



**RADA
EVROPSKÉ UNIE**

**Brusel, 11. prosince 2004 (04.02)
(OR. en)**

**11101/3/04
REV 3**

**STAT 58
FIN 319**

POZNÁMKA

Odesílatel:	Předsednictví
Příjemce:	Pracovní skupina pro služební řád
Č. návrhu	9055/04 STAT 46 FIN 226
Komise:	
Předmět:	Návrh společných pravidel o pojištění úředníků Evropských společenství pro případ úrazu a nemoci z povolání

Delegace naleznou v příloze výsledek jednání pracovní skupiny pro služební řád konaných ve dnech 2. a 16. června a 22. října 2004.

Návrh společných pravidel o pojištění úředníků Evropských společenství pro případ úrazu a nemoci z povolání

V čl. 4 odst. 1

písmeno b) by mělo znít takto:

zjevně nepozorným chováním pojištěné osoby nebo její účasti na sportovních soutěžích, závodech a oficiálních zkušebních jízdách, a to za použití motorových vozidel(motorových vozidel);

vkládá se nové písmeno f), které zní takto:

provozováním níže uvedených sportů považovaných za nebezpečné: box; karate; skákání padákem; paragliding; bungee jumping; speleologie; podvodní rybolov a výzkum s použitím dýchacích přístrojů s bombami obsahujícími vzduch nebo kyslík; lezení po skalních stěnách nebo výstupy na vrcholy skal nebo hor, jiné než po turistických stezkách, s výjimkou nouzových situací a s výhradou odstavce 2;

vkládá se nové písmeno g), které zní takto:

úmyslným trestným činem, za který byl vynesен pravomocný rozsudek nepodmíněného odnětí svobody. Pokud byl tento rozsudek vynesен ve třetí zemi, výluka z pojištění platí pouze v případě, že soudní řízení zaručilo základní právo na obhajobu a že stejný čin se trestá odnětím svobody podle práva státu, jehož je pojištěná strana státním příslušníkem.

V článku 4 by se odstavec 3 měl nahradit tímto:

Na úrazy uvedené v odst. 1 písm. a) se vztahuje pojistné krytí, pokud k nim dojde při plnění povinností pojištěné osoby nebo v souvislosti s ním nebo cestou do práce nebo z práce, pokud byla pojištěná strana nucena jednat v sebeobraně, nedošlo-li k úrazům v důsledku neomluvitelného pochybení ze strany pojištěné osoby.

V článku 11 se na konci odstavce 5 doplňuje toto:

Náhrada škody za částečnou ztrátu funkčnosti se vypočítá podle tzv. Gabrielliho metody
(*)

$$(*) \quad i = (V1 - V2) / V1 * 100$$

i = invalidita přiznaná na základě úrazu, přičemž se zohlední stupeň poškození synergicky fungujícího tělesného orgánu, který nebyl postižen úrazem

V1 = zbývající pracovní schopnost před úrazem

V2 = zbývající pracovní schopnost po úrazu

V čl. 16 odst. 1 se vkládá čtvrtý pododstavec, který zní takto:

Pro pojištěné strany, které již nejsou v aktivní službě v orgánech, se dávky vypočítají na základě platu během posledního roku aktivní služby. Tento plat se aktualizuje ke dni zohledněnému v předchozím pododstavci.

V čl. 16 odst. 2 by se druhý pododstavec měl nahradit tímto:

Šetření je možné zahájit příslušnými správními orgány, pokud si pojištěná osoba přivodí nemoc nebo utrpí úraz tím, že je při plnění svých povinností vystavena škodlivým látkám nebo mimořádným faktorům způsobujícím nemoc.

V čl. 17 by se odstavec 2 měl nahradit tímto:

Pokud se pojištěná osoba nedostaví ke konzultaci, na kterou ji pozval lékař jmenovaný orgánem, má to za následek uzavření případu, s výjimkou *události vyšší moci* nebo jiného oprávněného důvodu a s výhradou použití článku 21.

V článku 18 by se úvodní část první věty měla nahradit tímto:

Rozhodnutí o uznání úrazu - nezávisle na tom, zda tento úraz má souvislost s riziky při výkonu služby nebo jinými riziky - a s tím spojené rozhodnutí o uznání nemoci jakožto nemoci z povolání nebo o stupni trvalé invalidity vydá orgán oprávněný ke jmenování postupem podle článku 20:

V čl. 22 odst. 1 by se poslední pododstavec měl nahradit tímto:

Bez ohledu na způsob jmenování musí třetí lékař prokázat odborné znalosti v oblasti posuzování a léčby tělesných zranění.

V čl. 22 odst. 2 by se první pododstavec měl nahradit tímto:

Příslušný orgán stanoví pravomoci lékařského výboru. Tyto pravomoci zahrnou lékařské záležitosti uvedené ve zprávě lékaře zastupujícího pojištěnou osobu nebo osoby oprávněné z jejího pojištění a v ostatních souvisejících lékařských zprávách předaných podle čl. 20 odst. 2.

V čl. 22 odst. 2 by se druhý pododstavec měl nahradit tímto:

Honoráře a výdaje lékařů, z nichž se skládá lékařský výbor, se určí podle stupnice stanovené vedoucími správních útvarů orgánů Společenství v závislosti na složitosti případu zaslaného lékařskému výboru.

V čl. 22 odst. 2 by se třetí pododstavec měl nahradit tímto:

Před potvrzením pravomocí lékařského výboru informuje příslušný orgán pojištěnou osobu nebo osoby oprávněné z jejího pojištění o honorářích a výdajích, které musí podle odstavce 4 uhradit. Pojištěná osoba nebo osoby oprávněné z jejího pojištění nemohou v žádném případě vznést námitky vůči třetímu lékaři proti honorářům a výdajům, které

požaduje. Pojištěná osoba však může kdykoli upustit od předložení záležitosti lékařskému výboru. V tomto případě hradí pojištěná osoba nebo osoby oprávněné ze jejího pojištění honoráře a výdaje lékaře, který byl jimi vybrán, jakož i polovinu honorářů a výdajů třetího lékaře za práci, která již byla provedena.

NÁVRH PROHLÁŠENÍ RADY A KOMISE
PRO DOPLNĚNÍ DO ZÁPISU Z JEDNÁNÍ RADY

Rada a Komise se dohodly, že Komise přezkoumá zásadu zajištění pro případ úrazu a nemoci z povolání s ohledem na současná pravidla a předloží výsledky Radě do 31. března 2005.

V tomto rámci by se měly zohlednit dva faktory:

1. proveditelnost snížení rozdílu mezi pojistným za zajištění a odškodným placeným v rámci pojištění a
2. možnost pokrytí všech velkých rizik, jako je například terorismus.

NÁVRH PROHLÁŠENÍ RADY
PRO DOPLNĚNÍ DO ZÁPISU Z JEDNÁNÍ RADY

Rada žádá Komisi s odkazem na článek 208 Smlouvy, aby do 31. března 2005 předložila návrhy na snížení současného rozdílu mezi příspěvkem na dobrovolné (osobní) pojištění proti mimoslužebním rizikům a náklady na toto pojištění.

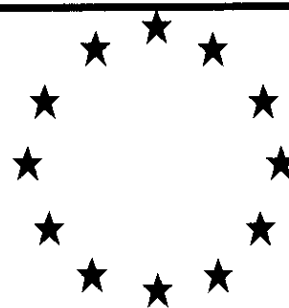
Stupnice Společenství v příloze A ke společným pravidlům by se měla nahradit tímto:

**Evropská hodnotící
stupnice tělesné
a duševní invalidity
pro lékařské účely**

OBSAH

I.	Nervový systém -----
	Neurologie -----
	Psychiatrie -----
	Senzomotorické deficity -----
II.	Senzorický systém a stomatologie -----
	Oftalmologie -----
	ORL -----
	Stomatologie -----
III.	Zažívací systém -----
	Játra, gastroenterologie -----
IV.	Močové ústrojí -----
VII.	Osteoartikulární systém
	Horní končetina -----
	Dolní končetina -----
	Páteř -----
	Pánevní -----
V.	Kardiorespirační systém
	Srdce -----
	Plíce -----
VI.	Cévní soustava -----
	Tepny -----
	Žíly -----
	Mízní cévy -----
	Slezina -----
VIII	Rozmnožovací systém -----
IX	Endokrinní systém -----
X	Kůže -----
	Hluboké popáleniny nebo patologické zjizvení -----

I. NERVOVÝ SYSTÉM



I - NERVOVÝ SYSTÉM

Stavy, které zde nejsou popsány, se posoudí srovnáním s klinickými stavy zde popsány a kvantitativně určenými.

Pokud je ve stupnici uveden pouze úplný deficit, posoudí se částečné následky na základě zjištěného deficitu se zřetelem na ohodnocení při úplné ztrátě.

A) NEUROLOGIE

Článek 1: Motorické a senzomotorické poruchy centrálního nebo medulárního původu

Článek 1-1 Úplná tetraplegie, podle stavu C2 až C6 méně než C6	95 % 85 %
Článek 1-2 Úplná hemiplegie s afázií bez afázie	90 % 75 %
Článek 1-3 Úplná paraplegie, podle stavu	70 až 75 %
Článek 1-4 Úplný syndrom cauda equina, podle stavu	25 až 50 %

Článek 2: Motorické a senzomotorické následky periferního původu

Poškození nervového systému, které vede k paralýze (úplné poškození) nebo k parézi. Mělo by se posoudit na základě objektivně stanovených klinických a praktických důsledků.

Článek 2-1: Obličej

Článek 2-1-a Paralýza trojklaného nervu • jednostranná • oboustranná	15 % 30 %
Článek 2-1-b Paralýza lícního nervu • jednostranná • oboustranná	20 % 45 %
Článek 2-1-c Paralýza jazykohltanového nervu • jednostranná	8 %
Článek 2-1-d Paralýza podjazykového nervu • jednostranná	10 %

Článek 2-2: Horní končetina

	D	ND
Článek 2-2-a Úplná paralýza (úplné poškození brachiálního plexu)	65 %	60 %
Článek 2-2-b Paralýza mediálního a ulnárního nervu	45 %	40 %
Článek 2-2-c Paralýza vřetenního nervu • nad trojhlavým svalem • pod trojhlavým svalem	40 % 30 %	35 % 25 %
Článek 2-2-b Paralýza mediálního nervu • ruka • zápěstí	35 % 25 %	30 % 20 %
Článek 2-2-e Paralýza ulnárního nervu	20 %	15 %
Článek 2-2-f Paralýza axilárního nervu	15 %	12 %

Článek 2-2-g Paralýza muskulokutánního nervu	10 %	8 %
---	------	-----

Vzhledem k důsledkům pro horní končetinu byla do této kapitoly zahrnuta tato poškození:

	D	ND
Článek 2-2-h Paralýza spinálního nervu	12%	10 %
Článek 2-2-i Paralýza nervus thoracicus superior	5 %	4 %

Článek 2-3: Dolní končetina

Článek 2-3-a Úplná paralýza sedacího nervu (úplné poškození) • horní forma (s paralýzou gluteálních nervů) • dolní forma, pod kolenem	45 % 35 %
Článek 2-3-b Paralýza femorálního nervu	35 %
Článek 2-3-c Paralýza fibulárního nervu	22 %
Článek 2-3-d Paralýza tibiálního nervu	22 %
Článek 2-3-e Paralýza nervus obturatorius	5 %

Článek 3: Kognitivní poruchy

Analýza neuropsychologických deficitních syndromů musí odkazovat na přesné příznaky a pojmy. Takzvaný „frontální“ syndrom odpovídá ve skutečnosti jednotkám, které jsou nyní dobře definovány a jejichž související deficity různé závažnosti vytvářejí velmi mnohotvárné klinické obrazy.

Proto je nezbytné, aby se posouzení stupně invalidity zakládalo na přesných lékařských zprávách specialistů, které vytvářejí vzájemný vztah mezi původními příznaky a údaji z klinických a paraklinických vyšetření.

Článek 3-1: Skutečný frontální syndrom

Článek 3-1-a Těžká forma s apragmatismem s vážným narušením schopnosti vytvářet a udržovat sociální a rodinné vztahy	60 až 85 %
Článek 3-1-b Závažná forma se změnami instinktivního chování, ztrátou iniciativy, poruchami nálad, nejistými sociálními a rodinnými vztahy	35 až 60 %
Článek 3-1-c Mírná forma s relativní bradypsychií, potížením se zapamatováním, poruchami nálad a důsledky na sociální a rodinné vztahy	20 až 35 %
Článek 3-1-d Lehká forma s těkavostí, pomalostí, potížením se zapamatováním a chápáním složitých myšlenek. Malé nebo žádné narušení schopnosti udržovat sociální a rodinné vztahy	10 až 20 %

Článek 3-2: Poruchy komunikace

Článek 3-2-a Těžká afázie s narušením artikulace, alexií, poruchami chápání	70 %
Článek 3-2-b Lehká forma: poruchy při vybavování názvů a opakování, parafázie. Porozumění je zachováno	10 až 30 %

Článek 3-3: Poruchy paměti

Článek 3-3-a Úplný Korsakovův syndrom	60 %
--	-------------

Článek 3-3-b

Související poruchy: časté zapomínání, problémy v každodenním životě vyžadující používání paměťových pomůcek, poruchy vnímání, případně konfabulace, potíže se zvládnutím nových úkolů, problémy s vybavováním

10 až 60 %

Článek 3-3-c

Úplná nebo částečná ztráta naučených vědomostí:

Hodnocení se provádí za použití stejné stupnice jako v případě poruch paměti.

Článek 3-4: Lehké kognitivní poruchy

Pokud neexistuje skutečný frontální syndrom nebo je narušena pouze určitá kognitivní funkce, mohou některá mozková traumata různé závažnosti vyvolat objektivně měřitelné symptomy, které představují syndrom lišící se od postkomočního syndromu s:

poruchami pozornosti, pomalým myšlením, potížemi se zapamatováním, rychlou únavou při duševní námaze, špatnou snášenlivostí hluku, změnami nálad, pokud tyto potíže trvají déle než 2 roky

5 až 10 %

Článek 3-5: Demence

Nebylo prokázáno, že příčinou demence je trauma. Alzheimerova choroba a senilní demence nejsou nikdy důsledkem traumatu.

Článek 4: Smíšené kognitivní a senzomotorické poruchy

Tyto smíšené poruchy jsou typickým následkem těžkých mozkových traumat. Ve většině případů se vyskytují v kombinaci frontálních dysfunkcí s kognitivními deficity, poruchami chování, pyramidovými nebo cerebelárními syndromy nebo senzorickými poruchami (hemianopsie, okulomotorická paralýza atd.), které odpovídají příznakům zjištěným při lékařském zobrazení.

Tyto asociace vytvářejí klinické obrazy, které se u jednotlivých osob liší, takže na rozdíl od následků, které se dají posoudit individuálně, není možné navrhnout přesné hodnocení. Tyto deficity se posuzují jako celek.

V rámci lékařsko-právního posouzení však lze s ohledem na celkový deficit stanovit několik úrovní závažnosti.

Článek 4-1 Úplná ztráta schopnosti užitečné dobrovolné činnosti, ztráta veškerých schopností vytvářet vztahy	100 %
Článek 4-2 Těžké senzomotorické deficity vážně omezující samostatnost společně s kognitivními deficity neslučitelnými s přiměřenými vztahy s druhými	85 až 95 %
Článek 4-3 Těžké kognitivní poruchy zahrnující především nedostatečnou inhibici a závažné poruchy chování, které brání sociálním interakcím, se senzomotorickými deficity slučitelnými se samostatností při základních činnostech v každodenním životě	60 až 85 %
Článek 4-4 Kognitivní poruchy ve spojení s trvalou poruchou pozornosti a paměti, relativní nebo úplná ztráta iniciativy nebo sebekritiky, neschopnost zvládat složité situace, se senzomotorickými deficity, které jsou zjevné, ale slučitelné se samostatností při činnostech v každodenním životě	40 až 60 %
Článek 4-5 Kognitivní poruchy, které jsou kombinací zjevné pomalosti myšlení, paměťového deficitu, potíží při chápání složitých myšlenek s lehkými senzomotorickými deficity	20 až 40 %

Článek 5: Epilepsie

Hodnocení invalidity nelze navrhnout, pokud nebylo potvrzeno trauma mozku a lebky a dokud neuplynul dostatečný čas potřebný ke stabilizaci spontánních poruch a připravenosti pacienta na léčbu.

Článek 5-1: Epilepsie se ztrátou vědomí

(Generalizovaná epilepsie a komplexní parciální záchvaty)

Článek 5-1-a Nekontrolovatelná epilepsie navzdory odpovídající léčbě léky, následovaná doloženými, téměř každodenními záchvaty	35 až 70 %
Článek 5-1-b Těžce kontrolovatelná epilepsie , s častými záchvaty (několikrát za měsíc) a sekundárními účinky léčby	15 až 35 %
Článek 5-1-c Dobře kontrolovaná epilepsie , léčba je dobře snášena	10 až 15 %

Článek 5-2: Epilepsie bez ztráty vědomí

Epilepsie parciální a jednoduchá , prokázána jako taková podle typu a četnosti záchvatů a sekundárních účinků léčby	10 až 30 %
--	-------------------

Ojedinéle anomálie EEG, pokud nebyly zjištěny záchvaty, neumožňují stanovit diagnózu posttraumatické epilepsie.

Článek 6: Postkomoční syndrom

Symptomy, které nebyly objektivně zjištěny, po prokázané ztrátě vědomí	2 %
--	------------

Článek 7: Deaferentační bolest:

Tyto bolesti jsou spojeny s poškozením periferního nervového systému, jsou pociťovány bez nociceptivní stimulace a mohou se týkat více klinických typů:

anaesthesia dolorosa, silná akutní bolest, hyperpatie (např. fantomová bolest končetin nebo neuralgie trigeminu).

To jsou typy „mimořádných“ bolestí, které nejsou součástí obvyklého posttraumatického obrazu, a proto nejsou zahrnuty do hodnocení invalidity. Jedná se o sekundární formu poškození.

V jednotlivém případě však může být vhodné je rovněž ohodnotit, a to zvýšením ohodnocení invalidity pro dotčený deficit o dalších

5 až 10 %

Článek 8: Neuralgie

Po poškození mozkového nebo periferního nervu, kde je bolest oznámena pacientem podpořena objektivními klinickými nebo praktickými důkazy, avšak konečná diagnóza vyžaduje stanovisko specialisty, by se při posouzení měla vzít v úvahu početnost záchvatů a účinnost léčby léky.

Článek 8-1 Neuralgie trigeminu	do 25 %
Článek 8-2 Obličejová neuralgie	do 8 %
Článek 8-3 Cervikálně-brachiální neuralgie	do 12 %
Článek 8-4 Interkostální neuralgie	do 3 %
Článek 8-5 Femoro-kutánní neuralgie	do 3 %
Článek 8-6 Femorální neuralgie	do 8 %
Článek 8-7 Neuralgie sedacího nervu	do 15 %

PSYCHIATRIE

(s přihlédnutím k ICD-X a DSM-IV)

Článek 9: Trvalé poruchy nálad

V případě posttraumatických fyzických příznaků vyžadujících komplexní a dlouhodobou léčbu se závažnými následky může existovat trvalé mentální utrpení ve formě trvalé poruchy nálady (*depresivní stav*):

Článek 9-1 Časté lékařské kontroly u specialisty, nutná léčba léky též s hospitalizací	10 až 20 %
Článek 9-2 Pravidelné lékařské kontroly u specialisty, občasná speciální léčba léky	3 až 10 %
Článek 9-3 Nutnost občasné lékařské kontroly s přerušovanou léčbou	do 3 %

Článek 10: Traumatické neurózy (posttraumatický stresový syndrom, úzkostná neuróza)

Jsou následkem mentálních symptomů spuštěných náhlým, neočekávaným a brutálním výskytem traumatické události, se kterou se jednotlivec není schopen vyrovnat.

Stresový faktor musí být intenzivní nebo dlouhodobý.

Událost musí být uložena v paměti.

K symptomům patří fobická úzkost, vyhubé chování, obsedantně-nutková porucha a změna osobnosti. I v případě včasné léčby ji nelze posoudit dříve než po uplynutí přibližně dvou let od události.

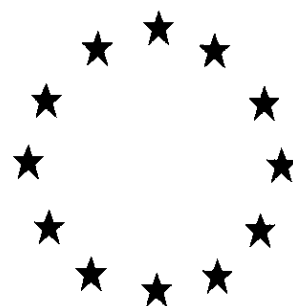
Článek 10-1 Plně rozvinutý úzkostný syndrom	12 až 20 %
Článek 10-2 Fobická úzkost se záchvaty paniky, vyhubé chování a obsedantně-nutková porucha	8 až 12 %

Článek 10-3 Symptomy fobické úzkosti s vyhýbavým chováním a obsedantně-nutkavou poruchou	3 až 8 %
Článek 10-4 Lehké symptomy fobické úzkosti	do 3 %

Článek 11: Psychotické poruchy

Ve stupnici nejsou dále brány v úvahu, neboť lze stěží prokázat, že jsou důsledkem traumatu.

II.
SENZORICKÝ SYSTÉM
a
STOMATOLOGIE



II. SENZORICKÝ SYSTÉM A STOMATOLOGIE

1 - OFTALMOLOGIE

Stavy, které zde nejsou popsány, se posoudí srovnáním s klinickými stavy zde popsány a kvantitativně určenými.

A) ZRAKOVÁ OSTROST

Článek 12: Úplná ztráta zraku

Článek 12-1 Ztráta zraku u obou očí (slepota)	85 %
Článek 12-2 Ztráta zraku u jednoho oka	25 %

Článek 13: Ztráta zrakové ostrosti u obou očí, vidění do dálky a vidění do blízka

	10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	<1/20	Slepota
10/10	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
9/10	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	26
8/10	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
7/10	1	2	3	4	5	6	7	10	16	22	25	28	30
6/10	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35

5/10	3	4	5	6	7	8	10	15	20	30	33	35	40
4/10	4	5	6	7	9	10	11	18	23	35	38	40	45
3/10	7	8	9	10	12	15	18	20	30	40	45	50	55
2/10	12	14	15	16	18	20	23	30	40	50	55	60	65
1/10	16	18	20	22	25	30	35	40	50	65	68	70	78
1/20	20	21	23	25	29	33	38	45	55	68	75	78	80
<1/20	23	24	25	28	32	35	40	50	60	70	78	80	82
Slepota	25	26	28	30	35	40	45	55	65	78	80	82	85

Tabulka I: vidění do dálky.

	P 1,5	P2	P3	P4	P5	P6	P8	P10	P14	P20	< P20	Slepota
P 1,5	0	0	2	3	6	8	10	13	16	20	23	25
P 2	0	0	4	5	8	10	14	16	18	22	25	28
P 3	2	4	8	9	12	16	20	22	25	28	32	35
P 4	3	5	9	11	15	20	25	27	30	36	40	42
P 5	6	8	12	15	20	26	30	33	36	42	46	50
P 6	8	10	16	20	26	30	32	37	42	46	50	55
P 8	10	14	20	25	30	32	40	46	52	58	62	65
P 10	13	16	22	27	33	37	46	50	58	64	67	70
P 14	16	18	25	30	36	42	52	58	65	70	72	76
P 20	20	22	28	36	42	46	58	64	70	75	78	80
< P 20	23	25	32	40	46	50	62	67	72	78	80	82
Slepota	25	28	35	42	50	55	65	70	76	80	82	85

Tabulka II: vidění do blízka.

Tabulka II se použije pouze tehdy, existují-li velké rozdíly mezi viděním do blízka a viděním do dálky. V tomto případě se vypočte aritmetický průměr obou obodnocení.

Článek 14: ZORNÉ POLE

Článek 14-1 Hemianopsie podle druhu, rozsahu a případného zhoršení centrálního vidění	až 85 %
Článek 14-2 Quadranopsie podle druhu	až 30 %
Článek 14-3 Centrální skotom - oboustranný - jednostranný	až 70 % až 20 %
Článek 14-4 Juxtacentrální nebo paracentrální skotom podle toho, zda se jedná o jednostranný nebo oboustranný se zachovanou zrakovou ostrostí	až 15 %

Článek 15: OČNÍ POHYBY

Článek 15-1 Diplopie podle směru pohledu, podle toho, zda se jedná o trvalý stav, zda musí být oko neustále zakryto	až 25 %
Článek 15-2 Okulomotorická paralýza podle druhu	až 15 %
Článek 15-3 Vnitřní motorika podle druhu (až do úplné aniridie)	až 10 %
Článek 15-4 Heteroforie; úplná paralýza konvergence	5 %

Článek 16: ČOČKY

Článek 16-1 Ztráta (afakie) korigována brýlemi nebo kontaktními čočkami	20 %
--	------

• oboustranná • jednostranná <i>K tomu se připočítá ohodnocení za ztrátu zrakové ostrosti, přičemž nesmí být překročeno 25 % u jednostranného poškození a 85 %, jsou-li postiženy obě oči.</i>	10 %
Článek 16-2 Ztráta korigovaná implantáty čoček (pseudofakie): <i>k ohodnocení za ztrátu zrakové ostrosti se připočte 5 % za každé pseudofakické oko</i>	

Článek 17: OČNÍ TKÁŇ

Podle poškození, nejzávažnější je ptóza s kampimetrickým deficitem a oboustrannou alakrimii	až 10 %
---	----------------

2 - ORL

Stavy, které zde nejsou popsány, se posoudí srovnáním s klinickými stavy zde popsány a kvantitativně určitými.

A) SLUCH

Článek 18: Sluchová ostrost

Článek 18-1: Úplná hluchota

Článek 18-1-a Oboustranná	60 %
Článek 18-1-b Jednostranná	14 %

Článek 18-2: Částečná hluchota

Posouzení ve 2 fázích:

Článek 18-2-a Střední ztráta sluchu

Tato se posuzuje sluchovým deficitem u vzduchového vedení měřeno v decibelech při 500, 1000, 2000 a 4000 hertzech, s použitím koeficientů váhy 2, 4, 3 příp. 1. Hodnota se vydělí 10.

Viz níže uvedená tabulka.

Střední ztráta sluchu v dB	0 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 +
-------------------------------	--------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	------

0 - 19	0	2	4	6	8	10	12	14
20 - 29	2	4	6	8	10	12	14	18
30 - 39	4	6	8	10	12	15	20	25
40 - 49	6	8	10	12	15	20	25	30
50 - 59	8	10	12	15	20	25	30	35
60 - 69	10	12	15	20	25	30	40	45
70 - 79	12	14	20	25	30	40	50	55
80 +	14	18	25	30	35	45	55	60

Článek 18-2-b Sluchová porucha

Toto ohodnocení se musí porovnat s výsledky řečové audiometrie pro posouzení případných sluchových poruch (zejména zesílení), které zvyšují funkční poškození.

V níže uvedené tabulce je uvedeno zvýšené ohodnocení, které je možno zvážit na základě výsledků prahové tónové audiometrie:

% rozlišení	100 %	90 %	80 %	70 %	60 %	< 50 %
100 %	0	0	1	2	3	4
90 %	0	0	1	2	3	4
80 %	1	1	2	3	4	5
70 %	2	2	3	4	5	6
60 %	3	3	4	5	6	7
< 50 %	4	4	5	6	7	8

Pokud dotyčná osoba používá naslouchadlo, určí se zlepšení srovnáním audiogramů získaných s naslouchadlem a bez něj; to umožní snížit ohodnocení, avšak je třeba zohlednit rušení naslouchadla, zejména v hlučném prostředí.

Článek 19: Ušní šelesty, ojedinělé

Pokud se potvrdí, že je lze přičíst traumatu	až 3 %
--	--------

B) ROVNOVÁHA

Článek 20 Oboustranné vestibulární poškození, s objektivně potvrzenými destruktivními problémy, podle závažnosti	10 až 25 %
Článek 21 Jednostranné vestibulární poškození	4 až 10 %
Článek 22 Benigní paroxysmální závratě	až 4 %

C) DÝCHÁNÍ NOSEM

Článek 23 <i>Neléčitelná obstrukce</i> • <i>oboustranná</i> • <i>jednostranná</i>	až 8 % až 3 %
---	----------------------

D) ČICH

včetně změny chuti

Článek 24 Anosmie	8%
Článek 25 Hyposmie	do 3 %

E) ŘEČ

Článek 26 Afonie	30 %
Článek 27 Dysfonie, ojedinělá	až 10 %

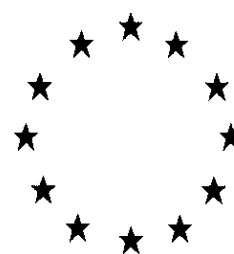
3 - STOMATOLOGIE

*Stavy, které zde nejsou popsány, se posoudí srovnáním s klinickými stavy zde popsanými a kvantitativně určenými.
V případě snímatelné zubní protézky snížení o 1/2; v případě pevné protézky snížení o 3/4.
V případě implantátu se má za to, že neexistuje žádná újma.*

Článek 28 Ztráta všech zubů, pokud je zjevné, že není možná protetická náhrada <i>při zohlednění důsledků pro celkové zdraví</i>	28 %
Článek 29 Ztráta zubu, není možná protetická náhrada • řezák nebo špičák • třenový zub nebo stolička	1 % 1.5 %
Článek 30 Mandibulární dysfunkce • ústa nelze otevřít více než 10 mm • ústa nelze otevřít více než 10 až 30 mm	25 až 28 % 5 až 25 %
Článek 31 Posttraumatické anomálie chrupu, <i>podle účinků na žvýkání</i>	2 až 10 %
Článek 32 Amputace pohyblivé části jazyka, <i>při zohlednění vlivu na řeč, žvýkání a polykání, podle závažnosti dysfunkce.</i>	3 až 30 %

III.

OSTEOARTIKULÁRNÍ SYSTÉM



III - OSTEOARTIKULÁRNÍ SYSTÉM

Stavy, které zde nejsou popsány, se posoudí srovnáním s klinickými stavy zde popsanými a kvantitativně určenými.

V případě kloubu nebo samotné končetiny není celkové ohodnocení součtem jednotlivých ohodnocení, avšak výsledkem jejich synergie, a součet ohodnocení u ankylózy všech kloubů končetiny v dobré poloze nesmí být vyšší než hodnota za úplnou anatomickou nebo funkční ztrátu končetiny.

Ohodnocení zdůvodněné velmi silným ztuhnutím, které není systematicky stanoveno, je založeno na ankylóze příslušného kloubu.

U endoprotéz velkých kloubů je nutno zohlednit, že žádná z nich neobnovuje propriocepci a všechny znamenají určité omezení životního stylu dotčené osoby. Proto existence endoprotézy odůvodňuje v zásadě ohodnocení ve výši 5 %.

Pokud není objektivní funkční výsledek uspokojivý, jsou nevýhody endoprotéz v podstatě automaticky zahrnuty v nevýhodách funkčního deficitu a dodatečné ohodnocení není proto odůvodněné.

A) HORNÍ KONČETINA

(kromě ruky a prstů)

Článek 33: Amputace

Současné možnosti protetické náhrady horních končetin nejsou obecně takové, aby pacientovi nahradily skutečnou funkci, neboť nenavracejí cit. Pokud dojde ke zlepšení, odborník toto zohlední a níže navržené ohodnocení přiměřeně sníží.

	D *	ND **
Článek 33-1 Úplná amputace horní končetiny	65 %	60 %
Článek 33-2 Amputace paže (rameno pohyblivé)	60 %	55 %
Článek 33-3 Amputace předloktí	50 %	45 %

* dominantní strana

** jiná než dominantní strana

Článek 34: Ankylóza a ztuhlost

Článek 34-1: Rameno

Existuje 6 základních pohybů ramene, které společně umožňují funkci ramene. Každý z těchto pohybů má v každodenním životě vlastní relativní význam.

Tři základní pohyby jsou elevace, abdukce a vnitřní rotace, poté následuje vnější rotace, retroverze a addukce. Zhoršení retroverze a addukce odůvodňuje ohodnocení tak minimální, že v níže uvedené tabulce není uvedeno.

Zváží se při výpočtu ohodnocení při omezení ostatních pohybů.

Článek 34-1-a Ankylóza

	D	ND
Spojení kloubu nebo ankylóza ve funkční poloze		
• lopatka fixovaná	30 %	25 %
• lopatka pohyblivá	25 %	20 %

Článek 34-1-b Ztuhlost

	D	ND
Elevace a abdukce omezena na 60°		
• při úplné ztrátě rotace	22%	20 %
• ostatní pohyby neomezené	18%	16 %
Elevace a abdukce omezena na 90°		
• při úplné ztrátě rotace	16%	14 %
• ostatní pohyby neomezené	10 %	8 %
Elevace a abdukce omezena na 130°		
• ostatní pohyby neomezené	3%	2 %
Ztráta vnitřní rotace, ojedinělá	6%	5 %
Ztráta vnější rotace, ojedinělá	3%	2%

Článek 34-2: Loket

Praktický význam má pouze pohyblivost mezi 20 a 120 stupni flexe. Pohyb mimo toto rozmezí má pro každodenní život jen minimální význam.

Níže uvedené ohodnocení se vztahuje pouze na deficity v tomto rozsahu.

Odborník posoudí deficit extenze a flexe, přičemž odpovídající ohodnocení se zváží společně, nesečtou se však dohromady. Lze připočítat ohodnocení za případný deficit pronace/supinace.

Článek 34-2-a: Ankylóza

	D	ND
Artrodéza nebo ankylóza ve funkční poloze		
• pronace/supinace zachována	24%	20 %
• ztráta pronace/supinace	34%	30 %

Článek 34-2-b Ztuhlost

	D	ND
Úplná flexe a extenze		
• omezena nad 90°	15 %	12 %
• omezena na 90°	12%	10 %
• omezena na 20°	2%	1 %
Úplná extenze a flexe		
• až 120°	2%	1 %
• až 90°	12%	10 %
• více	15 %	12 %

Článek 34-3: Jednotlivé zhoršení pronace/supinace

Článek 34-3-a: Ankylóza

	D	ND
Ankylóza ve funkční poloze	10 %	8 %

Článek 34-3-b Ztuhlost

	D	ND
Ztuhlost při pronaci	0 až 6 %	0 až 5 %
Ztuhlost při supinaci	0 až 4 %	0 až 3 %

Článek 34-4: Zápěstí

U flexe i extenze představuje užitečný rozsah 0 až 45 stupňů. Pohyb mimo toto rozmezí má pro každodenní život jen minimální význam. Totéž platí pro radiální deviaci.

Článek 34-4-a: Ankylóza

	D	ND
Artrodéza nebo ankylóza ve funkční poloze		
• pronace/supinace zachována	10 %	8 %
• ztráta pronace/supinace	20 %	16 %

Článek 34-4-b: Ztuhlost

	D	ND
Ztuhlost v praktickém rozsahu		
• deficit flexe	0 až 4 %	0 až 3 %
• deficit extenze	0 až 6 %	0 až 5 %
Ztráta ulnární deviace	1.5 %	1 %

B RUKA

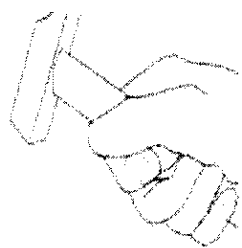
Základní funkcí ruky je uchopení, které je určeno účinným prováděním úchopu a sevření. To vyžaduje přiměřenou délku prstů, jejich pohyblivost a citlivost.

Odborník musí nejprve provést analytické vyšetření ruky.

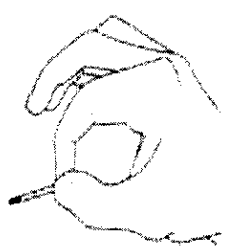
Poté musí kontrolovat, zda se jeho nálezy zakládají na schopnosti pacienta provádět šest základních druhů uchopení a sevření (viz obrázek).

V případě nesouladu je nutno pečlivě vyšetřit příčiny a případně upravit navržené ohodnocení invalidity, přičemž absolutním limitem je ztráta funkčnosti dotčeného prstu.

ZÁKLADNÍ ZPŮSOBY UCHOPENÍ A SEVRĚNÍ



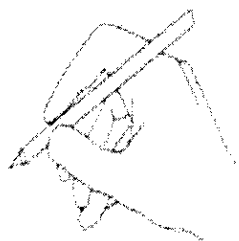
Uchopení sevřením dlaně



*Přesné uchopení prsty
v opozici proti palci*



*Přesné uchopení,
subtermino-laterální*



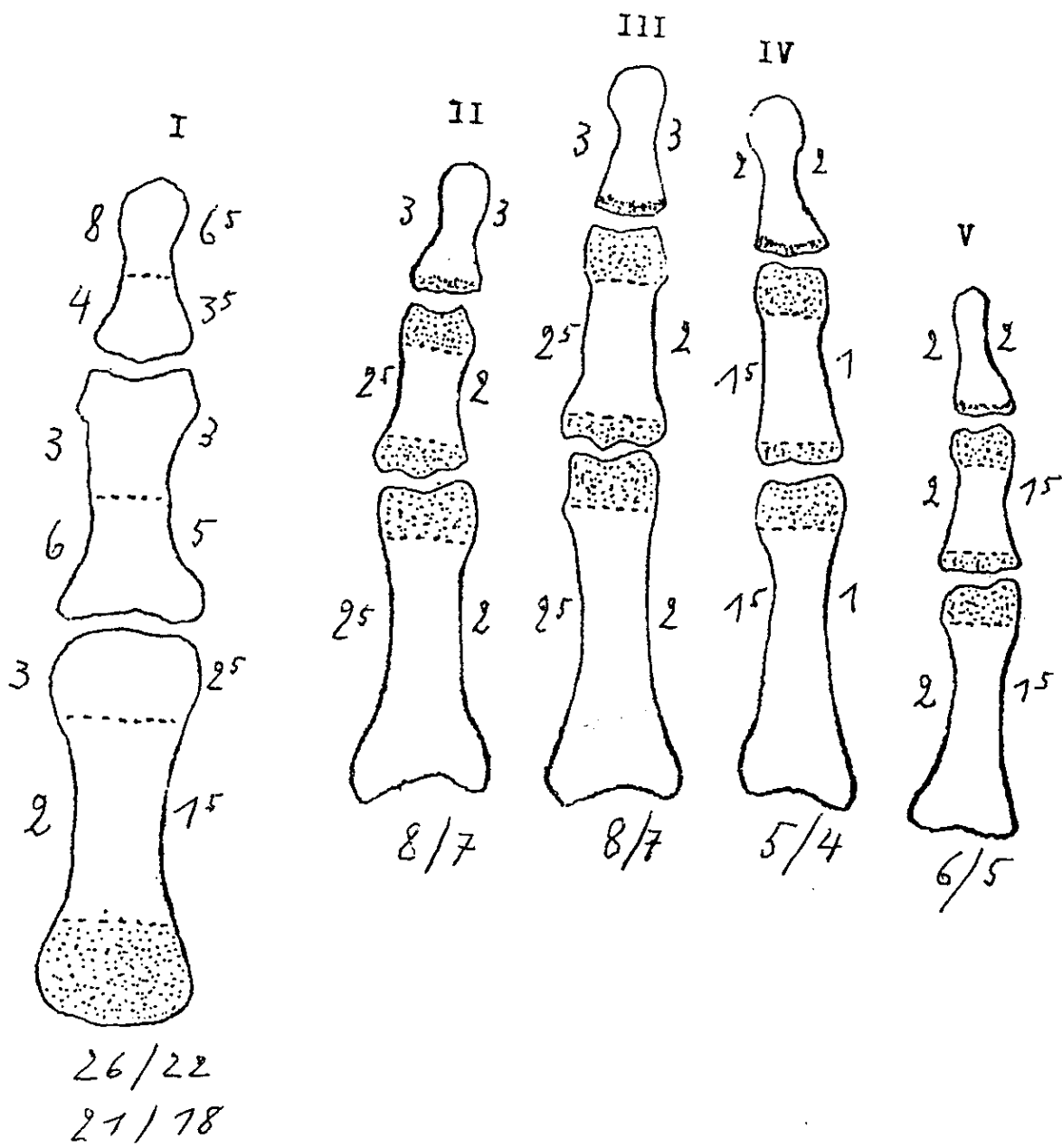
Uchopení tužky



Uchopení hákem



Uchopení koule sevřením



NÁKRES RUKY
(viz článek 35-2: AMPUTACE PRSTŮ)

V tomto nákresu:

- vytečkované oblasti mají nulovou hodnotu
- hodnocení přiřazené každému článku zahrnuje celý tento článek
- částečná ztráta článku se vypočte poměrně jako podíl ohodnocení při úplné ztrátě
- navržené ohodnocení zohledňuje menší změny citlivosti, zásobování krví a tvaru, o nichž lékař ví, že jsou obvyklé při amputaci prstů

Článek 35: Amputace

Článek 35-1: Úplná amputace ruky

	D	ND
Úplná amputace ruky	50 %	45 %

Článek 35-2 Amputace prstů

Viz nákres na předešlé straně

Článek 35-2-a: Amputace **palce (a jeho metakarpálu)** nebo prstů: *viz nákres ruky*

<i>Příklad amputace palce</i>	D	ND
Ztráta MC + P1 + P2	26%	22%
Ztráta P1 + P2	21%	18%

Ztráta P2	12%	10 %
-----------	-----	------

Článek 35-2-b: Amputace **prstu (úplná nebo částečná)**: viz ohodnocení na nákresu.

Článek 35-2-c: Amputace **několika prstů** (kombinovaná ztráta): *prostý součet vypočtených ohodnocení pro jednotlivé prsty nebere v úvahu interakci prstů. Synergie se liší podle počtu dotčených prstů:*

- *ztráta 2 prstů: zvýšení prostého součtu o 45 % vypočteného ohodnocení*
- *ztráta 3 prstů: zvýšení prostého součtu o 65 % vypočteného ohodnocení*
- *ztráta 4 prstů: zvýšení prostého součtu o 45 % vypočteného ohodnocení*

Článek 35-2-d: Amputace palce a jednoho nebo více prstů: výraz „palec” se zde vztahuje jen na P1 + P2.

Prostým součtem ohodnocení pro ztracený palec a všechny ztracené prsty (při jejichž výpočtu se zohlední interakce prstů) by vzniklo celkové ohodnocení, které by bylo příliš vysoké. Hodnota přisouzená palci na nákresu ruky se použije pouze tehdy, jsou-li prsty neporušené. Pokud tomu tak není, pak se snižuje hodnota synergie palce.

Proto se na ohodnocení získané prostým součtem jednotlivých ohodnocení pro palec + ohodnocení pro prsty zvýšené o jejich synergii použijí níže uvedené redukční koeficienty:

- *ztráta palce a 1 prstu: 0 % (poškození je příliš malé na to, aby se zohlednilo při výpočtu)*
- *ztráta palce a 2 prstů: - 5 %*
- *ztráta palce a 3 prstů: -10 %*
- *ztráta palce a 4 prstů: -20 %*

Ohodnocení pro ztrátu čtyř prstů dominantní strany je tedy 27 % ($8 + 8 + 5 + 6$), k čemuž by se mělo připočítat 45 % ze 27% = 12%, aby se zohlednila synergie. Celkové ohodnocení je proto 39 %.

Navíc při ztrátě palce (palec je sám o sobě ohodnocen na 21 %) by se z celkového součtu pro palec a čtyři prsty ($39 + 21$) = 60 % mělo odečíst 20 % z 60 %, tj. 12 %, aby se zohlednila ztráta funkce uchopení.

Ohodnocení pro amputaci palce (P1 a P2) a čtyř prstů je proto $60 - 12 = 48$ %.

S ohledem na to, že ohodnocení pro úplnou ztrátu dominantní ruky je 50 %, zůstává ohodnocení 2 % pro záprstí, které je málo užitečné.

Na stejném základě činí ohodnocení pro ztrátu palce a čtyř prstů na jiné než dominantní straně 44 %.

Ztráta prvního metakarpálu má rovněž malý vliv na konečné ohodnocení: první metakarpál má sám o sobě pouze omezenou hodnotu.

Pokud jde o konečné ohodnocení ostatních metakarpálů, jejich vliv na celkové ohodnocení je malý, ale rozdílný, protože v jednotlivých případech může být jejich resekce žádoucí nebo mírně kontraproduktivní.

Článek 36: Ankylóza, artrodéza a ztuhlost

V případě současného poškození několika prstů se použijí navržené faktory jednak k zohlednění synergie mezi prsty a jednak k zohlednění působení poškození na palec v kombinaci s jedním nebo více prsty: viz text výše.

Článek 36-1: Ankylóza

Obvykle se trapezometakarpální kloub palce označuje A0; pro všechny ostatní prsty je A1 metakarpofalangeální kloub, A2 je proximální interfalangeální kloub a A3 je distální interfalangeální kloub.

Funkční polohou pro prsty je flexe 20 až 30°.

Funkční polohou pro palec je abdukce a anteversze A0 a mírná flexe A1 a A2.

Článek 36-1-a: Ankylóza palce ve funkční poloze

Ankylóza A0, A1 a A2 znamená ohodnocení méně než 75 % hodnoty palce použité pro ankylózu prstů, přičemž se vezme v úvahu zvláštní funkce palce. I při této ankylóze je ještě možná určitá opozice.

	D	ND
A0 + A1 + A2	16%	14%
A0	8%	7%
A1	4%	3.5 %
A2	4%	3.5 %
A1 + A2	8%	7%

Článek 36-1-b: Ankylóza všech kloubů prstů

Článek 36-1-b1: ve funkční poloze: 75 % hodnoty při ztrátě prstu, pokud je zachována citlivost

a je možné omezené použití prstu

	D	ND
Ukazovák	6%	5 %
Prostředník	6%	5 %
Prsteník	4%	3%
Malík	4.5 %	4%

Článek 36-1-b2: V *nerýhované poloze*

příliš ohnutý	D	ND
Ukazovák	8%	7%
Prostředník	8%	7%
Prsteník	8%	4%
Malík	6%	5 %

příliš natažený	D	ND
Ukazovák	7%	6%
Prostředník	7%	6%
Prsteník	4.5 %	3.5 %
Malík	5 %	4%

Článek 36-1-c: Ankylóza **jednoho nebo více kloubů prstu**

Odborník použije ohodnocení pro úplnou ankylózu dotčeného prstu mínus 1/3 nebo 2/3.

Článek 36-2: Ztuhlost

Ohodnocení pro ztuhlost je úměrné ohodnocení pro ankylózu, přičemž se v úvahu vezme normální rozsah pohyblivosti každého kloubu.

Normální rozsah pohyblivosti u prstů je:

- A1 a A2: ukazovák a prostředník: 20 až 80°; prsteník a malík: 30 až 90°
- A3: 20 až 70°

Normální rozsah pohyblivosti kloubů palce je v rozsahu jeho funkční polohy.

Článek 37: Poruchy citlivosti dlaně

Porucha citlivosti hřbetu ruky nemá na funkci žádný vliv, proto se v hodnocení invalidity neuvádí.

Navržené ohodnocení zahrnuje mírnou parestézii a nenápadné anomálie tvaru, o nichž doktor ví, že jsou běžné při menších neuromech po resekci nervu.

Pokud je postiženo několik prstů, použijí se koeficienty pro synergii prstů a ztrátu palce i jednoho nebo několika prstů: viz text výše.

Článek 37-1: Anestézie: ohodnocení představuje 75 % ohodnocení pro anatomickou ztrátu článku(ů) prstu(ů).

Článek 37-2: Hypestézie: ohodnocení představuje 50 až 75 % ohodnocení pro anatomickou ztrátu článku(ů) prstu(ů) podle závažnosti a lokalizovaného rozsahu hypestézie a dotčeného prstu (schopnost úchopu).

B) DOLNÍ KONČETINA

Článek 38: Amputace

Po amputaci dolní končetiny, pokud se nejedná o amputaci chodidla, nemůže pacient chodit nebo stát. Navržené ohodnocení je pro pacienta vybaveného řádně protézou. Pokud protéza není vyhovující, odborník posoudí ohodnocení na základě toho, jak dobře je snášena a jak je účinná. Ohodnocení nemůže být vyšší než při amputaci

Článek 38-1 Amputace kyčle nebo amputace v horní části stehna, pokud není možná protetická náhrada	65 %
Článek 38-2 Jednostranná amputace kyčle nebo amputace v horní části stehna bez opory sedací kosti	60 %
Článek 38-3 Amputace stehna	50 %
Článek 38-4 Amputace kolena	40 %
Článek 38-5 Amputace bérce	30 %
Článek 38-6 Tibiotarsální amputace	25 %
Článek 38-7 Medio- nebo transmetatarsální amputace	20 %
Článek 38-8 Amputace 5 prstů a 1. nártní kosti	12%
Článek 38-9 Amputace palce a 1. nártní kosti	10 %
Článek 38-10 Amputace obou článků palce	6%

celé končetiny.

Článek 39: Ankylóza a ztuhnutí

Článek 39-1: Kyčel

Flexe: při 90° je možná většina každodenních činností; při 70° je pacient schopen sedět a chodit po schodech; při 30° je možná chůze.

Abdukce: při 20° jsou možné prakticky všechny každodenní činnosti.

Addukce: minimální praktický význam.

Vnější rotace: praktický význam má pouze rozsah prvních 30°.

Vnitřní rotace: při 10° je možná většina každodenních činností.

Extenze: 20° se používá při chůzi a chůzi do schodů.

Základním faktorem je bolest s ohledem na zatížení kyčle v každodenním životě (chůze a stání): navrhované ohodnocení tuto skutečnost zohledňuje.

Článek 39-1-a: Ankylóza

Kyčel • v dobré poloze	30 %
---	-------------

Článek 39-1-b: Ztuhlost

Článek 39-1-b1: Mimořádná ztuhlost s vícenásobným omezením pohybu

s průvodními znaky (rentgenologické příznaky, svalová atrofie atd.) je závažnějším stavem než ankylóza	do 40 %
--	----------------

Článek 39-1-b2: Při jinak zachované plné hybnosti

Úplná ztráta flexe	17%
Flexe • omezena na 30° • omezena na 70° • omezena na 90°	13% 7% 4%
Úplná ztráta extenze	2%
Trvalá ireponibilní flexe 20°	4%
Úplná ztráta abdukce	6%
Úplná ztráta addukce	1%
Úplná ztráta vnější rotace	3%
Úplná ztráta vnitřní rotace	1%

Článek 39-2: Koleno

Flexe: při 90° je možná polovina nejdůležitějších každodenních činností (chůze, sezení, používání schodů); při 110° jsou možné 3/4 každodenních činností a při 135° neexistují žádná omezení.

Extenze: deficit extenze méně než 10° umožňuje 3/4 každodenních činností.

Článek 39-2-a: Ankylóza

Koleno	
v dobré poloze	25 %

Článek 39-2-b: Ztuhlost

Flexe - omezena na 30° - omezena na 50° - omezena na 70° - omezena na 90° - omezena na 110°	20 % 15 % 10 % 5 % 2%
Deficit extenze - méně než 10° 10° 15° 20° 30°	0 % 3% 5 % 10 % 20 %

Článek 39-2-c: Laxita (bez protézy)

laterální • méně než 10° • více než 10°	0 až 5 % 5 až 10 %
dopředu • izolovaná • rotační	2 až 5 % 5 až 10 %
dozadu • izolovaná • rotační	3 až 7 % 7 až 12 %
komplexní rotační	10 až 17 %

Článek 39-2-d: Axiální deviace

Genu valgum • méně než 10° • 10 až 20° • více než 20°	0 až 3 % 3 až 10 % 10 až 20 %
Genu varum • méně než 10° • 10 až 20° • více než 20°	0 až 4 % 4 až 10 % 10 až 20 %

Článek 39-2-e: Femoropatelní syndromy

Femoropatelní syndromy	0 až 8 %
------------------------	----------

Článek 39-2-f: Následky poranění menisku

Následky poranění menisku	0 až 5 %
---------------------------	----------

Článek 39-3: Kotník a chodidlo

Článek 39-3-a: Tibiotalární kloub

Při 20° plantární flexe lze vykonávat více než polovinu každodenních činností; při 35° lze vykonávat všechny činnosti.

Při 10° dorsiflexe lze vykonávat prakticky všechny každodenní činnosti.

Deficit několika stupňů dorsiflexe znamená větší postižení než odpovídající deficit plantární flexe vzhledem k omezenému rozsahu dorsiflexe.

Článek 39-3-a1: Ankylóza

• Ve funkční poloze s pohyblivou přední částí nohy	10 %
--	------

Článek 39-3-a2: Ztuhlost

Úplná ztráta plantární flexe	5 %
Úplná ztráta dorsiflexe	5 %

Plantární flexe • od 0 do 10° • od 0 do 20° • od 0 do 30°	5 % 4% 2%
Dorsiflexe • od 0 do 5° • od 0 do 10° • od 0 do 15°	5 % 3% 1%
Ireponibilní talipes equinus	do 15 %

Článek 39-3-a3: Laxita

Laxita	2 až 6 %
--------	----------

Článek 39-3-b: Subtalární kloub

Valgus: při 5° lze vykonávat prakticky všechny každodenní činnosti;

Varus: při 5° lze vykonávat více než polovinu každodenních činností a při 15° lze vykonávat veškeré činnosti.

Deficit varusu znamená vyšší hodnocení invalidity než deficit valgusu, protože ankylóza u varusu je méně dobře snášena než ankylóza u valgusu.

Článek 39-3-b1: Ankylóza

• v dobré poloze	7%
• varus	9%
• valgus	8%

Článek 39-3-b2: Ztuhlost

Omezení o polovinu	3%
Omezení o třetinu	2%

Článek 39-3-c: Chopartův kloub (art. tarsi transversa) a Lisfrankův kloub (art. tarsometatarsalis)

Článek 39-3-c1: Ankylóza

Chopartův kloub	2%
Lisfrankův kloub	4%

Článek 39-3-c2: Ztuhlost

Omezení o polovinu	3%
--------------------	----

Článek 39-3-d: Metatarzofalangeální klouby - prstce

Článek 39-3-d1: Ankylóza

Metatarzofalangeální kloub palce na noze, podle polohy	2 až 3 %
Ankylóza 2. až 5. prstce, v dobré poloze	0 až 2 %

Článek 39-3-d2: Ztuhlost

Odborník stanoví ohodnocení v případě ztuhlosti na základě navrženého ohodnocení pro ankylózu.

Článek 39-3-e: Ankylóza více kloubů

tibiotalární a subtalární klouby, mediotarzální kloub a přední část nohy pohyblivá	17%
tibiotalární a subtalární klouby s omezenou pohyblivostí mediotarzálního kloubu a přední části nohy	20 %
subtalární a mediotalární klouby v dobré poloze, ostatní klouby volné	9%
tibiotalární, subtalární a mediotarzální klouby, přední část nohy pohyblivá	19%
tibiotalární, subtalární a mediotarzální klouby, přední část nohy pohyblivá	23%
tibiotalární, mediotarzální a tarzometatarzální klouby	25 %
totéž s ankylózou prstů	

Článek 40: Nekompenzované zkrácení

Do 5 cm	8%
Do 4 cm	6%
Do 2 cm	2%
Do 1 cm	0 %

C) PÁTEŘ

Stavy, které zde nejsou popsány, se posoudí srovnáním s klinickými stavy zde popsány a kvantitativně určenými.

Článek 41: Krční páteř

Článek 41-1: Bez dokumentovaného poškození kostí, plotének nebo vaziva

Občasná bolest, kterou vyvolávají přesně stanovené tytéž příčiny, na žádost pacienta léky zmírňující bolest nebo protizánětlivé léky, s minimálním omezením hybnosti	až 3 %
--	--------

Článek 41-2: S dokumentovaným poškozením kostí, plotének nebo vaziva

Článek 41-2-a Velmi časté bolesti s trvalým funkčním poškozením, které vyžaduje opatrnost při jakémkoli pohybu, zjištěné závratě a související bolest v zadní části hlavy, • se značnou vícestupňovou ztuhlostí, podle počtu úrovní • se zachováním určité hybnosti krku	15 až 25 % 10 až 15 %
Článek 41-2-b Časté bolesti s klinicky potvrzeným omezením rozsahu pohybu, reálná, ale občasná potřeba léčby léky	3 až 10 %

Článek 41-2-c

Spojení kloubu nebo ankylóza bez průvodních symptomů, podle počtu úrovní

3 až 10 %

Článek 42: Hrudní páteř, bederní páteř a lumbosakrální kloub

Článek 42-1: Bez dokumentovaného poškození kostí, plotének nebo vaziva

Občasná bolest, kterou vyvolávají přesně stanovené tytéž příčiny, vyžadující na žádost pacienta odpovídající léčbu léky a vyhýbání se velké nebo dlouhotrvající námaze ve spojení s malou segmentální ztuhlostí

až 3 %

Článek 42-2: S dokumentovaným poškozením kostí, plotének nebo vaziva

Článek 42-2-a

Hrudní páteř:

- aktivní ztuhlost a bolest při jakémkoli pohybu a v jakékoli poloze vyžadující pravidelnou léčbu léky
- trvalé obtíže s bolestí mezi lopatkami, problémy se zatížením, prohnutá záda, rentgenologicky zmenšení hrudní kyfózy, nutná léčba léky

3 až 10 %

10 až 15 %

Článek 42-2-b	
<i>Bederní páteř a torakolumbární a lumbosakrální kloub:</i>	
• aktivní ztuhlost a potíže nebo bolesti při jakémkoli pohybu a v jakékoli poloze vyžadující pravidelnou léčbu léky	3 až 10 %
• velmi častá bolest s trvalými obtížemi vyžadující opatrnost při jakémkoli pohybu, značné segmentální ztuhnutí s klinicky potvrzeným omezením hybnosti	10 až 15 %
• mimořádně závažné klinické a rentgenologické nálezy	až 25 %

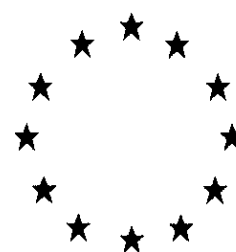
Článek 43: Kostrč

Kokcygodynie	až 3 %
--------------	---------------

D) Pánev

Článek 44 Bolest po fraktuře sedací/stydké kosti	do 2 %
Článek 45 Bolest nebo nestabilita stydké spony	2 až 5 %
Článek 46 Bolest po vymknutí nebo fraktuře sakroiliakálního kloubu	2 až 5 %
Článek 47 Bolest a nestabilita stydké spony a sakroiliakálního kloubu • bez omezení schopnosti zatížení pánve nebo zhoršení chůze • s omezením schopnosti zatížení pánve a zhoršením chůze	5 až 8 % 8 až 18 %

IV. KARDIORESPIRAČNÍ SYSTÉM



IV - KARDIORESPIRAČNÍ SYSTÉM

Stavy, které zde nejsou popsány, se posoudí srovnáním s klinickými stavy zde popsanými a kvantitativně určenými.

I - SRDCE

Odborník přihlédne k níže uvedené klasifikaci, která je vypracována podle klasifikace New York Heart Association (NYHA), přičemž vezme v úvahu funkční symptomy uvedené pacientem, jeho klinické vyšetření a doplňková vyšetření (EKG, dopler, zátěžový test, transoesofageální echokardiografie, kateterizace atd.).

Pro objektivní kvantifikaci následků má ze všech technických údajů rozhodující význam ejekční frakce.

Odborník vezme v úvahu rovněž nutnost léčby léky a nutnost sledování pacienta.

Článek 48: Kardiologické následky

Článek 48-1 Funkční symptomy i v klidovém stavu potvrzené klinickými údaji (námaha při svlékání, klinické vyšetření) a paraklinickými údaji. Naprosto nutná léčba léky a častá hospitalizace Ejekční frakce < 20 %	55 % +
Článek 48-2 Funkční omezení při malé námaze s příznaky myokardiální nedostatečnosti (plicní edém) nebo ve spojení s komplikacemi velkého krevního oběhu nebo komplexní arytmií. Nutná léčba léky a pečlivé sledování pacienta Ejekční frakce 20 až 25 %	45 až 55 %

Článek 48-3 Totéž s významnou potřebou léků nebo ve spojení s arytmií Ejekční frakce 25 až 30 %	40 až 45 %
Článek 48-4 Funkční omezení ztěžující každodenní běžné činnosti (rychlá chůze), zjevné zhoršení parametrů u echografie a dopleru. Netolerance námahy při zátěžovém EKG, potřebná léčba léky. Ejekční frakce 30 až 35 %	35 až 40 %

Článek 48-5 Pacient uvádí funkční omezení při běžné námaze (2 poschodí), potvrzené při zátěžovém EKG, nebo existence příznaků myokardiální dysfunkce. Kontraindikována fyzická zátěž a nutná léčba léky s pečlivým kardiologickým sledováním Ejekční frakce 35 až 40 %	25 až 35 %
Článek 48-6 Pacient uvádí funkční omezení při zjevné (významné) námaze s příznaky myokardiální dysfunkce (dopler, kateterizace atd.) s nutností léčby léky a pečlivého sledování Ejekční frakce 40 až 50 %	15 až 25 %
Článek 48-7 Pacient uvádí funkční omezení při značné námaze (sport) bez příznaků myokardiální dysfunkce nebo ischemie, nutná léčba léky a pravidelné kontroly Ejekční frakce 50 až 60 %	8 až 15 %
Článek 48-8 Žádné funkční omezení. Dobrá tolerance námahy; podle případu nutnost léčby léky nebo pravidelných kontrol Ejekční frakce > 60 %	až 8 %

Článek 49: Transplantace

V případě transplantace se vezme v úvahu, že tyto pacienti vyžadují značné množství léků a zvlášť pečlivé sledování

Podle funkčního výsledku a tolerance imunosupresiv	25 až 30 %
--	-------------------

II) PLÍCE

Bez ohledu na příčinu poškození plic musí být posouzení založeno na stupni chronické respirační nedostatečnosti měřené podle:

- závažnosti ztíženého dýchání, odstupňované podle Sadoulovy klinické škály dyspnoe:

STADIUM NEBO TŘÍDA	POPIS
1	Dyspnoe při velké námaze větší než ve 2. stadiu
2	Dyspnoe při chůzi mírně do kopce, při rychlé chůzi nebo 1. stadium
3	Dyspnoe při normální chůzi po rovině
4	Dyspnoe při pomalé chůzi
5	Dyspnoe i při malé námaze

- klinické vyšetření provedené pneumologem,
- již provedená doplňková vyšetření nebo vyšetření potřebná pro posudek kvůli úrazovému pojištění. Tato vyšetření musí být neinvazivní.

Příklady: zobrazování, endoskopie, gazometrie, spirometrie, testy funkce plic a vyšetření krve např. FEV1/FVC, MMEF, SaO₂, TLC, FVC, TLCO/AV, PaO₂, PaCO₂:

FVC: vitální kapacita; **TLC:** celková kapacita plic; **FEV₁**: expirační kapacita za 1 vteřinu; **MMEF:** maximální střední expiratorní proud; **PaO₂**: arteriální tenze kyslíku; **PaCO₂**: arteriální tenze oxidu uhličitého; **SaO₂**: arteriální saturace hemoglobinu kyslíkem; **TLCO/AV:** faktor přenosu oxidu uhelnatého / alveolární objem.

Článek 50: Úplná nebo částečná anatomická ztráta plic

Úplná ztráta	15 %
Ztráta jednoho laloku	5 %

Tato ohodnocení lze připočíst k ohodnocení za případnou respirační nedostatečnost.

Článek 51: Chronická respirační nedostatečnost

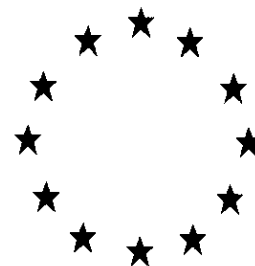
Článek 51-1 Dyspnoe i při nejmenší námaze (vysvlékání) buď s ▪ FVC nebo TLC méně než 50 % ▪ nebo FEV1 méně než 40 % ▪ nebo hypoxémií v klidu (PaO₂) méně než 60 mm Hg, též hyperkapnoe (PaCO₂), vyžadující případně delší kyslíkovou terapii (> 16 h/den) nebo tracheostomii nebo občasnou mechanickou ventilaci	50 % +
Článek 51-2 Dyspnoe při chůzi v rovině vlastním tempem buď s ▪ FVC nebo TLC mezi 50 a 60 % ▪ nebo FEV1 mezi 40 a 60 % ▪ nebo hypoxémií v klidu (PaO₂) mezi 60 a 70 mm Hg	30 až 50 %
Článek 51-3	15 až 30 %

Dyspnoe při normální chůzi v rovině buď s ▪ FVC nebo TLC mezi 60 a 70 % ▪ nebo FEV1 mezi 60 a 70 % ▪ nebo TLCO/AV méně než 60 %	
Článek 51-4 Dyspnoe při rychlé chůzi do/ze schodů a mírně do kopce buď s ▪ FVC nebo TLC mezi 70 a 80 % ▪ nebo FEV1 mezi 70 a 80 % ▪ nebo TLCO/AV mezi 60 a 70 %	5 až 15 %
Článek 51-5 Dyspnoe při velké námaze s mírně zhoršenými výsledky testů funkce plic	2 až 5 %

Článek 52: Trvalé bolestivé následky torakotomie

do 5 %

V.
CÉVNÍ SOUSTAVA



V - CÉVNÍ SOUSTAVA

Stavy, které zde nejsou popsány, se posoudí srovnáním s klinickými stavy zde popsanými a kvantitativně určenými.

Článek 53: Následky postihující tepny, žíly a mízní cévy

Při ohodnocení se vezme v úvahu nutnost léků nebo lékařského sledování, např. při protézách, které samy o sobě neodůvodňují ohodnocení invalidity.

Článek 53-1: Tepny

Článek 53-1-a Dolní končetina ▪ potíže při námaze (zjištěno občasné kulhání) ▪ potíže v klidu (zjištěná spontánní ischemická bolest) ▪ totéž s nekrózou tkání, která může být tak závažná, že hrozí amputace	5 až 15 % 15 až 25 % 25 % +
Článek 53-1-b Horní končetina <i>Podle funkčního poškození (např. ztráta síly, hypotermie atd.)</i>	5 až 10 %

Článek 53-2: Žíly

Následky zjevného zánětu žil, při posouzení je nutno vzít v úvahu předchozí stav

Článek 53-2-a Potíže při delší chůzi, trvalý měřitelný edém, který vyžaduje, aby pacient nosil neustále podpurné punčocháče; recidivující dermatitida ze stázy nebo vředy	10 až 15 %
---	------------

Článek 53-2-b Potíže při delší chůzi, trvalý měřitelný edém, který vyžaduje, aby pacient nosil neustále podpůrné punčocháče; dermatitida ze stázy	4 až 10 %
Článek 53-2-c Pocit „těžkých nohou” se zjištěným edémem navečer	do 4%

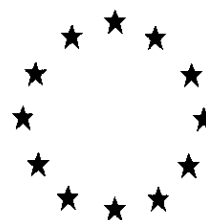
Článek 53-3: Mízní cévy (lymfatický edém)

Článek 53-3-a Horní končetina	do 10 %
Článek 53-3-b Dolní končetina	<i>viz výše - žíly</i>

Článek 54: Úplné odstranění sleziny

Článek 54-1 Naprosto nutná léčba léky	15 %
Článek 54-2 Bez příznaků	5 %

VI. ZAŽÍVACÍ ÚSTROJÍ



VI- ZAŽÍVACÍ ÚSTROJÍ

Stavy, které zde nejsou popsány, se posoudí srovnáním s klinickými stavy zde popsány a kvantitativně určenými.

Článek 55: TRVALÁ KUTÁNNÍ STOMIE A ÚPLNÁ INKONTINENCE

Článek 55-1: Stomie se sáčkem

Kolostomie, ileostomie	30 %
------------------------	------

Článek 55-2: Inkontinence stolice

Nekontrolovatelná	45 %
-------------------	------

Článek 56: PROBLÉMY VYSKYTUJÍCÍ SE PŘI RŮZNÝCH POŠKOZENÍCH ZAŽÍVACÍHO ÚSTROJÍ

Ohodnocení zahrnuje ohodnocení při ztrátě orgánu.

Článek 56-1 Plně rozvinutý malabsorpční syndrom	60 %
Článek 56-2 Nutnost četných lékařských kontrol , trvalá léčba a dodržování přísné diety s účinkem na celkové zdraví pacienta	30 %
Článek 56-3 Nutnost pravidelných lékařských kontrol , prakticky trvalá léčba a dodržování přísné diety s důsledky pro sociální život pacienta	20 %
Článek 56-4 Nutnost lékařských kontrol v určitých intervalech , občasná léčba a dietní opatření, bez účinků na celkové zdraví pacienta	10 %

Článek 57: HEPATITIDA

Článek 57-1: Bez cirhózy

Ohodnocení je založeno na skóre Metavir, které má tu výhodu, že bylo vyvinuto specificky pro hepatitidu.

Je založeno na 2 parametrech, skóre aktivity a skóre fibrózy:

Skóre aktivity	Skóre fibrózy
A0: žádná aktivita	F0: žádná fibróza
A1: minimální aktivita	F1: fibróza, rozšíření portálních polí, žádné septy
A2: mírná aktivita	F2: rozšíření portálních polí, ojedinělé septy

A3: značná aktivita

F3: četné septy bez cirhózy

F4: cirhóza

Navržené ohodnocení:

Článek 57-1-a Trvalá (chronická aktivní) hepatitida	20 %
Článek 57-1-b Skóre Metavir vyšší než A1 F1, nižší než F4	10 %
Článek 57-1-c Skóre Metavir A1 F1 nebo nižší	5 %

Článek 57-2: S cirhózou (tj. skóre Metavir vyšší než F4)

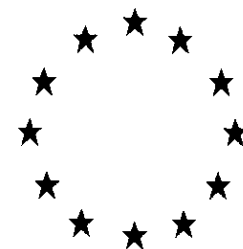
Ohodnocení je založeno na klasifikaci Child-Pugh:

<i>Skupina</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
Bilirubin v séru (mol/l)	< 34,2	34,2 až 51,3	> 51,3
Albumin v séru (g/l)	> 35	30 až 35	< 30
Ascites	žádný	snadno kontrolovatelný	špatně kontrolovatelný
Neurologické symptomy	žádný	dočasné nebo mírné	jaterní kóma
Nutriční stav	výborný	dobrý	průměrný, úbytek svalové hmoty

Navržené ohodnocení:

Článek 57-2-a Třída 3: pokročilá jaterní nedostatečnost - Child-Pugh C	70 % +
Článek 57-2-b Třída 2: Child-Pugh B	40 %
Článek 57-2-c Třída 1: Child-Pugh A	20 %

VII. MOČOVÉ ÚSTROJÍ



VII- MOČOVÉ ÚSTROJÍ

Stavy, které zde nejsou popsány, se posoudí srovnáním s klinickými stavy zde popsanými a kvantitativně určenými.

Článek 58: Ztráta ledviny bez náhrady, renální funkce normální nebo jako dříve

Ohodnocení při ztrátě vnitřního orgánu při zohlednění psychologického a kulturního kontextu v jednotlivém případě	15 %
---	------

Článek 59: Renální nedostatečnost

Článek 59-1 Očist'ovací schopnost kreatininu méně než 10 ml/min. Nutná dialýza v dialyzačním středisku nebo doma; podle komplikací	35 až 65 %
Článek 59-2 Očist'ovací schopnost kreatininu 10 až 30 ml/min. Zhoršení celkového zdraví. Velmi přísná dieta a nezbytné užívání množství léků	25 až 35 %
Článek 59-3 Očist'ovací schopnost kreatininu 30 až 60 ml/min., KT pod 120. Asténie, nutná přísná dieta a léčba léky	15 až 25 %
Článek 59-4 Očist'ovací schopnost kreatininu 60 až 80 ml/min s KT 160/90 nebo méně, podle diety, zhoršení celkového zdraví a léčba	5 až 15 %

Pokud se v konkrétním případě zhorší renální funkce u pacienta, který přišel o jednu ledvinu, nelze připočítat ohodnocení za anatomickou ztrátu, ale minimální navržené ohodnocení za zhoršení funkce ledviny je 15 %.

Článek 60: Transplantace

Podle toho, jak je snášena léčba kortikoidy a imunosupresivy	10 až 20 %
<i>V případě renální nedostatečnosti, kterou lze přisoudit transplantaci, viz výše uvedená tabulka</i>	

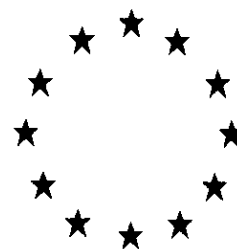
Článek 61: Inkontinence

Nekontrolovatelná	30 %
-------------------	------

Článek 62: Stomie

se sáčkem	15 %
-----------	------

VIII. ROZMNOŽOVACÍ SYSTÉM



VIII - ROZMNOŽOVACÍ SYSTÉM

Stavy, které zde nejsou popsány, se posoudí srovnáním s klinickými stavy zde popsány a kvantitativně určenými.

Při posouzení se neberou v úvahu případné endokrinní účinky.

V případě, že k poškození došlo před pubertou, se v úvahu neberou důsledky na rozlišování pohlaví.

V některých případech se v ohodnocení bere v úvahu sociokulturní kontext ztráty orgánu.

I-ŽENY

Článek 63: Ztráta orgánu

Článek 63-1 Hysterektomie	6%
Článek 63-2 Ovarektomie • oboustranná • jednostranná	12% 6%
Článek 63-3 Mastektomie • oboustranná • jednostranná	25 % 10 %

Článek 64: Sterilita

Definitivní nemožnost oplodnit lékařskými metodami asistované reprodukce dříve plodnou ženu; ohodnocení zahrnuje ztrátu orgánu	25 %
--	------

II- MUŽI

Článek 65: Ztráta orgánu

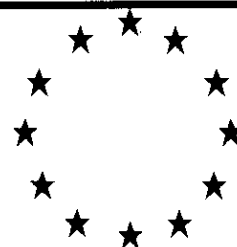
Článek 65-1 Orchidektomie • oboustranná • jednostranná	15 % 6%
Článek 65-2 Ztráta penisu	40 %

Článek 66: Sterilita

U dříve plodného muže, ohodnocení zahrnuje ztrátu varlat	25 %
--	------

Při ztrátě penisu je společné ohodnocení za ztrátu orgánu a sterilitu 45 %.

IX. ENDOKRINNÍ SYSTÉM



IX. ENDOKRINNÍ SYSTÉM

Stavy, které zde nejsou popsány, se posoudí srovnáním s klinickými stavy zde popsány a kvantitativně určenými.

Největším problémem v této oblasti je přisouzení. Při posuzování je mimořádně vzácně pozorováno fyzické poškození představované pouze endokrinním deficitem.

Více než v ostatních kapitolách musí být rozhodnutí založeno na klinických vyšetřeních a doplňkových vyšetřeních, které provede specialista.

Posouzení bude založeno na možnosti léčby, její kontroly a její účinnosti.

Článek 67: Hypofýza

Článek 67-1 Panhypopituitarismus (ve formě úplného funkčního deficitu předního a zadního laloku hypofýzy), nutnost substituční terapie a pravidelného klinického a biologického sledování, podle účinnosti léčby	20 až 45 %
Článek 67-2 Diabetes insipidus , posoudí se účinnost léčby léky při kontrole nadměrného močení	5 až 20 %

Článek 68: Štítná žláza

Článek 68-1	5 až 8 %
Zvýšená činnost štítné žlázy , se zhoršením biologických konstant, třes, exoftalmus bez vlivu na vidění.	8 až 30 %
Totéž, s vlivem na jiné orgány nebo funkce	
Článek 68-2	do 5 %
Zvýšená činnost štítné žlázy (po traumatu výjimečně)	

Článek 69: Příštítná tělíska

Hypoparatyreoidismus , závisí v podstatě na abnormálních klinických hodnotách (kalcémie, fosfatémie, parathormon (hormon příštítné žlázy) a potížích způsobených trvalými klinickými symptomy	5 až 15 %
--	------------------

Článek 70: Pankreas - diabetes

Článek 70-1	
Diabetes nevyžadující léčbu inzulínem	
Není nikdy důsledkem traumatu.	5 až 10 %
Pokud ho lze přičíst traumatu, podle povahy klinických příznaků, nutnosti sledování a léčby	

Článek 70-2

Diabetes vyžadující léčbu inzulinem

Při tomto druhu diabetu vznikají často problémy s přísouzením, pokud není důsledkem značného poškození slinivky břišní.

Ohodnocení se stanoví podle stability stavu, vlivu na sociální život pacienta a nutnosti léčby léky a sledování

- Článek 70-2-a

Špatně kontrolovaný diabetes, s nevolností a účinky na celkové zdraví, nutnost pečlivého biologického sledování

20 až 40 %

- Článek 70-2-b

Dobře kontrolovaný diabetes, s jednoduchou léčbou inzulinem, podle potřeby sledování

15 až 20 %

V případě komplikací, které zanechávají trvalé následky, viz příslušné specializované oblasti.

Článek 71: Kůra nadledvin (nadledviny)

Nedostatečnost nadledvin: podle nutnosti léčby léky a sledování

10 až 25 %

Článek 72: Pohlavní žlázy

Podle výsledků substituční léčby

10 až 25 %

X. KŮŽE



HLUBOKÉ POPÁLENINY NEBO PATOLOGICKÉ ZJIZVENÍ

Stavy, které zde nejsou popsány, se posoudí srovnáním s klinickými stavy zde popsanými a kvantitativně určenými.

Článek 73: Následky postihující kůži

(ohodnocení nezahrnuje estetické důsledky a omezení hybnosti)

Podle procenta postiženého povrchu těla

Článek 73-1 Méně než 10 %	5 %
Článek 73-2 10 až 20 %	10 %
Článek 73-3 20 až 60 %	10 až 25 %
Článek 73-4 Více než 60 %	25 až 50 %
