



ČESKÁ REPUBLIKA

**ROZSUDEK**  
**JMÉNEM REPUBLIKY**

Nejvyšší správní soud rozhodl v senátu složeném z předsedkyně JUDr. Milady Tomkové a soudců Mgr. Ondřeje Mráčky a JUDr. Bohuslava Hnízдила v právní věci žalobkyně: **V. O.**, zastoupená JUDr. Marií Cilínkovou, advokátkou, se sídlem Bolzanova 1, Praha 1, proti žalované: **Česká správa sociálního zabezpečení**, se sídlem Křížová 25, Praha 5, proti rozhodnutí žalované ze dne 6. 11. 2007, o kasační stížnosti žalobkyně proti rozsudku Krajského soudu v Ostravě ze dne 26. 5. 2010, č. j. 21 Cad 11/2008 - 117,

**takto:**

- I. Kasační stížnost **se zamítá**.
- II. Žalovaná **nemá** právo na náhradu nákladů řízení o kasační stížnosti.

**Odůvodnění:**

Žalobkyně (dále jen „stěžovatelka“) napadá rozsudek Krajského soudu v Ostravě ze dne 26. 5. 2010, č. j. 21 Cad 11/2008 - 117, kterým byla zamítnuta její žaloba proti rozhodnutí žalované ze dne 6. 11. 2007, č. X, jímž žalovaná odňala stěžovatelce plný invalidní důchod podle ustanovení § 56 odst. 1 písm. a) zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění (dále jen „zákon o důchodovém pojištění“), neboť stěžovatelka podle posudku lékaře Okresní správy sociálního zabezpečení ve Frýdku - Místku ze dne 11. 6. 2007 nebyla nadále plně invalidní, protože jí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav pouze značně ztěžoval obecné životní podmínky.

V kasační stížnosti stěžovatelka namítla, že posudkové hodnocení, že její zdravotní stav k datu vydání napadeného rozhodnutí žalované ze dne 6. 11. 2007 odpovídal částečné invaliditě, neodpovídá závěrům zdravotní dokumentace ortopedického oddělení Nemocnice v Třinci a je v rozporu nejen s touto dokumentací, ale také se skutečným zdravotním stavem stěžovatelky k uvedenému dni. Krajský soud podle pokynu Nejvyššího

správního soudu uložil posudkové komisi, aby se zaměřila na to, zda u stěžovatelky došlo ke stabilizaci zdravotního stavu v rozsahu zakládajícím odnětí plného invalidního důchodu ke dni 6. 11. 2007, a to zejména s ohledem na lékařské zprávy ze dnů 2. 5. 2007, 1. 8. 2007, 22. 8. 2007 a uložil posudkovým komisím, aby bylo přihlédnuto ke zprávám vydaným bezprostředně po vydání rozhodnutí žalované (konkrétně ze dnů 21. 5. 2008 a 13. 10. 2008) a ke zprávě z operačního protokolu ze dne 14. 10. 2008. Posudkové komise však tyto pokyny krajského soudu nesplnily a převzaly obsah závěrů předchozích posudkových komisí a objektivně věc stěžovatelky neposoudily. Stěžovatelka postupu znaleckých komisí při doplnění posudku a zpracování srovnávacího posudku zejména vytkla izolované hodnocení lékařských zpráv, přestože zcela neobvyklým těžkým zraněním končetiny jejím roztržštěním byl zahájen dlouhodobý proces jejího léčení. Proces léčení neskončil a nemohl tedy ani skončit ke vydání rozhodnutí žalované, neboť stěžovatelka nebyla schopna žádné výdělečné činnosti a v jejím zdravotním stavu nedošlo k žádné změně oproti hodnocení podle kapitoly 15, oddílu H, položky 1 s poklesem procentní míry schopnosti soustavné výdělečné činnosti na 70 % pro stav po úrazu ze dne 6. 8. 2003. Posudková komise správně uvedla, že se jednalo o otevřenou zlomeninu patní kosti s rozsáhlým kožním defektem řešeným přenosem volného laloku s následnou částečnou nekrózou vzhledem k neukončené léčbě s předpokladem ještě dlouhodobé léčby. Podle lékařské zprávy ze dne 1. 8. 2007 byla stěžovatelka nepohyblivá, protože na pahýl nebylo možné nasadit protézu. Dne 22. 8. 2007 byly opět konstatovány potíže s nasazováním protézy a dne 30. 10. 2007 byl opětovně zjištěn defekt na pahýlu končetiny a potíže s chůzí. Stěžovatelka dále trvala na výhradě, že všechny posudkové komise v dotčené věci (včetně posudkové komise z Hradce Králové) své závěry založily na lékařské zprávě protetika a nikoliv ortopeda. Tento protetik z Beskydského rehabilitačního centra v Čeladné dne 2. 5. 2007 výlučně z protetického hlediska konstatoval ústup otoku v části pahýlu a zhojení defektu. Skutečnost, že jde o dočasnou úpravu po intenzivní rehabilitaci, zpochybnil i Nejvyšší správní soud ve svém rozsudku ze dne 13. 8. 2009, č. j. 6 Ads 92/2009 - 78, když dovodil, že z navazujícího vývoje zdravotního stavu stěžovatelky není o přechodnosti zlepšení stavu pochyb a vyslovil závazný právní názor, že „.... Nejvyšší správní soud přihlédne-li k výše vymezeným kritériím, nemůže souhlasit se závěrem krajského soudu, že by závěry obou posudků posudkových komisí MPSV, zejména pak srovnávacího posudku PK MPSV v Brně jako stěžejní důkaz, mohly obstát ...“. Stěžovatelka má za to, že stejným způsobem je třeba hodnotit také poslední posudek posudkové komise z Hradce Králové, protože ani ta se nevypořádala se všemi rozhodujícími skutečnostmi v tom směru, zda stěžovatelka pro svůj závažný stav byla či nebyla schopna soustavné výdělečné činnosti, tato v podstatě nemohla vůbec chodit, jak poukazuje na rozbor lékařských zpráv ve svém rozsudku ze dne 13. 8. 2009 Nejvyšší správní soud. Stěžovatelka je přesvědčena o tom, že její zdravotní stav v době vydání napadeného rozhodnutí žalované měl být posouzen podle kapitoly 15, oddíl H, položka 40, přičemž opětovně poukázala na závěry Nejvyššího správního soudu v jeho rozsudku ze dne 13. 8. 2009, lékařské zprávy a zrekapitulovala svůj zdravotní stav. Rozsudek krajského soudu je proto dle stěžovatelky nezákonný pro nesprávné právní posouzení věci a současně je nepřezkoumatelný pro nedostatek důvodů.

Žalovaná se ke kasační stížnosti stěžovatelky nevyjádřila.

Z obsahu správního spisu Nejvyšší správní soud zjistil, že stěžovatelka byla dne 28. 7. 2007 shledána plně invalidní posudkem lékaře okresní správy sociálního zabezpečení

pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, jehož dominantní příčinou byl stav po úrazu s dilacerací levé nohy s kominutivní otevřenou zlomeninou patní kosti a rozsáhlým kožním defektem řešeným přenosem volného laloku s následnou částečnou nekrózou. Toto postižení hodnotil příslušný lékař podle kapitoly 15, oddíl H, položky 1 přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb., tj. jako stav po úrazu nebo operaci skeletu končetin a pánve s protrahovaným a komplikovaným hojením s nemožností běžného zatížení postižené končetiny bez funkčně uspokojivé úpravy. Stěžovatelka proto pobírala plný invalidní důchod; kontrolní lékařská prohlídka se uskutečnila dne 1. 8. 2007.

Lékař Okresní správy sociálního zabezpečení ve Frýdku - Místku konstatoval při této kontrolní prohlídce jako hlavní příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu stav po amputaci levé dolní končetiny v bérce pro posttraumatickou fistulaci levé nohy. Změnu stavu plné invalidity na invaliditu částečnou posuzující lékař odůvodnil stabilizací zdravotního stavu stěžovatelky po provedené amputaci v září 2006, která byla indikována pro nehojící se poúrazový stav. Opřel se přitom o zprávu z hospitalizace v Beskydském rehabilitačním centru Čeladná ze dne 2. 5. 2007, která konstatovala, že po léčbě došlo k výraznému ústupu otoku v distální části pahýlu, kožní defekt byl téměř zhojen a nebolestivý. Přetrvávala hypotrofie stehna o 1,5 cm. S protézou a s oporou dvou francouzských holí pacientka ušla v terénu až 3 km. Bez berlí byla ještě patrná tendence k valgozitě kolenního kloubu. Zpráva konstatovala zlepšení stereotypu chůze a větší stabilitu při chůzi i vstoje. S ohledem na to lékař okresní správy sociálního zabezpečení hodnotil toto postižení jako postižení ve smyslu přílohy č. 4 oddílu A odst. 1 písm. c) vyhlášky č. 284/1995 Sb., tedy jako postižení značně ztěžující obecné životní podmínky.

Z obsahu soudního spisu Nejvyšší správní soud zjistil, že stěžovatelka napadla rozhodnutí žalované dne 11. 1. 2008 žalobou. V žalobě namítala, že její zdravotní stav není nadále stabilizovaný - namítla mj., že podle zprávy chirurgické ambulance z 1. 8. 2007 u ní přetrvává nehojící se defekt v jizvě, bolesti a otok a prosáknutí pahýlu, který nelze vsunout do protézy. Stěžovatelka namítla, že s ohledem na to bylo posouzení jejího zdravotního stavu povrchní, lékař okresní správy sociálního zabezpečení ji mj. ani nevyšetřil. Uvedla, že v žádném případě není schopna docházet do zaměstnání, protože přikládaná protéza ještě v současné době velmi bolí, musí ji často odkládat. Pro bolesti páteře vznikající v důsledku špatného stereotypu chůze nevydrží dlouho sedět, pro těžké psychické stavy úzkosti špatně spí a nemůže se soustředit.

Ze soudního spisu dále vyplývá, že krajský soud nařídil dne 14. 2. 2008 vypracování posudku PK MPSV v Ostravě. Z posudku této komise ze dne 3. 4. 2008 vyplývá, že se usnesla na posudkovém závěru, že k datu napadeného rozhodnutí žalované byla stěžovatelka částečně invalidní podle ustanovení § 44 odst. 2 zákona o důchodovém pojištění, neboť v jejím případě šlo o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který stěžovatelce značně ztěžoval obecné životní podmínky, přitom však nešlo o pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nejméně o 66 %, a nešlo ani o schopnost vykonávat pro zdravotní postižení soustavnou výdělečnou činnost jen za zcela mimořádných podmínek. PK MPSV jednala za účasti stěžovatelky a členem komise byl odborný ortoped. PK MPSV uvedla, že při vypracování posudku o zdravotním stavu vycházela ze zdravotnické dokumentace praktického lékaře. Na základě těchto podkladů PK MPSV konstatovala diagnostický

souhrn (stav po drtivém poranění levé nohy s následnou amputací levé dolní končetiny v bérce pro chronickou fistulaci, chronický bolestivý syndrom páteřový při degenerativních změnách, stav po ablaci pravého prsu pro karcinom dne 4. 11. 1996, stav po oboustranné ovariectomii, neurastenický syndrom, úzkostná a depresivní porucha neurotická, přetlaková choroba) a posudkové hodnocení, přičemž dospěla k závěru, že u stěžovatelky šlo k datu rozhodnutí žalované o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, jehož rozhodující příčinou je stav po drtivém poranění levé nohy s následnou amputací v bérce pro chronickou fistulaci, přičemž zdravotní stav je toho času stabilizován, pahýl zhojen a oprotézován (poúrazová a pooperační léčba již byla ukončena). PK MPSV v Ostravě s ohledem na to hodnotila pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti pro toto postižení podle kapitoly 15, oddíl H, položky 38 přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb. (ztráta dolní končetiny v bérce, nártu nebo Chopartově kloubu) ve výši 40 % a zároveň podle odkazu této položky hodnotila postižení podle přílohy č. 4 téže vyhlášky, odst. A, položky 1 písm. c) (omezená schopnost chůze po amputaci nohy v kloubu Chopartově /art. talocalcaneonavicularis a art. calcaneocuboideus/, nebo po rozsáhlejší amputační ztrátě).

Stěžovatelka proti tomuto posudku při jednání krajského soudu namítla, že podle současných ortopedických nálezů ošetřujících lékařů není stále její léčení ukončeno, a to proto, že amputační pahýl není stále zhojen, nevyhovující je i protéza, kterou stěžovatelka disponuje, neboť jí neumožňuje chůzi. Stěžovatelka trpí stále bolestmi. Navrhla proto, aby byl vyžádán posudek od jiné posudkové komise. Krajský soud poté vyžádal srovnávací posudek PK MPSV v Brně, již uložil, aby po vyžádání zdravotnické dokumentace od lékařů, u nichž se stěžovatelka léčí, zhodnotila, zda k datu vydání přezkoumávaného rozhodnutí bylo léčení stěžovatelky ukončeno, jestli byl pahýl dolní končetiny skutečně zhojen a zda lze vzhledem k problémům s používáním protézy vycházet z toho, že pahýl je zhojen a oprotézován.

PK MPSV v Brně ve svém posudku z 28. 8. 2008 po posouzení nově předložených zpráv ošetřujících lékařů a po vyšetření stěžovatelky přímo při jednání komise uvedla, že k datu vydání napadeného rozhodnutí žalované (6. 11. 2007) uplynula od posledního operačního zákroku na amputačním pahýlu (23. 5. 2007), při němž došlo k další reoperaci pahýlu (excize špatně se hojící jizvy) dostatečně dlouhá doba potřebná k hojení kožního krytu. Tomu nasvědčovala také zpráva z chirurgické ambulance ze dne 22. 8. 2007, která konstatovala, že defekt byl zhojen jen s novou minimální ragádou, která nevylučovala použití bérce protézy. Podle posudku PK MPSV proběhla i lázeňská léčba, kterou by stěžovatelka při trvajícím defektu na amputačním pahýlu nemohla podstoupit. S ohledem na to hodnotila PK MPSV v Brně stav stěžovatelky stejně jako PK MPSV v Ostravě, pouze s přihlédnutím k ostatním příčinám dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvýšila podle § 6 odst. 4 vyhlášky č. 284/1995 Sb. procentní míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti o 10 % na celkových 50%. Konečně pak z posudku PK MPSV v Brně vyplývá, že se zabývala i otázkou, zda rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není jiné zdravotní postižení stěžovatelky, nenalezla však pro takové řešení v odborných nálezech objektivní podklady.

Stěžovatelka na tento posudek reagovala opakovaně vyjádřeními, v nichž namítala, že v současnosti jednak stále není uspokojivě doléčen přetrvávající defekt na pahýlu levé

nohy (poslední operaci za účelem excize jizvy a rekonstrukce pahýlu se podrobila v říjnu 2008), ale zejména poukazovala na to, že v průběhu času se stalo dominantním zdravotním postižením postižení psychické. Navrhla proto, aby krajský soud pořídil za účelem úplného posouzení jejího zdravotního stavu znalecké posudky ze všech oblastí jejího postižení, zejména z oblasti psychiatrie (Nejvyšší správní soud v této souvislosti poznamenává, že s námitkou stěžovatelky, že postupem doby se stala dominující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu těžká depresivní porucha, jako nedůvodnou se vypořádal již ve svém rozsudku ze dne 13. 8. 2009, a proto se touto otázkou ani nad rámec stížních námitek nyní nezabývá).

Krajský soud důkazním návrhům stěžovatelky nevyhověl a ve věci rozhodl rozsudkem ze dne 26. 3. 2009, č. j. 21 Cad 11/2008 - 51, který byl ke kasační stížnosti stěžovatelky zrušen rozsudkem Nejvyššího správního soudu ze dne 13. 8. 2009, č. j. 6 Ads 92/2009 - 78, a věc byla vrácena krajskému soudu k dalšímu řízení.

Poté krajský soud vyžádal od PK MPSV v Brně doplnění posudku o uvedení, zda vzhledem k lékařským zprávám z 13., 14. a 22. října 2008 a lékařským zprávám ze dnů 11. 12. 2008 a 16. 3. 2009 lze s jistotou konstatovat, že u stěžovatelky k datu vydání napadeného rozhodnutí o odnětí plného invalidního důchodu (6. 11. 2007) šlo o natolik stabilizovaný zdravotní stav, že byl důvod k odnětí této důchodové dávky, či zda šlo jen o stabilizaci přechodnou.

PK MPSV v Brně konstatovala, že k datu vydání napadeného rozhodnutí (tj. ke dni 6. 11. 2007) byl zdravotní stav stěžovatelky po stránce stavu po amputaci levého bérce stabilizovaný se zhojeným amputačním pahýlem, který byl oprotézován a přetrvávaly pouze bolesti, pro které bylo přistoupeno v říjnu 2008 k operační úpravě pahýlu. PK MPSV v Brně setrvala na svém předchozím posudkovém závěru s tím, že rozvedla, že u stěžovatelky jde o stav po amputaci levé dolní končetiny v bérce ze září 2006, postupně došlo ke zhojení pahýlu a končetina byla oprotézována. Na jaře 2007 posuzovaná absolvovala lázeňskou léčbu, při které byly bolesti udávány pouze po delší chůzi, s protézou a oporou 2 francouzských holí ušla v terénu až 3 km. Vzhledem k probíhajícím změnám poměrů pahýlu bylo potřebné vybavení novou protézou, což je běžný jev. V červnu 2007 byl proveden nevelký chirurgický zákrok na kůži pahýlu končetiny. V srpnu 2007, kdy byl původní malý defekt na pahýlu zhojen, byla popsána nová drobná prasklina a ještě byly uvedeny potíže s nasazováním protézy. V následující době nejsou dokumentovány potíže ve smyslu významnějších defektů celistvosti kůže pahýlu amputované končetiny. V květnu 2008 je popsán kožní kryt pahýlu jen s lehkým zarudnutím ventrolaterálně a otlak pod patelou. Chůze byla schopna bez opory s dobrým stereotypem, bez známek bolesti, pro nadále probíhající změny tvaru pahýlu byla doporučena úprava protézy. V říjnu 2008 je v nálezech uváděno, že nosí protézu, trvají bolesti pahýlu, ale pahýl popsán jako klidný, s klidnou kůží a otlakem, který byl bolestivý. Pro udávané přetrvávající bolesti pahýlu bylo přistoupeno dne 22. 10. 2008 k operační úpravě pahýlu ke zlepšení funkce.

Krajský soud poté vyžádal srovnávací posudek PK MPSV v Hradci Králové, jíž uložil, aby se ve svém posudku zaměřila na skutečnost, zda u žalobkyně došlo ke stabilizaci zdravotního stavu v rozsahu zakládajícím odnětí plné invalidity ke dni 6. 11. 2007 s tím, že

pokud dojde ke shodnému závěru s předcházejícími posouzeními posudkových komisí, vysvětlí, zda je běžné, že i po ukončení léčby probíhají v pahýlu takové změny, které vedou k operativnímu řešení a další úpravě pahýlu a zda i v případě, že pro bolestivost a otok pahýlu nelze používat protézu, lze konstatovat stabilizaci zdravotního stavu ve smyslu posudkového hodnocení.

PK MPSV v Hradci Králové ve svém posudku z 9. 4. 2010 konstatovala diagnostický souhrn, tj. stav po drtivém poranění levé nohy (úraz dne 6. 8. 2003) s následnou amputací levé dolní končetiny v bérce pro komplikované hojení s významně porušenou funkcí levé dolní končetiny (13. 9. 2006), vyříznutí ragády v jizvě amputačního pahýlu (23. 5. 2007), s operativní úpravou amputačního pahýlu (22. 10. 2008); bolesti zad při degenerativních změnách páteře bez prokázaného kompresivního syndromu; psychické potíže charakteru úzkostně-depresivní poruchy; hypertenzní choroba I. st. (od roku 2005) kompenzovaná léčbou; stav po odstranění slepého střeva v dětství; stav po ablaci prsu s revizí axily (v roce 1996) pro karcinom prsu klasifikace T1N0M0, grading 1, stav po následné chemoterapii a radioterapii a laparoskopickém odstranění obou vaječníků (v roce 1997); stav po laparoskopické cholecystektomii (v roce 1996); stav po operaci halluxů (v roce 2001); stav po operaci šedého zákalu oboustranně (v roce 2008). Po posouzení shromážděných lékařských zpráv komise konstatovala, že rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu stěžovatelky je stav po drtivém poranění levé nohy následkem úrazu ze dne 6. 8. 2003 s následnou amputací levé dolní končetiny v bérce pro komplikované hojení s významně porušenou funkcí levé dolní končetiny dne 13. 9. 2006 s uspokojivou stabilizací amputačního pahýlu. Komise dále v rámci posudkového zhodnocení uvedla, že nález z lázeňské rehabilitační léčby v Čeladné z 2. 5. 2007 prokazuje stabilizaci amputačního pahýlu levé dolní končetiny, stěžovatelka byla schopna chůze s protézou, bolesti pahýlu byly po delší chůzi, v terénu s oporou dvou francouzských holí ušla až 3 kilometry a kožní defekt byl téměř zhojen. Pro ragádu v jizvě amputačního pahýlu byl dne 23. 5. 2007 proveden drobný operační chirurgický zákrok. Drobný defekt v jizvě a bolestivé prosáknutí pahýlu popisované dne 1. 8. 2007 (kontrolní lékařská prohlídka lékařem Okresní správy sociálního zabezpečení ve Frýdku - Místku) nedokládá po této stránce dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, jelikož už další nález z 22. 8. 2007 dokládá zhojení defektu byť s novou minimální ragádou. V nálezu protetika z 21. 5. 2008 je popisována chůze bez opory s velmi dobrým stereotypem, bez známek algicity, zároveň je pro problémy s ortézou doporučena její úprava. Teprve dle ortopedického nálezu ze dne 13. 10. 2008 je pro bolestivost pahýlu a bolestivost v protéze zvažována úprava pahýlu. Komise odkázala na přílohu č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb., podle níž uvedená míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti u amputačních ztrát vychází z příznivých poměrů pahýlu a sousedních kloubů a při vysloveně nepříznivém stavu pahýlu, jakož i při závažné funkční poruše sousedního kloubu je nutno tyto sazby zvýšit podle § 6 odst. 4 vyhlášky č. 284/1995 Sb. Komise konstatovala, že se tedy hodnotí také omezená schopnost chůze a uvedla, že doložené nálezy nedokládají vysloveně nepříznivý stav amputačního pahýlu. Typů protéz je celá řada, ale v podstatě všechny počítají s různým stupněm kontaktu mezi pahýlem a stěnou lůžka. Proto při užívání pomůcky dochází k novým tlakům na pahýl, čímž dochází k drobným oděrkám kůže a drážděním v oblasti jizvy. Zvláště v začátcích nošení pomůcky je proto i nutná častá kontrola a spolupráce zúčastněných odborníků. Vhodné oprotézování se řeší v okamžiku opadnutí primárního otoku a uzavření jizvy. Z toho vyplývá, že u daného člověka je předpoklad, že zejména

první protéza se opakovaně upravuje s ohledem na měnící se objem pahýlu a měnící se fyzické schopnosti. K otlakům a oděrkám může běžně docházet a také dochází i s ohledem na schopnost pacienta správně protézu užívat a amputační pahýl pravidelně ošetřovat. Není neobvyklé, že kvůli otlakům způsobených protézou v jednom místě má pacient možnost střídavě používat i další protézu s využitím jiného místa zatížení pahýlu. U stěžovatelky proto komise hodnotí, že se jednalo o stabilizovaný zdravotní stav po amputaci levé dolní končetiny v oblasti bérce a uvedený průběh změn na amputačním pahýlu lze považovat za běžný. V dostupné dokumentaci nebyly doloženy posudkově významné komplikace hojení amputačního pahýlu a stabilizace pahýlu byla prokázána schopností chůze s protézou dle propouštěcí zprávy z rehabilitačního lázeňského pobytu v Čeladné. Provedení pozdějších operačních zákroků na amputačním pahýlu již nelze z pohledu posudkového hodnocení považovat jako podklad pro uznání dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, tj. stavu, který podle lékařské vědy potrvá déle než jeden rok. Předpoklad rychlosti úpravy zdravotního stavu po těchto zákrocích tuto podmínku nespĺňuje. Proto i operační zákrok s úpravou amputačního pahýlu dne 22. 10. 2008 byl správně řešen vystavením dočasné pracovní neschopnosti v délce trvání dle zdravotní dokumentace od 21. 10. 2008 do 1. 12. 2008. Komise dále uvedla, že lze očekávat, že i v budoucnosti vlivem fyziologického stárnutí bude docházet vlivem zmenšování svalového krytí a úbytku svalové hmoty k opětným zákrokům na pahýlu, které však bude možné hodnotit zcela shodně a též i k správné formaci protézy a polstrovaní. Komise tedy dospěla k závěru, že v amputovaném pahýlu není doložena přítomnost chronického zánětu kosti, není doložena chronická infekce svalstva ani měkkých krycích tkání, takže z posudkového hlediska lze považovat dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav za příznivě stabilizovaný. V případě hodnocení poklesu procentní míry schopnosti soustavné výdělečné činnosti lze hodnotit dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav dle kapitoly 15, oddíl H, položka 38 přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb. jako odpovídající 40 %. Komise k tomu dále uvedla, že horní hranici procentního rozmezí v uvedené položce by při použití přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb. volili se zřetelem k bolestem zad při degenerativních změnách páteře bez prokázaného kompresivního syndromu a psychickým potížím charakteru úzkostně-depresivní poruchy, dále s ohledem na dosaženou kvalifikaci a vykonávané výdělečné činnosti. Dále konstatovala, že bolesti zad při degenerativních změnách páteře jsou bez prokázaného kompresivního syndromu, psychické potíže mají charakter úzkostně-depresivní poruchy a dle podkladové dokumentace lze popsané potíže dle funkčního dopadu hodnotit jako lehké poruchy. Komise uzavřela, že zdravotní stav stěžovatelky k datu vydání napadeného rozhodnutí žalované (tj. ke dni 6. 11. 2007) odpovídal částečné invaliditě) a hodnotí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav stěžovatelky jako zdravotní postižení značně ztěžující obecné životní podmínky dle přílohy č. IV, oddíl A, položky 1, písm. c).

Stěžovatelka na tento posudek reagovala vyjádřením, v němž zejména namítla, že posudkové hodnocení provedené PK MPSV v Hradci Králové neodpovídá závěrům zdravotní dokumentace ortopedického oddělení Nemocnice v Třinci a je v rozporu také s jejím skutečným, zdravotním stavem ke dni 6. 11. 2007, vznesla shodné námitky jako v nyní podané kasační stížnosti a navrhla vypracování dalšího znaleckého posudku znaleckým ústavem.

Krajský soud rozsudkem ze dne 26. 5. 2010, č. j. 21 Cad 11/2008 - 117, žalobu proti rozhodnutí žalované zamítl. V jeho odůvodnění krajský soud uvedl, že v dané věci byly stěžejními důkazy posudky PK MPSV v Brně ve znění jeho doplnění a PK MPSV v Hradci Králové. Tyto posudky jsou úplné a přesvědčivé, posudkové komise vycházely z doložených lékařských zpráv a nálezů, proto krajský soud neprováděl další dokazování ve směru zjištění míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti stěžovatelky. Krajský soud vzal tedy za prokázané, že stěžovatelka nebyla ke dni vydání napadeného rozhodnutí žalované plně, ale jen částečně invalidní.

Rozsudek krajského soudu byl stěžovatelce doručen dne 24. 6. 2010, kasační stížnost byla podána dne 30. 6. 2010. Kasační stížnost byla tedy podána včas (§ 106 odst. 2 zákona č. 150/2002 Sb., soudního řádu správního, dále jen „s. ř. s.“).

Stěžovatelka je osobou oprávněnou k podání kasační stížnosti, neboť byla účastníkem řízení, z něhož napadené rozhodnutí krajského soudu vzešlo (§ 102 s. ř. s.), tuto kasační stížnost podala včas (§ 106 odst. 2 s. ř. s.) a je rovněž v souladu s § 105 odst. 2 s. ř. s. zastoupena advokátem. V kasační stížnosti uplatňuje důvody, které podle svého obsahu představují námitky proti rozsahu posouzení zdravotního postižení. Neúplné posouzení rozsahu zdravotního postižení, jímž stěžovatelka trpěla ke dni vydání napadeného rozhodnutí žalované, by mohlo být vadou řízení před soudem ve smyslu § 103 odst. 1 písm. d) s. ř. s., pokud mohlo mít, jak stěžovatelka v kasační stížnosti namítá, za následek nesprávné stanovení míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti a v důsledku toho i nesprávné posouzení zákonných podmínek plné invalidity podle ustanovení § 39 odst. 1 zákona o důchodovém pojištění. Nejvyšší správní soud proto považuje stěžovatelkou uplatněný důvod podle obsahu za důvod podle ustanovení § 103 odst. 1 písm. d) s. ř. s., a pro tento důvod shledává kasační stížnost přípustnou. Za této situace Nejvyšší správní soud napadený rozsudek krajského soudu v mezích řádně uplatněných kasačních důvodů a v rozsahu kasační stížnosti podle § 109 odst. 2 a 3 s. ř. s. přezkoumal, přitom dospěl k závěru, že kasační stížnost není důvodná.

Nejvyšší správní soud stíží námitku stěžovatelky, že PK MPSV v Hradci Králové a PK MPSV v Brně ve svém doplňujícím posudku se nevypořádaly se všemi rozhodujícími skutečnostmi pro posouzení, zda stěžovatelka pro svůj závažný stav byla či nebyla schopna soustavné výdělečné činnosti, shledává nedůvodnou.

Úvodem je třeba zopakovat, že správní rozhodnutí o nároku na invalidní důchod je závislé především na odborném lékařském posouzení. Při přezkumu takového rozhodnutí neposuzuje soud věcnou správnost posudku, neboť k tomu nemá potřebné odborné znalosti. Zdravotní stav a pracovní schopnost občanů pro účely přezkumného řízení soudního ve věcech důchodového pojištění posuzuje podle ustanovení § 4 odst. 2 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, Ministerstvo práce a sociálních věcí, které za tím účelem zřizuje jako své orgány posudkové komise. Posudek posudkové komise soud hodnotí jako každý jiný důkaz podle zásad upravených v § 77 odst. 2 s. ř. s., avšak s ohledem na mimořádný význam v tomto řízení bývá tento posudek rozhodujícím v případech, kdy z hlediska své celistvosti a přesvědčivosti nevzbuzuje žádných pochyb, a nejsou-li tu ani žádné jiné skutečnosti nebo důkazy, kterými by správnost posudku mohla být zpochybněna. Požadavek úplnosti a



přesvědčivosti kladený na tyto posudky spočívá pak v tom, že se komise vypořádá se všemi rozhodujícími skutečnostmi, především s těmi, které posuzovaný namítá, a že své posudkové závěry náležitě odůvodní. Z posudku musí být zřejmé, že zdravotní stav posuzovaného byl komplexně posouzen na základě úplné zdravotnické dokumentace i s přihlédnutím ke všem tvrzeným obtížím, aby nevznikly pochybnosti o úplnosti a správnosti klinické diagnózy. V posudku musí být dále uvedeno, zda zjištěný zdravotní stav zakládá dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a pokud ano, které zdravotní postižení bylo vzato za jeho rozhodující příčinu. Procentní míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti komise vyhodnotí podle charakteru zdravotního postižení na základě přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb., přičemž zdravotní postižení podřadí podle jeho druhu a intenzity pod příslušnou kapitolu, oddíl a položku této přílohy a současně odůvodní stanovenou míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v rámci zde stanoveného rozpětí. Dále uváží i rozsah a závažnost dalších zdravotních postižení posuzovaného z hlediska možného zvýšení či snížení základního bodového hodnocení.

Posudky PK MPSV v Brně (ve znění jeho doplňujícího posudku) a PK MPSV v Hradci Králové splňují výše uvedené požadavky na úplnost a přesvědčivost odborného lékařského posudku a lze z nich při zjišťování skutkového stavu vycházet.

Dále je třeba zdůraznit, že posudky posudkových komisí se zabývaly zhodnocením stěžovatelčina zdravotního stavu k okamžiku vydání žalobou napadeného rozhodnutí žalované (§ 75 odst. 1 s. ř. s.), přičemž však byly v souladu s rozsudkem zdejšího soudu ze dne 13. 8. 2009 do skutkové úvahy posudku PK MPSV v Hradci Králové a doplňujícího rozsudku PK MPSV v Brně zahrnuty i zprávy o zdravotním stavu stěžovatelky týkající se doby po vydání napadeného rozhodnutí žalované, z nichž také bylo vycházeno při posouzení toho, zda v případě stěžovatelky šlo o funkčně stabilizovaný zdravotní stav či nikoliv.

Stěžovatelce lze sice přisvědčit v tom, že Nejvyšší správní soud ve svém rozsudku ze dne 13. 8. 2009 dospěl k závěru, že by tehdejší závěry posudků PK MPSV v Ostravě a Brně nemohly jako stěžejní důkaz obstát, neboť jejich přesvědčivost byla zásadně zpochybněna lékařskou zprávou z 13. 10. 2008 a následným operačním protokolem ze dne 14. 10. 2008, podle nichž pro přetrvávající potíže a bolestivost pahýlu bylo nutno provést úpravu pahýlu zkrácením holenní kosti a jejím překrytím přesunutým svalstvem, protože příčinou stěžovatelčiných přetrvávajících potíží bylo protlačování holenní kosti z pahýlu. Nejvyšší správní soud však zdůrazňuje, že i podle jeho rozsudku ze dne 13. 8. 2009 *spornou otázkou, na níž měly posudky PK MPSV dát odpověď, bylo, zda šlo u stěžovatelky o funkčně stabilizovaný pooperační stav či nikoliv*, o čemž tehdy dostupné lékařské zprávy z doby předcházející vydání rozhodnutí žalované ani lékařské zprávy vydané po tomto datu nijak jednoznačně nesvědčily.

Z obsahu posudku PK MPSV v Hradci Králové a doplňujícího posudku PK MPSV v Brně je však zřejmé, že tyto posudkové komise vycházely ze všech relevantních a dostupných lékařských zpráv a další zdravotní dokumentace stěžovatelky (např. PK MPSV v Hradci Králové výslovně jako podklady svého rozhodnutí uvádí zejména propouštěcí zprávu Beskydského rehabilitačního centra Čeladná ze dne 2. 5. 2007, propouštěcí zprávu Chirurgického oddělení Nemocnice Třinec ze dne 1. 6. 2007, chirurgický nález Nemocnice

Třinec ze dne 1. 8. 2007, chirurgický nález Nemocnice Třinec ze dne 22. 8. 2007, nález ortopedického protetika MUDr. K. ze dne 21. 5. 2008, ortopedický nález MUDr. M. ze dne 13. 10. 2008, chirurgický nález MUDr. P. ze dne 14. 10. 2008, neurologický nález Nemocnice Třinec ze dne 30. 6. 2006, propouštěcí zprávu chirurgického oddělení Nemocnice Třinec ze dne 27. 9. 2006, propouštěcí zprávu rehabilitačního oddělení Nemocnice Třinec ze dne 13. 12. 2006, chirurgický nález Nemocnice Třinec ze dne 8. 8. 2007, psychiatrický nález CNS-CENTRUM Třinec ze dne 13. 2. 2008, operační protokol chirurgického oddělení Nemocnice Třinec ze dne 22. 10. 2008, rehabilitační nález Nemocnice Třinec ze dne 11. 12. 2008 či ortopedický nález MUDr. M. ze dne 16. 3. 2009) a jejich závěry jsou s touto dokumentací v souladu, přičemž také osvětlují pochybnosti o věrohodnosti předcházejících posudků. Tyto pochybnosti vyjádřené v rozsudku Nejvyššího správního soudu ze dne 13. 8. 2009 vycházely totiž především z toho, že v předcházejících posudcích byly nedostatečně věrohodně zdůvodněny závěry o stabilizaci zdravotního stavu stěžovatelky k datu vydání napadeného rozhodnutí (tj. 6. 11. 2007), o čemž vznikly pochybnosti s ohledem zejména na obsah výše uvedené lékařské zprávy ze dne 13. 10. 2008 a následný operační protokol ze dne 14. 10. 2008. Tyto z pohledu soudu existující rozpory však posudek PK MPSV v Hradci Králové a doplňující posudek PK MPSV v Brně blíže věrohodně objasnil. Z těchto posudků je totiž zřejmé, že průběh změn na amputačním pahýlu stěžovatelky, jejichž existenci a řešení dokládá právě lékařská zpráva ze dne 13. 10. 2008 a operační protokol ze dne 14. 10. 2008, je po amputaci dolní končetiny běžný, protézy počítají s různým stupněm kontaktu mezi pahýlem a stěnou lůžka, při užívání protézy dochází k novým tlakům na pahýl, otlakům a oděrkám a především první protéza se opakovaně upravuje s ohledem na měnící se objem pahýlu a měnící se fyzické schopnosti a rovněž amputační pahýl se musí na oprotézování co nejlépe připravit a pravidelně ošetřovat. Je náležité popsán také odborný závěr, že i po provedené amputaci a stabilizaci amputačního pahýlu dochází běžně k dalším úpravám amputačního pahýlu (tj. také k operačním zákrokům) s ohledem na měnící se fyzické schopnosti stěžovatelky, objem amputačního pahýlu a zdravotní problémy s užíváním protézy související. Předmětný průběh změn na amputačním pahýlu a jeho úprava včetně operačních zákroků na amputačním pahýlu v případě stěžovatelky jsou tedy běžné, nebyly doloženy ani posudkově významné komplikace hojení amputačního pahýlu a ani provedení pozdějších operačních zákroků na amputačním pahýlu nelze z posudkového hodnocení považovat jako podklad pro uznání dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (tj. stavu, který podle lékařské vědy potrvá déle než jeden rok), neboť předpoklad rychlosti úpravy zdravotního stavu po těchto zákrocích tuto podmínku nesplňuje.

Na základě výše uvedeného tedy nelze dospět k závěru, že v případě zdravotního stavu stěžovatelky by se po stabilizaci amputačního pahýlu po ukončení léčby v květnu 2007 v případě dalších zákroků jednalo o dlouhodobou léčbu amputačního pahýlu, ale šlo „jen“ o úpravy amputačního pahýlu s ohledem na měnící se fyzické schopnosti stěžovatelky, objem amputačního pahýlu a zdravotní problémy s užíváním protézy související. S tím a výše uvedeným souvisí také komplikace stěžovatelky s aplikací protézy (stěžovatelka v kasační stížnosti poukazuje zejména na lékařské zprávy ze dne 1. 8. 2007, 22. 8. 2007 a 30. 8. 2007, kdy bylo zjištěno, že amputační pahýl nelze vsunout do protézy a na amputačním pahýlu byly také zjištěny defekty, bolestivost, otok pahýlu a jeho prosáknutí). Tyto lékařské zprávy však nejsou v rozporu a neznevěrohodňují posudek PK MPSV v Hradci Králové a doplňující posudek PK MPSV v Brně, které na tyto následné

komplikace z výše uvedených důvodů poukazují a rovněž zdůrazňují, že i v budoucnosti vlivem fyziologického stárnutí bude docházet vlivem zmenšování svalového krytí a úbytku svalové hmoty k opětným zákrokům na pahýlu, které však bude možné hodnotit zcela shodně a též i k správné formaci protézové objímky a polstrování.

Na základě výše uvedeného tedy nelze souhlasit ani se stížní námitkou stěžovatelky, že především posudkové komise PK MSV v Hradci Králové a v Brně svůj závěr založily jen na lékařské zprávě protetiky a nikoliv ortopeda, z posudků je zřejmé, že tyto posudkové komise přihlédly ke všem lékařským zprávám a ve svých závěrech také náležitě objasnily důvody následných operačních zákroků

Pokud stěžovatelka namítá, že její zdravotní stav se nijak nezlepšil, pak je třeba odkázat na právní závěry Nejvyššího správního soudu obsažené v jeho rozsudku ze dne 7. 8. 2003, č. j. 3 Ads 7/2003 - 42, publikovaného pod č. 198/2004 Sb. NSS, podle nichž: „... *důvodem zániku plné invalidity nemusí být vždy jen zlepšení zdravotního stavu, ale i stabilizace zdravotního stavu, neboť sama stabilizace dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu spojená s adaptací člověka na situaci vyvolanou například zdravotním postižením může vést k obnovení pracovní schopnosti ve vymezeném rozsahu (§ 39 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění).*“ Jak je totiž uvedeno v doplňujícím posudku PK MPSV v Brně a v posudku PK MPSV v Hradci Králové byl zdravotní stav stěžovatelky po amputaci levého bérce ke dni vydání napadeného rozhodnutí žalované (tj. k 6. 11. 2007) stabilizován se zhojeným amputačním pahýlem, který byl oprotézován a přetrvávaly bolesti, pro které bylo po vydání napadeného rozhodnutí žalované přistoupeno také k operační úpravě pahýlu. Dle závěrů PK MPSV v Hradci Králové při tomto zdravotním stavu může stěžovatelka vykonávat lehkou fyzickou práci bez nošení a zvedání nadměrně těžkých břemen, převážně sedavého charakteru s možností změny pracovní polohy, s vyloučením dlouhých pochodů a stání, v klimaticky vhodném prostředí a s možností dodržovat pravidelnou životosprávu, přičemž vzhledem k věku je schopna rekvalifikace nebo zaučení.

Nejvyšší správní soud v dané věci celkově uzavírá, že krajský soud po doplnění dokazování v souladu s pokynem vysloveným Nejvyšším správním soudem v jeho rozsudku ze dne 13. 8. 2009 zamítnutím žaloby nepochybil. Žalovaná postupovala správně, když na základě posudku Okresní správy sociálního zabezpečení ve Frýdku - Místku ze dne 1. 8. 2007 stěžovatelce odňala plný invalidní důchod. To, že vlivem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nedošlo v případě stěžovatelky k poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %, ani o schopnost vykonávat pro zdravotní postižení soustavnou výdělečnou činnost jen za zcela mimořádných podmínek, shodně potvrdil posudek PK MPSV v Brně ve znění jeho doplnění a posudek PK MPSV v Hradci Králové. Na jejich základě pak krajský soud dospěl ke správným právním závěrům, když neshledal stěžovatelku plně invalidní, nýbrž částečně invalidní. Tyto právní závěry mají oporu ve správně zjištěném skutkovém stavu a Nejvyšší správní soud se s nimi ztotožňuje.

Nejvyšší správní soud dospěl ze všech shora uvedených důvodů k závěru, že důvody kasační stížnosti podle § 103 odst. 1 písm. d) s. ř. s. nejsou dány, a proto kasační stížnost jako nedůvodnou podle § 110 odst. 1 věty druhé s. ř. s. zamítl.

O nákladech řízení o kasační stížnosti rozhodl Nejvyšší správní soud podle § 60 odst. 1 a 2 s. ř. s. ve spojení s § 120 s. ř. s. Stěžovatelka neměla ve věci úspěch, proto jí právo na náhradu nákladů nenáleží. To by náleželo žalované, přiznání nákladů řízení správnímu orgánu ve věcech důchodového pojištění je však podle ustanovení § 60 odst. 2 s. ř. s. vyloučeno.

**Poučení:** Proti tomuto rozsudku **nejsou** opravné prostředky přípustné.

V Brně dne 6. října 2010

JUDr. Milada Tomková  
předsedkyně

senátu