



ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ
ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΑΡΧΗ

ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

(Νόμος 3094/2003 «Συνήγορος του Πολίτη και άλλες διατάξεις», παρ. 5 άρθρου 3)

**ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΝΗΓΟΡΟΥ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ
ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (ΚΕ.Π.Α.)**

Συνήγορος του Πολίτη: Καλλιόπη Σπανού

Βοηθός Συνήγορος του Πολίτη: Γιάννης Σακέλλης

Ειδικοί Επιστήμονες: Κ. Μπαρτζελιώτης, Ε. Σκυλλάκου, Β. Γαληνού

με την συμβολή των: Ε. Μαντά, Α. Τζώρτζη

Αθήνα

Φεβρουάριος 2013

Εισαγωγή

Ο Συνήγορος του Πολίτη (ΣτΠ), ενεργώντας στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του¹, έχει εξετάσει σημαντικό αριθμό αναφορών, σχετικών με τις σοβαρές δυσκολίες που κατά καιρούς αντιμετωπίζουν οι πολίτες οσάκις εξετάζονται από υγειονομικές επιτροπές. Επανειλημμένα, έχει γίνει εκτενής μνεία σε ετήσιες εκθέσεις του Συνηγόρου του Πολίτη προς τη Βουλή των Ελλήνων σε σχέση με τα θέματα αυτά (ενδεικτικά, ετήσια έκθεση ΣτΠ έτους 2006, σελ. 108).

Η παρούσα δημοσιονομική κατάσταση της Χώρας κατέστησε πλέον επιτακτική την ανάγκη να αποτραπεί η χορήγηση ασφαλιστικών, προνοιακών ή όποιων άλλων παροχών εξαρτώνται από την ύπαρξη αναπηρίας σε μη δικαιούμενα πρόσωπα. Σε αυτή την κατεύθυνση, διαμορφώθηκε ένα νέο πλαίσιο εκτίμησης του βαθμού αναπηρίας και λειτουργίας των υγειονομικών επιτροπών, με τη σύσταση του Κέντρου Πιστοποίησης Αναπηρίας «ΚΕ.Π.Α.», το οποίο άρχισε να λειτουργεί, την 1^η Σεπτεμβρίου 2011, σύμφωνα με τον προβλεπόμενο από το άρθρο 7 του Ν. 3863/2010 Ενιαίο Πίνακα Προσδιορισμού Ποσοστού Αναπηρίας. Το ΚΕ.Π.Α., ως νέος και πολλά υποσχόμενος θεσμός, κλήθηκε να εξασφαλίσει την εκτίμηση του βαθμού αναπηρίας των ενδιαφερομένων πολιτών, μέσω ενός ενιαίου, σύγχρονου και αποτελεσματικού διοικητικού μηχανισμού, εξασφαλίζοντας αδιάβλητες και επιστημονικά τεκμηριωμένες γνωματεύσεις, αποφεύγοντας τον πλεονασμό και επιδιώκοντας οικονομία πόρων, ανθρώπινων και υλικών.

Ωστόσο, ήδη από τα πρώτα στάδια λειτουργίας των υγειονομικών επιτροπών του ΚΕ.Π.Α., διαπιστώθηκαν αδυναμίες στην ακολουθούμενη διοικητική πρακτική, οι οποίες οδήγησαν και πάλι έναν συνεχώς αυξανόμενο αριθμό πολιτών να αναφερθούν στο ΣτΠ. Από την έναρξη λειτουργίας του ΚΕ.Π.Α. και μέχρι την 11.2.2013 υποβλήθηκαν περισσότερες από 350 αναφορές πολιτών. Κατά την εξέταση αυτών των αναφορών, τόσο στο στάδιο της διερεύνησης, όσο και κατά την ανάληψη διαμεσολαβητικών πρωτοβουλιών για την επίλυση των προβλημάτων που εντοπίζονται, ο Συνήγορος του Πολίτη (ΣτΠ) επισημαίνει με κάθε ευκαιρία ότι οι όποιες ελεγκτικές ή βελτιωτικές παρεμβάσεις στον ήδη υφιστάμενο διοικητικό μηχανισμό δεν πρέπει να φτάνουν να αποκλείουν την πρόσβαση στις ασφαλιστικές και προνοιακές παροχές ή σε άλλες διευκολύνσεις για όσους πραγματικά τις δικαιούνται.

Στο πλαίσιο εξέτασης των ατομικών αναφορών, ο ΣτΠ ξεκίνησε τη διαμεσολάβησή του θέτοντας υπόψη του ΚΕ.Π.Α. και της Διοίκησης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ πολλά επί μέρους ζητήματα, τόσο δι' αλληλογραφίας, όσο και μέσω άτυπης, πλην τακτικής, επικοινωνίας με στελέχη του Ιδρύματος, επιδιώκοντας την κατά το δυνατόν αμεσότερη αντιμετώπιση των

¹ άρθρο 103 § 9 του Συντάγματος και σύμφωνα με τον Ν. 3094/2003

φαινομένων κακοδιοίκησης. Στη συνέχεια, ο ΣτΠ απηύθυνε στη Διοίκηση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το υπ' αριθμ. πρωτ. 147920/26741/25.7.2012 έγγραφό του, όπου προέβαινε σε μια συνολική καταγραφή της εικόνας που είχε μέχρι τότε σχηματίσει, καθώς και σε διατύπωση σκέψεων για βελτιωτικές παρεμβάσεις. Την 4η Σεπτεμβρίου 2012, ακολούθησε συνάντηση κλιμακίου του ΣτΠ με επικεφαλής τον Βοηθό Συνήγορο, κ. Ιωάννη Σακέλλη, με τον αρμόδιο Υποδιοικητή του Ι.Κ.Α., κ. Πατσούρη, και υπηρεσιακούς παράγοντες του Ιδρύματος, επιδιώκοντας την ανταλλαγή απόψεων και την αλληλοενημέρωση. Κατά τη συνάντηση αυτή, έγινε σαφές ότι η Διοίκηση και το προσωπικό του Ι.Κ.Α. έχουν καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια για τον περιορισμό των προβλημάτων που παρατηρούνται, ιδίως των πολύ μεγάλων καθυστερήσεων στο χειρισμό των εκκρεμών αιτημάτων, ο αριθμός των οποίων, ωστόσο, υπερβαίνει κατά πολύ τις υφιστάμενες δυνατότητες του ΚΕ.Π.Α.. Το κλιμάκιο του ΣτΠ πληροφορήθηκε, επίσης, χρήσιμες σκέψεις και προτάσεις των αρμοδίων στελεχών του Ι.Κ.Α.-ΕΤΑΜ για παρεμβάσεις σε διάφορα σημεία της διαδικασίας πιστοποίησης της αναπηρίας.

Ο ΣτΠ έκρινε σκόπιμη την εκπόνηση αυτής της ειδικής έκθεσης, ώστε αφενός να αναδείξει τις δομικές αδυναμίες του νέου συστήματος εκτίμησης της αναπηρίας οι οποίες παραμένουν, παρά τις βελτιωτικές προσπάθειες των στελεχών του Ι.Κ.Α.-ΕΤΑΜ. Αφετέρου, για να επισημάνει νεότερα προβλήματα σε επίπεδο διοικητικού μηχανισμού, τα οποία διαπιστώθηκαν στο διάστημα που μεσολάβησε, καθώς οι αναφορές που συνεχίζουν να υποβάλλονται θίγουν προβλήματα του ύστερου σταδίου, όπως θέματα γνωματεύσεων, ενστάσεων και της επενέργειάς τους στα ασφαλιστικά, προνοιακά και λοιπά δικαιώματα. Η επιδίωξη της Ανεξάρτητης Αρχής είναι να θέσει υπόψη του καθ' ύλη αρμόδιου Υπουργού την αναγκαιότητα για λήψη βελτιωτικών νομοθετικών και οργανωτικών πρωτοβουλιών, ώστε να επιτυγχάνεται η ομαλή λειτουργία των επιτροπών του ΚΕ.Π.Α., σε συνεργασία με τους φορείς που καλούνται να δράσουν βάσει των γνωματεύσεων των επιτροπών και να χορηγήσουν κοινωνικές παροχές ή διευκολύνσεις στα άτομα με αναπηρία, σύμφωνα με την εφαρμοστέα νομοθεσία.

Θεωρούμε κρίσιμο να επισημανθεί εισαγωγικά ότι ο βαθμός προσέγγισης των στόχων που κλήθηκε να υπηρετήσει το ΚΕ.Π.Α. θα υπολείπεται σημαντικά του επιθυμητού, όσο η νομοθεσία που αφορά τα άτομα με αναπηρία παραμένει αποσπασματική, περίπλοκη και περιπτωσιολογική. Ωστόσο, εκφεύγει των επιδιώξεων της παρούσης η διατύπωση ολοκληρωμένων προτάσεων για παρεμβάσεις σε επίπεδο κοινωνικής πολιτικής και δικαιωματικής προσέγγισης της αναπηρίας, οι οποίες θα απέρρεαν από την προσφάτως

κυρωθείσα από την Ελλάδα Σύμβαση του ΟΗΕ για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες².

Η έκθεση ακολουθεί την εξής δομή:

I. Γενικές παρατηρήσεις επί του νομικού πλαισίου

II. Παρατηρήσεις για τη λειτουργία των υγειονομικών επιτροπών του ΚΕ.Π.Α.

III. Ειδικότερα ζητήματα

IV. Συμπεράσματα-Προτάσεις του Συνηγόρου του Πολίτη.

I. Γενικές παρατηρήσεις επί του νομικού πλαισίου

Το νέο πλαίσιο στη λειτουργία των υγειονομικών επιτροπών και στην εν γένει πιστοποίηση της αναπηρίας έχει διαμορφωθεί με βάση τα άρθρα 6 έως 8 του Ν. 3863/2010, όπως αυτά ήδη τροποποιήθηκαν με διατάξεις των νόμων 3918/2011, 3996/2011, 4038/2012, 4075/2012. Με ρητή παραπομπή, παραμένουν σε ισχύ ορισμένες από τις διατάξεις του άρθρου 6 του Ν. 2556/1997, ενώ σημαντικές διατάξεις για τις υγειονομικές επιτροπές περιέχονται και στον Κανονισμό Ασφαλιστικής Αρμοδιότητας του ΙΚΑ (ΥΑ 57440 της 13 Ιαν. / 7 Φεβρ. 1938, ΦΕΚ 33 τ. Β’).

Μια πρώτη παρατήρηση είναι ότι το νέο σύστημα πιστοποίησης αναπηρίας τέθηκε σε εφαρμογή με πολλά κενά, σε επίπεδο προβλέψεων νομοθετικού πλαισίου, τα οποία καταβλήθηκε προσπάθεια να καλυφθούν εν πολλοίς άμεσα –πλην όμως περιπτώσιολογικά και ενίοτε αντιφατικά– μέσω εγκυκλίων, είτε από τη Δ/νση Διοικητικής Οργάνωσης της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικής Ασφάλισης³, είτε από τη Δ/νση Αναπηρίας και Ι.Ε. του Ι.Κ.Α.-ΕΤΑΜ⁴. Η περιπτώσιολογική αυτή αντιμετώπιση είχε ως επακόλουθο τη δυσκολία, αν όχι την αδυναμία, σχηματοποίησης ενός ολοκληρωμένου και σαφούς κανονιστικού πλαισίου που να ρυθμίζει τη λειτουργία των υγειονομικών επιτροπών στις λεπτομέρειές της. Το πρόβλημα αυτό η Δ/νση Αναπηρίας του Ι.Κ.Α.-ΕΤΑΜ αποπειράθηκε να αντιμετωπίσει με την έκδοση της ανακεφαλαιωτικής εγκυκλίου υπ’ αριθμ. Π51/586 με ημερομηνία 30-5-2012 (στο εξής «ανακεφαλαιωτική εγκύκλιος»), όπου μάλιστα γίνεται αναφορά σε επικείμενη

² Βλ. Ν. 4074/2012 «Κύρωση της Σύμβασης για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες και του Προαιρετικού Πρωτοκόλλου στη Σύμβαση για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες.» (ΦΕΚ 88 τ. Α’/2012).

³ Όπως είναι οι υπ’ αριθμ. Φ80000/οίκ.20497/1670/31.8.2011, οικ.23067/1307/7.11.2011, οικ. 30002/1896/14.12.2011.

⁴ Όπως η υπ’ αριθμ. 63/2-9-2011 και η Π51/164/23.2.2012. Σχετικά είναι και τα υπ’ αριθμ. πρωτ. Π51/24/773/27.6.2011 και Π51/82/1307/22.9.2011 γενικά έγγραφα, όπου δίδονται αρκετά αναλυτικές οδηγίες για τη συμπλήρωση και κατάθεση αίτησης, καθώς και για την εν γένει λειτουργία των ΚΕ.Π.Α.

έκδοση κανονιστικών διατάξεων «που θα οριοθετήσουν πολύ συγκεκριμένα και με σαφήνεια το περιβάλλον στο οποίο θα ενταχθεί το σύνολο των διαδικασιών που αφορούν στη λειτουργία των ΚΕ.Π.Α.»

Η εγκύκλιος αυτή, όντως, αποτελεί μια εξαιρετική προσπάθεια να χαρτογραφηθούν οι αρμοδιότητες των εμπλεκόμενων υπηρεσιών και οι ακολουθούμενες διαδικασίες σε μια σειρά από εκκρεμή θέματα, τα οποία, εάν είχαν αντιμετωπισθεί από την αρχή με τον απαιτούμενο σχεδιασμό, δεν θα είχαν δημιουργήσει συνεχείς εντάσεις μεταξύ των πολιτών και των αρμοδίων κατά τόπους υπηρεσιών του ΚΕ.Π.Α.

II. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ ΤΟΥ ΚΕ.Π.Α.

1.Σημαντικές καθυστερήσεις στην εξέταση των ενδιαφερομένων και παράγοντες που συντελούν σε αυτές.

Οι μεγάλες καθυστερήσεις στην εκτίμηση της αναπηρίας από τις υγειονομικές επιτροπές του ΚΕ.Π.Α., σε συνδυασμό με τη συχνή αδυναμία εκτίμησης του προσδοκώμενου χρόνου αναμονής, είναι το συνηθέστερο πρόβλημα που έχει αναφερθεί στον ΣτΠ. Αν και σε κάποιο βαθμό οι δυσλειτουργίες ήταν αναμενόμενες, λόγω της εμβέλειας των επιχειρούμενων αλλαγών στις αρμοδιότητες και στη λειτουργία των υγειονομικών επιτροπών που λειτουργούσαν στο πλαίσιο των ασφαλιστικών φορέων και των Νομαρχιών της Χώρας, οι καθυστερήσεις, συχνά πλέον, υπερβαίνουν τους έξι (6) μήνες για την πρωτοβάθμια κρίση. Σε αρκετές περιπτώσεις, όπου η πρωτοβάθμια κρίση προσβάλλεται με προσφυγή στη δευτεροβάθμια επιτροπή είτε από το αρμόδιο όργανο του φορέα που χορηγεί την παροχή είτε από τον ενδιαφερόμενο, απαιτείται πολύ μεγαλύτερο διάστημα αναμονής⁵. Σε ορισμένες μάλιστα από τις περιπτώσεις που έχουν αναφερθεί, ο συνολικός χρόνος διεκπεραίωσης από την ημερομηνία κατάθεσης του αρχικού αιτήματος υπερβαίνει το έτος.

Ο ΣτΠ αποδίδει τις καθυστερήσεις στους εξής κυρίως παράγοντες:

α) Στην ανάθεση στο ΚΕ.Π.Α. της αρμοδιότητας διαπίστωσης της αναπηρίας των ασφαλισμένων όλων των ασφαλιστικών ταμείων, συμπεριλαμβανομένου του Δημοσίου και των ανασφάλιστων και για το σύνολο των κοινωνικών και οικονομικών παροχών ή διευκολύνσεων που συνδέονται με την αναπηρία. Η επιλογή αυτή είχε ως συνέπεια τη

*(ΦΥ) φάκελος υπόθεσης

⁵ Ενδεικτικά ΦΥ 152958/2012, 147920/2011, 154775/2012,154338/2012,153808/2012,154375/2012, 153114/2012, 152908/2012, 161222, 161760. Περιπτώσεις που διεκπεραιώθηκαν με καθυστέρηση ενδεικτική αναφορά 152085/2012, 13945/1021, 250996/2012, 151839/2012, 150238/2012, 152440/2012, 152851/2012, 152096/2012, 152084/2012, 152351/2012, 150355/2012.

συσσώρευση υπερβολικά μεγάλου αριθμού αιτημάτων σε σχέση 1) με τον αριθμό των ιατρών που είναι διαθέσιμοι για τη συγκρότηση των επιτροπών και 2) με τη στελέχωση της διοικητικής υπηρεσίας που φέρει το βάρος της υποστήριξης του εγχειρήματος.

β) Στην μεταφορά στο ΚΕ.Π.Α. μεγάλου όγκου εκκρεμών αιτημάτων για κρίση α' και β' βαθμού από τα προϋφιστάμενα πολλαπλά καθεστώτα εκτίμησης βαθμού αναπηρίας, σε κάποιες περιπτώσεις με παγωμένα αιτήματα ακόμη και δυο χρόνων.

γ) Στην απροθυμία που, όπως μας αναφέρθηκε, επιδεικνύουν οι *ιατροί του ΕΟΠΥΥ* για συμμετοχή στις υγειονομικές επιτροπές, τούτο δε παρά τη σχετική υποχρέωση που προβλέπεται ως όρος στη σύμβαση εργασίας τους. Η απροθυμία αυτή αποδίδεται πιθανόν στο ύψος της αποζημίωσης που προβλέπεται για τα μέλη των επιτροπών, σε συνδυασμό με τον πλημμελή διοικητικό έλεγχο εκπλήρωσης της υποχρέωσης από πλευράς των αρμοδίων οργάνων του ΕΟΠΥΥ. Άλλες αιτίες του φαινομένου μπορεί να είναι η φύση του αντικειμένου, οι όροι απασχόλησης, η απουσία ουσιαστικών κινήτρων (όπως η μοριοδότηση για την επιλογή σε θέσεις Ε.Σ.Υ.) και επαγγελματικής αξιοποίησης της συμμετοχής στις υγειονομικές επιτροπές.

δ) Στην αντιστοίχιση των ειδικοτήτων των ιατρών που απαρτίζουν τις υγειονομικές επιτροπές με τα εκάστοτε εξεταζόμενα περιστατικά (π.χ. καρδιολογικά περιστατικά να ελέγχονται από καρδιολόγους, οφθαλμολογικά από οφθαλμιάτρους κ.ο.κ.), πρακτική που επιτείνει το πρόβλημα των καθυστερήσεων σε περιοχές εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων και για παθήσεις λιγότερο συχνές ή για παθήσεις που απαιτούν εξέταση αμιγώς από ιατρούς ειδικοτήτων σε έλλειψη (όπως αυτές των νευρολόγων και των ψυχιάτρων⁶). Δυσλειτουργία επίσης προκαλείται στα περιστατικά πολυαναπηρίας, όπου οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να εξεταστούν από ισάριθμες με τις αναπηρίες τους επιτροπές. Σημειώνεται πάντως ότι η παραπάνω πρακτική της αντιστοίχισης δεν βρίσκει θεμελίωση σε νομοθετική διάταξη. Έχει εκφραστεί η πρόθεση των αρμοδίων στελεχών του Ι.Κ.Α.-ΕΤΑΜ να επανέλθει η λειτουργία μεικτών υγειονομικών επιτροπών.

ε) Στην ύπαρξη σταδίου προελέγχου της αίτησης που προβλεπόταν (μέσω εγκυκλίων) κατά την έναρξη λειτουργίας του ΚΕ.Π.Α. και στο στάδιο της οριστικοποίησης της γνωμάτευσης εντός του Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος («Ο.Π.Σ.»), που εξακολουθεί να εφαρμόζεται (επίσης κατά πρόβλεψη εγκυκλίων, χωρίς νομοθετικό έρεισμα).

⁶ ΦΥ 161966.

στ) Στην ύπαρξη σοβαρών κενών στο σχεδιασμό της μετάβασης από το προϋφιστάμενο στο νέο σύστημα και στην ανυπαρξία σαφών οδηγιών προς τους αρμόδιους διοικητικούς υπαλλήλους.

η) Στην καθυστερημένη έναρξη λειτουργίας των δευτεροβάθμιων υγειονομικών επιτροπών.

θ) Στο γεγονός ότι η νομοθεσία που διέπει τη χορήγηση παροχών απαιτεί γνωμάτευση επί ειδικών ερωτημάτων και συγκεκριμένες λεκτικές διατυπώσεις, οι οποίες δεν είναι γνωστές στα μέλη των υγειονομικών επιτροπών, δεν περιέχονται στα ερωτήματα των φορέων παραπομπής και δεν αποτυπώνονται στο έντυπο που συμπληρώνουν οι υγειονομικές επιτροπές. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε μεγάλες καθυστερήσεις, καθώς συχνά ο φορέας που χορηγεί την κοινωνική παροχή αδυνατεί να εφαρμόσει την γνωμάτευση και απευθύνει νέο ερώτημα προς την υγειονομική επιτροπή.

Η διαδικασία που ακολουθείται στις περιπτώσεις αυτές για τη διόρθωση παραλείψεων στις γνωματεύσεις είναι δύσκαμπτη και χρονοβόρα. Σχετικές επισημάνσεις έχει απευθύνει ο ΣτΠ προς τη Διεύθυνση Αναπηρίας του Ι.Κ.Α.-ΕΤΑΜ με το υπ' αριθμ. πρωτ. 157058/43167/6.12.2012 έγγραφό του, όπου παρουσιάζονται αρκετές εκκρεμείς περιπτώσεις που του έχουν αναφερθεί⁷. Μια αντιμετώπιση του προβλήματος επιχειρείται με την ανακεφαλαιωτική εγκύκλιο Ι.Κ.Α.-ΕΤΑΜ, όπου διευρύνεται η σχετική αρμοδιότητα των Διευθυντών των Υποκαταστημάτων. Ωστόσο, δεν είναι σαφές ποια είναι η ακολουθούμενη σε κάθε περίπτωση διοικητική πρακτική. Από τις περιπτώσεις που έχουν αναφερθεί στον ΣτΠ, φαίνεται να προκρίνεται η παραπομπή του φακέλου της υπόθεσης σε Δευτεροβάθμια Υγειονομική Επιτροπή (βλ. κατωτέρω υπό Π6).

ι) Στην αδυναμία εξέτασης σε εύλογο χρόνο των κατ' οίκον περιστατικών⁸. Μάλιστα η επίγνωση αυτών των καθυστερήσεων έχει οδηγήσει σε μείωση των αιτημάτων και διευθετήσεις δέσμευσης ασθενοφόρων, ακόμη και νοσοκομείου του ΕΣΥ για μεταφορά κατάκοιτων στις επιτροπές.

ια) Εκ της διαμόρφωσης των ιατρικών κρίσεων και εν μέρει εκ του Ενιαίου Πίνακα Προσδιορισμού Ποσοστού Αναπηρίας, φαίνεται ότι για καταστάσεις μη αναστρέψιμες εκδίδονται γνωματεύσεις βραχείας ισχύος. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις που σε μικρό χρονικό διάστημα από την παραλαβή της γνωμάτευσης απαιτείται η υποβολή αιτήματος εκ νέου, ακόμη και στις περιπτώσεις των μη αναστρέψιμων καταστάσεων υγείας. Από τις αναφορές των πολιτών προκύπτει ότι δυστυχώς οι ιατροί των υγειονομικών επιτροπών του

⁷ Ενδεικτικά 161049, 159051, 153437.

⁸ ΦΥ 159588, 159970.

ΚΕ.Π.Α. δεν εφαρμόζουν τις διατάξεις του άρθρου 16 Ν.3846/2010 με τις οποίες έχει ορισθεί εκ του νόμου μια σειρά παθήσεων (όπως η βαρεία νοητική υστέρηση), στις οποίες, εάν το ποσοστό αναπηρίας υπερβαίνει το 80%, η διάρκεια της αναπηρίας καθορίζεται υποχρεωτικά επ' αόριστον. Επίσης, δεν φαίνεται να εφαρμόζονται οι διατάξεις υπουργικών αποφάσεων που ορίζουν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις ασθενών, π.χ. μεταμοσχευθέντες νεφροπαθείς τελικού σταδίου, η διάρκεια της αναπηρίας ορίζεται επίσης επ' αόριστον, παρά το γεγονός ότι οι ανωτέρω διατάξεις έχουν κατ' επανάληψη γνωστοποιηθεί στους γιατρούς των υγειονομικών επιτροπών με εσωτερικά έγγραφα του Ι.Κ.Α.-ΕΤΑΜ.

Ιβ) Στην υιοθέτηση ενός συγκεντρωτικού συστήματος, μετά από πολυετή εμπειρία αποκεντρωμένων λειτουργιών, και μάλιστα τόσο συγκεντρωτικού που δε φαίνεται να μπορεί να επιμερίσει τις λειτουργίες του ισόρροπα μεταξύ των περιφερειών, δεν προβλέπει επίλυση προβλημάτων σε τοπικό επίπεδο και δε διαφοροποιεί λειτουργίες εφαρμογής από εκείνες του σχεδιασμού και της εποπτείας.

2. Ιατρικά πιστοποιητικά που λαμβάνονται υπόψη

Σύμφωνα με τις οδηγίες της Δ/σης Αναπηρίας και Κοινωνικής Εργασίας ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (που επαναλαμβάνονται στην ανακεφαλαιωτική εγκύκλιο), προβλέπεται ότι τα ιατρικά πιστοποιητικά που συνυποβάλλονται με την αίτηση πρέπει αφενός να παραπέμπουν σε συγκεκριμένες ιατρικές εξετάσεις και αφετέρου οι εξετάσεις αυτές να έχουν πραγματοποιηθεί μέσα στους τελευταίους τέσσερις (4) μήνες. Ωστόσο, ορισμένες ιατρικές εξετάσεις αντενδείκνυται να επαναλαμβάνονται σε σύντομα χρονικά διαστήματα (π.χ. διότι προϋποθέτουν έκθεση σε ακτινοβολία ή/και συνεπάγονται σημαντικό κόστος για τον ενδιαφερόμενο ή τον ασφαλιστικό του φορέα, χωρίς άλλη χρησιμότητα, ενώ απαιτούν και συχνά πολύμηνο προγραμματισμό για να γίνουν σε δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα (π.χ. μαγνητικές τομογραφίες). Επίσης, οι γνωματεύσεις των θεραπόντων ιατρών δεν ανταποκρίνονται πάντα στις απαιτήσεις περιεχομένου και τεκμηρίωσης που συνάγονται από τη συνυποβολή παρακλινικών εξετάσεων.

Ο ΣτΠ θεωρεί για τους παραπάνω λόγους ότι ο χρονικός περιορισμός των πιστοποιητικών που λαμβάνονται υπόψη, κατά το μέτρο που τίθεται κατά τρόπο γενικό και απόλυτο, είναι επαχθής για τον ενδιαφερόμενο και τα συστήματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης γενικότερα, σε τέτοιο βαθμό, που δεν φαίνεται να δικαιολογείται από την ανάγκη θεμελίωσης της κρίσης της υγειονομικής επιτροπής σε πρόσφατα ιατρικά δεδομένα,

τουλάχιστον σε συγγενείς ή γενετικές επιβαρύνσεις και γενικότερα σε χρόνιες, μη αναστρέψιμες και ανίατες παθήσεις⁹.

Από αναφορές που διερεύνησε ο ΣτΠ μετά τις πρώτες γνωματεύσεις και την ανάγκη ελέγχου της επαρκούς αιτιολογίας των συγκριτικά χαμηλών ποσοστών αναπηρίας, ακόμη και για άτομα με χρόνια εξάρτηση από ασφαλιστικές ή προνοιακές παροχές, ήδη διαπιστώνεται ένα σοβαρό πρόβλημα στη διατύπωση των γνωματεύσεων. Ειδικότερα, έχουν διαπιστωθεί αναφορά της διάγνωσης, χωρίς απαρίθμηση συμπτωμάτων, ενδεικτική και όχι εξαντλητική αναφορά των προβλημάτων του ασθενούς, έλλειψη συσχέτισης με ευρήματα, αναφορά θεραπειών χωρίς εκτίμηση της βαρύτητας μιας κατάστασης ή της ανταπόκρισης στην ακολουθούμενη θεραπεία. Συνεπώς, σε αρκετές περιπτώσεις πάσχει ουσιωδώς η τεκμηρίωση των τυπικών και συνοπτικών ιατρικών κρίσεων όπως αποτυπώνονται στις γνωματεύσεις των επιτροπών, καθώς στερούνται σαφούς συσχετισμού με τις παρακλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις που έχει προσκομίσει ο ενδιαφερόμενος ως δικαιολογητικά του αιτήματός του. Η έλλειψη αυτή δε φαίνεται να καλύπτεται ούτε κατά το στάδιο του προελέγχου ούτε από τον εισηγητή του φακέλου, καθώς συχνά η εξέταση του φακέλου δεν είναι επαρκώς ενδεδεχής ώστε να ζητούνται τυχόν απαραίτητες συμπληρωματικές ιατρικές εξετάσεις πριν από τη συνεδρίαση της επιτροπής. Κάποιες φορές έχει παρατηρηθεί μεγάλη απόκλιση από την εκτίμηση του θεράποντος ιατρού, δηλαδή του κατά τεκμήριο εγγύτερου γνώστη της πραγματικής κατάστασης.

Από την εντύπωση που έχει σχηματίσει μέχρι σήμερα ο ΣτΠ, η ιατρική εξέταση του ενδιαφερομένου και η εκτίμηση του ιατρικού φακέλου, τόσο κατά το στάδιο του προελέγχου όσο και ειδικότερα κατά την αυτοπρόσωπη παρουσία του ενδιαφερομένου ενώπιον της υγειονομικής επιτροπής, απέχει πολύ από το να είναι ενδεδεχής λόγω του μεγάλου αριθμού των περιστατικών που πρέπει να αντιμετωπισθούν κατά τη συνεδρίαση της επιτροπής. Η έλλειψη επαρκούς αιτιολογίας εκθέτει τις ιατρικές κρίσεις στην πιθανότητα ανατροπής τους στη συνέχεια από τα αρμόδια δικαστήρια, αλλά κυρίως εκθέτει τη συνολική αξιοπιστία του ΚΕ.Π.Α. στην κοινή γνώμη, γεγονός που αδικεί ένα νέο και πολλά υποσχόμενο θεσμό.

3. Διαδικασία παραπομπής - Κάλυψη της δαπάνης εξέτασης

Από τη μέχρι στιγμής εμπειρία του ΣτΠ και όπως ήδη έχει επισημανθεί προς τους φορείς που εμπλέκονται στη διαδικασία παραπομπής υφίστανται προβλήματα αφενός νομοθετικού πλαισίου και αφετέρου διοικητικής εφαρμογής.

⁹ Βλ. το απευθυνόμενο στη Δ/ση Αναπηρίας και Ι.Ε. του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ υπ' αριθμ. πρωτ. 147594/17250/2012 έγγραφο του και ΦΥ 147594 .

Ειδικότερα, από το κείμενο της περ. ε' της § 5 του άρθρου 6 του Ν. 3863/2010 δεν προκύπτει ότι το κόστος εξέτασης από τις υγειονομικές επιτροπές του ΚΕ.Π.Α. (που ανέρχεται στο ποσό των € 46,14)¹⁰ μπορεί να επιβαρύνει τον εξεταζόμενο. Ως εκ τούτου, η μέχρι σήμερα αναζήτηση του ποσού αυτού από τους ίδιους τους εξεταζόμενους, σε όσες περιπτώσεις δεν διαθέτουν παραπεμπτικό από ασφαλιστικό φορέα, στερείται νομοθετικού ερείσματος. Στην Αρχή έχουν αναφερθεί περιπτώσεις καταβολής παραβόλου και από πολίτες με ασφαλιστική κάλυψη, ιδιαίτερα κατά την πρώτη περίοδο λειτουργίας του ΚΕ.Π.Α. οπότε παρατηρήθηκαν και άλλες συγχύσεις περί των αρμοδιοτήτων των διοικητικών και υγειονομικών ασφαλιστικών οργάνων. Υπήρξε ασφαλισμένος που κατευθύνθηκε στο ΚΕ.Π.Α., προκειμένου να υποβάλει αίτημα για σύνταξη αναπηρίας, με αποτέλεσμα την απώλεια συντάξεων για όλο το χρόνο που εκκρεμούσε η εξέτασή του.

Επίσης, δυσλειτουργίες παρατηρήθηκαν στην έκδοση παραπεμπτικών για ασφαλισμένους του Δημοσίου, για απόρους και ανασφαλιστους πολίτες, αλλά και δραματικές καθυστερήσεις στην έκδοση παραπεμπτικών για ασφαλισμένους του ΟΓΑ. Συγκεκριμένα, υφίστανται ορισμένες περιπτώσεις πολιτών, στους οποίους για διάφορους λόγους, είτε λόγω ύπαρξης καταγγελίας είτε λόγω της αμφισβήτησης της ουσίας της ιατρικής κρίσης εκ μέρους διοικητικών ασφαλιστικών οργάνων του ΟΓΑ, δεν εφαρμόστηκαν γνωματεύσεις υγειονομικών επιτροπών και ο φάκελος κρατήθηκε για αρκετούς μήνες σε εκκρεμότητα. Σε κάποιες από τις περιπτώσεις αυτές και μετά από εξαιρετικά μεγάλη καθυστέρηση, το περιστατικό παραπέμφθηκε για δευτεροβάθμια κρίση στο αρμόδιο ΚΕ.Π.Α.¹¹.

4. Διαδικασία ενστάσεων

Οι σχετικές αναφορές των πολιτών αναδεικνύουν δύο βασικά προβλήματα: αφενός τη δυσκολία των πολιτών να ασκήσουν τεκμηριωμένη ένσταση και αφετέρου την έλλειψη αιτιολογίας σε ενστάσεις που έχουν ασκήσει αρμόδια ασφαλιστικά όργανα (Διευθυντές Παροχών) κατά του κύρους των γνωματεύσεων.

Ειδικότερα, η αποτελεσματική άσκηση του δικαιώματος της ένστασης των ενδιαφερομένων πολιτών φαίνεται να προσκρούει στη δυσκολία τεκμηρίωσης και τη διαπιστωμένη από τον ΣτΠ άρνηση, από πλευράς των αρμόδιων οργάνων, να επιτρέψουν την πρόσβαση των ενδιαφερομένων στα στοιχεία του φακέλου. Κυρίως η άρνηση χορήγησης

¹⁰ Βλ. ΥΑ Φ.40021/26407/2051, ΦΕΚ 182 τ. Β'/2006.

¹¹ ΦΥ 157986, 155862, 155578, 154966, περίπτωση στην οποία σύμφωνα με το υπ' αριθμ. πρωτ. Γ23/7.1.2013 έγγραφο του Τμήματος Αναπηρίας Ι.Κ.Α.-ΕΤΑΜ το αίτημα δεν είναι καταχωρημένο στο μηχανογραφικό αρχείο του ΚΕ.Π.Α., παρόλο που ο φάκελος είναι σε εκκρεμότητα στον ΟΓΑ κατά πάσα πιθανότητα ήδη από 13.1.2011.

αποσπάσματος πρακτικού από τη συνεδρίαση της Επιτροπής δεν τους παρέχει δυνατότητα να αντικρούσουν επί της ουσίας την απόφαση. Λόγω της λακωνικότητας του περιεχομένου των γνωματεύσεων, όπως έχει επισημανθεί ήδη ανωτέρω, και των ελαχίστων αναφορών στα δικαιολογητικά που υποβλήθηκαν, το πρακτικό της Επιτροπής είναι εκ των ων ουκ άνευ για την υποβολή ενστάσεως ή/και την υποβολή νέου αιτήματος για αξιολόγηση αναπηρίας.

Επιβάλλεται η παρατήρηση ότι ακόμη και μετά από αιτήματα της Ανεξάρτητης Αρχής για αποστολή των πρακτικών και λοιπών ιατρικών σημειωμάτων, ως τώρα δεν υπήρξε ανταπόκριση¹². Σε ενδεχόμενη δικαστική κρίση, αναμφίβολα θα υπάρξει πρόβλημα στοιχειοθέτησης των πράξεων της Διοίκησης που βασίζονται σε συνοπτικές γνωματεύσεις. Οι ασφαλιστικοί φορείς θα έχουν συνεπώς πρόβλημα νομιμοποίησης των δυσμενών (απορριπτικών) διοικητικών πράξεών τους και εξ όσων έχουν πέσει στην αντίληψη του ΣτΠ ήδη ζήτησαν να λαμβάνουν πληρέστερες γνωματεύσεις.

Περαιτέρω, όπως προκύπτει από αναφερόμενες περιπτώσεις στο ΣτΠ, πολλές φορές οι αρμόδιοι Διευθυντές Παροχών προβαίνουν σε ενστάσεις σε περιπτώσεις που έχει διαπιστωθεί οριακό ποσοστό αναπηρίας, για παράδειγμα σε ποσοστό 55% που δίνει δικαίωμα σε μερική σύνταξη αναπηρίας. Οι ενστάσεις αυτές γίνονται χωρίς ειδική επισήμανση της διαφωνίας με την τεχνική κρίση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής επιτροπής του ΚΕ.Π.Α.¹³. Επίσης, δεν συγκεκριμενοποιούνται οι λόγοι για τους οποίους ο Διευθυντής προβαίνει στην άσκηση ένστασης, ούτε γίνεται παραπομπή σε συγκεκριμένα ιατρικά στοιχεία, τα οποία πιθανώς να θέτουν σε αμφισβήτηση την κρίση της υγειονομικής επιτροπής. Το ίδιο έχει παρατηρηθεί και σε περιπτώσεις όπου ποσοστό απόλυτης αναπηρίας (100%) θεμελιώνει δικαίωμα σε μεγάλη προσαύξηση των χορηγούμενων συντάξεων, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των ασφαλισμένων του ΟΓΑ.

Η άκριτη άσκηση ένστασης σε συνδυασμό με τις καθυστερήσεις στη λειτουργία των δευτεροβάθμιων υγειονομικών επιτροπών έχει οδηγήσει σε πολύμηνη στέρηση των ασφαλισμένων από κοινωνικές παροχές που δικαιούνται και από παροχές ασθένειας για τους ίδιους και για τα εξαρτημένα μέλη της οικογένειάς τους. Συνεπώς, η άσκηση ένστασης εκ μέρους του αρμοδίου Διευθυντή αποβαίνει ανωφελής και επιβαρυντική τόσο για τους ασφαλισμένους όσο και για το ασφαλιστικό σύστημα .

Τέλος, έχει συχνά αναφερθεί στον ΣτΠ από ενδιαφερόμενους να ασκήσουν προσφυγή κατά γνωμάτευσης Α'θμιας Υγειονομικής Επιτροπής ότι παροτρύνονται προφορικά να μην

¹² ΦΥ 155605, 156077.

¹³ ΦΥ148913.

το πράξουν, με την επισήμανση ότι το ποσοστό αναπηρίας ενδέχεται να μειωθεί περαιτέρω από τη Β' θμια Υγειονομική Επιτροπή.

5. Εκτίμηση ασφαλιστικής αναπηρίας

Είναι γνωστό ότι στο πλαίσιο του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης η υπαγωγή και η παραμονή στο φορέα ασφάλισης εξαρτάται, κατά κανόνα, από την άσκηση επαγγελματικής δραστηριότητας. Για το λόγο αυτό, η διαπίστωση της επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου της αναπηρίας συνδέεται άρρηκτα και με την εκτίμηση του περιορισμού που επιφέρει η ανατομοφυσιολογική βλάβη στη δυνατότητα άσκησης του ασφαλιστέου επαγγέλματος (ασφαλιστική αναπηρία), για την εκτίμηση της οποίας επιφυλάσσεται καθοριστικός ρόλος στις υγειονομικές επιτροπές¹⁴.

Ειδικότερα, η αναπηρία συσχετίζεται άμεσα με την αδυναμία άσκησης του συνήθους βιοποριστικού επαγγέλματος ή άλλου παρεμφερούς στη νομοθεσία του ΟΑΕΕ¹⁵ και του ΟΓΑ¹⁶, η δε αρμοδιότητα εκτίμησης της αναπηρίας ως τέτοιο μέγεθος πριν τη σύσταση του ΚΕ.Π.Α. είχε ανατεθεί αποκλειστικά στις υγειονομικές επιτροπές του ΟΑΕΕ¹⁷ και του ΙΚΑ αντίστοιχα¹⁸.

¹⁴ Σύμφωνα με την ανακεφαλαιωτική εγκύκλιο, η αρμοδιότητα εκτίμησης της ανικανότητας προς εργασία των ασφαλισμένων του Δημοσίου εξακολουθεί να ανήκει στις υγειονομικές επιτροπές του Υπαλληλικού Κώδικα.

¹⁵ Βλ. άρθρο 21 § 3 του Καταστατικού του Κλάδου Σύνταξης του ΟΑΕΕ (ΠΔ 258/2005, ΦΕΚ 316 τ. Α'/2005) και, αναλυτικότερα, άρθρο 25 του Κανονισμού Ασφαλιστικής Λειτουργίας του ΟΑΕΕ (ΥΑ Φ80000/7228/308, ΦΕΚ Β 1397 2006):

«2. [...]Η ανικανότητα για εργασία καθορίζεται με βάση αφ' ενός τη φυσική αναπηρία, αφ' ετέρου την επίδραση αυτής επί του ασκουμένου επαγγέλματος σε συνδυασμό με την ηλικία του εξεταζομένου, τη δυνατότητα άσκησης άλλου επαγγέλματος και τη δυνατότητα συνέχισης της λειτουργίας του και εκφράζεται σε ποσοστό επί τοις εκατό (%). [...] 5. [...]Η Δευτεροβάθμια Υγειονομική Επιτροπή αποφαινεται επί εφέσεων ασφαλισμένων ή του Οργανισμού κατά αποφάσεων των Πρωτοβαθμίων Υγειονομικών επιτροπών αυτού, που αναφέρονται στην εξακρίβωση ή βεβαίωση περί της ύπαρξης αναπηρίας και γενικά περί της ανικανότητας προς άσκηση του επαγγέλματος. [...]».

¹⁶ Βλ. π.χ. ΠΔ 334/1988 (ΦΕΚ 154 τ. Α'/1988) άρθρο 1: «Ο ασφαλισμένος του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων έχει δικαίωμα για σύνταξη αναπηρίας από τον Οργανισμό αυτό, εφόσον συντρέχουν οι κατωτέρω προϋποθέσεις: α. Έχει γίνει ανίκανος για την άσκηση του συνήθους βιοποριστικού επαγγέλματός του, σε ποσοστό τουλάχιστον 67 %, από πάθηση ή βλάβη που κατά πρόβλεψη της υγειονομικής επιτροπής θα διαρκέσει τρία (3) τουλάχιστον χρόνια. β. [...]»

¹⁷ Βλ. άρθρο 22 § 2 του Καταστατικού του Κλάδου Σύνταξης του ΟΑΕΕ. και υπ' αρ. 4607/1.8.2007 έγγραφο της Διεύθυνσης Νομικών Υπηρεσιών του Οργανισμού

¹⁸ Βλ. άρθρο 28 του Καταστατικού Ασφάλισης και Συνταξιοδότησης Αγροτών (ΠΔ 78/1998 (ΦΕΚ 72 τ.Α'/1998): «1. Οι Υγειονομικές Επιτροπές διαπιστώνουν τη φύση, τα αίτια, την έκταση και τη διάρκεια της σωματικής ή πνευματικής πάθησης ή βλάβης, κρίνουν για την επίδοση αυτών από ιατρικής και ασφαλιστικής απόψεως επί της καθ' όλου ανικανότητας ή την ανάκτηση της ικανότητας αυτής προκειμένου α) Περί ασφαλισμένων για την άσκηση του συνήθους βιοποριστικού επαγγέλματος ως και κάθε παρεμφερούς, β) [...]».

Παρομοίως για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ, η έννοια της αναπηρίας συνδέεται με τη δυνατότητά τους προς βιοπορισμό και χαρακτηρίζεται ως βαριά, συνήθης ή μερική, με ποσοστά 80%, 66,6% και 50% αντίστοιχα, ανάλογα με το ποσό που συνήθως κερδίζει σωματικά και πνευματικά υγιής άνθρωπος της ίδιας μόρφωσης. Επιπλέον, προβλέπεται η δυνατότητα αύξησης μέχρι 17 ποσοστιαίες μονάδες του ποσοστού αναπηρίας που προσδιορίστηκε με βάση ιατρικά κριτήρια με τη χρήση κοινωνικών κριτηρίων ή κριτηρίων αγοράς εργασίας¹⁹. Η αρμοδιότητα των υγειονομικών επιτροπών περιλαμβάνει αφενός την «από ιατρικής απόψεως διαπίστωση της φύσεως των αιτίων, της εκτάσεως και της διαρκείας της σωματικής ή της πνευματικής παθήσεως ή βλάβης ή εξασθενήσεως του αιτούντος, είτε πρωτοτύπως είτε παραγωγώς, σύνταξιν αναπηρίας ή επίδομα ασθενείας» και αφετέρου την έρευνα της επίδρασης τούτων «επί της καθόλου ικανότητος του **ησφαλισμένου προς άσκησην του συνήθους βιοποριστικού επαγγέλματος αυτού, ως και την ανάκτησιν αυτής.** [...]»²⁰.

Στην πράξη, ωστόσο, το βάρος για την προσαύξηση του ποσοστού αναπηρίας με συνεκτίμηση κοινωνικών κριτηρίων ή κριτηρίων αγοράς εργασίας, κατά κανόνα, το έφερε η Τοπική Διοικητική Επιτροπή, έπειτα από προσφυγή του ενδιαφερομένου, δεδομένου ότι ο αρμόδιος Διευθυντής σπάνια προέβαινε στην άσκηση της εν λόγω αρμοδιότητας. Προσφάτως, η δυνατότητα αυτή των τοπικών διοικητικών επιτροπών καταργήθηκε, καθώς εξαιρέθηκε από τις αρμοδιότητές τους, δυνάμει του άρθρου 77 § 9 του Ν. 3996/2011, η εξέταση υποθέσεων σχετικά με την προσαύξηση του ποσοστού αναπηρίας με τη χρήση κοινωνικών κριτηρίων. Επομένως, το μόνο ασφαλιστικό όργανο που έχει αρμοδιότητα για την προσαύξηση του ποσοστού αναπηρίας με τη χρήση κοινωνικών κριτηρίων ή κριτηρίων αγοράς εργασίας είναι οι Δ/ντές των Τοπικών Υποκ/των (όπως άλλωστε αναγνωρίζεται και στην υπ' αριθμ. 67/2011 εγκύκλιο της Δ/νσης Παροχών του ΙΚΑ), οι οποίοι, με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία, σπανίως ασκούν την αρμοδιότητα αυτή.

Σε αντιστοιχία με όλα τα παραπάνω, το ασφαλιζόμενο επάγγελμα αναφέρεται συχνά ως παράγοντας εκτίμησης της αναπηρίας και στον εκδοθέντα δυνάμει του άρθρου 7 του Ν. 3863/2010 Ενιαίο Πίνακα Προσδιορισμού Ποσοστού Αναπηρίας (Ε.Π.Π.Π.Α)²¹, χωρίς ωστόσο να γίνεται τυποποίηση του εν λόγω κριτηρίου με ρητή αναφορά σε επιμέρους παραμέτρους (π.χ. μορφωτικό επίπεδο, φύση του ασφαλιζόμενου επαγγέλματος). Εξακολουθούν επομένως και υπό το καθεστώς του Ε.Π.Π.Π.Α. οι υγειονομικές επιτροπές να

¹⁹ Βλ. άρθρο 28 § 5 του Α.Ν. 1846/1951 όπως ισχύει μετά τις τροποποιήσεις που επέφεραν τα άρθρα 27 του Ν. 1902/1990 και 12 του Ν. 1976/1991,

²⁰ Άρθρο 29 του Κανονισμού Ασφαλιστικής Αρμοδιότητας του ΙΚΑ.

²¹ Βλ. ΦΕΚ 1506 τ. Β' /2012.

απολαμβάνουν σημαντικό περιθώριο διακριτικής ευχέρειας, η άσκηση – όπως και η μη άσκηση – της οποίας θα πρέπει να τυγχάνει ειδικής αιτιολογίας.

Ειδικότερα, η κρίση περί της ασφαλιστικής αναπηρίας θα πρέπει να περιέχει την παράθεση ή την σαφή και εξατομικευμένη αξιολόγηση συγκεκριμένων στοιχείων για τα επαγγελματικά κριτήρια της αναπηρίας, όπως είναι το είδος και οι συνθήκες απασχόλησης του ασφαλισμένου, η έκταση της επίδρασης της ιατρικώς διαπιστωθείσης πάθησης αυτού στην άσκηση του επαγγέλματός του ή άλλου παρεμφερούς, η ηλικία και οι γενικότερες συνθήκες εργασίας στην περιοχή. Κατά συνέπεια, η γνωμάτευση της υγειονομικής επιτροπής (και, κατ' επέκταση η βάσει αυτής εκδιδόμενη απόφαση του ασφαλιστικού οργάνου) κρίνεται ανατιολόγητη, όταν δεν εκτιμά την συγκεκριμένη ειδικότητα του αιτούντος, δεν εξειδικεύει τις συνθήκες που επικρατούν στην τοπική αγορά εργασίας, δεν αναφέρει το συγκεκριμένο ποσό των εσόδων από εργασία υγιούς εργαζόμενου της ίδιας κατηγορίας, ώστε να είναι δυνατή η σύγκριση, δεν εξετάζει τη μόρφωση του ασφαλισμένου και τη δυνατότητα προσαρμογής του σε παρεμφερή εργασία, κλπ., στοιχεία τα οποία είναι επιδεκτικά δικαστικού ελέγχου²². Ομοίως, έχει γίνει δεκτό στο παρελθόν, ότι κρίση περί αναπηρίας που περιορίζεται, εν πολλοίς, στην επανάληψη της σχετικής διάταξης του νόμου, χωρίς ειδικότερη έρευνα και εκτίμηση των αναφερόμενων στη βιοποριστική ικανότητα του ασφαλισμένου στοιχείων, δεν αιτιολογείται προσηκόντως²³.

Παραμένοντας στο επίπεδο της γνωμάτευσης του ΚΕ.Π.Α. και στα ανατομοφυσιολογικά κριτήρια, οι γνωματεύσεις δεν επιλαμβάνονται ζητημάτων λειτουργικότητας, ειδικά ως προς την πορεία της νόσου. Εννοούμε ότι δεν αποτιμάται η σωματική ικανότητα απασχόλησης για την ως τότε ασκούμενη δραστηριότητα ή παρεμφερή της, και δεν εκτιμάται το πρόσφορον της συνέχισής της από τη σκοπιά της περαιτέρω νοσηρότητας και επιδείνωσης της υγείας του εξεταζομένου²⁴.

Εν όψει των ανωτέρω, ο νέος τύπος της γνωμάτευσης – με τη μορφή τουλάχιστον της εκτύπωσης μέσω του Ο.Π.Σ. που φτάνει στα χέρια των ασφαλισμένων- εμφανίζεται να είναι ιδιαίτερα συνοπτικός ως προς την εκτίμηση της δυνατότητας άσκησης του ασφαλιστέου επαγγέλματος και δίδει έμφαση μόνο στην αποτύπωση της ανατομοφυσιολογικής βλάβης και στην ποσοτικοποίησή της με τον καθορισμό του ποσοστού αναπηρίας που αντιστοιχεί σε αυτήν.

6. Κρίσεις των γνωματεύσεων επί ειδικότερων παροχών.

²² Βλ. ενδεικτικά ΣτΕ 225/2010 που αφορά το προ του ΟΑΕΕ νομοθετικό καθεστώς.

²³ Βλ. Α. Στεργίου ο. π., σελ. 350 επ. με περαιτέρω παραπομπή σε νομολογία.

²⁴ ΦΥ 154951.

Από τα βασικότερα γνωρίσματα του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλειας παραμένουν η έλλειψη σχεδιασμού και η αποσπασματικότητα στην οικοδόμησή του, η πολυνομία και η ανασφάλεια δικαίου. Σχετικά με τις παροχές που συνδέονται με την αναπηρία, τα γνωρίσματα αυτά εμφανίζονται κυρίως με τη θέσπιση σειράς ευκαιριακών ευεργετημάτων με στόχευση που, όχι σπάνια, ήταν περιπτωσιολογική, αναφερόμενη σε συγκεκριμένες παθήσεις ή νόσους (ενίοτε μάλιστα με τη χρήση μη αποδεκτών ιατρικά όρων²⁵). Κατ' επέκταση, ως προς το εδώ εξεταζόμενο αντικείμενο, υπήρχε ανάγκη επανειλημμένης πιστοποίησης της αναπηρίας, ώστε η υγειονομική επιτροπή να αποφαίνεται κάθε φορά περί της υπαγωγής ή μη της αυτής περίπτωσης σε διαφορετική κανονιστική διάταξη²⁶. Προέκυπτε, δηλαδή, αφενός ταλαιπωρία των ενδιαφερομένων και αφετέρου αύξηση του διοικητικού κόστους με τον τεχνητό πολλαπλασιασμό των περιπτώσεων προς εξέταση.

Άρση των παραπάνω παραγόντων κακοδιοίκησης επιδιώκεται με την ανάθεση, αποκλειστικά στο ΚΕ.Π.Α., της αρμοδιότητας πιστοποίησης της αναπηρίας και την εφαρμογή του Ε.Π.Π.Π.Α. για το σύνολο των παροχών. Ανταποκρινόμενη σε δυσλειτουργίες που παρατηρήθηκαν τους πρώτους μήνες εφαρμογής της νέας αυτής διαδικασίας²⁷, η Διοίκηση του Ι.Κ.Α.-ΕΤΑΜ, με την ανακεφαλαιωτική εγκύκλιο, προέβη σε εκτενή απαρίθμηση των παροχών και έδωσε οδηγίες στους φορείς που εκδίδουν τα παραπεμπτικά να επισημαίνουν το είδος του επιδόματος που ζητείται κάθε φορά, προς ενημέρωση και διευκόλυνση των ιατρών που στελεχώνουν τις επιτροπές.

Από τις μέχρι τώρα διαπιστώσεις μας φαίνεται να παραμένει δυσεπίτευκτη στην πράξη μια εξαντλητική αναφορά στο έντυπο της γνωμάτευσης ή στις οδηγίες προς τις υγειονομικές επιτροπές του συνόλου των διατάξεων και των πληροφοριών, που ενδέχεται να είναι κρίσιμες για την υπαγωγή στην εφαρμοστέα νομοθεσία σε κάθε εξατομικευμένη περίπτωση. Η Διοίκηση του Ι.Κ.Α.-ΕΤΑΜ εξακολουθεί, εξ όσων γνωρίζουμε, να θεωρεί ότι αρμοδιότητα των Υγειονομικών Επιτροπών είναι να γνωματεύουν για τις παθήσεις από τις οποίες πάσχουν οι αιτούμενοι τη σύνταξη ή το επίδομα, για το ποσοστό αναπηρίας που τους

²⁵ Π.χ. η χρήση του όρου «*παράλυση των κάτω άκρων*» στη ρυθμίζουσα το επίδομα κίνησης διάταξη της § 2 του άρθρου 7 του Ν. 3627/2007.

²⁶ Χαρακτηριστικές είναι οι περιπτώσεις εξωϊδρυματικού (παραπληγικού) επιδόματος. Ενδεικτικά ΦΥ159627, ΦΥ 157058, ΦΥ 156792.

²⁷ Π.χ. αλληλογραφία των ασφαλιστικών οργάνων με τις υγειονομικές επιτροπές ώστε να διευκρινιστεί αν ήδη κριθέντα περιστατικά εμπίπτουν στις διατάξεις που προβλέπουν το επίδομα παραπληγίας (άρθρο 42 του Ν. 1140/1981, άρθρο 5 Ν. 3232/2004 κλπ), αν ασφαλισμένοι του ΝΑΤ είναι ικανοί για την άσκηση του ναυτικού επαγγέλματος, αν το διαπιστωθέν 67% ποσοστό αναπηρίας οφείλεται αποκλειστικά σε ανατομοφυσιολογική βλάβη για αναγνώριση στρατιωτικής θητείας προκειμένου να θεμελιωθεί συνταξιοδοτικό δικαίωμα.

προσδίδουν αυτές, καθώς και για τη διάρκεια της αναπηρίας, όχι όμως να αποφαινούνται αν κάθε εξατομικευμένη περίπτωση εμπίπτει σε συγκεκριμένη διάταξη νόμου, αρμοδιότητα που έχουν τα διοικητικά ασφαλιστικά όργανα²⁸.

Ο ΣτΠ αναγνωρίζει ότι η παραπάνω θέση είναι συμβατή με το στόχο της έκδοσης μιας γνωμάτευσης για κάθε χρήση για δύο βασικούς λόγους: αφενός γιατί είναι πρακτικά αδύνατο οι γιατροί που συμμετέχουν στις υγειονομικές επιτροπές να γνωρίζουν τις, κατά την ειδική κάθε φορέα νομοθεσία, προβλεπόμενες προϋποθέσεις των παροχών αφετέρου, λόγω του δυναμικού και ευμετάβλητου χαρακτήρα των διατάξεων που διέπουν την κοινωνική ασφάλεια. Παράλληλα, όμως, θεωρεί ότι δεν θα πρέπει να αναμένεται από τα διοικητικά ασφαλιστικά όργανα, τα οποία κατά τεκμήριο στερούνται ειδικών ιατρικών γνώσεων, να προβαίνουν σε ερμηνεία γνωματεύσεων που συνιστούν προϊόν τεχνικής κρίσης.

Εν κατακλείδι, ο ΣτΠ θεωρεί ως ρεαλιστικό στόχο, υπό το υπάρχον γενικότερο νομοθετικό καθεστώς, την εξακολούθηση της ήδη δοκιμασμένης πρακτικής, δηλαδή της διαμόρφωσης του εντύπου της γνωμάτευσης κατά τρόπο που να διευκολύνει την υγειονομική επιτροπή να τοποθετηθεί περί του αν οι ενδιαφερόμενοι συγκεντρώνουν ή όχι τις προϋποθέσεις κάποιου από τα πλέον συνηθισμένα επιδόματα, όπως αυτό της παραπληγίας (εξωϊδρυματικό) και της απολύτου αναπηρίας (συμπαράστασης ετέρου προσώπου). Αντιθέτως, δεν θεωρεί μεγάλο το εύρος βελτίωσης που μπορεί να αναμένεται από τη λειτουργία του ΚΕ.Π.Α. και την εφαρμογή του Ε.Π.Π.Α. στην αποτελεσματικότητα του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλειας αν δεν υπάρξουν βήματα απλοποίησης και συστηματοποίησης του νομοθετικού πλαισίου που το διέπει.

7. Σύνθεση Υγειονομικών Επιτροπών και διατυπωθείσα τεχνική κρίση

Σε σχέση με τη σύνθεση των υγειονομικών επιτροπών ο ΣτΠ έχει προβεί στη διαπίστωση των ακόλουθων προβλημάτων. Αφενός ξεκινώντας από την απλή σκέψη ότι η άσκηση ιατρικής τεχνικής κρίσης μπορεί να εμπλουτίζει τον επαγγελματία και να επενεργεί θετικά στην παροχή υπηρεσιών υγείας, άλλοτε δια της ομαδικής εργασίας και άλλοτε μέσα από σχήματα διασύνδεσης, δεν είναι κατανοητό το σκεπτικό του αποκλεισμού ορισμένων ειδικοτήτων και ειδικότερα των παιδιάτρων (Ν. 3863/2010, άρθρο 6 παρ. 2 εδ. β') από τη σύνθεση των υγειονομικών επιτροπών. Αφετέρου η ομοιογενής σύνθεση των υγειονομικών επιτροπών από την πλευρά των ειδικοτήτων των ιατρών που τις απαρτίζουν, εκτός του ότι όπως ήδη έχει επισημανθεί ανωτέρω επιφέρει καθυστερήσεις, στερεί από την ιατρική

²⁸ Σχετική η υπ' αριθμ. Υ70/4 εγκύκλιος της Δ/σης Παροχών με ημερομηνία 20-7-2009.

εκτίμηση μια ολιστική και άρα συνεπέστερη προσέγγιση της κατάστασης υγείας του αναπήρου, ιδίως για σπάνια νοσήματα, τα οποία δεν αντιστοιχούν σε καθιερωμένη ειδικότητα ή και μπορεί να διαφιλονικούνται μεταξύ ειδικοτήτων, με αποτέλεσμα να μην καλύπτονται πλήρως από μία ειδικότητα.

Ειδικά για την εξαίρεση των παιδιάτρων, αποτελεί άποψη του ΣτΠ ότι είναι απαραίτητη η παρουσία τους στις υγειονομικές επιτροπές κατ'αναλογία των παθολόγων για τον ενήλικο πληθυσμό, καθώς η ειδικότητα του παιδίατρου καλύπτει σχεδόν όλες τις υπόλοιπες στο χειρισμό των ασφαλιστικών δικαιωμάτων της παιδικής ηλικίας και ότι η αποτίμηση της αναπηρίας απαιτεί συγκριτικό γνώμονα με το γενικό παιδικό πληθυσμό, τον οποίο μόνο οι παιδίατροι μπορούν και οφείλουν να διαθέτουν. Συνεπώς, η απουσία τους στερεί από τις υγειονομικές επιτροπές την ευρύτητα και το μέτρο σύγκρισης.

Η σύνθεση των υγειονομικών επιτροπών που εκφέρουν τεχνική κρίση είναι κομβικής σημασίας. Η εγκυρότητα της κρίσης συνιστά υποχρέωση του ασφαλιστικού και του προνοιακού συστήματος, η αποστολή των οποίων είναι να εντοπίσουν όλους τους δικαιούχους προστασίας και παροχών, ανεξάρτητα από τη δική τους δυνατότητα και πρόσβαση σε υγειονομική φροντίδα. Αυτό απαιτεί και προϋποθέτει την πληρότητα των γνωματεύσεων που εκφέρουν οι θεράποντες ιατροί. Βάσει των αναγκαστικού δικαίου κανόνων που προβλέπουν ειδικό καθεστώς για τα άτομα με αναπηρία στο ασφαλιστικό, το προνοιακό και άλλα συστήματα κοινωνικής πολιτικής, ακόμη και με ελλιπή φάκελο, το υγειονομικό όργανο του ΚΕ.Π.Α. οφείλει να επιδιώκει και να εξασφαλίζει έγκυρη γνωμάτευση. Γι'αυτό και οι γνωματεύσεις του, σε κάθε περίπτωση, οφείλουν να στηρίζονται σε επαρκή στοιχεία τόσο για τις ευμενείς όσο και για τις δυσμενείς κρίσεις. Για παράδειγμα, οφείλουν να ζητούν και να διατάσσουν συμπληρωματικά στοιχεία, ακριβώς επειδή η ευθύνη για τα εξαιρούμενα και αφρόντιστα άτομα με αναπηρία δεν μπορεί να αποδίδεται σε πλημμέλειες και ανεπάρκειες των ιδίων και του όποιου περιβάλλοντός τους. Πριν αυτά τα άτομα φτάσουν στην υγειονομική επιτροπή, η ευθύνη αφορά και άλλα όργανα του ασφαλιστικού και του προνοιακού συστήματος. Αφού φτάσουν, όμως, η ευθύνη της παραγόμενης τεχνικής κρίσης είναι καθ' ολοκληρία ευθύνη των μελών των υγειονομικών επιτροπών.

Είναι σημαντικό να μην καταγράφονται περιπτώσεις αποκλίσεων μεταξύ μη ελεγχόμενης νόσου κατά τις γνωματεύσεις των νοσηλευτικών μονάδων και «υφιέμενης» νόσου στις αποτιμήσεις των υγειονομικών οργάνων των ασφαλιστικών οργανισμών, προφανώς υπό αγωγή. Οι συνέπειες είναι σοβαρές για το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και μπορούν να αποδειχθούν ολέθριες για κείνους τους εξεταζόμενους, για τους οποίους η

φαινομενικά αθώα απόκλιση των δύο γνωματεύσεων και η επικράτηση αυτής του ΚΕ.Π.Α. μπορεί να στερήσει πόρους διαβίωσης, σύνταξη αναπηρίας ή προνοιακό επίδομα και υγειονομική περίθαλψη, ακόμη και αυτή που προβλέπεται για τους ανασφάλιστους.

Το τελευταίο διάστημα συνεχώς αυξάνεται ο αριθμός των πολιτών που διαμαρτύρονται στο ΣτΠ για την μεγάλη μείωση του ποσοστού αναπηρίας σύμφωνα με την εκτίμηση των υγειονομικών επιτροπών ΚΕ.Π.Α. σε σχέση με την παλαιότερη εκτίμηση των υγειονομικών επιτροπών προ ΚΕ.Π.Α. Ο ΣτΠ δεσμεύεται στο χειρισμό των αναφορών αυτών από την ιατρική τεχνική κρίση, διαπιστώνει, ωστόσο, ότι στις περιπτώσεις που η μείωση του ποσοστού είναι εξαιρετικά μεγάλη και δεν οφείλεται στην εφαρμογή διαφορετικού κανονισμού εκτίμησης της αναπηρίας (ήτοι του Ε.Π.Π.Π.Α αντί του Κ.Ε.Β.Α.) η αιτιολογία των γνωματεύσεων πρέπει να είναι πληρέστερη²⁹.

III. ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

1. Χρόνος έναρξης προνοιακών παροχών.

Στις περιπτώσεις των αιτήσεων για προνοιακές παροχές, οι οποίες χορηγούνται κατόπιν αιτήματος των ενδιαφερομένων στις κατά τόπους δ/νσεις πρόνοιας (οι οποίες, πλέον, υπάγονται στους Δήμους βάσει του Ν. 3852/2010), οι πολύμηνες καθυστερήσεις για την εξέτασή τους από υγειονομική επιτροπή ΚΕ.Π.Α. έχει οδηγήσει στη στέρηση των δικαιούχων από αναδρομικά ποσά ενισχύσεων χωρίς να επέχουν οι ίδιοι καμία ευθύνη,

Ειδικότερα, η παραλαβή και πρωτοκόλληση των αιτημάτων των πολιτών για τη χορήγηση των εν λόγω παροχών γίνεται από τις ως άνω υπηρεσίες των κατά τόπους Δήμων **μετά** την έκδοση της γνωμάτευσης από το αρμόδιο ΚΕ.Π.Α., καθώς απαιτείται η συνυποβολή της κατά την κατάθεση του αιτήματος. Τούτο έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια των παροχών για όσο διάστημα εκκρεμεί η έκδοση της γνωμάτευσης από τις υγειονομικές επιτροπές ΚΕ.Π.Α., καθώς, λόγω κενού στην υφιστάμενη νομοθεσία ή λόγω ειδικής πρόβλεψης στις σχετικές υπουργικές αποφάσεις με τις οποίες καθορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις και οι δικαιούχοι των παροχών³⁰, η χορήγηση των προνοιακών παροχών πραγματοποιείται είτε από την ημερομηνία της εγκριτικής απόφασης είτε, στην καλύτερη περίπτωση, από την

²⁹ Ενδεικτικά ΦΥ 161387, 158018, 158540, 159091, 152843.

³⁰ Ενδεικτικά αναφέρονται ΥΑΠ3α/Φ.15.Γ.Π.οικ.88483 ΦΕΚΒ'1313/2008 για το επίδομα κίνησης, ΥΑΓ4/Φ12/οικ.1930/28.7./30.9.1982 σχετικά με προγράμματα οικονομικής ενισχύσεως βαριά νοητικά καθυστερημένων ατόμων, ΥΑ Γ4/φ.11-2/οικ.1929 της 28.7/30.9.1982 ΦΕΚ Β'724 περί χρηματικού βοηθήματος σε κωφάλαλους, ΚΥΑΓ4α/Φ225/161/90 και Π3α/Φ.18/Γ.Π.οικ.63731/9.5.2008 (ΦΕΚ Α'57) περί οικονομικής ενίσχυσης λόγω βαριάς αναπηρίας.

ημερομηνία κατάθεσης του σχετικού αιτήματος στις αρμόδιες κατά τόπους Διευθύνσεις Πρόνοιας.

Ο ΣτΠ έχει επισημάνει εγγράφως³¹ τη δυσλειτουργία αυτή στις αρμόδιες υπηρεσίες χορήγησης οικονομικών ενισχύσεων καθώς και στη Γενική Διεύθυνση Πρόνοιας, Διεύθυνση Προστασίας ΑΜΕΑ του αρμοδίου πλέον Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, προτείνοντας είτε την υποβολή αιτήματος και στη συνέχεια τη συμπλήρωση του φακέλου με την προσκόμιση της γνωμάτευσης, είτε την αλλαγή του ισχύοντος θεσμικού πλαισίου, ώστε να είναι δυνατή η αναδρομική καταβολή των ενισχύσεων. Επίσης, έχει επισημανθεί η διαφορετική αντιμετώπιση των δικαιούχων ασφαλιστικών παροχών λόγω αναπηρίας, (για τους οποίους η χορήγηση της σύνταξης ανατρέχει στην ημερομηνία της υποβολής του αρχικού αιτήματος ή της διακοπής της σύνταξης λόγω της λήξης του διαστήματος διάρκειας της αναπηρίας στις περιπτώσεις των παρατάσεων συνταξιοδότησης), σε σχέση με τους δικαιούχους των προνοιακών παροχών, οι οποίοι για τους λόγους που επισημάνθηκαν ανωτέρω στερούνται κάθε αναδρομικότητας στις παροχές που λαμβάνουν. Μέχρι σήμερα ο ΣτΠ δεν έχει λάβει απάντηση στα ανωτέρω έγγραφα του από την αρμόδια Διεύθυνση, ενώ συνεχίζει να λαμβάνει αναφορές πολιτών που επισημαίνουν το παραπάνω πρόβλημα.

Σε παλαιότερη απάντηση της αρμόδιας Διεύθυνσης του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, αλλά και σε απαντήσεις των κατά τόπους Υπηρεσιών Πρόνοιας της τοπικής αυτοδιοίκησης επισημαίνεται έντονα η δέσμευση των αρμοδίων οργάνων από την αρχή της νομιμότητας³². Ο ΣτΠ συνεχίζει όμως να υπογραμμίζει ότι το γεγονός της ανυπαρξίας ειδικής θεσμικής πρόβλεψης δεν σημαίνει ότι δεν υφίστανται τα προβλήματα που αναφέρουν οι πολίτες ή ότι δεν θα πρέπει αυτά να αντιμετωπισθούν με θετικές ενέργειες των αρμοδίων φορέων, ώστε να προσαρμόζεται το ισχύον κανονιστικό πλαίσιο στις πραγματικές ανάγκες.

2. Παράταση της ισχύος του βιβλιαρίου ασθένειας

Ο μεγάλος χρόνος αναμονής για την εξέταση από το ΚΕ.Π.Α. προκαλεί συχνά, όπως έχει επισημανθεί ήδη, τη στέρηση της δυνατότητας να καλυφθούν δαπάνες ασθένειας λόγω της λήξης ισχύος του βιβλιαρίου ασθένειας. Συνήθως, οι ασφαλιστικοί φορείς προβαίνουν σε εξάμηνη παράταση του βιβλιαρίου ασθένειας, η οποία, ωστόσο, σε αρκετές περιπτώσεις δεν είναι αρκετή.

³¹ ΦΥ*148962,158649,160441,155681, υπ' αριθμ. πρωτ. 156947/36257/15.10.2012, 158760/42429/30.11.2012.

³² Υπ' αριθμ. πρωτ. Δ29α/Φ.29/Γ.π.οικ.116274/289/7.8.2012.

Για τους ασφαλισμένους του Ι.Κ.Α.-ΕΤΑΜ προβλέπεται η κάλυψη δαπανών ασθενείας για συνεχιζόμενη θεραπεία (άρθρο 31 Α.Ν. 1846/1951, Εγκ. ΙΚΑ43/9.4.2001), παροχή που υπολείπεται όμως της πλήρους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, δίνει πρόσβαση μόνο σε δαπάνες που αφορούν το κύριο και χρόνιο πρόβλημα υγείας και δεν είναι πάντα γνωστή στους ασφαλισμένους οι οποίοι δεν γνωρίζουν απαραίτητα ότι πρέπει να προβούν σε σχετικό αίτημα στα κατά τόπους Υποκαταστήματα.

Σε περιπτώσεις όμως ασφαλισμένων άλλων ασφαλιστικών φορέων (ΟΑΕΕ, ΕΤΑΑ) δεν φαίνεται να υφίσταται ούτε η δυνατότητα αυτή, όπως έχει ήδη επισημάνει ο ΣτΠ σε σχετικό έγγραφο του προς τον ΟΑΕΕ³³. Το πρόβλημα είναι έντονο για όσους στερούνται εισόδημα και περίθαλψη, εφόσον η πρόσβασή τους σε περίθαλψη, είτε με την ιδιότητα των προστατευόμενων μελών, είτε ως ανασφάλιστοι, εξαρτάται από την ύπαρξη συγκεκριμένου ποσοστού αναπηρίας. Ειδική αναφορά απαιτείται σε υπολογίσιμες ομάδες δικαιούχων, για τους οποίους η καθυστέρηση στην έκδοση γνωματεύσεων μπορεί να αποτελέσει αίτιο διακοπής ή μη λήψης θεραπειών και μάλιστα μετά από κάλυψη σημαντικών εξόδων για προγενέστερη θεραπεία από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης. Παρά το υψηλό κόστος που έχει καταβληθεί από τον ασφαλιστικό φορέα, η καθυστέρηση απόδοσης ποσοστού αναπηρίας ή η απόδοση χαμηλού ποσοστού αναπηρίας θέτουν πολίτες με σοβαρά προβλήματα εκτός υπηρεσιών υγείας. Οι επιπτώσεις είναι άμεσες και απώτερες για τη νοσηρότητα του πληθυσμού και για τις δαπάνες του ασφαλιστικού συστήματος, αφού με την επιδείνωση, λόγω διακοπής της παρακολούθησης αργότερα θα αποδοθεί και υψηλότερο ποσοστό αναπηρίας. Πρόκειται για μορφή κοινωνικού αποκλεισμού που προκαλείται από το ίδιο το θεσμικό πλαίσιο.

3. Διάρκεια της αποτίμησης της αναπηρίας στις γνωματεύσεις ΚΕ.Π.Α.

Σε γνώση του ΣτΠ έχουν περιέλθει περιπτώσεις ενδιαφερομένων που εμποδίζονται να τύχουν της προβλεπόμενης από ειδικές διατάξεις προστασίας για ευαίσθητες κατηγορίες πληθυσμού λόγω της περιορισμένης διάρκειας ισχύος των γνωματεύσεων των υγειονομικών επιτροπών. Ο ΣτΠ, όπως έχει ήδη διευκρινίσει, δεν έχει την πρόθεση, ούτε τη δυνατότητα διατύπωσης εμπειριστατωμένης επιστημονικής γνώμης που να αμφισβητεί την τεχνική ιατρική κρίση, όπως αυτή έχει αποτυπωθεί στις γνωματεύσεις των επιτροπών ΚΕ.Π.Α., παρά μόνο σε ό,τι αφορά την πλήρη αιτιολογία της. Ωστόσο, ο ΣτΠ οφείλει να επισημάνει ότι στις περιπτώσεις που έχουν έρθει σε γνώση του δεν φαίνεται να προσδίδεται από τις υγειονομικές

³³ Υπ' αριθμ. πρωτ. 155859/36390/16.10.2012. Επίσης, ενδεικτικά ΦΥ 155112, 159351, 159491, 159181.

επιτροπές ΚΕ.Π.Α. αόριστη διάρκεια στο διαπιστωμένο βαθμό αναπηρίας, ακόμα και σε περιπτώσεις καταστάσεων υγείας που είναι καταφανώς μη αναστρέψιμες λόγω αυτής καθ'αυτής της φύσης τους³⁴.

Η ωφέλεια ή μη των κανονιστικών περιορισμών στην τεχνική ιατρική κρίση δεν μπορεί να αναζητηθεί στο πλαίσιο της παρούσας έκθεσης, καθώς απαιτεί ειδικότερη μελέτη και στάθμιση όλων των παραμέτρων.

Ωστόσο, σε αρκετές περιπτώσεις ασθενειών δεν υφίσταται στον Ενιαίο Πίνακα Προσδιορισμού Ποσοστού Αναπηρίας κανονιστικός περιορισμός της τεχνικής ιατρικής κρίσης αναφορικά με τη διάρκεια της αναπηρίας. Συνεπώς, οι ιατροί που απαρτίζουν τις υγειονομικές επιτροπές δεν έχουν περιορισμό όσον αφορά τη διαπίστωση κατά την τεχνική τους κρίση ότι η αναπηρία του εξεταζομένου δεν μπορεί να τύχει βελτίωσης, ανεξαρτήτως ποσοστού αναπηρίας που αυτή επιφέρει. Η διαπιστωμένη στο κείμενο των γνωματεύσεων διάρκεια εφ' όρου ζωής, με συγκεκριμένο ποσοστό αναπηρίας για συγκεκριμένο ιατρικό πρόβλημα θα μπορούσε να απαλλάξει τη συσσώρευση επιπλέον φόρτου εργασίας στις υγειονομικές επιτροπές, καθώς ο ενδιαφερόμενος δεν θα ήταν ανάγκη να προσφύγει και πάλι σε αυτές παρά μόνο σε περίπτωση επιδείνωσης της υγείας του ή εμφάνισης άλλης ασθένειας η οποία θα έπρεπε να τύχει εκτίμησης εκ νέου από την υγειονομική επιτροπή.

Αποτέλεσμα της πρακτικής να τίθεται στο κείμενο της γνωμάτευσης περιορισμένη διάρκεια ακόμα και σε μη αναστρέψιμες καταστάσεις υγείας είναι ανάπηροι που επιθυμούν να λάβουν, για παράδειγμα, την ισόβια πολυτεχνική ιδιότητα με τις ευνοϊκές προϋποθέσεις που προβλέπεται από το άρθρο 6 § 3 του Ν. 3454/2006³⁵ να αδυνατούν να υπαχθούν στη ρύθμιση, καθώς κρίνονται από τις επιτροπές του ΚΕ.Π.Α. ότι παρουσιάζουν ποσοστό αναπηρίας άνω του 67%, όχι ισοβίως, αλλά για διάστημα τριών (3) ετών. Σύμφωνα με την ενημέρωση που δέχονται, η συγκεκριμένη κρίση ως προς τη διάρκεια της αναπηρίας δεν σχετίζεται με ιατρική εκτίμηση της μελλοντικής πορείας της νόσου ή της πάθησής τους, αλλά υπαγορεύεται από τη λογική του ασφαλιστικού συστήματος, που θέλει την αναπηρία να καθίσταται αορίστου χρόνου έπειτα από τρεις (3) διαδοχικές κρίσεις. Παρόμοιο πρόβλημα αντιμετωπίζουν και οι ανάπηροι, οι οποίοι θέλουν να τύχουν ευνοϊκής μεταχείρισης ως προς τα τέλη ταξινόμησης και τα τέλη κυκλοφορίας αυτοκινήτου, όπως προβλέπεται από το άρθρο 16 Ν.1798/1988. Το πρόβλημα έχει ανακύψει εν μέρει λόγω της ερμηνευτικής προσέγγισης

³⁴ Σχετικά η υπ' αριθμ. πρωτ. 152364/16318/2012 επιστολή του ΣτΠ με ημερομηνία 9-5-2012.

³⁵ «Αν ο ένας από τους γονείς κατέστη ανάπηρος εξ οιασδήποτε αιτίας ή ανάπηρος πολέμου σε ποσοστό εξήντα επτά τοις εκατό (67%) και άνω ισοβίως, αυτός θεωρείται πολύτεκνος, εφόσον έχει τρία τέκνα εκ των υπαγομένων σε μία από τις περιπτώσεις της πρώτης παραγράφου».σημ. τέκνα που εμπίπτουν για το σκοπό της πολυτεχνικής προστασίας.

του Υπουργείου Οικονομικών στις ισχύουσες κανονιστικές διατάξεις, η οποία καταλήγει στο συμπέρασμα ότι χρήση των ευνοϊκών διατάξεων μπορεί να κάνουν μόνο οι ανάπηροι που το ποσοστό αναπηρίας τους έχει διαπιστωθεί επ' αόριστον.

Η υποχρεωτική εκτίμηση της αόριστης διάρκειας της αναπηρίας ρυθμίζεται μόνο για τις αποκλειστικά καθορισμένες σε σχετικό πίνακα περιπτώσεις βαριά αναπήρων με το άρθρο 16 Ν. 3846/2010 και εφόσον έχει δοθεί από την υγειονομική επιτροπή ποσοστό αναπηρίας 80% και άνω, αλλά και με Υπουργικές Αποφάσεις που αφορούν ειδικές κατηγορίες πασχόντων, όπως οι νεφροπαθείς τελικού σταδίου. Για τον καθορισμό και άλλων κατηγοριών πασχόντων που μπορούν να υπαχθούν στην εν λόγω διάταξη προβλέπεται η συγκρότηση επιστημονικής επιτροπής που θα απαρτίζεται από ιατρούς του ειδικού σώματος υγειονομικών επιτροπών του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, μετά από σχετική απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης.

Ο περιορισμός της τεχνικής ιατρικής κρίσης ως προς τη διάρκεια της διαπιστωμένης αναπηρίας και χωρίς να γίνεται διάκριση εάν η διαπιστωμένη κατάσταση υγείας είναι ή μη αναστρέψιμη ενισχύεται και από την Ανακεφαλαιωτική Εγκύκλιο της Διεύθυνσης Αναπηρίας και Ι.Ε. του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Κατά την άποψη του ΣτΠ, με την ανακεφαλαιωτική εγκύκλιο, το θέμα προσεγγίζεται με εσφαλμένο τρόπο συνδέοντας την ιατρική διαπίστωση του ποσοστού αναπηρίας με τις προϋποθέσεις χορήγησης σύνταξης κατά τις διατάξεις των ασφαλιστικών φορέων. Συγκεκριμένα, στη σελ. 22 της εν λόγω εγκυκλίου αναφέρεται ότι οι συντάξεις αναπηρίας είναι προσωρινές και ο συνταξιούχος αναπηρίας υποβάλλεται κατά τακτά χρονικά διαστήματα σε επανεξέταση. Κατ'εξάιρεση οι υγειονομικές επιτροπές δύνανται να κρίνουν επ' αόριστον περιστατικά μόνο βαριά αναπήρων ασφαλισμένων με την προϋπόθεση ότι έχουν εξετασθεί από την Υγειονομική Επιτροπή δύο τουλάχιστον φορές με διάρκεια αναπηρίας δύο χρόνια κάθε φορά, δηλαδή συνολικά τέσσερα.

Ο ΣτΠ έχει ήδη επισημάνει προς τη Δ/ση Αναπηρίας ότι, ενώ στην περίπτωση των συντάξεων αναπηρίας η επανάληψη της υγειονομικής κρίσης δεν επιφέρει πρόσθετη δαπάνη ή απώλεια δικαιώματος, στην περίπτωση των ατόμων με μη αναστρέψιμη αναπηρία που θέλουν να κάνουν χρήση άλλων ευνοϊκών διατάξεων. Η παραπομπή σε διαδοχικές εξετάσεις για την οριστικοποίηση του ποσοστού αναπηρίας, σε πάρα πολλές περιπτώσεις θα σήμαινε αδυναμία άσκησης δικαιώματος.

4.Προσωρινές συντάξεις αναπηρίας για συνέχιση θεραπείας και αποκατάσταση

Στη νομοθεσία και την κρατούσα διοικητική πρακτική, σε περιπτώσεις σοβαρών νόσων, κυρίως στις νεοπλασίες και τους βαρείς τραυματισμούς που χρήζουν παρατεταμένης

θεραπείας και αποκατάστασης, ο χρόνος που καλύπτεται με επίδομα ασθένειας δεν επαρκεί για την ολοκλήρωση θεραπειών και μέτρων αποκατάστασης. Είθισται να λαμβάνεται προσωρινή σύνταξη αναπηρίας με τη λήξη της άδειας ασθένειας. Ωστόσο, λόγω της καθυστέρησης των υγειονομικών κρίσεων, μετά από αιτήματα που υποβάλλονται με τη λήξη του επιδόματος ασθένειας, πολλοί ασφαλισμένοι δεν λαμβάνουν την προσωρινή σύνταξη έγκαιρα. Αναγκαστικά επανέρχονται στην εργασία, με προφανείς αρνητικές συνέπειες για την πορεία της υγείας τους³⁶. Στις περιπτώσεις που αδυνατούν να επανέλθουν στην εργασία, οι πολίτες μένουν χωρίς εισόδημα για υπέρμετρο χρόνο και ειδικά μετά από καταστάσεις για τις οποίες ανάλωσαν τις όποιες αποταμιεύσεις τους. Ενδεικτικά, αναφέρεται η περίπτωση τραπεζικής υπαλλήλου που εργάζεται κατά τη διάρκεια χημειοθεραπείας και άλλη, υπαλλήλου ΑΕΙ, ο οποίος αναγκάστηκε να τεθεί σε άδεια άνευ αποδοχών, λόγω δυσδιάγνωστης παθήσεως και σχετικής καθυστέρησης στη λήψη θεραπείας.

V. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, ο ΣτΠ θεωρεί ότι η θεσμοθέτηση του ΚΕ.Π.Α. και η ομοιόμορφη εφαρμογή του Ε.Π.Π.Α. είναι οπωσδήποτε μέτρα εκσυγχρονισμού στο χώρο της κοινωνικής διοίκησης. Για να αποδώσουν όμως οφέλη, τα μέτρα αυτά τόσο για τους άμεσα ενδιαφερόμενους και τους οικείους τους όσο και για τη δημόσια διοίκηση, χρειάζονται επανασχεδιασμό σε αρκετά σημεία τους. Είναι σαφές ότι ο όποιος επανασχεδιασμός και η υλοποίησή του είναι έργο σύνθετο και προϋποθέτει ολοκληρωμένη μελέτη του συνόλου των παραμέτρων της λειτουργίας του ΚΕ.Π.Α. καθώς και της διασύνδεσής του με τους αρμόδιους φορείς για τη χορήγηση παροχών. Είναι επίσης έργο διαρκές, καθώς το πεδίο παρέμβασης είναι δυναμικό, όντας σε αλληλεπίδραση με το ευρύτερο νομοθετικό περιβάλλον.

Μέρος του έργου αυτού επιχειρεί να καλύψει η παρούσα ειδική έκθεση τόσο με τις παρατηρήσεις που προηγήθηκαν όσο και με τις προτάσεις που ακολουθούν, ορισμένες από τις οποίες ήδη εξετάζονται από τη Διοίκηση του ΙΚΑ. Κυρίως επιδιώκεται η εξυπηρέτηση της άμεσης ανάγκης σύντημης, κατά το δυνατόν, του χρόνου που απαιτείται για την πιστοποίηση της αναπηρίας μέχρι και την έκδοση οριστικής γνωμάτευσης, με μέτρα που στοχεύουν αφενός στην καλύτερη οργάνωση και στελέχωση των υγειονομικών επιτροπών (κατωτ. υπό Α') και αφετέρου στον περιορισμό του έργου που ανατίθεται σε αυτές μέσω της ελαχιστοποίησης των περιπτώσεων επανεξέτασης ή αναπομπής (κατωτ. υπό β'). Επίσης, προτείνονται μέτρα που αποσκοπούν στην άμβλυνση των δυσμενών συνεπειών που

³⁶ ΦΥ 153243.

συνεπάγονται ορισμένα από τα χαρακτηριστικά του νέου συστήματος πιστοποίησης αναπηρίας για τους ενδιαφερόμενους (κατωτ. υπό Γ').

A. Μέτρα οργανωτικού χαρακτήρα:

1. Έμφαση στην καλύτερη συνεργασία της Διεύθυνσης Αναπηρίας και Ι.Ε. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με τις αρμόδιες υπηρεσίες ΕΟΠΥΥ και ενδεχομένως τροποποίηση του υφιστάμενου θεσμικού πλαισίου, ώστε η συνεργασία αυτή να βασίζεται σε συγκεκριμένο κανονιστικό πλαίσιο και να είναι εφικτός και αποτελεσματικός ο ενδο-διοικητικός ή και πειθαρχικός έλεγχος της εκπλήρωσης των υπηρεσιακών υποχρεώσεων ιατρών του ΕΟΠΥΥ που απαρτίζουν το ειδικό σώμα ιατρών υγειονομικών επιτροπών ΚΕ.Π.Α.

2. Στενότερη συνεργασία και συντονισμός της Δ/σης Αναπηρίας και Ι.Ε. του ΙΚΑ με τους υπόλοιπους ασφαλιστικούς φορείς και τους φορείς πρόνοιας, ώστε να προλαμβάνονται περιπτώσεις αναπομπής στις υγειονομικές επιτροπές περιστατικών που έχουν κριθεί ήδη.

3. Δημιουργία πολυδύναμων κέντρων σε μεγάλες πόλεις όπου θα είναι δυνατή η παράλληλη λειτουργία περισσότερων υγειονομικών επιτροπών διαφόρων ειδικοτήτων, ώστε τα περιστατικά πολυαναπηρίας να εξετάζονται αυθημερόν. Για τις περιπτώσεις που αυτό δεν είναι εφικτό (π.χ. σε νησιωτικές ή απομακρυσμένες περιοχές), θα μπορούσε να γίνεται χρήση της δυνατότητας να καλείται, ως σύμβουλος, ιατρός της σχετικής με τις υπόλοιπες παθήσεις ειδικότητας³⁷.

4. Ενημέρωση των ιατρών που συγκροτούν τις υγειονομικές επιτροπές για την αρμοδιότητά τους να αποφαινούνται και επί της ασφαλιστικής αναπηρίας, συνοδευόμενη, ενδεχομένως, με προσθήκη στον Ε.Π.Π.Π.Α. συναφών κριτηρίων και παραμέτρων, όπως ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, φύση του επαγγέλματος κλπ.

5. Ευρεία διακοίνωση στις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας των απαιτήσεων για το περιεχόμενο των ιατρικών γνωματεύσεων και έναρξη προτυποποίησης από τις νοσηλευτικές μονάδες.

6. Ανάλυση πρωτοβουλιών για συμμετοχή των γιατρών του ΕΣΥ στις επιτροπές του ΚΕ.Π.Α., κατ' εφαρμογή του νομοθετικού πλαισίου.

7. Επανεξέταση του αποκλεισμού ειδικοτήτων, πρωτίστως των παιδιάτρων, από τις επιτροπές που εξετάζουν παιδιά.

³⁷ Βλ. σχετικά την υπ' αριθμ. πρωτ. Π51/164/23.2.2012 εγκύκλιο της Δ/σης Αναπηρίας και Ι.Ε. του ΙΚΑ για τις περιπτώσεις καθυστέρησης λόγω μη συμπλήρωσης 15 περιστατικών της ίδιας πάθησης.

Β. Μέτρα περιορισμού του έργου που ανατίθεται στις υγειονομικές επιτροπές.

1. Αύξηση των νόσων και βλαβών για τις οποίες προβλέπεται ισόβια αναπηρία κατ' εφαρμογή του άρθρου 16 § 1 του Ν. 3846/2010.

2. Επανεξέταση της αρμοδιότητας των ασφαλιστικών οργάνων να ασκούν προσφυγή ενώπιον των δευτεροβάθμιων υγειονομικών επιτροπών, με αντιστάθμισμα την εντατικοποίηση και συστηματοποίηση του δειγματοληπτικού ελέγχου. Εναλλακτικά, προτείνεται περιορισμός της ευχέρειας των ασφαλιστικών οργάνων να ασκήσουν προσφυγή ενώπιον των δευτεροβάθμιων υγειονομικών επιτροπών μόνο μετά από πρόταση των ιατρών που συμμετέχουν στη διαδικασία οριστικοποίησης των γνωματεύσεων των πρωτοβάθμιων επιτροπών. Αυτό προφανώς προϋποθέτει τη θεσμοθέτηση του σταδίου της οριστικοποίησης και αποσαφήνισης των αρμοδιοτήτων των ιατρών που συμμετέχουν σε αυτό.

3. Ομαδοποίηση των συνηθέστερων περιπτώσεων αναπομπής και πρόβλεψη περισσότερο ευέλικτων τρόπων διόρθωσης ή συμπλήρωσης των γνωματεύσεων στις περιπτώσεις αυτές, όπως για παράδειγμα όταν προκύπτει κενό στην παράταση σύνταξης ή επιδόματος λόγω μη αναδρομής της τελευταίας γνωμάτευσης στο χρόνο λήξης της προηγούμενης ή όταν απαιτούνται διευκρινίσεις σε ιατρικής φύσεως ζητήματα για την εφαρμογή της νομοθεσίας του απονέμοντος φορέα.

4. Απλοποίηση της νομοθεσίας που αφορά τα άτομα με αναπηρία, κυρίως με την ενιαία και ομοιόμορφη πρακτική παραπομπής από τον κοινό νομοθέτη στον Ε.Π.Π.Α.. Με αυτόν τον τρόπο θα είναι πιο ευχερής η από πλευράς του αρμόδιου για την έκδοση της εκτελεστής πράξης διοικητικού οργάνου υπαγωγή στην εκάστοτε διάταξη νόμου με βάση τον χαρακτηρισμό της νόσου ή της βλάβης που αποτυπώνεται στη γνωμάτευση.

Γ. Μέτρα για άμβλυνση δυσμενών συνεπειών.

1. Συνέχιση της χορήγησης των παροχών (συνταξιοδοτικών ή άλλων) για όσο χρόνο εκκρεμεί η επανεξέταση από υγειονομική επιτροπή.

2. Τροποποίηση της προβλεπόμενης διαδικασίας χορήγησης των προνοιακών παροχών αναπηρίας, ώστε η έναρξη χορήγησης της παροχής να μπορεί να αναδράμει στο χρόνο υποβολής της αίτησης στο ΚΕ.Π.Α.

3. Πρόνοια ώστε να παρατείνεται η ισχύς των βιβλιαρίων ασθενείας των ασφαλιστικών φορέων για το διάστημα που εκκρεμεί η εξέταση από υγειονομική επιτροπή ΚΕ.Π.Α. και μέχρι την απονομή της σύνταξης αναπηρίας.

4. Επανεξέταση της δοθείσης μέσω εγκυκλίων οδηγίας για γενική υποχρέωση προσκόμισης εξετάσεων και ιατρικών πιστοποιητικών που έχουν εκδοθεί εντός του

τελευταίου τετραμήνου και αναζήτηση αυτών μόνο όταν κάτι τέτοιο δικαιολογείται από το είδος της πάθησης ή από άλλους ειδικούς λόγους.

5. Πρόνοια ώστε ο ενδιαφερόμενος να ασκήσει προσφυγή ενώπιον της δευτεροβάθμιας υγειονομικής επιτροπής να έχει εγκαίρως (δηλαδή εντός της 10ήμερης προθεσμίας) πρόσβαση στο πρωτότυπο σώμα της γνωμάτευσης ή σε άλλα στοιχεία του φακέλου που ενδεχομένως είναι κρίσιμα.

6. Διαφοροποίηση της απαιτούμενης υγειονομικής κρίσης για τα πρόσωπα με αναπηρία 67% που είναι γονείς τριών τέκνων και που ενδιαφέρονται να αποκτήσουν την πολυτεκνική ιδιότητα σε σχέση με αυτή που συναρτάται με τις συντάξεις αναπηρίας.

7. Επιστροφή του παραβόλου των 46,14 ευρώ σε όσους κρίνονται δικαιούχοι προνοιακών παροχών αναπηρίας.