proLékaře.cz | 9.11.2026

Posuzování invalidity u infekčních onemocnění

Čeledová L.[1], Čevela R.[1], Bosák M.[2]

[1]Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Plzni
[2]Odbor lékařské posudkové služby
Česká správa sociálního zabezpečení v Praze

SOUHRN

Cíl práce: Článek seznamuje s novým posudkově medicínským modelem posuzování invalidity u infekčních onemocnění, které je uplatňováno od 1. ledna 2010.
Materiál a metodiky: Posudková kritéria posuzování invalidity jsou podrobně upravená vyhláškou č. 359/2009 Sb. V kapitole I přílohy vyhlášky o posuzování invalidity je oblast infekčních onemocnění zpracována s ohledem na funkční poruchy a jejich dopad na kvalitu života. Od roku 2010 je nově invalidita posuzována ve třech stupních. Nový způsob posuzování umožňuje posoudit funkční schopnosti jedince, jeho zdravotní postižení a cíleně kompenzovat pokles jeho pracovní schopnosti.
Výsledky: V roce 2010 bylo posouzeno celkem 170 375 invalidit a v roce 2014 to bylo 147 121 posouzení. Invalidit pro infekční onemocnění bylo v roce 2010 posouzeno 177 a v roce 2014 to bylo 128 posouzení. Mezi nejčastější příčiny invalidit pro infekční onemocnění patří chronická virová hepatitida, jiné spirochetové infekce, TBC dýchacího ústrojí, virové encefalitidy přenášené klíšťaty a onemocnění HIV/AIDS.
Závěr: Počet posouzení invalidit pro infekční onemocnění v letech 2010–2014 má snižující se tendenci, obdobně jako u posouzení všech invalidit. Přesto invalidity pro infekční onemocnění představují za sledované období vždy zhruba půl procenta ze všech invalidit.

KLÍČOVÁ SLOVA:

infekční onemocnění – invalidita – lékařská posudková služba

ABSTRACT

Čeledová L., Čevela R., Bosák M.: Assessment of invalidity as a result of infectious diseases
Aim: The article features the new medical assessment paradigm for invalidity as a result of infectious disease which is applied as of 1 January 2010.
Material and methods: The invalidity assessment criteria are regulated specifically by Regulation No. 359/2009. Chapter I of the Annexe to the invalidity assessment regulation addresses the area of infectious diseases with respect to functional impairment and its impact on the quality of life. Since 2010, the invalidity has also been newly categorized into three groups. The new assessment approach makes it possible to evaluate a person's functional capacity, type of disability, and eligibility for compensation for reduced capacity for work.
Results: In 2010, a total of 170 375 invalidity cases were assessed, and in 2014, 147 121 invalidity assessments were made. Invalidity as a result of infectious disease was assessed in 177 persons in 2010, and 128 invalidity assessments were made in 2014. The most common causes of invalidity as a result of infectious disease are chronic viral hepatitis, other spirochetal infections, tuberculosis of the respiratory tract, tick-borne viral encephalitis, and HIV/AIDS.
Conclusion: The number of assessments of invalidity as a result of infectious disease showed a declining trend between 2010 and 2014, similarly to the total of invalidity assessments. In spite of this fact, the cases of invalidity as a result of infectious disease account for approximately half percent of all invalidity assessments made in the above-mentioned period of time.

KEYWORDS:

infectious diseases – invalidity – Medical Assessment Service

Epidemiol. Mikrobiol. Imunol., 65, 2016, č. 1, s. 51–55

ÚVOD

Článek seznamuje s pětiletými zkušenostmi s posuzováním invalidity u infekčních onemocnění. Nový model posuzování míry poklesu pracovní schopnosti u infekčních onemocnění je uplatňován od roku 2010 na základě výsledků projektu „Promítnutí pokroků lékařské vědy do funkčního hodnocení zdravotního stavu a pracovní schopnosti ve vztahu k Mezinárodní klasifikaci nemocí a s přihlédnutím k Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností“ řešeného Českou lékařskou společností J. E. Purkyně. I když infekční onemocnění nepatří mezi nejčastější příčiny invalidity, představují zhruba půl procenta všech invalidit, je třeba jim věnovat pozornost, a to i z důvodu jejich socioekonomických dopadů. [16, 17]. Například pozorujeme pozvolný nárůst invalidit pro onemocnění HIV/AIDS, a to zejména u invalidity III. stupně. Posudkové lékařství řeší svým zaměřením především kompenzaci sociálních a ekonomických dopadů onemocnění na posuzované osoby. Posudkoví lékaři tak navazují na práci klinických lékařů, poskytujících zdra-

proLékaře.cz | 9.11.2026

votní péči, a to ve všech případech, kdy je třeba řešit, zmírňovat, kompenzovat nebo odstraňovat nepříznivé sociální důsledky nemocí, úrazů, vad a zdravotních postižení. Dopady jejich činnosti lze vyčíslit na cca 90 mld. ročně. Lékařská posudková činnost v resortu Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) je vykonávána především okresními správami sociálního zabezpečení, jakožto prvoinstančním orgánem, a posudkovými komisemi Ministerstva práce a sociálních věcí jakožto orgánem druhoinstančním. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, od 1. ledna 2010 nově vymezil nejen posudkově rozhodné skutečnosti pro uznání invalidity, ale zavedl rovněž třístupňový systém invalidity. Zákon o důchodovém pojištění a jeho doprovodná vyhláška č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, jsou navíc doplněny výklady pracovních postupů a metodickými pokyny vydávanými MPSV a Českou správou sociálního zabezpečení (ČSSZ), jakožto doporučené postupy k posouzení invalidity [1, 13, 14, 18].

INVALIDITA JAKO POSUDKOVĚ MEDICÍNSKÁ KATEGORIE

Invalidita jako posudkově medicínská kategorie systému důchodového pojištění je kategorií vícerozměrnou, neboť obsahuje zdravotní, pracovní, sociální, právní a ekonomické skutečnosti. Základní a výchozí příčinou invalidity je vždy zdravotní postižení, které musí mít charakter dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav má trvat déle než jeden rok; může trvat i řadu let nebo se jedná i o stav trvalý. Nepříznivost se musí projevovat podstatným snížením až výpadkem fyzických, duševních nebo smyslových schopností, nezbytných pro práci/výdělečnou činnost, tj. nepříznivým dopadem na tzv. fyzický potenciál pojištěnce. Nepříznivost se může také promítat do omezené schopnosti/neschopnosti využívat tzv. kvalifikační potenciál, tj. dosažené vzdělání, zkušenosti, znalosti získané výkonem různých výdělečných činností/zaměstnání či neschopností pokračovat v dosavadní výdělečné činnosti. Pracovní aspekty invalidity se projevují v nepříznivém dopadu na pracovní potenciál (fyzický a kvalifikační), tj. v poklesu schopnosti vykonávat soustavnou výdělečnou činnost až úplnou neschopností pracovat, v potřebě zvýšené ochrany na trhu práce nebo ve schopnosti pracovat jen za zcela mimořádných podmínek. Prakticky to znamená schopnost pracovat v podstatně menším rozsahu nebo intenzitě, vykonávat práci s podstatně nižšími nároky na duševní, fyzické nebo smyslové schopnosti nebo s podstatně nižšími nároky na kvalifikaci, popř. až neschopnost soustavně pracovat. Závažným důsledkem podstatného poklesu pracovní schopnosti až neschopnosti pracovat je podstatný pokles až výpadek příjmů ze soustavné výdělečné činnosti oproti době před vznikem invalidity. Sociálním aspektem invalidity je kompenzace poklesu pracovní schopnosti/ztráty pracovní schopnosti a tím podmíněného poklesu nebo ztráty příjmů invalidním důchodem. Invalidita není kategorií statickou ale dynamickou; v konkrétním případě může dojít i ke změně stupně invalidity – zvýšení nebo snížení stupně invalidity nebo i k jejímu zániku. Jde o vícerozměrnou kategorii, proto se v rámci invalidity může v časové ose měnit zdravotní stav, pracovní schopnost, kvalifikace i rozsah a charakter pracovního zapojení pojištěnce [9, 11, 16]. Pojištěnec je podle zákona o důchodovém pojištění invalidní, jestliže procentní míra poklesu pracovní schopnosti poklesla:

a) nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně;
b) nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně;
c) nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně [18].

Počet posouzení invalidit celkem a v rozdělení podle jednotlivých stupňů v letech 2010–2014 ukazuje tabulka 1 [5].

Z tabulky je patrné, že počet posudků pro účely invalidity na první instanci činil v roce 2014 celkem 147 121, což je o 2 297 posudků méně než v roce 2013 (pokles o 1,5 %) a o 23 254 méně než v roce 2010 (pokles o 11,6 %). Od roku 2010 do roku 2014 došlo rovněž k poklesu nepřiznaných invalidit. V roce 2010 to bylo 14,66 % nepřiznaných invalidit a v roce 2014 již jen 11,82 % (tj. pokles o 2,84%) ze všech žádostí o posouzení. Od roku 2010 naopak pozorujeme mírný nárůst posouzení invalidit prvního a druhého stupně a mírný pokles invalidit třetího stupně. V roce 2010 představovaly invalidity prvního stupně 36,48 % a v roce 2014 tvořily 37,68 %. I v roce 2014 tak stále tvořily největší procento ze všech posouzení za sledované období. Pouze v roce 2010 představovaly invalidity druhého stupně 16,34 %, poté vzrostly v roce 2011 na 18,18 % a tento trend si již zachovaly až do roku 2014, kdy tvořily 18,92 %. Druhou nejčastější invaliditou jsou invalidity třetího stupně, které v roce 2010 tvořily 32,52 % a v roce 2014 31,58 %.

OBECNÉ POSUDKOVÉ ZÁSADY PRO INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ

Při hodnocení míry poklesu pracovní schopnosti je rozhodující výsledek interakce mezi infekčním agens, jeho

Tabulka 1. Počet posouzení invalidit ČSSZ za období 2010–2014

Table 1. Invalidity assessments made by the Czech Social Security Administration in 2010–2014

Rok	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%
Invalidita I. stupně	62 145	36,48	57 900	36,58	61 501	37,52	57 075	38,20	55 437	37,68
Invalidita II. stupně	27 847	16,34	28 773	18,18	29 992	18,30	27 963	18,71	27 831	18,92
Invalidita III. stupně	55 409	32,52	51 926	32,80	52 852	32,25	47 651	31,89	46 456	31,58
Nepřiznáno	24 974	14,66	19 705	12,45	19 553	11,93	16 729	11,20	17 397	11,82
Celkem	**170 375**	**100,00**	**158 304**	**100,00**	**163 898**	**100,00**	**149 418**	**100,00**	**147 121**	**100,00**

Zdroj/Source: ČSSZ, 2015

proLékaře.cz | 9.11.2026

Tabulka 2. Počet posouzení invalidit ČSSZ pro infekční onemocnění (kapitola I přílohy vyhlášky č. 359/2009 Sb. – Infekce) za období 2010–2014

Table 2. Assessments of invalidity as a result of infectious disease (Chapter I – Infections, Annexe to Regulation No. 359/2009) made by the Czech Social Security Administration in 2010–2014

Rok	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%
Invalidita I. stupně	277	30,95	265	32,72	286	34,84	279	37,60	286	38,24
Invalidita II. stupně	162	18,10	146	18,02	153	18,64	130	17,52	119	15,91
Invalidita III. stupně	279	31,17	262	32,35	232	28,26	206	27,76	215	28,74
Nepřiznáno	177	19,78	137	16,91	150	18,27	127	17,12	128	17,11
Celkem	**895**	**100,00**	**810**	**100,00**	**821**	**100,00**	**742**	**100,00**	**748**	**100,00**

Zdroj/Source: ČSSZ, 2015

množstvím, patogenitou, obranyschopností organismu a léčebným procesem. Přitom je nutno vzít v úvahu, že některá infekční agens mohou perzistovat v organismu, případně s možnými reaktivacemi, mohou zůstat rezidua po akutním onemocnění, může dojít k přechodu do chronického stadia nemoci, jeden mikroorganismus může postihovat různé orgány. Míra poklesu pracovní schopnosti se stanoví podle funkčního postižení napadeného orgánu nebo systému, podle aktivity procesu a dopadu na celkovou výkonnost. Při posuzování míry poklesu pracovní schopnosti u infekčních postižení by mělo sledované období, rozhodné pro posouzení, trvat zpravidla jeden rok. Samotné prodělání infekce, bez funkčních poruch charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, nepůsobí pokles pracovní schopnosti. Zjištění nosičství, i když je důvodem k vyloučení z některých pracovních činností, nepůsobí pokles pracovní schopnosti [16].

Tabulka 2 ukazuje počet invalidit pro infekční onemocnění celkem a v rozdělení podle jednotlivých stupňů v letech 2010–2014 [5].

Z tabulky je zřejmý snižující se počet posouzení invalidit pro infekční onemocnění v letech 2010–2014, obdobně jako u posouzení všech invalidit. Poklesl rovněž počet nepřiznaných invalidit od roku 2010 do roku 2014, a to o 2,67 %. Od roku 2010 však u infekčních onemocnění pozorujeme mírný nárůst posouzení invalidit prvního stupně. Naopak u invalidit druhého stupně došlo v roce 2014 ke snížení oproti roku 2010 o 2,19 %.

Následující tabulka 3 ukazuje porovnání přiznaných invalidit celkem pro všechna onemocnění s invaliditami pro infekční onemocnění za období 2010–2014 [5].

Z uvedených údajů vyplývá, že zastoupení invalidit pro infekční onemocnění se pohybuje od roku 2010 do roku 2014 vždy v rozmezí půl procenta všech přiznaných invalidit.

Tabulka 3. Počet invalidit pro všechna onemocnění a pro infekční onemocnění za období 2010–2014

Table 3. Cases of invalidity from all causes and as a result of infectious disease in 2010–2014

Rok	2010	2011	2012	2013	2014
Invalidita pro všechna onemocnění	145 401	138 599	144 345	132 828	129 724
Invalidita pro infekční onemocnění	895	810	821	742	748
Procento infekčních onemocnění ze všech invalidit	0,62	0,58	0,57	0,56	0,58

Zdroj/Source: ČSSZ, 2015

Z infekčních onemocnění jsou nejčastější příčinou invalidity chronická virová hepatitida a jiné spirochetové infekce, dále s velkým odstupem následují TBC dýchacího ústrojí, virová encefalitida přenášená klíšťaty, onemocnění HIV/AIDS a následky poliomyelitidy. Tabulka 4 ukazuje vývoj invalidity u těchto onemocnění za období 2010–2014.

Tabulka 4. Nejčastější příčiny invalidit infekčních onemocnění od roku 2010 do roku 2014

Table 4. The most common causes of invalidity as a result of infectious disease in 2010–2014

Rok	2010	2011	2012	2013	2014
Chronickávirová hepatitida	259	239	249	232	219
Jiné spirochetové infekce	244	237	269	226	228
TBC dýchacího ústrojí	70	57	54	44	42
Virová encefalitilda přenášená klíšťaty	52	43	40	36	42
HIV/AIDS	30	35	40	31	35
Následky poliomyelitidy	37	30	17	14	13

Zdroj/Source: ČSSZ, 2015

Jedním z nejčastějších infekčních onemocnění, které je příčinou invalidity, je chronická virová hepatitida. V letech 2010–2014 zaujímala první místo ze všech infekčních onemocnění, v roce 2014 byla na místě druhém. Počet posouzení poklesl od roku 2010 do roku 2014 o 40 případů.

Posudkové hledisko při stanovení při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti při hepatitidě B, C, D vychází z nutnosti zhodnotit funkční kapacitu jater (podle biochemické a histologické aktivity zánětlivé a fibrotické), poruchy metabolismu, encefalopatii, mimojaterní projevy (např. typu artralgií, artropatií, artritid, glomerulonefritidy, nodózní polyarteritidy, vaskulitidy, esenciální smíšené kryoglobulinémie, perikarditidy, pankreatitidy, diabetes mellitus, porphyria cutanea tarda, autoimunitní tyreoiditidy, Sjögrenova syndromu, uveitidy, aplastické anémie, periferní neuropatie, pruritu, Behcetova syndromu, svalové slabosti) a výsledek léčby. Pro stanovení míry poklesu pracovní schopnosti je rozhodující dopad vlastního postižení jater a mimojaterních projevů na celkovou výkonnost a schopnost vykonávat denní aktivity. Postižení po hepatitidě A, pokud funkční poruchy mají charakter dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, se posuzují srovnatelně [6, 7, 8, 15].

proLékaře.cz | 9.11.2026

Druhou nejčastější příčinou invalidity za sledované období jsou jiné spirochetové infekce, které se dostaly v roce 2014 na první místo s počtem 228 posouzení. Mírný nárůst pozorujeme rovněž u onemocnění HIV/AIDS. V roce 2014 bylo posouzeno 40 případů invalidity oproti 35 případům v roce 2010. U ostatních onemocnění dochází však obecně k mírnému poklesu případů posouzení invalidity.

DISKUSE

Pro správné posudkové rozhodnutí není směrodatná samotná diagnóza, neboť neodráží průběh a vývoj onemocnění, neodráží zachovalou psychickou funkční schopnost pacienta. Posudkově rozhodné pro uznání invalidity nejsou jen skutečnosti o zdravotním stavu, ale také o funkčním dopadu zdravotního postižení na využívání pracovního potenciálu včetně kvalifikace, míry poklesu pracovní schopnosti.

Poklesem pracovní schopnosti se pak rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (DNZS). Pokles pracovní schopnosti se tedy hodnotí ve vztahu ke stavu před vznikem DNZS a projevuje se v oblasti omezení schopností nutných pro práci, tj. v omezení tělesných, smyslových a duševních schopností. Současně a neoddělitelně má své konsekvence v oblasti pracovní, tzn. pracovního začlenění a schopnosti výkonu soustavné výdělečné činnosti. Ty se mohou projevovat např. existencí určitých omezení při práci, snížením schopnosti nebo neschopností vykonávat dosavadní práci, výdělečnou činnost, neschopností pracovat v takovém rozsahu a intenzitě jako před vznikem DNZS nebo neschopností využívat z důvodu DNZS vzdělání, zkušenosti, znalosti, kvalifikaci včetně zkušeností a znalostí z předchozích výdělečných činností. Většina infekčních nemocí je nejen léčitelná, ale i vyléčitelná, a proto infekční nemoci přecházejí do chronického stadia a následné invalidity jen výjimečně.

Většinou se jedná o virové infekce, kde typickým příkladem je HIV infekce [2, 3, 4, 12].

Na druhé straně jsou chronické infekce často provázeny psychickými poruchami z obavy a strachu (stigma a utajování nemoci), jež se projevují jako psychoneuroendokrinodysimunoregulace, deprese a poruchy kognitivních funkcí. K tomu přispívá i vleklý zánět s aktivací prozánětlivých cytokinů s porušením hematoencefalické bariéry a ovlivnění neurokrinního a neurotrasmiterového systému.

Infekční lékařství není orgánově specifický obor. Nemoci jsou dány infekčním agens, jeho množstvím a agresivitou, obranyschopností organismu, respektive interakcí mezi cizím mikroorganismem a makroorganismem a léčebným procesem. Některá infekční agens mohou být tolerována imunitou, respektive unikat obranyschopnosti (typicky viry hepatitidy B a C), mohou perzistovat v organismu pod kontrolou imunity s možnými reaktivacemi (typicky herpetické viry, např. s projevem herpes zoster, nebo virus spalniček), nebo mohou být spouštěcím mechanismem pro autoimunitní nemoci. Jeden mikroorganismus může postihovat různé systémy. Eventuální rezidua po akutním onemocnění nebo přechod do chronického stadia, včetně dlouhodobého zhoršení zdravotní a sociální schopnosti a invalidity, zasahuje do všech klinických oborů [13, 17].

Nepříznivé faktory z hlediska pracovní schopnosti a invalidity, případně neschopnost vykonávat soustavnou výdělečnou činnost musí být hodnoceny podle postiženého systému a orgánu v součinnosti s oborem, který je pro toto postižení orgánově specifický.

Obtížné posuzování dlouhodobé pracovní neschopnosti, případně invalidity, v oboru infekční medicíny provází především stavy, které nejsou snadno kvantifikovatelné. Jsou to choroby nebo syndromy, u nichž nelze objektivizovat intenzitu subjektivních potíží a snížení míry pracovní schopnosti ve vztahu k určité klinické jednotce, např. bolesti v kloubech nebo potíže spojené s vertebrogenním algickým syndromem při diagnóze lymeské borreliózy, kterou provází chudý objektivní nález. Z hlediska infekčního lékařství jsou to nejčastější nemoci spojené s únavou, jako např. chronické virové hepatitidy B, C a D, infekce HIV, ale i další infekce CMV, EBV a dalšími herpetickými viry, lymeská borrelióza, mykotické infekce, subakutní bakteriální endokarditida, okultní abscesy bakteriální a jiné etiologie, obecně fokální infekce, mykobakteriózy, parazitární onemocnění [7, 8, 15]. Dosavadní zkušenosti s posuzování invalidity u infekčních onemocnění však prokazují oprávněnost nastavených posudkově medicínských hledisek.

ZÁVĚR

Lékařské pojetí posudkových kritérií invalidity převádí statické diagnózy do funkčně dynamické podoby. Zdravotní postižení je posudkově medicínská kategorie vyjadřující dlouhodobost trvání a při posuzování poklesu pracovní schopnosti se vychází nejen z etiopatogeneze stavu, ale hodnotí se také stav funkčního zdraví. Funkčním zdravím se rozumí hodnocení zachovaných schopností/funkcí a porušení nebo ztráta funkcí na systémech, orgánech, částech těla, které se zdravotním postižením souvisejí ať přímo jako nedílné klinické projevy, či nepřímo v důsledku nepříznivých průvodních jevů léčby, komplikací, průvodních duševních poruch a jiné. Je třeba však zdůraznit, že základem pro posouzení zdravotního stavu posudkovým lékařem je soubor srozumitelných klinických, pracovních a sociálních dat.

U infekčních onemocnění osobní anamnéza a nynější onemocnění sdělují zdravotní poruchy, jejich vznik či objevení se prvních příznaků, další průběh s uvedením stavů zlepšení a zhoršení, hospitalizací, úspěšnosti či neúspěšnosti léčby a s tím související pracovní neschopnosti, pokusy i neúspěchy v pracovním zařazení. Funkčně definovaná diagnóza obsahuje v jednoduché podobě klíčové momenty dokládající vznik, průběh, závažnost vzniklé poruchy, léčbu, aktuální stav, pracovní úspěchy či neúspěchy. Takto uvedené údaje musí být podloženy ověřenými zdroji dat, jejichž získání se neobejde bez spolupráce ošetřujícího lékaře, odborných specialistů ambulantních či nemocničních, zdravotnických a sociálních zařízení. Posuzování invalidity je komplexní proces založený na odborném lékařském posouzení lékařem sociálního zabezpečení. Stávající způsob posuzování umožňuje posoudit funkční schopnosti jedince, jeho zdravotní postižení a cíleně kompenzovat pokles jeho pracovní schopnosti. Posuzováním invalidity z pohledu

proLékaře.cz | 9.11.2026

hodnocení funkčního dopadu zdravotního postižení tak zohledňuje i kvalitu života posuzované osoby, nejen schopnosti pracovat.

V lékařské posudkové činnosti v sociálním zabezpečení jde o řešení komplexního problému, který má tři základní aspekty – medicínský, ekonomický a sociální, vsazené do relevantních norem právního prostředí. A právě specifické právní prostředí významně podtrhuje odlišnost činnosti lékařů sociálního zabezpečení od činnosti lékařů v rezortu zdravotnictví. Při činění posudkových závěrů postupuje každý posudkový lékař podle právních předpisů a podle vnitřních instrukcí a metodických pokynů zaměstnavatele. I přesto se podařilo do právních předpisů přenést převažující funkční hledisko posudkové zhodnocení orgánového postižení, nikoliv statické hodnocení indexových chorob. Výsledky posuzování invalidity u infekčních onemocnění dokládají opodstatněnost stávajících posudkově medicínských kritérií.

LITERATURA

1. Boháč J, Lukeš J, Herber O, et al. *Komplexní posudková problematika v ordinaci praktického lékaře.* Praha: dr. Josef Raabe, 2010.
2. Brůčková M. 30 let od popsání prvních případů AIDS – historie a současnost, část. I. *Epidemiol Mikrobiol Imunol,* 2012;61(1–2):29–32.
3. Brůčková M. 30 let od popsání prvních případů AIDS – historie a současnost, část. II. *Epidemiol Mikrobiol Imunol,* 2012;61(3):72–78.
4. Brůčková M. 30 let od popsání prvních případů AIDS – historie a současnost, část. III. *Epidemiol Mikrobiol Imunol,* 2012;61(4):116–119.
5. Česká správa sociálního zabezpečení, interní materiály, Praha, 2015.
6. Firbas J. Virové akutní a chronické hepatitidy z hlediska krátkodobé pracovní neschopnosti a invalidity. *Reviz posud Lék*, 2009;12(2):31–41.
7. Kříž B, Kott I, Daniel M, Vráblík T, Beneš Č. Vliv klimatických změn na výskyt onemocnění klíšťovou encefalitidou v letech 1982–2011 v České republice. *Epidemiol Mikrobiol Imunol,* 2015;64(1):24–32.
8. Křížová P, Vacková Z, Musílek M, Kozáková J. Invazivní meningokokové onemocnění v České republice – analýza epidemiologické situace a doporučení k vakcinační strategii. *Epidemiol Mikrobiol Imunol,* 2013;62(4):138–147.
9. Mervart I. Dynamicky formulovaná diagnóza v posudkovém lékařství. *Reviz posud Lék*, 2009;12(3):47–57.
10. Omová J. Zhodnocení nového způsobu posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. *Reviz posud Lék*, 2014;17(1):8–15.
11. Nakládalová M, Pastorková R, Landecká I. Q-horečka jako profesionální onemocnění vedoucí k invaliditě – kazuistika. *Epidemiol Mikrobiol Imunol*, 2014;63(3):261–264.
12. Preis J. Geografie pandemie HIV/AIDS: rozbor vybraných dostupných článků a studií. *Epidemiol Mikrobiol Imunol*, 2010;59(1):4–8.
13. Vyhláška č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity).
14. Veselý J, a kol. Právo sociálního zabezpečení. Praha: Linde, 2013.
15. Woznicová V. Avidita imunoglobulinů G u infekčních onemocnění. *Epidemiol Mikrobiol Imunol,* 2004;55(1):4–11.
16. Zvoníková A, Čeledová L, Čevela R. *Základy posuzování invalidity*. Praha: Grada Publishing, 2010.
17. Zvoníková A. Posuzování invalidity a invalidizace v roce 2009 a 2010. *Reviz posud Lék*, 2011;14(2):51–53.
18. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Do redakce došlo dne 8. 9. 2015.

Adresa pro korespondenci:

doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.

Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta UK v Plzni
Alej Svobody 31
323 18 Plzeň
e-mail: libuse.celedova@lfp.cuni.cz