون (24).

9-4-3- نظام التامين على البطالة: القانون المعمول به هو قانون سنة 1994،

وتشمل العمال الأجراء الذين هم في بطالة لا إرادية، وموارد الصندوق تتمثل في اشتراك العامل بنسبة 0.5 % من الأجر الخام ويدفع رب العمل 2.5 % من مجموع الأجر الخام، و يجب أن يتوفر في العامل أن يكون مشترك لمدة ثلاث سنوات على الأقل، تشمل 6 أشهر عمل قبل الإحالة على البطالة ولا يتلقى أي دخل من نشاط آخر وأن يكون مقيم في الجزائر وأن يكون رب العمل قد دفع كل الاشتراكات المتعلقة بالتامين الاجتماعي. يتلقى البطال 50 % من متوسط الأجر خلال 12 شهر ولا يقل عن الأجر الأدنى المضمون، و يتلقى البطال شهرين عن كل سنة اشتراك ولا يتجاوز 36 شهر على الأكثر ولا تقل عن 12 شهر وتقسّم هذه المدة إلى أربعة مراحل متساوية ويتلقى خلال المرحلة الأولى 100 % من الأجر المرجعي و 80 % في الفترة الثانية و 60 % في الفترة الثالثة و 50 % في الفترة الرابعة، وأدنى منحة شهرية يتلقاها البطال لا تقل عن 70 % من الأجر الأدنى المضمون بينما أعلى منحة شهرية يتلقاها لا تزيد عن ثلاث مرات الأجر الأدنى المضمون ويتلقى 500 دينار على المرأة الماكثة في البيت، كما يستفيد البطال و الأشخاص الذين هم تحت كفالته من تعويض مصاريف العلاج والأمومة والمنح العالية خلال 12 شهر بعد الإحالة على البطالة.

الخاتمة

تعتبر الرعاية الاجتماعية نظام يكفل للفرد حياة طيبة حيث يقوم بتغطية مخاطر المرض والعجز، وكأداة لتحقيق السياسة الاجتماعية والاقتصادية، ولهذا فقد بادرت الدول الرأسمالية بإنشاء مثل هذه الأنظمة لضمان مرودية أكبر للعمال وللحفاظ على الأنظمة الرأسمالية في مواجهة الاشتراكية في ذلك الوقت، ويمثل الاهتمام بالجانب الاجتماعي عامل أساسي لتحقيق الاستقرار والسلم الاجتماعيين كما أن التطور الرأسمالي لا يمكن أن يتم بمعزل عن الاهتمام بهذا المجال لهذا حرصت الدول الصناعية على ضمان استمرارية أنظمة الرعاية. ودراسة المقارنة التي أجريناها بالنسبة لدول شمال إفريقيا بينت انه كلما ازدادت خدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة من طرف الدولة كلما ارتفعت تكلفتها على العمال وأرباب العمل. كما أن نظام الرعاية الاجتماعية في الجزائر يتميز بهيمنة الدولة عليه فهو مرتبط كثيرا بها، وهامش الاستقلالية لهيئاته أو مساهمة السوق في تحمل جزء من هذه المهمة ضعيف جدا، مما يضطر الدولة إلى تغطية العجز وتوفير الموارد المالية اللازمة، كما أن تطور الإصلاحات الاقتصادية وتحقيق معدلات نمو مرتفعة يلعبان دور هاما في تخفيف عبء العجز المالي، فهناك اثر تعاضد بين الطرفين إذ أن الحماية الاجتماعية تساعد على نجاح الإصلاحات ونجاح هذه الأخيرة يساعد على تمويل الرعاية الاجتماعية. ولا بد

من منح هيئات نظام الحماية الاجتماعية استقلالية أكبر ولكن بعد أن يتم تطوير مواردها لتحقيق توازنها المالي، ولا يتم ذلك إلا من خلال تبسيط الإجراءات الإدارية وكذلك النظام الجبائي لجذب النشاطات الاقتصادية من الاقتصاد الموازي إلى الاقتصاد المهيكل. كما إن نجاح مشروع الإنعاش الاقتصادي يعتبر حجر أساس لمحاولة إيجاد التوازن المالي لهذا النظام، وفي حالة فشل هذا المشروع في إخراج الاقتصاد الجزائري من طابعه الريعي فلا بد من تكوين صندوق احتياطي لنظام التقاعد يستمد إيراداته من فائض الإيرادات البترولية تطبيقاً لمبدأ العدالة في توزيع الربح ليس فقط بين أفراد الجيل الواحد بل بين الأجيال المتلاحقة.

المراجع

- 1- Barr Nicholas, Economic Theory and the Welfare State, Journal of economic literature, Vol XXX, June 1992, p.742.
- 2- Milton Freidman, Contre Galbraith, édition Economica, 1977, p.52
- 3- حسين عمر، الرفاهية الاقتصادية، دار الفكر العربي، القاهرة، 1999، ص 67.
- 4 - Frediric Teulon, L'Etat et la politique économique, PUF 1998, p. 330
- 5- Barr Nicholas, op.cit, p 743.
- 6- Gosta Espering Anderson, Les Trois Mondes de L'Etat Providence, essai sur le capitalisme moderne, PUF, 1999, p.32.
- 7- Ibid, p33
- 8- Frediric Teulon, op.cit, p.329.
- 9- Gosta Espering Anderson, op.cit, p37.
- 10- Ibid, p39
- 11- Barr Nicholas, op.cit, p 747.
- 12- Gosta Espering Anderson, op.cit, p.41.
- 13- Milton Freidman, op.cit ,p51
- 14 - Gosta Espering Anderson, op.cit, p.42.
- 15- Ibid, p41.
- 16- Frediric Teulon, op.cit, p. 328.
- 17- Ibid, p329.
- 18- Ibid, p331.
- 19 - Gilles Caire, Economie de Protection Sociale, édition Breal, 2002, p. 192
- 20- Frediric Teulon, op.cit, p 359.
- 21- Ibid, p361.
- 22- Social Security Programs. Throughout the World Africa 2005 United Nations.
- 23- Conseil National Economique et Social, Evolution des systèmes de protection sociale, perspectives, conditions et modalités permettant d'assurer leur équilibre financier, juillet 2001, p16.
- 24- Social Security Programs, op.cit.