

Αντικρουόμενες αποφάσεις κατά την εκτίμηση του ποσοστού αναπηρίας μιας πάθησης μεταξύ των επιτροπών αναπηρίας

Βασίλειος Τσάτσος

Χειρ/γός Ορθ/κός

Πρόεδρος Α.Υ.Ε. και Β.Υ.Ε. Ι.Κ.Α Θεσσαλονίκης

Ένα σοβαρό πρόβλημα που παρατηρείται συχνά στις αποφάσεις των Πρωτοβαθμίων και Δευτεροβαθμίων Υγειονομικών Επιτροπών Αναπηρίας, (Α.Υ.Ε.) και (Β.Υ.Ε.) αντίστοιχα, είναι ή διαφορετική εκτίμηση του ποσοστού κάποιας παθήσεως μεταξύ διαφορετικών Επιτροπών, αλλά και μεταξύ των μελών της ίδιας επιτροπής. Εδώ θα προσπαθήσω να αναλύσω συνοπτικά, τις αιτίες της διαφορετικής εκτίμησης μίας παθήσεως ως προς την βαρύτητα, και άρα και ως προς το ποσοστό Αναπηρίας, με αποτέλεσμα διαφορετικές αποφάσεις μεταξύ των επιτροπών αναπηρίας.

Προτού αρχίσω την ανάλυση οφείλω να αναφέρω ότι σήμερα οι διαφορές των ποσοστών αναπηρίας μεταξύ των διαφορετικών επιτροπών αναπηρίας έχουν μειωθεί κατά πολύ, με αποτέλεσμα παραπλήσιο συνολικό ποσοστό.

Η εκτίμηση του ποσοστού αναπηρίας ενός ατόμου εξαρτάται από δύο παράγοντες. 1) Από το είδος της παθήσεως ή της κακώσεως και 2) Από τον βαθμό μειώσεως του κέρδους από την εργασία.

Ως προς τον πρώτο παράγοντα, αρμόδια είναι η Υγειονομική επιτροπή. Ως προς τον δεύτερο, η Τ.Δ.Ε. και τα Δικαστήρια, αλλά πρέπει, σε ορισμένες περιπτώσεις, να τον λαμβάνει υπ' όψιν και η Υγειονομική επιτροπή.

Ας έρθουμε λοιπόν στον παράγοντα που αφορά την Α.Υ.Ε. ή Β.Υ.Ε., δηλαδή το είδος της κακώσεως ή της παθήσεως.

Για να υπολογίσουμε την οικονομική ζημιά που υπέστη ο ανάπηρος, συνεπεία ατυχήματος ή νόσου, θα πρέπει να εξετάσουμε τον βαθμό της φυσικής ζημιάς του αναπήρου, ο οποίος βαθμός εξάγεται από την εκτίμηση των λειτουργικών απωλειών, οι οποίες επηρεάζουν τις προσωπικές ικανότητες του ατόμου.

Και ως προς τις κακώσεις δεν υπάρχει ιδιαίτερο πρόβλημα στην εκτίμηση του ποσοστού αναπηρίας, γιατί το ποσοστό είναι σχετικώς στανταρισμένο για το είδος και τον βαθμό της κακώσεως. Το πρόβλημα υπάρχει στις παθήσεις.

Εδώ σταματάμε σε μια φράση «βαθμός φυσικής ζημιάς του αναπήρου», και συγκεκριμένα στην λέξη «βαθμός», δηλαδή τι ποσοστό θα δώσουμε σε μία πάθηση αναλόγως της βαρύτητας.

Όπως είναι γνωστό σε όλους μας δεν υπάρχουν σαφή όρια καθορισμού της βαρύτητας μίας παθήσεως, ούτε και κανένα ειδικό μέτρο. Οπωσδήποτε υπάρχει μία ελαφρά, αρχομένη κατάσταση, και μία βαρεία, προχωρημένη, κατάσταση οι οποίες μπορούν να αξιολογηθούν χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία. Η μεταξύ τους όμως κατάσταση είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, και γι αυτό πολλές φορές οι αποφάσεις των επιτροπών είναι αντικρουόμενες. Έτσι έχει καθορισθεί ένας ελάχιστος, μέσος, και ένας μέγιστος βαθμός λειτουργικής ανικανότητας, ο οποίος κυμαίνεται σε ευρεία ποσοστά αναπηρίας. Έτσι π.χ. στην σπονδυλαρθροπάθεια το εύρος του ποσοστού κυμαίνεται από 0% έως 50%.

Για την πιο ακριβή εκτίμηση του ποσοστού αναπηρίας, αναλόγως της βαρύτητας της σπονδυλαρθροπάθειας, έχουν καθορισθεί 3 καταστάσεις: 1) Η αρχομένη, 2) η μετρίου, και 3) η μεγάλου βαθμού εκφυλιστική σπονδυλαρθροπάθεια, αναλόγως του βαθμού εκφυλιστικής εξεργασίας των σπονδύλων, και των νευρολογικών ευρημάτων, λόγω πίεσεως νωτιαίων ριζών.

Στην (1) **Αρχομένη Εκφυλιστική Σπονδυλαρθροπάθεια**, στην οποία ακτινολογικά παρατηρούνται μερικά οστεόφυτα στους σπονδύλους, αλλά κλινικά λεί-

πουν τα αντικειμενικά ευρήματα, το ποσοστό αναπηρίας κυμαίνεται από 0% έως 10%.

Στην (2) **Μετρίου βαθμού Εκφυλιστική Σπονδυλαρθροπάθεια**, στην οποία ακτινολογικά παρατηρούνται άφθονα οστεόφυτα, στενώσεις μεσοσπονδύλιων διαστημάτων, μετρίου βαθμού αποπλάτυση των σπονδυλικών σωμάτων και κλινικά μερικά ευρήματα πίεσεως νωτιαίων ριζών, το ποσοστό αναπηρίας κυμαίνεται από 10% έως 35%.

Στην (3) **Μεγάλου βαθμού Εκφυλιστική Σπονδυλαρθροπάθεια**, όπου παρατηρούνται οστέινες γέφυρες μεταξύ των σπονδυλικών σωμάτων, μεγάλες παραμορφώσεις των σπονδύλων, με αποτέλεσμα διαταραχή της στατικής και της αρχιτεκτονικής της σπονδυλικής στήλης, με έκδηλα ριζιτικά φαινόμενα, το ποσοστό κυμαίνεται από 35% έως 50%.

Από τα ανωτέρω βλέπουμε ότι τα όρια εκτιμήσεως των ποσοστών αναπηρίας είναι αρκετά μεγάλα. Έτσι μία Υγειονομική Επιτροπή μπορεί να εκτιμήσει το ποσοστό αναπηρίας σε μία μέσου βαθμού εκφυλιστική σπονδυλαρθροπάθεια σε 15%, ενώ μία άλλη σε 35%. Έτσι, εάν σε ένα περιστατικό έχουμε δύο ή περισσότερες παθήσεις με μεγάλες διαφορές, το συνολικό ποσοστό αναπηρίας θα είναι τελείως διαφορετικό.

Η εκτίμηση, λοιπόν, των ποσοστών αναπηρίας δεν είναι καθόλου εύκολη υπόθεση. Οπωσδήποτε, και είναι λογικό να υπάρχουν μικρές αποκλίσεις στις αποφάσεις των διαφόρων επιτροπών. Είναι παράλογο όμως να υπάρχουν πολύ μεγάλες διαφορές χωρίς να υπάρχει και η ανάλογη αιτιολόγηση. Η αξιολόγηση πρέπει να στηρίζεται στην κλινική εξέταση και στις παρακλινικές εξετάσεις, και στην απόφαση να αναγράφεται **ως γνωμάτευση** η ονομασία της παθήσεως, και όχι η συμπτωματολογία.

Στις μικρές όμως πόλεις, λόγω ελλείψεως εξειδικευμένων εργαστηρίων, δεν μπορούν να γίνουν ορισμένες εξετάσεις, π.χ. Στεφανιογράφημα, με αποτέλεσμα η επιτροπή να στηρίζεται μόνο στην κλινική

εξέταση και σε τυχόν κάποια γνωμάτευση Νοσοκομείου, με αποτέλεσμα η απόφαση της επιτροπής να μην είναι πλήρως τεκμηριωμένη.

Οι Υγειονομικές Επιτροπές είναι τριμελείς, και άρα οι γιατροί της επιτροπής ειδικοί για 3 μόνο παθήσεις. Οι βασικές ειδικότητες μιας Υγειονομικής Επιτροπής είναι παθολόγος ή καρδιολόγος, χειρουργός ή ορθοπεδικός, και νευρολόγος-ψυχίατρος. Όταν λοιπόν προσπαθούν να εκτιμήσουν το ποσοστό αναπηρίας παθήσεως άλλης ειδικότητας, λογικό είναι να αντιμετωπίζουν ορισμένες δυσκολίες ως προς το ύψος του ποσοστού, και ειδικά όταν η κρινόμενη πάθηση είναι αρκετά εξειδικευμένη, π.χ. ψυχική πάθηση, και δεν υπάρχει ειδικός γιατρός της κρινόμενης παθήσεως. Στο σημείο αυτό μπορεί να υπάρχει διάσταση απόψεων και μεταξύ των μελών της ίδιας Επιτροπής.

Τέλος, η εντοπιότητα παίζει μεγάλο ρόλο στην εκτίμηση μιας παθήσεως. Οι γνωριμίες, στις μικρές κυρίως πόλεις, είναι πιο στενές απ' ότι στις μεγάλες, και λογικό είναι τα μέλη της επιτροπής να δέχονται περισσότερες, και πιο έντονες συναισθηματικές, επαγγελματικές και κοινωνικές φορτίσεις.

Με όλα αυτά που ανέφερα προσπάθησα να εξηγήσω τις αιτίες διαφορετικής εκτιμήσεως μιας παθήσεως μεταξύ των Υγειονομικών Επιτροπών. Μπορεί να υπάρχουν και άλλες αιτίες, οι οποίες μου έχουν διαφύγει της προσοχής. Πάντως σήμερα, με τον τρόπο που γίνονται οι επιτροπές, οι κρίσεις είναι πιο αντικειμενικές, και δεν παρατηρούνται μεγάλες διαφορές στην τελική αξιολόγηση των παθήσεων. Θα αναφέρω μια μόνο περίπτωση μεγάλης διαφοράς κρίσεως, που συνέβη πριν από αρκετά χρόνια, και την εξήγηση την αφήνω στην κρίση σας. Την ίδια μέρα, την ίδια ώρα, στην ίδια πόλη, και από την ίδια επιτροπή περνούν δύο άτομα με την ίδια πάθηση και την ίδια διάγνωση «οσφυαλγία». Στη μία απόφαση το ποσοστό αναπηρίας ήταν 67%, στην άλλη 20%.