جامعـــة عبـــد الرحمـــان ميـــرة ـ بجايـــــة ـ
كليـــة الحقـــوق والعلـــوم السياســـية
قسم: قانـــون الأعمال

المنازعات الطبية
في مجال الضمان الاجتماعي

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في الحقوق

فرع: قانون الأعمال/ تخصص: قانون العام للأعمال

إعداد الطالبتين:

ـ خراز نديرة
ـ قانة سامية

إشراف الأستاذ:

ـ بلول أعمر

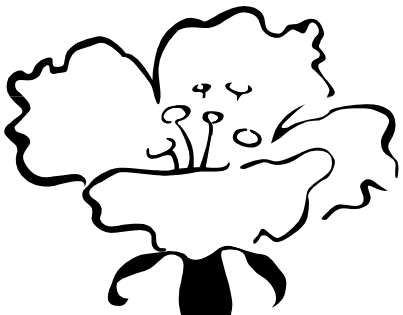
لجنة المناقشة:

ـ الأستاذ: أغليس بوزيد.....رئيسا

ـ الأستاذ: بلول أعمر.....مشرفا

ـ الأستاذة: يعقوب زينة.....ممتحنا

السنة الجامعية: 2013/ 2014



إهداء

إلى والدي الكريمين أطال الله في عمرهما

إلى كل إخوتي

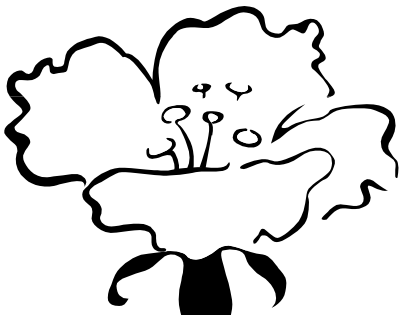
إلى من شاركتني هذا العمل المتواضع "حمزة و سامية"

إلى كل أصدقائي

إلى كل أساتذتي الأفاضل

إليهم جميعا أهدي ثمرة جهدي.

ندير



إهداء

إلى والدي الكريم أطال الله في عمره

إلى أمي الكريمة رحمها الله وأسكنها فسيح جنته

إلى كل إخوتي

إلى من شاركتني هذا العمل المتواضع "نديرة"

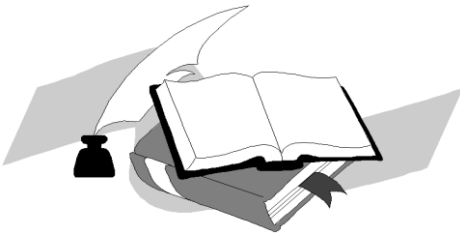
إلى كل أصدقائي

إلى كل أساتذتي الأفاضل

إليهم جميعا أهدي ثمرة جهدي.

سامية

كلمة شكر وعرفان



بعد حمد الله وشكره والثناء عليه

إعترافا بالفضل نتقدم بجزيل الشكر وخالص الإمتنان

إلى أستاذنا المشرف

الأستاذ : بلول أعمر

ندیرة وسامیة

قائمة أهم المختصرات :

أولا: باللغة العربية :

- **ج.ر**: جريدة رسمية .
- **ص** : صفحة .
- **ص.ص** : من الصفحة (...) إلى الصفحة (...) .
- **ج** : الجزء .
- **ق.إ.م.إ** : قانون الإجراءات المدنية والإدارية.
- **ط :** طبعة.
- **د.ط** : دون طبعة.

ثانيا :باللغة الفرنسية :

- **Op.cit** : (**O**pere citato) , référence précédemment citée .
- **P** : **P**age

يشكل الضمان الاجتماعي أحد صور الحماية الاجتماعية التي تطرقت إليها معظم دساتير الدول ومن بينها دستور الجزائر، والذي جعل من الصحة حقاً أساسياً وقد ألزمت الدولة بأن تضمن لرعاياها هذا الحق لإعتباره من ركائز قيام الدولة ونصت المادة 54 من دستور 1996 على أنّه: "الرعاية الصحية حق للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية وبمكافحتها"[1].

ولعل ازدواجية المعنى الذي يؤديه مصطلح الضمان الاجتماعي يعد نتيجة للتطور التدريجي لمفهوم الحماية الاجتماعية، منذ نهاية القرن التاسع عشر (19)، أين عرف نظام الضمان الاجتماعي عدة مراحل، فمع اتجاه الجزائر للأخذ بالنهج الاشتراكي بعد الاستقلال تغيرت القوانين الفرنسية فأصدرت الدولة الجزائري ة مجموعة من القوانين تطبق على جميع الشرائح دون تمييز خلافاً لما كان عليه سابقاً، فأصبح يشكل منظومة قانونية وهيكلية قائمة بحد ذاتها تحكمها قوانين وأنظمة وآليات خاصة أفرزها هذا التوجه نحو استقلالية النظام الاجتماعي منظومة متميزة في مجال المنازعات التي تنشأ عن تطبيق هذا النظام القانوني الاجتماعي[2]، ومن بينها قانون رقم 83 ـ 11 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، قانون رقم 83 ـ 13 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية وقانون رقم 08 ـ 08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي.

يهدف نظام الضمان الاجتماعي الى توفير الحماية الاجتماعية للمستفدين من الضمان الاجتماعي وذوي الحقوق، سواء أكانوا أجراء أو ملحقين بالأجراء أياً كان قطاع النشاط الذي ينتمون إليه، وذلك عن طريق التكفل بجميع الأخطار الاجتماعية والمهنية التي يتعرضون لها، ويتقاضون من أجلها الأداءات العينية والنقدية بالإضافة الى حماية العمال الذين يحالون على التقاعد والذين يفقدون مناصب عملهم لأسباب معينة قد تكون أسباب اقتصادية و ذلك مقابل منحهم معاشات التقاعد و منح البطالة .

لطالما سعت الدولة الجزائرية بمختلف اجتهاداتها وعن طريق تشريعاتها في ضمان حماية اجتماعية لمواطينها إلا أنه قد تثور خلافات بين المؤمن له اجتماعيا أو ذوي الحقوق من جهة وهيئة الضمان الاجتماعي من جهة ثانية حول تقدير تعويضات، نسب العجز، الحالة الصحية للمؤمن له أو ذوي حقوقه أو ما تعلق بدفع الاشتراكات وكل الالتزامات الملقاة على عاتق المكلف أوكل خاضع للنظام الضمان الاجتماعي.

[1] ـ أنظر المادة 54 من دستور 1996، الصادر بموجب المرسوم الرئاسي رقم 96 - 438، المؤرخ في 1996/12/07، ج.ر.ع 76، الصادر في 8 ديسمبر 1996، معدل ومتمم.

[2] ـ عشايبو سميرة، تسوية المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون، فرع قانون التنمية الوطنية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري تيزي وزو، 2012، ص 1.

تصنف منازعات الضمان الاجتماعي الى ثلاثة أنواع تتمثل في المنازعات العامة،، المنازعات الطبية والمنازعات التقنية. تختص دراستنا على المنازعات الطبية وفقاً لما جاء في التشريع الجزائري نظراً للأهمية البالغة التي تكتسيها، لاعتبار نظام التسوية الداخلية هي الأصل في الخلافات القائمة بين هيئة الضمان الاجتماعي والمستفدين من النظام الضمان الاجتماعي قبل اللجوء الى جهات القضائية المختصة،.

وعل أساس هذه الأهمية اخترنا موضوع المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي ذلك بالرغم من الصعوبات والتعقيدات التي وجهنها في إطار بحثنا ومنها: قلة الكتب المتخصصة حول موضوع المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي، وكذا قلة الدراسات السابقة حول هذا الموضوع.

سبب اختيارنا لموضوع المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي هو محاولة التعرف على جميع الجوانب المتعلقة بالموضوع، وكذا الميل والاهتمام الشخصي بمجال الضمان الاجتماعي.

وقد طرحنا في سياق هذا البحث الإشكالية التالية:

ما مدى فعالية قانون الضمان الاجتماعي الجزائري في تسوية المنازعات الطبية بما يحقق العدل والإنصاف بين الأطراف المتنازعة؟

لذلك اعتمدنا على المنهج التحليلي الذي حاولنا من خلاله تحليل النصوص القانونية التي تحكم منازعات الضمان الاجتماعي لاسيما القانون رقم 08 ـ 08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي وكذلك كل الأوامر والمراسيم المتعلقة به.

للإجابة على هذه الإشكالية ارتأينا إلى تقسيم بحثنا إلى فصلين، **(الفصل الأول)** خصصنه لماهية المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي ،**(الفصل الثاني)** تطرقنا الى آليات تسوية المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي.

النزاع الطبي هو خلاف يثور بين هيئة الضمان الاجتماعي والمؤمّن له حول الحالة ال صحية لهذا الأخير، لاسيما المرض والقدرة على العمل والتشخيص، وكذا تقديم العلاج أو حالة إصابة المؤمّن له بحادث عمل أو مرض مهني، لهذا السبب خصّص المشرع الجزائري أحكام خاصة تتعلق بإجراءات تسويتها يستلزم مراعاتها عند وقوع نزاع طبي بهدف حماية كل طرف، وهذا ما أكدت عليه المادة 17 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي.[1]

وهذا ما سنحاول دراسته من خلال التطرق إلى مفهوم المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي (المبحث الأول)، ثم تحديد نطاق موضوع المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي (المبحث الثاني).

[1] أنظر لمادة 17 من القانون رقم 08-08، مؤرخ في 23 /2008/02 ، يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، ج.ر.ع 11، الصادر بتاريخ 2008/02/23.

المبحث الأول: مفهوم المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي

تختلف النزاعات الطبية من حيث إجراءات تسويتها والهيئات المختصة بذلك عن النزاعات ال عامة، ومنازعات أرباب العمل اتجاه هيئة الضمان الاجتماعي، إذ يغلب على المنازعات الطبية الطابع الطبي أكثر من الجانب الإداري أو القضائي لأنها تتعلق بالحالة الصحية للمؤمّن له [1]، الأمر الذي يستوجب التعرّض لمفهوم المنازعات الطبية وتبيان أنواعها.

وعليه سنتعرض في هذا المبحث إلى تعريف المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي **(المطلب الأول)**، وإبراز أنواع المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي **(المطلب الثاني)**.

المطلب الأول: تعريف المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي

لقد نص المشرع الجزائري على تعريف المنازعات الطبية في المادة 17 من القانون الجديد رقم 08/08 المؤرخ في 23 فيفري 2008 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي على أنه: «يقصد بالمنازعات الطبية في مفهوم هذا القانون، الخلافات المتعلقة بالحالة الصحية للمستفيدين من الضمان الاجتماعي، لاسيما المرض والقدرة على العمل والحالة الصحية للمريض والتشخيص والعلاج وكذا كل الوصفات الطبية الأخرى».[2]

بتحليلنا لهذه المادة نستخلص أن المشرع لم يأت بأي جديد على التعريف القديم الذي نصت عليه المادة 04 من القانون رقم 15/83 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي ، إنما فقط غيّر مصطلح الحالة الطبية واستبدله بالحالة الصحية.

والغريب في الأمر أن المشرع الجزائري قام بحذف مصطلح "ذوي حقوقهم" في التعريف الجديد، إذ يعتبر في غاية الأهمية.

والجدير بالذكر أن المستفيد من الضمان الاجتماعي ليس دائما هو من يباشر إجراءات القيام بالاعتراض على قرارات الصندوق بنفسه، بل في غالب الأحيان يباشر الاعتراض ذوي حقوقه، ويكمن ذلك في حالة وفاة المستفيد، أو عدم قدرته على مباشرة إجراءات الاعتراض إذا كانت حالته الصحية لم تسمح له في حالة إصابته بحادث عمل أو مرض مهني خطيرين، وبالتالي يكون له عجز يمكن أن يعيقه عن القيام بأي نشاط.

---

[1] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2010، ص12.

[2] المادة 17 من القانون رقم 08-08، يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

أما الشق الثاني من التعريف الذي أتت به المادة 17 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي فقد أورد هالمشرع لتوضيح ما جاء في الشق الأول منه وذلك بقوله «لاسيما المرض والقدرة على العمل والحالة الصحية للمريض والتشخيص والعلاج وكذا كل الوصفات الطبية الأخرى».

تجدر الملاحظة للقول بأن المشرع بقدر ما أراد تبسيط وتوضيح مفهوم المنازعات الطبية بقدر ما زاد في تعقيدها وغموضها ويتجلى ذلك فيما يلي:

"عبارة "الحالة الصحية التي ذكرها المشرع في الشق الثاني من التعريف لم تكن في محلها، لكون تم التطرق إليها في الشق الأول من التعريف بقوله: «...الخلافات المتعلقة بالحالة الصحية للمستفيدين...»، وإنما جاءت ضمن التكرار الذي نحن في غنى عنه.[1]

أما مصطلح التشخيص الوارد ضمن الشق الثاني من التعريف، والذي يهدف إلى توضيح موضوعات المنازعات الطبية، قد جاء غامض اً لأن معرفة الحالة الصحية للمستفيد من الضمان الاجتماعي، يستلزم اللجوء كمرحلة أولية لتشخيص حالته الصحية، وبالتالي يمكن اعتبار مصطلح التشخيص بأنه مهمة منوطة بالأطباء المختصين لمعرفة حالة المستفيدين من الضمان الاجتماعي والتي لا تدخل ضمن المنازعات الطبية، لأن العبرة بالنتيجة التي توصل إليها الطبيب والتي تكون محل منازعة.

وكذلك الأمر بالنسبة لعبارة "كل الوصفات الأخرى"، فهنا المشرع لا نعرف لماذا أضاف كلمة الأخرى وكأنه توجد وصفات طبية سابقة، لكي تستقيم العبارة وتؤدي معناها كاملا كان من الأفضل أن تكون كالآتي "والوصفات الطبية التي تم رفضها من قبل الطبيب المستشار"، وبالرجوع إلى الممارس ة العملية اليومية نجد أن أغلب المنازعات الطبية موضوعها الاعتراض على عدم القبول للوصفات الطبية من طرف الطبيب المستشار التابع للصندوق وذلك إثر المراقبة التي يجريها بصفة عادية على المؤمن لهم.

وفي الأخير نستخلص أن الأسلوب الذي استعمله المشرع الجزائري عند تعريفه للمنازعة الطبية مشوب بكثير من الغموض والعيوب، فإنه يتجاوز هذه الصعوبات يجب تدارك هذا الإغفال القانوني والمتمثل في تحديد مفهوم واضح للمنازعة الطبية وكذا حصر أهم موضوعاتها.

مما سبق قوله، وبالنظر للممارسة التطبيقية للمنازعة الطبية يمكن اقتراح تعريف يتمثل في :

«المنازعات الطبية هي كل خلاف يحدث بين المؤمن له اجتماعيا أو ذوي حقوقه وهيئات الضمان

[1] سماتي الطيب، التأمينات الاجتماعية في مجال الضمان الاجتماعي، د.ط، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر 2010، ص297.

الاجتماعي، والتي يكون موضوعها قرار رفض طبي صادر عن الطبيب المستشار يتعلق أساسا بالحالة الصحية للمؤمن له اجتماعيا، سواء كانت متعلقة بالعجز الناتج عن مرض أو حادث عمل أو مرض مهني، أو كانت متعلقة بالولادة، أو تحديد سبب الوفاة وكل أنواع العلاج، والوصفات الطبية التي تم رفضها من قبل الطبيب المستشار التابع لهيئة الضمان الاجتماعي، وكذا تلك المتعلقة بإجراءات ونتائج وآثار الخبرة الطبية».[1]

المطلب الثاني: أنواع المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي

تمتاز المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي بخصائص تميزها عن المنازعات الأخرى – المنازعات العامة والتقنية– سواء في القانون القديم رقم 15/83 أو في القانون الجديد رقم 08/08 المتعلقين بالمنازعات، انطلاقاً من هذا سنحاول إبراز هذه الأنواع:[2]

لذلك سنتطرق للمنازعات الطبية المرتبطة أساساً بالحالة الصحية للمؤمَّن له اجتماعيا في **(الفرع الأول)**، أما **(الفرع الثاني)** سنخصصه للمنازعات الطبية التي تقتضي اللجوء إلى الطبيب المعالج كمرحلة أولى لوصف الحالة الصحية للمؤمَّن له اجتماعيا، أما **(الفرع الثالث)** سنتناول فيه المنازعات الطبية المرتبطة بإجراء المراقبة الطبية، وفي الأخير **(الفرع الرابع)** سنعالج فيه المنازعات الطبية التي تحتاج تسويتها الاستعانة بأهل الخبرة وذوي الاختصاص.

الفرع الأول: المنازعات الطبية المرتبطة أساساً بالحالة الصحية للمؤمَّن له اجتماعيا

إذا كانت تعرف المنازعات العامة في مجال الضمان الاجتماعي في القانون الجديد على أنها تلك الخلافات التي تثور بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤمَّن لهم اجتماعيا أو المكلفين بموجب تطبيق تشريع وتنظيم الضمان الاجتماعي [3]، وكذا المنازعات التقنية ذات الطابع الطبي تتعلق بالخلافات التي تنشأ بين هيئات الضمان الاجتماعي ومقدمي العلاج والخدمات المتعلقة بالنشاط المهني للأطباء والصيادلة وجراحي

[1] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، ج 1، د.ط، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2014، ص 297.

[2] المرجع نفسه، ص18.

[3]. - Jean- Jaques du peyrou ,droit de sécurité sociale, précis, Dalloz, 12ème édition, 2008, P 80.

الأسنان للمستفيد من الضمان الاجتماعي [1]. فإنّ المنازعات الطبية مرتبطة بالحالة الصحية للمستفيد من الضّمان الاجتماعي[2].

فقد تتعرض صحة المؤمن له إلى عدة مخاطر وهي بالخصوص العجز، الوفاة والولادة وتعتبر من العوارض التي تصيب المستفيد من الضمان الاجتماعي تجعله يتوقف عن العمل لمدة طويلة أو قصيرة، فيتعرض بالخصوص المؤمن له خلالها إلى فقدان دخله، وقد يكلفه ذلك مصاريف باهضة قد تفوق دخله كمصاريف الأطباء والمستشفى والدواء...الخ.

الأمر الذي يجعله يلجأ إلى مصالح الضمان الاجتماعي إيداع ملف الطبي للاستفادة من أداءات الضمان الاجتماعي، لكن في حالة ما إذا قام الطبيب المستشار التابع للصندوق يرفض ملفه الطبي، هنا تنشأ المنازعة الطبية.[3]

الفرع الثاني: المنازعات الطبية التي تقتضي اللجوء إلى الطبيب المعالج كمرحلة أولى لوصف الحالة الصحية للمؤمّن له اجتماعياً

لا تنشأ المنازعة الطبية إلاّ بعد تحديد وتقدير الحالة الصحية للمؤمّن له اجتماعياً من طرف الطبيب المعالج له، ثم يقدم المؤمّن له نتائج المتحصل عليها إلى هيئة الضمان الاجتماعي التي تتمتع قانوناً بحق المراقبة الطبية للتأكد من مدى صحة النتائج، ويتم هذا بعرض المصاب على الطبيب المستشار التابع لها الذي يقوم بتقدير حالته الصحية من جديد فنكون بصدد تقديرين للحالة الصحية للمؤمّن له[4].

في حالة الاتفاق بين الطبيب المعالج والطبيب المستشار في الرأي هنا لا يطرح أي إشكال، أما إذا اختلف رأي كلّ من الطبيب المعالج والطبيب المستشار ولم يرض المؤمّن له بهذا التباين فهنا تنشأ المنازعة الطبية[5].

---

[1] عباشي كريمة، الضرر في مجال الطبي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون، فرع قانون المسؤولية المهنية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، 2011، ص 171.

[2] كشيدة باديس، المخاطر المضمونة وآليات فض المنازعات في مجال الضمان الاجتماعي ، بحث مقدم لنيل شهادة الماجستير في العلوم القانونية، تخصص قانون الأعمال، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2009 . 2010، ص 84.

[3] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص ص 18-19.

[4] نزاع القندول عثمان، منازعات الضمان الاجتماعي ودور القاضي فيها، مذكرة لنيل جائزة المدرسة العليا للقضاء، الدفعة الخامسة عشر، الجزائر، 2007، ص 22.

[5] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص ص 18-19.

الفرع الثالث: المنازعة الطبية المرتبطة بإجراء المراقبة الطبية

تتمثل مهمة المراقبة الطبية في إبداء رأي ذو طبيعة طبية في إطار تنظيمي في مجال الضمان الاجتماعي وهذا من أجل حماية وصيانة حق المؤمَّن الاجتماعي، لذلك أوجب القانون على هذا الأخير الخضوع لكل الفحوصات التي تكون مفيدة لتقدير حالته الصحية، أي اعتباره امتياز من امتيازات الضمان الاجتماعي.[1]

طبقاً لأحكام القانون رقم 11/83 المؤرخ في 1983/07/02 المعدل والمتمم المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، تتم المراقبة الطبية على يد هيئات الضمان الاجتماعي بواسطة الطبيب المستشار التابع لها، وهذا ما أكدته المادة 64 من القانون رقم 11/83 المذكور أعلاه التي نصت على أنه: «يمكن صناديق الضمان الاجتماعي أن تقرر إخضاع المؤمّن له اجتماعياً لمراقبة طبية من طرف طبيب مستشار لهيئة الضّمان الاجتماعي أو أي ممارس طبّي آخر تعيّنه هذه الهيئة، في هذه الحالة الأخيرة، تكون المصاريف المتعلقة بالفحص الطّبي على عاتق الهيئة المعنية.

وإذا اعترض المؤمَّن له اجتماعياً عن هذه الفحوص الطبية أو المراقبة المطلوبة أو عندما لا يمتثل للاستدعاء تسقط حقوقه في الأداءات خلال الفترة التي تمّ فيها عرقلة المراقبة[2].

يتبين لنا من هذه المادة أن هيئة الضمان الاجتماعي تتمتع قانوناً بحق المراقبة الطبية ولهذا لا يمكن للمؤمَّنين الاجتماعيين التملص منها، لذلك فإن الرأي الطبي الذي يقدمه الطبيب المستشار التابع لهيئة الضمان الاجتماعي هو الذي يحدد مدى استحقاق التعويض الواجب دفعه عن طريق تقدير الحالة الصحية للمؤمَّن الاجتماعي.

بالتالي فغالباً ما نجد المؤمَّن له لا يقبل بالقرار الطبي الذي يصدره الطبيب المستشار الذي قام بإجراءات المراقبة الطبية، ممّا يدفع بالمؤمَّن له إلى الاعتراض على هذا القرار وذلك بطلب إجراء الخبرة الطبية، ومن ثمة تعتبر مصلحة التعويضات الجهة المؤهلة للتبليغ عن نتائج الرقابة الطبية التي توصل إليها الطبيب المستشار، ولهذا قد تنجم عنها مشاكل تنازعية بين المؤمَّن له وهيئات الضمان الاجتماعي، لكن المشرع أوجب نظام قانوني متميز لحلها على أساس اختلاف النزاع الطبي، سواء من حيث إجراءات تسويته

[1] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص ص19-20.

[2] أنظر المادة 64 من القانون 11/83، مؤرخ في 1983/07/02، يتعلق بالتأمينات الاجتماعية، ج.ر.ع 28، المعدل بموجب الأمر 96-17 المؤرخ في 1996/07/06، جريدة رسمية عدد 42.

والهيئات المختصة بذلك عن المنازعات العامة، فهي تتميز بطابع الطبي أو التقني أكثر من الطابع الإداري أو القضائي.

وفي الأخير يمكن القول أن المراقبة الطبية هي السّ بب الرئيسي لإنشاء المنازعة الطبية، وفي غالب الأحيان هذه الأخيرة تكون مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بإجراءات المراقبة الطبية.[1]

الفرع الرابع: المنازعات الطبية التي تحتاج تسويتها الاستعانة بأهل الخبرة وذوي الاختصاص

باعتبار المنازعات الطّبية مسألة تقنية وفنية فإنّ تسوية الخلافات المتعلقة بها تتم في إطار إجراءات خاصة تسمى بالخبرة الطبية [2]، ونظراً لهذه الخصوصية يتم الاستعانة بأهل الخبرة من الأطباء المختصين لمراقبة الحالة الصّحية للمؤمنين لهم اجتماعياً ليتضح لهم تقدير نسبة العجز أو معرفة أسباب الوفاة الناجمة عن حادث عمل أو مرض مهني محل النزاع.

وقد تبنّى قانون الضمان الاجتماعي الفرنسي هذا المبدأ، بحيث أكّد على ضرورة اللجوء إلى رأي ثالث يفصل في النزاع عن طريق اللجوء إلى طبيب خبير باختيارهما معاً [3]، أي باختيار المؤمّن له وهيئة الضمان الاجتماعي لأن المنازعات الطبية تحتاج في تسويتها الاستعانة بأهل الخبرة وذوي الاختصاص.[4]

وبالتالي اللجوء إلى الخبرة الطبية لتقدير وتحديد الحالة الصحية الحقيقية للمؤمَّن له اجتماعياً يعتبر كنوع من التحكيم الطبي التخصصي.

كما تسمح بـتسوية النزاع الطبي الذي نشأ بمجرد إبداء الطبيب المستشار لدى هيئة الضمان الاجتماعي رأيا مخالفاً لرأي الطبيب المعالج، ومن ذلك الرأي الذي يصدره الطبيب الخبير ملزماً للأطراف وهذا ما نصت عليه المادة 2/19 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي على أنه: «تلزم نتائج الخبرة الطبية الأطراف بصفة نهائية».[5]

---

[1] أحمية سليمان، آليات تسوية منازعات العمل والضمان الاجتماعي في القانون الجزائري، الطبعة الثالثة، ديوان المطبوعات، الجزائر، 2005، ص191.

[2] عوسات تكليت، طرق التحصيل الجبرية والمنازعات في مجال الضمّان الاجتماعي للعمّال غير الأجراء، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون، فرع إدارة ومالية، جامعة الجزائر بن عكنون، 2009 ـ 2010، ص 60.

[3] Hammonz Morad ; Khadhir Mohamed, Précis de sécurité sociale à l'usage des professions de la santé et des assurés sociaux OPU, Alger, 1996, P 16.

[4] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص23.

[5] أنظر المادة 2/19 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

المبحث الثاني: نطاق تطبيق موضوع المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي

لتحديد وحصر نطاق تطبيق المنازعات الطبية في القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي نجده غير كافٍ، كون هذه المنازعات الطبية مرتبطة بالحالة الصحية للمؤمَّن له، وبالأداءات التي تقدمها هيئة الضمان الاجتماعي وفقاً للقانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية والقانون رقم 13/83 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، إن تطبيق هذين القانونين السالف الذكر في الميدان العملي هما اللذين يوضحان بشكل معمق المجالات الحقيقية للمنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي.[1]

لذلك سنتطرق إلى المنازعات الطبية المتعلقة بالعطلة المرضية وعطلة الأمومة (المطلب الأول)، أما (المطلب الثاني) سنتناول فيه المنازعات الطبية المتعلقة بحوادث العمل والأمراض المهنية.

المطلب الأول: المنازعات الطبية المتعلقة بالعطلة المرضية وعطلة الأمومة

بالعودة إلى نص المادة 16 من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية نجد أنّها فرقت بين نوعين من العطل وهما العطل المرضية القصيرة المدى والعطل المرضية الطويلة المدى، كما نجد أيضاً أن نص المادة 23 من القانون رقم 11/83 السالف الذكر بيّن لنا الأداءات المتعلقة بالتأمين على الولادة التي تتكفل بها هيئة الضمان الاجتماعي.[2]

وعليه سنتناول المنازعات الطبية المتعلقة بالعطلة المرضية (الفرع الأول)، ثم نخصص المنازعات الطبية المتعلقة بعطلة الأمومة (الفرع الثاني).

الفرع الأول: المنازعات الطبية المتعلقة بالعطلة المرضية

لقد ميّز القانون رقم 11/83 السالف الذكر بين نوعين من العطل المرضية وهذا ما أكدته المادة 16 من هذا القانون على أنه: «تدفع التعويضات المشار إليها في المادة 15 أعلاه طوال فترة أقصاها ثلاث (03) سنوات محسوبة وفقاً للشروط التالية:

- ✓ إذا تعلق الأمر بعلل طويلة الأمد، يجوز دفع التعويضة اليومية طوال فترة مدتها ثلاث سنوات ومحسوبة من تاريخ إلى تاريخ عن كل علة.

[1] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص24.

[2] أنظر المواد 16 و23 من القانون رقم 11/83 يتعلق بالتأمينات الاجتماعية، مرجع سابق.

وفي حالة توقف يتبعه استئناف للعمل، يتاح أجل جديد مدته ثلاث (03) سنوات، على أن تمر على هذا الاستئناف سنة على الأقل.

- ✓ إذا تعلق بعلل من غير الع لل الطويلة الأمد، تدفع التعويضة اليومية على نحو يضمن طوال فترة مدتها سنتان متتاليتان، يتقاضى فيها العامل ثلاثمائة تعويضة يومية على الأكثر، وذلك على علة أو عدة علل»[1]

من خلال استقراء هذه المادة يتبين لنا أن العطل المرضية نوعين وهما كالتالي:

أولا: المنازعات الطبية المتعلقة بالعطلة المرضية القصيرة المدى

ينشأ النزاع الطبي بين المؤمَّن له وهيئة الضمان الاجتماعي نتيجة القرارات الطبية التي يصدرها الطبيب المستشار التابع للصندوق بالرفض عن طريق المراقبة التي يجريها على المؤمَّن له وموضوع الرفض في هذه الحالة يكون بالعبارة التالية: "رفض طبي".

وبالتالي يعتبر المرض نوع من المنازعات الطبية لكونه يتعلق بالحالة الصحية للمؤمَّن لهم.[2]

ويتم التأمين على المرض بواسطة الأداءات العينية التي (أو المتمثلة) تتمثل في التكفّل بمصاريف العناية الطبية والوقائية والعلاجية لصالح المؤمن للمؤمَّن له وذوي حقوقه، وأداءات ن قدية تتمثل في منح تعويضية يومية للعامل الذي يضطره المرض إلى الانقطاع عن العمل ، وهذا ما نصت عليه المادة 07 من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية المعدل والمتمم.[3]

أ. المنازعات الطبية المتعلقة بالعطلة المرضية العادية

يجب على المؤمَّن له في حالة توقفه عن العمل أن يصرح بالمرض لدى هيئة الضمان الاجتماعي من خلال تقديمه وصفة طبية يحررها الطبيب المعالج للمؤمَّن له تسمى ـ "بوصفة الانقطاع عن العمل"، وهذا ما أكدته المادة 1/25 من المرسوم رقم 27/84 والتي جاء فيها : «في حالة الانقطاع عن العمل بسبب المرض، يجب أن تشمل وصفة الانقطاع عن العمل بصورة واضحة...».[4]

---

[1] أنظر المادة 16 من القانون رقم 11/83 يتعلق بالتأمينات الاجتماعية، مرجع سابق.

[2] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص 24-25.

[3] أنظر تنص المادة 07 من القانون رقم 11/83 يتعلق بالتأمينات الاجتماعية على أنّه: «تشمل أداءات التأمين على المرض:
الأداءات العينية: التكفل بمصاريف العناية الطبية والوقائية والعلاجية لصالح المؤمَّن له اجتماعيا وذوي حقوقه.
الأداءات النقدية، منح تعويضة يومية للعامل الأجير الذي يضطر إلى التوقف مؤقتاً عن عمله بسبب المرض.

[4] أنظر المادة 1/25 من المرسوم رقم 27/84 مؤرخ في 11 فيفري 1984 الذي يحدد كيفيات تطبيق العنوان الثاني من القانون رقم 11/83 مؤرخ في 02 جويلية 1983، يتعلق بالتأمينات الاجتماعية المعدل والمتمم.

إن التصريح عن المرض يتم عن طريق إيداع المؤمَّن له المريض أو من يمثله وصفة التوقف عن العمل لدى شباك هيئة الضمان الاجتماعي المختصة في ظرف يومين، كما يمكن إرسالها عن طريق البريد، وفي هذه الحالة الأخيرة تكون العبرة في تحديد تاريخ التصريح بختم البريد، أما في حالة الإيداع، تقوم مصالح الضمان الاجتماعي بتسليم إشعار بالاستلام على الفور، وتسلم وصفة التوقف عن العمل النسخة الأصلية، بينما تسلم النسخة المطابقة للأصل والمختومة بختم مصلحة الأداءات التابعة لهيئة الضمان الاجتماعي لربّ العمل يقدمها المؤمَّن له المريض.[1]

وبعدها يتقدم المؤمَّن له شخصياً لدى مصالح الضمان الاجتماعي لإجراء المراقبة الطبية فوراً أمام الطبيب المستشار التابع لها، وفقاً لما نصت عليه المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 171/05 المؤرخ في 07 ماي 2005 الذي يحدد شروط سير المراقبة الطبية للمؤمَّن لهم اجتماعيا.[2]

وفي حال ما إذا قام الطبيب المستشار بإصدار قرار طبي يقضي بالرفض الكلي أو الجزئي للعطلة المرضية المقدمة من طرف المؤمَّن له، هنا تنشأ المنازعة الطبية، أما إذا تمّ قبول مدة العطلة المرضية الممنوحة فهنا لا يوجد أي تعقيد–منازعة.

وبالتالي يحق للمؤمَّن له الاعتراض على القرار الطبي الذي قضى بالر فض للعطلة المرضية المقدمة، وذلك بإتباع إجراءات الخبرة الطبية التي سنتعرض لها لاحقاً.

ب. المنازعات الطبية المتعلقة بالعناية الطبية والوقائية والعلاجية

حسب نص المادة 1/07 من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية فإن أداءات التأمين على المرض تشمل الأداءات العينية والتي تتمثل في التكفل بمصاريف العناية الطبية والوقائية والعلاجية لصالح المؤمَّن له وذوي حقوقه.[3]

ومن ثمة فإن الأداءات العينية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالمرض وتتمثل أساساً في العناية الطبية والوقائية والعلاجية والصحية للمؤمَّن له وذوي حقوقه [4]، ويتم الحصول على هذه الأداءات عن طريق تحرير وصفة يعدها الطبيب المعالج للمؤمَّن له، ويجب على هذا الأخير أن يقدم الوصفة المحررة من طرف طبيبه إلى

---

[1] أنظر المادة 2/1 القرار المؤرخ في 13 فيفري 1984 الذي يحدد مدة الأجل المضروب للتصريح بالعطل المرضية لدى هيئات الضمان الاجتماعي.

[2] كشيدة باديس، المخاطر المضمونة وآليات فض المنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم القانونية، قانون الأعمال، جامعة باتنة، 2009–2010، ص 28.

[3] أنظر المادة 1/7 من القانون رقم 11/83 يتعلق بالتأمينات الاجتماعية معدل ومتمم، مرجع سابق.

[4] خليفي عبد الرحمان، الوجيز في منازعات العمل والضمان الاجتماعي، د.ط، دار العلوم للنشر والتوزيع، الجزائر، 2008، ص109.

هيئة الضمان الاجتماعي، التي تقوم بالمراقبة الطبية على المؤمَّن له عن طريق طبيبها المستشار الذي له سلطة قبول هذه الوصفات أو رفضها من أجل الاستفادة من الأداءات العينية السالف ذكرها.[1]

تتمثل الأداءات العينية للتأمين على المرض التي تهتم بها هيئة الضمان الاجتماعي بعد موافقة الطبيب المستشار التابع للصندوق، كذلك بعد وصف العلاجات من طرف الطّبي ب أو شخص مؤهل لهذا الغرض إلى عدة أقسام نذكر منها المنازعات الطبية المتعلقة بتعويض مصاريف العلاج، حيث نصت عليها المادة 04 من المرسوم رقم 84-27 المعدلة بموجب المادة 01 من الأمر رقم 88-209 على ما يلي: «على أن تعويض مصاريف العلاج من طرف هيئة الضمان الاجتماعي للمؤمَّن له بشرط قبولها من طرف الطبيب المستشار التابع لصندوق الضمان الاجتماعي تتمثل فيما يلي:

- ✓ عندما تكون المصاريف التي يلتزم بها المؤمَّن له بمناسبة أي إجراء طبي أو سلسلة إجراءات خصص لها في المدونة العامة للإجراءات المهنية.
- ✓ عندما يثبت أن المستفيد مصاب بإحدى العلل المنصوص عليها في المادة 5 أدناه[2].
- ✓ عندما يلتزم المؤمَّن له بمصاريف عمليات التزويد بالدم أو بالمصل أو بمشتقاتهما، أو في حالة وضع مواليد وُلدوا قبل الأوان في محضنة.
- ✓ عندما تفوق مدة الإقامة في المستشفى 30 يوماً.
- ✓ ابتداء من اليوم الأول من الشهر الرابع من الانقطاع عن العمل عندما يتطلب العلاج توقفاً عن العمل لمدة متواصلة تفوق 3 أشهر.
- ✓ عندما تكون المصاريف الملتزم بها تتعلق بما يلي:
  - التجهيزات الكبرى.
  - الجبارة الفكية الوجهية.
  - إعادة التدريب الوظيفي.
  - إعادة التكييف الوظيفي.»[3]

يجب على الطبيب المعالج أن يؤشر وجوباً على وثيقة مرض تحتوي على كل هذه العلاجات، وتقدم إلى هيئة الضمان الاجتماعي لإجراء المراقبة من طرف الطبيب المستشار من أجل قبولها أو رفضها وذلك

[1] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص29.

[2] أنظر المادة 04 من المرسوم رقم 84-27 ، مرجع سابق.

[3] أنظر المادة 04 من المرسوم رقم 84-27 مؤرخ في 1984/02/11 والمعدّلة بالمادة 01 من المرسوم رقم 88-209 مؤرخ في 1988/10/18 الذي يحدد كيفيات تطبيق العنوان الثاني من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.

بهدف تسديد مصاريفها، وهذا استناداً لنص المادة 1/06 من المرسوم رقم 84-27 المؤرخ في 1984/02/11[1] الذي يحدّد كيفيات تطبيق العنوان الثاني من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.

وكذا المنازعات الطبية المتعلقة بالأجهزة والأعضاء البديلة قد أشارت إليها المادة 08 من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية على أنه: « تشمل الأداءات العينية للتأمين على المرض على الخصوص تغطية المصاريف: الأجهزة والأعضاء الاصطناعية...» [2]، ضف إلى ذلك نص المادة 08 من المرسوم رقم 84-27 السالف الذكر.[3]

يجب الحصول على موافقة أولية من طرف هيئة الضمان الاجتماعي من أجل رد مصاريف الاجهزة والأعضاء البديلة، وذلك عن طريق إجراء المراقبة الطبية من طرف الطبيب المستشار التابع لصندوق الضمان الاجتماعي الذي يراقب أحقية المؤمَّن مصاريف له للاستفادة من هذه الأجهزة والأعضاء.

كما نجد أيضاً المنازعات الطبية المتعلقة بتعويض النظارات نصت عليها المادة 12 من المرسوم 27/84 المذكور على أنه: «لا ترد مصاريف النظارات الخاصة بعدسات البصر اللصيقة أو العدسات الملونة إلا بعد استشارة الطبيب المستشار لدى هيئة الضمان الاجتماعي».[4]

معناه يجب الحصول على موافقة صريحة من طرف الطبيب المستشار التابع للصندوق من أجل التعويض عن مصاريف النظارات الطبية، وقد يصدر الطبيب المستشار قرار طبي إما بالقبول أو الرفض، وهذه الأخيرة يمكن الاعتراض عليه ومن ثمة نشوء نزاع طبي.

كما أقر المشرع الجزائري أيضاً المنازعات الطبية المتعلقة بنفقات العلاج بمياه الحمامات المعدنية والمعالجة المتخصصة استناداً إلى نص المادة 14 من المرسوم رقم 27/84 المؤرخ في 1984/02/11 التي جاء فيها على ما يلي: «تشمل نفقات العلاج بمياه الحمامات المعدنية أو العلاج المتخصص الذي يصفه الطبيب، نفقات الرعاية الطبية والعلاج والإقامة في مؤسسات العلاج التي تعتمدها وزارة الصحة، كما تشمل مصاريف التنقل ويحدّد نوع العلاج بمياه الحمامات المعدنية أو العلاج المتخصص الذّي يمكن أن

[1] أنظر المادة 1/06 من المرسوم رقم 27/84 مؤرخ في 1984/02/11 السابق الذكر.

[2] أنظر المادة 08 من القانون رقم 11/83 يتعلق بالتأمينات الاجتماعية، مرجع سابق.

[3] أنظر المادة 08 من المرسوم رقم 27/84 مؤرخ في 1984/02/11 على أنه: «تشمل تغطية مصاريف الأجهزة رد مصاريف شراء الأجهزة التبديلية والجبارية وتركيبها وإصلاحها وتجديدها حسب الشروط التقنية المنصوص عليها في التنظيم المعمول به، كما تشمل ردّ وسائل الربط وغير ذلك من التوابع الضرورية لعمل هذه الأجهزة».

[4] أنظر المادة 12 من المرسوم 27/84 مؤرخ في 1984/02/11، مرجع سابق.

تتكفل به هيئات الضّمان الاجتماعي وكذا مصاريف الرعاية في اتفاقيات تبرم بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات المذكورة في الفقرة السّابقة.[1]

أما المنازعات الطبية المتعلقة بالمنتجات الصيدلانية وهي تعتبر من المستلزمات الطبية والوقائية والعلاجية، وهي تحرر في شكل وصفة طبية تمنح من طرف الطبيب المعالج الذي يلجأ إليه المؤمَّن له كمرحلة أولى لمعاينة حالته الصحية، يدفع مبلغ المصاريف ويطلب من صندوق الضمان الاجتماعي المختص إقليميا تعويضاً[2]، وذلك وفقاً لما نصت عليه المادة 26 من الأمر رقم 17/96 الذي يعدل ويتمم القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية المؤرخ في 02 جويلية 1983.

ثانيا: المنازعات الطبية المتعلقة بالعطلة المرضية الطويلة المدى

لقد ميز القانون رقم 11/83 المؤرخ في 2 جويلية 1983 بين نوعين من العطل المرضية، حيث تتمثل الأولى في العطل المرضية القصيرة التي أشرنا إليها سابقاً، أما النوع الثاني يتمثل في العطل المرضية الطويلة المدى، حيث نصت عليها المادة 16 من القانون رقم 11/83 المذكورة أعلاه.

إن مدة العطلة المرضية الطويلة المدى تقدر بـ 3 سنوات كاملة وبعدها يُحال المؤمَّن له اجتماعياً على العجز، ولقبول هذه المدة يجب موافقة هيئة الضمان الاجتماعي عن طريق هيئة الرقابة الطبية الممثلة في الطبيب المستشار التابع لها.

وفي حالة عدم تبرير مدة العطلة المرضية المقدرة بثلاث (3) سنوات من طرف الطبيب المستشار، هنا تنشأ المنازعة الطبية، بحيث يمكن للمؤمَّن له الاعتراض على القرار الطبي المرفوض لتبرير العطلة الممنوحة له من طرف طبيبه، وخصوصاً إذا أكد الطبيب المعالج أن المؤمَّن له المري ض مصاب بعلة أو أكثر من العلل الطويلة الأمد التي نصت عليها المادة 21 من المرسوم رقم 27/84 المؤرخ في 1984/02/11[3] الذي يحدد كيفيات تطبيق العنوان الثاني من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.

[1] أنظر المادة 14 من المرسوم رقم 27/84 مؤرخ في 1984/02/11، مرجع سابق.

[2] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص36.

[3] نفس المرجع، ص38.

الفرع الثاني: المنازعات الطبية المتعلقة بعطلة الأمومة (الولادة)

يقصد بالأمومة حالة الحمل والولادة، والذي دعا إلى إلحاق الأمومة بالمرض، مع أنها ليست مرضاً بالمعنى الدقيق للكلمة، هو كونها كالمرض يحتاج إلى رعاية طبية وتؤدي بالمرأة خاصة في مراحل الحمل الأخيرة إلى فقد القدرة على العمل، كما تؤدي إلى التأثير على دخل المرأة العاملة والأسرة ككل.[1]

ولقد نظم المشرع المخاطر المتعلقة بالأمومة بأحكام خاصة، حيث تتمتع المرأة العاملة لفترة حمل مريحة وظروف ولادة حسنة، وضمان الحفاظ على صحتها وصحة مولودها، وكذلك يغطي هذا التأمين على الولادة جميع المصاريف المترتبة على الحمل والولادة، سواء تعلق ما منها بنفقات العلاج والرعاية الصحية للمرأة العاملة أو ما تعلق منها بالتعويض عن دخلها الذي فقدته نتيجة لانقطاعها عن العمل بسبب الحمل والولادة، حيث تتلقى تعويضة يومية.[2]

أولا: المنازعات الطبية المتعلقة بتعويض عطلة الأمومة

حسب نص المادة 2/23 من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية على أنه: «تشمل أداءات التأمين على الولادة: 2-الأداءات النقدية: دفع تعويضة يومية للمرأة العاملة التي تضطر بسبب الولادة إلى الانقطاع عن العمل».[3]

كما أضافت المادة 12 من الأمر رقم 17/96 الذي يعدل قانون رقم 11/83 السالف الذكر على أنه:« تتقاضى المؤمَّنة لها شريطة أن تتوقف عن كل عمل مأجور أثناء فترة التعويض تعويضة لمدة أربعة عشر (14) أسبوعاً متتالية، تبدأ على الأقل س تة (6) أسابيع منها قبل التاريخ المحتمل لا تقلص فترة التعويض المقدرة بأربعة عشر (14) أسبوعاً».[4]

فمن خلال ما جاء في هذه المادة يتضح لنا أن للمرأة العاملة الحق في الاستفادة من دفع الأداءات النقدية المتمثلة في تعويضة يومية تقدر بـ 100% من الأجر اليومي بعد اقتطاع اشتراك الضمان الاجتماعي التي انقطعت عن الحمل بسبب الولادة المقدرة بـ 14 أسبوع وهذا ما أكدته المادة 28 من القانون 11/83 السالف الذكر.

---

[1] حسين عبد اللطيف حمدان، الضمان الاجتماعي أحكامه وتطبيقاته، دراسة تحليلية شاملة، الطبعة الثالثة، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، 2002، ص390.

[2] كشيدة باديس، مرجع سابق، ص30.

[3] أنظر المادة 2/23 من القانون 11/83 يتعلق بالتأمينات الاجتماعية، مرجع سابق.

[4] أنظر المادة 29 من الأمر رقم 17/96 مؤرخ في 1996/07/06 الذي يعدل ويتمم القانون رقم 11/83 يتعلق بالتأمينات الاجتماعية.

قد منح القانون للمؤمن لها–المرأة العاملة–الحق في إكمال مدة الأربعة عشر (14) أسبوعاً للاحتفاظ بحقها في الانتفاع بالأداءات حتى وإن تم الوضع قبل التاريخ المحتمل، أي أن هذه المدة قابلة للتقليص، وللحصول أيضاً على أداءات التأمين على الأمومة يجب على المرأة العاملة ـ المؤَّمن لها ـ إتباع الإجراءات التالية: منها إجراء الفحوص الطبية، حيث ألزم المشرع الجزائري بموجب المادة 34 من المرسوم رقم 27/84 الذي يحدّد كيفيات تطبيق العنوان الثاني من القانون رقم 11/83 يتعلق بالتأمينات الاجتماعية على المرأة الحامل إجراء الفحوص التالية:

- ✓ فحص طبي كامل قبل انتهاء الشهر الثالث من الحمل.
- ✓ فحص قبالي خلال الشهر السادس من الحمل.
- ✓ فحصان مختصان بأمر النساء أحدهما قبل 4 أسابيع من الوضع في أقرب الحالات، والثاني بعد 8 أيام من الوضع في أبعد الحالات.[1]

ثانيا: المنازعات الطبية المتعلقة بتع ويض المصاريف الطبية والصيدلية المترتبة عن الحمل والوضع وتبعاته

بالرجوع إلى نص المادة 1/23 من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية نصت على أنه: «تشمل أداءات التأمين على الولادة: الأداءات العينية: كفالة المصاريف المترتبة عن الحمل والوضع وتبعاته».[2]

إضافة إلى استفادة المرأة الحامل من عطلة الأمومة المقدرة بأربعة عشر (14) أسبوعاً فإنها تستفيد أيضاً من المصاريف المترتبة عن الحمل والوضع وتبعاته، وتعويض المصاريف الطّبية والصيدلية ومصاريف إقامة الأم والمولود في المستشفى لمدة ثمانية (8) أيام ويكون التعويض على أساس 100%.[3]

يجب موافقة الطبيب المستشار من أجل الاستفادة من تعويض هذه المصاريف، كذلك هو الذي يهتم بملف المعنية بالأمر حيث يتفحص ويراقب مدى اكتمال الشروط المنصوص عليها قانوناً لاسيما ما نصت عليه المادة 24 من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.

[1] أنظر المادة 34 من المرسوم رقم 27/84 مؤرخ في 1984/02/11، مرجع سابق.

[2] أنظر المادة 1/23 من القانون رقم 11/83 يتعلق بالتأمينات الاجتماعية، مرجع سابق.

[3] درار عياش، تفعيل نظام التأمين الاجتماعي وإمكانية تكييفه مع متطلبات الشريعة الإسلامية، الرسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، فرع تسيير المنظمات، جامعة بومرداس، 2011 ـ 2012، ص 182.

كما تقوم هيئة الضمان الاجتماعي بمنح الأداءات إذا تعلق الأمر بوضع عسير أو تبعات الوضع المرض دون المساس بمدة الأداءات الممنوحة ونسبتها، حيث أنها لا تكون مستحقة كاملة في الحدود المنصوص عليها قانوناً في باب التأمين على الولادة.

وفي الأخير نشير للقول بأنّ المشرع الجزائري بموجب المادة 35 من المرسوم التنفيذي رقم 27/84 قد وفر الحماية الاجتماعية للمرأة العاملة حتى في حالة عدم اكتمال حملها، حيث خول لها القانون الحق في أداءات التأمين على الولادة إذا انقطع حملها بعد الشهر السادس من تكوين جنينها حتى ولو لم يولد الطفل حياً، وبذلك يكون لها الحق في الأداءات العينية وتتولى هيئة الضمان الاجتماعي دفع المصاريف التي تنفقها المرأة الحامل المتعلقة بعلاجها ورعاية صحتها أثناء فترة الحمل وبعد انقطاع حملها[1].

المطلب الثاني: المنازعات الطبية المتعلقة بحوادث العمل والأمراض المهنية

إن المشرع الجزائري، وعياً منه بالدور الأساسي الذي يلعبه العامل في تنمية البلاد اقتصادياً واجتماعيا، فكّر في توفير ضمان حماية العامل من هذه الأخطار العديدة التي قد تلحق به أضراراً ناجمة سواء عن حوادث العمل أو الأمراض المهنية.

إنطلاقا من فكرة مفادها أنه «لا يمكن تنمية بدون أن تكون الغاية منها الإنسان وأن لا يفضّل شيء على حياة وصحّة العمّال».[2]

وهذا الأمر الذي يدعو إلى تحديد المنازعات الطبية المتعلقة بحادث العمل في (الفرع الأول)، والمنازعات الطبية المتعلقة بالمرض المهني في (الفرع الثاني) وكذلك المنازعات الطبية المتعلقة بالعجز الناتج عن المرض في (الفرع الثالث).

[1] سماتي الطيب، التأمينات الاجتماعية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص 158.

[2] كشيدة باديس، مرجع سابق، ص35.

الفرع الأول: المنازعات الطبية المتعلقة بحادث عمل

الحادثة عموماً هي كل ما يحدث دون أن يكون متوقع الحدوث، بحيث ينجم عنه أضراراً تصيب الفرد أو تصيب الآخرين [1] من جراء ظروف العمل غير الآمنة أو تصرفات العمل غير الآمنة مما يسبّب أو لا يسبب إصابات[2]، فلو ترتب عنها أضرار لأحد من الناس سمّيت إصابة.[3]

أما حادث العمل فقد تعددت التعاريف التي اتخذت بها التشريعات المقارنة [4]، ويعتبر القضاء الفرنسي تاريخياً أول من أعطى تعريف لحادث العمل مضمونه ناتج عن سبب مفاجئ وعنيف وخارجي وطرأ في إطار علاقة العمل.[5]

باستقراء معظم التعاريف اتجه الفقه والقضاء إلى بيان العناصر التي يجب توافرها في الحادث لكي يعتبر حادث عمل[6]، إذ اشترط أن يقع أثناء أداء العامل لعمله أو بسببه [7]، بحيث يكون العامل تحت إشراف ورقابة صاحب العمل أو ممثله، بمعنى أن يكون للحادث طابع مهني.[8]

---

[1] محمد زرقون، الحاج عرابة، التسيير التنبؤي لحوادث العمل في المؤسسات الاقتصادية الجزائرية: "دراسة حالة مجمع المؤسسة الوطنية لخدمات"، الملتقى الوطني الثاني حول تسيير الموارد البشرية: التسيير التقديري للموارد البشرية ومخطط الحفاظ على مناصب العمل بالمؤسسات الجزائرية، جامعة محمد خيضر بسكرة، يومي 27 ـ 28 فيفري 2013، ص 03.

[2] أميمة صقر المغني، واقع إجراءات الأمن والسلامة المهنية المستخدمة في منشآت قطاع الصناعات التحويلية في قطاع غزة، قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية غزة، 2001، ص 25.

[3] مصطفى أحمد أبو عمر، مبادئ قانون التأمين الاجتماعي، منشورات الحلبي الحقوقية، لبنان، 2010، ص325.

[4] سيد محمود رمضان، الوسيط في شرح قانون العمل وقانون الضمان الاجتماعي، د.ط، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص514.

[5] - Jean-Pierre Chauchard, Droit de la sécurité sociale, LGDJ, 5ème édition, Paris, 2010,P 435.

[6] بن صر عبد السلام، النظام القانوني لتعويض حوادث العمل والأمراض المهنية في التشريع الجزائري، رسالة ماجستير، فرع عقود ومسؤولية، جامعة الجزائر، 2000 ـ 2001، ص 9.

[7] هيام ملاط، الضمان الاجتماعي والتأمينات الاجتماعية في لبنان والشرق الأوسط، د.ط، منشورات الحلبي الحقوقية، لبنان، 1999، ص101.

[8] زيزمي نعيمة، الحماية الاجتماعية بين المفهوم والمخاطر والتطور في الجزائر، الملتقى الدولي السابع حول: "الصناعة التأمينية، الواقع العملي وآفاق التطوير ـ تجارب الدّول ـ"، جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، يومي 3 ـ 4 ديسمبر 2012، ص 4.

كما يشترط فيه كذلك أن يكون مفاجئ[1] وعنيف وغير عادي وأن يقع بسبب خارجي[2] وينتج عنه ضرر ضرر جسماني.[3]

ولقد تبنى القانون الجزائري مبدئياً هذه التعاريف، لكنه استبعد شرط العنف [4]، حيث جاء في المادة 06 من القانون رقم 13/83 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية ما يلي:«يعتبر كحادث عمل كل حادث انجرت عنه إصابة بدنية ناتجة عن سبب مفاجئ وخارجي وطرأ في إطار علاقة العمل».[5]

ويعتبر كذلك حادث عمل، كل حادث يقع للعامل خارج المؤسسة وهو في مهمة ذات طابع استثنائي أو دائم، أو عند ممارسته عهدة انتخابية أو مزاولته للدراسة بانتظام خارج أوقات العمل [6]، كما يعتبر حادث عمل حتى ولو لم يكن المعني بالأمر مؤمّناً له اجتماعياً ويكمن ذلك في النشاطات الرياضية التي تنظمها الهيئة المستخدمة، أوعند القيام بعمل لصالح العام أو لإنقاذ شخص معرّض للهلاك.[7]

كما أضافت المادة 12 من القانون رقم 13/83 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية أنه يكون في حكم حادث العمل الحادث الذي يطرأ أثناء المسافة التي يقطعها المؤمّن له للذهاب إلى عمله أو الإياب منه، وذلك أيا كانت وسيلة النقل المستعملة شريطة ألا يكون المسار قد انقطع أو انحرف إلا إذا كان بحكم الاستعجال أو الضرورة أو ظرف عارض لأسباب قاهرة.[8]

يشترط المشرع الجزائري التصريح بحادث العمل في أقرب أجل، باعتباره إجراء أولي يترتب على عدم احترامه فقدان الحق في أي تعويض، بحيث يجب في هذا الصدد على المصاب أو من ينوب عنه أن يصرّح

---

[1] دوباخ قويدر، دراسة مدى مساهمة الأمن الصناعي في الوقاية من إصابات حوادث العمل والأمراض المهنية، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، تخصص السلوك التنظيمي وتسيير موارد البشرية، جامعة الإخوة منتوري، قسنطينة، 2008 ـ 2009، ص49.

[2] محمد أحمد بيومي، التشريعات الاجتماعية، د.ط، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2006، ص 46.

[3] منار حلمي عبد الله عدوي، أحكام تعويض إصابات العمل في ظل قانون العمل الفلسطيني، رقم 07 لسنة 2000، قدمت هذه الأطروحة استكمالا لمتطلبات درجة الماجستير في تخصص القانون الخاص، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية بفلسطين، 2008، ص28.

[4] فرشان فتيحة، نظام التأمين عن حوادث العمل والأمراض المهنية والوقاية منها في القانون الجزائري، مذكرة للحصول على شهادة الماجستير، فرع قانون المؤسسات، جامعة الجزائر، 2012 ـ 2013، ص 51.

[5] أنظر المادة 06 من 13/83 مؤرخ في 1983/07/02، يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، ج.ر عدد 28، المعدل والمتمم بموجب الأمر رقم 19/96 مؤرخ في 1996/07/02.

[6] نبيل صقر، فراح محمد الصالح، تشريعات العمل نصاً وتنظيماً، د.ط، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2009، ص206.

[7] أنظر المادة 8 من القانون رقم 13/83 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق.

[8] أنظر المادة 12 من القانون رقم 13/83 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق.

بحادث العمل في ظرف أربعة وعشرين (24) ساعة ماعدا في حالات قاهرة، ولا تحسب أيام العطل، وإذا وقع الحادث في مكان العمل فإن ذلك يتم بواسطة رسالة مضمونة الوصول.[1]

كما يقع على صاحب العمل بدوره أن يصرح بالحادث لهيئة الضمان الاجتماعي في ظرف 48 ساعة اعتباراً من ورود نبأ الحادث إلى علمه دون حساب أيام العطل، حتى وإن لم ينجر عن الحادث أي عجز، طالما أن العجز قد يظهر بعد مدة قد تطول عن تاريخ وقوع الحادث، وأي إخلال بالتزام التصريح حسب المادة 14 من قانون رقم 13/83 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية أن يبادر بالتصريح لهيئة الضمان الاجتماعي المصاب أو ذوي حقوقه أو المنظمة النقابية أو مفتشية العمل وذلك في أجل 04 سنوات تسري ابتداء من يوم وقوع الحادث.[2]

ويترتب عن عدم التصريح بحادث العمل من قبل صاحب العمل كما نصت عليه المادة 13 من القانون 13/83 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية تحصيل غرامة من قبل هيئة الضمان الاجتماعي يساوي مبلغها 20% من الأجر الذي يتقاضاه المصاب كل ثلاثة أشهر طبقاً لنص المادة 26 من القانون رقم 14/83 المتعلق بالتزامات المكلفين في مجال الضمان الاجتماعي.[3]

ولا يسقط وجوب المبادرة عن صاحب العمل حتى ولو لم ينجر عن الحادث عجز عن العمل أو بدا أنه لا سبب للعمل فيه، وفي حالة وقوع الأخيرة يجوز لصاحب العمل أن يشفع تصريحه بتحفظات.[4]

ويستلزم على صاحب العمل في حالة حادث أن يسلم للمصاب أو ممثليه، كما ورد ذكرهم في المادة 14 من القانون رقم 13/83 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية ورقة حادث تتضمن تعيين هيئة الضمان الاجتماعي المكلفة بدفع الأداءات.

وفي حالة تقاعس صاحب العمل عن القيام بذلك، يمكن لهيئة الضمان الاجتماعي أن تسلم ورقة الحادث. [5]

وكذلك يتم التصريح بحادث العمل من قبل هيئة الضمان الاجتماعي المختصة طبقاً لنص المادة 3/13 من القانون رقم 13/83 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية التي تنص بأنه : «يجب أن يتم

---

[1] سماتي الطيب، حوادث العمل و الأمراض المهنية، د.ط، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2013،، ص 41.

[2] بن صاري ياسين، منازعات الضمان الاجتماعي، د.ط، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، 2013، ص ص50-51.

[3] أنظر المادة 26 من القانون رقم 14/83 مؤرخ في 1983/07/02، يتعلق بالتزامات المكلفين في مجال الضمان الاجتماعي، معدل ومتمم بالقانون رقم 15/86، المؤرخ في 29 ديسمبر 1986، المتضمن قانون المالية لسنة 1987 والقانون رقم 17/04 المؤرخ في 10 نوفمبر 2004.

[4] أنظر المادة 15 من القانون رقم 13/83 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق.

[5] سماتي الطيب، حوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق، ص ص 52 ـ 53.

التصريح بحادث العمل من قبل هيئة الضمان الاجتماعي على الفور لمفتش العمل المشرف على المؤسسة أو للموظف الذي يمارس صلاحياته بمقتضى تشريع خاص».[1]

أما إذا وقع حادث العمل أثناء المسار، فإن الجهة الإدارية والقضائية يستوجب عليها إرسال نسخة من المحضر الذي تعده إلى هيئة الضمان الاجتماعي في مدة لا يجب أن تتجاوز 10 أيام إلى هيئة الضمان الاجتماعي لمكان الحادث، كما يجب تسليم نسخة من المحضر إلى المعني المصاب وذوي حقوقه والمنظمة النقابية المعنية إذا طلبت ذلك.[2]

أولا: المنازعات الطبية المتعلقة بالأداءات عن العجز الكلي المؤقت

لقد أوجب المشرع الجزائري على ضرورة التصريح بالإصابة الناتجة عن حادث عمل من قبل المؤمن لهم للاستفادة على الأداءات العينية أو النقدية التي تتكفل بها هيئات الضمان الاجتماعي، وينشأ الحكم في الأداءات أيا كانت طبيعتها دون شرط مدة العمل.[3]

ويعرف العجز المؤقت بأنه العجز الذي ي صعب إنتاج العامل[4] ويجعله مضطراَ إلى ا لعمل بأجر منخفض[5]، وتختلف درجة العجز من حالة لأخرى ويتم تقديره بفترة زمنية محددة من طرف الطبيب الذي يختاره المصاب[6] وتكون الأداءات عن العجز المؤقت التي يستحقها المصاب ذو طبيعة ومبلغ مماثلين لطبيعة الأداءات المقدمة من باب التأمينات الاجتماعية وذلك مع مراعاة الأحكام الواردة في قانون حوادث العمل والأمراض المهنية، والملاحظ أن للمصاب الحق في تعويض عيني وآخر نقدي ويتبين ذلك كالآتي:

الآداءات العينية: يهدف التعويض العيني إلى إعادة التأهيل الوظيفي والتكييف المهني للعامل ويتم ذلك في جميع الأداءات المتعلقة بالعلاجات التي يستلزمها شفاء المصاب، سواء تم الانقطاع عن العمل أم لا وبدون تحديد للمدة[7]، كما يكون له الحق في إمداد وبالآلات والأعضاء الاصطناعية التي يحتاج إليها بحكم

---

[1] بن صاري ياسين، مرجع سابق، ص 50.

[2] أنظر المادة 20 من القانون رقم 14/83 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق.

[3] قالية فيروز، الحماية القانونية للعامل من الأخطار المهنية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون، فرع قانون المسؤولية المهنية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، 2012، ص 06.

[4] زرارة صالحي الواسعة، المخاطر المضمونة في قانون التأمينات الاجتماعية: "دراسة مقارنة بين القانون الجزائري والقانون المصري"، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الدولة في القانون الخاص، جامعة منتوري قسنطينة، 2006 ـ 2007، ص 268.

[5] يحياوي فطيمة، التعويض عن حوادث العمل والأمراض المهنية، مذكرة التخرج لنيل شهادة المدرسة العليا للقضاء، الدّفعة السّابعة عشر، الجزائر، 2006 ـ 2009، ص 23.

[6] Tayeb Belloula «la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles», édition Dahleb, 1993, p109.

[7] أنظر المادة 28 من القانون رقم 13/83 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق.

عاهته، وفي إصلاحها وتجديدها له [1]، ويكون أيضاً للعامل المتضرر وفق المادة 31 من القانون 13/83 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية الحق التالي:

مصاريف إعادة التأهيل في حالة ما إذا لم تتم داخل المؤسسة، ومصاريف الإقامة إذا تمت إعادة التأهيل داخل مؤسسة وكذا مصاريف التنقل والتعويضات اليومية إذا لم يحمل الجبر أو في قسط التعويضة اليومية يفوق المبلغ المناسب للريع، إن حصل الجبر وكان المصاب حائزاً على ريع من العجز الدائم.[2]

كما يستفيد المصاب الذي يصبح على إثر الحادث غير قادر على ممارسة مهنته أو لا تتأتى له إلا بعد إعادة تكييف الحق في تكييفه مهنياً داخل مؤسسة أو لدى صاحب عمل لتمكينه من تعلم ممارسة مهنة من اختياره.[3]

وتجدر الإشارة إلى أن الأداءات السالفة الذكر تقدم على أساس نسبة 100% من التعويضات النظامية المعمول بها في مجال التأمينات الاجتماعية.[4]

الأداءات النقدية: إن المصاب بعجز مؤقت أو مرض مهني يستفيد من أداءات وتعويضات من نوع خاص، تسمى بالأداءات النقدية، وتكمن في التعويضات اليومية التي تقدمها له هيئة الضمان الاجتماعي عن العجز الجسماني المؤقت وعدم امكانية مواصلته لنشاطه المهني.[5]

لا تستحق التعويضات اليومية إلا إذا أثبت المصاب عند وقوع الحادث أو في تاريخ المعاينة الأولى للمرض المهني ممارسة نشال مهني يخوله الحق في الأجر.[6]

ويتحصل على هذه التعويضات من اليوم الأول الذي يلي توقفه عن العمل بنتيجة الحادث، وذلك خلال كل فترة العجز عن العمل التي تسبق إما الشفاء التام أو جبر الجرح وإما الوفاة.[7]

---

[1] أنظر المادة 29 من القانون رقم 13/83 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق.

[2] أنظر المادة 31 من القانون رقم 13/83 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق.

[3] أنظر المادة 32 من القانون 13/83 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق.

[4] أنظر المادة 33 من القانون رقم 13/83 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق.

[5] سماتي الطيب، حوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق، ص74.

[6] أنظر المادة 05 من المرسوم رقم 84-28 مؤرخ في 11 فيفري 1984 الذي يحدد كيفيات تطبيق العناوين الثالث والرابع والثامن من القانون رقم 13/83 مؤرخ في 02 جويلية 1983 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية.

[7] حرشاوي صبرينة، نبيلة، المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي طبقاً للتشريع الجزائري، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الحقوق، في عقود ومسؤولية، جامعة الجزائر، 2001-2002، ص24.

بصيغة أخرى فإن العامل المصاب يستفيد إثر وقوع له الحادث بعطل مرضية يمنح له من طبيبه المعالج والتي يجب قبولها من الطبيب المستشار التابع للصندوق، وهذا حسب حالته الصحية خلال مدة العجز عن العمل وذلك ما يصطلح به الأداءات عن العجز المؤقت.

وعليه، فإن قبول مدة العجز مرتبط بموافقة الطبيب المستشار التابع للصندوق، وعادة ما يظهر النزاع الطبي في هذا المجال من خلال قيام الطبيب المعالج بتمديد مدة العجز المؤقت للمؤمّن له دون أن تحض بموافقة الطبيب المستشار لدى خضوع المؤمَّن له للمراقبة الطبية.[1]

ثانيا: المنازعات الطبية المتعلقة بتحديد تاريخ الجبر

تنص المادة 01/08 من المرسوم رقم 28/84 على أنه: «يبدأ تاريخ التئام الجروح من اليوم الذي تكتسي فيه حالة المصاب طابعاً دائماً أو نهائياً ولم تبق تحتمل تغييراً محسوساً، إلا إذا وقع انتكاس أو إعادة فحص».[2]

نستخلص من خلال هذه المادة أن تاريخ الجبر هو التاريخ الذي تصبح فيه الحالة الصحية للمصاب نهائية أو مستقرة لا يُنتظر تغييرها بصفة ملموسة باستثناء حالات الانتكاس أو المراجعة.[3]

يعتبر تاريخ الجبر حسب نص المادة 33 من قانون 13/83 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، ذلك التاريخ الذي يمكن المؤمَّن له المصاب من الانتقال من مرحلة أداءات العجز المؤقت، أو ما يطلق عليه بمصطلح العجز الكلي، والذي كان يتقاضى فيه المصاب تعويضات تقدّر بـ 100% من الأجر، وتضيف مرحلة أداءات العجز الدائم طبقاً للمادة 06 من المرسوم 28/84 والتي جاء فيها أنه: «يستحق التعويض اليومي حتى التاريخ الذي يحدّد أجلاً للشفاء أو الجبر أو الوفاة...».[4]

يستفيد المؤمَّن له من التعويضات اليومية ابتداء من اليوم الموالي لانقطاعه عن العمل نتيجة الحادث إلى غاية تحديد تاريخ الجبر، أي التاريخ الذي تصبح فيه الحالة الصحية للمضرور مستقرة نهائياً لتنتقل بعدها إلى مرحلة أخرى وهي إمكانية الاستفادة من العجز الدائم.[5]

---

[1] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص ص 61-62.

[2] أنظر المادة 1/08 من المرسوم 28/84 الذي يحدد كيفيات تطبيق العناوين الثالث والرابع والثامن من القانون رقم 13/83، مرجع سابق.

[3] سماتي الطيب، حوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق، ص147.

[4] أنظر المادة 33 من القانون رقم 13/83 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق.

[5] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص64.

ثالثا: المنازعات الطبية المتعلقة بالأداءات عن العجز الجزئي الدائم

للمصاب الذي يحصل له عجزاً دائماً عن العمل الحق في ريع [1]، يحسب مبلغه حسب أجر المنصب المتوسط الذي يتقاضاه المصاب لدى مستخدم واحد أو عدة مستخدمين خلال الإثني عشر (12) شهراً التي تسبق التوقف عن العمل نتيجة الحادث وهذا ما أكدته المادة 39 من القانون رقم 13/83 المعدّلة بالمادة 06 من الأمر 19/96.[2]

والملاحظ أن المصاب الذي يعتريه عجز دائم لا يستفيد من مبلغ الريع إلا إذا تم تحديد نسبة العجز عن العمل[3]، هذه الأخيرة تحدد من طرف الطبيب المستشار التابع لصندوق الضمان الاجتماعي وفقاً لجدول محدد وذلك بعد تلقيه شهادة تحدد نسبة العجز من طرف المؤمَّن له المصاب والمحررة من طبيبه المعالج.[4]

ويحسب مبلغ الريع وفقاً لنص المادة 45 من القانون رقم 13/83 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية.[5]

إن قبول مبلغ الريع المتعلق بالأداءات الناتجة عن العجز الجزئي الدائم يقترن بقبول نسبة العجز عن العمل من طرف الطبيب المستشار التابع لهيئة الضمان الاجتماعي، وهو الأجل الذي ينشأ فيه النزاع الطبي غالباً من خلال منح المصاب بحاث عمل شهادة نسبة عجز محددة من طرف طبيبه المعالج لدى الطبيب المستشار دون أن تخص بالقبول من طرف هذا الأخير، أو بتخفيضها بحجة المبالغة فيها بعد خضوع العامل المصاب للمراقبة الطبية، مما ينجم عنه صدور قرار طبي يقضي إما برفض اعتماد نسبة العجز المقدمة من طرف المصاب أو بصدور قرار طبي بتخفيضها، الأمر الذي يجعل المصاب يعترض على هذا القرار الطبي من خلال قيامه بتقديم طلب إجراء الخبرة الطبية طبقاً لنص المادة 19 والمادة 31 من القانون الجديد رقم 08/08 المتعلق بمنازعات الضمان الاجتماعي للاعتراض على القرار الطبي.[6]

---

[1] أنظر المادة 38 من القانون رقم 13/83 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق.

[2] أنظر المادة 39 من القانون 13/83 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، معدل ومتمم، مرجع سابق.

[3] فرشان فتيحة، مرجع سابق، ص120.

[4] سماتي الطيب، التأمينات الاجتماعية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص181.

[5] أنظر المادة 45 من القانون 13/83 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق.

[6] أنظر المادة 19 من القانون رقم 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

رابعاً: المنازعات الطبية المتعلقة بمراجعة نسبة العجز

تقتضي المادة 58 من القانون رقم 13/83 على أنه يمكن أن يراجع الريع إذا اشتد عطب المصاب أو خف، يقتصر اجراء المراجعة على حدوث تغيير فعلي في حالة المصاب وذلك بعد تاريخ دخول القرار الذي يحدد الشفاء أو الجبر حيز التطبيق.[1]

والواضح من هذا النص أن الريع يمكن أن يراجع، وذلك في حالة ما إذا اشتد عطب المصاب أو خف، ففي الحالة الأولى تزيد نسبة العجز لأن الحالة الصحية للمستفيد ازدادت سوءا، أما في الحالة الثانية فإن نسبة العجز تكون قليلة مقارنة بما كانت عليه، لكون أن الحالة الصحية للمؤمَّن له المصاب تحسنت.

تعتبر المراجعة الدورية لنسبة العجز من قبل الطبيب المستشار التابع للصندوق ملزمة أثناء تغيير فعلي وحقيقي على حالة المصاب، بشرط أن يكون القرار الذي يحدده تاريخ الشفاء أو الجبر قد دخل حيز التنفيذ.[2]

وكما أن المشرّع أقر في المادة 59 من القانون رقم 13/83 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية مدة المراجعة لنسبة العجز التي يخضع لها المؤمَّن له بحادث عمل –أمام هيئة الرقابة عن طريق الطبيب المستشار– كل ثلاثة أشهر على الأكثر خلال السنتين الأوليتين المواليتين لتاريخ الشفاء أو جبر الجرح، لكن بعد انقضاء هاتين السنتين فلا يمكن أن يتم تحديد للتعويضات الممنوحة إلا بعد مرور فترة مدتها سنة بين المرة والأخرى.[3]

أما من الناحية التطبيقية نجد أن أغلب المؤمّنين الاجتماعيين بعدما يتم تحديد لهم نسبة العجز من قبل الطبيب المستشار يرفضون مراجعة نسبة العجز بعد استفادتهم من الريع المتعلق بهذه النسبة، وذلك خلال المدة المقررة في المادة 59 من القانون رقم 13/83 السالف الذكر، الأمر الذي يؤدي دائماً إلى نشوب نزاعات طبية بين المؤَّمن له المصاب وصندوق الضمان الاجتماعي.[4]

[1] أنظر المادة 58 من القانون رقم 13/83 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق.

[2] سماتي الطيب، حوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق، ص151.

[3] أنظر المادة 59 من القانون رقم 13/83 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق.

[4] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص70.

خامساً: المنازعات الطبية المتعلقة بحالة انتكاس المصاب

يعرف الإنتكاس حسب المادة 1/11 من المرسوم رقم 28/84 بأنه: " يتمثل في تفاقم جرح المصاب أو ظهور جرح جديد ناتج عن حادث او عن المرض المهني بعد أن أخذ المصاب يتماثل في الشفاء او ظن أنه شفي أو لم يكن يعاني حتى ذلك الحين أي جرح ظاهر".[1]

وبالتمعن في نص المادة أعلاه نستخلص بأن الإنتكاس هي حالة تصيب المؤمَّن المصاب إما بحادث عمل أو مرض مهني وتتمثل في تفاقم الجرح أو ظهور جرح جديد [2]، وذلك بعد أن أصبح المصاب في وضعية صحية جيدة من خلال ظهور علامات تماثله للشفاء أو ظن أنه شفي.[3]

ولقد أكدت المادة 62 من القانون رقم 13/83 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية على أنه عند انتكاس المصاب الذي يصبح في حاجة ماسة إلى العلاج الطبي سواء نتج عن ذلك عجز مؤقت جديد أم قديم تفصل هيئة الضمان الاجتماعي في أمر التكفل تبعات الانتكاس.[4]

وبالتالي فإن قبول حالة انتكاس المصاب من عدمه مرهونة بـقبول الطبيب المستشار التابع للصندوق، وهو الذي يقدر هذه الحالة ويقدم رأيه من خلال الملف المعروض عليه المقدم من طرف المؤمَّن له المصاب، أما في حالة رفض قبول ذلك الملف من طرف الطبيب المستشار، فإن المؤمَّن له المصاب الاعتراض على القرار الطبي أمام لجنة العجز الولائية طبقاً للمادة 31 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي.

لكن تجدر الإشارة إلى أن المادة 31 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي لم تدرج حالة ضمن الاعتراضات التي تفصل فيها لجنة العجز الولائية، بالرغم من أن حالة الانتكاس ناتجة عن حادث عمل أو مرض مهني طبقاً للمادة 1/11 من المرسوم 28/84 الذي يحدد كيفيات تطبيق العنوان الثالث والرابع والثامن من القانون رقم 13/83 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية.

الأمر الذي يثير إشكال حقيقي والمتمثل في عدم وضوح الجهة المختصة الي يعترض أمامها المؤمَّن له المصاب بحالة الانتكاس، فهل يعترض أمام مصالح الصندوق، من خلال تقديم طلب إجراء خبرة طبية؟ أم يكون أمام لجنة العجز الولائية المؤهلة؟

---

[1] المادة 1/11 من المرسوم رقم 28/84 الذي يحدد كيفيات تطبيق العنوان الثالث والرابع والثامن من القانون رقم 13/83، مرجع سابق.

[2] بورجو وسيلة، دور الخطأ في التعويض عن حوادث العمل، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون الخاص، فرع عقود ومسؤولية، جامعة الجزائر، 2012 ـ 2013، ص 28.

[3] سماتي الطيب، حوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق، ص152.

[4] أنظر المادة 62 من القانون رقم 13/83 مؤرخ في 1983/07/02 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق.

للإجابة عن هذا التساؤل المطروح نرجح الاعتراض على القرار الطبي المتعلق برفض قبول حالة الانتكاس من طرف الطبيب المستشار أمام لجنة العجز الولائية طبقاً للمادة 31 من القانون رقم 08/08 السالف الذكر.[1]

الفرع الثاني: المنازعات الطبية المتعلقة بالأمراض المهنية

لم يعرّف المشرع الجزائري الأمراض المهنية، وإنما اكتفى ببيان الأمراض التي تأخذ هذا الوصف، فالمادة 63 من القانون رقم 13/83 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية نصت على أنه: « تعتبر كأمراض مهنية كل أعراض التسمم والتعفن والاعتلال التي تعزى إلى مصدر أو سبب مهني خاص».[2]

فالواضح من نص المادة أنه يجب أن تقوم علاقة سببية بين المرض وطبيعة العمل المؤدى [3]، مع الإشارة بأنه القرينة التي أدرجها المشرع ضمن الطابع المهني لا تشمل جميع الأمراض [4]، إنما وفقط تلك المحددة ضمن قائمة الأمراض المهنية والأعمال التي تنسب فيها [5] بموجب قرارات وزارية، مثال ذلك القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 1996/05/05 الذي يحدد قائمة الأمراض التي يحتمل أن يكون مصدرها مهنياً، بالإضافة إلى عدة جداول لأمراض المهنية تحتوي تعيين هذه الأمراض، باستثناء الأمراض الغير الواردة ضمن القوائم المذكورة أعلاه، وبالرغم من ذلك يتم التكفل بها في إطار التأمين الاجتماعي، ويقع على صاحب العمل الذي يستخدم وسائل من شأنها أن تتسبب في أمراض مهنية أن يصرّح بها لدى هيئة الضمان الاجتماعي ولمفتش العمل وكذ ا المدير الولائي للصحة طبقاً للمادة 69 من القانون 13/83[6] المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية.

كما تضيف المادة 2/71 من القانون رقم 13/83 السالف الذكر على وجوب التصريح بالمرض المهني لدى هيئة الضمان الاجتماعي في مدة أدناها خمسة عشر (15) يوما، وأقصاها ثلاثة (3) أشهر التي تلي المعاينة الطبية الأولى للمريض.

---

[1] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص75.

[2] أنظر المادة 63 من القانون 13/83 مؤرخ في 1983/07/02 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق.

[3] عجة الجيلالي، الوجيز في قانون العمل والحماية الاجتماعية: "النظرية العامة للقانون الاجتماعي في الجزائر"، د.ط، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الجزائر، 2005، ص134.

[4] دوباخ قويدر، مرجع سابق، ص 12

[5] زيرمي نعيمة، مرجع سابق، ص ص9-10

[6] أنظر المادة 69 من القانون 13/83 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق.

ويؤخذ التصريح بعين الاعتبار ولو كان من باب التأمينات الاجتماعية، ثم يقوم هيئة الضمان الاجتماعي بإرسال نسخة التصريح على الفور إلى مفتش العمل وهذا ما أكدته المادة 4/71 من القانون رقم 13/83[1] المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية.

ويكمن الهدف من وراء التصريح بالمرض المهني إلى هيئات الضمان الاجتماعي لتمكين هذه الأخيرة من بسط رقابتها لتتأكد من الحالة الصحية للمؤمَّن له.[2]

أما بالنسبة للأداءات التي تمنح إلى العامل المصاب بمرض مهني فهي نفس الأداءات التي يتقاضاها في إطار حوادث العمل التي ارتأينا إليها سابقا.

تجدر الملاحظة إلى أنه إذا تعذر على المؤمَّن له من التصريح بالحادث تعيّن على صاحب العمل القيام بذلك، وفي حالة ما إذا امتنع هذا الأخير يمكن أن يبادر المصاب أو ذوي حقوقه أو المنظمة النقابية أو مفتشية العمل التصريح لهيئة الضمان الاجتماعي في أجل أربع (4) سنوات اعتباراً من يوم وقوع الحادث[3].

الفرع الثالث: المنازعات الطبية المتعلقة بالعجز الناتج عن المرض

يعرف العجز على أنه يتمثل في عدم القدرة عن العمل، فهو عارض يصيب الانسان في سلامته الجسدية فتؤثر على قواه البدنية وقدرته على القيام بالعمل، ويقاس مدى فقدان القدرة على العمل بالنظر إلى الشخص السليم المعافى، ويتم التقدير بواسطة جداول تحديد العجز.[4]

وبالعودة إلى نص المادة 16 من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، نجد أن العجز الناتج عن المرض ينقسم إلى نوعين يتمثلان في:

أولا: المنازعات الطبية المتعلقة بالعجز الناتج عن العطل المرضية العادية التي بلغت 300 يوم

نصت المادة 2/16 من القانون رقم 11/83 السالف الذكر على أنه: «إذا تعلق الأمر بعلل من غير العلل الطويلة الأمد، تدفع التعويضة اليومية على نحو يضمن طوال فترة ما مدتها سنتان متتاليتان، يتقاضى

[1] أنظر المادة 4/71 من القانون 13/83 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق.

[2] ذيب عبد السلام، المنازعات في الضمان الاجتماعي، المجلة القضائية، العدد 2، 1996، عن قسم الوثائق للمحكمة العليا، 1998، ص18.

[3] سماتي الطيب، حوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق، ص 49.

[4] ذراع القندول عثمان، مرجع سابق، ص12.

فيهما العامل ثلاثمائة تعويضة يومية على الأكثر وذلك على علة أو عدة علل».[1]

فمن خلال هذه المادة يتبين لنا أن العامل إذا أصيب بعلة من غير العلل الطويلة الأمد والتي تطرقنا إليها سابقاً، يتقاضى فيها العامل التعويض عن العطل المرضية التي تقدر بثلاثمائة (300) تعويضة يومية على الأكثر، بمعنى لا يجوز أن يتقاضى أكثر من ثلاثمائة تعويضة خلال فترة مدتها تقدر بسنتان متتاليتان.

تجدر الإشارة للقول أنّ في حالة استفادة المؤمَّن له من التأمين على المرض خلال مدة سنتين متتاليتين، فإنه يتم إحالته على العجز مباشرة بعد انتهاء مدة التأمين على المرض، ونسبة العجز الممنوحة للمؤمَّن له حددتها المادة 37 من القانون رقم 11/83 بـ 60% من الأجر السنوي المتوسط للمنصب، أما المادة 38 حددتها بنسبة 80 % من الأجر المحدد في المادة 37 ويضاف لها نسبة 40 % تمنح للشخص المساعد.[2]

وفي حالة عدم قبول المؤمَّن له الصنف من العجز أو في حالة رفض منحه كلية مع ضرورة رجوعه إلى منصب عمله فإنه في هذه الحالة سيقوم بالاعتراض على القرار الطبي، وذلك عن طريق اعتراضه لدى لجنة العجز الولائية المؤهلة طبقاً لما نصت عليه المادة 31 من القانون الجديد رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي.

ثانيا: المنازعات الطبية المتعلقة بالعطل المرضية الطويلة المدى الناتج عن العجز

لقد نص المشرع الجزائري في المادة 1/16 من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية المذكور سابقاً على العطل المرضية الطويلة المدى التي تقدر بثلاث (3) سنوات كاملة ليحال بعدها المؤمَّن له اجتماعيا على العجز مباشرة وفقاً للإجراءات السالف ذكرها في العنصر الأول.[3]

وبالتالي يحق للمؤمَّن له أن يعترض على القرار الطبي الصادر في حالة إحالة المؤمَّن له على العجز لا يتناسب مع حالته الصحية له، أو في حالة رفض إحالته على العجز عن طريق مباشرة الاعتراض على القرار الطبي المبلغ عنه.

ومن هنا تنشأ المنازعة الطبية المتعلقة بالعجز الناتج عن العطلة المرضية الطويلة الأمد، وذلك بتقديم الاعتراض أمام لجنة العجز الولائية المؤهلة وهذا طبقاً للمادة 31 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي.

---

[1] أنظر المادة 16 من القانون 11/83، يتعلق بالتأمينات الاجتماعية، مرجع سابق.

[2] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص56.

[3] المادة 16 من القانون 11/83، المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، معدل ومتمم، مرجع سابق.

في الأخير نشير الى القول بأن المشرع الجزائري حدّد الهيئات التي يمكنا الاستفادة من التأمينات الاجتماعية والتي تتلخص في[1]:

ـ العمّال الأجراء: طبقاً لنص المادة 03 من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية على أنّه: "يستفيد من أحكام هذا القانون كلّ العمّال سواء كانوا أجراء أو ملحقين بالأجراء، أ ياً كان قطاع النشاط الذي ينتمون إليه، والنظام الذي كان يسري عليهم من تاريخ دخول هذا القانون حيّز التنفيذ"[2].

ـ فئة الغير الأجراء الممارسين لعمل مهني مستقل: وتشمل هذه الفئة كل من يمارسون أعمالهم بصفة مستقلة، ونظم هذه الفئة مجموعة كبيرة من الأشخاص وهم التّجار وذوي المهن الحرّة.

وكذلك ذوي حقوق المستفيد ويقصد زوج المؤمن له إذا لم يكن يمارس نشاطاً مهنياً مأجوراً، الأولاد والأصول المكفولين إلى جانب هذه الفئات نجد فئة الطلبة والعمال المقبولين للتكوين في الخارج. ويستفيد كذلك من أحكام هذا القانون.

[1] . بن محمد إبراهيم، آليات تسوية المنازعات العامة في مجال الضّمان الاجتماعي طبقا للقانون 08/08، مذكرة تخرج لنيل اجازة المدرسة العليا للقضاء، الدفعة الثامنة عشر، الجزائر، 2007 . 2010، ص 5.

[2] . أنظر المادة 03 من القانون رقم 11/83 يتعلق بالتأمينات الاجتماعية، مرجع سابق.

لقد حاول المشرع الجزائري من خلال النصوص القانونية المتضمنة منازعات الضمان الاجتماعي بصفة عامة والمنازعات الطبية بصفة خاصة أن يجعل من التسوية الداخلية لهذه المنازعات الأصل، وذلك لأنها أفضل وسيلة لتصفية الملفات العالقة في أقرب وأسرع الآجال، خاصة وأن الأمر يتعلق بالحالة الصحية للمؤمَّن لهم اجتماعياً.

لذلك وضع المشرع أجهزة وآليات داخلية جعل تشكيلها من أهم الاختصاص، وحدد سريان أعمالها تحديداً دقيقاً، ولقد جعل من الخبرة الطبية قراراً فاصلاً في موضوع النزاع بصفة نهائية يلزم بنتائجها طرفي النزاع المؤمَّن له وهيئة الضمان الاجتماعي، لكن مع كل ذلك قد يحدث أن لا توفق آليات التسوية الداخلية للمنازعة الطبية سواء عن طريق الخبرة الطبية أو لجنة العجز الولائية المؤهلة في تحقيق الغرض المرجو منها، وفي هذه الحالة لا يبقى أمامها سوى الانتقال إلى المرحلة الموالية لفض النزاع ألا وهو نظام التسوية الداخلية للمنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي **(المبحث الأول)**، ثم ننتقل إلى التسوية القضائية للمنازعات الطبية **(المبحث الثاني)**.

المبحث الأول: التسوية الداخلية للمنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي

من أهم الركائز الأساسية التي يقوم أو ينبني عليها تشريع الضّمان الاجتماعي هو السّماح (الاعتراف) للمتعاملين مع هيئة الضّمان الاجتماعي بحق الطّعن في كلّ القرارات التي تصدرها هذه الأخيرة.

وجعل المشرّع الجزائري التسوية الداخلية للمنازعات الطّبية تتم عن طريق إجراءين مختلفين وذلك حسب الحالة الصحية للمؤمن له طبقاً للمادة 18 من القانون رقم 08/08[1].

إذا كانت الحالة الصحية تتعلق بحالة العجز سواء ناتج عن حادث عمل أو مرض مهني أو العجز الناتج عن المرض فإنّ التسوية الداخلية تتم عن طريق اللجوء إلى لجنة العجز الولائية المؤهلة مباشرة بعد تبليغه بقرار هيئة الضمان الاجتماعي.

أمّا إذا كانت الحالة الصحية للمؤمن له لا تتعلق بحالة العجز المذكورة أعلاه فإنّ إجراءات التسوية الداخلية تتم عن طريق اللجوء إلى إجراءات الخبرة الطّبية.

سنتطرق في هذا المبحث لتسوية المنازعات الطّبية عن طريق اللجوء إلى الخبرة الطّبية **(المطلب الأول)** ثم تسوية المنازعات الطّبية عن طريق الاعتراض أمام لجنة العجز الولائية المؤهلة **(المطلب الثاني)**.

المطلب الأول: تسوية المنازعات الطبية عن طريق اللجوء إلى الخبرة الطبية

تعتبر الخبرة الطبية واللجوء إليها بمثابة التحكيم الطبي وكإجراء أولي وجوبي لتسوية النزاع الطبي داخلياً[2]، التي نكون بصددها في حالة الاعتراض ضد القرارات الطبية الصادرة عن هيئة الضمان الاجتماعي، والتي تتخذ بناء على رأي الطبيب المستشار باستثناء حالة العجز الكلي أو الجزئي الناتج عن حادث عمل او مرض مهني أو قبول العجز ومراجعته في إطار التأمينات الاجتماعية [3]، حيث في هذه الحالات يكون الاعتراض أمام لجنة العجز الولائية المؤهّلة مباشرة دون اللجوء إلى إجراءات الخبرة الطبية استناداً لنص المادة 31 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات قي مجال الضمان الاجتماعي [4]، وذلك بعد تعديل المادة 17 من القانون رقم 15/83 التي جعلت الخلافات الطبية ذات الطابع الطبي تخضع في مرحلة أولية

---

[1] المادة 18 من قانون رقم 08/08، يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[2] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص81.

[3] بن محمد بن عبد الله، تسوية منازعات الضمان الاجتماعي، مذكرة تخرج لنيل إجازة المدرسة العليا للقضاء، الدفعة الخامسة عشر، 2004-2007، ص ص 34-35.

[4] سماتي الطيب، إجراءات اللجوء إلى الخبرة الطبية في ضوء القانون الجديد، دورية تصدر عن منظمة المحامين سطيف، عدد 10، 2009، ص 40.

إلى إجراءات الخبرة الطبية، والتي جاء فيها على أنه: «تخضع وجوبا جميع الخلافات ذات الطابع الطبي وذلك في المرحلة الأولية لإجراءات الخبرة الطبية الوارد تحديدها في هذا الباب».[1]

فالملاحظ أن المشرع في القانون الجديد رقم 08/08 السالف الذكر أراد أن يستبعد الخلافات ذات الطابع الطبي والمتعلقة بحالة العجز أو المرض المهني في إطار التأمينات الاجتماعية من جراء الخبرة الطبية ويسندها إلى لجنة العجز الولائية، عملاً بنص المادة 19 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي [2]، وهذا لأنها أكثر اختصاص ودراية بحالات العجز [3]، إضافة إلى أن أغلب أعضاء هذه اللجنة أطباء مما يبين أنها تتمتع بكفا ءة عالية لمعالجة ملفات العجز، حسب ما جاء في نص المادة 30 من القانون رقم 08/08 المذكور أعلاه.[4]

إن الهدف الرئيسي من إجراء الخبرة الطبية ي كمن في محاولة حل النزاع بين طرفي النزاع بطريقة وإجراءات بسيطة، وعدم اللجوء إلى القضاء تأسيساً للقاعدة القائلة بأن الخبرة الطبية هي الأصل في المنازعات الطبية والخبرة القضائية هي الاستثناء.[5]

الفرع الأول: تكليف هيئة الضمان الاجتماعي لإجراء الخبرة الطبية

إن القانون يلزم هيئة الضمان الاجتماعي بتبليغ المؤمَّن له بكل القرارات الطبية المتخذة بشأن حالته الصحية بعد صدور رأي الطبيب المستشار القاضي إما بالقبول أو الرفض [6]، لكن تجدر الإشارة بأن المشرع في القانون الجديد رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي ترك الآجال مفتوح لإشعار المصاب –المؤمَّن له– بالقرار الطبي الصادر عن الطبيب المستشار.[7]

الأمر المحتمل الذي يجعل هيئة الضمان الاجتماعي في تأخر بتبليغ القرار الطبي الصادر عن الطبيب المستشار، مما يؤثر على المعني بالأمر في تسوية ملفه، خاصة إذا كان القرار الصادر في حقه يقضي برفض طبي، خلافاً لما كان عليه القانون القديم 15/83 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان

[1] أنظر المادة 17 من قانون 15/83 يتعلق بالمنازعات الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[2] أنظر المادة 19 من القانون 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، معدل ومتمم، مرجع سابق.

[3] عشايبو سميرة، مرجع سابق، ص08.

[4] أنظر المادة 30 من القانون 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[5] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص 81.

[6] بن صاري ياسين، مرجع سابق، ص57.

[7] سماتي الطيب، إجراءات اللجوء إلى الخبرة الطبية في ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص40.

الاجتماعي الذي يلزم هيئة الضمان الاجتماعي بإشعار المعني بالأمر بكل القرارات الطبية في غضون الثمانية (8) أيام من إبداء الطبيب المستشار للهيئة رأيه، وهذا عملاً بنص المادة 18 من القانون 15/83.[1]

حيث بعد تبليغ هيئة الضمان الاجتماعي للقرار الطبي يتاح للمؤمَّن له تقديم طلب الخبرة من طرف الهيئة المذكورة بواسطة رسالة موصى عليها مع الإشعار بالاستلام أو بطلب يودع لدى الهيئة مقابل تسليم وصل إيداع، في هذه الحالة تصبح هيئة الضمان الاجتماعي ملزمة لمباشرة إجراءات الخبرة بناءاً على هذا الاعتراض ذو الطابع الطبي على القرار السابق الذكر المقدم من طرف المؤمَّن له [2]، ومن ثمة يتعيّن على هيئة الضمان الاجتماعي الاتصال بالمؤ مَن له ومباشرة إجراءات الخبرة الطبية في غضون ثمانية (8) أيام ابتداء من تاريخ إيداع الطلب، وهذا عملاً بنص المادة 22 من القانون 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي[3].

الفرع الثاني: سير إجراءات الخبرة الطبية

نتطرق في هذا الفرع إلى تقديم طلب الخبرة الطبية من طرف المؤمَّن له لدى هيئة الضمان الاجتماعي، ثم نتعرض إلى قيام هذه الأخيرة بمباشرة إجراءات الخبرة الطبية والمتمثلة أساساً في إجراءات تعيين الخبير الطبي ويتضح ذلك كالتالي:

أولا: طلب الخبرة الطبية

تباشر إجراءات الخبرة الطبية بمقتضى اعتراض يتقدم به المؤمَّن له بعد إشعاره بالقرار الطبي الصادر عن الطبيب المستشار المتخذ بشأن حالته الصحية، وهو التبليغ الذي يعتبر إجراء جوهري أولي للقيام بإجراء الخبرة الطبية.[4]

يتم تقديم طلب الخبرة الطبية من طرف المؤمّن له لدى هيئة الضمان الاجتماعي بعد إشعاره بالقرار الطبي الصادر عن الطبيب المستشار المتخذ بشأن حالته الصحية [5] بشرط احترامه الآجال المحددة في نص المادة 1/20 من القانون 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي على أنه: «يجب أن

[1] أنظر المادة 18 من القانون 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، معدل ومتمم، مرجع سابق.

[2] Tayeb Belloula, Op-cit, p185.

[3] أنظر المادة 22 من القانون 08/08، يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[4] أحمية سليمان، مرجع سابق، ص 192.

[5] عويسات تكليت، مرجع سابق، ص 60.

يقدم طلب الخبرة الطبية من قبل المؤمَّن له اجتماعياً في أجل خمسة عشر (15) يوماً ابتداء من تاريخ استلام تبليغ قرار هيئة الضمان الاجتماعي».[1]

والواضح من خلال هذه المادة أن مدة تقديم إجراء الخبرة الطبية هي خمسة عشر (15) يوما بدلاً من مدة شهر التي كانت منصوص عليها في القانون القديم رقم 15/83.[2]

فالملاحظ أن المشرع من خلال القانون الجديد قلّص في الآجال، لتسهيل وتبسيط الإجراءات سواء لهيئة الضمان الاجتماعي أو للمؤمَّن له اجتماعياً حتى يتم الفصل في النزاع في أقرب وقت، وبالتالي فإن التقصير في الآجال هي الميزة التي جاء بها القانون الجديد رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي.[3]

وتقديم طلب الخبرة الطبية يخضع بدوره لإجراءات معينة، حيث يجب أن يرسل الطلب بواسطة رسالة موصى عليها مع إشعار بالاستلام، أو يتم إيداع الطلب لدى مصالح الضمان الاجتماعي مقابل وصل إيداع استناداً للمادة 3/20 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي.[4]

وبالتالي فإن عدم تقديم طلب الخبرة الطبية وفق الشكلين المذكورين في المادة 3/20 من القانون 08/08 يترتب عنه عدم قيام المؤمَّن له المدعى بإجراء الخبرة الطبية نظراً لفساد الاجراءات.

ويخضع أيضاً الطلب لإجراء ضرورية بحيث يجب أن يتم كتابته ومرفقاً بتقرير الطبيب المعالج كما جاء في نص المادة 2/20 من القانون رقم 08/08 على أنه: «يجب أن يكون طلب الخبرة الطبية مكتوباً ومرفقاً بتقرير الطبيب المعالج»[5]، الأمر الذي يدلّ على أن المشرع أراد أن يكون الطلب مسبب ومبني على دلائل مقنعة ومؤسسة بالإضافة إلى اسم وعنوان الطبيب المعالج حتى يضفي على طلب الخبرة الطبي طلب الجدية من جهة، ومن جهة أخرى يكون الطبيب المعالج على علم بما آل إليه ملف المؤمَّن له لدى هيئة الضمان الاجتماعي.[6]

[1] أنظر المادة 1/20 من القانون 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[2] عشايبو سميرة، مرجع سابق، ص 19.

[3] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص 88.

[4] أنظر المادة 3/20 من القانون 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[5] أنظر المادة 2/20 من القانون 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[6] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص90.

ثانياً: تعيين الطبيب الخبير

نظّم المشرع الجزائري هذه المسألة بتخويل مهمة الخبرة الطبية لهيئة الضمان الاجتماعي التي تلتزم وجوباً بمباشرة إجراءات الخبرة الطبية في أجل ثمانية (8) أيام ابتداء من تاريخ تقديم الطلب إليها من طرف المؤمَّن له، ففي هذه الحالة يتم اختيار الطبيب بموجب اتفاق بين المؤمَّن له وهيئة الضمان الاجتماعي.[1]

أما بالنظر للقانون القديم رقم 15/83 فنجد المشرع منح لهيئة الضمان الاجتماعي أن تتصل بالمؤمَّن له خلال سبع (7) أيام بعد استلام طلب الخبرة [2]، مما نلاحظ أن المشرع في القانون الجديد رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي أضاف يوماً واحداً فقط، وهي مهلة غير كافية لتبليغ المؤمَّن لهم خاصة بالنسبة للذين يقطنون بعيداً عن هيئة الضمان الاجتماعي أو الذين غيّروا مقر سكناهم.[3]

تنص المادة 22 من القانون رقم 08/08 على أنه هيئة الضمان الاجتماعي ملزمة باقتراح ثلاثة خبراء على المؤمّن له مذكورين في القائمة المنصوص عليها في المادة 21 من نفس القانون وإلا أصبحت ملزمة برأي الطبيب المعالج.[4]

وأضافت المادة 1/21 من القانون رقم 08/08 على أنه يجب أن يعيّن الطبيب الخبير باتفاق مشترك بين الطرفين وبمساعدة الطبيب المعالج للمؤمَّن له.[5]

للإشارة فإن المادة أعلاه جاء فيها عبارة "بمساعدة طبيبه المعالج"، بمعنى أن المؤمَّن له بعد تقديم طلب خبرة طبية في القرار الطبي الصادر عن الطبيب المستشار، فإنّ الطبيب المعالج يبدي رأيه كتابياً فيما يخص الأطباء الخبراء المقترحين للمؤمَّن لهم ويختار طبيباً خبيراً، وهذا أمر جديد جاء به المشرع في التعديل رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي.[6]

ثمة يلتزم المؤمَّن له بالرد على الاقتراح المقدم له من طرف هيئة الضمان الاجتماعي إما بالقبول أو بالرفض، وذلك في مدة زمنية حدّدها القانون بثمانية (8) أيام من توصله بالاقتراح المقدم له، وفي حالة عدم قيام المؤمَّن له بالرد على الاقتراح المقدم له خلال الآجال فيسقط حقه في تعيين الخبير باتفاق مشترك بينه

[1] عشايبو سميرة، مرجع سابق، ص31.

[2] أنظر المادة 20 من القانون 15/83 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[3] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص91.

[4] أنظر المادة 22 من القانون 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[5] أنظر المادة 1/21 من القانون رقم 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[6] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال لاضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص59.

بمساعدة طبيبه المعالج وبين هيئة الضمان الاجتماعي [1]، وهنا يلتزم المؤمَّن له بقبول الخبير المعيّن تلقائياً من طرف هيئة الضمان الاجتماعي وفقاً لما أكدت عليه المادة 2/23 من القانون 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي.[2]

ممّا تقدم يتضح أنّه في حالة عدم الاتفاق بين المؤمّن له وهيئة الضّمان الاجتماعي حول تعيين الطبيب الخبير فإن المادة 24 من القانون رقم 08/08 منحت هيئة الضمان الاجتماعي سلطة اختيار الطبيب الخبير تلقائياً وفورياً من قائمة الخبراء الطبيين، شرط أن لا يعد الطبيب الخبير من بين الأطباء الذين سبق اقتراحهم[3].

كما يجب أن لا يكون الطبيب الخبير المعيّن هو الطبيب المعالج للمؤمن له.

استثناءًا لما نصت عليه المادة 97 من مدونة أخلاقيات الطب.

فثمة أن تمّ الاتفاق حول اختيار الطبيب الخبير من قبل الطرفين ـ المؤمن له وهيئة الضمان الاجتماعي ـ أو قامت هذه الأخيرة بتعينه تلقائياً، إمّا لعدم ردّه على اقتراحاتها في ظرف ثمانية (8) أيام من طرف المؤمّن له أو إذا لم يحصل أي اتفاق، يقوم الطبيب الخبير بمباشرة أعماله الموكلة له بعد حصوله من بعض المعطيات الخاصة بالمؤمن له، وكذا المتعلقة بنشاطه كطبيب خبير والتي تزوده به هيئة الضمان الاجتماعي[4].

والتي تتضمن ما يلي:

ـ رأي الطبيب المعالج، رأي الطبيب المستشار، ملخص المسائل موضوع الخلاف، مهمة الطبيب الخبير، طبقا للمادة 25 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي[5].

بتحليلنا لهذه المادة نجد أنّها أضافت عبارة "ملخص المسائل موضوع الخلاف" وذلك بالمقارنة مع المادة 22 من القانون رقم 15/83 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، وهو أمر إيجابي لأن الخبير عادة ما يتجاوز مهمته المحددة له وذلك بسبب أنه يجعل المسائل الطبية موضوع النزاع، لكن المشرع

[1] عشايبو سميرة، مرجع سابق، ص23.

[2] أنظر المادة 23 من القانون 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[3] أنظر المادة 24 من القانون 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[4] ذراع القندول، مرجع سابق، ص 36.

[5] أنظر المادة 25 من القانون 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

في القانون الجديد تدارك لهذا النقض وأضاف العبارة السالفة الذكر حتى يتمكن للخبير القيام بمهمته على أحسن وجه[1].

ويتعين على الطبيب الخبير أن يقدم تقريره لدى هيئة الضمان الاجتماعي في مدة خمسة عشر (15) يوما ابتداء من تاريخ استلامه للملف المذكور في المادة 25 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، وهذا ما نصت عليه المادة 26 من نفس القانون[2] .

كما يقع عليه أيضا معاينة حالة المصاب ، والقيام بكل الفحوصات اللازمة للتأكد من الإصابات التي يعاني منها، بشرط أن يتم ذلك في حدود المهمة الموكلة إليه من طرف مصلحة الرقابة الطبية[3]، ويتحقق ذلك بعد الإجابة على العناصر موضوع الأسئلة المطروحة ضمن قرار تعيينه [4]، وعليه أن يكتم ما أطلع عليه خلال أداء مهامه وإلا قد يكون ارتكب خطأ إفشاء السّر المهني طبقا للمادة 99 من المرسوم التنفيذي رقم 296/92 المتضمن مدونة أخلاقيات الطب[5].

إضافة إلى ذلك أنّه يتعين على الطبيب الخبير انجاز مهمته في حدود ما طلب منه، ولا يمكن تجاوزها، فإذا تجاوز مهمته الموكلة إليه أو أغفل تسبيب النتائج المتوصل إليها فإنه يعرض خبرته إلى الطعن أمام المحكمة المختصة[6].

وفي الأخير، عند الانتهاء من عملية انجاز الخبرة يستلزم على الخبير أن يقوم بإعداد تقرير طبي يدرج ضمنه كل النتائج المتحصل عليها حول المصاب، مع ضرورة وجوب تطابق موضوع الخبرة مع الغرض من إجرائها حتى تتسم الخبرة بقرينة قاطعة، كما يجب أن تكون كاملة ودقيقة وغير مشوبة بأي لبس أو إبهام[7].

---

[1] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص ص 9ـ 98.

[2] أنظر المادة 26 من القانون 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[3] سماتي الطيب، إجراءات اللجوء إلى الخبرة الطبية على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص 30.

[4] بن صاري ياسين، مرجع سابق، ص 31.

[5] أنظر المادة 99 من المرسوم التنفيذي رقم 296/92 المؤرخ في 1992/07/6، المتضمن مدونة أخلاقيات الطب.ق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[6] سماتي الطيب، التأمينات الاجتماعية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص 301.

[7] كولا محمد، النظام القانوني للمنازعات الضمان الاجتماعي، مذكرة التخرج لنيل إجازة المدرسة العليا للقضاء، الدفعة الرابعة عشر، قسنطينة، 2003 ـ 2006، ص 28.

إن القانون الجديد رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي يوجب الخبير بإشعار المؤمَّن له اجتماعياً بنتائج الخبرة الموصل إليها، وهذا طبقاً لنص المادة 2/26 من القانون السالف الذكر والتي جاء فيها على أنه: «ترسل نسخة من التقرير إلى المؤمَّن له اجتماعياً»[1].

تلتزم هيئة الضمان الاجتماعي تبليغ نتائج تقرير الخبرة الطبية إلى المعني خلال عشرة (10) أيام الموالية لاستلام التقرير عملاً بنص المادة 27 من القانون رقم 08/08 المذكور أعلاه[2].

نلاحظ أن المشرع في القانون الجديد رقم 08/08 أراد القضاء على التماطل والتأخر في تبليغ القرارات الطبية إلى المعني بالأمر، حتى يتمكن لهم اتخاذ الوجهة المناسبة سواء استكمال إجراءات الخبرة الطبية من خلال اللجوء إلى القضاء، أو قبول نتائج الخبرة الطبية المتحصل عليها وبالتالي يتم تنفيذها والاستفادة من الأداءات المستحقة، هذا ما لم يكن موجود في ظل القانون رقم 15/83 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي.

يسقط حق المؤمن له في إجراء الخبرة الطبية إذا رفض الاستجابة بدون أي مبرر لإستدعاءات الطبيب الخبير طبقا لنص المادة 28 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي[3].

وتعد تكاليف الأتعاب المستحقة للأطباء الخبراء على نفقة هيئات الضمان الاجتماعي، إلا إذا أثبت الطبيب الخبير وبشكل واضح أن طلب المؤمن له اجتماعيا غير مؤسس، ففي هذه الحالة تكون الأتعاب على حسابه (المؤمن له) استنادا لنص المادة 1/29 من القانون 08/08 السالف الذكر[4].

الفرع الثالث: نتائج الخبرة الطبية

لقد نصت المادة 28 من القانون رقم 08/08 على أنه: "يسقط حق المؤمن له اجتماعيا في الخبرة الطبية في حالة رفض الاستجابة بدون مبرر الاستدعاء إنّ الطبيب الخبير". معناه أن المؤمن له إذا تم استدعاءه من قبل الطبيب الخبير.

أما إذا حصّر المؤمن له وتمت إجراء الخبرة الطبية فإنّ نتائج الخبرة تعدّ إلزامية للأطراف، وعلى هيئة الضمان الاجتماعي اتخاذ قرار يكون مطابقاً لنتائج الخبرة الطبية.

[1] أنظر المادة 2/26 من القانون رقم 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[2] أنظر المادة 27 من القانون رقم 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[3] أنظر المادة 28 من القانون رقم 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[4] أنظر المادة 1/29 من القانون رقم 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

أولا: إلزامية نتائج الخبرة الطبية

تنص المادة 2/19 من القانون رقم 08/08 على أنه: « تلزم نتائج الخبرة الطبية الأطراف بصفة نهائية»، بالتمعن في نص المادة يتضح أن النتائج التي توصل إليها الخبير في نهاية تقريره ملزمة للطرفين أي المؤمَّن له وهيئة الضمان الاجتماعي.

أما المادة 25 من القانون رقم 15/83 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي نصت على أن نتائج الخبرة تلزم بصفة نهائية باستثناء الاعتراضات الخاصة بحالات العجز التي يمكن الطعن فيها أمام لجنة العجز الولائية، وذلك طبقاً لنص المادة 30 من القانون رقم 15/83 المعدلة بالمادة 10 من القانون رقم 10/99، مع بقاء حق كل طرف في الطعن أمام المحكمة الفاصلة في المسائل الاجتماعية وارد كلما تعلق الأمر بالحالات المنصوص عليها بموجب أحكام المادة 26 من القانون رقم 15/83 وهي:

سلامة إجراءات الخبرة، مطابقة قرار هيئة الضمان الاجتماعي لنتائج الخبرة، الطابع الدقيق والكامل وغير المشوب باللّبس لنتائج الخبرة، وكذا ضرورة تجديد الخبرة أو تتميمها، وكذا الخبرة القضائية في حالة استحالة إجراء الخبرة الطبية على المعني بالأمر[1].

لكن القانون الجديد رقم 08/08 لم ينص على أي استثناء متعلق بإمكانية الاعتراض على نتائج الخبرة الطبية إذا كانت متعلقة بحالات العجز، وإنما جعل المشرع الخلافات الطبية المتعلقة بالعجز يمكن الطعن فيها مباشرة أمام لجنة العجز المؤهلة دون اللجوء إلى اجراءات الخبرة الطبية.

هذا ما أكدته المادة 1/19 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي بأنه تخضع الخلافات المنصوص عليها في المادة 17 أعلاه للخبرة الطبية ماعدا تلك المنصوص عليها في المادة 31 من هذا القانون[2].

بالعودة إلى نص المادة 31 من القانون رقم 08/08 نجدها تنص على أنه: «تبت لجنة العجز الولائية المؤهلة في الخلافات الناجمة عن القرارات الصادرة عن هيئات الضمان الاجتماعي المتعلقة بما يأتي:

- ✓ حالة العجز الدائم، الكلّي أو الجزئي الناتج عن حادث عمل أو مرض مهني يترتب عنه ربع،
- ✓ قبول العجز، وكذا درجة ومراجعة حالة العجز في إطار التأمينات الاجتماعية»[3].

[1] أنظر المادة 26 من القانون رقم 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[2] أنظر المادة 1/19 من القانون رقم 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[3] أنظر المادة 31 من القانون رقم 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

ثانيا: ضرورة اتخاذ هيئة الضمان الاجتماعي قراراً مطابقاً لنتائج الخبرة الطبية

نصت المادة 24 من القانون 15/83 على أنه يجب على هيئة الضمان الاجتماعي أن تتخذ قراراً مطابقاً لنتائج الخبرة الطبية التي أبداها الطبيب الخبير، إلا أن المشرع لم ينص على هذا المبدأ في القانون الجديد رقم 08/08 صراحة، وإنما نص على هذا المبدأ ضمنياً وهذا ما هو مستشف من المادة 27 من القانون السالف الذكر، والتي جاء فيها على أنه: « تلتزم هيئة الضمان الاجتماعي بتبليغ تقرير الخبرة الطبية إلى المعني خلال العشرة (10) أيام الموالية لاستلامه».

رغم أن المشرع لم ينص صراحةً على ضرورة اتخاذ هيئة الضمان الاجتماعي قراراً مطابقاً لنتائج الخبرة المنجزة في القانون الجديد رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، إلا أنه من خلال هاتين المادتين نستخلص أنه لم يلغ المادة 24 من القانون 15/83، والتي نصت على أنه يجب على هيئة الضمان الاجتماعي أن تتخذ قراراً مطابقاً لنتائج الخبرة التي أبداها الطبيب الخبير[1].

كان على المشرع إدراج هذا النص في التعديلات اللاحقة لتشريع الضمان الاجتماعي حتى يقضي على الغموض السائد في القانون الجديد، لكون أن المادة 2/19 والمادة 27 منه غير كافيتين لإجبار هيئة الضمان الاجتماعي باتخاذ قرار مطابق لنتائج الخبرة الطبية، وبالرجوع إلى الممارسة العملية للمحاكم الاجتماعية نجد أن أغلبية الأحكام الصادرة تؤكد على ضرورة اتخاذ هيئة الضمان الاجتماعي قراراً مطابقاً لنتائج الخبرة الطبية المنجزة من قبل الخبير[2].

الفرع الرابع: طبيعة اللجوء إلى الخبرة الطبية

لقد نصت المادة 18 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي على أنه: «تسوى الخلافات المتعلقة بالمنازعات الطبية حسب الحالة عن طريق إجراء الخبرة الطبية أو في إطار لجان العجز الولائية المؤهلة طبقاً لأحكام هذا القانون».

وأضافت المادة 19 من القانون 08/08 السالف الذكر على أنه: « ت خضع الخلافات المنصوص عليها في المادة 17 أعلاه للخبرة الطبية، باستثناء تلك المنصوص عليها في المادة 31 من هذا القانون».

[1] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص 101.

[2] عشايبو سميرة، مرجع سابق، ص 25

باستقرائنا للمادتين نفهم بأن الخلافات ذات الطابع الطبي تخضع في مرحلة أولية لإجراءات الخبرة الطبية قبل اللجوء إلى القضاء، وهو ما يستخلص أيضاً من عبارة "يجب أن يقدم طلب الخبرة الطبية من قبل المؤمَّن له" التي جاءت بها المادة 20 من القانون رقم 08/08 السالف الذكر[1].

ونفس الشيء بالنسبة لعبارة "يجب على هيئة الضمان الاجتماعي أن تباشر إجراءات الخبرة الطبية والتي نصت بها المادة 22 من نفس القانون[2].

مما سبق ذكره، نستنتج بأن عدم احترام إجراءات اللجوء إلى الخبرة الطبية كمرحلة أولية قبل اللجوء إلى القضاء يؤدي إلى رفض دعوى المؤمَّن له شكلاً.

المطلب الثاني: تسوية المنازعات الطبية عن طريق الاعتراض أمام لجنة العجز الولائية

إن القرارات الصادرة عن هيئات الضمان الاجتماعي بخصوص حالات العجز الناتج عن مرض أو حادث عمل، يمكن أن تكون محل اعتراضات أمام اللجنة الولائية للعجز طبقاً لنص المادة 30 من القانون 15/83 المعدلة بالمادة 10 من القانون 10/99 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي.[3]

وتكون هذه اللجنة مختصة في تحديد سبب وطبيعة المرض أو الإصابات، تاريخ ا لشفاء او الجبر، حالة العجز ونسبته، ذلك أن الاعتراضات على هذه القرارات المتعلقة بحالة العجز يجب أن ترفع إلى اللجنة الولائية للنظر فيها قبل اللجوء إلى القضاء، طالما أن الطعن الداخلي أو التسوية الداخلية تبقى الأصل، في الأصل في المنازعات في مجال الضمان الاجتماعي بصفة عامة وفي المنازعات الطبية على وجه الخصوص، وذلك لما تمتاز به من السرعة في الفصل باعتبارها تتعلق بالحالة الصحية للمؤمَّن له.[4]

لذلك سنتطرق إلى تشكيلة لجنة العجز الولائية وإجراءات سيرها وآجال الطعن فيها (الفرع الأول)، ثم نبين اختصاصاتها والتدابير التي تتخذها (الفرع الثاني)، وأخيراً قرارات اللجنة الولائية (الفرع الثاني).

الفرع الأول: تشكيلة لجنة العجز الولائية وإجراءات سيرها وآجال الطعن أمامها

تتشكل لجنة العجز الولائية من أغلب أعضائها أطباء، وهي تختص بالفصل في الاعتراضات والطعون ضد القرارات الصادرة عن هيئات الضمان الاجتماعي خلال مدة حددها المشرع بستين (60) يوماً.

---

[1] أنظر المادة 20 من القانون رقم 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[2] أنظر المادة 22 من القانون رقم 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[3] بن محمد عبد الله، مرجع سابق، ص21.

[4] حرشاوي صبرينة، مرجع سابق، ص34.

أولا: تشكيلة لجنة العجز الولائية المؤهلة

طبقاً لنص المادة 30 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي على أنه: «تنشأ لجنة عجز ولائية مؤهلة أغلب أعضائها أطباء، وتحدد تشكيلة هذه اللجنة وتنظيمها وسيرها عن طريق التنظيم».[1]

لكن لم يصدر أي تنظيم يحدد تشكيلة هذه اللجنة وتنظيمها وعليه سنتناول تشكيلتها الحالية ، طبقاً للمرسوم التنفيذي رقم 09-73 المؤرخ في 7 فيفري 2009 الذي يحدد تشكيلة لجنة العجز الولائية المؤهلة في مجال الضمان الاجتماعي وتنظيمها وسيرها.

فبالعودة إلى نص المادة 2 من المرسوم التنفيذي المذكور أعلاه نجدها تحدد تشكيلة لجنة العجز الولائية المؤهلة كما يأتي:

- ✓ ممثل (1) عن الوالي رئيساً؛
- ✓ طبيبان خبيران(2)[2] يقترحهما مدير الصحة والسكن للولاية بعد أخذ رأي مجلس الجهوي لأدبيات الطب؛
- ✓ طبيبان مستشاران(2) ينتمي الأول إلى الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء وينتمي الثاني إلى صندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء ، يقترحهما المديران العامان لهاتين الهيئتين؛
- ✓ ممثل (1) عن العمال الأجراء تقترحه المنظمة النقابية للعمال الأكثر تمثيلاً على مستوى الولاية.
- ✓ ممثل (1) عن العمال غير الأجراء تقترحه المنظمة النقابية للمستخدمين الأكثر تمثيلاً على مستوى الولاية.

يمكن للجنة العجز الولائية المؤهلة أن تستدعي كل شخص مختص من شأنه أن يساعدها في أشغالها.[3]

تجدر الملاحظة أن تشكيلة لجنة العجز الولائية المؤهلة في نص المادة 2 من المرسوم رقم 09-73 أحدث عدة تغييرات مقارنة بالتشكيلة التي نص عليها المرسوم التنفيذي رقم 05-433 المؤرخ في 2005/11/08، بحيث تم تغيير رئيس اللجنة والذي كان مستشاراً بالمجلس القضائي يعين من طرف رئيس

[1] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص 114.

[2] أنظر المادة 20 من المرسوم رقم 09 ـ 73 الذي يحدد تشكيلة لجنة العجز الولائية المؤهلة في مجال الضمان الاجتماعي وتنظيمها وسيرها.

[3] المادة 2 من المرسوم التنفيذي رقم 09-73 المؤرخ في 7 فيفري 2009 الذي يحدد تشكيلة لجنة العجز الولائية المؤهلة في مجال الضمان الاجتماعي وتنظيمها وسيرها.

المجلس لكل ولاية، حيث أن هذا التغيير له عدة معاني جوهرية، إذ يتبين على مستوى الممارسة الواقعية أنه يصعب انعقاد اجتماعات لجنة العجز المؤهلة دورياً بسبب عدم حضور الرئيس الذي غالباً ما يكون رئيس الغرفة الاجتماعية بالمجلس القضائي نظراً للمهمة القضائية الملقاة على عاتقه، فقد تفطّن المشرع الفرنسي لهذا الأمر من خلال استبداله لعضوية الرئيس وجعله عضواً عادياً يعينه والي الولاية طالما أن اللجنة ولائية.[1]

يعين هؤلاء الأعضاء لمدة 3 سنوات قابلة للتجديد مرة واحدة بقرار من الوزير المكلف بالضمان الاجتماعي، وفي حالة انقطاع عضوية أحد أعضاء لجنة العجز الولائية يتم استخلافه حسب الأشكال نفسها للمدة المتبقية من العهدة وهذا ما نصت عليه المادة 3 من المرسوم رقم 09-73 الذي يحدد تشكيلة لجنة العجز الولائية المؤهلة.[2]

كما أضافت المادة 12 من المرسوم رقم 09-73 الذي يحدد تشكيلة لجنة العجز الولائية على أنه لا يمكن تعيين أعضاء لجنة العجز الولائية ضمن اللجان الأخرى المكلفة بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي.

ويجدر التنويه إلى أن تشكيلة لجنة العجز الولائية من النظام العام ولا تصح اجتماعاتها إلا بحضور أغلبية أعضائها، وفي حالة عدم اكتمال النصاب تصح اجتماعاتها بعد استدعاء ثان مهما يكن عدد أعضائها في أجل لا يتعدى خمسة عشر (15) يوماً وفقاً لما نصت عليه المادة 3/4 من المرسوم رقم 09-73 السالف الذكر [3]، خلافاً للقانون القديم رقم 15/83 لا تصح مداولات لجنة العجز الولائية المؤهلة إلا بحضور اجتماعاتها أربعة من أعضائها على الأقل منهم الرئيس والطبيب الخبير، وهذا وفقاً لنص المادة 33 من القانون رقم 15/83[4] المعدلة للمادة 12 من القانون رقم 99-10.

ثانيا: إجراءات سير أعمال لجنة العجز الولائية المؤهلة

لقد نصت المادة 04 من المرسوم رقم 09-73 الذي يحدد تشكيلة لجنة العجز الولائية المؤهلة على أنه : «تجتمع لجنة العجز الولائية المؤهلة في دورة عادية بمقر الوكالة الولائية للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء مرة واحدة في الشهر باستدعاء من رئيسها.[5]

---

[1] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص114.

[2] أنظر المادة 3 من المرسوم التنفيذي رقم 09-73، الذي يحدد تشكيلة لجنة العجز الولائية المؤهلة، مرجع سابق.

[3] أنظر المادة 3/4 من المرسوم التنفيذي 09-73، الذي يحدد تشكيلة لجنة العجز الولائية المؤهلة، مرجع سابق.

[4] أنظر المادة 33 من القانون رقم 15/83 معدل ومتمم، يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[5] أنظر المادة 4 من المرسوم التنفيذي رقم 09-73، الذي يحدد تشكيلة لجنة العجز الولائية المؤهلة، مرجع سابق.

إن إسناد رئاسة اللجنة إلى ممثل عن الوالي يفسر بالحرص على إشراف السلطات الولائية بمهمة المراقبة وتتبع أعمال لجنة العجز الولائية وإيفاد السلطات المركزية بكل ما هو مستجد فيها نشاط هذه اللجنة والتي لها أهمية كبيرة في مجال منازعات المؤمَّنين المتعلقة بالعجز.[1]

تفصل لجنة العجز الولائية المؤهلة في الاعتراضات والطعون المقدمة ضد القرارات الصادرة عن هيئات الضمان الاجتماعي ذات الطابع الطبي عن طريق الطبيبان الخبيران، كذلك تعيين ممثلي العمال من قطاعات متعددة يهدف إلى ضمان حقوق المؤمَّنين الاجتماعيين وعدم إهمال تمثيل أي شريحة للعم ال في مثل هذه اللجان.[2]

أما فيما يخص مداولات اللجنة فلا تحص إلا بحضور أغلبية أعضائها، وفي حالة عدم اكتمال النصاب المحدد، تصح اجتماعاتها بعد استدعاء ثان مهما يكن عدد الأعضاء، وذلك في أجل لا يتعدى (15) يوما وفقاً لنص المادة 3/4 من المرسوم رقم 09-73 المذكور أعلاه.

وتتخذ اللجنة قراراتها بالأغلبية أصوات أعضاء الحاضرين وعند التساوي يرجع صوت الرئيس وهذا طبقاً لنص المادة 1/5 من المرسوم 09-73.[3]

وبعد الانتهاء من عقد اجتماعاتها تحرر قراراتها في محاضر يوقعها رئيس اللجنة وتدون في سجل خاص يرقمه ويؤشر عليه الرئيس ثم ترسل لجنة العجز الولائية المؤهلة نسخة من هذه القرارات إلى مدير الوكالة لهيئة الضمان الاجتماعي في أجل عشرين يوماً وهذا ما أكدته المادة 2/6 من المرسوم رقم 09-73 السالف الذكر.[4]

إن هيئة الضمان الاجتماعي تقدم للجنة العجز مقراً وكذا الوسائل اللازمة لسيرها لذلك يستوجب الأمر على أعضاء اللجنة وكذا الأطباء الخبراء المكلفون بدراسة الملفات الالتزام بالسر المهني.[5]

---

[1] سماتي الطيب، تسوية المنازعات الطبية عن طريق الاعتراض أمام لجنة العجز الولائية على ضوء القانون الجديد 08/08، المجلة القضائية، عدد 11، 2010-2005، ص36.

[2] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص118.

[3] أنظر المادة 1/5 من المرسوم التنفيذي رقم 09-73، الذي يحدد تشكيلة لجنة العجز الولائية المؤهلة، مرجع سابق.

[4] أنظر المادة 2/6 من المرسوم التنفيذي رقم 09-73، الذي يحدد تشكيلة لجنة العجز الولائية المؤهلة، مرجع سابق.

[5] سماتي الطيب، تسوية المنازعات الطبية عن طريق الاعتراض أمام لجنة العجز الولائية على ضوء القانون الجديد 08/08، مرجع سابق، ص37.

ثالثاً: آجال الطعن أمام لجنة العجز الولائية المؤهلة

تطبيقاً لأحكام نص المادة 1/33 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي أنّه على المؤمَّن له أنه يباشر إجراءات الطعن ضد قرار هيئة الضمان الاجتماعي أمام لجنة العجز الولائية المؤهلة في أجل ثلاثين (30) يوماً ابتداء من تاريخ استلام تبليغ قرار هيئة الضمان الاجتماعي المعترض عليه.

وبالتالي عليه أن يقدم طعنه في شكل طلب مكتوب مرفق بتقرير الطبيب المعالج إما برسالة موصى عليها مع الإشعار بالاستلام، أو بإيداعه لدى أمانة اللجنة مقابل وصل إيداع.[1]

وقد قصّر المشرع بموجب نص المادة 1/33 السالفة الذكر مواعيد اللجوء إلى لجنة العجز الولائية المؤهلة إلى ثلاثين يوماً، بعد ما كانت تقدر بشهرين في القانون القديم رقم 15/83 طبقاً لنص المادة 34 منه، ويمدد إلى أربعة أشهر ابتداء من تاريخ طلب إجراء الخبرة الطبية إذا لم تكن هيئة الضمان الاجتماعي قد أصدرت قرارها في ظرف الشهر التالي لتاريخ إجراء هذه الخبرة.[2]

ولقد أكد القضاء أن عدم تقديم اعتراض من طرف المؤمَّن له أمام لجنة العجز سواء بإيداعه لدى الصندوق أو بواسطة البريد المضمن فإن دعواه ترفض شكلاً لأنه يعتبر إجراء شكلي وجوهري.

ويجدر التنويه إلى أن المشرع قد أكد على ضرورة تبليغ قرارات هيئة الضمان الاجتماعي للمؤمَّن له وهذا ما هو مستخلص من نص المادة 33 من القانون السالف الذكر، الذي جاء بعبارة ابتداء من تاريخ استلام تبليغ قرار اهيئة الضمان الاجتماعي المعترض عليه.[3]

بمعنى أن هيئة الضمان الاجتماعي هي التي تقوم بتبليغ المؤمَّن له بقرارها الصادر عنها، عكس ما كان عليه في القانون القديم، حيث جاء بعبارة الإشعار فقط والتي تفيد الإعلام بصدور القرار، في حين استلام التبليغ يعني تمكين المؤمَّن له بنسخة من قرار هيئة الضمان الاجتماعي.

الفرع الثاني: اختصاصات لجنة العجز الولائية والتدابير التي تتخذها

تعتبر لجنة العجز الولائية جهازاً خاصاً للفصل في الطعون المقدمة ضد القرارات الصادرة عن هيئات الضمان الاجتماعي المتعلقة بحالات العجز الناتجة عن مرض مهني أو حادث عمل، ومن أجل قبول هذه

[1] أنظر المادة 1/33 من القانون رقم 08/08، يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[2] أنظر المادة 34 من القانون رقم 15/83 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[3] بن صاري ياسين، مرجع سابق، ص70.

الطعون يجب أن يتم إيداعه في الأجل القانوني المحدد بثلاثين (30) يوماً ابتداء من تاريخ استلام تبليغ قرار هيئة الضمان الاجتماعي المعترض عليه.

أولا: اختصاصات لجنة العجز الولائية المؤهلة

تتمثل اختصاصات لجنة العجز الولائية فيما يلي:

- ✓ حالة العجز الناتج عن مرض في إطار التأمينات الاجتماعية، وفقاً لنص المادة 31 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي فإن العجز يشمل سواءاً العجز الناتج عن مرض مهني أو حادث [1]، نضيف أيضاً حالة الانتكاس التي نص عليها قانون رقم 13/83 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية.
- ✓ قبول العجز الناتج عن مرض في إطار التأمينات الاجتماعية وفقاً لنص المادة 35 من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، فإنه بعد انقضاء المدة التي قدمت خلالها الأداءات النقدية للتأمين على المرض تتولى هيئة الضمان الاجتماعي تلقائياً النظر في الحقوق من باب التأمين على العجز دون انتظار الطلب من المعني بالأمر.[2]

الواضح من نص المادة أنه عند انقضاء مدة العطلة المرضية المتعلقة بعلة من غير العلل الطويلة الأمد التي تقدر بثلاثمائة (300) تعويضة[3]، أو في حالة انقضاء فترة ثلاث (3) سنوات إذا تعلق الأمر بعطلة طويلة الأمد[4]، فالمؤمَّن له يحال مباشرة على العجز دون انتظار الطلب منه.

وتقوم هيئة الضمان الاجتماعي بإصدار قرار طبي يقضي بقبول العجز أو رفضه، يمكن للمؤمَّن له في هذه الحالة أن يعترض على قرار الصندوق وذلك من خلال تقديم الطعن مباشرة أمام لجنة العجز الولائية، حيث تهتم بالنظر في الملف ويقرر إما المصادقة على رأي الطبيب المستشار أو إلغائه، وذلك عن طريق ما توصل إليه الخبير الذي تعينه اللجنة في هذا الموضوع.[5]

- ✓ مراجعة حالة العجز الناتج عن مرض في إطار قانون التأمينات الاجتماعية.

[1] أنظر المادة 31 من القانون رقم 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[2] أنظر المادة 35 من القانون رقم 11/83 يتعلق بالتأمينات الاجتماعية، مرجع سابق.

[3] أنظر المادة 2/16 من القانون رقم 11/83 يتعلق بالتأمينات الاجتماعية، مرجع سابق.

[4] أنظر المادة 1/16 من القانون رقم 11/83 يتعلق بالتأمينات الاجتماعية، مرجع سابق.

[5] سماتي الطيب، التأمينات الاجتماعية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص314.

حسب نص المادة 44 من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية على أن معاش العجز يمنح بصفة مؤقتة ويمكن أن يراجع إثر حدوث تغيير في حالة العجز ويلغي إذا ما ثبت بأن نسبة قدرة المستفيد على العمل تفوق 50 %.[1]

وفي حالة تبليغ المؤمَّن له بالقرار الطبي الصادر عن الطبيب المستشار القاضي بمراجعة نسبة العجز فهو غير راضٍ عن هذه المراجعة، يمكن للمؤمَّن له أن يقدم اعتراضه على قرار الصندوق، وذلك طبقاً لما جاء في المادة 31 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي ، حيث تتمتع لجنة العجز بمهمة دراسة الملف من جديد من خلال الوسائل المتاحة لها في هذا المجال والقول بأحقية المعترض في الاستفادة من العجز في هذا المجال الذين يبدون رأيهم الطبي حول الحالة الصحية للمؤمَّن له.[2]

- ✓ حالة انتكاس المصاب:

وفقاً لما نصت عليه المادة 62 من قانون رقم 13/83 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية التي تطرقنا إليها سابقاً[3].

ثانياً: التدابير التي تتخذها لجنة العجز الولائية المؤهلة في سبيل أداء مهامها

تتمتع لجنة العجز الولائية المؤهلة بعدة صلاحيات واسعة، بحيث أن القانون لم يقيدها، عكس ما ذهب إليه المشرع بالنسبة لإجراءات الخبرة الطبية أين أخضع الطبيب الخبير بضرورة التقيد في حدود الاختصاصات الموكلة لها، ضف إلى ذلك أن المشرع لم يحدد إن كان الأمر يتعلق بالطبيب الخبير المختص الوارد ضمن القائمة التي تضعها الوزارة المكلفة بالصحة أم لا.[4]

كما ينطبق نفس الشيء بالنسبة للجنة العجز الولائية لأن الصلاحيات الواسعة الموكلة لها يجب أن تخصص للإجابة على الأسئلة التي يطرحها النزاع المعروض عليها.

---

[1] أنظر المادة 44 من القانون رقم 11/83 يتعلق بالتأمينات الاجتماعية، مرجع سابق.

[2] سماتي الطيب، إجراءات تسوية المنازعات الطبية عن طريق الاعتراض أمام لجنة العجز الولائية على ضوء القانون الجديد 08/08، مرجع سابق، ص38.

[3] أنظر المادة 62 من القانون رقم 13/83 يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، مرجع سابق.

[4] بن صاري ياسين، مرجع سابق، ص69.

بالإضافة إلى هذا نصت المادة 32 من القانون رقم 08/08 على أنه: « تتخذ لجنة العجز الولائية المؤهلة كل التدابير لاسيما تعيين طبيب خبير وفحص المريض وطلب فحوص تكميلية ويمكنها أن تقوم لكل تحر تراه ضرورياً».[1]

وطالما أنها تتمتع بعدةصلاحيات فيمكن لها أن تصدر عدة قرارات منها:

- ✓ عدم قبول الطلب شكلاً:

ويكون هذا في حالة لجوء المؤمَّن له إلى رفع دعوى أمام القضاء قبل رفع الاعتراض أمام لجنة العجز الولائية، فيكون بذلك خالف القانون وعليه يرفض الطلب المعترض شكلاَ.

- ✓ تعيين خبير طبي لتحديد نسبة العجز:

استناداً إلى نص المادة 32 من القانون 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي على أنه: "تتخذ لجنة العجز الولائية المؤهلة كل التدابير، لاسيما تعيين طبيب خبير وفحص المريض..."

يفهم من نص المادة أنه يمكن للجنة العجز أن تعين خبير طبي لمعاينة المؤمَّن له وتحديد نسبة عجزه، أو تحديد الحالة الصحية للمؤمَّن له الذي يعاني من مرض خطير أو مرض مزمن.

- ✓ المصادقة على الخبرة:

إن المؤمَّن له عادة ما يلجأ إلى لجنة العجز الولائية المؤهلة مرة ثانية بطلب يتضمن إما المصادقة على الخبرة أو طلب تعيين خبير آخر في حالة عدم رضاه، وتكون لجنة العجز الولائية المؤهلة قد أصدرت قراراً يقضي بتعيين خبير، وأن هذا الأخير قد أنجز المهمة المسندة إليه وقام بتحرير تقرير طبي.[2]

الفرع الثالث: قرارات اللجنة الولائية للعجز المؤهلة

تخضع القرارات الصادرة عن لجنة العجز الولائية لجملة من الإجراءات والشكليات الجوهرية في حالة إغفالها تعرض القرار للنقض، منها تسبيب قراراتها وتبليغها للأطراف المعنية في أجل 20 يوماً ابتداء من تاريخ صدور القرار.[3]

[1] أنظر المادة 32 من القانون رقم 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[2] عشايبو سميرة، مرجع سابق، ص50.

[3] بن محمد بن عبد الله، مرجع سابق، ص22.

أولاً: ضرورة فصل لجنة العجز في الاعتراض المقدم أمامها خلال ستين (60) يوماً

لقد ألزم المشرع لجنة العجز الولائية مدة ستين (60) يوماً لإصدار قرارها في النزاع المعروض عليها ابتداءاً من تاريخ استلام الطعن في قرار هيئة الضمان الاجتماعي، وذلك في حالات العجز وهذا ما أكدته نص المادة 4/31 من القانون 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي.[1]

وفي حالة لجوء المؤمَّن له إلى القضاء ولم تنقضي مدة ستين (60) يوماً المخصصة للجنة العجز الولائية للفصل في الطعن، يُعد مخالفة للمادة 30 و36 من القانون 15/83 ويترتب عنه رفض دعواه لفساد الإجراءات.

وبالتالي إذا لم تلتزم لجنة العجز الولائية المؤهلة بمهلة ستين (60) يوما المقررة للفصل في الاعتراض المقدم أمامها، يحق للمؤمَّن له اللجوء إلى القضاء (المحكمة الابتدائية– لرفع دعواه.

ثانيا: ضرورة تسبيب قرارات اللجنة الولائية للعجز

يجب أن يكون القرار الصادر عن لجنة العجز الولائية مسبباً وخالي من أي تناقض أو إغفال، وذلك بتقديم الأسانيد والحجج المعتمدة في اتخاذ هذا القرار لتمكين القضاء عند النظر في النزاع المعروض عليه من الوقوف عند مدى إلمام قرار اللجنة بظروف النزاع المعروض عليها [2]، وهذا ما نصت عليه المادة 3/36 من القانون رقم 15/83 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي على أنه: «يجب أن تكون قرارات اللجنة معلّلة».[3]

يجب أن يتضمن قرار اللجنة وثائق الملف الطبي المتضمن الفحوصات الطبية الأولية: رأي الطبيب المعالج رأي الطبيب المستشار، ملخص المسائل موضوع الخلاف، مهمة الطبيب الخبير، إضافة إلى هذا يجب أن يرد القرار على شكل دفوع وطلبات الأطراف، وبالتالي فعدم الرد عليها يجعل القرار المطعون فيه غير مسبب ويستوجب النقض.[4]

ثالثا: ضرورة تبليغ قرارات لجنة العجز الولائية المؤهلة خلال عشرين (20) يوما من صدور قرارها:

لقد نصت المادة 34 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي على أنه: «تبلغ قرارات لجنة العجز الولائية المؤهلة في أجل عشرين (20) يوما ابتداء من تاريخ صدور القرار،

[1] أنظر المادة 31 من القانون رقم 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[2] بن صاري ياسين، مرجع سابق، ص73

[3] أنظر المادة 3/36 من القانون رقم 15/83 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[4] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، مرجع سابق، ص140.

برسالة موصى عليها مع وصل استلام أو بواسطة عون مراقبة معتمد للضمان الاجتماعي ، بمحضر استلام».[1]

فالواضح من هذا النص أن المشرع في القانون الجديد رقم 08/08 قد حدد وسائل تبليغ قرارات لجنة العجز الولائية المؤهلة، المتمثلة في: التبليغ عن طريق رسالة موصى عليها مع وصل استلام، أو بواسطة عون مراقبة معتمد للضمان الاجتماعي وذلك عن طريق محضر استلام، وهذا في غضون 20 يوما، عكس ما كان عليه في القانون القديم 15/83 بموجب المادة 4/36 منه يكتفي بتبليغ قرار لجنة العجز من طرف أمين اللجنة إلى الأطراف المعنية فحسب.[2]

[1] أنظر المادة 34 من القانون رقم 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[2] سماتي الطيب، التأمينات الاجتماعية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص319.

المبحث الثاني: التسوية القضائية للمنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي

إنّ المشرع الجزائري قد حاول من خلال الترسانة القانونية المنظمة لمنازعات الضمان الاجتماعي بصفة عامة والمنازعات الطبية بصفة خاصة تحقيق أكبر قدر من السرعة في الفصل، لكن يحدث وأن لا توفق آليات التسوية الداخلية للمنازعات الطبية بنوعيها ـ اللجوء إلى إجراءات الخبرة الطبية واللجوء إلى لجنة العجز الولائية المؤهلة ـ من خلال عدم تحقيق الغرض المرجو من إنشائها وهو وضع حد لهذا النزاع نهائياً، مما يبقى اللجوء إلى التسوية القضائية كآخر مرحلة لفض النزاع والبت فيه.

سنتطرق الى التسوية القضائية المتعلقة بالخبرة الطبية في **(المطلب الأول)**، ثم الى التسوية القضائية المتعلقة بحالة العجز **(المطلب الثاني)**.

المطلب الأول: التسوية القضائية المتعلقة بالخبرة الطبية

تكون نتائج الخبرة الطبية المتوصل إليها ملزمة لأطراف النزاع بصفة نهائية طبقاً لنص المادة 2/19 من القانون الجديد رقم 08/08 إلا في حالة استثنائية وحيدة أجاز المشرع فيها اللجوء إلى القضاء في حالة استحالة إجراء الخبرة الطبية،كما ورد في نص المادة 3/19 .

إلا أنّ هذه الحالة غير كافية لكون أنّ إمكانية مخالفة المواد من 19 الى 27 من القانون الجديد واردة مما يجعل اللجوء الى المحاكم أمراً مبرراً.

ضف لذلك فإنّ الخبرة لا تكون في كل الحالات كاملة وشاملة بل تكون ناقصة وغامضة، لذلك سنتناول عرض النزاع المتعلق بإجراءات الخبرة الطبية للمحكمة الاجتماعية في (الفرع الأول)، ثم نبين دور القضائي الاجتماعي في الفصل في المنازعات المتعلقة بإجراءات الخبرة الطبية.

الفرع الأول: عرض النزاع المتعلق بإجراءات الخبرة الطبية على المحكمة الاجتماعية

لقد حدد المشرع الجزائري من جهة الهيئات القضائية المختصة بالفصل في المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي وهي التي تختص بالقضايا الاجتماعية، ومن جهة أخرى ذكر اختصاصاتها على سبيل الحصر في هذا المجال.[1]

[1] عشايبو سميرة، مرجع سابق، ص73.

نصت المادة 3/19 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي على أنه: «إلاّ أنه لا يمكن إخطار المحكمة المختصة في المجال الاجتماعي لإجراء خبرة قضائية في حالة استحالة إجراء خبرة طبية على المعني».[1]

فبالرجوع إلى نص هذه المادة يتضح أن المشرع جعل التسوية الداخلية هي الأصل وأن التسوية القضائية هي الاستثناء، وأكثر من ذلك فقد حصر اللجوء إلى القضاء في مجال المنازعات المتعلقة بإجراءات الخبرة الطبية في حالة واحدة فقط وهي حالة الاستحالة إجراء الخبرة الطبية على المؤمَّن له اجتماعياً باعتبار أن المشرع جعل نتائج الخبرة الطبية ملزمة للأطراف بصفة نهائية مهما كان الأمر طبقاً لنص المادة 2/19 من القانون 08/08 السالف الذكر.

إن اقتصار المشرع على حالة واحدة فقط للجوء المؤمَّن الاجتماعي إلى القضاء في مجال المنازعات المتعلقة بإجراءات الخبرة الطبية غير مقبول ولا يتماشى مع المبادئ القانونية، لاعتبار أن إجراءات الخبرة الطبية قد لا تتم وفقاً للأشكال التي نص عليها القانون، وثمة تحرم المؤمَّن له من اللجوء إلى القضاء لإنصافه وإحقاقه.[2]

ومن جهة أخرى، وبالرجوع إلى قانون الإجراءات المدنية والإدارية الجديد نجد أن المادة 6/500 تنص على أنه: «يختص القسم الاجتماعي اختصاصاً مانعاً في المواد التالية: منازعات الضمان الاجتماعي والتقاعد».[3]

فمن خلال هذه المادة يتضح لنا أن كل قسم اجتماعي على مستوى كل محكمة مختص بالمنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي، وهذا ما يمكن استخلاصه من عبارة "يختص القسم الاجتماعي اختصاصاً مانعاً"، "ومن ثم يكون القسم الاجتماعي هو المختص للفصل في النزاعات المتعلقة بقانون الضمان الاجتماعي وذلك طبقاً للمواد 06-13 من القانون 15/83 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي[4].

[1] أنظر المادة 3/19 من القانون 08/08، يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[2] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص 150.

[3] أنظر المادة 6/500 من القانون رقم 09/08، مؤرخ في 2008/02/25، يتضمن قانون الإجراءات المدنية والإدارية، جريدة رسمية عدد 21، المعدل والمتمم للأمر رقم 154/66، المؤرخ في 8 جويلية 1996.

[4] عشايبو سميرة، مرجع سابق، ص76.

أولاً: اختصاص المحكمة الاجتماعية بالمنازعات المتعلقة بإجراءات الخبرة الطبية

إن موضوع الاختصاص بالنسبة للمحاكم الاجتماعية يعتبر من قبيل مواضيع النظام العام [1]، وبالتالي لا يمكن لأطراف النزاع الاجتماعي الاحتكام لأية جهة قضائية أخرى.

تتشكل المحكمة لأصحاب من قضاة وممثلون العمال وآخرون لأصحاب العمل بنسب متساوية، حيث نصت المادة 502 من قانون الإجراءات المدنية والإدارية:«يتشكل القسم الاجتماعي تحت طائلة البطلان من قاضي رئيساً ومساعدين طبقاً لما ينص عليه تشريع العمل».[2]

في حالة إذا ما تم غياب المساعدين أو تعذر حضور أحدهم أو جميعهم أو في الحالة التي يكون فيها أحد المساعدين طرف في النزاع، أوله مصلحة شخصية، فيتم استخلافهم بمساعدين احتياطيين إذا أمكن حضورهم[3]، فيعوضون بقاضي أو قاضيين حسب الحالة، ويتم اختيارهم من طرف رئيس المحكمة.[4]

بالرجوع إلى المادة 37 من القانون 09/08 المتعلق بقانون الإجراءات المدنية والإدارية الجديد والتي جاء فيها على أنه: «يؤول الاختصاص الإقليمي للجهة القضائية التي يقع في دائرة اختصاصها موطن المدعى عليه...» [5]، وطالما أن المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي يكون صندوق الضمان الاجتماعي مدعى عليه في غالب الأحيان، مما يوحي أن الدعاوي القضائية المتعلقة بالمنازعات المتعلقة بإجراءات الخبرة الطبية ترفع أمام محكمة موطن المدعى عليه "صندوق الضمان الاجتماعي" وهي المحكمة التي تقع في دائرة اختصاصها مقر تواجد الصندوق في كل ولاية من ولايات الوطن.[6]

وتجدر الإشارة أن القضاء أكد في هذا السياق أن الفروع التابعة لصندوق الضمان الاجتماعي الكائن مقره في الولاية لا يتمتع بحق التقاضي.

وأخيراً نشير إلى أن المشرع في قانون الإجراءات المدنية والإدارية لم ينص صراحة على اختصاص المحكمة الاجتماعية بالفصل في المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي بل ذكر فقط "منازعات الاجتماعي" مما يوحي أن المشرع أدرج جميع أنواع المنازعات ضمن العبارة السالفة الذكر.[7]

---

[1] حمودي عبد الرزاق، دليل الاجتهادات القضائية في القضايا الاجتماعية، ج 2، د.ط، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع،د.ب.ن، 2012، ص 328.

[2] أنظر المادة 525 من قانون الإجراءات المدنية والإدارية، مرجع سابق.

[3] رشيد واضح، منازعات العمل الفردية والجماعية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر، د.ط، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2003، ص54.

[4] عشايبو سميرة، مرجع سابق، ص78.

[5] أنظر المادة 37 من القانون رقم 09/08 يتعلق بالإجراءات المدنية والإدارية الجديد، مرجع سابق.

[6] سماتي الطيب، التأمينات الاجتماعية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص351.

[7] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص152.

ثانياً: شروط قبول الدعوى أمام المحكمة المختصة في المسائل الاجتماعية

يشترط لقبول أية دعوى قضائية احترام إجراءات شكلية منصوص عليها قانوناً، وأن تكون الدعوى مستوفاة لجميع الأوضاع القانونية المقررة لقبول الدعاوي شكلاً، وذلك من خلال توفر شرطي الصفة والمصلحة، وفقاً لما نصت عليه المادة 13 من القانون رقم 09/08 المتعلق بالإجراءات المدنية والإدارية الجديد، والتي نصت على أنه: «لا يجوز لأي شخص التقاضي ما لم تكون له صفة وله مصلحة قائمة أو محتملة يقرّها القانون».[1]

وباعتبار الصفة من النظام العام قد يثيرها القاضي تلقائياً، وهذا ما أكدته المادة 67 من نفس القانون التي جاء فيها على النحو التالي : "أن الدفع بعدم القبول هو الدفع الذي يرمي إلى التصريح بعدم قبول طلب الخصم لانعدام الحق في التقاضي، كانعدام الصفة وانعدام المصلحة والتقادم وانقضاء الأجل المسقط وحجية الشيء المقضي فيه، وذلك دون النظر في موضوع النزاع.[2]

كما اشترطت المادة 14 من القانون رقم 09/08 المتعلق بالإجراءات المدنية والإدارية على أن ترفع الدعوى أمام المحكمة بعريضة مكتوبة وموقعة ومؤرخة تودع بأمانة الضبط من قبل المعدى أو وكيله أو محاميه بعدد من النسخ يساوي عدد الأطراف.[3]

تضمنت المادة 15 من القانون رقم 09/08 السالف الذكر الشروط الواجب توافرها في عريضة افتتاح الدعوى تحت طائلة عدم قبولها شكلاً وهي كالتالي:

- ✓ الجهة القضائية التي ترفع أمامها الدعوى.
- ✓ اسم ولقب المدعى وموطنه.
- ✓ اسم ولقب وموطن المدعى عليه، فإن لم يكن له موطن معلوم فآخر موطن له.
- ✓ الإشارة إلى تسمية وطبيعة الشخص المعنوي ومقره الاجتماعي وصفة ممثله القانوني أو الإتفاقي.
- ✓ عرض موجز للوقائع والطلبات والوسائل التي تؤسس عليها الدعوى.
- ✓ الإشارة عند الاقتضاء إلى المسندات المؤيدة للدعوى.[4]

[1] أنظر المادة 13 من القانون 09/08 يتعلق بالإجراءات المدنية والإدارية الجديد، مرجع سابق.

[2] أنظر المادة 68 من القانون 09/08 يتعلق بالإجراءات المدنية والإدارية الجديد، مرجع سابق.

[3] أنظر المادة 14 من القانون 09/08 يتعلق بالإجراءات المدنية والإدارية الجديد، مرجع سابق.

[4] أنظر المادة 15 من القانون 09/08 يتعلق بالإجراءات المدنية والإدارية الجديد، مرجع سابق.

بالإضافة إلى ضرورة احترام عشرين (20) يوما على الأقل بين تاريخ تسليم التكليف بالحضور والتاريخ المحدد لأول جلسة ما لم ينص القانون على خلاف ذلك، وهذا ما أكدته المادة 3/16 من القانون 09/08 المتعلق بالإجراءات المدنية والإدارية.

يجدر التنويه إلى وجوب إرفاق العريضة الافتتاحية بنسخة من قرار هيئة الضمان الاجتماعي المطعون فيه[1] مع ضرورة الإسناد على إحدى الحالات المتعلقة بمخالفة المواد من 19 إلى 27 من القانون رقم 08/08 المتعلقة بإجراءات الخبرة الطبية وإلا كان مآل الدعوى رفضها لعدم التأسيس.[2]

ثالثاً: موضوع الدعوى القضائية في نطاق المنازعات المتعلقة بإجراءات الخبرة الطبية

نصت المادة 3/19 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي على أنه: «إلا أنه يمكن إخطار المحكمة المختصة في المجال الاجتماعي لإجراء خبرة قضائية في حالة استحالة إجراء خبرة طبية على المعني».[3]

بتحليلنا لهذه المادة نجد أن المشرع أجاز للطرف الذي يهمه الأمر اللجوء إلى المحكمة الاجتماعية في حالة واحدة فقط وهي حالة استحالة القيام بالخبرة الطبية على المعني بالأمر، في هذه الحالة يمكن للمعني بالأمر حسب المادة أعلاه أن يطالب بإجراء خبرة قضائية، ويتم ذلك عن طريق رفع دعوى أمام القسم الاجتماعي.[4]

لكن الإشكال المطروح في هذا المجال هو في حالة إجراء خبرة وتبيّن أنها غير سليمة أو غامضة أو غير كاملة، فهل يتم اللجوء إلى القضاء من طرف المؤمَّن له؟

بالرجوع إلى القانون الجديد رقم 08/08 السالف الذكر نجده لم ينص على مثل هذه الحالات ما عدا الحالة الوحيدة المنصوص عليها في هذا المجال وهي الحالة التي نصت عليها المادة 3/19 من القانون السالف الذكر، والمتمثلة في حالة استحالة إجراء الخبرة الطبية.

لكن بالرجوع إلى القانون القديم 15/83 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي نجد أنه قد نص في المادة 26 منه على أنه: « مع مراعاة أحكام المادة 25 أعلاه يجوز رفع دعوى إلى المحكمة المختصة بالقضايا الاجتماعية فيما يخص:

---

[1] بن صاري ياسين، مرجع سابق، ص78.

[2] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص153.

[3] أنظر المادة 3/19 من القانون 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[4] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص154.

- ✓ سلامة إجراءات الخبرة.
- ✓ مطابقة قرار هيئة الضمان لنتائج الخبرة.
- ✓ الطابع الدقيق والكامل وغير المشوب باللبس لنتائج الخبرة.
- ✓ ضرورة تجديد الخبرة أو تتميمها.
- ✓ الخبرة القضائية في حالة استحالة إجراء الخبرة الطبية على المعني بالأمر».[1]

الأمر الذي يجعلنا لا ندري لماذا المشرع أقصى هذا النص من إدراجه ضمن القانون الجديد رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، لاسيما وأنه في غالب الأحيان نجد أن الخبرة المنجزة من قِبل الطبيب الخبير يعتريها حالة من الحالات التي ذكرتها المادة 26 من القانون رقم 15/83 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي.[2]

لكن بتحليلنا نص المادة 3/19 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي يتجلى أن المشرع قصد أن الطرفين ملزمين نهائياً بنتائج الخبرة الطبية (طبقاً للمادة 2/19 من القانون رقم 08/08) التي تعد بمثابة جهة طعن تستأنف أمامها قرارات هيئة الضمان الاجتماعي، والتي تتخذ بناءاً على رأي الطبيب المستشار للهيئة وذلك لمعاينة الحالة الصحية للمؤَّن له، لكن مع ذلك يجب التنويه إلى عنصر الإلزام اللاحق بنتائج الخبرة الطبية من جهة، ووصف النهائية في مواجهة أطراف العلاقة القانونية (المؤمَّن له وهيئة الضمان الاجتماعي– يعلقان على شرط سلامته ووضوح إجراءات الخبرة الطبية في نتائجها.[3]

ومما سبق ذكره فإن الحالة الوحيدة التي جاءت بها المادة 3/19 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي والمتمثلة في استحالة إجراء الخبرة الطبية غير كافية في نظرنا لإمكانية لجوء المؤمَّن له إلى القضاء الاجتماعي، بل حالات كثيرة يمكن أن تكون الدافع في رفع المؤمَّن له دعوى قضائية ينصب موضوعها حول الخبرة الطبية لتلك المذكورة سابقاً.[4]

[1] أنظر المادة 26 من القانون رقم 15/83 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[2] مسعود شيهوب، المبادئ العامة للمنازعات الإدارية: "نظرية الاختصاص" ج 3، ط 4، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2007، ص 444.

[3] عشايبو سميرة، مرجع سابق، ص85.

[4] سماتي الطيب، التأمينات الاجتماعية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص327.

رابعاً: آجال رفع الدعوى القضائية أمام المحكمة الاجتماعية

بالإطلاع على القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي نجد أن المشرع لم ينص على آجال رفع الدعوى القضائية أمام القسم الاجتماعي بالمحكمة إذا تعلقت بالمنازعات الخاصة بإجراءات الخبرة الطبية، ماعدا ما جاء في المادة 3/19 والتي نصت على إمكانية إخطار المحكمة المختصة في المجال الاجتماعي لإجراء خبرة قضائية في حالة استحالة إجراء خبرة طبية على المعني.[1]

والسبب في ذلك يعود ربما إلى انطلاق المشرع الجزائري من فكرة أن الخبرة الطبية ملزمة لأطراف النزاع بصفة نهائية وفقاً لنص المادة 2/19 من القانون رقم 08/08 السالف الذكر، وأن على هيئة الضمان الاجتماعي الالتزام بتبليغ تقرير الخبرة الطبية إلى المعني بالأمر خلال العشرة (10) أيام الموالية لاستلامه طبقاً للمادة 27 من نفس القانون.[2]

وبالتالي لا يتصور من الناحية العملية إطلاقاً أن تكون الخبرة الطبية التي تم إجراءها على المؤمَّن له سليمة مائة في المائة (100%) في كل حالة من الحالات حتى نقول أنها ملزمة ونهائية، لأن الواقع أثبت عكس ذلك، حيث نجد أن المنازعات في هذا المجال تطرح بكثافة أمام المحاكم وغالباً ما تكون الخبرة يشوبها القصور والنقص.[3]

خامساً: الطعن بالاستئناف في الحكم الصادر من القسم الاجتماعي

يجوز للأطراف –المؤمَّن له و هيئة الضمان الاجتماعي– استئناف الأحكام الصادرة عن القسم الاجتماعي الفاصل في القضايا أمام المجالس القضائية، إذا تعلق الأمر بالفصل في شرعية إجراءات الخبرة وعدم مطابقة قرار هيئة الضمان الاجتماعي لنتائج الخبرة المنجزة من طرف الطبيب الخبير، وقد حدّد القانون أجل الطعن بالاستئناف بشهر واحد (1) ابتداء من تاريخ التبليغ الرسمي للحكم إلى الشخص ذاته، وهذا طبقاً للمادة 336 من قانون الإجراءات المدنية والإدارية[4]، ويمدد آجال الاستئناف إلى شهرين (2) إذا تم التبليغ الرسمي في موطنه الحقيقي أو المختار، إذا كان حضورياً هذا عملاً بنص المادة 2/336 من القانون

[1] أنظر المادة 3/19 من القانون رقم 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[2] أنظر المادة 27 من القانون رقم 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[3] عشايبو سميرة، مرجع سابق، ص89.

[4] أنظر المادة 336 من القانون رقم 09/08 يتعلق بالإجراءات المدنية والإدارية الجديد، مرجع سابق.

الإجراءات المدنية والإدارية[1]، مع الأخذ بعين الاعتبار أن أجل الاستئناف في الأحكام الغيابية لا يسري إلا بعد انقضاء أجل المعارضة، وهذا ما أكدت عليه المادة 3/336.[2]

سادسا: الطعن بالنقض في القرار الصادر عن المجلس القضائي (الغرفة الاجتماعية):

تكون قابلة للطعن بالنقض الأحكام والقرارات الفاصلة في موضوع النزاع والصادرة في آخر درجة عن المحاكم والمجالس القضائية، وذلك وفقاً لما أكدته المادة 349 من ق.إ.م وإ الجديد.[3]

حسب المادة 353 من ق.إ.م وإ فإن الطعن بالنقض لا يقبل إلا إذا قدّم من أحد الخصوم أو ذوي الحقوق، ويرفع الطعن بالنقض في أجل شهرين (2) يبدأ من تاريخ التبليغ الرسمي للحكم المطعون فيه إذا تم شخصياً، كما يمدّد أجل الطعن بالنقض إلى ثلاثة (3) أشهر إذا تم التبليغ الرسمي في موطنه الحقيقي أو المختار طبقاً للمادة 354[4] كما لا تسري أجل الطعن بالنقض في الأحكام والقرارات الغيابية إلا بعد انقضاء الأجل المقرر للمعارضة، وهذا وفقاً لما نصت عليه المادة 355 من ق.إ.م وإ الجديد.[5]

الفرع الثاني: دور القاضي الاجتماعي في الفصل في المنازعات المتعلقة بإجراءات الخبرة الطبية

في حالة اللجوء إلى الخبرة فإن نتائجها تكون إلزامية ونهائية في مواجهة الأطراف، لكن هذا لا يتوقف أساساً على شرط سلامة إجراءاتها سواء من حيث احترام هيئة الضمان الاجتماعي الآجال القانونية المنصوص عليها قانوناً، أو من حيث إجراءات تعيين الخبير أو من حيث مضمون الخبرة الطبية المنجزة ومدى وضوحها أو في حالة استحالة إجراء الخبرة الطبية على المؤمَّن له كحالة وفاته [6]، ففي كل هذه الحالات يمكن للقاضي الاجتماعي التدخل لحماية حقوق المؤمَّن له.[7]

[1] أنظر المادة 2/336 من القانون 09/08 يتعلق بالإجراءات المدنية والإدارية الجديد، مرجع سابق.

[2] أنظر المادة 3/336 من القانون 09/08 يتعلق بالإجراءات المدنية والإدارية الجديد، مرجع سابق.

[3] أنظر لمادة 349 من القانون 09/08 يتعلق بالإجراءات المدنية والإدارية الجديد، مرجع سابق.

[4] أنظر المادة 354 من القانون 09/08 يتعلق بالإجراءات المدنية والإدارية الجديد، مرجع سابق.

[5] أنظر المادة 355 من القانون 09/08 يتعلق بالإجراءات المدنية والإدارية الجديد، مرجع سابق.

[6] بن محمد عبد الله، مرجع سابق، ص ص 42-43.

[7] ذراع القندول عثمان، مرجع سابق، ص54.

ومما سبق ذكره تطبق إجراءات الخبرة الطبية في المرحلة الأولية بناءاً على الاعتراضات المقدمة ضد القرارات الصادرة عن هيئات الضمان الاجتماعي المتعلقة بحالة المريض أو المصاب بحادث عمل أو مرض مهني.[1]

يكمن دور القاضي الاجتماعي في إصداره لحكم تمهيدي قبل الفصل في الموضوع يتضمن تعيين خبير قصد الوقوف على الحالة الصحية للمؤمَّن له بدقة، كما يكون للقاضي سلطة إلغاء قرارات هيئة الضمان الاجتماعي عند مخالفتها للقانون.

وأخيراً يمكن للقاضي إذا رأى أن المؤمَّن له لم يتبع الإجراءات المنصوص عليها في القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي فإنه يقضي برفض الدعوى لفساد الإجراءات [2]، بالتالي فالأحكام التي يمكن أن يصدرها القاضي الاجتماعي في مجال المنازعات الطبية المتعلقة بإجراءات الخبرة الطبية تتمثل في:

أولاً: الحكم بإلغاء قرار هيئة الضمان الاجتماعي

يرتب تقرير الخبرة الطبية بالنسبة للأطراف أثر هام هو أن النتائج التي يبديها الطبيب الخبير تلزمهم نهائياً، لذلك فإن هيئة الضمان الاجتماعي ملزمة باتخاذ قرار مطابق لنتائج الخبرة الطبية، والمؤمَّن له صاحب طلب إجراء الخبرة الطبية ملزم أيضاً بنتائجها وبصفة نهائية.[3]

إذن الخبرة الطبية في هذا المعنى ليست إجراء تحقيق، بل هي أساس اتخاذ قرار نهائي للفصل في موضوع الخلاف ذو الطابع الطبي "كنوع من التحكيم الطبي التخصصي لتقديم الوصف والتحديد الدقيق للأضرار أو العجز الناتج عن الحادث أو المرض محل النزاع".[4]

بعد استلام هيئة الضمان الاجتماعي لنتائج الخبرة الطبية تقوم مباشرة باتخاذ قرار مطابق لنتائج الخبرة الطبية على أن تبلغه إلى المؤمّن له في أجل عشرة (10) أيام تلي استلامها لتقرير الخبرة.[5]

---

[1] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص159.

[2] عشايبو سميرة، مرجع سابق، ص94.

[3] المادة 2/19 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، معدل ومتمم، مرجع سابق.

[4] أحمية سليمان، مرجع سابق، ص191.

[5] عشايبو سميرة، مرجع سابق، ص96.

ثانياً: الحكم بتعيين خبير طبي

إن القاضي قد يساعده أشخاص مختصين في مسائل يفترض عدم إلمام القاضي بها للتغلب على الصعوبات وتدليل العقبات الفنية، التي ترتبط بوقائع النزاع، وذلك بالقيام بأبحاث فنية وعلمية واستخلاص النتائج منها في شكل رأي غير ملزم.[1]

قد ينتدب الطبيب باعتباره صاحب المهنة من قبل السلطة القضائية بوصفه خبيراً فنياً بانجاز خبرته ويقدم تقريراً إلى الجهة القضائية التي عينته وحددت مهامه وقد يكون هذا التقرير شفوياً كما قد يكون كتابياً، وتعتبر هذه الأخيرة الأكثر شيوعاً في الميدان العملي.[2]

تتمثل مسؤولية الخبير المحدد من قبل المحكمة في تقديم تقرير يتضمن الإجابة عن الأسئلة التي طرحتها الجهة القضائية التي انتدبته لهذه المهمة وبصيغة أخرى أن يلتزم حدود المهمة المنوطة به دون أن يتخطاها.

ثالثا: الحكم برفض الدعوى شكلاً لفساد الإجراءات

من أجل قبول الدعوى يلتزم المدعى برفعها أمام القضاء المختص، إذا كان الاختصاص في دعوى التعويض واضحاً كون أنه يرجع إلى القضاء المدني، إلا أن ذلك لا يمنع من وجود جهات أخرى، خولها القانون البت فيها في الدعوى للنظر إلى الفعل في حد ذاته أو إلى الأطراف.[3]

حيث أن كل من القانون رقم 15/83 وكذا القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي وضع إجراءات شكلية يجب احترامها قبل اللجوء إلى المحكمة حيث نصت المادة 35 من القانون رقم 15/83 المذكور أعلاه على أنّه: «تكون قرارات لجنة العجز الولائية المؤهلة قابلة للطعن أمام الجهات القضائية المختصة في أجل ثلاثين (30) يوماً ابتداءاً من تاريخ استلام تبليغ القرار».[4]

وحسب تعبير الأستاذ بن صراري ياسين إن قرار لجنة العجز الولائية ليس قراراً إدارياً لأنها لا تتمتع بأساليب السلطة العامة، ولا تبتغي من وراء أعمالها تحقيق مصلحة عامة، كما أنها لا تصدر قراراتها بإرادتها

[1] عشايبو سميرة، مرجع سابق، ص97.

[2] سماتي الطيب، التأمينات الاجتماعية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص 329.

[3] عشايبو سميرة، مرجع سابق، ص99.

[4] أنظر المادة 35 من القانون رقم 15/83 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

المنفردة[1]، بل تنحصر مهامها في تبيان سبب وطبيعة المرض أو الإصابة وتحديد تاريخ الشفاء أو الجبر وتقدير حالة العجز ونسبته.[2]

هذه الأمور تقنية طبية بعيدة عن وصف الأعمال الإدارية، ومن جهة أخرى فهي ليست جهة قضائية حتى وإن كانت يترأسها قاضي برتبة مستشار مادام أنها لا تدخل ضمن التنظيم القضائي.

كما أن عبارة "المجلس الأعلى للقضاء" في غير محلها لكون أن المجلس الأعلى للقضاء لا يعتبر جهة وبالتالي لا يمكن أن يقدم أمامه الطعن في قرارات لجنة العجز الولائية باعتبار أن المجلس الأعلى للقضاء جهة مهمتها النظر في الأمور المهنية للقضاة كالتعيين والعزل والتأديب وغيرها، فالمشرع كان يقصد من هذه العبارة المجلس الأعلى والذي أطلق عليه حالياً مصطلح المحكمة العليا.

ومما سبق قوله، فالمقصود بعبارة الطعن الواردة ضمن المادة 37 من القانون رقم 15/83 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي هو الطعن بالنقض ضد قرارات لجنة العجز الولائية أمام القضاء العادي المتمثل في الغرفة الاجتماعية للمحكمة العليا.[3]

المطلب الثاني: التسوية القضائية للمنازعات الطبية المتعلقة بحالة العجز

وعليه سنتناول عرض النزاعات الطبية المتعلقة بحالات العجز على الجهات القضائية المختصة **(الفرع الأول)**، ثم نبين دور القاضي الاجتماعي في الفصل في المنازعات الطبية المتعلقة بحالة العجز **(الفرع الثاني)**.

الفرع الأول: عرض النزاعات الطبية المتعلقة بحالات العجز على الجهات القضائية المختصة

إن الاعتراضات على القرارات التي تصدرها هيئات الضمان الاجتماعي المتعلقة بحالة العجز الناتج عن مرض أو حادث عمل، أو تاريخ الشفاء أو الجبر أو حالة العجز ونسبته فإن ذلك يكون من اختصاص لجنة العجز المؤهلة للبت فيها قبل اللجوء إلى القضاء.[4]

تبقى التسوية الداخلية هي في الأصل أو القاعدة العامة في مجال الضمان الاجتماعي بصفة عامة والمنازعات الطبية بصفة خاصة، أما اللجوء إلى القضاء فهي استثناء، كون أنها أفضل وسيلة في الفصل لما تتطلبه من سرعة لأنها تتعلق بالحالة الصحية للمؤمَّن لهم اجتماعياً.

---

[1] بن صاري ياسين، مرجع سابق، ص82.

[2] عبد الرحمان خليفي، مرجع سابق، ص122.

[3] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص164.

[4] كشيدة باديس، مرجع سابق، ص 110.

أولا: عرض النزاع الطبي المتعلق بحالة العجز على الجهة القضائية المختصة في ظل القانون القديم

سنتطرق إلى عرض النزاع الطبي المتعلق بالعجز على الجهة القضائية المختصة في القانون القديم سواء في القانون رقم 15/83 أو في القانون رقم 10/99 الذي يعدل الأول.

يجدر التنويه إلى أنّ قرارات لجان العجز كانت تصدر نهائياً ولا تكون قابلة سوى للطعن بالنقض أمام المحكمة العليا وهذا في ظل القانون رقم 83/ 15 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي حيث نصت المادة 37 منه: "يجوز الاعتراض على قرارات اللجان المختصة بحالات العجز لدى المجلس الأعلى للقضاء طبقا للقانون" [1]، لكن المادة 37 من قانون رقم 83/ 15 تم تعديلها بموجب المادة 14 من قانون رقم 10/99 التي تنص على أنّه: "يجوز الطعن في قرارات اللجان المختصة بحالات العجز أمام الجهات القضائية المختصة"[2].

استبدل المشرع في هذه المادة عبارة "المجلس الأعلى" بعبارة "الجهات القضائية المختصة"، لذلك فعوض أن يزيل الغموض الذي كان يكتنف المادة 37 في ظل القانون رقم 15/83 زاد تعقيداً دون تقديم أي توضيح أو شرح إضافي آخر ماذا يعني بعبارة "الجهات القضائية المختصة"، فهذه العبارة أصبحت تشمل أيضا عبارة "الطعن لدى مجلس الأعلى" أي المحكمة العليا حالياً، وبالتالي فهل يقصد المشرع بها المحكمة الاجتماعية المتواجدة على مستوى كل محكمة أو الغرفة الاجتماعية للمحكمة العليا؟ أم المحاكم المنعقدة في مقر المجالس القضائية[3]؟.

إنّ التعديل الذي طرأ على المادة 37 من القانون رقم 15/83 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي والذي تم تعديله بموجب القانون رقم 10/99 يمكن القول بأنّ المقصود بالجهات القضائية المختصة بالفصل في القرارات التي تصدرها لجان العجز هي المحاكم المنعقدة في مقر المجالس القضائية.

[1] أنظر المادة 37 من القانون رقم 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[2] أنظر المادة 14 من القانون رقم 15/83 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[3] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص 166.

ثانيا: عرض النزاع الطبي المتعلقة بحالة العجز على الجهة القضائية المختصة في ظل القانون الجديد رقم 08/08

وفقاً لنص المادة 35 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي السالف الذكر : «تكون قرارات لجنة العجز الولائية المؤهلة قابلة للطعن أمام الجهات القضائية المختصة في أجل ثلاثين (30) يوماً ابتداء من تاريخ استلام تبليغ القرار».[1]

تجدر الإشارة إلى أن المشرع الجزائري في القانون الجديد قد حدد لنا مهلة الطعن بثلاثين (30) يوما تحسب ابتداء من تاريخ استلام تبليغ القرار، وأبقى على عبارة "أمام الجهات القضائية المختصة" ولم يضف أي جديد من هذه الناحية.

ولتفادي أي إشكال قد أكد المشرع صراحة أنه يجب على المؤمَّن له بعدما يتم تبليغه بقرار لجنة العجز الولائية أن يقوم الطعن أمام المحكمة العليا خلال ثلاثين (30) يوما من تاريخ استلام التبليغ.

لقد خالفت المحكمة العليا مؤخراً في عدة قرارات هذا المبدأ وهذا ما نبينه في القرار رقم 566311 الصادر بتاريخ 7 جانفي 2010 الذي جاء فيه على أنّه : «حيث أن القرار المطعون فيه صدر عن لجنة العجز التابعة للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وكالة برج بوعريريج بتاريخ 2008/04/02 تحت ظل القانون الجديد رقم 08/08 المؤرخ في 2008/02/23 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي الذي ألغى القانون رقم 15/83 المؤرخ بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي الذي ألغى القانون 15/83 المؤرخ في 1983/07/02.

حيث أن الاجتهاد السابق للمحكمة في تفسيرها للمادة 37 من القانون رقم 15/83 السالف الذكر قد قصد المشرع بالجهات القضائية المختصة التي تفصل في الطعن في قرارات لجان العجز الولائية هو الطعن بالنقض أمام المحكمة العليا، مؤسسة اجتهادها على أساس أن اللجنة الولائية للعجز يترأسها قاضي برتبة مستشار، واعتماداً على التغيير الذي جاء به المرسوم 73/09 الذي أعاد تشكيل هذه اللجنة بموجب نص المادة الثانية منه وأسند رئاستها لممثل الوالي، وعليه تكون قرارات اللجان الولائية بعد صدور القانون 08/08 السالف الذكر قابلة للطعن أمام الجهات القضائية المختصة في أجل ثلاثين (30) يوماُ ابتداء من تاريخ استلام تبليغ القرار.[2]

[1] أنظر المادة 35 من القانون رقم 08/08 يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[2] قرار المحكمة العليا الصادر بتاريخ 2010/01/07، تحت رقم 566311، الغرفة الاجتماعية بين (س.ك) وبين الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء، وكالة برج بوعريريج.

وفي الأخير نستخلص أن الاعتراضات على قرارات لجنة العجز الولائية تكون أمام المحكمة الابتدائية طبقاً لما سبق بيانه في قرار المحكمة العليا الصادر في 2010/01/07 السالف الذكر، الذي بين أن الجهة القضائية المختصة هي المحكمة الابتدائية في أجل ثلاثين (30) يوماً ابتداء من تاريخ استلام تبليغ قرار لجنة العجز الولائية المؤهلة.

ثالثا: الطبيعة القانونية للجنة العجز الولائية

لا تعتبر لجنة العجز الولائية المؤهلة جهة قضائية وهذا ما أكده القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي وكذا المرسوم التنفيذي رقم 73/09 الذي يحدد تشكيلة لجنة العجز الولائية المؤهلة، بحيث تم استبدال رئيس اللجنة من قاضي برتبة مستشار إلى عضو يعينه والي الولاية [1]، وتنحصر مهامها في أمور تقنية بحتة تتعلق بدراسة الحالة الصحية للمؤمَّن له وفي الطعون الموجهة لها المتعلقة بنتائج الخبرة في معظم الحالات منها حالة العجز وما ينتج عنها.[2]

وبالتالي فهي جهاز أوكل له المشرع مهمة تسوية المنازعات المتعلقة بحالات العجز سواء العجز الناتج عن حادث عمل أو مرض مهني أو ناتج عن مرض في إطار التأمينات الاجتماعية.

إضافة إلى أن لجنة العجز الولائية لا تتمتع بأساليب السلطة العامة فهي ليست جهة إدارية ولا تعتبر قراراتها قرارات إدارية ولا تبتغي من و رائها تحقيق مصلحة عامة.[3]

الفرع الثاني: دور القاضي الاجتماعي في الفصل في المنازعات الطبية المتعلقة بحالة العجز

إن الطعون ضد قرارات لجنة العجز الولائية المؤهلة يؤول اختصاصها إلى المحكمة العليا، لذلك فإن دور هذه الأخيرة محصورة في مراقبة تشكيل لجنة العجز الولائية المؤهلة تشكيلة صحيحة، مع ضرورة ذكر صفات أعضائها ومراقبة آجال الطعن أمام هذه اللجان والمقدرة بثلاثين (30) يوماً مع مراعاة مدى احترام لجنة العجز الولائية الاختصاصات المخولة لها في ميدان العجز.[4]

الأهم في كل هذا هو مراقبة تسبيب قرارات اللجنة الولائية، وعليه فإن المحكمة العليا لا تنظر في الطعن من حيث موضوع القرار المطعون فيه وإنما في سلامة وصحة تطبيق القانون.[5]

---

[1] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص177.

[2] ذراع القدول عثمان، مرجع سابق، ص54.

[3] عشايبو سميرة، مرجع سابق، ص111.

[4] نفس المرجع، ص112.

[5] سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص ص 180-181.

أولا: مراقبة مدى احترام الإجراءات الشكلية

إن مهمة القاضي الاجتماعي الفصل في المنازعات الطبية المتعلقة بحالة العجز هو السهر على حسن تطبيق القانون وهذا يشكل حماية قضائية لحقوق المؤمَّن له ويتجلى هذا الدور من خلال:

يجب على الوقائي التأكد من مراعاة الإجراءات الشكلية التي اشترطها القانون لهذا النوع من المنازعات بحيث يجب احترامها من قبل لجنة العجز.

يتمتع القاضي بسلطة واسعة بحيث يتفحص أوراق الملف المعروضة عليه من خلال بسط رقابته حول ما إذا تم تقديم الاعتراض أمام لجنة العجز الولائية أم لا، كذلك حول تشكيلة لجنة العجز وآجال اللجوء إلى القضاء، وما إذا كان هذا الطعن برسالة موصى عليها مع الإشعار بالاستلام أم بمجرد عريضة عادية، ففي هذه الحالة فإن القاضي حتماً سيرفض الدعوى شكلاً لعدم استيفاء الدعوى لهذا القيد الذي نص عليه المشرع.[1]

كما يجب على القاضي التأكد من أن المؤمَّن له قدم طعن أمام لجنة العجز قبل أي طعن أمام الجهات القضائية كون أن التسوية الداخلية هي الأصل وعدم احترامه يؤدي إلى رفض الدعوى شكلاً باعتبار أنه إجراء من النظام العام يثيره القاضي من تلقاء نفسه.[2]

ثانيا: مراقبة مدى تسبيب قرارات لجنة العجز الولائية

بعد عرض النزاع على القاضي وبعد قبوله الدعوى شكلاً، فإن القاضي يتحقق ويراقب مدى تسبيب قرارات لجنة العجز، فيمكن له أن يرفض الدعوى المرفوعة أمامه إذا لم تكن مبنية على أسانيد وحجج قانونية صحيحة فيرفضها لعدم التأسيس القانوني.[3]

[1] عشايبو سميرة، مرجع سابق، ص113.

[2] سماتي الطيب، التأمينات الاجتماعية، مرجع سابق، ص420.

[3] عشايبو سميرة، مرجع سابق، ص114.

إنّ عرض مختلف الجوانب القانونية والإجراءات التي تحكم وتنظم آليات تسوية المنازعات الطّبية في التشريع الجزائري ومختلف التعديلات التي طرأت عليها تسمح بالوقوف عند إرادة المشرّع الصريحة في جعل نظام التسوية الدّاخلية للمنازعات الطّبية في مجال الضمان الاجتماعي بصفة عامة هي الأصل قبل أي تفكير في اللجوء أمام القضاء، ذلك لتسهيل على المؤمن له أو ذوي الحقوق من تحصيل حقوقهم إلا أنّه في الواقع هذا النظام الذي جاء به المشرع في سنة 1983 لم يحقق الأهداف المرجوة والتي سطرت له من قبل واضعي القانون.

فالأمور زادت صعوبة وتعقيداً أكثر سواء خاصة من جانب المواعيد والسرعة في الفصل في المنازعات إلاّ أن الواقع اليومي أثبت عدم نجاعة ما تقوم به لجان الطعن المسبق، إذ لوحظ أنّ عدد كبير من لجان الطعن الولائية لا تفصل في الملفات المعروضة عليها إلا بعد مرور مدة طويلة جداً ممّا يؤدي إلى إرهاق المؤمن له ورب العمل.

إذ في كل مرة يأتي التعديل وتعلّق عليه آمال كبيرة عليه في تد ارك النقائص والفصل بجزم ودقة في المسائل العالقة، لكن الملاحظ أنه العكس تماماً، ولم يحدث تغيير على واقع المنازعات الطبيّة في مجال الضمان الاجتماعي.

وإن كان القانون الجديد رقم 08/08 المؤرخ في 23 فيفري 2008 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي جاء بتعديلات جوهرية ومميزة والمتمثلة في تقليص من آجال الطّعن وكذا من آجال الفصل في الطّعون المقدمة من طرف المؤمن له اجتماعياً أو ذوي الحقوق أمام لجان العجز الولائية.

معناه رغم كل المجهودات المبذولة لكن توجد نقائص وثغرات ونقاط لم يفصل فيها بصورة واضحة ودقيقة.

لذلك تبقى على المشرع مهمة كبيرة تكمن في إزالة كل الإشكالات والغموض العالقة بتشريع الضمان الاجتماعي.

وعلى ضوء ما سبق ذكره أن يراعي المشرع بعض التعديلات واتي نوردها كما يلي:

ـ مراجعة المادة 17 من القانون رقم 08/08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي بتقديم مفهوم دقيق وواضح للمنازعات الطبية وكذا حصر أهم موضوعاتها والمتمثل في: المنازعات الطبية هي كل خلاف يحدث بين المؤمن له اجتماعياً أو ذوي حقوقه وهيئات الضمان الاجتماعي واليت يكون موضوعها قرار رفض طبي صادر عن الطبيب المستشار يتعلق بالحالة الصحية للمؤمن له اجتماعياً، سواء كانت متعلقة بالعجز الناتج عن مرض أو حادث عمل أو مرض مهني أو كانت متعلقة بالولادة، أو

تحديد سبب الوفاة وكل أنواع العلاج، والوصفات الطبية التي تم رفضها من قبل الطبيب المستشار التابع لهيئات الضمان الاجتماعي، وكذا تلك المتعلقة بإجراءات ونتائج وآثار الخبرة الطبية" .

ـ مراجعة قائمة الأمراض المهنية بسبب ظهور أمراض مهنيّة جديدة غير واردة في القائمة التي لم تراجع منذ مدة طويلة ولذا يستحسن مراجعتها بغرض ضمان الحماية الكاملة للمؤمن له من الأخطار.

ـ إزالة الغموض القائم بشأن جواز الطعن أمام لجنة العجز فيما عدا استحالة إجراء الخبرة أو رفض هيئة الضمان الاجتماعي.

ـ تقليص آجال رفع الدعوى أمام القضاء.

ـ إسناد مهمة تبليغ سائر قرارات الضمان الاجتماعي إلى المعنيين بالأمر عن طريق محضر قضائي لتفادي الاحتجاج بعدم التبليغ في الوقت المحدد.

ـ ضرورة تحديد آجال تتماشى مع دينامكية تسير الهياكل المختصة بمعالجة طلبات إجراء الخبرة الطبية.

ـ توقيع جزاءات صارمة من جرّاء عدم احترام تلك الآجال.

ـ ضرورة إبرام اتفاقيات نموذجية بين هيئات الضمان الاجتماعي والأطباء الأخصائيين تحفيزا لهم مادياً على حسن تكفلهم بمهمة إجراء الخبرة الطبية بالتوازي مع توقيع جزاءات مادية تأديبية في حالة عدم تأدية واجبهم المهني على أحسن وجه.

وأخيراً يجب على المشرع الجزائري الاهتمام المتواصل والجدّي بموضوع المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي.

قائمة المراجع

أولاً: الكتب باللغة العربية

1 ـ الكتب:

1 ـ أحمية سليمان، آليات تسوية منازعات العمل والضمان الاجتماعي في القانون الجزائري، الطبعة الثالثة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2005.

2 ـ بن صاري ياسين، منازعات الضمان الاجتماعي، د.ط، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2004.

3 ـ حسين عبد اللّطيف حمدان، الضمان الاجتماعي: "أحكامه وتطبيقاته، دراسة تطبيقية شاملة"، ط 3: منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، 2002.

4 ـ حمودي عبد الرزاق، دليل الاجتهادات القضائية في القضايا الاجتماعية، ج 2، د.ط، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، د.ب.ن، 2012.

5 ـ خليفي عبد الرحمان، الوجيز في قانون العمل والضمان الاجتماعي، د.ط، دار العلوم للنشر والتوزيع، الجزائر، 2008.

6 ـ رشيد واضح، منازعات العمل الفردية والجمعية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر، د.ط، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2005.

7 ـ سماتي الطيب، المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي على ضوء القانون الجديد، د.ط، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2010.

8 ـ سماتي الطيب، حوادث العمل والأمراض المهنية، د.ط، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2013.

9 ـ سماتي الطيب، التأمينات الاجتماعية في مجال الضمان الاجتماعي، د.ط، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2014.

10 ـ سيد محمود رمضان، الوسيط في شرح قانون العمل وقانون الضمان الاجتماعي، د.ط، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2010.

11 ـ عجة الجيلالي، الوجيز في قانون العمل والحماية الاجتماعية: "النظرية العامة للقانون الاجتماعي في الجزائر"، د.ط، دار الخلدونية للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2005.

12 ـ محمد أحمد بيومي، التشريعات الاجتماعية، د.ط، دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2006.

13 ـ مسعود شيهوب "المبادئ العامة للمنازعات الإدارية: "نظرية الاختصاص"، ج 3، ط 4، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2007.

14 ـ مصطفى أحمد أبو عمرو، مبادئ قانون التأمينات الاجتماعية، د.ط، منشورات الحلبي الحقوقية، لبنان، 2010.

15 ـ نبيل صقر، فراح محمد الصالح، تشريعات العمل نصاً وتطبيقاً، د.ط، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2009.

16 ـ هيام ملاط، الضمان الاجتماعي والتأمينات الاجتماعية في لبنان والشرق الأوسط، د.ط، منشورات الحلبي الحقوقية، لبنان، 1999.

2 ـ الرسائل والمذكرات الجامعية:

أ ـ الرسائل:

1 ـ درار عياش، تفعيل نظام التأمين الاجتماعي وإمكانية تكييفه مع متطلبات الشريعة الإسلامية، الرسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، فرع تسيير المنظمات، جامعة بومرداس، 2011 ـ 2012.

2 ـ زراة صالحي الواسعة، المخاطر المضمونة في قانون التأمينات الاجتماعية "دراسة مقارنة بين القانون الجزائري والقانون المصري"، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الدولة في القانون الخاص، جامعة منتوري قسنطينة، 2006 ـ 2007.

ب ـ المذكرات الجامعية:

1 ـ أميمة صقر المغني، واقع إجراءات الأمن والسلامة المهنية المستخدمة في منشآت قطاع الصناعات التحويلية في قطاع غزة، قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير لإدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية غزة، 2001.

2 ـ بن صر عبد السلام، النظام القانوني لتعويض حوادث العمل والأمراض المهنية في التشريع الجزائري، رسالة ماجستير، فرع عقود ومسؤولية، جامعة الجزائر، 2000 ـ 2001.

3 ـ بن محمد إبراهيم، آليات تسوية المنازعات العامة في مجال الضمان الاجتماعي طبقا للقانون 08/08، مذكرة تخرج لنيل إجازة المدرسة العليا للقضاء، الدفعة الثامنة عشر، الجزائر، 2007 ـ 2010.

4 ـ بن محمد عبد الله، تسوية منازعات الضمان الاجتماعي، مذكرة تخرج لنيل إجازة المدرسة العليا للقضاء، الدفعة الخامسة عشر، 2004 ـ 2007.

5 ـ بورجو وسيلة، دور الخطأ في التعويض عن حوادث العمل، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون الخاص، فرع عقود ومسؤولية، الجزائر، 2012 ـ 2013.

6 ـ حرشاوي صبرينة نبيلة، المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي طبقا للتشريع الجزائري، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الحقوق، فرع عقود ومسؤولية، جامعة الجزائر، 2001 ـ 2002.

7 ـ دوباخ قويدر، دراسة مدى مساهمة الأمن الصناعي في الوقاية من إصابات حوادث العمل والأمراض المهنية، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، تخصص السلوك التنظيمي وتسيير الموارد البشرية، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة، 2008 ـ 2009.

8 ـ ذراع القندول عثمان، منازعات الضمان الاجتماعي، ودور القاضي فيها، مذكرة تخرج لنيل جائزة المدرس العليا للقضاء، الدفعة الخامسة عشر، الجزائر، 2007.

9 ـ عباشي كريمة، الضرر في المجال الطبي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون، فرع قانون المسؤولية المهنية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، 2011.

10 ـ عشايبو سميرة، تسوية المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون، فرع قانون التنمية الوطنية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري تيزي وزو، 2012.

11 ـ عوسات تكليت، طرق التحصيل الجبرية والمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي للعمال غير الأجراء، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون، فرع إدارة ومالية، الجزائر، 2009 ـ 2010.

12 ـ فرشان فتيحه، نظام التأمين عن حوادث العمل والأمراض المهنية والوقاية منها في القانون الجزائري، مذكرة للحصول على شهادة ماجستير، فرع قانون المؤسسات، مذكرة للحصول على شهادة ماجستير، فرع قانون المؤسسات، الجزائر، 2012 ـ 2013.

13 ـ قالية فيروز، الحماية القانونية للعامل من الأخطار المهنية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون، فروع قانون المسؤولية المهنية، جامعة مولود معمري ـ تيزي وزو، 2012.

14 ـ كشيدة باديس، المخاطر المضمونة وآليات فض المنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، بحث مقدم لنيل شهادة الماجستير في العلوم القانونية، تخصص قانون الأعمال، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2009 ـ 2010.

15 ـ كولا محمد، النظام القانوني لمنازعات الضمان الاجتماعي، مذكرة التخرج لنيل إجازة المدرسة العليا للقضاء، الدفعة الرابعة عشر، قسنطينة، 2003 ـ 2006.

16 ـ منار حلمي عبد الله، أحكام تعويض إصابات العمل في ظل القانون العمل الفلسطيني رقم 7 لسنة 2000، قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في تخصص القانون الخاص، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية بفلسطين، 2008.

17 ـ يحياوي فطيمة، التعويض عن حوادث العمل والأمراض المهنية، مذكرة التخرج لنيل شهادة المدرسة العليا للقضاء، الدفعة السابعة عشر، الجزائر، 2006 ـ2009 .

3 ــ المقالات:

1 ـ ذيب عبد السلام، المنازعات في الضمان الاجتماعي، المجلة القضائية، العدد 2، 1996عن قسم الوثائق للمحكمة العليا، 1998.

2 ـ سماتي الطيب، إجراءات اللجوء الى الخبرة الطبية في ضوء القانون الجديد 08/08، المجلة القضائية، عدد 11، 2009.

3 ـ سماتي الطيب، تسوية المنازعات الطبية عن طريق الاعتراض أمام لجنة العجز الولائية المؤهلة على ضوء القانون الجديد 08/08، المجلة القضائية، عدد 11، 2010 .

4 ــ المداخلات:

1 ـ زيرمي نعيمة، الحماية الاجتماعية بين المفهوم والمخاطر والتطور في الجزائر، الملتقى الدولي السابع: "الصناعة التأمينية، الواقع العملي وأفاق التطور"، جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، يومي 3 ـ 4 ديسمبر 2012.

2 ـ محمد زرقون، الحاج عرابة، التسيير التنبؤي لحوادث العمل في المؤسسات الاقتصادية الجزائرية: "دراسة حالة مجمع المؤسسة الوطنية للخدمات"، الملتقى الوطني الثاني حول تسيير الموارد البشرية:

التسيير التقدير للموارد البشرية ومخطط الحفاظ على مناصب العمل بالمؤسسات الجزائرية، جامعة محمد خضير، بسكرة، يومي 27 ـ 28 فيفري 2013.

5 ــ النصوص القانونية:

أ ــ الدستور:

ـ دستور 28 نوفمبر 1996، الصادر بموجب المرسوم الرئاسي المؤرخ في 1996/12/7، ج.ر.ع 76، الصادر في 28 ديسمبر 1996، معدل ومتمم.

ب ــ النصوص التشريعية:

ـ قانون رقم 83،11، مؤرخ في 1983/07/02، يتعلق بالتأمينات الاجتماعية، جريدة رسمية عدد 28، المعدل بموجب الأمر رقم 96 ـ 17 المؤرخ في 1996/07/06، ج.ر.ع عدد 42.

ـ قانون رقم 13/83، مؤرخ في 1983/07/02، يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، ج.ر.ع 28، المعدل بموجب الأمر رقم 1996، المؤرخ في 1996/07/02، ج.ر.ع 42.

ـ قانون رقم 15/83، مؤرخ في 1983/07/02، يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، ج.ر.ع 28، الصادر بتاريخ 1983/07/05.

ـ قانون رقم 10/99، مؤرخ في 11 نوفمبر 1999، يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، ج.ر.ع 80، المؤرخ في 1999، المعدل للقانون رقم 15/83 جريدة رسمية عدد 28، الصادر بتاريخ 1983/07/05.

ـ قانون رقم 08/08، مؤرخ في 2008/02/23، يتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، ج.ر.ع 11، الصادر بتاريخ 2008/02/23.

ـ قانون رقم 09/08، مؤرخ في 2008/02/25، يتضمن قانون الإجراءات المدنية والإدارية، ج.ر.ع 21، المعدل والمتمم للأمر رقم 154/66، مؤرخ في 1996/07/08.

جـ ـ النصوص التنظيمية:

ـ المرسوم رقم 27/84 المؤرخ في 1984/02/11 الذي يحدد كيفيات تطبيق العنوان الثاني من القانون رقم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.

ـ المرسوم رقم 28/84 المؤرخ في 1984/02/11 الذي يحدد كيفيات تطبيق العناوين الثالث والرابع والثامن ، القانون رقم 13/83 المؤرخ في 2 جويلية 1983 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية.

ـ المرسوم التنفيذي رقم 296/92 المؤرخ في 1992/07/20، المتضمن مدونة أخلاقيات الطب.

ـ المرسوم التنفيذي رقم 171/05، مؤرخ في 2005/05/07 الذي يحدد شروط سير المراقبة الطبية للمؤمن لهم اجتماعياً.

ـ المرسوم التنفيذي رقم 09 ـ 73 المؤرخ في 2009/02/7 الذي يحدد تشكيلة لجنة العجز الولائية المؤهلة في مجال الضمان الاجتماعي وتنظيمها وسيرها.

6 ـ الاجتهاد القضائي:

قرار المحكمة العليا الصادر بتاريخ 2010/01/07، تحت رقم 6311 56 ، الغرفة الاجتماعية، بين (س،ك) وصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء ووكالة برج برج بوعرريج.

ثانيا: الكتب باللغة الفرنسية:

1 – BELLOUL Tayeb, la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, édition Dahlab, Alger, 1993.

2 – HANNOUZ Mourad, KHADHIR Mohemed, précis de sécurité sociale à l'usage des professions de la santé et ses assurés sociaux OPU, Alger, 1996.

3 – J JAQUES du PEYROUX, droit de la sécurité sociale, précis Dalloz, 12ème édition, 2008.

4 – JEAN Pierre CHAUCHARD, droit de la sécurité sociale LGDJ, 5ème édition, Paris, 2010.

الفهــرس

مقدمة

الفصل الأول: ماهية المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي 10

المبحث الأول: مفهوم المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي..... 11

المطلب الأول: تعريف المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي..... 11

المطلب الثاني: أنواع المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي..... 13

الفرع الأول: المنازعات الطبية المرتبطة أساسا بالحالة الصحي

للمؤمن له اجتماعيا..... 13

الفرع الثاني: المنازعات الطبية التي تقتض اللجوء إلى الطبيب

المعالج كمرحلة أولى لوصف الحالة الصحية للمؤمن له اجتماعيا..... 14

الفرع الثالث: المنازعات الطبية المرتبطة بإجراء المراقبة الطبية..... 15

الفرع الرابع: المنازعات الطبية التي تحتاج تسويتها الاستعانة

بأهل الخبرة وذوي الاختصاص..... 16

المبحث الثاني: نطاق تطبيق موضوع المنازعات الطبية في مجال الضمان

الاجتماعي 17

المطلب الأول: المنازعات الطبية المتعلقة بالعطلة المرضية وعطلة الأمومة..... 17

الفرع الأول: المنازعات الطبية المتعلقة بالعطلة المرضية..... 17

الفرع الثاني: المنازعات الطبية المتعلقة بعطلة الأمومة (الولادة)..... 23

المطلب الثاني: المنازعات الطبية المتعلقة بحوادث العمل والأمراض المهنية..... 25

الفرع الأول: المنازعات الطبية المتعلقة بحادث عمل..... 26

الفرع الثاني: المنازعات الطبية المتعلقة بالأمراض المهنية..... 35

الفرع الثالث : المنازعات الطبية المتعلقة بالعجز الناتج عن المرض..... 36

الفصل الثاني: آليات تسوية المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي..... 40

المبحث الأول: التسوية الداخلية للمنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي..... 41

المطلب الأول: تسوية المنازعات الطبية عن طريق اللجوء للخبرة الطبية..... 41

الفرع الأول تكليف هيئة الضمان الاجتماعي بإجراء الخربة الطبية..... 42

الفرع الثاني: سير إجراءات الخبرة الطبية..... 43

الفرع الثالث: نتائج الخبرة الطبية..... 48

الفرع الرابع : طبيعة اللجوء للخبرة الطبية..... 50

المطلب الثاني: تسوية المنازعات الطبية عن طريق الاعتراض أمام لجنة

العجز الولائية المؤهلة..... 51

الفرع الأول: تشكيلة لجنة العجز الولائية المؤهلة..... 52

الفرع الثاني: اختصاصات لجنة العجز الولائية والتدابير التي تتخذها..... 55

الفرع الثالث: قرارات اللجنة الولائية للعجز..... 58

المبحث الثاني: التسوية القضائية للمنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي..... 61

المطلب الأول: التسوية القضائية المتعلقة بالخبرة الطبية 61

الفرع الأول: عرض النزاع المتعلق بإجراءات الخبرة الطبية

للمحكمة الاجتماعية..... 61

الفرع الثاني: دور القاضي الاجتماعي في الفصل في المنازعات

المتعلقة بإجراء الخبرة الطبية..... 68

المطلب الثاني: التسوية القضائية المتعلقة بحالات العجز..... 71

الفرع الأول: عرض النزاعات الطبية المتعلقة بحالات العجز

على الجهات القضائية المختصة..... 71

الفرع الثاني: دور القاضي الاجتماعي في الفصل في المنازعات

الطبية المتعلقة بحالات العجز 74

خاتمة..... 77

قائمة المراجع..... 80

الفهرس..... 87

بسم الله الرحمان الرحيم

﴿ يَرْفَعِ اللهُ الذِينَّ آمَنُوا مِنْكُمْ والذِينَّ أُتُوا العِلْمَ دَرَجَاتٍ ﴾

المجادلة: 11

الفصـل الثانـي

آليات تسوية المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي

الفصل الأول

ماهية المنازعات الطبية في مجال الضمان الاجتماعي

خاتـــــــــمة

مقدمـــــــــة

قائمـــة المراجـــع

الفهـــــرس