

**قرار اللجنة الشعبية العامة (سابقا)
رقم (94) لسنة 1425 م
بشأن لائحة تقدير العجز**

قرار اللجنة الشعبية العامة (سابقا)
رقم (94) لسنة 1425 ميلادية
بإصدار لائحة تقدير العجز

اللجنة الشعبية العامة:

بعد الإطلاع على القانون رقم (1) لسنة 1425 ميلادية بشأن نظام عمل المؤتمرات الشعبية واللجان الشعبية.

وعلى القانون رقم (55) لسنة 1976 إفرنجي بإصدار قانون الخدمة المدنية.

وعلى القانون رقم (13) لسنة 1980 إفرنجي بشأن الضمان الاجتماعي.

وعلى القانون رقم (16) لسنة 1985 إفرنجي بشأن المعاش الأساسي.

وعلى القانون رقم (13) لسنة 1991 إفرنجي بشأن تقرير بعض الأحكام الخاصة بالضمان الاجتماعي.

وعلى لائحة تقدير العجز الصادرة بقرار اللجنة الشعبية العامة رقم (1309) لسنة 1981 إفرنجي.

وعلى قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (1190) لسنة 1990 إفرنجي بشأن تنظيم صندوق الضمان الاجتماعي.

وعلى قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (287) لسنة 1423 ميلادية بشأن تنظيم الجهاز الإداري للجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي وتعديلاته.

وبناءً على ما عرضه أمين اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي بكتابه رقم (ل.ش.ع / 5 / 1037) المؤرخ في 24 / 2 / 1425 ميلادية.

قررت

مادة (1)

يعمل بأحكام اللائحة المرافقة بشأن تقدير العجز تنفيذاً لأحكام قانون الضمان الاجتماعي رقم (13) لسنة 1980 إفرنجي وقانون المعاش الأساسي رقم (16) لسنة 1985 إفرنجي.

مادة (2)

تصدر قرارات من لجنة إدارة صندوق الضمان الاجتماعي بشأن الأنظمة التفصيلية وتعليمات العمل ووضع النماذج اللازمة لتنفيذ أحكام هذه اللائحة.

مادة (3)

يلغى قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (1309) لسنة 1981 إفرنجي بشأن لائحة تقدير العجز، كما يلغى كل حكم آخر يخالف أحكام هذه اللائحة.

مادة (4)

يعمل بهذا القرار من تاريخ صدوره، وينشر في الجريدة الرسمية.

صدر في 13 ذي القعدة، الموافق 2 من شهر الطير 1425 ميلادية.

اللجنة الشعبية العامة

لائحة تقرير العجز
الصادرة بقرار اللجنة الشعبية العامة
رقم (94) لسنة 1425 ميلادية
مادة (1)

1. تعريفات:

(أ) العجز الصحي:

هو الذي يطرأ على صحة المضمون فيفقد القدرة على العمل والإنتاج والكسب بصورة مؤقتة أو دائمة سواء كان سبب العجز مرضاً من أمراض المهنة أو مرضاً من الأمراض المزمنة أو مرضاً عادياً وسواء كان العجز كاملاً أو جزئياً.

(ب) تقدير العجز:

هو التحقق والتأكد من العجز الصحي وتقدير درجته وفقاً للنظم المعمول بها وبمراعاة جداول تحديد نسب العجز المقررة.

(ج) اللجان الطبية لتقدير العجز:

هي لجان طبية وفنية متخصصة تتولى التحقق والتأكد من ثبوت العجز الصحي وتقدير درجته من خلال فحص المضمون طبياً و الإطلاع على الملفات والتقارير الطبية والفنية المعروضة، و تتكون وفقاً لما يلي:

1) لجان طبية ابتدائية على مستوى مكاتب فروع الصندوق.

2) لجان طبية عامة على مستوى فروع الصندوق.

3) لجان طبية عليا على مستوى الصندوق.

وفي تحديد معاني الألفاظ الواردة بهذه اللائحة يرجع إلى التعاريف الواردة بالقانون.

2- نطاق السريان:

تسري أحكام هذه اللائحة بشأن التحقق من العجز الصحي وتقدير

درجته على جميع حالات العجز التي تصيب المشتركين في الضمان

الاجتماعي سواء كان سببه إصابة عمل أو مرض مهمة أو حادثة عادية أو مرضا عاديا أو مزمنًا، وكذلك على حالات استحقاق المعاش الأساسي.

الباب الأول

تشكيل اللجان الطبية لتقدير العجز

واختصاصاتها

مادة (2)

اللجان الطبية الابتدائية:

تكون في كل مكتب من مكاتب فروع الصندوق لجنة طبية ابتدائية لتقدير العجز تختص بإثبات العجز وتقدير درجته في نطاق اختصاص المكتب، وتشكل هذه اللجان من أربعة أطباء من العاملين بالصندوق أو من خارجه ورئيس وحدة المنافع النقدية بالمكتب، ويصدر قرار التشكيل عن مدير الفرع الذي يقع المكتب في دائرة اختصاصه.

على أنه يجوز _ عند الاقتضاء _ إسناد الاختصاص بإثبات العجز وتقديره في مكتب أو أكثر إلى إحدى لجان تقدير العجز الابتدائية، كما يجوز الاستعانة في تشكيل لجنة تقدير العجز في أحد المكاتب بأعضاء لجان تقدير العجز المختصة في مكتب آخر، ويجوز لأية لجنة طبية ابتدائية لتقدير العجز الاستعانة بأحد الأطباء أو الفنيين من ذوي التخصص والخبرة من غير أعضائها متى اقتضت ذلك حالة العجز المعروضة على ألا يكون له صوت معدود عند اتخاذ القرار.

كما يجوز تحديد اختصاص بعض اللجان الطبية الابتدائية على مستوى نوعي متخصص بحيث تقتصر كل لجنة على نظر حالات عجز من نوع وطبيعة معينة.

مادة (3)

اللجان الطبية العامة:

تكون في كل فرع من فروع الصندوق لجنة طبية عامة لتقدير العجز يشمل نطاق اختصاصها حدود الفرع، وتتشكل هذه اللجان من أربعة أطباء من العاملين بالصندوق أو من خارجه ومن رئيس قسم المنافع النقدية بالفرع، على ألا يقل عدد

الأطباء الأخصائيين عن اثنين لا تقل خبرة كل منهم عن ثلاث سنوات في مجال التخصص ولا تقل خبرة الممارس العام باللجنة عن ست سنوات. ويصدر قرار تشكيل كل لجنة عن أمين لجنة إدارة الصندوق بناء علي عرض مدير الفرع المختص بعد التنسيق مع الإدارة المختصة بالصندوق. ويجوز _ عند الاقتضاء _ إسناد الاختصاص بإثبات العجز وتقديره في فرع معين إلى اللجنة الطبية العامة في فرع آخر، كما يجوز الاستعانة في تشكيل اللجنة العامة في أحد الفرع بأعضاء لجنة طبية عامة في فرع آخر، ويجوز لرؤساء أو مقرري أو أعضاء اللجان الابتدائية أو الأخصائيين أو الفنيين حضور اجتماعات اللجان الطبية العامة إذا اقتضت ذلك ظروف أية حالة طبية معروضة على ألا يكون لهم صوت معدود عند اتخاذ القرار.

مادة (4)

اللجان الطبية العليا:

تكون بصندوق الضمان الاجتماعي لجنة طبية عليا أو أكثر يحدد نطاق اختصاص كل منها ضمن القرار الصادر بتشكيلها، وتشكل هذه اللجنة من أربعة أطباء أخصائيين لا تقل خبرة كل منهم عن ست سنوات ورئيس قسم المعاشات أو أحد موظفي إدارة المنافع النقدية الضمانية بالصندوق، ويصدر قرار تشكيل هذه اللجنة عن أمين لجنة إدارة الصندوق بناء على عرض من مدير إدارة المنافع النقدية بالصندوق، ويجوز عند الاقتضاء حضور رؤساء أو مقرري أو أعضاء اللجنة الطبية العامة في الفروع أو الابتدائية في المكاتب أو أي أخصائي أو فني اجتماعات اللجنة الطبية العليا إذا اقتضت ذلك ظروف أية حالة طبية معروضة على ألا يكون لهم صوت معدود عند اتخاذ القرار.

مادة (5)

رؤساء اللجان وأمناء السر:

1- يتضمن القرار الذي يصدر بتشكيل كل لجنة من لجان تقدير العجز الابتدائية بمكاتب الصندوق واللجان الطبية العامة بفروع الصندوق واللجان الطبية العليا

- بالصندوق، رئيساً ومقرراً للجنة من بين أعضائها الأطباء، على أن تراعى في اختياره لرئاسة اللجنة الخبرة الطبية اللازمة.
- 2- كما يعين قرار تشكيل كل لجنة أمين سر للجنة من غير أعضائها، ويتولى أمين السر الأعمال الإدارية والكتابية اللازمة للجنة ويقوم بتنفيذ تعليماتها وتبليغ قراراتها وذلك على الوجه المبين بأحكام هذه اللائحة.
- 3- يراعى في جميع الأحوال ألا يكون رؤساء اللجان أو أعضاؤها رؤساء أو أعضاء في الوقت ذاته في أية لجنة من اللجان الطبية الأخرى المشار إليها في هذه اللائحة.

مادة (6)

التنسيق مع جهات عمل الأطباء الأعضاء:

- على جهات عمل الأطباء الأعضاء باللجان الطبية التعاون والتنسيق مع صندوق الضمان الاجتماعي وفروعه فيما يتعلق بالأمور الآتية: -
- أ) اختيار الأخصائيين والأطباء الذين يكلفون بالعمل في اللجان الطبية.
- ب) استفادة اللجان الطبية لتقدير العجز من خدمات المستشفيات بما في ذلك أجهزة التشخيص والمعامل، والاستعانة بالأخصائيين والأطباء من غير أعضائها.
- ج) التنسيق بين أعمال اللجان وبين واجبات الأطباء في أعمالهم الأصلية.

مادة (7)

إختصاصات اللجان الطبية:

- 1- تختص اللجان الطبية لتقدير العجز بصندوق الضمان الاجتماعي دون غيرها بالتحقق من حصول العجز وثبوته وبتقدير درجته سواء كان العجز كلياً أو جزئياً لأغراض تنفيذ أحكام قانون الضمان الاجتماعي واللوائح والأنظمة السارية بمقتضاه وقانون المعاش الأساسي ولائحته التنفيذية، وذلك في الحالات الآتية:
- أ) العجز الصحي الكلى أو الجزئي الناشئ عن إصابة عمل أو مرض مهنة وذلك بقصد تطبيق أحكام قانون الضمان الاجتماعي واللوائح والقرارات الصادرة بمقتضاه.
- ب) العجز الصحي الكلى الناشئ عن غير إصابة عمل أو مرض مهنة وذلك بقصد تطبيق أحكام قانون الضمان الاجتماعي واللوائح والقرارات الصادرة بمقتضاه.

ج) العجز الصحي الكلي للأبناء أو الأزواج أو الإخوة كشرط من شروط استحقاق أي منهم لنصيب من المعاش في حالة وفاة المشترك أو وفاة صاحب المعاش أو كشرط لاستمرار استحقاقه لذلك النصيب وفقا لأحكام قانون الضمان الاجتماعي واللوائح المنفذة له.

د) العجز الصحي كشرط من شروط استحقاق المعاش الأساسي عملا بأحكام قانون المعاش الأساسي ولائحته التنفيذية.

هـ) الحالات الأخرى التي يتطلب فيها الأمر إثبات العجز الصحي أو تقدير درجته تنفيذًا لأحكام قانون الضمان الاجتماعي واللوائح الصادرة بمقتضاه وقانون المعاش الأساسي ولائحته التنفيذية.

مادة (8)

اختصاصات لجان تقدير العجز الابتدائية:

تختص لجان تقدير العجز الابتدائية بما يلي:-

- 1- النظر في حالات تقدير العجز الصحي وتحديد نسبته.
- 2- إصدار قرارات إثبات العجز الجزئي لحالات إصابة العمل أو مرض المهنة.
- 3- النظر في الحالات الخاصة بالمعاش الأساسي بسبب العجز الصحي على أن تحيل قرارها إلى اللجنة الطبية العامة لاعتماده في حالة حصوله على نسبة عجز تبلغ 50% خمسون بالمائة فأكثر.
- 4- إجراء الكشف الطبي الابتدائي والدوري على النحو الذي يصدر بتحديد قرار من لجنة إدارة الصندوق.
- 5- اعتماد الإجازات المرضية التي تزيد مدتها على شهر متصل أو ثلاثة أشهر منفصلة خلال السنة الواحدة.
- 6- تمديد مدة الإجازات المرضية لأي مضمون مشترك مني تطلبت حالته الصحية ذلك لمدة أقصاها ستة أشهر متصلة وعلى فترات خلال السنة الواحدة وذلك قبل إحالته إلى اللجنة الطبية العامة.

مادة (9)

اختصاصات اللجنة الطبية العامة:

- 1- النظر في التظلمات والاعتراضات ضد القرارات التي تصدر من لجان تقدير العجز الابتدائية سواء كان ذلك بناء على تظلم من ذوي الشأن أو اعتراض فروع الصندوق.
- 2- البت في حالات العجز الكلي لإصابة العمل وأمراض المهنة والعجز الكلي لغير إصابة العمل والمعاش الأساسي بسبب العجز الصحي.
- 3- تمديد الإجازات المرضية لسنة ميلادية كاملة.
- 4- (أ) النظر في حالات المعاش الأساسي بسبب العجز الصحي التي قدرت اللجان الابتدائية نسبة عجزها 50% خمسين بالمائة فأكثر.
- (ب) النظر في التظلمات والاعتراضات المقدمة من ذوي الشأن على القرارات التي تصدرها اللجان الابتدائية بالنسبة لحالات العجز الصحي الخاصة بالمعاش الأساسي التي تقل نسبتها عن 50% خمسين بالمائة.

مادة (10)

اختصاصات اللجنة الطبية العليا:

- 1- مراجعة قرارات اللجان الطبية العامة بفروع صندوق الضمان الاجتماعي وإعادة فحص أية حالة إذا تبين للصندوق أن هناك مبررات وأسباباً تدعو لذلك.
- 2- عرض وفحص الحالات المحالة من الإدارة المختصة بصندوق الضمان الاجتماعي وفروعه إذا تأكدت أن هناك تجاوزاً من اللجان الطبية العامة المختصة لنسب العجز المقررة.
- 3- المتابعة والتقييم لأعمال اللجان الطبية لتقدير العجز.

مادة (11)

قرارات اللجان الطبية:

- تكون قرارات اللجان الطبية ملزمة لذوي الشأن ولجهات عملهم ولصندوق الضمان الاجتماعي وفروعه من تاريخ صدورها على النحو التالي:

أ) إذا كانت صادرة من اللجنة الطبية العليا أو اللجنة الطبية العامة بنفي العجز أو بإثبات حصوله وتقدير درجته.

ب) إذا كانت صادرة من اللجنة الطبية الابتدائية لتقدير العجز بالمكاتب بشأن عجز جزئي ولم يقدم بشأنها تظلم أو اعتراض أمام اللجنة الطبية العامة وذلك مراعاة حكم الفقرة التالية:

ج) لا تجوز المنازعة _ من جانب ذوي الشأن وأمام لجان المنازعات الضمانية في قرارات اللجان الطبية المذكورة بالفقرتين (أ و ب) من هذه المادة إلا بسبب مخالفة هذه القرارات للقواعد والإجراءات القانونية المنصوص عليها في هذه اللائحة، أو مجاوزتها للحدود المقررة في الجداول المرفقة علي نحو مخالفة لأحكام هذه اللائحة، وتعرض المنازعة في هذه الحالة علي اللجنة المشكلة بمقتضى المادة (44) من قانون الضمان الاجتماعي، فإذا قبلت هذه اللجنة المنازعة أعادت الموضوع إلى اللجنة الطبية المختصة لتتولى إثبات العجز أو تقدير درجته في ضوء ما قرره لجنة المنازعات.

وفي جميع الأحوال يجب أن يكون الطعن في قرارات اللجان الطبية العامة أو العليا أمام لجان المنازعات الضمانية خلال مدة لا تتجاوز ستين يوماً من تاريخ استلام القرار .

الباب الثاني

ضوابط تقدير العجز

مادة (12)

العجز الدائم و العجز المؤقت:

1- يكون العجز دائماً إذا كان المرض مستمراً أو مزمناً لأكثر من سنة ميلادية وتعذر شفاؤه.

2- ويكون العجز مؤقتاً إذا كان المرض أو الإصابة قابلاً للشفاء ويمكن للمريض أو المصاب مزولة عمله بعد شفاؤه.

مادة (13)

العجز الكلي:

- 1- يكون العجز كلياً إذا كان يعوق صاحبه بصفة دائمة وكلية عن أداء أي عمل بمقابل.
- 2- يعتبر عجزاً كلياً _ كذلك _ كل عجز دائم ينقص قدرة صاحبه علي أداء العمل بنسبة 60% ستين بالمائة أو أكثر.
- 3- يعتبر من حالات العجز الكلي المرض المزمن أو المستديم الذي يستمر لمدة سنة أو أكثر.
- 4- لا يجوز إثبات العجز الكلي للمضمون المشترك بسبب إصابة العمل أو لغير إصابة العمل إلا بعد استنفاده الإجازات المرضية المنصوص عليها في المادة (27) من هذه اللائحة.
- 5- العاجزون صحياً الذين يستحقون المعاش الأساسي تراعي بشأنهم اللائحة التنفيذية لقانون المعاش الأساسي.

مادة (14)

العجز الجزئي بسبب إصابة العمل أو مرض المهنة:

- يكون العجز جزئياً إذا ترتب عليه فقد المقدرة على العمل والكسب بنسبة عجز اقل من 60% ستين بالمائة وذلك بمراعاة أحكام لائحة المعاش الأساسي.

مادة (15)

قواعد تحديد درجة العجز:

- تحدد نسبة العجز في جميع الأحوال بدرجة فقد القدرة على العمل والكسب، ولتحديد درجة فقد القدرة على العمل والكسب يجب مراعاة العوامل الآتية:
- 1- تحديد العضو أو الجزء المصاب أو المريض من الجسد ومدى ما لحقه من فقد أو إصابة أو ضعف أو عجز بسبب الحادث أو المرض أو الإصابة، وما إذا كانت به حالة مرضية سابقة وتقدير أثر العجز الجسماني على قدرة الشخص على العمل وبالتالي على المرتب أو الدخل أو الأجر الذي كان يمكن أن يتقاضاه لو كان سليماً.

- 2- نوع العمل أو الخدمة أو المهنة أو الحرفة التي يقوم بها الشخص لكسب عيشه قبل إصابته أو مرضه، ومدى أهمية العضو أو الجزء المصاب أو المفقود أو المريض لطبيعة عمل هذه المهنة أو الحرفة أو العمل أو الخدمة، ومدى تأثير العجز علي كفاءة هذا العضو أو الجزء من الجسم.
- 3- مدى إمكانية قيام الشخص بأي عمل آخر يكسب منه عيشه _ رغم الإصابة أو المرض أو الفقد على أن يكون عملاً يتناسب مع سنة وحالته الصحية وجنسه ومؤهلاته وخبراته.

مادة (16)

النسبة المئوية:

مع مراعاة أحكام المادة السابقة تقدر اللجان الطبية العجز بنسبة مئوية، ولا يعدت بأية نسبة مئوية لتقدير العجز تعطي في التقارير الطبية أو أي تقرير طبي يوصي أو يقرر بعدم اللياقة الصحية لأي مضمون، وتراعي اللجنة في شأن تقدير العجز القواعد والإجراءات الوارد بيانها في هذه اللائحة.

مادة (17)

الجدول المرفقة:

إذا كانت حالة العجز من الحالات الوارد بيانها في الجداول المرفقة لهذه اللائحة فعلى اللجنة أن تحدد درجة العجز بنسبة مئوية على النحو المبين بهذه الجداول والقواعد العامة المرفقة بها ، فإذا ، فإذا كان بالجدول حدان أدنى و أعلى فتحدد درجة العجز بنسبة مئوية لا تقل عن الحد الأدنى المبين بها ولا تزيد على الحد الأعلى ، وذلك مع عدم الإخلال بحكم المادة (22) من هذه اللائحة.

مادة (18)

الاختيار بين الحدين الأدنى والأعلى لدرجة العجز:

لاختيار درجة العجز المناسبة فيما بين الحدين الأدنى والأعلى المذكورين بالمادة السابقة تراعى اللجنة مدى جسامته الإصابة أو المرض والآثار الناتجة عنه وحالة المضمون وسنه وجنسه ونوع وطبيعة المهنة أو الحرفة أو العمل أو الخدمة التي كان يكسب عيشه منها ومدى علاقتها بالجزء أو العضو المصاب أو المفقود أو

المريض من الجسد ومدى الاعتماد في أداء العمل أو الخدمة على هذا الجزء أو العضو ومدى إمكانية توفير عمل آخر مناسب له.
ولا تحسب درجة العجز الناشئة عن إعاقة خلقية أو مكتسبة أو أي مرض آخر إذا كان المضمون المشترك قد دخل بها إلى العمل ما لم تنشأ أمراض أو مضاعفات أخرى زادت من درجة العجز إلى الحد الذي لا يمكن معه مزاوله أي مهنة.

مادة (19)

حالات الفقد العضوي أو وجود مضاعفات:

- 1- في حالة الفقد العضوي يجب قبل تقدير درجة العجز مراعاة أن تكون الجراحة قد التأمّت التّاماً كاملاً أو أن الحالة قد استقرت، أو بعد سنة من تاريخ الفقد إذا لم تنته معالجته ، كما يجب التحقق مما إذا كانت قد تخلفت عن الجراحة مضاعفات أو معوقات أثرت على نسبة العجز تبعاً لذلك.
- 2- في حالة وجود مضاعفات لحالة البتر يجب وصف الحالة المسببة للعجز والمضاعفات في قرار اللجنة كما تحدد درجات الإعاقة في كل حركة على تلك المفاصل بالنسبة إلى القواعد الطبيعية.
وفي حالة وجود مضاعفات حسية يجب تحديد مكانها ونوعها ومدى زيادة أو نقص المضاعفات الحسية بسببها.

مادة (20)

المصاب الأعسر:

إذا كان المصاب أعسراً فتقدر درجة عجزه الناشئة عن إصابات الطرف العلوي الأيسر بذات النسب المقررة لهذا العجز في الطرف الأيمن.

مادة (21)

عجز أحد الأعضاء:

إذا عجز عضو من أعضاء الجسم المبيّنة بالجدول المرفقة عجزاً كلياً مستديماً عن أداء وظيفة، أو أصيب عدة إصابات جزئية تفقده وظيفته، اعتبر ذلك العضو في حكم المفقود، مع مراعاة أحكام المادة (18) من هذه اللائحة.

مادة (22)

عجز له تأثير خاص:

إذا تبين للجنة الطبية الابتدائية أن العجز الناتج عن الإصابة أو المرض اثر تأثيراً خاصاً استثنائياً على قدرة المصاب أو المريض عن الكسب بسبب نوع العمل أو الخدمة أو المهنة أو الحرفة التي يؤديها هذا المصاب أو المريض بسبب عامل آخر أو أكثر من العناصر المذكورة بالمادة (15) من هذه اللائحة، فيجوز للجنة أن تقدر العجز بدرجة تزيد على الحد الأعلى المحدد بالجدول المرفقة على أن تحيل الملف كاملاً للجنة الطبية العامة لاتخاذ القرار النهائي، وعلى أن تبين في قرارها بالتفصيل والإيضاح الأسباب والعوامل التي أقامت عليها قرارها.

مادة (23)

حالة تعدد الإصابات:

إذا تعددت الإصابات فتحسب نسبة العجز بدرجة فقد المقدرة على العمل والإنتاج بسبب تلك الإصابات المتعددة.

مادة (24)

حالات العجز غير المذكورة بالجدول:

إذا لم تكن حالة العجز من الحالات الواردة بالجدول المرفقة فتقدر اللجنة نسبة العجز بحسب ما أصاب المشترك من فقد أو نقص في القدرة على العمل والكسب وذلك بمراعاة العناصر المشار إليها في المادة (15) من هذه اللائحة.

مادة (25)

الحاجة لخدمة شخص آخر:

إذا تبين للجنة الطبية المختصة _ عند تقديرها للعجز الكلي أن العاجز يحتاج بصفة مستمرة إلى خدمة شخص آخر له لفقد قدرته على خدمة نفسه نتيجة للعجز الكلي في الحالات التالية:

- أ) الشلل الرباعي ومن في حكمهم ممن لا يستطيعون الحركة.
- ب) فقد الإبصار وذلك بعد التحاق المضمون بعمله.

فعلى اللجنة أن تقدر الخدمة المذكورة ونوعها ومدى الحاجة إليها ونسبة الزيادة التي تقترحها في المعاش بما يتناسب مع هذه الخدمة، وذلك عملاً بحكم المادة (20) من قانون الضمان الاجتماعي وما ورد بلائحة معاشات الضمان الاجتماعي.

مادة (26)

الإبلاغ بانتهاء العلاج:

- 1- تراعي بشأن إبلاغ جهة العمل أو الخدمة بإصابة العمل أو بمرض المهنة وإبلاغ فرع صندوق الضمان الاجتماعي المختص _ الأحكام المقررة بهذا الشأن في لائحة معاشات الضمان الاجتماعي، كما تتبع أحكام اللائحة المذكورة بشأن إسعاف المصاب ونقله وعلاجه.
- 2- علي المصاب أو المريض أن يبلغ جهة العمل أو الخدمة بانتهاء علاجه مع وصف حالته وبيان بدايتها وتطورها ووسائل معالجتها والإجازات المرضية التي منحت له وحالته عند انتهاء العلاج.
- 3- يجب إرفاق الكشف الطبي الابتدائي والدوري مع ملف المريض أو المصاب عند عرضه على اللجنة الطبية.
- 4- يجب في حالات إصابة العمل أن يتم عرض المصاب على اللجنة الطبية في خلال سنة من تاريخ الإصابة وفي حالة زيادة المدة على سنة يجوز النظر فيها وفقاً للضوابط التي تحددها لجنة إدارة الصندوق.

مادة (27)

الإجازات المرضية:

- 1- تعتمد اللجنة الطبية الابتدائية الإجازات المرضية لأي مضمون وذلك إذا زادت على شهر متصل أو ثلاثة أشهر منفصلة خلال العام.
- 2- يجوز للجنة الطبية الابتدائية تمديد الإجازات المرضية لأي مضمون بحد أقصى قدره ستة أشهر، يحال بعدها المضمون للجنة الطبية العامة الإبداء الرأي النهائي.
- 3- يجوز للجنة الطبية العامة تمديد الإجازة المرضية حتى تكتمل سنة ميلاد كاملة، وتقرر بعدها مدى قدرة المضمون علي العمل من عدمه.

4- لا يجوز بأي حال من الأحوال اعتماد الإجازات المرضية التي مضت عليها سنة ميلادية كاملة من انتهائها إلا إذا ثبت لدى اللجنة الطبية العامة وجود عذر قاهر حال دون إبلاغها.

مادة (28)

طلب تقدير العجز:

- 1- عند انتهاء علاج المصاب أو المريض واستقرار حالته، وكذلك في حالة عجزه عن العودة إلى العمل أو الخدمة، تحيله جهة العمل أو الخدمة إلى اللجنة الطبية المختصة طالبة إثبات العجز وتقدير درجته إن وجد ويحرر هذا الطلب علي النموذج المعد لذلك.
- 2- تتبع اللجان الطبية سواء كانت لجانا طبية فرعية أو لجان طبية عامة أو لجنة طبية علي القواعد والإجراءات المقررة في المواد التالية للتثبت من وجود العجز وتقدير درجته.

مادة (29)

مستندات ملف المريض أو المصاب عند عرضه على اللجنة الطبية:

- على مقرر اللجنة الطبية أن يعد ملفا للمريض شاملاً للمستندات الآتية:
- 1- البيانات الشخصية المتعلقة بالمصاب أو المريض وهي:
الاسم السن الجنس محل الإقامة رقم التسجيل الضماني رقم البطاقة الشخصية الحالة الاجتماعية طبيعة العمل أو الخدمة الحالة الصحية العامة ، وذلك على النموذج المعد لذلك.
 - 2- رسالة جهة العمل.
 - 3- رسالة من قسم التسجيل والتفتيش تفيد بالتسجيل والسداد خاصة بالنسبة للعاملين لحساب أنفسهم.
 - 4- نموذج العرض علي اللجنة الطبية.
 - 5- صورة من كتيب العائلة.
 - 6- صورة من الكشف الطبي الابتدائي والدوري و الملف الصحي إن وجد.

7- في حالة إصابة العمل نموذج تبليغ عن إصابة العمل محضر الشرطة إن وجد ،
وتقرير طبي نهائي للإصابة إن وجد.

8- التقارير الطبية الدالة على الحالة.

9- عدد ثلاثة صور شمسية للمصاب أو المريض.

مادة (30)

تحديد ميعاد العرض على اللجنة:

يسلم المقرر تقريره مع ملف المريض أو المصاب إلى أمين سر اللجنة
المختصة الذي يحدد للمصاب أو المريض موعدا للعرض على اللجنة.

مادة (31)

مقر عمل اللجنة:

تمارس كل لجنة من لجان تقدير العجز عملها في مقر خاص بها في مكتب أو فرع
الصندوق أو إدارة الصندوق.

مادة (32)

اجتماعات اللجنة:

- 1- تجتمع كل لجنة من اللجان الطبية بحضور رئيسها وأغلبية أعضائها.
- 2- في حالة تخلف رئيس اللجنة عن حضور الاجتماع يحل محله في رئاسة اللجنة
أقدم أعضائها، فإذا اضطر أحد الأعضاء للتخلف لعذر مقبول فعليه أن يبلغ رئيس
اللجنة بسبب غيابه قبل الاجتماع بوقت كاف.

مادة (33)

حضور المريض أو المصاب:

- 1- علي أمين سر اللجنة أن يخطر الشخص (المصاب أو المريض) علي النموذج
المعد لذلك بالموعد المحدد للنظر في حالته، والوقت والمكان الذين تدعوه اللجنة
للحضور فيهما للفحص، والمستندات والوثائق المطلوب تقديمها.
- 2- إذا ثبت بتقرير العلاج وتقرير الطبيب المقرر أن المصاب أو المريض المقرر
عرضه على اللجنة يتعذر عليه الحضور إلى مقرها للفحص فتقرر اللجنة الانتقال

إليه في محل إقامته أو في مكان علاجه، كما يجوز لها هذه الحالة أن تكلف أحد أعضائها بذلك.

مادة (34)

قرار اللجنة:

1- تتبع اللجنة الضوابط والإجراءات المقررة في هذه اللائحة بشأن التثبيت من حصول العجز و ووصفة وبيان سببه وتاريخه وتقدير درجة ذلك العجز وتضع لهذا الغرض سجلاً خاصاً بذلك.

مادة (35)

سرية أعمال اللجنة:

1- أعمال اللجنة ومداوماته ا سرية فلا يجوز أن يحضر الفحص الطبي أو المداولة غير رئيس وأعضاء اللجنة ومن تستعين بهم من أطباء أخصائيين أو فنيين.
2- لا يجوز تقديم أية بيانات أو معلومات أو تسليم وثائق تخص أعمال اللجنة إلا بإذن كتابي من مدير الفرع وبمراعاة التعليمات المقررة بالخصوص.

مادة (36)

أمراض المهنة:

1- تسري أحكام هذه اللائحة بشأن حالات العجز الناشئة عن أي مرض من أمراض المهنة المبينة باللائحة والجدول المرفق بها بما في ذلك حالات التسمم الوارد بيانها في الجدول المذكور.
علي أن يضم ملف تقدير العجز الإبلاغ من جانب جهة العلاج عن إصابة المشترك بأعراض مرض المهنة.

مادة (37)

الإبلاغ عن مرض المهنة:

يحرر الإبلاغ عن مرض المهنة على النموذج المعد لذلك مشتملاً على البيانات الآتية:

أ) تاريخ التحاق المشترك بالعمل أو الخدمة، وحالته الصحية عند التحاقه بها.

ب) الكشف الطبي الابتدائي والكشف الطبي الدوري وتاريخ إجراء آخر كشف طبي دوري للمشارك ونتيجة هذا الكشف مع بيان الأبحاث الطبية التي أجريت له.

ج) طبيعة عمل المشترك في جهة العمل أو الخدمة مع بيان عن الأعمال التي يكلف بها والمواد والأجهزة والآلات التي يستخدمها ومحيط العمل.
د) المدة التي قضاها في عمله الحالي والإعمال السابقة التي كان يزاولها.

مادة (38)

واجب اللجنة بشأن أمراض المهنة:

على اللجنة الطبية المختصة أن تتحقق مما إذا كان المرض أحد أمراض المهنة وان المشترك قد عمل في الصناعة أو العمل لمدة التعرض التي تراها اللجنة كافية لإحداث ذلك المرض (أو التسمم) المهني وان الأعراض الأولى له قد ظهرت أثناء عمله أو ظهرت في خلال فترة من انتهاء عمله فيها لا تتجاوز هذه المدة، وتختص اللجنة الطبية بتقدير هذه المدة.

مادة (39)

قرار اللجنة:

أ) يكون قرار اللجنة الطبية مسبباً تسبباً كافياً سواء كان القرار صادراً بشأن إثبات وجود العجز أو عدم وجوده أو بشأن تقدير العجز، أو كان صادراً في حالة إعادة الفحص وسواء كان سبب العجز إصابة عمل أو مرض مهنة أو مرضاً عادياً.
ب) يحتوى القرار على البيانات المتعلقة بوصف الحالة وتشخيصها وأسس إثبات حالة العجز وعناصر تقديره (إن وجد) ونسبته، وتاريخ حصول العجز وسائر البيانات الأخرى بمراعاة لائحة معاشات الضمان الاجتماعي.

مادة (40)

الإخطار بالقرار:

يحرر قرار اللجنة الطبية ، شاملاً أسبابه، على النموذج المعد لذلك من خمسة نسخ ، ويقوم أمين سر اللجنة، خلال سبعة أيام من تاريخ صدوره بالإخطار ذلك علي النحو الآتي:

- أ) الأصل إلى رئيس قسم المنافع النقدية ورئيس قسم المعاش الأساسي بالفرع.
ب) صورة إلي رئيس وحدة الرعاية الصحية الضمانية.
ج) صورة إلي جهة عمل المشترك.
د) صورة إلي المشترك.
هـ) صورة تحفظ بملف الحالة.

مادة (41)

التظلم من جانب صاحب الشأن:

- أ) لصاحب الشأن أن يتظلم من قرار لجنة تقدير العجز الابتدائية خلال ثلاثين يوماً من تاريخ إبلاغه بقرار اللجنة.
ب) يكون التظلم كتابة على أن تبين به أسبابه ويسلم إلى أمين سر اللجنة التي أصدرت القرار مقابل إيصال يفيد ذلك.
ج) يتولى أمين سر اللجنة (خلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ تقديم التظلم) إحالته مع الملف الطبي إلي اللجنة الطبية العامة المختصة

مادة (42)

الاعتراض من جانب فروع الصندوق:

- أ) يجوز لفروع الصندوق الاعتراض علي قرار اللجنة الطبية الابتدائية و العامة في حالات عدم اللياقة الصحية، أو عند التأكد من وجود تجاوز في تنفيذ اللائحة.
ب) يقدم الاعتراض خلال ثلاثين يوماً من تاريخ إبلاغ القرار إلي القسم المختص.
ج) تتبع بشأن الاعتراض أحكام المادتين (11) و (41) من هذه اللائحة.

مادة (43)

إعادة الفحص الطبي الدوري:

على كل مشترك استحق معاش عجز كلي أو معاش عجز جزئي أو معاشاً أساسياً _ سواء كان ذلك بسبب إصابة عمل أو مرض مهنة أو لغير ذلك من أسباب العجز _ أن يتقدم بعد تسوية المعاش له إلى اللجنة الطبية العامة المختصة لإعادة الفحص بصفة دورية كل سنة ولمدة خمس سنوات ما لم يبلغ سن الشيخوخة، و ذلك للتحقق من استمرار العجز ومما إذا كان قد طرأ تحسن على حالته بسبب إعادة

التأهيل أو لغير ذلك من الأسباب، أو إصابته بانتكاسات أو مضاعفات صحية، وفي حالة تخلف صاحب المعاش عن الحضور أمام اللجنة في الموعد المحدد للفحص لمدة ثلاث أشهر يوقف معاشه مؤقتاً و إذا لم يحضر خلال ثلاث أشهر أخري يوقف المعاش نهائياً، على أنه إذا تقدم بعذر مقبول إلى اللجنة الطبية العامة فيجوز عرضه، على ألا يخل ذلك بحكم المادة (44) من هذه اللائحة.

مادة (44)

إعادة الفحص في حالات خاصة:

- أ) يجوز للجنة الطبية المختصة أن تحدد للعاجز صحياً موعداً لإعادة الفحص لمدة أقل من سنة إذا رأت ما يستوجب ذلك.
- ب) يجوز للجنة الطبية العامة أن تقرر عدم إعادة الفحص الطبي الدوري بالنسبة لحالات تحدد معينة بقرار من لجنة إدارة الصندوق.

مادة (45)

إعادة الفحص بناء على طلب المشترك:

- أ) يجوز للمصاب أو المريض أن يطلب إعادة الفحص في حالات حصول انتكاسات أو مضاعفات أو إصابة عمل جديدة أثرت على حالته السابقة، ويقدم تقارير طبية حديثة تفيد حدوث الانتكاسة أو المضاعفات الصحية.
- ب) يجوز لصاحب معاش العجز الكلي في حالة حصول تحسن بحالته الصحية أن يتقدم بطلب إلى اللجنة الطبية العامة للنظر في إعادة تقدير عجزه و تحديد إمكانية قدرته على العودة للعمل من عدمه ، ، وفي حالة ثبوت قدرته على العمل تلتزم جهة العمل بإعادته إلى عمله.
- ج) لا يجوز عرض أي مشترك سبق عرضه على اللجان الطبية لتقدير العجز ولم يتحصل علي عجز جزئي أو كلي إلا بعد انقضاء سنة ميلادية من تاريخ عرضه السابق مع مراعاة الفقرة (1) من هذه المادة .

مادة (46)

إجراءات إعادة الفحص و نتيجته:

أ) تسري في حالة إعادة الفحص ضوابط إجراءات تقدير العجز لائحة المعاش الأساسي ولأحكام المبينة بهذه اللائحة وبالجدول المرفقة لها على أنه إذا تبين من إعادة الفحص أن الحالة قد تحسنت أو تضاغت فيعاد النظر في نسبة العجز من خلال اللجنة الطبية العامة وفقاً لحالته الصحية وبمراعاة أحكام هذه اللائحة والجدول المرفقة لها.

ب) تتبع بشأن إعادة الفحص أحكام لائحة معاشات الضمان الاجتماعي فإذا أسفرت إعادة الفحص عن تعديل نسبة العجز بالزيادة أو بالنقص فيجوز تعديل المعاش أو المنفعة النقدية الأخرى المستحقة وفقاً للقواعد التي تنص عليها لائحة معاشات الضمان الاجتماعي

ج) إذا أسفرت إعادة الفحص عن تحسن على صحة المريض أو المصاب وعدم استحقاقه لمعاش العجز الكلي فيوقف معاشه من أول الشهر التالي ويعاد إلي جهة عمله وفقاً للمادة (47) من هذه اللائحة.

مادة (47)

اللياقة للعمل:

في جميع الحالات التي يثبت فيها بقرار من اللجان الطبية العامة أو العليا أن صاحب معاش العجز الكلي أصبح لائقاً للعمل، فعلي جهة العمل التي كان يتبعها المضمون المشترك أن تلتزم بإعادته للعمل حسب قرار اللجنة الطبية المختصة، على أنه في حالة عدم وجود جهة العمل المختصة فتتولى الهيئة العامة للقوى العاملة تدبير عمل مناسب له.

مادة (48)

إشراف اللجنة الإدارية لصندوق الضمان الاجتماعي:

أ) تتولى لجنة إدارة صندوق الضمان الاجتماعي الإشراف على أعمال كافة اللجان الطبية لتقدير العجز، ولها إصدار تعليمات العمل والتوجيهات اللازمة لضمان التنسيق بين اللجان وحسن تنفيذ أحكام هذه اللائحة.

ب) على اللجنة الطبية العليا في سبيل تحقيق ما تقدم أن تتولى متابعة و مراقبة أعمال اللجان الطبية العامة وتقييمها للتأكد من حسن سير العمل والالتزام باللوائح والنظم المعمول بها.

ج) على كل لجنة طبية عامة موافاة إدارة المنافع النقدية وإدارة المعاش الأساسي _ عن طريق إدارة الفرع _ بتقارير عن أعمالها شاملة الإحصائيات المتعلقة بالحالات التي عرضت عليها وقراراتها بشأنها.

د) يجوز بقرار من لجنة إدارة صندوق الضمان الاجتماعي بناء علي نتائج الدراسات الفنية _ التعديل في نسب العجز المبينة بالجدول المرفقة أو الإضافة إليها حسب ما تقتضيه المصلحة العامة.

مادة (49)

بذل الحضور:

أ) يستحق رؤساء وأعضاء اللجنة الطبية بدل الحضور وتكون قيمة هذا البذل (20) عشرين دينار وذلك عن كل اجتماع من اجتماعات اللجنة وبعد أقصى قدره (200) مائتان دينار في الشهر.

ب) يستحق أمناء سر اللجان الطبية بدل الحضور وتكون قيمة هذا البذل (10) عشرة دينارات وذلك عن كل اجتماع من اجتماعات اللجنة وبعد أقصى قدره (100) مائة دينار في الشهر.

ج) تصرف المكافآت المذكورة لكل لجنة من لجان تقدير العجز الفرعية والعامة والعليا من الميزانية الضمانية لصندوق الضمان الاجتماعي والفروع.

مادة (50)

إعادة الفحص في الخارج:

يجوز أن تتولي لجنة طبية تشكل لهذا الغرض بقرار من لجنة إدارة صندوق الضمان الاجتماعي الفحص الطبي للمضمونين أصحاب المعاشات المقيمين خارج الجماهيرية العظمى في الجهات التي يقيمون بها وذلك بمراعاة الاتفاقيات الضمانية الثنائية المعقودة بالخصوص والتنسيق و التعاون مع مكاتب الأخوة والمكاتب الشعبية بالخارج.

جداول تحديد نسب العجز المرفقة بلائحة تقدير

العجز الصادرة بقرار اللجنة الشعبية العامة

رقم (94) لسنة 1425 ميلادية

أولاً الأطراف العلوية:

- 1- بتر الذراعين أو إصابتهما بعجز دائم. من 80 إلى 90 %
أيسر أيمن
- 2- بتر الذراع من الكتف. % 65-55 % 55-45
- 3- بتر الذراع بين الكتف والمرفق. % 55- 45 % 45-35
- 4- بتر الساعد من المرفق. % 50-40 % 45-35
- 5- بتر الساعد بين المرفق والرسغ. % 45-35 % 40-30
- 6- فقد اليدين أو عجز تام بهما من 50 إلى 80 %
- 7- فقد اليد أو فقد منفعتها. % 45-30 % 40-25
- 8- فقد كافة الأصابع لكلا اليدين باستثناء الإبهام لليدين.
من 40 % إلى 60 %
- 9- فقد كافة الأصابع باستثناء الإبهام ليد واحدة. % 30-25 % 25-15
- 10- فقد الإبهام وتيبس في الأصابع الأخرى. % 25-30 % 30-25
- 11- فقد الإبهام والسبابة أو عجزهما التام. % 30-20 % 25- 15
- 12- تعدد الخلع بالكتف. % 20-15 % 15 -10
- 13- تيبس كامل بالكتف. % 30-25 % 30-20
- 14- تيبس جزئي بالكتف. % 25 -10 % 20 -10
- 15- تيبس كامل بالمرفق. % 35-20 % 25-15

أيسر	أيمن	
% 17 -7	% 20-10	16- تيبس جزئي بالمرفق.
% 17 -7	% 20 -10	17- تيبس كامل بالرسغ.
% 8-3	% 10 -5	18- تيبس جزئي بالرسغ.
		19- كسر غير ملتئم أو ملتئم في وضع صعب
% 25-15	% 30-20	في الساعد مع إعاقة في الحركة .
		20- كسر غير ملتئم بالعضد أو
% 20-10	% 25-15	ملتئم في وضع معيب.
% 10إلي	% 5 من	21- كسر غير ملتئم في النتوء المرفقي.
% 25 -10	% 30-15	22- ضمور عضلات العضد.
% 25-10	% 30-15	23- ضمور عضلات الساعد.
% 10-3	% 20-5	24- ضمور عضلات اليد.
% 50-40	% 60-50	25- ضمور عضلات الطرف العلوي.
% 50-40	% 60-50	26- شلل تام بالذراع.
% 30 -15	% 40-20	27- شلل غير تام بالذراع.
% 35 إلي	% 15 من	28- شلل العصب الكعبري.
% 20 إلي	% 10 من	29- شلل العصب الزندي.
% 20 إلي	% 10 من	30- شلل العصب المتوسط.
% 45 إلي	% 25 من	31- شلل العصب الكعبري والزندي.
		32- شلل العصب الكعبري والزندي
% 50 -40	% 60 -50	والمتوسط

الأصابع / (أ) الإبهام:

أيسر	أيمن	
22-12 %	25-15 %	1- فقد تام للإبهام.
10 - 5 %	10-7 %	2- فقد السلامة الأولى للإبهام.
7 %	3 %	3- تيبس جزئي أو تام للإبهام.
		4- قطع الوتر الباسط للسلامية الأخيرة (السلامية الأخيرة في حالة ثني كامل). من 0 %
إلي 3 %		5- قطع الأوتار الباسطة للأصبع (الإصبع بالكامل في حالة ثني كامل). من 3 %
7 %	إلي 3 %	6- قطع الوتر القابض للسلامة الأخيرة (السلامية الأخيرة في حالة بسط كامل). من 0 %
3 %	إلي 3 %	7- قطع الأوتار القابضة للأصبع (الإصبع بالكامل في حالة بسط كامل). من 3 %
إلي 7 %	من 3 %	

(ب) - السبابة:

أيسر	أيمن	
12-7 %	15-10 %	1- فقد السبابة بأكملها.
3 - صفر	3 % - صفر	2- فقد السلامة الأولى للسبابة. %
8-4 %	10-7 %	3- فقد السلاميتين للسبابة.
8-2 %	10-5 %	4- تيبس جزئي أو تام للسبابة.
		5- قطع الوتر الباسط للسلامية الأخيرة (السلامية الأخيرة في حالة ثني كامل). من صفر %
إلي 2 %	من صفر	6- قطع الأوتار الباسط للسلاميتين الأخيرتين (السلاميتين الأخيرتين في حالة ثني كامل) من 3 %
4 %	إلي 3 %	7- قطع الأوتار الباسطة للإصبع.
7-4 %	10-7 %	8- قطع الوتر القابض للسلامية الأخيرة

- (السلامية الأخيرة في حالة بسط كامل).
9- قطع الأوتار القابضة للسلاميتين الأخيرتين
من صفر إلي 2 %
- (السلاميتين الأخيرتين في حالة بسط كامل).
10- قطع الأوتار القابضة للإصبع
من 3 إلي 4 %
- (الإصبع بالكامل في حالة بسط كامل).
7-4 % 5-3 %
- (ج)الوسطى:**

- | أيسر | أيمن |
|----------------|--|
| 8-4 | 1- فقد تام للوسطى.
% |
| % 10-5 | 2- فقد سلاميتين للوسطى. |
| % 5-2 | 3- فقد سلامية واحدة للوسطى. |
| من صفر إلي 3 % | 4- تيبس جزئي أو تام للوسطى. |
| % 6-3 | 5- قطع الوتر الباسط للسلامية الأخيرة |
| % 5-2 | (السلامية الأخيرة في حالة ثني كامل) |
| من صفر إلي 1 % | 6- قطع الأوتار الباسطة للسلاميتين الأخيرتين. |
| % 3 | 7- قطع الأوتار الباسطة للإصبع |
| % 6-3 | (الإصبع بالكامل في حالة ثني كامل). |
| % 5 | 8- قطع الوتر القابض للسلامية الأخيرة |
| من صفر إلي 1 % | (السلامية الأخيرة في حالة بسط كامل). |
| % 4 | 9- قطع الأوتار القابضة للسلاميتين الأخيرتين |
| % 5 | (السلاميتين الأخيرتين في حالة بسط كامل). |
| | 10- قطع الأوتار القابضة للإصبع |
| | (الإصبع بالكامل في حالة بسط كامل). |

د) البنصر:

- 1- فقد تام للبنصر. من 4 إلي 8 %
- 2- فقد سلاميتين للبنصر. من 2 إلي 4 %
- 3- فقد سلامية واحدة للبنصر. من صفر إلي 2 %
- 4- تيبس جزئي أو تام للبنصر. من 3 إلي 7 %
- 5- قطع الوتر الباسط للسلامية الأخيرة (السلامية الأخيرة في حالة ثني كامل). صفر %
- 6- قطع الأوتار الباسطة للسلاميتين الأخيرتين (السلاميتين الأخيرتين في حالة ثني كامل). 2 %
- 7- قطع الأوتار الباسطة للإصبع (الإصبع بالكامل في حالة ثني كامل). 4 %
- 8- قطع الوتر القابض للسلامية الأخيرة (السلامية الأخيرة في حالة بسط كامل). صفر %
- 9- قطع الأوتار القابضة للسلاميتين الأخيرتين (السلاميتين الأخيرتين في حالة بسط كامل). 2 %
- 10- قطع الأوتار القابضة للإصبع (الإصبع بالكامل في حالة بسط كامل). 4 %

هـ) الخنصر:

- 1- فقد تام للخنصر. من 3 إلي 5 %
- 2- فقد سلاميتين للخنصر. من 2 إلي 4 %
- 3- فقد سلامية واحدة للخنصر. من 0 إلي 2 %
- 4- تيبس جزئي أو تام للخنصر. من 2 إلي 4 %
- 5- قطع الوتر الباسط للسلامية الأخيرة (السلامية الأخيرة في حالة ثني كامل). 0 %
- 6- قطع الأوتار الباسطة للسلاميتين الأخيرتين (السلاميتين الأخيرتين في حالة ثني كامل). 2 %

- 7- قطع الأوتار الباسطة للإصبع
(الإصبع بالكامل في حالة ثني كامل). 3 %
- 8- قطع الوتر القابض للسلامية الأخيرة
(السلامية الأخيرة في حالة بسط كامل). 0 %
- 9- قطع الأوتار القابضة للسلاميتين الأخيرتين
(السلاميتين الأخيرتين في حالة بسط كامل). 2 %
- 10- قطع الأوتار القابضة للأصبع
(الإصبع بالكامل في حالة بسط كامل). 3 %

ثانياً: الأطراف السفلية:

- 1- فقد الطرف السفلي من المفصل الحرقفي. من 50 إلي 60 %
- 2- فقد الطرف السفلي حتى الثلث الأخير من الفخذ. من 35 إلي 45 %
- 3- فقد الساق من مفصل الركبة من 35 إلي 45 %
- 4- فقد الساق أسفل مفصل الركبة. من 30 إلي 35 %
- 5- فقد القدم وجزء من الساق. من 30 إلي 35 %
- 6- فقد الأصابع والمشطيات ونصف عظام الرسغ. من 25 إلي 30 %
- 7- فقد الأصابع والمشطيات. من 20 إلي 30 %
- 8- فقد أصابع القدم كاملة. من 12 إلي 17 %
- 9- فقد جميع الأصابع عدا الإبهام. من 6 إلي 8 %
- 10- فقد الإبهام وإصبعين تاليين. 10 %
- 11- فقد إبهام القدم. 6 %
- 12- فقد أي إصبع بالقدم عدا الإبهام. 2 %
- 13- فقد سلامية واحدة من إبهام. 3 %
- 14- تيبس كامل بالمفصل الحرقفي في وضع معيب من 30 إلي 40 %
- 15- تيبس جزئي بالمفصل الحرقفي. من 15 إلي 25 %
- 16- تيبس كامل بالركبة. من 15 إلي 25 %
- 17- تيبس جزئي بالركبة. من 5 إلي 10 %

- 18- تيبس رسغ القدم. من 7 إلي 10 %
- 19- تيبس جميع أصابع القدم. من 2 إلي 5 %
- 20- تيبس إبهام القدم. من 2 إلي 5 %
- 21- كسر في الفخذ ملتئم في وضع جيد وبدون قصور في الطرف السفلي وبدون مضاعفات. من 5 إلي 10 %
- 22- كسر غير ملتئم أو ملتئم في وضع معيب في عظمة الفخذ. من 25 إلي 35 %
- 23- كسر ملتئم في وضع جيد بعظمتي الساق. من 0 إلي 5 %
- 24- كسر غير ملتئم أو ملتئم في وضع معيب بعظمتي الساق. من 15 إلي 20 %
- 25- كسر في عظام الطرف السفلي مع قصور في الطرف السفلي من 3-6 سم. من 4 إلي 8 %
- 26- كسر في عظام الطرف السفلي مع قصور في الطرف السفلي من 6 سم فما فوق. من 8 إلي 20 %
- 27- القدم مفرطحة نتيجة كسر بعظام القدم. من 3 إلي 7 %
- 28- ضمور عضلات الفخذ. من 15 إلي 25 %
- 29- ضمور عضلات الساق. من 10 إلي 20 %
- 30- ضمور عضلات القدم. من 5 إلي 10 %
- 31- ضمور عضلات الطرف السفلي. من 25 إلي 40 %
- 32- شلل العصب الفخذي. من 20 إلي 35 %
- 33- شلل العصب الوركي. من 20 إلي 35 %
- 34- شلل العصب المابضي. من 15 إلي 20 %
- 35- شلل غير تام بالطرف السفلي. من 10 إلي 30 %
- 36- شلل تام بالطرف السفلي. من 30 إلي 40 %
- 37- انسداد الشرايين ينتج عنه غرغرينة (تعامل كالبتز).
- 38 - انسداد وريدي ينتج عنه وأديما مزمنة. من 15 إلي 30 %

- 39-أوديميا بالطرفين مع قروح مزمنة تؤثر علي المشي والوقوف. من 20 إلي 40 %
- 40- دوالي ينتج عنها قرح متسعة من 15 إلي 25 %
- 41 - تشوه القدم ينتج عنه انحراف سلاميات الإبهام للخارج مع انحراف مشط الإبهام للداخل. من 5 إلي 10 %
- 42- تشوه القدم مع تقوس القدم لأعلى وتقوس الأصابع لأعلى. من 10 إلي 15 %
- 43- تشوه القدم ينتج عنه انثناء القدم لأسفل (الشخص يمشي على أصابع القدم). من 10 إلي 20 %
- 44- تشوه القدم ينتج عنه رفع القدم لأعلى (الشخص يمشي على كعبيه). من 10 إلي 20 %
- 45-تشوه القدم ينتج عنه قلب القدم للداخل. من 10 إلي 20 %
- 46-تشوه القدم ينتج عنه قلب القدم للخارج (الشخص يمشي على الحافة الداخلية للقدم) من 10 إلي 20 %
- 47-تشوه القدم ينتج عنه انثناء القدم لأسفل وقلب القدم للداخل (الشخص يمشي على أصابع القدم والحافة الخارجية للقدم). من 20 إلي 30 %
- 48- تشوه بمفصلي الركبتين واقترابهما وابتعاد نهاية عظمتي الساق عن بعضهما. من 15 إلي 25 %
- 49-تشوه بمفصلي الركبتين وابتعاد مفصلي الركبتين عن بعضهما واقتراب نهاية عظمتي الساق من بعضهما. من 15 إلي 25 %
- 50-تشوه المفصل الحرقفي واقتراب عظمة الفخذ من الحوض. من 15 إلي 25 %
- 51-تشوه المفصل الحر قفي وابتعاد عظمة الفخذ عن الحوض. من 15 إلي 25 %

ثالثاً: الأعضاء الداخلية:

- 1- إصابة اللسان حسب اتساعها ووفقاً للمقدرة علي الكلام. من 10 إلي 40 %
- 2- إصابة البلعوم وضيقه. من 10 إلي 40 %
- 3- إصابة الحنجرة من 10 إلي 40 %

- 4- التهاب شعبي مزمن. من 5 إلى 10 %
- 5- ربو شعبي مزمن. من 10 إلى 20 %
- 6- التهاب شعبي مزمن أو ربو شعبي مزمن مضاعف بإمفزيما أو تمدد شعبي أو هبوط بالقلب. من 40 إلى 70 %
- 7- انسكاب بلوري نتيجة إصابة انسكاب ربوي أو صديدي. من 5 إلى 30 %
- 8- ناسور بلوري رئوي ثابت ومستديم حسب الحالة العامة وسعة التنفس. من 10 إلى 60 %
- 9- تليف الرئتين حسب درجتهما ووفقا للنسب المئوية للنقص في الطاقة التنفسية. من 10 إلى 60 %
- 10- أمراض السيلليكوز والبسيسينوزس (تقدر نسب العجز حسب درجة التليف ونقص الطاقة التنفسية ووجود المضاعفات التي قد تحدث نتيجة لهذه الأمراض كالإمفزيما والدرن) من 10 إلى 70 %
- 11- استئصال جزئي أو كلي لرئة واحدة من 10 إلى 60 %
- 12- إمفزيما نتيجة استنشاق أبخرة أو إمفزيما نتيجة النفخ. من 10 إلى 60 %
- 13- التصاق بغشاء القلب أو ضيق أو ارتجاع بصمام القلب أو التهاب بعضلات القلب أو تأثير ضغط الدم المرتفع علي القلب والقلب متكافئ ولا توجد أعراض ظاهرة. من 10 إلى 15 %
- 14- التصاق بغشاء القلب أالتهاب بعضلات القلب أو تأثير ضغط الدم المرتفع على القلب مع وجود أعراض ظاهرة وعدم القدرة علي بذل مجهود كبير. من 20 إلى 50 %
- 15- ضيق شديد أو ارتجاع شديد بصمام واحد أو أكثر للقلب مع وجود أعراض ظاهرة وعدم القدرة علي بذل مجهود كبير. من 20 إلى 60 %
- 16- التصاق بغشاء القلب أو ضيق شديد أو ارتجاع شديد بصمام القلب أو التهاب بعضلات القلب أو تأثير ضغط الدم المرتفع علي القلب مع عدم تكافئ القلب. من 60 إلى 70 %
- 17- قصور بالشريان التاجي للقلب أو جلطة قديمة بالقلب. من 20 إلى 40 %

- 18- أنيورزم الأورطى. من 30 إلي 60 %
- 19- قرحة مزمنة بالمعدة أو الإثني عشر غير مصحوبة بمضاعفات. من 10 إلي 15 %
- 20- قرحة مزمنة بالمعدة أو الإثني عشر مع وجود مضاعفات تضيق بالبواب أو تمدد المعدة أو التصاقات مؤلمة. من 20 إلي 30 %
- 21- ناسور بالأمعاء. من 20 إلي 40 %
- 22- ناسور شرجي. من 10 إلي 25 %
- 23- فتق أربي. من 5 إلي 10 %
- 24- فتق فخذي. من 5 إلي 15 %
- 25- فتق مزدوج. من 10 إلي 25 %
- 26- فتق سري. من 5 إلي 10 %
- 27- فتق جراحي بجدار البطن. من 5 إلي 15 %
- 28- ناسور مراري أو صديدي أصابي أو عقب جراحة. من 20 إلي 40 %
- 29- تليف الكبد بدون مضاعفات. من 10 إلي 20 %
- 30- تليف الكبد مع مضاعفات. من 20 إلي 60 %
- 31- استئصال الطحال. من 10 إلي 15 %
- 32- التهاب مزمن بالكليتين مع ارتفاع نسبة البولينا والكرياتين في الدم وتحت الغسيل الكلوي أو فشل كلوي مزمن تحت الغسيل الكلوي. من 40 إلي 60 %
- 33- استسقاء كلية واحدة أو بالكليتين. من 10 إلي 20 %
- 34- استئصال كلية والأخرى سليمة. من 20 إلي 25 %
- 35- ناسور بولي بطني . من 20 إلي 30 %
- 36- التصاق جدار المثانة نتيجة كسر. من 20 إلي 30 %
- 37- ناسور بولي بالعانة أو العجان . من 20 إلي 30 %
- 38- ناسو مثالي شرجي . من 30 إلي 50 %
- 39- انحباس تام بالبول نتيجة إصابة النخاع الشوكي. من 20 إلي 40 %

- 40- عدم القدرة علي حبس البول. من 20 إلي 30 %
- 41- ضيق كامل نتيجة تمزق مجرى البول . من 20 إلي 40 %
- 42- زيادة أو نقص في إفرازات الغدة الدرقية. من 5 إلي 15 %
- 43- تقرح بالقولون أو جيوب بالقولون أو تمدد بجدار القولون. من 5 إلي 15 %
- 44- مرض كرونز. من 15 إلي 30 %
- 45- مرض البول السكري مع مضاعفات. من 10 إلي 15 %
- 46- أمراض الدرن مع مضاعفات في أي جزء من الجسم. من 20 إلي 60 %
- 47- الجذام النشط من 30 إلي 60 %
- 48- مرض فقد المناعة. من 30 إلي 60 %
- 49- ضيق مصحوب بانعدام العضلة العاصرة للشرح وعدم القدرة على حجز البراز. من 50 إلي 60 %
- 50- فقد جزء من القضيب نتيجة إصابة. من 10 إلي 20 %
- 51- فقد كلي للقضيب نتيجة إصابة. من 20 إلي 40 %
- 52- فقد كلي للقضيب نتيجة إصابة مع ضيق بمجرى البول من 30 إلي 50 %
- 53- فقد القضيب مع الخصيتين نتيجة إصابة. من 50 إلي 60 %
- 54- فقد خصية واحدة نتيجة إصابة. من 5 إلي 15 %
- 55- فقد خصتين نتيجة إصابة . من 20 إلي 40 %
- 56- قيلة دموية اصابية. من 5 إلي 10 %
- 57- فقد الرحم نتيجة إصابة(مع مراعاة سن الإنجاب). من 15 إلي 40 %
- 58- ناسور عظمي معاور(واحد أو متعدد وحسب الوضع). من 20 إلي 40 %
- 59-الأورام الخبيثة(تقدر نسبة العاهة حسب مدى فقد العضو المصاب لوظيفته أو بتر أو انتكاس الحالة أنتشار الورم وعدم إمكانية التدخل الجراحي) . من 40 إلي 100 %

رابعاً: الرأس والعنق:

- 1- فقد فروة الرأس. من 5 إلي 15 %

- 2- فقد عظمي يشمل الصفيحة الخارجية والداخلية
في مساحة أقل من 5 سم. من 10 إلي 20 %
- 3- فقد عظمي يشمل الصفيحة الخارجية والداخلية
في مساحة أكبر من 5 سم. من 20 إلي 40 %
- 4- ارتجاج بالمخ ينتج عنه نوبات صرعية بسيطة. من 20 إلي 30 %
- 5- ارتجاج بالمخ ينتج عنه نوبات صرعية متعددة. من 30 إلي 50 %
- 6- نوبات صرعية متعددة نتيجة لمرض، غير متحكم فيها . من 30 إلي 50 %
- 7- إصابة بالرأس مصحوبة أو غير مصحوبة بكسر عظام الرأس
ينتج عنها لعثمة في الكلام. من 20 إلي 40 %
- 8- إصابة الرأس مصحوبة أو غير مصحوبة بكسر عظام الرأس
ينتج عنها نقص في القوى العقلية. من 40 إلي 60 %
- 9- إصابة الرأس مصحوبة أو غير مصحوبة بكسر بعظام
الرأس ينتج عنها جنون تام. من 60 إلي 90 %
- 10- شلل نصفي أيمن تام. من 55 إلي 80 %
- 11- شلل نصفي أيسر تام. من 50 إلي 75 %
- 12- شلل نصفي أيمن غير تام. من 20 إلي 50 %
- 13- شلل نصفي أيسر غير تام. من 15 إلي 45 %
- 14- صعوبة بسيطة في الكلام. من 10 إلي 30 %
- 15- عدم القدرة علي الكلام. من 40 إلي 60 %
- 16- خراج بالمخ مع صرع وصداع. من 40 إلي 60 %
- 17- ارتعاشات انفعالية. من 5 إلي 10 %
- 18- فقد الحس في أي جزء من أجزاء الجسم. من 5 إلي 15 %
- 19- انثناء العنق أو ميله نتيجة تقلص العضلات
التشنجي أو اثر التصاقات . من 10 إلي 30 %
- 20- الشلل الرعاش. من 35 إلي 50 %

خامساً: الجهاز البصري:

- 1- فقد إِبصار العينين أو فقد ابصار العين الوحيدة. من 55 إلى 80 %
- 2- فقد إِبصار عين واحدة بدون استئصال العين أو ضمورها. من 25 إلى 30 %
- 3- فقد إِبصار عين واحدة مع استئصالها أو ضمورها (حسب إمكانية تركيب عين صناعية). من 30 إلى 40 %
- 4- ضعف قوة الأبصار بإحدى العينين.

درجة الإبصار	درجة العجز
6 / 9	% 3
6 / 12	% 4
6 / 18	% 6
6 / 24	% 8
6 / 36	% 10
6 / 60	% 15
عدد الأصابع	% 20

علي أن يلاحظ ما يلي:

- أ) في حالة ضعف إِبصار العين الوحيدة تقدر نسبة العجز بثلاثة أضعاف هذه النسب.
- ب) في حالة ضعف إِبصار العينين معاً تقدر نسبة العجز بالضعف للعين الأقل إِبصاراً والعين الأخرى بنسبة عجزها الثابت.
- ج) تكون قوة الإِبصار بالعينين مقاسة بعد التصحيح بالنظارات.

سادساً: نقص في ميدان النظر:

- 1- فقد مركزي بعين واحدة. من 10 إلى 15 %
- 2- فقد مركزي بالعينين معاً. من 30 إلى 60 %
- 3- ضيق محيطي بعين واحدة. من 0 إلى 10 %
- 4- ضيق محيطي بالعينين. من 15 إلى 30 %
- 5- ازدواج البصر. من 15 إلى 20 %

- 6- شلل بعضلات العين الواحدة. من 5 إلي 10 %
- 7- شلل بعضلات العينين. من 10 إلي 20 %
- 8- انحراف حافة الجفن أو التصاقات بالملتحمة. من 5 إلي 10 %
- 9- عدم القدرة علي غلق جفن العين بسبب الشلل. من 10 إلي 20 %
- 10- عدم القدرة علي غلق جفن العين بسبب شلل العصب الوجهي بالعينين معاً. من 30 إلي 50 %
- 11- ناسور دمعي غير قابل للشفاء. من 5 إلي 15 %

سابعاً: العمود الفقري:

- 1- عيوب العمود الفقري (سكوليذاولوردوز) مع تحديد الحركة. من 20 إلي 30 %
- 2- شلل كامل بالطرفين السفليين. من 55 إلي 80 %
- 3- شلل غير كامل بالطرفين السفليين والمشي غير ممكن. من 50 إلي 60 %
- 4- شلل غير كامل بالطرفيين السفليين والمشي ممكن بمساعدة عكاز. من 30 إلي 50 %
- 5- تيبس مفاصل الفقرات. من 15 إلي 25 %
- 6- تكهف النخاع الشوكي . من 50 إلي 70 %
- 7- تليف الجهاز العصبي المركزي. من 40 إلي 70 %
- 8- كسر فقرة واحدة أو أكثر تبعاً لتعدد الفقرات وموضعها وبدون تأثير علي النخاع الشوكي. من 15 إلي 50 %
- 9- انزلاق غضروفي وبدون تأثير علي النخاع الشوكي وحسب موضع الانزلاق . من 5 إلي 15 %
- 10- تشعب الفقرة الأخيرة . من 2 إلي 8 %
- 11- تمزق عضلات الظهر أو أوتار العضلات والأنسجة الرابطة للفقرات. من 5 إلي 10 %

ثامناً : الفك و الأسنان:

- 1- إصابة بالفكين والمضغ غير ممكن تماماً. من 40 إلي 60 %

- 2- إصابة بالفكين والمضغ ممكن نوعاً. من 10 إلي 20 %
- 3- إصابة الفك العلوي والمضغ غير ممكن وتشوه الوجه. من 40 إلي 60 %
- 4- فقد تام بسقف الحلق. من 40 إلي 60 %
- 5- فقد جزئي بسقف الحلق. من 10 إلي 30 %
- 6- تعدد الخلع بمفصل الفك الصدغي. من 5 إلي 15 %
- 7- تيبس تام بمفصلي الفكين. من 40 إلي 60 %
- 8- تيبس جزئي بمفصلي الفكين. من 20 إلي 30 %
- 9- فقد الفك السفلي مع تشوه الوجه. من 40 إلي 60 %

- 10- فقد الأسنان يحسب 1 % لكل سن وتعطي نسبة العجز في حالة إصابة العمل فقط ويحد أقصى 28 % .
- 11- فقد جزئي أو كلي للشفتين. من 5 إلي 40 %

تاسعاً: الأذن والسمع:

- 1- فقد أو تشوه بصوان الأذن. من 2 إلي 5 %
- 2- صمم غير كامل بأذن واحدة. من 5 إلي 10 %
- 3- صمم غير كامل بالأذنين . من 15 إلي 30 %
- 4- صمم كامل بأذن واحدة لا يجدي معه التصحيح بالسماعات الطبية. من 20 إلي 25 %
- 5- صم كامل بالأذنين لا يجدي معه التصحيح بالسماعات الطبية. من 40 إلي 60 %
- 6- الدوخة الشديدة المستمرة. من 5 إلي 20 %

عاشراً: الترقوة - عظمة اللوح - الضلوع:

- 1 كسر ملتئم بالترقوة بدون مضاعفات. 0 %
- 2 كسر غير ملتئم بالترقوة أو ملتئم في وضع معيب من 2 إلي 8 %
- 3 كسر ملتئم بعظمة اللوح وبدون مضاعفات. 0 %
- 4 كسر بعظمة اللوح مع مضاعفات موضعية حول الكسر. من 2 إلي 8 %
- 5 كسر بالضلوع حسب عدد الضلوع والمضاعفات (2 % لكل

ضلع وبعده أقصى 20 % حالة وجود مضاعفات). من 2 إلى 20 %

6 كسر عظمة القفص بدون مضاعفات. من 5 إلى 10 %

الحادي عشر : الأنف والشم:

- 1- كسر بعظام الأنف مصحوب بضيق الخياشيم. من 4 إلى 8 %
- 2- فقد تام للأنف. من 15 إلى 30 %
- 3- فقد جزئي للأنف. من 5 إلى 15 %
- 4- شلل تام بعصب الشم. من 5 إلى 10 %

الثاني عشر : الوجه:

- 1- التهاب العصب الخامس مع تقلص بعضلات نصف الوجه مصحوب بآلام. من 15 إلى 20 %
- 2- شلل بالعصب الخامس مصحوب بفقد الحساسية بنصف الوجه والقرنية. من 10 إلى 30 %
- 3- شلل بالعصب السابع مع عدم القدرة علي غلق جفن العين. من 10 إلى 30 %

الثالث عشر : الحوض:

- 1- إصابة بعظام الحوض مع آلام وصعوبة في المشي والحركة من 10 إلى 20 %
- 2- إصابة بالحوض نتج عنها انحراف محوره وقصر بالطرف السفلي. من 30 إلى 50 %
- 3- استئصال الجزء العلوي لعظمة الفخذ (الرأس والعنق) واستبدالها بمفصل صناعي. من 10 إلى 20 %

الرابع عشر : الأمراض الجلدية وأمراض الحساسية:

تقدر درجة العجز بحسب ما أصاب الشخص نتيجة للمرض أو الإصابة من نقص في القدرة علي الإنتاج والكسب، وذلك مع مراعاة العوامل المشار إليها في المادة 18 من لائحة تقدير العجز والقواعد العامة لإثبات العجز وتقديره المرافقة لها.

الخامس عشر: الأمراض النفسية والعقلية:

تقدر درجة العجز الناشئ عن أي من هذه الأمراض بنسبة نقص القدرة علي الإنتاج والكسب بسبب المرض النفسي أو العقلي، وذلك مع مراعاة العوامل والقواعد السلف ذكرها ومع الاستعانة بخبرة أحد مراكز العلاج النفسي أو العقلي والتقارير التي يقدمها هذا المركز بشأن الحالة مع مراعاة حكم المادة 16 من هذه اللائحة.

**تعليمات العمل الصادرة
عن إدارة الصندوق
بخصوص لائحة تقدير العجز
رقم (94) لسنة 1425م**

تعليمات العمل رقم (2) لسنة 2004 م
بشأن إعادة صياغة تعليمات العمل رقم (2) لسنة 1997 م
بشأن تطبيق بعض الأحكام الخاصة بلائحة تقدير العجز والمتعلقة بعرض
المضمونين المشتركين وإعادة عرضهم على اللجان الطبية العامة لتقدير
العجز

صندوق الضمان الاجتماعي

تعليمات العمل رقم (2) 2004م

بشأن إعادة صياغة تعليمات العمل رقم (2) لسنة 1997م

بشأن تطبيق بعض الأحكام الخاصة بلائحة تقدير العجز والمتعلقة بعرض المضمونين المشتركين وإعادة عرضهم على اللجان الطبية العامة لتقدير العجز

الأخوة/ مديرو الإدارات والمكاتب بصندوق الضمان الاجتماعي

الأخوة/ مديرو فروع الضمان الاجتماعي

بعد التحية،،،

حرصاً على سلامة تطبيق وتوحيد الإجراءات التنفيذية لخاصة بلائحة تقدير العجز رقم 94 لسنة 1425 ميلادية وخاصة تلك المتعلقة بتحديد موعد إعادة العرض على اللجان الطبية لعامة ومسببات قرارات اللجان الطبية التي يتم بموجبها تحدي نسبة العجز الصحي وطريقة إعداد وكتابة تقارير اللجان الطبية العامة. بهذا يطلب من اللجان الطبية العامة المختصة بتقدير العجز عند إعداد قراراتها التقيد التام والكامل بالإجراءات التالية:

- 1- تحديد موعد إعادة فحص كل مشترك استحق معاش العجز الصحي الكلي أو معاش العجز الجزئي وذلك لإجراء الكشف الدوري كل سنة ولمدة خمس سنوات ما لم يبلغ سن الشيخوخة (65) أو (60) سنة (حسب الأحوال) وذلك وفقاً لما نصت عليها لمادة (43) من لائحة تقدير العجز.
- 2- يجب أن يكون قرار اللجنة الطبية مسبباً تسبباً كافياً سواء كان القرار صادراً بشأن إثبات وجود العجز أو عدم وجوده ويتبع في ذلك الإجراءات المنصوص عليها في المادة (39) من لائحة تقدير العجز.
- 3- يجب أن يكون قرار اللجنة الطبية العامة وتشخيص المرض الخاص بتقدير العجز مكتوباً باللغة العربية.

4 -تلغي تعليمات العمل رقم (3) لسنة 1991م.

تعتبر هذه التعليمات في غاية الأهمية،وعلى كل الأخوة المعنيين التقيد بها .

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته

د. أحمد سعيد الشريف

أمين اللجنة الشعبية لصندوق الضمان الاجتماعي

التاريخ: 29 ربيع الآخر

الموافق: 2004/6/17م

تعليمات العمل رقم (13) لسنة 2004 م
بشأن إعادة صياغة تعليمات العمل رقم
(10) لسنة 1993 م بشأن إعادة عرض
مضمون مشترك على اللجان الطبية العامة

صندوق الضمان الاجتماعي

تعليمات العمل رقم (13) لسنة 1372 و. الموافق 2004م بشأن إعادة صياغة
تعليمات العمل رقم (10) لسنة 1993م بشأن إعادة عرض مضمون مشترك
على اللجان الطبية العامة

الأخوة/ مدراء فروع صندوق الضمان الاجتماعي
الأخوة/ مدراء الإدارات والمكاتب بالصندوق
بعد التحية،،،

لاحظ قسم الرعاية الصحية الضمانية بإدارة المنافع النقدية بالصندوق من
خلال دراسته لقرارات اللجان الطبية العامة ومتابعته لسير عمل هذه اللجان وما نشأ
من منازعات ضمانية، أن البعض من قرارات اللجان الطبية العامة الخاصة بالعجز
الصحي خالية من الميعاد المحدد لإعادة عرض صاحب معاش العجز الصحي كما
نصت عليها لمادة (43) من لائحة تقدير العجز، كما أن هذا القرار غير مسبب
التسبب الكافي.

لذلك وحرصاً على سلامة التطبيق.

يطلب من اللجان الطبية العامة عند إحالة مضمون مشترك على المعاش
بسبب العجز الصحي أن يشتمل القرار على الآتي:

- 1- الموعد المحدد لإعادة فحص كل مشترك استحق عجزاً كلياً أو عجزاً جزئياً
استحق بموجبه معاش ضمانياً جزئياً وذلك لإجراء الكشف الدوري كل سنة
ولمدة خمس سنوات متتالية ما لم يبلغ سن الشيخوخة المقررة لترك الخدمة
حسب الأحوال وفقاً لما نصت عليها لمادة (43) من لائحة تقدير العجز.
- 2- يجب أن يكون قرار اللجنة الطبية مسبباً تسبباً كافياً سواء كان القرار صادراً
بشأن إثبات وجود العجز أو عدم وجوده ويتبع في ذلك الإجراءات المنصوص
عليها في المادة (46) من لائحة تقدير العجز.

3 - يتم إثبات تسليم صورة من قرار اللجنة لذوي الشأن بتوقيعهم في سجل خاص لدى اللجنة الطبية.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته

د. أحمد سعيد الشريف

أمين اللجنة الشعبية للصندوق الضمان الاجتماعي

التاريخ: 29/ ربيع الآخر

الموافق: 2004/6/17 م

المراسلات الصادرة من بعض الإدارات بالصندوق
والتي لها علاقة بلائحة تقدير العجز
رقم (94) لسنة 1425 م

كتاب/ السيد مدير مكتب الشؤون القانونية بصندوق
الضمـان الاجتماعـي المؤرخ في 12 / 5 / 1998م
بشـأن عدم جواز إعادة العرض على اللجان الطبية
للمعاشـات الضمـانية بعد مرور خمس سنوات
من تاريـخ ربطهـا.

الرقم الإشاري ص.ض. 4228/24 التاريخ: 1428/5/12
الموافق 1998/5/12م

صندوق الضمان الاجتماعي تعاونوا

الأخ/ رئيس وحدة الشؤون القانونية بفرع صندوق الضمان الاجتماعي / سهل
بنغازي
بعد التحية،،،

رداً على كتابكم رقم (30-668) المؤرخ في (13/4/1998م) بشأن إبداء
الرأي القانوني عن مدى جواز إعادة عرض أصحاب المعاشات الضمانية والأساسية
بعد مرور خمس سنوات من تاريخ ربطها وذلك لوجود تباين في و جهات النظر بين
أقسام الفرع وإذا تطلبوا الرأي نفيد بالآتي /

تنص المادة 43 من لائحة تقدير العجز الصادرة بقرار اللجنة الشعبية العامة
رقم (1425/94) ميلادية على أنه:
إعادة الفحص الطبي الدوري:

على كل مشترك استحق معاش عجز كلي أو معاش عجز جزئي أو معاش
أساسيا سواء كان ذلك بسبب إصابة عمل أو مرض مهنة أو لغير ذلك من أسباب
العجز أن يتقدم بعد تسوية المعاش له إلى اللجنة الطبية العامة المختصة لإعادة
الفحص بصفة دورية كل سنة ولمدة خمس سنوات ما لم يبلغ سن الشيخوخة وذلك
للتحقق من استمرار العجز ومما إذا قد طرأ تحسن على حالته بسبب إعادة التأهيل
أو لغير ذلك من الأسباب.

وقد وردت ذات الأحكام في المادة 51 من لائحة تقدير العجز الملغاة
الصادرة بقرار اللجنة الشعبية العامة رقم (1309/1981م).

وأوضح المشرع في المادة 2/83 من لائحة معاشات الضمان الاجتماعي بأن أقسام المنافع النقدية هي التي تلتزم بتحديد مواعيد العرض وتوجيه أصحاب معاشات العجز إلى اللجنة الطبية.

وبناءً عليه فإن المدة التي يجوز فيها إعادة عرض صاحب معاش العجز الكلي هي خمس سنوات اعتباراً من تاريخ استحقاق المعاش ما لم يبلغ صاحب المعاش سن الإحالة على المعاش، ويمتنع إعادة عرض بمضي تلك المدة.

إن المشرع أعطى مشروعية إعادة عرض صاحب معاش العجز الكلي إلى صندوق الضمان الاجتماعي خلال المدة المشار إليها وهي كافية لتتبع حالته واستقراره إما باستمرار العجز أو انخفاضه فإذا أهملت تنظيم عرض أصحاب معاشات العجز الكلي خلال المدة المشار إليها فإن ذلك يفسر لصالح صاحب المعاش باعتبار قناعة قسم المنافع النقدية المختص باستقرار الحالة ولعدم الحاجة لإعادة العرض أصلاً ولا يجوز تمديد المدة المسموح بها وتقييم استقرار الحالة الصحية بعدد مرات العرض لأن ذلك يجعلنا ننحرف في تفسير النصوص التي حددت جواز إعادة العرض بمدة خمس سنوات من تاريخ استحقاق المعاش وليس بعدد مرات العرض.

لذلك...

فإن المدة التي يجوز فيها إعادة عرض صاحب معاش العجز الكلي أو المعاش الأساسي هي مدة خمس سنوات اعتباراً من تاريخ استحقاق المعاش ولا يجوز إعادة العرض بمضي تلك المدة وعلى أقسام المنافع النقدية بفروع الصندوق

المختص اتخاذ الإجراءات الكفيلة بإعادة عرض أصحاب معاشات العجز
الكلي وأصحاب المعاشات الأساسية بصفة دورية كل سنة خلال المدة المشار إليها.
والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته

محمد علي ساسي

مدير مكتب الشؤون القانونية

صورة إلى:

- الأخ / أمين لجنة الإدارة.
- الأخ المسجل العام .
- مدير إدارة المنافع النقدية.
- مكتب الشؤون القانونية.
- مليف فرع سهل بنغازي.
- ملف الدوري العام.

كتاب/ السيد مدير إدارة المنافع النقدية بالصندوق المؤرخ
في 15 / 4 / 2009 م بخصوص تقيد اللجان الطبية
بعرض المضمونين على اللجان الطبية
بالفروع المسجلين بها.

صندوق التقاعد

تعاونوا

الأخوة/ مدراء الفروع بصندوق التقاعد

بعد التحية،،،

إشارةً إلى المادة الثانية من لائحة تقدير العجز والتي تنص على أن في كل مكتب من مكاتب فروع الصندوق لجنة طبية ابتدائية تختص بإثبات العجز وتقدير درجته في نطاق اختصاص المكتب ، وإلى المادة الثالثة منه والتي تنص على أن يكون في كل فرع من فروع الصندوق بما يضمن صرفا المنافع لمستحقيها .
عليه... يطلب منكم إلزام كافة اللجان الطبية التابعة لكم التقيد بعرض المضمونين على اللجان الطبية بالفروع المسجلين بها وعدم عرضهم على اللجان الطبية بالفروع الأخرى.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته

محمد مختار الشتيوي

مدير إدارة المنافع النقدية

صورة إلى:

- المسجل العام .
- مكتب التقييم.
- الملف الدوري.

كتاب/ السيد مدير إدارة المعاشات والمنافع
المؤرخ في 2014/1/29 م بخصوص قرارات
الحاجة لخدمة شخص آخر

صندوق الضمان الاجتماعي

الإدارة العامة

السادة/ مدراء فروع صندوق الضمان الاجتماعي

بعد التحية،،،

من خلال إحصائيات وحدة الرعاية الصحية المحالة إلينا من فروع صندوق الضمان الاجتماعي لوحظ إصدار قرارات الحاجة لخدمة شخص آخر من اللجان الطبية التابعة لها.

حيث تنص المادة (20) الخاصة بالحاجة لخدمة شخص آخر من قانون الضمان الاجتماعي على الآتي:

"إذا كان صاحب معاش العجز الكلي بسبب إصابة العمل، أو صاحب معاش العجز الكلي لغير إصابة لعمل، يحتاج بصفة مستمرة إلى خدمة شخص آخر له، لفقد قدرته على خدمة نفسه نتيجة للعجز، جاز أن يزداد معاشه بمقدار لا يجاوز (25%) خمسة وعشرون في المائة منه، وذلك بحسب نوع الخدمة اللازمة ومدى الحاجة إليها، وعلى الوجه الذي تبينه اللوائح".

وكذلك تنص أيضاً المادة (25) الخاصة بالحاجة لخدمة شخص آخر من لائحة العجز الطبي على الآتي:

"إذا تبين للجنة الطبية المختصة -عند تقديرها للعجز الكلي أن العاجز يحتاج بصفة مستمرة إلى خدمة شخص آخر له لفقد قدرته على خدمة نفسه نتيجة للعجز الكلي في الحالات التالية:

أ - الشلل الرباعي ومن في حكمهم ممن لا يستطيعون الحركة.

ب - فقد الإبصار وذلك بعد التحاق المضمون بعمله.

فعلى اللجنة أن تقدر الخدمة المذكورة ونوعها ومدى الحاجة إليها ونسبة الزيادة التي تقترحها في المعاش بما يتناسب مع هذه الخدمة، وذلك عملاً بحكم المادة (20) من قانون الضمان الاجتماعي وما ورد بلائحة معاشات الضمان الاجتماعي.

