



ČESKÁ REPUBLIKA

ROZSUDEK

JMÉNEM REPUBLIKY

Krajský soud v Brně rozhodl samosoudkyní JUDr. Janou Kubenovou v právní věci žalobce **F. N.**, bytem, proti žalované **České správě sociálního zabezpečení**, se sídlem Praha 5, Křížová 25, o žalobě proti rozhodnutí žalované ze dne 26.6.2012, č.j.

t a k t o :

I. Žaloba se zamítá.

II. Žádnému z účastníků se nepřiznává náhrada nákladů řízení.

O d ů v o d n ě n í :

Rozhodnutím ze dne 26.6.2012 vydaným pod č.j. ČSSZ rozhodla tak, že zcela změnila rozhodnutí č.j. ze dne 14.2.2012 tak, že v souladu s ust. § 56 odst. 1 písm. d) a § 41 odst. 3 a podle § 39 odst. 2 písm. a) zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, se od 6.3.2012 snižuje výše invalidního důchodu pro invaliditu III. stupně na invalidní důchod pro invaliditu I. stupně. Invalidní důchod pro invaliditu I. stupně činí měsíčně.

Pokud jde o rozhodnutí ČSSZ ze 14.2.2012, které bylo rozhodnutím z 26.6.2012 změněno, tímto rozhodnutím žalovaná snížila žalobci od 6.3.2012 (v původním rozhodnutí nesprávně uvedeno datum 6.3.2011) výši invalidního důchodu pro invaliditu III. stupně na invalidní důchod pro invaliditu I. stupně, neboť podle posudku OSSZ Jihlava ze dne 12.1.2011 je účastník řízení invalidní pro invaliditu I. stupně, když jeho pracovní schopnost poklesla z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pouze o 35%.

Proti rozhodnutí z 26.6.2012 žalobce podal žalobu, neboť s uvedeným rozhodnutím s ohledem na jeho zdravotní stav nesouhlasil. Jeho zdravotní stav nenaznal žádných pozitivních změn. Nadále u žalobce přetrvávají obtíže kardiovaskulárního charakteru, rovněž v případě ortopedických problémů se jedná o trvalý stav s progresí (palpační bolestivost, omezená hybnost a chůze s porušeným stereotypem). Rozhodnutí ČSSZ z 26.6.2012 vychází z revizního posudku o invaliditě ze dne 30.4.2012, jenž vyhotovil posudkový lékař MUDr. B.. Jmenovaný sice měl k dispozici zdravotní dokumentaci ošetřující lékařky žalobce, dále odborné lékařské nálezy MUDr. P. a MUDr. T. a další, avšak aktuální zdravotní stav žalobce nebyl řádně objasněn a ve vazbě na to nebyl ani příslušně stanoven příslušný stupeň invalidity. Zdravotní problémy žalobce jsou trvalé povahy, navíc s negativní prognózou, a to jak ortopedickou, tak kardiovaskulárního charakteru (činnost srdce jen na 50%). Žalobce proto požadoval, aby jeho zdravotní stav byl znovu komplexně posouzen PK MPSV ČR a na tomto podkladě pak došlo ke stanovení adekvátního stupně invalidity. Navrhoval, aby z důvodu jednak neúplných skutkových zjištění ČSSZ, jednak z důvodu stanovení neadekvátního stupně invalidity, krajský soud napadené rozhodnutí ČSSZ zrušil a věc vrátil žalované k dalšímu řízení.

Krajský soud v Brně si nechal ve věci znovu posuzovat zdravotní stav a schopnost soustavné výdělečné činnosti žalobce a požádal o vypracování posudku PK MPSV ČR, pracoviště v Brně. Posudková komise posudek vypracovala 5.11.2012, když jednala ve správném složení, tedy složení, které ukládá zákon. Posudková komise vyšla ze všech dostupných lékařských nálezů o zdravotním stavu žalobce a uvedla, že se jedná o posuzovaného, který dlouhodobě pracoval jako tesař. Utrpěl v roce 1973 zlomeniny obou dolních končetin – vpravo to byla kominutivní zlomenina patní kosti, vlevo zlomenina přední hrany tibie a zlomenina kotníku fibuly, které byly léčeny konservativně. Na poraněných končetinách docházelo v průběhu let k postupnému rozvoji degenerativních změn více vpravo, deformitám nohou. Posuzovaný však dále pracoval v profesi tesaře až do začátku roku 2008. V roce 2004 utrpěl ještě zlomeninu pravého radia – zhojeno bez následků, v roce 2007 se podrobil operaci pupeční kýly. Dále byl v anamnéze stav po operaci šlach (Dupuytrenovy kontraktury) na pravé horní končetině. V lednu 2008 byla na nohou popisována defigurace v oblasti patní kosti a sub talo více vpravo, kde bylo valgusní postavení paty, posuzovaný udával palpační bolestivost, více vpravo, periferie byla bez patologického nálezu. Na RTG byly vpravo popisovány těžké potraumatické změny sub talo se špatně zhojenou zlomeninou s negativním Böhlerovým úhlem, vlevo bylo postavení dobré s degenerativními změnami lehčího stupně. Posuzovaný uplatnil v lednu 2008 žádost o částečný invalidní důchod. Při jednání na OSSZ v únoru 2008 nebyl uznán lékařem RLPS OSSZ ani plně ani částečně invalidní. V březnu 2008 si stěžoval ještě na bolesti palce levé nohy, na RTG byla popisována arthrosa I. MTP kloubu, byl doporučen klid a studené obklady. Proti nepřiznání invalidního důchodu podal posuzovaný žalobu. Následně byl jeho zdravotní stav posouzen PK MPSV ČR v Brně, kdy byl posuzovaný uznán částečně invalidním. Při objektivním vyšetření při jednání PK byla hlezna bez výpotku, vpravo byl synovialitida a valgusní postavení do 10 st., pohyb byl vpravo S 10-0-25, bylo snížení podélné i příčné klenby, omezeno odvíjení nohy, vlevo byla hybnost S 15-0-30, posuzovaný se pohyboval bez pomůcek, při chůzi vytáčel pravou dolní končetinu zevně. Posuzovaný byl na tento stav, který se vyvíjel pozvolna od roku 1973, adaptován, pracoval stále jako tesař. PK MPSV je toho názoru, že hodnocení poklesem soustavné výdělečné činnosti 35% bylo

velmi vstřícné. V dalším období nenastalo ve zdravotním stavu posuzovaného podstatných změn až v květnu 2010 byl hospitalizován pro srdeční selhání při dysfunkční LK a flutteru síní s rychlou odpovědí komor, která byla zprvu obtížně ovlivnitelná, po úpravě antiarytmické léčby ve, kam byl přeložen, byl již eufrekventní, nicméně přetrvávala těžká dysfunkce LK s mírným zlepšením po úpravě medikace a tepové frekvence. Posuzovaný byl již klidově kompenzován, rehabilitoval chůzi a byl k dalšímu řešení arytmie objednan na 7/10. V 6/10 uplatnil žádost o invalidní důchod a při jednání byl lékařkou OSSZ Jihlava uznán invalidním v III. stupni invalidity. Dle názoru posudkové komise došlo při tomto jednání *k posudkovému nadhodnocení či spíše posudkovému omylu, neboť zdravotní stav posuzovaného, pokud se jedná o onemocnění srdce, nebylo možno považovat v této podobě za dlouhodobě nepříznivý – tento stav trval velmi krátce, nebyl stabilizovaný, nebyly vyčerpány všechny léčebné možnosti – posuzovaný byl objednan na 7/10 k dalšímu řešení arytmie – toto vše mělo být řešeno v rámci dočasné pracovní neschopnosti.* Lékařka OSSZ si tohoto byla pravděpodobně také vědoma, protože stanovila KLP za 7 měsíců. V 7/10 byla provedena radiofrekvenční ablace (přerušení přídatné dráhy), po níž trval sinusový rytmus. Při kontrole v 10/10 udával posuzovaný, že se cítí v klidu dobře, že běžnou námahu toleruje, při větší, že se zadýchá, zapotí (oproti stavu před RFA zlepšení – tehdy byla dušnost již při minimální námaze). Posuzovaný byl oběhově i tlakově kompenzován, echokardiograficky bylo zjištěno zlepšení funkce LK, EF LK byla 54%. Při KLP v 1/11 byl posuzovaný lékařkou OSSZ Jihlava uznán invalidní již jen v I. stupni. Při kardiologické kontrole v 4/11 udával posuzovaný, že se necítí nejlépe, že se hodně potí, při námaze zadýchává. Objektivně byl oběhově i tlakově stabilizován, ekg bylo bez vývoje, bylo doporučeno provedení zátěžového testu, kontrolního echokg vyšetření a ekg Holtera. Při 24 hod Holterově monitoraci ekg byl zachycen pouze 1 krátký paroxysmus nesetrválé supraventrikulární tachykardie typu fibrilace síní, jinak byl ekg záznam přiměřený, nebyl záchyt maligních arytmii. Při kardiologické kontrole v 10/11 udával posuzovaný, že se při větší zátěži potí a cítí se zadýcháný. Objektivně byl oběhově i tlakově kompenzovaný. Byly zhodnoceny výsledky z echokg vyšetření, kde byla EF LK 55% a ergometrického vyšetření, bylo doporučeno spiroergometrické vyšetření. Spiroergometrické vyšetření z 11/11 bylo ukončeno pro únavu a vyčerpání, na ekg nebyly zjištěny ischemické změny, PT i PK bylo 1,5 W/kg VO 2 max. byl 18,8, METs 5,4 – tedy lehký pokles výkonnosti. Při kardiologické kontrole v 3/12 udával posuzovaný přetrvávající dušnost při námaze. Posuzovaný byl oběhově kompenzován. Echokg byla EF LK 54%. Bylo zhodnoceno i spiroergometrické vyšetření, medikace nebyla změněna, bylo doporučeno ještě plicní vyšetření. Při plicním vyšetření v 3/12, kdy bylo popisováno překrvení stěn v pharyngu (hrtanu) a spojivek, přitlumený poklep na plicích bazálně a oslabené dýchání vpravo v dolním plicním poli (v.s. při infektu), ventilační hodnoty byly v normě – z plicního hlediska nebyla prokázána patologie, nebyla doporučena pravidelná medikace, bylo dáno doporučení, že je možno při pocitu dušnosti zkusit Euphyllin. Vzhledem k tomu, že posuzovaný podal v 2/12 námitku proti rozhodnutí o snížení výplaty invalidního důchodu, byl jeho zdravotní stav v 4/12 posouzen lékařem LPS ČSSZ – při tomto posouzení byl potvrzen posudkový závěr lékaře RLPS OSSZ z 1/11. Snížení srdeční výkonnosti bylo lehkého stupně. Z nálezu z 4/12 vyplývá, že echokg vyšetření prokazovalo dále dobrou funkci LK – EF LK byla 55%, při ergometrickém vyšetření, nebylo dosaženo ani submaximální tepové frekvence – test tedy nebyl signifikantní. Posuzovaný dále trpěl hypertenzní nemocí, která byla korigována medikací. Byla dále přítomna prostá exogenní obezita, v dokumentaci je také uváděna hepatopathie. Posuzovaný zaslal PK lékařské zprávy z vyšetření, které absolvoval v 9/12 – tedy po datu vydání napadeného rozhodnutí. Na začátku září 2012 byl posuzovaný vyšetřen

kardiologem v období, kdy 4 dny nebral léky, přesto byl klinický obraz prakticky stejný, nebylo známek srdečního selhávání, na ekg byla rychlejší srdeční akce v.s. v rámci remund fenomenu. Následně bylo provedeno spiroergometrické vyšetření, které prokázalo nadále lehký pokles výkonnosti. Při zátěži byl zachycen sklon k supraventrikulárním arytmiím, proto bylo doporučeno upravení medikace, antiarytmická léčba nebyla indikována. Klinický stav i objektivní parametry byly tedy i po datu vydání napadeného rozhodnutí bez podstatných změn. Etiologicky se jedná o v.s. incidentní stadium dilatované kardiomyopatie.

K datu vydání napadeného rozhodnutí, jak uvedeno v posudku, se u posuzovaného jednalo o *onemocnění srdce s lehkým poklesem výkonnosti, nejednalo se o onemocnění srdce se středně těžkým snížením výkonnosti EF LK nebyla kolem 30% (ani další objektivně zjištěné funkční parametry nespádaly do této funkční skupiny), nejednalo se ani o onemocnění srdce s neschopností jakékoliv zátěže s EF LK 25% a méně.*

Hypertenzní nemoc byla korigována medikací.

Exogenní obezita byla prostá a nesnižovala výkonnost organismu.

Pokud se týká hepatopathie – nebyla dokumentována funkční porucha, která by snižovala výkonnost organismu.

K námitce posuzovaného, že jeho srdce pracuje jen na 50% - systolická funkce levé komory se hodnotí dle tzv. ejekční frakce (EF LK) – systolická funkce levé komory je v normě pokud je EF LK 50% a vyšší.

Posudková komise v závěru pak uvedla, že na základě prostudované zdravotní dokumentace a stavu zjištěného při jednání došla k závěru, že k datu vydání napadeného rozhodnutí ČSSZ šlo u posuzovaného o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, jehož rozhodující příčinou bylo onemocnění srdce, které je v posudku funkčně zhodnoceno. Pokles pracovní schopnosti PK hodnotí dle přílohy k vyhl.č. 359/2009 Sb., ve znění platném v době vydání napadeného rozhodnutí ČSSZ následovně.

V kap. IX, oddílu A, pol. 3 je odkaz, že míra poklesu pracovní schopnosti se u uvedených postižení (kardiomyopathie) stanoví srovnatelně podle položky 1, oddílu A, kap. IX – PK MPSV tedy hodnotí následovně – **kap. IX, oddíl A, položka 1, písm. b) ve výši 40%.**

S ohledem na ostatní zdravotní postižení a předchozí vykonávané výdělečné činnosti je zvolena horní hranice rozpětí.

Pro užití § 3 nebyly zjištěny další posudkově významné skutečnosti.

Pokles pracovní schopnosti není hodnocen dle písm. c) nebo písm. d), protože klinické nálezy nedokumentují závažnost funkčních poruch pod těmito písmeny uvedenou, jak plyne z posudkového zhodnocení.

PK MPSV ČR Brno, stanoví na rozdíl od lékaře OSSZ jinou kapitolu citovaného ustanovení, které lépe odpovídá zjištěnému funkčnímu stavu.

Pokud by měl být hodnocen dopad funkčního postižení vyplývajícího z deformit nohou a omezení hybnosti v oblasti hlezen na pracovní schopnost, nelze použít hodnocení dle kap. XV, oddíl B, pol. 13, písm. b), neboť u posuzovaného nebyla přítomna značná deformita ani bérce ani stehna, nebyly přítomny svalové atrofie ani nebylo přítomno značné omezení funkce končetin – v tomto směru byly přítomny deformity nohou a omezení hybnosti hlezen.

Pokud by bylo hodnoceno omezení hybnosti v hlezenních kloubech – bylo by použito hodnocení dle kap. XV, oddíl B, položka 11 v rozmezí 10 – 20% - tedy maximálně 20%, pokud by byly hodnoceny přítomné deformity nohou, bylo by použito hodnocení dle kap. XV, oddíl B, pol. 12, kde by i při hodnocení dle písm. b) bylo možné hodnocení maximálně 30%, toto by však nebylo možné použít, neboť stav nevyžadoval používání kompenzačních pomůcek (ani nyní nevyžaduje – k jednání PK se posuzovaný dostavil bez kompenzačních pomůcek) a nejsou přítomné závažné poruchy stereotypu chůze. V obou případech by tedy pokles pracovní schopnosti byl nižší než ten, který je možno volit při hodnocení funkčního postižení vyplývajícího z onemocnění srdce – proto PK MPSV hodnotí odlišně od lékaře OSSZ i lékaře vypracovávajícího posudek pro účely námitkového řízení.

PK MPSV stanoví pokles pracovní schopnosti z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu k datu vydání napadeného rozhodnutí ČSSZ ze dne 26.6.2012 ve výši **celkem 40%.**

Se zjištěným zdravotním stavem byl posuzovaný schopen vykonávat výdělečné činnosti jen s podstatně menšími nároky na tělesné schopnosti, byl schopen eventuální rekvalifikace.

Podle § 39 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., v platném znění, pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35%.

Podle odst. 2 § 39 jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla

- a) nejméně o 35%, avšak nejvíce o 49%, jedná se o invaliditu I. stupně,
- b) nejméně o 50%, avšak nejvíce o 69%, jedná se o invaliditu II. stupně,
- c) nejméně o 70%, jedná se o invaliditu III. stupně

Z posudku PK MPSV ČR, pracoviště Brno z 5.11.2012 vyplynulo, že pokles pracovní schopnosti žalobce z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu k datu vydání přezkoumávaného rozhodnutí ČSSZ činil 40%, tedy že zdravotní stav odpovídal invaliditě I. stupně, když z posudku pak vyplynulo, že ke změně došlo na invaliditu I. stupně dnem 12.1.2011.

Krajský soud v Brně posudek PK MPSV ČR z 5.11.2012 pokládá za posudek objektivní, posudek který se vyčerpávajícím způsobem vyjádřil podrobně ke všem zdravotním problémům žalobce, veškeré zdravotní problémy žalobce zhodnotil a logickým a srozumitelným způsobem vysvětlil, proč k datu 12.1.2011 se u žalobce jedná již pouze o invaliditu I. stupně. Z toho vyplývá, že žaloba žalobce není důvodná a proto ji soud dle § 78 odst. 7 soudního řádu správního (dále jen „s.ř.s.“) zamítl.

Pokud jde o náklady řízení, žalobce ve věci neměl úspěch, žalovaná nemá právo na náhradu nákladů řízení ze zákona, proto bylo rozhodnuto tak, že náhrada nákladů řízení se žádnému z účastníků nepřiznává (§ 60 odst. 1, 2 s.ř.s.).

P o u č e n í :

Proti tomuto rozhodnutí lze podat kasační stížnost ve lhůtě dvou týdnů ode dne jeho doručení. Kasační stížnost se podává u Nejvyššího správního soudu, se sídlem Moravské náměstí 6, Brno, ve dvojím vyhotovení. V řízení o kasační stížnosti musí být stěžovatel zastoupen advokátem; to neplatí, má-li stěžovatel, jeho zaměstnanec nebo člen, který za něj jedná nebo jej zastupuje, vysokoškolské právnické vzdělání, které je podle zvláštních zákonů vyžadováno pro výkon advokacie.

V Brně dne 19. prosince 2012

JUDr. Jana Kubenová, v. r.
samosoudkyně