



ČESKÁ REPUBLIKA

ROZSUDEK JMÉNEM REPUBLIKY

Nejvyšší správní soud rozhodl v senátě složeném z předsedkyně JUDr. Dagmar Nygrínové a soudců JUDr. Jiřího Pally a JUDr. Jana Vyklického v právní věci žalobkyně: **J. S.**, zastoupené Mgr. Pavlem Čížinským, advokátem, se sídlem Ječná 548/7, Praha 2, proti žalované: **Česká správa sociálního zabezpečení**, se sídlem Křížová 25, Praha 5, v řízení o kasační stížnosti žalobkyně proti rozsudku Krajského soudu v Brně ze dne 16. 4. 2013, č. j. 34 Ad 27/2011 - 142,

t a k t o :

- I. Kasační stížnost **s e z a m í t á .**
- II. Žádný z účastníků řízení **n e m á** právo na náhradu nákladů řízení.

O d ů v o d n ě n í :

I.

Předcházející řízení a obsah kasační stížnosti

[1] Rozhodnutím ze dne 21. 6. 2010, č. X, žalovaná přiznala žalobkyni plný invalidní důchod ve výši 11.226 Kč od 23. 10. 2009. V odůvodnění vycházela z posudku Okresní správy sociálního zabezpečení Zlín ze dne 17. 3. 2010, podle kterého žalobkyně od roku 2004 do 22. 10. 2009 nebyla invalidní podle § 39 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o důchodovém pojištění“); od 23. 10. 2009 byla žalobkyně plně invalidní podle § 39 odst. 1 písm. a) zákona o důchodovém pojištění, neboť z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla její schopnost soustavné výdělečné činnosti (pracovní schopnost) o 70 %.

[2] Námitky žalobkyně proti tomuto rozhodnutí žalovaná zamítla rozhodnutím ze dne 3. 1. 2011, č. j. X, a napadené rozhodnutí potvrdila. V odůvodnění uvedla, že novým posudkem o invaliditě ze dne 9. 12. 2010 lékař žalované potvrdil závěry předchozího posudku ze dne 17. 3. 2010. Bylo zjištěno, že žalobkyně nebyla do 22. 10. 2009 plně invalidní, ani částečně invalidní; pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti nedosahoval hodnoty 33 % a nejednalo se o zdravotní postižení umožňující soustavnou výdělečnou činnost jen za zcela mimořádných podmínek, ani o zdravotní postižení značně ztěžující obecné životní podmínky. Datum vzniku plné invalidity bylo určeno psychiatrickým vyšetřením ze dne 23. 10. 2009, které jako první dokumentuje závažný psychický stav a je prvním kontaktem žalobkyně s psychiatrem. V obsírné zdravotní dokumentaci byly dříve zmínky o depresivní poruše, ale nebylo doloženo systematické psychiatrické léčení či nutnost hospitalizace žalobkyně v uvedené době pro depresivní stavy. Pravděpodobně šlo o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, a to i u dalších sledovaných diagnóz, ale pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti nelze hodnotit ve smyslu invalidity. Zdravotní stav žalobkyně byl komplexně posouzen a žalovaná uzavřela, že námitky nejsou důvodné.

[3] Žalobkyně nesouhlasila s hodnocením svého zdravotního stavu a v žalobě především namítala, že byla plně invalidní i po odnětí plného invalidního důchodu v roce 2004. Její obtíže přetrvávaly a stupňovaly se; největší problémy měla od roku 2007, kdy jí přes závažné horečnaté onemocnění nebyl vystaven doklad o pracovní neschopnosti. Byla nucena se evidovat na úřadu práce, pobírala dávky v hmotné nouzi a ocitla se ve finanční tísní, což bylo velmi stresující. Tato neřešitelná životní situace vyvolala deprese a výrazné zhoršení zdravotního stavu.

[4] Posudková komise Ministerstva práce a sociálních věcí, pracoviště v Brně (dále jen „posudková komise v Brně“) v posudku ze dne 28. 7. 2011, vypracovaném na žádost krajského soudu, dospěla k závěru, že žalobkyně v době od roku 2004 do 22. 10. 2009 nebyla invalidní, od 23. 10. do 31. 12. 2009 byla plně invalidní a od 1. 1. 2010 (po změně právní úpravy) jde o invaliditu třetího stupně. K datu vydání rozhodnutí žalované šlo o dlouhodobě nepříznivý stav, jehož rozhodující příčinou byla těžká exhaustivní depresivní porucha s výraznou somatizací a chronickou únavou. Ve zdravotní dokumentaci jsou zmíněny poruchy ve smyslu anxiózně depresivního ladění, do 23. 10. 2009 však tyto stavy nebyly podloženy objektivním psychiatrickým vyšetřením nebo nutností hospitalizace pro psychiatrickou chorobu. Zdravotní dokumentace nedokládá závažná objektivní zjištění, která by potvrzovala možnost zpětného uznání invalidity pro základní diagnózu od roku 2004, jak žádala žalobkyně. Šlo sice o dlouhodobě nepříznivý stav při souběhu zdravotních postižení uvedených v diagnostickém souhrnu, avšak pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti nebylo možno hodnotit ve smyslu invalidity. Fibromyalgie v dlouhodobém léčení byla funkčně lehkým zdravotním postižením s kolísavým průběhem, které do vyšetření v roce 2010 nedosahovalo intenzity pro splnění podmínek invalidity. Stupeň funkčního postižení u dalších onemocnění byl lehký a namítaná neuroborelioza nebyla prokázána. Posudková komise shrnula, že pro zpětné uznání invalidity nenalezla objektivní podklady. Datum stanovení plné invalidity prvním objektivním psychiatrickým vyšetřením považovala za správné. Míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v období od 23. 10. do 31. 12. 2009 hodnotila posudková komise podle kapitoly V, položky 5 písm. d) přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb. - 70 %. Od 1. 1. 2010 byla míra

pokračování

poklesu pracovní schopnosti stanovena podle kapitoly V, položky 5d (poruchy neurotické vyvolané stresem a psychosomatické poruchy) přílohy k vyhlášce č. 359/2009 Sb., rovněž na 70 %.

[5] V doplňujícím posudku ze dne 29. 8. 2011 posudková komise v Brně konstatovala, že v roce 2002 byla žalobkyni přiznána plná invalidita k dokončení léčby poúrazového stavu z roku 2001 s nutností vyloučení možného systémového onemocnění pojiva a šlo o hodnocení velmi příznivé. Systémové onemocnění nebylo potvrzeno a na základě posouzení ze dne 19. 12. 2003 byla plná invalidita oduznána s tím, že se jedná o stav po distorsi kolenního kloubu, po opakovaných artroskopických operacích, po meniskektomii s ošetřením fibrosních změn s následnou poruchou na úrovni středně těžkého stupně, který odpovídal postižení uvedenému v kapitole XV, oddílu H, položce 54 písm. b) přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb. a byl hodnocen 20 % s navýšením o 10 % vzhledem k dalším postižením na celkovou hodnotu 30 %. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav trval od roku 2004 do 23. 10. 2009 v kolísavé intenzitě potíží; posudková komise považovala za správné stanovení míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti na 30 %, neboť v dokumentaci nenalezla objektivní nálezy, které by uvedené posouzení zpochybnily. Zhoršení stavu udávaná žalobkyní byla krátkodobá a byla léčena. Rozvoj psychiatrické symptomatologie byl poprvé odborně vyšetřen a zdokumentován dne 23. 10. 2009. Posudková komise neshledala důvody pro změnu přijatého posudkového závěru.

[6] Vzhledem k námitkám žalobkyně si krajský soud vyžádal posudek od Posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí, pracoviště v Českých Budějovicích (dále jen „posudková komise v Českých Budějovicích“). Tato posudková komise v posudku ze dne 14. 2. 2012 uvedla, že do 31. 12. 2009 bylo rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu těžké narušení osobnosti, osobnost astenická emočně nestabilní s výrazným snížením celkové výkonnosti organismu a sníženou sociální adaptabilitou. Porucha se rozvinula sekundárně na základě mnohočetných a opakujících se somatických potíží včetně rozvíjejícího se syndromu fibromyalgie. V zátěži docházelo k dekompenzacím anxiózně depresivním až hluboce depresivním. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav odpovídal postižení uvedenému v kapitole V, položce 5 písm. c) přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb. - pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti dosahoval 60 %. Pro více příčin dlouhodobě nepříznivého zdravotního byla horní hranice navýšena podle § 6 odst. 4 citované vyhlášky o 10% na celkovou hodnotu 70 %. Od 1. 1. 2010 odpovídal dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav postižení uvedenému v kapitole V, položce 7c (poruchy osobnosti) přílohy k vyhlášce č. 359/2009 Sb. – s poklesem pracovní schopnosti 70%. Jelikož tato položka zahrnuje všechny stavy vyskytující se u žalobkyně, neshledala posudková komise opodstatněným další navýšení.

[7] Posudková komise v Českých Budějovicích se zabývala obdobím od roku 2004 a konstatovala, že záznamy ve zdravotní kartě nesvědčí o častých návštěvách praktického lékaře, jsou zaznamenána ošetření pro běžné obtíže, vystavení potvrzení, údaje o invalidním řízení, doporučení k odborným lékařům. Je zřejmé, že žalobkyně navštěvovala především odborná pracoviště a je nutno vycházet především z jejich zpráv. Z psychiatrické dokumentace je zřejmé, že ambulanci navštěvuje systematicky od 23. 10. 2009 dosud. Fibromyalgický syndrom se vyvíjel postupně, stanovená diagnostická kritéria pro toto onemocnění byla naplněna při vyšetření na specializovaném

revmatologickém pracovišti až 11. 6. 2010. Do tohoto syndromu spadá i údaj o chronické bolesti a únavě. Další uvedená onemocnění - chronická autoimunní thyreoiditis, recidivující infekty ledvin a močových cest, stav po neuroborelióze, ulkus bulbu duodena, dlouhodobé recidivující potíže s páteří, skolióza, potíže s hybností levé horní končetiny, bolesti pravého kolena po meniskektomii, gonartróza, osteofyty, chondropatie pately, opakované a časté angíny, chřipky, virózy, chronické migrény, záněty dutin - nemají buď povahu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, nebo závažněji neovlivňují výdělečnou schopnost osoby středoškolsky vzdělané. Z pokladové dokumentace je zřejmé, že v návaznosti na ně se postupně rozvíjela psychická porucha pod nejrůznějšími obrazy neurózy, anxiózně depresivní symptomatiky, deprese, až po vývoj do těžké poruchy osobnosti, o čemž svědčí psychologická vyšetření provedená v září 2009, lednu 2010 a vyšetření psychiatrem 23. 10. 2009. Od tohoto data je možno hodnotit charakter duševní poruchy z pohledu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, neboť při určování poklesu výdělečné schopnosti je nutno vycházet z objektivně doloženého zdravotního stavu včetně funkčního vyšetření; určení dřívějšího data vzniku invalidity by bylo ryze spekulativní.

[8] Uvedená posudková komise podotkla, že vývoj psychické poruchy byl pozvolný, určit ji za rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, stanovit její závažnost a míru poklesu schopnosti výdělečné činnosti podle objektivních údajů nebylo dříve možné. Na posudkové hodnocení nemá vliv kolísavý průběh fibromyalgie, neboť ani rozvinutý syndrom fibromyalgie by nezakládal invaliditu. Výsledek posouzení je shodný se závěrem Okresní správy sociálního zabezpečení Zlín a žalované, včetně stanovení data vzniku invalidity. Přes překrývající se psychické symptomy komise dospěla k závěru, že u žalobkyně dominuje porucha osobnosti, proto odlišně hodnotila rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

[9] Krajský soud v Brně rozsudkem ze dne 13. 3. 2012, č. j. 34 Ad 27/2011 - 78, žalobu zamítl a rozhodl, že žalované se nepřiznává náhrada nákladů řízení. V odůvodnění tohoto rozsudku poukázal na výše citované závěry posudků, podle nichž žalovaná správně stanovila datum vzniku invalidity na den 23. 10. 2009. Žalobkyně proti tomuto rozsudku podala kasační stížnost, o níž rozhodl Nejvyšší správní soud rozsudkem ze dne 29. 8. 2012, č. j. 4 Ads 69/2012 - 19 (dále též „předcházející zrušující rozsudek Nejvyššího správního soudu“), tak, že rozsudek krajského soudu zrušil a věc mu vrátil k dalšímu řízení. K důvodům takového postupu v odůvodnění zrušujícího rozsudku uvedl: *„Nejvyšší správní soud především nesouhlasí s tím, jak bylo zdůvodněno stanovení data vzniku plné invalidity. Ze žádného právního předpisu totiž nevyplývá, že by posudkové orgány mohly při určování data vzniku invalidity vycházet pouze z lékařských zpráv a nálezů zpracovaných odbornými lékaři - specialisty na danou problematiku. Naopak, ustanovení § 3 odst. 4 vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 Sb., ve znění účinném do 31. 12. 2011, a ustanovení § 16b odst. 4 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění účinném od 1. 1. 2012, umožňují k jednání posudkové komise se souhlasem posuzované fyzické osoby přizvat na její žádost jiné fyzické osoby, lze-li od nich očekávat, že přispějí k objasnění závažných okolností důležitých pro posudkový závěr. Jinými slovy, pokud může být podkladem pro závěr posudkové komise i výpověď „jiné fyzické osoby“, tím spíše může posudková komise vzít za základ pro své posudkové závěry lékařské zprávy praktických lékařů nebo vyjádření lékaře k otázce, která nespadá do jeho odbornosti. V projednávané věci tedy posudkové komise nebyly*

pokračování

oprávněny rezignovat na řádné posouzení zdravotního stavu stěžovatelky s odvoláním na neexistenci lékařských zpráv z oblasti psychologie a psychiatrie za období před 23. 10. 2009. Nejvyšší správní soud zastává názor, že je povinností posudkové komise náležitě zjistit a zhodnotit zdravotní stav posuzované osoby s využitím všech dostupných prostředků, které mohou k dosažení tohoto cíle sloužit. Nedostatek odborných lékařských zpráv tak nemůže být přičítán stěžovateli k tíži, a to tím spíše, že v jejím případě jde o psychické onemocnění, které může ovlivňovat i její úsudek o nutnosti návštěvy lékaře. Ve shodě se stěžovatelkou se Nejvyšší správní soud domnívá, že ve zdravotní dokumentaci existují lékařské zprávy, na základě kterých mohou posudkové komise s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu a zprávám psychologa a psychiatra stanovit předpokládaný průběh psychického onemocnění stěžovatelky a lépe určit datum vzniku invalidity. Vzhledem k tomu, že členové posudkových komisí jsou odborníky na posuzování zdravotního stavu, Nejvyšší správní soud odmítá úvahu o tom, že tento způsob určení data vzniku invalidity by byl ryze spekulativní. Stanovení data vzniku invalidity dnem odborného lékařského vyšetření není obecně vyloučeno, obzvlášť pokud posuzovaná osoba navštěvuje příslušného odborného lékaře pravidelně a dostatečně často, aby bylo možno z lékařských zpráv vyčíst, kdy se zdravotní stav natolik zhoršil, že byly naplněny podmínky invalidity. To však není případ stěžovatelky, kde bylo datum vzniku invalidity určeno dnem prvního vyšetření psychiatrem, který diagnostikoval těžkou exhaustivní depresivní poruchu s výraznou somatizací. Bez ohledu na nedostatek medicínských znalostí je Nejvyššímu správnímu soudu zcela zřejmé, že tato porucha se u stěžovatelky neobjevila dne 23. 10. 2009, kdy byla diagnostikována. Jen stěží se lze proto spokojit s tím, že na tento den bylo stanoveno datum vzniku invalidity. Podobnou situaci se Nejvyšší správní soud zabýval také ve svém rozsudku ze dne 19. 8. 2004, č. j. 3 Ads 6/2004 - 47, kde rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu byla hebefrenní schizofrenie. V tomto rozsudku Nejvyšší správní soud uvedl, že „[d]atum vzniku plné invalidity bylo stanoveno pouze s ohledem na diagnostikování choroby při hospitalizaci stěžovatele na den 15. 10. 2001. Přestože posudková komise sama uvádí, že se v případě stěžovatele jedná o dlouholetý plíživý rozvoj nemoci od doby adolescence, krajský soud si od posudkové komise nevyžádal doplnění posudku ohledně plíživého charakteru onemocnění stěžovatele v souvislosti se vznikem invalidity. Nejvyšší správní soud má za to, že vzhledem k plíživému charakteru onemocnění stěžovatele nelze vyloučit, že jeho nepříznivý zdravotní stav vznikl již před uvedenou dobou psychologického vyšetření, neboť stěžovatelem udávané zdravotní obtíže v předchozích letech korespondují s jeho námitkami, že z důvodu nemoci nemohl najít vhodné zaměstnání, resp. je soustavně vykonávat. Uvedené pochybnosti ohledně doby vzniku stěžovatelova nepříznivého zdravotního stavu je třeba spolehlivě odstranit tím, že si krajský soud vyžádá doplnění posudku posudkové komise ohledně data vzniku invalidity zejména s ohledem na to, že datum diagnostikování nemoci resp. hospitalizace související se zdravotními obtížemi touto nemocí vyvolanými, je skutečností nahodilou.“ U stěžovatelky byla rovněž diagnostikována psychická porucha a existují významné indicie, že stěžovatelka tímto onemocněním trpěla i v období, které předcházelo vyšetření konanému dne 23. 10. 2009. Mezi tyto indicie patří žádanka o psychologické vyšetření ze dne 18. 12. 2007, ve které MUDr. A. P. uvádí „známky těžké deprese“, dále lékařská zpráva ze dne 27. 4. 2007, podle níž MUDr. J. D. nabídl stěžovateli konzultaci u psychiatrického specialisty, lékařská zpráva ze dne 23. 6. 2009, ve které MUDr. P. K. zmiňuje „anxios.-depresiv. sy. při psychosociálním stresu“, a další. Nejvyšší správní soud dále shledal, že posudky obsahují poměrně významný rozpor, pokud na jedné straně tvrdí, že stěžovatelka nebyla v době od roku 2004 do 22. 10. 2009 plně, ani částečně invalidní, a současně uvádějí, že psychická porucha se u stěžovatelky vyvíjela pozvolna. Logický význam slova „pozvolna“ vylučuje, aby zjištěné

psychické onemocnění společně s dalšími zdravotními postiženími stěžovatelky způsobovalo do 22. 10. 2009 pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti nižší než 33 % a od 23. 10. 2009 již 70 %. Naopak, pozvolný vývoj jednoznačně vyvolává úvahu o tom, že závažnost psychické poruchy postupně narůstala a spolu s tím se zvyšovala i míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Stěžovatelka tedy nejprve musela (mohla) k určitému datu splnit podmínky částečné invalidity (míra poklesu více než 33 % a méně než 66 %), a teprve poté s jistým časovým odstupem mohlo psychické onemocnění stěžovatelky dosáhnout takové intenzity, že míra poklesu překročila hranici 66 % a stěžovatelka se stala plně invalidní. V neposlední řadě Nejvyšší správní soud připomíná, že posudkové komise označily zdravotní stav stěžovatelky v době od roku 2004 do 22. 10. 2009 za dlouhodobě nepříznivý, aniž ovšem určily, které zdravotní postižení bylo v kterém okamžiku rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Z obsahu posudkové dokumentace i z posudků samotných je zřejmé, že stěžovatelka v daném období trpěla celou řadou onemocnění, nicméně pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti nedosahoval podle názoru posudkových komisí limitu pro částečnou invaliditu. S tímto závěrem posudkových komisí příliš nekoresponduje skutečnost, že u psychické poruchy stěžovatelky posudkové komise konstatovaly pozvolný vývoj a např. zpráva MUDr. E. D. ze dne 11. 10. 2007 obsahuje závěr o velmi výrazně rozvinutém syndromu fibromyalgie s tím, že stěžovatelka „není schopna zastávat základní fyziologické fce, není schopna v současném stavu vykonávat soustavně pracovní činnost“... Nejvyšší správní soud zdůrazňuje, že základním předpokladem pro správné stanovení míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti je určení příčiny nebo rozhodující příčiny dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Pokud to posudkové komise ve vztahu k období před 23. 10. 2009 neučinily, nemohly správně zhodnotit, podle které položky přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb. má být stanovena míra poklesu a zda s ohledem na ostatní onemocnění není dán důvod pro aplikaci ustanovení § 6 odst. 4 téže vyhlášky, tudíž nemohly objektivně posoudit, zda stěžovatelka byla či nebyla plně nebo částečně invalidní. Rozhodující příčina dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu se ostatně v průběhu období od roku 2004 do data vzniku plné invalidity mohla měnit, např. s postupně narůstající závažností psychického onemocnění stěžovatelky. Z uvedeného hlediska jsou všechny posudky, které si krajský soud opatřil, neúplné. Na okraj Nejvyšší správní soud poukazuje na to, že posudková komise v Českých Budějovicích popsala rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu v době od 23. 10. 2009 jinak než posudková komise v Brně a odlišně ji též klasifikovala podle vyhlášky č. 284/1995 Sb., resp. vyhlášky č. 359/2009 Sb., aniž ovšem pro soud dostatečně srozumitelně vysvětlila, proč se od předchozích hodnocení odchylovala.

[10] Nejvyšší správní soud zavázal krajský soud k tomu, aby si „vyžádal od obou posudkových komisí doplňující posudky, ve kterých posudkové komise stanoví datum vzniku plné invalidity stěžovatelky s přihlédnutím ke všem dostupným relevantním dokumentům a s ohledem na předpokládaný vývoj onemocnění stěžovatelky, který samy označily za pozvolný. Současně posudkové komise určí rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu v době před vznikem plné invalidity, tuto příčinu podřadí pod příslušnou položku přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb., stanoví míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti stěžovatelky v uvedeném období a případně i datum vzniku částečné invalidity stěžovatelky. Pokud dospějí posudkové komise k závěru, že zdravotní stav stěžovatelky byl dlouhodobě nepříznivý i před případným datem vzniku částečné invalidity, určí rovněž rozhodující příčinu pro toto období, a to včetně její klasifikace podle přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb. Posudkové komise dále vysvětlí rozdíl ve stanovení rozhodující příčiny dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu stěžovatelky v období od 23. 10. 2009 a jejím podřazení pod

pokračování

příslušnou položku zmíněné vyhlášky. Výsledné doplňující posudky společně s posudky původními poté krajský soud zhodnotí z hlediska jejich úplnosti, srozumitelnosti a přesvědčivosti a podle svého uvážení zvolí další postup.“

[11] Krajský soud v Brně si vyžádal doplnění posudku od posudkové komise v Brně, která vypracovala posudek dne 19. 12. 2012, č. j. 2012/2930-BR, za účasti v komisi přítomného odborného psychiatra. V posudku popsala vývoj zdravotního stavu posuzované od května 2001, kdy utrpěla úraz pravého kolenního kloubu a konstatovala, že k datu 13. 11. 2003 šlo o artrózu pravého kolenního kloubu lehkého stupně. Dále byla posuzovaná opakovaně vyšetřována pro podezření na chorobu pojivové tkáně, pro bolesti a únavový syndrom. Porucha imunity nebyla prokázána, byla léčena pro subklinickou hypothyreozu při autoimunitním zánětu štítné žlázy, opakovaně hospitalizována na revmatologii v Praze, kde nebylo prokázáno systémové ani zánětlivé onemocnění kloubů. V roce 2004 byla v péči praktického lékaře pro nachlazení, jedenkrát pro bolesti krční páteře, předepisovány léky z endokrinologické indikace, v roce 2005 nemá záznam v dokumentaci praktického lékaře, v roce 2006 hospitalizována na interně pro kašel, léčen infekcí dýchacích cest. Od března 2005 do 2006 podstupovala rehabilitační léčbu, v roce 2006 hospitalizována pro kašel a zánět dutin, v roce 2006 až 2007 léčena v ambulanci léčby bolesti, zjištěná stopová proteinurie se stopovou erytrocyurií. Revmatologickou byl stav uzavřen jako syndrom fibromyalgie. Stav kolenou byl ortopedem hodnocen jako chondropatie česek s obrazem bolestivého femoropatelního syndromu, zejména vpravo. V roce 2008 se posuzovaná léčila pro zažívací potíže s teplotami za hospitalizace, pro akutní zánět močových cest a byla vyšetřována na revmatologii, v roce 2009 opět v péči revmatologického ústavu v Praze a v ambulanci léčby bolesti. Na psychiatrii poprvé vyšetřena dne 23. 10. 2009 se závěrem, že jde o těžkou exhaustivní depresivní poruchu s výraznou somatizací u disponované osobnosti. K datu vydání napadeného rozhodnutí 3. 1. 2011 posudková komise zhodnotila dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav tak, že do 31. 12. 2009 odpovídal kap. V, položce 5, písm. c) přílohy č. 2 k vyhl. č. 284/1995 Sb., a celková míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti činila 70%. Po 1. 1. 2010 odpovídal kap. V, položce 7, písm. c) přílohy k vyhl. č. 359/2009 Sb., a pokles pracovní schopnosti činil 70%, v němž jsou zohledněna i ostatní zdravotní postižení. Datum vzniku plné invalidity volila posudková komise podle psychiatrického nálezu MUDr. Z. ze dne 23. 10. 2009, kterým byl dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav zhodnocen jako těžká duševní porucha při tělesných obtížích. Pro dřívější vznik plné invalidity neshledala posudková komise listinných důkazů, protože stanovit diagnózu duševního onemocnění je kompetentní pouze odborník z oboru psychiatrie. Zdravotní stav se vyvíjel a duševní stav posuzované měnil, z dokumentace je ale zřejmé, že na rozdíl od duševních onemocnění spojených s poruchami vnímání a myšlení, kdy nemocný pomoc nejen nevyhledává, ale i odmítá a je pak obtížné stanovit datum vzniku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, posuzovaná naopak lékařskou péčí vyhledávala s přiměřenou až zvýšenou četností, byla vyšetřována v místě bydliště, ale i ve vysoce specializovaných vzdálených zdravotnických zařízeních a je více než jisté, že pokud by na těchto pracovištích bylo vysloveno podezření na těžkou duševní poruchu, byla by jistě odeslána do odborné péče. Bolest a její léčení, stejně jako chronickou únavu nelze samostatně posudkově hodnotit bez korelátu v objektivizovaném zdravotním stavu, když veškerá vyšetření vedená snahou objektivizovat funkční poruchu orgánu nebo systému vyzněla negativně. Pokud není objektivizována a definována funkční porucha a její tíže, nelze posudkově stanovit míru

poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti z ní vyplývající a to ani srovnáním, protože i při srovnání postižení se stanoví míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti podle převažujícího funkčního postižení napadeného orgánu nebo systému. Rozhodující příčinou před vznikem plné invalidity byla podle komise somatoformní porucha maximálně středně těžkého stupně, tedy porucha z okruhu neurotických. Fibromyalgie a únavový syndrom nebylo možno samostatně posudkově hodnotit, protože nebyly prokázány morfologické orgánové nebo systémové změny, jejichž postižení by objektivizovatelně snižovalo celkovou výkonnost organismu a způsobovalo pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Pro doplnění posudková komise uvedla, že podle právní úpravy platné od 1. 1. 2010 se fibromyalgie hodnotí při splnění všech kritérií maximálně 25% poklesem pracovní schopnosti, tedy ani prvním stupněm invalidity. Před vznikem plné invalidity komise zhodnotila pokles soustavné výdělečné činnosti podle kap. V, položky 4 (kam jsou zařazeny neurotické, stresové a somatomoformní poruchy úzkostné a fobické poruchy, obsedantně kompulsivní poruchy, reakce na stres), písm. b) přílohy č. 2 k vyhl. č. 284/1995 Sb., 20%, tedy na horní hranici rozmezí pro výrazné subjektivní obtíže bez organického korelátu a hodnocení nezvýšila vzhledem ke kvalifikačnímu potenciálu a předchozí vykonávané výdělečné činnosti. Před vznikem plné invalidity se nejednalo o částečnou invaliditu a to ani po odůznání plné invalidity, tj. po 19. 12. 2003. Tehdy byl rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu stav po úrazu pravého kolenního kloubu hodnotitelný podle kap. XV, oddíl H, položka 54a uvedené přílohy – 10%, pro další zdravotní postižení by komise zvýšila hodnocení o 10% na celkových 20%. Komise konstatovala, že uznání plné invalidity po artroskopické parciální menisektomii kolenního kloubu bylo významné posudkové nadhodnocení, když platná právní úprava umožňovala i opakované prodloužení podpůrní doby k doléčení až o 12 měsíců bez nutnosti invalidizace. Posudková komise neshledala rozpor ve způsobu hodnocení jednotlivých posudkových lékařů OSSZ, ČSSZ i obou posudkových komisí, neboť se všichni shodují v tom, že příčinou invalidity jsou psychické potíže a výsledné hodnocení poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti je ve všech posudcích v procentní míře i stupni invalidity shodné. Odchylna spočívající v tom, že je stav hodnocen a podřazen jednou jako neurotická - somatoformní porucha, depresivní porucha, podruhé jako porucha osobnosti, vyplývá z toho, že symptomatologie těchto poruch se u posuzované v různé míře a v průběhu času vyskytovala a navzájem se přítomnost těchto symptomů nevylučovala. Komise uvedla, že u duševních onemocnění jsou obecně projevy onemocnění často proměnlivé a jednoznačné diagnostické shrnutí je komplikované. Z psychiatrických vyšetření vyplývá, že u posuzované v minulosti převažovaly projevy neurotické poruchy se somatizací. Postupně došlo při citlivé osobnostní struktuře k rozvoji emoční rozlady až depresivní symptomatologii a s přispěním zhoršující se sociální situace se rozvinula emočně nestabilní porucha osobnosti až těžkého stupně. Komise setrvala na datu vzniku plné invalidity posuzované k datu 23. 10. 2009.

[12] Krajský soud v Brně si dále vyžádal doplnění posudku od posudkové komise v Českých Budějovicích, která vypracovala posudek ze dne 1. 2. 2013, č. j. 2013/33-CB. Vycházela z podkladů, které měla k dispozici při vypracování srovnávacího posudku ze dne 14. 2. 2012, seznámila se s podstatným obsahem rozsudku Nejvyššího správního soudu, z výsledku vyšetření v komisi 14. 2. 2012 provedeného odborným psychiatrem a odbornou internistkou a uvedla, že do 31. 12. 2009 šlo u stěžovatelky o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, jehož rozhodující příčinou bylo těžké narušení osobnosti,

pokračování

osobnost astenická, emočně nestabilní, s výrazným snížením celkové výkonnosti organismu a sníženou sociální adaptabilitou. Porucha se rozvinula sekundárně na základě mnohočetných a opakujících se somatických potíží, v zátěži docházelo k dekompenzacím anxiózně depresivním až hluboce depresivním, proto komise volila horní hranici rozmezí a využila možnosti navýšení. Od 1. 1. 2010 dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav odpovídal postižení uvedenému v kap. V, položka 7, písm. c) přílohy k vyhl. č. 359/2009 Sb., a pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti činil celkem 70%. Komise se zabývala vývojem zdravotního stavu v období od roku 2002 a prostudovala k tomu veškerou spisovou dokumentaci včetně početných odborných nálezů z let 2006 až 2010, zabývala se podrobně i kompletní zdravotní dokumentací praktického lékaře a dokumentací ošetřujícího psychiatra. Uvedla, že se nedomnívá, že k další objektivizaci zdravotního stavu za účelem stanovení data vzniku invalidity by mohl přispět praktický lékař, jiný lékař či jiná fyzická osoba, kteří by byli schopni popsat různé symptomy duševní poruchy – depresi, anxiету apod., které však nejsou natolik charakteristické, aby z nich bylo možno určit charakter a tíži duševního postižení, konstatovat dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, dopad na výkon výdělečné činnosti a určit míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Charakter duševní poruchy u posuzované není takového druhu, aby nebyla schopna svůj zdravotní stav a závažnost psychického stavu zhodnotit a podrobit se již dříve doporučenému psychiatrickému vyšetření a léčbě. Pokud psychiatra nenavštívila, nepovažovala psychické poruchy za závažné. Nejde u ní totiž o psychické onemocnění, při kterém chybí náhled nemoci, či je odmítáno vyšetření a veškerá léčba. Jen v případě psychotických onemocnění (různé formy schizofrenie) jsou příznaky natolik specifické, že sdělení rodiny, zaměstnavatele, školy a jiných může být přínosné. Pro posouzení invalidity je nutno nejprve konstatovat přítomnost dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který má trvat déle jak rok, přičemž se vychází ze zdravotního stavu, který je doložen výsledky funkčních vyšetření a bere se v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující schopnost výdělečné činnosti. Předpokládá se tedy, že nejprve bude objektivně stanovena diagnóza, využije se všech léčebných a rehabilitačních možností a teprve při jejich neúspěchu lze konstatovat dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, určit rozhodující příčinu a míru poklesu podle přílohy č. 2 k vyhl. č. 284/1995 Sb. Z dokumentace vyplývá, že žalobkyně byla opakovaně hospitalizována v Revmatologickém ústavu v Praze v roce 2000 a 2002, ale nebylo prokázáno systémové onemocnění pojiva ani zánětlivé kloubní onemocnění. Psychické problémy uvedeny nebyly. Při KLP 19. 12. 2003 byla „invalidita oduznána“ tímto dnem s tím, že trval dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, ale pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti pro středně závažnou poruchu funkce pravého kolena po provedené menisektomii činil 30%. Celkové onemocnění nebylo diagnosticky uzavřeno, vyšetření v Revmatologickém ústavu bylo bez známek systémového onemocnění, takže nebylo možno konstatovat případný zánik dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Ten trval i po odnětí plného invalidního důchodu, jelikož podle zprávy praktického lékaře ze dne 30. 4. 2009 trpí stěžovatelka gonartrózou I. – II. st., omezení hybnosti pravého kolena je popisováno i při vyšetření v posudkové komisi v Českých Budějovicích ze dne 14. 2. 2012 a jeho rozhodující příčinou bylo zdravotní postižení uvedené v kap. XV, oddíl A, položka 1, písm. a) přílohy č. 2 k vyhl. č. 284/1995 Sb., v platném znění. Pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti by činil 10%. Pokud se týká fibromyalgie, tu lze diagnostikovat až po splnění diagnostických kritérií, jinak tyto potíže nelze ze fibromyalgii považovat. Ze zprávy ze dne 11. 10. 2007 MUDr. D. vyplývá sice závěr výrazně rozvinutého syndromu, ale chybí objektivní klasifikace pro toto

postižení. Komise se opírá o vyšetření na vysoce specializovaném pracovišti Revmatologického ústavu v Praze Na Slupi ze dne 21. 5. 2009, podle něhož není zánětlivé revmatologické onemocnění prokázáno, dne 25. 6. 2009 je nález na fibromyalgické body hraniční a dne 11. 6. 2010 jsou diagnostická kritéria pro fibromyalgii splněna. Od tohoto data lze konstatovat dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, jehož rozhodující příčinou je fibromyalgie, zdravotní postižení srovnatelné s postižením uvedeným v kap. XV, oddíl D, položce 1, písm. b) přílohy č. 2 k vyhl. č. 284/1995 Sb., a pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti u ženy úřednické profese by činil 25%. Posudková kritéria platná do 31. 12. 2009 neobsahují položku pro fibromyalgie, proto bylo posuzováno srovnatelně jako onemocnění měkké tkáně. V posudkových kritériích platných od 1. 1. 2010 má fibromyalgie již svou vlastní položku v kap. XIII, oddíl C, položka 3b, odpovídající poklesu pracovní schopnosti u ženy úřednické profese ve výši 15%. Do obrazu fibromyalgického syndromu náleží i údaj o chronické bolesti a únavě. Další uváděná onemocnění nemají povahu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ovlivňujícího trvale schopnost výdělečné činnosti.

[13] Posuzovaná dříve netrpěla duševními poruchami, až v návaznosti na časté i vleklé somatické potíže a s tím související problémy sociální, dochází k poruchám psychického rázu, které zpětně ovlivňují i symptomatiku somatickou, proto jí byla nabídnuta v roce 2007 konzultace u psychiatra. Duševní stav však nepovažovala za natolik závažný, aby psychiatrickou péči vyhledala. Objevuje se symptomatika depresivní, anxiózně depresivní, psychická labilita, únavnost, což jsou příznaky, které mohou spadat do obrazu nejrozličnějších duševních poruch s nejrozličnějším stupněm závažnosti, může jít o poruchy nálady, neurotické, poruchy vyvolané stresem a psychosomatické poruchy, psychotické i poruchy osobnosti. Pokud různí odborníci mimo psychiatrii uvažují o anxiózně depresivním syndromu, somatoformní bolestivé poruše, generalizované úzkostné poruše, těžké depresivní fázi, nelze z toho ještě dovodit, že jde o poruchy povahy dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, zejména když jde o poruchy léčebně ovlivnitelné. Závažnost duševního stavu přivedla posuzovanou k psychiatrovi na doporučení FN v Motole až 23. 10. 2009. Posudková komise zdůraznila, že při určování poklesu schopnosti výdělečné činnosti je nutno vycházet z objektivně doloženého zdravotního stavu, včetně funkčního vyšetření, za které je v případě duševních poruch považováno vyšetření psychiatrické, psychologické, případně psychiatrická hospitalizace. Bez toho nelze určit rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, její míru a trvalý dopad na pokles výdělečné činnosti. Z údajů o depresi, úzkosti apod. nelze určit charakter postižení ani dopad na výdělečnou schopnost, když dopad poruch neurotických, afektivních či poruch osobnosti je značně rozlišný. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav s trvalým dopadem na schopnost výdělečné činnosti a závažnost dopadu lze odvodit až od vyšetření psychiatrem 23. 10. 2009, kterému předcházelo vyšetření psychologem dne 30. 9. 2009. Údaje získané od jiných fyzických osob, údaje o symptomech v předchozím období jsou při tomto charakteru tohoto duševního postižení posudkově nepřínosné. Do 22. 10. 2012 (chyba v psaní, má být 2009) nelze u stěžovatelky konstatovat dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav z důvodu duševního onemocnění. Při jednání na OSSZ dne 7. 3. 2010 byla posuzovaná uznána plně invalidní pro těžkou afektivní poruchu se stanovením míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti 70%, v námitkovém řízení při jednání dne 9. 12. 2010 byla uznána plně invalidní od stejného data 23. 10. 2009 rovněž pro postižení duševní, ale stav se považuje za zvlášť těžkou neurózu při stanovení míry poklesu

pokračování

schopnosti soustavné výdělečné činnosti ve stejné výši 70%. Symptomatika duševních poruch, afektivních a neurotických se natolik prolíná a hloubka kolísá, že i odborník při dlouhodobém sledování určí jednou poruchu afektivní, jindy poruchu neurotickou. Psychiatr dne 23. 10. 2009 uvádí, že posuzovaná nebyla psychiatricky vyšetřována ani léčena, užívání antidepresiva byla ordinována jinými lékaři a po provedeném vyšetření a rozboru zhodnotil stav jako těžkou exhaustivní depresivní poruchu s výraznou somatizací u disponované osobnosti neschopnou soustavné výdělečné činnosti. Doporučil psychiatrickou hospitalizaci, kterou opakovaně odmítl. Posudková komise v předchozím posudku dne 14. 2. 2012 došla k závěru, že rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je osobnostní porucha postupně nasedající na chronické obtíže somatického charakteru, že jde o osobnost již premorbidně citlivou, vnímavou a v průběhu chronických potíží a vlivem zhoršující se sociální situace se plně rozvinula astenická, emočně nestabilní porucha osobnosti tč. již těžkého stupně a v zátěžích dochází k dekompenzací až do těžkých depresí. Anxiózně depresivní a depresivní symptomatika je tedy projevem dekompenzací narušené osobnosti. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav lze konstatovat až od data, kdy byl objektivně doložen zjevný dopad zdravotního stavu na pokles výdělečné schopnosti, tj. od 23. 10. 2009. Předchozí údaje jsou pro tyto úvahy nedostatečné. V období před 23. 10. 2009 nešlo ani o částečnou invaliditu, neboť údaje v podkladové dokumentaci, zdravotní dokumentaci, psychiatrické dokumentaci ohledně duševních symptomů nejsou takového rázu, aby opravňovaly toto konstatování a vzhledem k charakteru postižení by nepřispěly ani výpovědi jiných fyzických osob. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav způsobený artrotizací pravého kolena odpovídal kap. XV, oddíl A, položce 1, písm. a) přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb. a poklesu schopnosti výdělečné činnosti 10% a dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav zapříčiněný fibromyalgií konstatovaný od 11. 6. 2010 odpovídal kap. XV, oddíl D, položka 1, písm. b) přílohy č. 2 k vyhl. č. 284/1995 Sb., a odpovídal 25% poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Posudková komise považuje za výstižnější podřadit zdravotní stav posuzované pod položku týkající se poruch osobnosti, neboť měnlivé průvodní projevy úzkostné a depresivní jsou projevy dekompenzací při poruše osobnosti, astenické emočně nestabilní, již těžkého stupně. Tomu přispívá i konstatování psychologa ze září 2009, že jde o syndrom osobnosti pacienta s fibromyalgickým syndromem. Posuzovaná byla k 3. 1. 2011 plně invalidní od 23. 10. 2009, od 1. 1. 2010 byla invalidní pro invaliditu třetího stupně při poklesu pracovní schopnosti o 70%. Od roku 2004 do 22. 10. 2009 nebyla plně ani částečně invalidní podle § 39 odst. 1 zák. č. 155/1995 Sb., v tehdy platném znění.

[14] Krajský soud v Brně rozsudkem ze dne 16. 4. 2013, č. j. 34 Ad 27/2011 – 142, žalobu jako nedůvodnou zamítnul. V odůvodnění odkázal na obsah doplňujících posudků posudkové komise v Brně a posudkové komise v Českých Budějovicích, které považoval za úplné a přesvědčivé, přičemž dospěl k závěru, že vyhověly požadavkům Nejvyššího správního soudu obsažených v předchozím zrušujícím rozsudku. Obě posudkové komise popsaly vývoj zdravotního stavu žalobkyně od roku 2000 na základě příslušné zdravotní dokumentace. Den vzniku plné invalidity obě posudkové komise rovněž řádně odůvodnily, přičemž zejm. posudková komise v Českých Budějovicích přesvědčivě vysvětlila, proč nelze plnou invaliditu stanovit před 23. 10. 2009 pouze na základě lékařských nálezů jiných odborníků, kteří ve svých zprávách uvažovali o anxiózně depresivním syndromu, somatoformní bolestivé poruše, generalizované úzkostné poruše, těžké depresivní fázi apod., protože v případě duševních poruch je nutno vycházet

z objektivně doloženého zdravotního stavu, včetně funkčního vyšetření, kterým je při duševních poruchách vyšetření psychiatrické, psychologické, případně psychiatrická hospitalizace. Takovýmto vyšetřením bylo v posuzovaném případě vyšetření psychiatrem dne 23. 10. 2009. Za rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého stavu byla stanovena samotofomní porucha z okruhu neurotických poruch, když fibromyalgii nebylo možno samostatně posudkově hodnotit pro absenci morfologických orgánových nebo systémových změn, které by snižovaly celkovou výkonnost organismu s tím, že o fibromyalgii se jedná až od roku 2010, tj. po vzniku plné invalidity. Po 19. 12. 2003, kdy byla žalobkyni oduznána plná invalidita, se jednalo o dlouhodobě nepříznivý stav, který ovšem ani podle jednoho posudku nedosahoval takového charakteru, aby byla přiznána být jen částečná invalidita; a to až do doby, kdy byla stěžovatelka uznána plná invalidita na základě vyšetření u psychiatra dne 23. 10. 2009.

[15] Proti tomuto rozsudku Krajského soudu v Brně ze dne 16. 4. 2013, č. j. 34 Ad 27/2011 - 142, podala žalobkyně (dále jen „stěžovatelka“) kasační stížnost ze dne 28. 5. 2013. V doplnění kasační stížnosti ze dne 2. 7. 2013 uvedla, že napadá rozsudek z důvodů uvedených v § 103 odst. 1 písm. b) a d) zákona č. 150/2002 Sb., soudní řád správní, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „s. ř. s.“). Stěžovatelka tvrdila, že doplňující posudky nesplňují kritéria úplnosti, srozumitelnosti, objektivnosti a přesvědčivosti, a to s ohledem na předcházející zrušující rozsudek Nejvyššího správního soudu, přičemž ani krajský soud řádně nereagoval na výtky stěžovatelky k těmto posudkům. Skutečnost, že stěžovatelka nepodstoupila dříve hospitalizaci v psychiatrické léčebně, ji nemůže znevýhodňovat při posuzování jejího nároku na invalidní důchod. Zjištění onemocnění lékařem nemůže být ztotožněno s datem vzniku invalidity, jak činí posudkové komise. Posudkové komise se podle stěžovatelky nesprávně odmítly zabývat jinými zprávami než od psychiatrů a psychologů, které popisují řadu obtíží, kterými stěžovatelka trpěla. Posudkoví lékaři nevysvětlili, proč nemoc stěžovatelky, která byla podle nich pozvolná, propukla teprve dne 23. 10. 2009, zatímco před tímto datem stav stěžovatelky neodpovídal ani částečné invaliditě. Ze skutečnosti, že v minulosti nevyhledala psychiatra, nelze ničeho dovozovat. Posudkové komise rovněž nedostatečně přihlédly ke zbývajícím onemocněním, kterými trpěla v období let 2004 – 2009. Stěžovatelka obsáhle citovala z předcházejícího zrušujícího rozsudku Nejvyššího správního soudu a dovozovala, že posudkové komise se odmítly řídit jeho závazným právním názorem.

[16] Žalovaná se ke kasační stížnosti vyjádřila podáním ze dne 15. 7. 2013 tak, že souhlasí s napadeným rozsudkem krajského soudu.

II.

Posouzení kasační stížnosti

[17] Stěžovatelka je osobou oprávněnou k podání kasační stížnosti, neboť byla účastníkem řízení, z něhož napadený rozsudek Krajského soudu v Brně vzešel (ustanovení § 102 s. ř. s.), kasační stížnost je včasná (ustanovení § 106 odst. 2 s. ř. s.) a přípustná, neboť nejsou naplněny důvody podle ustanovení § 104 s. ř. s..

pokračování

[18] Nejvyšší správní soud se zabýval otázkou, zda není na místě kasační stížnost odmítnout podle ustanovení § 104 odst. 3 písm. a) s. ř. s., podle něhož *„kasační stížnost je dále nepřijatelná proti rozhodnutí, jímž soud rozhodl znovu poté, kdy jeho původní rozhodnutí bylo zrušeno Nejvyšším správním soudem; to neplatí, je-li jako důvod kasační stížnosti namítáno, že se soud neřídil závazným právním názorem Nejvyššího správního soudu.“* Nejvyšší správní soud v usnesení rozšířeného senátu ze dne 22. 3. 2011, č. j. 1 As 79/2009 – 165 (všechna rozhodnutí Nejvyššího správního soudu jsou dostupná na www.nssoud.cz), ohledně výkladu citovaného ustanovení dospěl k právnímu závěru, že *„opakovaná kasační stížnost, v níž stěžovatel vznesl pouze námitky, které mohl uplatnit již v předešlé kasační stížnosti, je podle § 104 odst. 3 písm. a) s. ř. s. nepřijatelná. Ze zákazu opakované kasační stížnosti platí výjimky pro případy, kdy Nejvyšší správní soud zrušil rozhodnutí soudu pro procesní pochybení, nedostatečně zjištěný skutkový stav, případně nepřezkoumatelnost jeho rozhodnutí. Posouzení toho, které námitky mohl stěžovatel uplatnit již v předešlé kasační stížnosti, závisí na konkrétních okolnostech případu.“* V posuzovaném případě předcházející zrušující rozsudek Nejvyššího správního soudu konstatoval, že krajský soud ve svém prvním rozsudku nedostatečně zjistil skutkový stav, přičemž jej zavázal k jeho doplnění; podle závěrů citovaného usnesení rozšířeného senátu proto opakovaná kasační stížnost nemůže být odmítnuta podle ustanovení § 104 odst. 3 písm. a) s. ř. s.

[19] Nejvyšší správní soud přezkoumal důvodnost kasační stížnosti v souladu s ustanovením § 109 odst. 3 a 4 s. ř. s., v mezích jejího rozsahu a uplatněného důvodu. Neshledal přitom vady podle § 109 odst. 4 s. ř. s., k nimž by musel přihlídnout z úřední povinnosti.

[20] Neúplné a nepřesvědčivé posouzení zdravotního stavu se v řízení o dávkách důchodového pojištění podmíněných dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem považuje podle konstantní judikatury Nejvyššího správního soudu (rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 25. 9. 2003, č. j. 4 Ads 13/2003 – 54, publikovaný pod číslem 511/2005 Sbírky rozhodnutí Nejvyššího správního soudu) za jinou vadu řízení ve smyslu ustanovení § 103 odst. 1 písm. d) s. ř. s. Nejvyšší správní soud proto přezkoumal napadený rozsudek pouze podle ustanovení § 103 odst. 1 písm. d) s. ř. s. (srov. usnesení Nejvyššího správního soudu ze dne 18. 3. 2004, č. j. 1 As 7/2004 – 47), ačkoli se stěžovatelka dovolávala důvodu podle ustanovení § 103 odst. 1 písm. b) s. ř. s. Podle ustanovení § 103 odst. 1 písm. d) s. ř. s. lze kasační stížnost podat z důvodu tvrzené *„nepřezkoumatelnosti spočívající v nesrozumitelnosti nebo nedostatku důvodů rozhodnutí, popřípadě v jiné vadě řízení před soudem, mohla-li mít taková vada za následek nezákonné rozhodnutí o věci samé.“*

[21] Po přezkoumání kasační stížnosti dospěl Nejvyšší správní soud k závěru, že kasační stížnost není důvodná.

[22] Brojí-li stěžovatelka proti závěru krajského soudu, že zdravotní stav odpovídá plnému invalidnímu důchodu až od 23. 10. 2009 (následně invaliditě třetího stupně), Nejvyšší správní soud musí odkázat na svou judikaturu ohledně posuzování zdravotního stavu v případě přezkoumání rozhodnutí týkajícího se invalidního důchodu, podle níž podstatným faktorem určujícím výsledek soudního řízení je posouzení zdravotního stavu učiněné posudkovou komisí, a proto je nutné klást důraz na správnost, přesvědčivost a úplnost posudku vydaného posudkovou komisí (srov. rozsudek Nejvyššího správního

soudu ze dne 25. 9. 2003, č. j. 4 Ads 13/2003 – 54). Ostatně právě z toho důvodu byl Nejvyšším správním soudem zrušen předchozí rozsudek krajského soudu, neboť posudkové závěry předchozích posudků posudkové komise v Brně a v Českých Budějovicích nepokládá za úplné a přesvědčivé. Proto Krajský soud v Brně nepochybil, když si v řízení vyžádal doplňující posudky obou posudkových komisí, a to v souladu se závazným názorem Nejvyššího správního soudu obsaženým v předcházejícím zrušujícím rozsudku.

[23] Nejvyšší správní soud neshledává doplňující posudky posudkových komisí vnitřně rozpornými, případně nesouladnými s posouzením učiněnými posudkovými lékaři žalované v rámci správního řízení. Určité rozdíly v posudkových závěrech jsou v řízení o invalidní důchod pravidlem; toliko z faktu, že posouzení ve správním řízení a řízení soudním jsou v určitých aspektech poněkud odlišná, nelze ničeho dovozovat, zejména pokud se ve svých závěrech o řešené otázce v podstatné míře shodují. Doplnění dokazování v řízení před soudem má sloužit právě k doplnění skutkových zjištění učiněných správním orgánem.

[24] Ze správního spisu Nejvyšší správní soud zjistil, že podle posudku OSSZ Zlín ze dne 17. 3. 2010, rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu stěžovatelky je těžká exhaustivní depresivní porucha s výraznou somatizací podřazená pod kapitolu V, položku 3 písm. c) přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb., a od 1. 1. 2010 pod kapitolu V, položku 5d přílohy k vyhlášce č. 359/2009 Sb.

[25] Podle posudku ČSSZ-Lékařské posudkové služby, pracoviště pro námitkové řízení ze dne 9. 12. 2010, č. j. LPS/2010/667-NR-ZLN_CSSZ, vydaného v řízení o námitkách, se v případě stěžovatelky rovněž jedná o těžkou exhaustivní depresivní poruchu s výraznou somatizací, únavou, přičemž stěžovatelka není schopna pracovního zapojení. Na celkovém poklesu pracovní schopnosti se pravděpodobně podílí i léčené onemocnění štítné žlázy s tím, že revmatické onemocnění nebylo prokázáno. Pokles pracovní schopnosti odpovídá třetímu stupni invalidity. Datum vzniku invalidity bylo určeno dnem psychiatrického vyšetření ze dne 23. 10. 2009, které jako první dokumentovalo závažný psychický stav. V obsáhlé zdravotní dokumentaci sice byly dříve zmínky o depresích, ale nebylo doloženo systematické psychiatrické léčení či nutnost hospitalizace pro depresivní stavy. Zpětné uznání invalidity k dřívějšímu datu nebylo s ohledem na doloženou zdravotní dokumentaci možné, byť posudkový lékař dochází k závěru, že se i v minulosti u stěžovatelky pravděpodobně jednalo o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Z ostatních onemocnění byla dále posudkově významná sekundární fibromyalgie ve sledování, bez udávané progresse nálezů.

[26] Nejvyšší správní soud poukazuje v této souvislosti na ustanovení § 75 odst. 1 s. ř. s., podle kterého soud při přezkoumání rozhodnutí vychází ze skutkového a právního stavu, který tu byl v době rozhodování správního orgánu, tj. ke dni 3. 1. 2011. Nicméně, jelikož předmětem sporu zůstává jen nárok stěžovatelky na plný (event. částečný) invalidní důchod za dobu předcházející datu 1. 1. 2010, je nutno na danou věc aplikovat zákon č. 155/1995 Sb., ve znění platném do 31. 12. 2009, který upravoval zvláště nárok na plný invalidní důchod a částečný invalidní důchod. Vyplývá to z čl. II. zák. č. 306/2008 Sb. (přechodných ustanovení), bodu 1, podle něhož o nárocích na důchody, které vznikly před

pokračování

1. 1. 2010 a o nichž nebylo do tohoto dne pravomocně rozhodnuto, a o přiznání, odnětí nebo změně výše těchto důchodů za dobu před tímto dnem, i když o nich již bylo pravomocně rozhodnuto, se rozhodne podle právních předpisů účinných před tímto dnem.

[27] Podle ustanovení § 39 odst. 2 zákona o důchodovém pojištění ve znění tehdy platném „*při určování poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti pojištěnce se vychází z jeho zdravotního stavu doloženého výsledky funkčních vyšetření a z jeho schopnosti vykonávat práce odpovídající zachovaným tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k výdělečným činnostem, které vykonával předtím, než k takovému poklesu došlo, a k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem; přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující schopnost výdělečné činnosti pojištěnce, zda a jak je pojištěnec na své zdravotní postižení adaptován, a schopnost rekvalifikace pojištěnce na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával.*“

[28] Ohledně posouzení míry poklesu pracovní schopnosti se tedy jedná o otázku odbornou – medicínskou (důchod podmíněný dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem) a rozhodnutí soudu tak závisí především na odborném lékařském posouzení. Správní soud si proto nemůže učinit úsudek o této otázce sám. Podle ustanovení § 4 odst. 2 zákona o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, posuzuje zdravotní stav a pracovní schopnost občanů pro účely přezkumného řízení soudního ve věcech důchodového pojištění Ministerstvo práce a sociálních věcí, které za tímto účelem zřizuje jako své orgány posudkové komise. Posudkové komise jsou oprávněny k posouzení poklesu pracovní schopnosti a zaujetí posudkových závěrů o invaliditě, jejím vzniku, trvání či zániku.

[29] Posudkové řízení je tedy (jak již bylo zdůrazněno v předchozím zrušovacím rozsudku zdejšího soudu) specifickou formou správní činnosti (srov. ustanovení § 16a zákona o organizaci a provádění sociálního zabezpečení), spočívající v posouzení zdravotního stavu občana a některých důsledků z něj vyplývajících pro oblast sociálního zabezpečení a důchodového pojištění. Jde o postup posudkového orgánu, jehož hlavním obsahem je posudková činnost, která předpokládá vedle odborných lékařských znalostí též znalosti z oboru posudkového lékařství. I tyto posudky nicméně hodnotí soud jako každý jiný důkaz podle zásad upravených v ustanovení § 77 odst. 2 s. ř. s. a v případě potřeby může zejména uložit též zpracování posudku soudem ustanoveným znalcem z oboru posudkového lékařství. Posudek, který splňuje požadavek úplnosti, celistvosti a přesvědčivosti a který se vypořádává se všemi rozhodujícími skutečnostmi, bývá zpravidla rozhodujícím důkazem pro posouzení správnosti a zákonnosti přezkoumávaného rozhodnutí. Posudkový závěr by měl být náležitě zdůvodněn, aby byl přesvědčivý i pro soud, který nemá, a ani nemůže mít, odborné lékařské znalosti, na nichž posouzení invalidity závisí především. Nejvyšší správní soud tedy zdůrazňuje, že případné chybějící či nepřesně formulované náležitosti posudku, jež způsobují jeho nepřesvědčivost či neúplnost, nemůže soud s ohledem na výše uvedené nahradit vlastní úvahou, jelikož pro to na rozdíl od posudkové komise nemá potřebné medicínské znalosti (obdobně se Nejvyšší správní soud vyslovil např. ve svém rozsudku ze dne 30. 9. 2009, č. j. 4 Ads 19/2009 - 38).

[30] Požadavek úplnosti a přesvědčivosti kladený na tyto posudky spočívá v tom, aby se komise vypořádala se všemi rozhodujícími skutečnostmi, především s těmi, které posuzovaný namítá, a aby své posudkové závěry náležitě odůvodnila. Z posudku

musí být zřejmé, že zdravotní stav posuzovaného byl komplexně posouzen na základě úplné zdravotnické dokumentace i s přihlédnutím ke všem jím 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 v případě, že příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je více zdravotních potíží (ustanovení § 6 odst. 3 vyhlášky č. 284/1995 Sb., nyní ustanovení § 2 odst. 3 vyhlášky č. 359/2009), přičemž jednotlivé hodnoty procentní míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti (dnes pracovní schopnosti) stanovené pro jednotlivá zdravotní postižení se tu nescítají, ale procentní míra poklesu této schopnosti se stanoví podle tohoto zdravotního postižení se zřetelem k závažnosti vlivu ostatních zdravotních postižení na pokles této schopnosti pojištěnce. Za rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu se považuje takové zdravotní postižení, které má nejvýznamnější dopad na pokles uvedené schopnosti pojištěnce. Procentní míru poklesu tedy komise vyhodnotí podle charakteru zdravotního postižení na základě vyhlášky č. 284/1995 Sb. za období před 1. 1. 2010, nyní podle č. 359/2009 Sb., přičemž zdravotní postižení podřadí podle jeho druhu a intenzity pod příslušnou kapitolu, oddíl a položku přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb. (nyní podle přílohy k vyhlášce č. 359/2009 Sb.), a současně odůvodní stanovenou míru poklesu pracovní schopnosti v rámci zde stanoveného rozpětí.

[31] Nejvyšší správní soud se ztotožňuje se závěrem krajského soudu, že doplňující posudky posudkové komise v Brně a v Českých Budějovicích splňují výše uvedené požadavky na úplnost a přesvědčivost odborného lékařského posudku a že reagují na závěry obsažené v předcházejícím zrušujícím rozsudku Nejvyššího správního soudu; lze z nich tudíž při zjišťování skutkového stavu vycházet. V projednávaném případě posudkové komise zasedající v řádném složení (v obou komisích zasedal odborný psychiatr) jednoznačně vymezily rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu stěžovatelky jako těžkou exhaustivní depresivní poruchu s výraznou somatizací, přičemž ohledně podřazení tohoto onemocnění posudkové komise uvedly příslušné podřazení pod vyhlášku č. 284/1995 Sb., resp. vyhlášku č. 359/2009 Sb. K odchylné klasifikaci rozhodujícího zdravotního postižení stěžovatelky, která byla vytýkána v předchozím zrušovacím rozhodnutí Nejvyššího správního soudu oběma posudkovým komisím, posudková komise v Brně v doplňujícím posudku ze dne 19. 12. 2012 vysvětlila, že před vznikem plné invalidity zhodnotila pokles soustavné výdělečné činnosti podle kapitoly V, položky 4 (kam jsou zařazeny neurotické, stresové a somatoformní poruchy úzkostné, reakce na stres), přičemž odchylka spočívající v tom, že je stav hodnocen a podřazen jednou jako neurotická somatomorfní porucha či depresivní porucha, podruhé jako porucha osobnosti, vyplývá z toho, že symptomatologie těchto poruch se u stěžovatelky v různé míře a v průběhu času vyskytovala a prolínala a navzájem se přítomnost těchto symptomů nevylučovala. Komise uvedla, že u duševních onemocnění jsou obecně projevy často proměnlivé a jednoznačné diagnostické shrnutí je komplikované. Z psychiatrických vyšetření vyplývá, že u stěžovatelky převažovaly v minulosti projevy neurotické poruchy se somatizací, přičemž postupně došlo při citlivé osobnostní struktuře k rozvoji emoční rozlady až depresivní symptomatologii a rozvinula se emočně nestabilní porucha osobnosti až těžkého stupně (s přispěním zhoršující se sociální situace). Obdobně posudková komise v Českých Budějovicích k téže výtce uvedla, že u stěžovatelky se vyvinula osobnostní porucha postupně nasedající na chronické obtíže somatického charakteru u osobnosti již

pokračování

premorbidně citlivé, vnímavé a v průběhu chronických potíží i vlivem zhoršující se sociální situace emočně nestabilní. Později se jednalo poruchu osobnosti těžkého stupně, u níž v zátěžích dochází k dekompenzaci až do těžkých depresí. Podstatné je, že obě komise se shodly v závěru o stanovené míře poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti (dnes pracovní schopnosti) v míře odpovídající od 23. 10. 2009 plné invaliditě (nyní III. stupni invalidity).

[32] Stěžovatelka tyto jednoznačné závěry svou kasační stížností napadá, ale nepřináší argumentaci, která by byla s to posudkové závěry zpochybnit.

[33] Dovolává-li se stěžovatelka toho, že posudkové komise se v doplňujících posudcích neřídily závazným právním názorem obsaženým v předcházejícím zrušujícím rozsudku Nejvyššího správního soudu, je nutno odkázat na výše uvedené ohledně toho, že posouzení zdravotního stavu s ohledem na případné nároky podle zákona o důchodovém pojištění je navýsost věcí odborně – medicínskou, která je plně v kompetenci posudkové komise, resp. znalce z oboru posudkového lékařství (srov. rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 19. 4. 2012, č. j. 4 Ads 50/2012 – 22). Právní závěry obsažené v předcházejícím zrušujícím rozsudku Nejvyššího správního soudu je nutné vnímat v rámci tehdejšího skutkového stavu, kdy posudkové komise nedostatečně vysvětlily datum vzniku invalidity a přezkoumatelným způsobem neposoudily zdravotní stav stěžovatelky před 23. 10. 2009. Tyto otázky, které byly podle Nejvyššího správního soudu nedostatečně posouzeny, však byly dostatečným a přezkoumatelným způsobem zodpovězeny v následujících doplňujících posudcích (viz. vysvětlení závěru o původně odchylné klasifikaci dominantního zdravotního postižení stěžovatelky). Pokud jde o klíčovou otázku, tedy otázku data vzniku stěžovatelčiny invalidity, posudkové komise se shodly v závěru, že jej nelze stanovit dříve než 23. 10. 2009. Na pochybnosti vyslovené Nejvyšším správním soudem posudková komise v Brně v doplňujícím posudku ze dne 19. 12. 2012 uvedla, že pro dřívější vznik plné invalidity neshledala podklad v listinných důkazech, protože stanovit diagnózu duševního onemocnění je kompetentní pouze odborník z oboru psychiatrie. Duševní stav posuzované se v průběhu času nepochybně měnil, z dokumentace je ale zřejmé, že na rozdíl od duševních onemocnění spojených s poruchami vnímání a myšlení (jakým je i onemocnění hebefrenní schizofrenií konstatované u posuzovaného ve věci sp. zn. 3 Ads 6/2004, na níž odkazoval Nejvyšší správní soud v předchozím zrušovacím rozsudku), kdy nemocný pomoc nejen nevyhledává, ale i odmítá, a je pak obtížné stanovit datum vzniku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, stěžovatelka naopak lékařskou péči vyhledávala velmi často, byla vyšetřována svým praktickým lékařem, i ve vysoce specializovaných zdravotnických zařízeních, a je jisté, že pokud by na těchto pracovištích bylo shledáno podezření na těžkou duševní poruchu, byla by odeslána do odborné péče. Pokud není objektivizována a definována funkční porucha, nelze posudkově stanovit míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti, a to ani srovnáním. Posudková komise v Českých Budějovicích v doplňujícím posudku ze dne 1. 2. 2013 k téže otázce uvedla, že posuzovaná dříve netrpěla duševními poruchami, až v návaznosti na časté i vleklé somatické potíže a s tím související problémy sociální, dochází k poruchám psychického rázu, které zpětně ovlivňují i symptomatiku somatickou, proto jí byla nabídnuta v roce 2007 konzultace u psychiatra. Duševní stav však nepovažovala za natolik závažný (přičemž netrpěla poruchami vnímání a myšlení a byla orientována), aby psychiatrickou péči vyhledala. Objevuje se symptomatika

depresivní, anxiózně depresivní, psychická labilita, únavnost, což jsou příznaky, které mohou spadat do obrazu nejrůznějších duševních poruch s nejrůznějším stupněm závažnosti, může jít o poruchy nálady, neurotické, poruchy vyvolané stresem a psychosomatické poruchy, psychotické i poruchy osobnosti. Pokud různí odborníci mimo psychiatrii uvažují o anxiózně depresivním syndromu, somatoformní bolestivé poruše, generalizované úzkostné poruše, nelze z toho ještě dovodit, že jde o poruchy povahy dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, zejména když jde o poruchy léčebně ovlivnitelné. Závažnost duševního stavu přivedla posuzovanou k psychiatrovi na doporučení FN v Motole až 23. 10. 2009. Posudková komise zdůraznila, že při určování poklesu schopnosti výdělečné činnosti je nutno vycházet z objektivně doloženého zdravotního stavu, včetně funkčního vyšetření, za které je v případě duševních poruch považováno vyšetření psychiatrické, psychologické, případně psychiatrická hospitalizace. Bez toho nelze určit rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, její míru a trvalý dopad na pokles výdělečné činnosti. Z údajů o depresi, úzkosti apod. nelze určit charakter postižení ani dopad na výdělečnou schopnost, když dopad poruch neurotických, afektivních či poruch osobnosti je značně rozlišný. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav s trvalým dopadem na schopnost výdělečné činnosti a závažnost dopadu lze odvodit až od vyšetření psychiatrem 23. 10. 2009, kterému předcházelo vyšetření psychologem dne 30. 9. 2009.

[34] Nejvyšší správní soud je přesvědčen, že tímto vysvětlením se obě posudkové komise vypořádaly s otázkami kladenými na ně v předchozím zrušovacím rozhodnutí. Skutečnost, že závěry v nich uvedené nejsou pro stěžovatelku z hlediska jejího nároku příznivé, sama o sobě nezpůsobuje nezákonnost napadeného rozsudku krajského soudu, případně nezpochybnuje doplňující posudky posudkové komise.

[35] Posudkové komise v doplňujících posudcích jasně vyjádřily stanovisko, že v případě psychických poruch stěžovatelky nelze vycházet z jiných podkladů než-li ze zpráv psychiatra či psychologa, protože jiné osoby bez příslušného vzdělání nejsou schopny dostatečně přesně rozeznat příznaky závažného psychického postižení. Obě komise tím reagovaly na tu část zrušovacího rozsudku Nejvyššího správního soudu, v němž bylo poukazováno na možnost k jednání posudkové komise přizvat na její žádost jiné fyzické osoby, lze-li od nich očekávat, že jejich vyjádření přispěje k objasnění závažných okolností důležitý pro posudkový závěr. Zejm. posudková komise v Českých Budějovicích soudu vysvětlila, že anxiózně-depresivní symptomatika je projevem dekompenzací narušené osobnosti, přičemž dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav lze konstatovat až od data, kdy byl objektivně doložen zjevný dopad zdravotního stavu na pokles výdělečné schopnosti. Předchozí údaje jsou pro tyto úvahy nedostatečné. Zmínky v podkladové dokumentaci ohledně duševních symptomů nejsou takového rázu, aby opravňovaly toto konstatování, a vzhledem k charakteru postižení by zde nepřispěly ani výpovědi jiných fyzických osob. Opět je nutné zdůraznit, že se jedná o odborné posouzení náležející posudkové komisi, eventuálně znalci z oboru posudkového lékařství, a že Nejvyšší správní soud, pokud je závěr zde uvedený přesvědčivě odůvodněn, nemůže takovému postupu ničeho vytknout.

[36] Z toho, co již bylo konstatováno, je patrné, že posudkové komise se náležitě vypořádaly s posouzením zdravotního stavu stěžovatelky před 23. 10. 2009, Nejvyšší správní soud proto odkazuje na obsah doplňujících posudků, zejm. na posudek posudkové

pokračování

komise v Českých Budějovicích ze dne 1. 2. 2013, které na výtky stěžovatelky dostatečně odpovídají tím, že konstatují nepříznivý vývoj jejího zdravotního stavu, který by splňoval kritéria pro jeho uznání jako dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu podle § 26 zákona o důchodovém pojištění. Rovněž se samostatně zabývají ostatními onemocněními stěžovatelky, zejm. fibromyalgií, a dospívají k závěru, že tato onemocnění byla závažného a dlouhodobého charakteru, ale že nikdy nedosahovala příslušných kritérií pro přiznání invalidity, ať částečné či plné invalidity podle předcházející úpravy, resp. invalidity jakéhokoli stupně podle právní úpravy po 1. 1. 2010. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav totiž neznamená, že jsou splněny podmínky pro přiznání invalidního důchodu, pokud nejsou splněny podmínky podle ustanovení § 38 a násl. zákona o důchodovém pojištění, což podle posudků posudkových komisí v případě stěžovatelky před 23. 10. 2009 nebylo splněno. Rozdílnost hodnocení zdravotního stavu stěžovatelky v různých posudcích z hlediska jeho podřazení pod příslušnou položku prováděcích předpisů byla rovněž stěžovatelce vysvětlena, jak v posudku posudkové komise v Brně ze dne 19. 12. 2012, který poukázal na složitost problematiky posuzování duševních onemocnění, neboť projevy onemocnění jsou proměnlivé, tudíž jednoznačné diagnostické shrnutí je komplikované, tak obdobným způsobem i v posudku posudkové komise v Českých Budějovicích ze dne 1. 2. 2013.

[37] Napadený rozsudek krajského soudu rovněž netrpí nepřezkoumatelností z toho důvodu, že údajně nereaguje na stěžovatelčiny výtky obsažené v podání ze dne 22. 3. 2013 a argumenty vyřčené během jednání soudu dne 16. 4. 2013. Povinností krajského soudu nebylo reagovat na každý dílčí argument a každou větu uplatněnou stěžovatelkou (zvláště když de facto pouze parafrázuje obsah předcházejícího zrušujícího rozsudku Nejvyššího správního soudu a její předchozí argumentace), ale posoudit zákonnost napadeného rozhodnutí týkajícího se dávky podmíněné dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem v rámci žalobních námitek. Ztotožnil-li se krajský soud se závěry obsaženými v posudcích posudkových komisí, které na argumentaci stěžovatelky fakticky reagují a vyvracejí ji, nelze hovořit o nepřezkoumatelnosti rozsudku.

[38] Na tomto místě proto Nejvyšší správní soud shrnuje, že na základě shodných závěrů posudků posudkových komisí Ministerstva práce a sociálních věcí a posudků vypracovaných ve správním řízení nelze mít žádných pochyb o správnosti zjišťované klinické diagnózy stěžovatelčina onemocnění. Posudkové komise z ní při zaujetí posudkových závěrů důsledně vycházely. Přesvědčivě rovněž odůvodnily, z jakého důvodu je třeba rozhodující zdravotní postižení stěžovatelky podřadit pod příslušnou položku prováděcích předpisů a proč je nutné stanovit datum vzniku plné invalidity (nyní invalidity III. stupně) ke dni 23. 10. 2009.

III.

Závěr a rozhodnutí o nákladech řízení

[39] Na základě výše uvedených důvodů dospěl Nejvyšší správní soud po přezkoumání napadeného rozsudku Krajského soudu v Brně k závěru, že nebyl naplněn tvrzený důvod podání kasační stížnosti podle § 103 odst. 1 písm. d) s. ř. s., za použití ustanovení § 109

odst. 3 a 4 s. ř. s. Kasační stížnost proto není důvodná a Nejvyšší správní soud ji podle § 110 odst. 1 poslední věty s. ř. s. zamítl.

[40] O nákladech řízení rozhodl Nejvyšší správní soud v souladu s ustanovením § 60 odst. 1 a 2 s. ř. s. ve spojení s ustanovením § 120 s. ř. s. Stěžovatelka nebyla ve věci procesně úspěšná, proto nárok na náhradu nákladů řízení nemá; žalované však nelze podle ustanovení § 60 odst. 2 s. ř. s. přiznat právo na náhradu nákladů řízení ve věci týkající se důchodového pojištění, ačkoli byla procesně úspěšná.

P o u č e n í: Proti tomuto rozsudku **n e j s o u** opravné prostředky přípustné.

V Brně dne 31. října 2013

JUDr. Dagmar Nygrínová
předsedkyně senátu