

ΕΘΝΙΚΗ ΣΥΝΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΜΠΟΡΙΟΥ

ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

ΚΑΙ

ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ

ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

ΕΝΝΟΙΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Όπως είναι γνωστό, η αναπηρία είναι ένας από τους τρεις βασικούς ασφαλιστικούς κινδύνους που η κοινωνική ασφάλιση μέσω των κατ' ιδίαν φορέων της επιθυμεί να καλύψει, με παροχές συνταξιοδοτικές και μη.

Στη χώρα μας το ποσοστό των συντάξεων αναπηρίας, το τελευταίο διάστημα έχει περιορισθεί, εν τούτοις όμως είναι ακόμη υψηλότερο από τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες¹. Πρέπει δε να επισημάνουμε ότι στην πραγματικότητα το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο δεδομένου ότι, κάποιες περιπτώσεις συντάξεων αναπηρίας, με αξιοποίηση της διάταξης που δίδει δυνατότητα προσμέτρησης του χρόνου συνταξιοδότησης λόγω αναπηρίας στον χρόνο ασφάλισης (άρθρ. 5 παρ. 4 ν. 2335/1995), έχουν μετατραπεί και ανήκουν πλέον στις συντάξεις γήρατος. Δεν υπάρχει αμφιβολία όμως ότι η αιτία και η βάση της συνταξιοδότησης βρίσκεται στην αναπηρία.

Τόσο για τους νέους ασφαλισμένους όλων των φορέων (άρθρ. 25 παρ. 1 ν. 2084/1992) όσο και για τους ασφαλισμένους του Ι.Κ.Α. (παλαιούς και νέους) η αναγνώριση δικαιώματος για σύνταξη αναπηρίας συναρτάται με την εμφάνιση πάθησης ή βλάβης, μεταγενέστερης της υπαγωγής στην ασφάλιση, που πρέπει να έχει συνήθως κατ' εκτίμηση εξάμηνη διάρκεια τουλάχιστον, η οποία τους καθιστά ανίκανους να κερδίζουν περισσότερο από το 1/5 ή 1/3 ή 1/2 των ποσών που κερδίζει υγιής μισθωτός με την ίδια μόρφωση και επαγγελματική ειδικότητα. Οι διαβαθμίσεις των ποσών αντιστοιχούν σχηματικά σε ποσοστά αναπηρίας 80%, 67% και 50%.

Το σημαντικά υψηλό ποσοστό συντάξεων αναπηρίας στο παρελθόν αναμφίβολα οφειλόταν στο ότι σημαντικός αριθμός ασφαλισμένων μεγάλης

¹ Στο Ι.Κ.Α. το ποσοστό των συντάξεων αναπηρίας υπολογίζεται σήμερα στο 12%, στον Ο.Γ.Α. στο 20% και στον Ο.Α.Ε.Ε. στο 10% του συνόλου των συντάξεων.

ηλικίας μη έχοντας ικανό χρόνο ασφάλισης για συμπλήρωση προϋποθέσεων λήψης σύνταξης γήρατος, προσέφευγε στην συνταξιοδότηση λόγω αναπηρίας, που ως γνωστό απαιτεί περιορισμένο χρόνο ασφάλισης, με δεδομένα βέβαια κάποια προβλήματα υγείας που η φυσιολογική, λόγω ηλικίας, φθορά του οργανισμού μετά βεβαιότητας εμφάνιζε. Σε πολλές ως εκ τούτου περιπτώσεις είχαμε στρεβλή κοινωνικοασφαλιστική κάλυψη, αφού ο κατά βάση επαληθευόμενος ασφαλιστικός κίνδυνος ήταν το γήρας και όχι βεβαίως η αναπηρία, η οποία απλώς εχρησιμοποιείτο για την απόληψη *minimum* συνταξιοδοτικών παροχών.

Για τον χαρακτηρισμό ασφαλισμένου ως αναπήρου, με αντίστοιχα ποσοστά, πλην της διαπίστωσης της ύπαρξης της πάθησης ή βλάβης της υγείας (υγειονομική αναπηρία) προσ απαιτείται και η παράλληλη απώλεια της βιοποριστικής ικανότητας (ασφαλιστική αναπηρία). Κατά την πάγια νομολογία η ανάκτηση της βιοποριστικής ικανότητας ή η τροπή του ασφαλισμένου σε άλλο επάγγελμα συνιστά άρση της ασφαλιστικής αναπηρίας και συνεπάγεται διακοπή χορήγησης συνταξιοδοτικών παροχών λόγω αναπηρίας (Σ.Ε. 3650/2003, 2037/1994, 1179/1993 κ.α.)².

² «Ο ελληνικός νόμος από τους διάφορους ορισμούς της αναπηρίας, ακολουθεί τον κρατούντα διεθνή ορισμό, ο οποίος εισήχθη αρχικά από τον γερμανικό κώδικα κοινωνικής ασφάλισης, ελαφρώς παραλλαγμένος, και ο οποίος αποτελεί συμβιβασμό μεταξύ της στενής έννοιας της αναπηρίας, δηλαδή της επαγγελματικής, και της ευρείας αυτής, δηλαδή της φυσικής. Η μέση αυτή έννοια, ενώ προφυλάσσει τον ασφαλισμένο από την κοινωνική έκπτωση, την οποία θα υφίστατο, αν ήταν υποχρεωμένος να αναλάβει οποιαδήποτε εργασία, καθώς θα κρινόταν ικανός, προλαμβάνει να δημιουργεί κατηγορίες προσώπων τα οποία ζουν αδικαιολόγητα από κοινωνικά εισοδήματα από τη διεύρυνση του κύκλου των επαγγελματικών απασχολή-

Οι παλιοί ασφαλισμένοι του Ο.Α.Ε.Ε. και Ο.Γ.Α. για να τύχουν συντάξεως αναπηρίας πρέπει να έχουν ποσοστό αναπηρίας 67%. Κεντρικό ρόλο στην χορήγηση σύνταξης αναπηρίας έχουν βεβαίως οι Υγειονομικές Επιτροπές (πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες) οι οποίες κατ' αρχήν γνωματεύουν αναφορικά με την πάθηση ή βλάβη του ασφαλισμένου. Ζήτημα γεννάται αν οι Επιτροπές έχουν αρμοδιότητα να ερευνούν και να αποφαινούνται και για την επίδραση που ασκεί η διαγνωσθείσα πάθηση στην άσκηση του συγκεκριμένου επαγγέλματος του ασφαλισμένου, ή αν η κρίση αυτή ανήκει μόνο στα εν συνεχεία επιλαμβανόμενα ασφαλιστικά όργανα (Δ/ντής, Τ.Δ.Ε. κ.λ.π.). Η ασφαλιστική πρακτική αποδέχεται κατ' αρχήν απόφαση των υγειονομικών επιτροπών μόνο ως προς τα καθαρώς ιατρικής φύσεως θέματα.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την χορήγηση της σύνταξης αναπηρίας είναι τόσο η πραγματοποίηση ενός *minimum* χρόνου ασφάλισης (στις περισσότερες περιπτώσεις αυτός είναι 5 έτη) όσο και η ύπαρξη ενεργού ασφαλιστικού δεσμού, δηλαδή εν ενεργεία σχέση ασφάλισης με τον φορέα από τον οποίο ζητείται η χορήγηση της συνταξιοδοτικής παροχής. Η απαίτηση του ενεργού δεσμού διατυπώνεται μέσω της προϋπόθεσης της αναζήτησης *minimum* (συνήθως 2ετία) χρόνου ασφάλισης πριν την εμφάνιση της αναπηρίας.

⁽²⁾ σεων, προς τα οποία είναι ανάγκη να προσανατολισθεί, ο υπό κρίση ανάπηρος. Γι' αυτό όλες σχεδόν οι νομοθεσίες προϋποθέτουν για την αναπηρία την ανικανότητα για ανάληψη εργασίας, την οποία λογικά θα είχε τη δυνατότητα να ζητήσει από έναν άνθρωπο της επαγγελματικής μορφώσεως και πείρας του υπό κρίση ανάπηρου.

Τον κλασικό ορισμό της αναπηρίας ακολουθούν οι νομοθεσίες της Σουηδίας, αν και κάπως πιο ελαστικά, του Βελγίου, της Γιουγκοσλαβίας, της Ουγγαρίας, της Ιτα-

Για τον ίδιο λόγο δεν χορηγείται σύνταξη αναπηρίας αν ο ασφαλισμένος, παρ' ότι πληροί τις, από τον κάθε φορέα, απαιτούμενες χρονικές προϋποθέσεις και εμφανίζει βλάβη στην υγεία του, έχει οριστικά διακόψει τον ασφαλιστικό δεσμό με αυτόν, αφού έχει τραπήει στην άσκηση άλλου επαγγέλματος, λόγω του οποίου συνήψε ασφαλιστικό δεσμό με άλλο ασφαλιστικό φορέα (Σ.Ε. 942/2005 κ.α.).

Με το άρθρο 12 ν. 1976/1991 ορίσθηκε ότι κατά τον προσδιορισμό του βαθμού της αναπηρίας στο Ι.Κ.Α. το ποσοστό αναπηρίας που οφείλεται σε ιατρικά κριτήρια μπορεί να αυξηθεί και μέχρι 17 ποσοστιαίες μονάδες λόγω «κοινωνικών κριτηρίων ή κριτηρίων αγοράς εργασίας».

Έτσι λοιπόν ο προσδιορισμός του ποσοστού αναπηρίας συναρτάται σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις όχι μόνο με την ανατομοφυσιολογική βλάβη του ασφαλισμένου και με την επίδραση που αυτή ασκεί στην άσκηση του συγκεκριμένου επαγγέλματος αλλά πέραν αυτής και με «κοινωνικά κριτήρια» ή «κριτήρια αγοράς εργασίας». Τα τελευταία αν εξετάζονται μεμονωμένα και όχι σε συνάρτηση με την ασφαλιστική αναπηρία, αναμφίβολα εισάγουν στοιχεία προνοιακής παροχής σε τμήμα της σύνταξης αναπηρίας. Τα στοιχεία αυτά βεβαίως με πιο γενική μορφή τα συναντούμε από την θέσπιση των διατάξεων του βασικού νόμου του Ι.Κ.Α. (Α.Ν. 1846/1951).

⁽²⁾ λίας και της Ολλανδίας. Η βρετανική νομοθεσία δεν προσδιορίζει την έννοια της αναπηρίας. Η ερμηνεία που δέχεται, είναι ότι πρέπει να μην υπάρχει δυνατότητα για εκτέλεση εργασίας, την οποία λογικά θα μπορούσε να αξιώσει κάποιος από τον εργαζόμενο. Η γαλλική νομοθεσία ακολουθεί τη λύση της μεταβαλλόμενης συντάξεως

Πάντως στην ασφαλιστική πρακτική αλλά και στην νομολογία των δικαστηρίων δεν συναντούμε διαφοροποίηση της επίδρασης της πάθησης στην άσκηση του επαγγέλματος και των κοινωνικών κριτηρίων - κριτηρίων αγοράς εργασίας. Η προβλεπόμενη προσθήκη στο ιατρικά διαπιστωθέν ποσοστό αναπηρίας με προσαύξηση 17 ποσοστιαίων μονάδων γίνεται μετά συνεκτίμηση τόσο της «ασφαλιστικής αναπηρίας» όσο και των προαναφερθέντων κριτηρίων.

Επισημαίνουμε την ανάγκη οριοθέτησης του σχήματος ανατομοφυσιολογική βλάβη - ασφαλιστική αναπηρία - κοινωνικά και λοιπά κριτήρια και επαναπροσδιορισμού του ανά στάδιο αρμόδιου για αντίστοιχη κρίση.

⁽²⁾ ανάλογα με το βαθμό της αναπηρίας, η φιλανδική νομοθεσία απαιτεί διαρκή ανικανότητα.

Η Γερμανική, Η Πολωνική, η Ιταλική (για τους υπάλληλους) και η Τσεχοσλοβακική απαιτούν μείωση στο 50%. Η διεθνής σύμβαση εργασίας του 1932 «περί υποχρεωτικής ασφάλισης λόγω αναπηρίας» περιέχει πολύ ευρύ και ελαστικό ορισμό της αναπηρίας, η σύμβαση της Φιλαδέλφειας (άρθρ.11) δίνει πολύ ελαστικό ορισμό («η ανικανότητα της άσκησης μιας ενασχόλησης συνεπαγόμενης μιας αξιολογής αμοιβής σε συνάρτηση με την χρόνια κατάσταση, οποία οφείλεται σε τραυματισμό, ή απώλεια ενός μέλους ή μιας λειτουργίας». Η σύμβαση 102 «περί ελαστικών ορίων της κοινωνικής ασφάλειας». (1952) περιέχει ευρύ και ελαστικό ορισμό θεωρεί «την αδυναμία ασκήσεως επαγγελματικής δραστηριότητας ορισμένου βαθμού, όταν ενδέχεται η αδυναμία αυτή να είναι διαρκής και όσες φορές αυτή εξακολουθεί να υπάρχει και μετά την καταβολή του επιδόματος ασθενείας». (Χ. Αγγαλόπουλου - Αι Κοινωνικά Ασφαλίσεις - 1955).

ΜΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Η σύνταξη αναπηρίας χορηγείται στην πλειονότητα των περιπτώσεων για περιορισμένο χρονικό διάστημα (κατ' αρχήν έτος ή διετία) προκειμένου να υπάρξει επανεξέταση του ασφαλισμένου για την διαπίστωση της εξέλιξης της υγείας του και της ανάγκης συνέχισης χορήγησης συνταξιοδοτικών παροχών. Βεβαίως οι Υγειονομικές Επιτροπές έχουν δυνατότητα όταν διαπιστώνουν ότι η ανικανότητα είναι μόνιμη να αποφανθούν οριστικά περί αυτής, απαλλάσσοντας έτσι τον ανάπηρο ασφαλισμένο από την μελλοντική ταλαιπωρία των Υγειονομικών Επιτροπών.

Σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις (άρθρ. 25 παρ. 3 ν. 2084/1992) οι συντάξεις αναπηρίας γίνονται αυτοδίκαια οριστικές όταν:

- α. Ο συνταξιούχος έχει συμπληρώσει το 55ο έτος, 7 έτη συνταξιοδότησης συνεχώς και τρεις (3) εξετάσεις Υγειονομικών Επιτροπών.
- β. Ο συνταξιούχος έχει συμπληρώσει το 60ο έτος, 5 έτη συνταξιοδότησης συνεχώς και δύο (2) εξετάσεις Υγειονομικών Επιτροπών.
- γ. Ο συνταξιούχος συνταξιοδοτείται επί 12ετία συνεχώς ανεξαρτήτως ορίου ηλικίας.
- δ. Ο συνταξιούχος συνταξιοδοτείται επί 20ετία διακεκομμένα.

Στα πλαίσια του περιορισμού της άσκοπης ταλαιπωρίας περιπτώσεων αναμφισβήτητης και διαρκούς αναπηρίας το τελευταίο διάστημα διατυπώθηκαν προτάσεις θεσμοθέτησης της εξ αρχής μονιμοποίησης της αναπηρίας. Η σχετική διάταξη που περιλαμβάνεται στο υπό ψήφιση νομοσχέδιο και τις περιπτώσεις συνδρόμου Down, αυτισμού, υψηλού βαθμού νοητικής στέρησης, φωκομέλειας κ.λ.π. αναμφίβολα είναι προς την ορθή κατεύθυνση.

Ο περιορισμός των άχρηστων υγειονομικών εξετάσεων είτε με την μονιμοποίηση λόγω παρόδου χρόνου είτε λόγω της ύπαρξης ειδικής πάθησης, είναι απαραίτητος και καλώς θεσμοθετείται και ενδεχομένως πρέπει να επεκταθεί και για άλλες παθήσεις όπου κατά ειδική επιστημονική άποψη δικαιολογείται ή απαιτείται.

Όπως προείπαμε όμως η χορήγηση και διατήρηση της σύνταξης αναπηρίας προϋποθέτει και την μη ανάκτηση της βιοποριστικής ικανότητας ή άλλως την μη άρση της ασφαλιστικής αναπηρίας, η οποία στις περιπτώσεις της μονιμοποίησης πρέπει να ελέγχεται. Η σήμερα ακολουθούμενη ασφαλιστική πρακτική δεν περιλαμβάνει διαδικασίες ελέγχου (εισοδημάτων από άλλη πηγή, φορολογικών δηλώσεων κ.λ.π.) των συνταξιούχων λόγω αναπηρίας και δη αυτών που μονιμοποιήθηκε η συνταξιοδότησή τους και ο σχετικός φάκελος έχει τεθεί στο αρχείο.

Εφ' όσον οι σχετικές διατάξεις προβλέπουν διακοπή συνταξιοδότησης λόγω αναπηρίας όταν ο συνταξιούχος ανακτά την βιοποριστική του ικανότητα, με οποιονδήποτε τρόπο, θα πρέπει να αναζητήσουμε και να προβλέψουμε κατάλληλους ελεγκτικούς μηχανισμούς (διασταύρωση στοιχείων με Δ.Ο.Υ. κ.λ.π.) οι οποίες θα εξασφαλίζουν χορήγηση συνταξιοδοτικών παροχών στους ασφαλισμένους που πράγματι, σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις, τη δικαιούνται.

ΠΡΟΫΠΑΡΧΟΥΣΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Ιδιαίτερης προσοχής πρέπει να τύχει η αντιμετώπιση της αναπηρίας που προϋπήρχε της υπαγωγής στην ασφάλιση. Στο παρελθόν οι σχετικές νομοθετικές ρυθμίσεις με διστακτικότητα παρείχαν δυνατότητα συνταξιοδότησης λόγω αναπηρίας για πάθηση που προϋπήρχε της υπαγωγής στην ασφάλιση (άρθρ. 28 α.ν. 1846/1951, άρθρ. 11 ν. 1759/1988 κ.λ.π.). Η ισχύουσα διάταξη (άρθρ. 27 παρ. 1 περ. 5δ ν. 1902/1990) ορίζει ότι ο ασφαλισμένος μπορεί να δικαιωθεί συντάξεως αναπηρίας έστω και αν η πάθηση ή βλάβη της υγείας του είναι προγενέστερη της υπαγωγής του στην ασφάλιση, εφ' όσον όμως η μεταγενέστερη της ασφάλισης φθάνει τουλάχιστον το μισό της κατά περίπτωση αναπηρίας (Σ.Ε. 702/2005, 1556/2002, 3381/2003 κ.α.).

Η ρύθμιση αυτή, αναμφίβολα αντιμετωπίζει το θέμα με ευνοϊκότερο από το παρελθόν τρόπο για τους ασφαλισμένους. Όπως απέδειξε όμως η πραγματικότητα πολλές φορές οδηγεί σε αδικίες ιδίως σε περιπτώσεις ένταξης στο ασφαλιστικό σύστημα με υψηλό ποσοστό αναπηρίας, οπότε βεβαίως η μετά την υπαγωγή αναπηρία είναι πολύ δύσκολο να φθάσει το μισό της συνολικής. Η αντιμετώπιση αυτή, εκδηλώνει μια κοινωνικά απαράδεκτη στάση της πολιτείας στα άτομα που ξεκινούν την επαγγελματική τους σταδιοδρομία με πρόβλημα υγείας, αφού λόγω αυτής τίθενται σε χειρότερη μοίρα από τους υγιείς ασφαλισμένους, όταν και στις δύο κατηγορίες υπάρξει εμφάνιση ή επιδείνωση ασθένειας.

Το κοινωνικό κράτος πρέπει να φροντίζει να παρέχει δυνατότητες ένταξης στην αγορά εργασίας και στην κοινωνική ασφάλιση για όλους τους πολίτες, χωρίς να κάνει ευθέως ή εμμέσως διακρίσεις ιδίως εις βάρος ομάδων που έχουν την ατυχία από νεαρή ηλικία να αντιμετωπίζουν

πρόβλημα υγείας, η δε κοινωνική ασφάλιση πρέπει να δημιουργεί Θεσμικό πλαίσιο επί της ουσίας ισότιμης αντιμετώπισης και ίσης μεταχείρισης στην χορήγηση των παροχών για τις κατηγορίες αυτές, σε σχέση με τους λοιπούς ασφαλισμένους.

Θεωρούμε ότι η Θεσμική αντιμετώπιση της προϋπάρχουσας - επιγενόμενης αναπηρίας πρέπει να επανεξετασθεί χωρίς την προκατάληψη του ότι σχετίζεται με ένα εκ προοιμίου δυσάρεστο και αναπόφευκτο οικονομικό βάρος για τους ασφαλιστικούς φορείς.

ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΚΟΙΝΗ ΝΟΣΟ, ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Η προέχουσα αιτία της αναπηρίας έχει ιδιαίτερη σημασία και αξία για τον ασφαλισμένο, αφού συναρτάται τόσο με τις προϋποθέσεις (χρόνου ασφάλισης) συνταξιοδότησης όσο και με το ύψος της σύνταξης. Για το Ι.Κ.Α. προβλέπεται ότι αν η αναπηρία οφείλεται σε εργατικό ατύχημα ή επαγγελματική ασθένεια, τότε ο ασφαλισμένος δικαιούται συνταξιοδοτικές παροχές ακόμη και αν δεν πληροί τις προϋποθέσεις χρόνου ασφάλισης που απαιτούν οι σχετικές διατάξεις (άρθρ. 34 παρ. 1 Α.Ν. 1846/1951), για την χορήγηση σύνταξης αναπηρίας από κοινή νόσο. Προβλέπεται επίσης προνομιακός τρόπος υπολογισμού σύνταξης (άρθρ. 29 παρ. 2 Α.Ν. 1846/1951, όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρ. 5 παρ. 2 ν. 825/1978 και άρθρ. 3 ν. 3029/2002).

Είναι γεγονός ότι στην χώρα μας δεν έχουμε πλήρη εικόνα των αναπηριών που οφείλονται σε εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες, αφού σε αρκετές περιπτώσεις οι ασφαλισμένοι, για διάφορους λόγους δεν ακολουθούν τις προβλεπόμενες διαδικασίες για την αντίστοιχη πιστοποίηση - αναγνώριση, ειδικά αφού δεν έχουν συνταξιοδοτική ωφέλεια από αυτή.

Σε σχέση βεβαίως με τις επαγγελματικές ασθένειες πρέπει να επισημάνουμε την άμεση ανάγκη ενσωμάτωσης του ευρωπαϊκού καταλόγου επαγγελματικών ασθενειών στην εθνική μας νομοθεσία, λαμβάνοντας υπόψη την Σύσταση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής 2003/670/ΕΚ και την 194η Διεθνή Σύσταση Εργασίας του ΔΓΕ «Κατάλογος Επαγγελματικών Ασθενειών» 2002. Ο αναχρονιστικός και ιδιαίτερα περιορισμένος κατάλογος επαγγελματικών ασθενειών που περιλαμβάνεται στο άρθρο 40

του Κανονισμού Ασφάλισης επ' ουδενί δεν καλύπτει τις σύγχρονες και τις νέες εμφανιζόμενες επαγγελματικές ασθένειες αλλά και τις συνθήκες που αυτές εκδηλώνονται³. Αναμφίβολα δε δεν δημιουργεί κίνητρο αναγγελίας γι' αυτό και στην χώρα μας οι περιπτώσεις χορήγησης σύνταξης αναπηρίας που οφείλονται σε επαγγελματικές ασθένειες είναι ανησυχητικά περιορισμένες⁴.

⁽³⁾ Στην Ιταλία η Υ.Α. 14-1-2008 θεσμοθετεί τον Κατάλογο των Επαγγελματικών Ασθενειών, στην Ισπανία το Β.Δ. 1299/2006 αντίστοιχα και στην Γαλλία το άρθρο R461-3 του Κώδικα Κοινωνικής Ασφάλισης προβλέπει τις διαδικασίες αναγγελίας - αναγνώρισης καθώς και τον σχετικό κατάλογο.

⁽⁴⁾ Βλ. «Πολιτικές κάλυψης του Επαγγελματικού Κινδύνου στην Ε.Ε. και την Ελλάδα με έμφαση στα βαρέα και ανθυγιεινά - Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλισης της Εργασίας 2008, σελ. 149επ.

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ζήτημα το οποίο απασχόλησε και απασχολεί την κοινωνική ασφάλιση ήταν αν οι Υγειονομικές Επιτροπές θα πρέπει ελευθέρως κατά περίπτωση να γνωματεύουν περί της ύπαρξης και της έκτασης των παθήσεων ή αν θα πρέπει να υπάρχει εκ των προτέρων καθορισμός ποσοστών αναπηρίας ανά πάθηση ή βλάβη ή συνδυασμένη εμφάνιση παθήσεων, βλαβών ή εξασθενήσεων. Το άρθρο 27 ν. 1902/1990 (παρ. 5ε) προέβλεψε την έκδοση για το Ι.Κ.Α. Κανονισμού Εκτίμησης Βαθμού Αναπηρίας, ο οποίος και εκδόθηκε με την υπ' αριθμ. Φ22/1993 (Υ.Α. Φ21/2361 Φ.Ε.Κ. 819/1993) Υπουργική Απόφαση ύστερα από γνώμη του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου.

Ο εκδοθείς Κανονισμός περιορισμένα χρησιμοποιήθηκε από τις Υγειονομικές Επιτροπές και τελικά περιέπεσε σχεδόν σε αχρηστία.

Σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις (Κανονισμός Ασφαλιστικής Αρμοδιότητας Ι.Κ.Α. - Α.Υ.Ε. 57740/1938 άρθρ. 14 παρ. 4 και 29) οι Υγειονομικές Επιτροπές είναι αποκλειστικά αρμόδιες για την διαπίστωση της φύσεως, των αιτιών και της διάρκειας της σωματικής ή πνευματικής παθήσεως του ασφαλισμένου, οι δε γνωματεύσεις τους, εφ' όσον είναι επαρκώς αιτιολογημένες είναι δεσμευτικές για τα εν συνεχεία επιλαμβανόμενα, για την χορήγηση της παροχής, διοικητικά όργανα.

Θεωρούμε ότι, δεδομένης της ιδιαίτερης σημασίας που έχει η κρίση των Υγειονομικών Επιτροπών για την απονομή παροχής, είναι απαραίτητη η έκδοση νέου σύγχρονου Κανονισμού Εκτίμησης Βαθμού Αναπηρίας, η χρήση του οποίου θα είναι υποχρεωτική για όλες τις Υγειονομικές Επιτροπές όλων των Φορέων. Μάλιστα στοιχείο της αιτιολόγησης της γνωμάτευσης θα πρέπει να είναι και η ρητή μνεία της σχετικής

παραγράφου του Κανονισμού στην οποία θα ερείδεται ο ανά περίπτωση ποσοστιαίος προσδιορισμός της αναπηρίας.

Το ύψος της σύνταξης αναπηρίας στο Ι.Κ.Α. εξαρτάται τόσο βεβαίως από τις αποδοχές και τις ημέρες ασφάλισης, όσο και από το ποσοστό αναπηρίας. Έτσι λοιπόν με ποσοστό αναπηρίας 80% απονέμεται το 100%της δικαιούμενης σύνταξης, με ποσοστό 67% το 75% της σύνταξης και με ποσοστό 50% το 50% της σύνταξης.

Παραθέτουμε ενδεικτικά ποσά σύνταξης αναπηρίας (νέων ασφαλισμένων του Ι.Κ.Α.).

1. Ποσοστό αναπηρίας 50% και αποδοχές 1.500 ευρώ.

α) Με ημέρες ασφάλισης 2.000, ποσό κύριας σύνταξης 226,94 ευρώ (με 1 παιδί 238,96) και ποσό επικουρικής 57,14 ευρώ.

β) Με ημέρες ασφάλισης 3.000, ποσό κύριας σύνταξης 226,94 ευρώ (με 1 παιδί 238,96) και ποσό επικουρικής 57,14 ευρώ.

γ) Με ημέρες ασφάλισης 4.500, ποσό κύριας σύνταξης 226,94 ευρώ (με 1 παιδί 238,96) και ποσό επικουρικής 57,14 ευρώ.

2. Ποσοστό αναπηρίας 67% και αποδοχές 1.500 ευρώ.

α) Με ημέρες ασφάλισης 2.000, ποσό κύριας σύνταξης 340,41 ευρώ (με 1 παιδί 357,43) και ποσό επικουρικής 85,72 ευρώ.

β) Με ημέρες ασφάλισης 3.000, ποσό κύριας σύνταξης 340,41 ευρώ (με 1 παιδί 357,43) και ποσό επικουρικής 85,72 ευρώ.

γ) Με ημέρες ασφάλισης 4.500, ποσό κύριας σύνταξης 340,41 ευρώ (με 1 παιδί 357,43) και ποσό επικουρικής 85,72 ευρώ.

3. Ποσοστό αναπηρίας 80% και αποδοχές 1.500 ευρώ.

α) Με ημέρες ασφάλισης 2.000, ποσό κύριας σύνταξης 453,88 ευρώ (με 1 παιδί 476,57) και ποσό επικουρικής 114,29 ευρώ.

β) Με ημέρες ασφάλισης 3.000, ποσό κύριας σύνταξης 453,88 ευρώ (με 1 παιδί 476,57) και ποσό επικουρικής 114,29 ευρώ.

γ) Με ημέρες ασφάλισης 4.500, ποσό κύριας σύνταξης 453,88 ευρώ (με 1 παιδί 476,57) και ποσό επικουρικής 114,29 ευρώ.

Πάντως σύμφωνα με σχετική μελέτη του Χ. Σκιαδά, Προϊσταμένου Διεύθυνσης Αναλογιστικών Μελετών του Ι.Κ.Α. το μέσο καταβαλλόμενο σήμερα ποσό σύνταξης αναπηρίας (αφορά παλαιούς και νέους ασφαλισμένους) ανέρχεται σε 517 ευρώ. Από την ίδια μελέτη αξίζει να επισημανθεί ότι το 1/3 των συνταξιούχων αναπηρίας του Ι.Κ.Α. συνταξιοδοτείται με λιγότερες από 3.000 ημέρες ασφάλισης, ειδικά δε στις γυναίκες το ποσοστό αυτό ανέρχεται περίπου σε 42%.

Πρέπει να επισημάνουμε, ότι όπως προκύπτει από τους προπαρατιθέμενους πίνακες, σε περίπτωση συνταξιοδότησης με ποσοστό αναπηρίας 50% τα απονεμόμενα ποσά συντάξεων είναι ιδιαίτερα χαμηλά και βέβαια κανείς δεν μπορεί να ισχυρισθεί ότι αποκαθιστούν αναπλήρωση απολεσθέντος εισοδήματος λόγω της επαλήθευσης του ασφαλιστικού κινδύνου της αναπηρίας. Είναι ως εκ τούτου ιδιαίτερα πιθανό σε πολλές από τις περιπτώσεις αυτές, που δεν διαπιστώνεται μεγάλη βαρύτητα αναπηρίας, να υπάρχει παροχή αδήλωτης εργασίας. Ενδεχομένως να ήταν ως εκ των ανωτέρω σκόπιμη στις περιπτώσεις αυτές η «νομιμοποίηση» της παροχής της εργασίας, η οποία πλην της κοινωνικοασφαλιστικής της συνέπειας θα είχε και μια διάσταση επανένταξης στην αγορά εργασίας.

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ

Οι σχετικές διατάξεις (άρθρ. 27 ν. 1902/1990, άρθρ. 12 παρ. 5 ν. 1976/1991 και άρθρ. 6 ν. 2556/1997) καθορίζουν διαδικασία επιλογής και καθορισμού ιατρών που συμμετέχουν στις Υγειονομικές Επιτροπές του Ι.Κ.Α.

Θεωρούμε ότι οι μεγάλες διαφοροποιήσεις των ποσοστών αναπηρικών συντάξεων σε κάποιους νόμους (Περιφερειακό Ι.Κ.Α. Αθηνών ποσοστό 8,58%, Περιφερειακό Ι.Κ.Α. Λαμίας 18%, Περιφερειακό Ι.Κ.Α. Καρδίτσας 19,34%, Περιφερειακό Ι.Κ.Α. Κομοτηνής 25,58% κ.λ.π.) που δεν δικαιολογούνται από το είδος των σ' αυτούς ασκουμένων οικονομικών ή βιομηχανικών και λοιπών δραστηριοτήτων αποδεικνύουν ότι σε κάποιες περιπτώσεις το σύστημα καθορισμού και λειτουργίας των Υγειονομικών Επιτροπών δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των δημιουργών του, ως εκ τούτου θα πρέπει να επανεξετασθεί, να αναθεωρηθεί και να εκσυγχρονισθεί.

Όπως προαναφέραμε για την κρίση περί ύπαρξης ή μη αναπηρίας σε όλους τους ασφαλιστικούς φορείς, αποφαίνονται σε πρώτο βαθμό οι πρωτοβάθμιες Υγειονομικές Επιτροπές και σε δεύτερο βαθμό, όταν απαιτείται, οι δευτεροβάθμιες Υγειονομικές Επιτροπές⁵. Ενδεχομένως η σε δεύτερο βαθμό εξέταση του ασφαλισμένου από ιατρούς άλλης περιφέρειας θα εξασφάλιζε περισσότερο αντικειμενική κρίση σε συνδυασμό πάντοτε με την υποχρεωτική χρήση του Κανονισμού Εκτίμησης Βαθμού Αναπηρίας.

⁽⁵⁾ Βλ. Σ.Ε. Γουσόπουλου - Κ.Μ. Χουρδάκη «Ασφαλιστική Ιατρική» 2005, σελ. 19, 83 και 135.

ΠΡΟΣΑΥΞΗΣΗ ΑΠΟΛΥΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Το ποσό της χορηγούμενης σύνταξης προσαυξάνεται κατά 50% λόγω απόλυτης αναπηρίας, εφ' όσον ο συνταξιούχος βρίσκεται σε κατάσταση που απαιτεί συνεχή επίβλεψη (άρθρ. 9 παρ. 7 ν. 2458/1997 και άρθρ. 4 Π.Δ. 334/1998 για Ο.Γ.Α., άρθρ. 24 παρ. 3 Π.Δ. 285/2005 για Ο.Α.Ε.Ε., άρθρ. 60 ν. 3518/2006 για Ι.Κ.Α. και άρθρ. 30 παρ. 2 ν. 2084/1992 για νέους ασφαλισμένους).

Η ανωτέρω προσαύξηση προβλέπεται για τις περιπτώσεις συνταξιοδότησης λόγω αναπηρίας και θανάτου (πλην των νέων ασφαλισμένων), μόνο δε στις περιπτώσεις τυφλότητας για την κατηγορία γήρατος.

Άποψη μας είναι ότι η προσαύξηση αυτή εσφαλμένα έχει περιορισθεί στις περιπτώσεις αναπηρίας και θανάτου και θα πρέπει να επεκταθεί και στις περιπτώσεις γήρατος, αφού το κριτήριο σε κάθε περίπτωση είναι η αποδεδειγμένη ανάγκη παροχής βοήθειας από άλλο πρόσωπο το οποίο θα προσφέρει συμπάρσταση, περιποίηση και βεβαίως επίβλεψη. Το κριτήριο δε αυτό δεν σχετίζεται με την αιτία της συνταξιοδότησης.

Η αιτία συνταξιοδότησης στην συγκεκριμένη περίπτωση είναι αδιάφορη, αφού η χορήγηση του επιδόματος συναρτάται και εξαρτάται από συγκεκριμένη κατάσταση της υγείας του συνταξιούχου.

Στο παρελθόν είναι γεγονός ότι έγιναν προσπάθειες θεσμοθέτησης προσαύξησης και στις περιπτώσεις γήρατος, οι οποίες όμως δεν ευδοκίμησαν λόγω του κόστους που συνεπάγεται μια τέτοια ρύθμιση.

Η χορήγηση του επιδόματος απόλυτης αναπηρίας εξαρτάται αποκλειστικά από τις Υγειονομικές Επιτροπές, οι οποίες με δεσμευτικό τρόπο νομιμοποιούνται να γνωματεύουν περί του αν ο συνταξιούχος

βρίσκεται σε τέτοια κατάσταση που απαιτεί συνεχή επίβλεψη, περιποίηση και συμπάρσταση (Σ.Ε. 3847/2004 κ.α.). Η πρόσθετη αυτή συνταξιοδοτική παροχή θεωρούμε ότι είναι απαραίτητη για όλες τις κατηγορίες των συνταξιούχων.

Οι προϋποθέσεις χορήγησης και ο τρόπος υπολογισμού καταδεικνύουν ότι πρόκειται για παροχή προνοιακού χαρακτήρα.

ΕΞΩΪΔΡΥΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ

Το ανωτέρω επίδομα δικαιούνται οι ασφαλισμένοι και συνταξιούχοι των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης καθώς και τα μέλη οικογενείας τους που πάσχουν από τετραπληγία ή παραπληγία και κρίνονται ανίκανοι για κάθε βιοποριστική εργασία (άρθρ. 42 ν. 1140/1981 καθώς και Α.Υ.Κ.Υ. Φ7/1104/13-8-1981).

Συν τη παρόδω του χρόνου και υπό την επιρροή της νομολογίας που αναγνώριζε δικαίωμα λήψης του επιδόματος και σε περιπτώσεις ασφαλισμένων, που έπασχαν από παθήσεις που δεν χαρακτηρίζονταν από τις Υγειονομικές Επιτροπές ως παραπληγία ή τετραπληγία αλλά οι συνέπειές τους εξομοιώνονταν απόλυτα με την τετραπληγία - παραπληγία (Σ.Ε. 1030/2005, 291/2004, 1311/2004, 1802/2001 κ.α.), η χορήγηση του επιδόματος επεκτάθηκε και σε άλλες κατηγορίες παθήσεως, όπως στους πάσχοντες από μυασθένεια - μυοπάθεια (με 67%), από ακρωτηριασμό δύο άνω ή κάτω άκρων (με 67%), από φωκομέλεια, από σκλήρυνση κατά πλάκας (με 67%) - άρθρ. 5 παρ. 2 ν. 3232/2004 - σύνδρομο κλάματος γαλής, ατελή οστεογένεση (80%) κ.λ.π. - άρθρ. 61 παρ. 5 ν. 3518/2006.

Η παροχή εργασίας δικαιούχου του επιδόματος δεν συνιστά λόγο διακοπής καταβολής του (άρθρ. 32 παρ. 1 ν. 1876/1990).

Το επίδομα χαρακτηρίζεται ως ιδιόμορφη παροχή τύπου σύνταξης, προσωποπαγής και αμεταβίβαστη (εγκ. Ι.Κ.Α. 150/1981) και αναμφίβολα είναι παροχή μικτού χαρακτήρα (προεχόντως προνοιακή) απαραίτητη τόσο για τις κατηγορίες που ρητά προβλέπεται όσο και για όλες τις άλλες, που έχουν όμοια χαρακτηριστικά. Ενδεχομένως θα ήτο προτιμότερο αντί να

γίνεται σταδιακή επέκταση με κατ' ιδίαν ρυθμίσεις, οι προϋποθέσεις χορήγησης να ορισθούν με γενική διάταξη.

ΠΡΟΣΑΥΞΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Σε κάποιες ειδικές περιπτώσεις αναπηρίας το ποσό της χορηγούμενης σύνταξης λόγω γήρατος πριμοδοτείται. Έτσι λοιπόν η χορηγούμενη σύνταξη υπολογίζεται με 35 έτη ασφάλισης ή 10.500 ημέρες ασφάλισης, ακόμη και αν ο πραγματικός χρόνος ασφάλισης είναι λιγότερος (π.χ. 4.500 ημέρες ασφάλισης). Ο θεσμός αυτός ξεκίνησε για τις περιπτώσεις συντάξεων γήρατος τυφλών (ν. 612/1977) και επεκτάθηκε στους πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία (άρθρ. 16 παρ. 3 ν. 2227/1994), στους πάσχοντες από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (άρθρ. 5 παρ. 3 ν. 3232/2004), στους πάσχοντες από αιμορροφιλία ή σε όσους έχουν υποβληθεί σε μεταμοσχεύσεις συμπαγών οργάνων (άρθρ. 5 παρ. 1 ν. 3232/2004), στους πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας, στους ακρωτηριασμένους και σε όσους έχουν υποβληθεί με μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών (άρθρ. 61 παρ. 4 ν. 3518/2006).

Οι προαναφερθείσες περιπτώσεις εντάσσονται στην κατηγορία των συντάξεων γήρατος. Οι συντάξεις αυτές χορηγούνται ανεξαρτήτως ορίου ηλικίας και βεβαίως σχετίζονται και ερείδονται στην ύπαρξη ειδικής μορφής αναπηρίας, για την ύπαρξη της οποίας γνωματεύουν οι αρμόδιες Υγειονομικές Επιτροπές.

Παράδειγμα προσαύξησης

Ασφαλισμένος με 4.500 ημέρες ασφάλισης και αποδοχές 1.800 ευρώ λαμβάνει κύρια σύνταξη 619 ευρώ και επικουρική 353 ευρώ. Με την προβλεπόμενη προσαύξηση το ποσό της κύριας σύνταξης διαμορφώνεται σε 1.236 ευρώ και της επικουρικής σε 530 ευρώ.

Η διαφορά των ποσών συνιστά προνοιακή παροχή, απόλυτα δικαιολογημένη για κάποιες ειδικές κατηγορίες παθήσεων.

ΑΝΑΠΗΡΙΚΕΣ ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ - ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ

Αναμφίβολα τόσο η κοινωνική ασφάλιση όσο και οι κατ' ιδίαν φορείς, ιδιαίτερα στην οικονομική κατάσταση που βρίσκονται σήμερα θα πρέπει να στοχεύσουν στον περιορισμό των συντάξεων αναπηρίας και στην απονομή μόνο στις περιπτώσεις που η κατάσταση της υγείας των ασφαλισμένων επιβάλλει την χορήγησή τους.

Η λογική του περιορισμού όμως επ' ουδενί δεν πρέπει να οδηγήσει σε αυστηροποίηση που εξικνείται μέχρι άρνηση χορήγησης όταν υπάρχει επαλήθευση του ασφαλιστικού κινδύνου.

Ιδιαίτερα σημαντική θα είναι και η προσπάθεια θετικής και αποτελεσματικής παρέμβασης στις αιτίες που προκαλούν είτε μακροχρόνια είτε αιφνίδια βλάβη στην υγεία των εργαζομένων. Πέραν βεβαίως των γενικών περιβαντολογικών συνθηκών η τήρηση των κανόνων υγιεινής και ασφάλεια, ο σεβασμός των χρονικών ορίων εργασίας, η κανονική χορήγηση της ετήσιας άδειας κ.λ.π. μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην γενική βελτίωση και τον περιορισμό των συνταξιοδοτήσεων. Ειδικά όσο αφορά την υγιεινή και ασφάλεια πρέπει να επισημάνουμε ότι υπάρχει στην χώρα μας, μετά από αποδοχή των Ευρωπαϊκών οδηγιών, το κατάλληλο θεσμικό πλαίσιο, απαραίτητη είναι όμως η επίβλεψη της τήρησής του.

Εν πάση δε περιπτώσει η έγκαιρη διαπίστωση της πρόκλησης βλάβης είναι προεχόντως σημαντική για την υγεία του ιδίου του ασφαλισμένου, αλλά και απαραίτητη για το σύστημα παροχών των φορέων.

Τέλος ένας τομέας ο οποίος απαιτεί σχεδιασμό και δραστικές πρωτοβουλίες είναι αυτός της πρόληψης. Το άρθρο 42 του βασικού νόμου του Ι.Κ.Α. (Α.Ν. 1846/1951) αναφέρεται στην λήψη μέτρων για πρόληψη ασθενειών κ.λ.π. και προβλέπει την έκδοση Κανονισμού ο οποίος ουδέποτε

εκδόθηκε. Στην ανάπτυξη προληπτικής δράσης γενικά αναφέρεται και το άρθρο 1 του Κανονισμού Ασθενείας Ι.Κ.Α. (ΑΥΕ 25078/1938). Μέτρα επίσης προληπτικής δράσης προβλέπονται και από το άρθρο 33 παρ. 1-3 ν. 2676/1999 (εμβολιασμού, γυναικολογικές εξετάσεις, εξετάσεις πρόληψης καρκίνου κ.λ.π.). Εν πάση περιπτώσει παρ' ότι υπάρχουν αμφισβητήσεις αν η πλήρης κάλυψη προληπτικών δράσεων εντάσσεται ή πρέπει να εντάσσεται στους καλυπτόμενους από τους ασφαλιστικούς φορείς κινδύνους, θεωρούμε ότι μια πιο συστηματική ανάπτυξη προληπτικών δράσεων μακροπρόθεσμα, ωφέλεια θα προσφέρει και στους ασφαλισμένους και στο σύστημα.

Αθήναι, 29 Ιανουαρίου 2010

ΓΙΑ ΤΗΝ Ε.Σ.Ε.Ε.

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΑΘ. ΜΠΟΥΡΛΟΣ