

ČESKÁ REPUBLIKA

ROZSUDEK JMÉNEM REPUBLIKY

Nejvyšší správní soud rozhodl v senátě složeném z předsedkyně JUDr. Dagmar Nygrínové a soudců JUDr. Jiřího Pally a JUDr. Marie Turkové v právní věci žalobkyně: **I. J.,** zast. JUDr. Petrem Breburdou, advokátem, se sídlem Legionářská 1085/8, Olomouc, proti žalované: **Česká správa sociálního zabezpečení**, se sídlem Křížová 25, Praha 5, v řízení o kasační stížnosti žalobkyně proti rozsudku Krajského soudu v Ostravě ze dne 29. 10. 2009, č. j. 20 Cad 112/2008 - 31,

takto:

Rozsudek Krajského soudu v Ostravě ze dne 29. 10. 2009, č. j. 20 Cad 112/2008 - 31, **se zrušuje** a věc **se vrací** tomuto soudu k dalšímu řízení.

Odůvodnění:

Rozhodnutím ze dne 17. 10. 2008, č. X, žalovaná podle § 56 odst. 1 písm. a) zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o důchodovém pojištění“) odňala žalobkyni od 6. 12. 2008 plný invalidní důchod. V odůvodnění tohoto rozhodnutí žalovaná uvedla, že podle posudku Okresní správy sociálního zabezpečení Přerov ze dne 8. 10. 2008 žalobkyně již není plně invalidní, neboť z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla její schopnost soustavné výdělečné činnosti o 45 %, přičemž podle § 39 zákona o důchodovém pojištění je pojištěnec plně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %. Podle tohoto posudku je žalobkyně již jen částečně invalidní, přičemž o jejím nároku na částečný invalidní důchod bude rozhodnuto dodatečně.

V žalobě proti tomuto rozhodnutí žalované a v průběhu řízení před krajským soudem žalobkyně namítla, že její zdravotní stav je dlouhodobě nepříznivý a podle

specializovaných lékařů se nezlepšil, přičemž na závěry těchto specialistů posudkoví lékaři nebrali zřetel. Trpí vrozenou vývojovou srdeční vadou a podle lékařů na ni nelze pohlížet jako na zdravého člověka. Je dušná, má tlaky na hrudi, trpí únavou a pícháním v krajině srdeční, má potíže s tlakem, přeskakováním, bušením srdce a navíc i s poruchou štítné žlázy a anémií. Dále je u ní podezření na drobnou prašnou embolizaci z října 2008, pobolívají jí nohy a má potíže s páteří, které se projevují bolestmi krční páteře, mrtvením pravé ruky, točením hlavy a její bolestí. Rovněž tak trpí středně těžkou depresivní poruchou provázenou poruchami spánku a výkyvy nálad. Její zdravotní stav nebyl řádně posudkově zhodnocen, o čemž svědčí i to, že závěry posudkových orgánů, na základě nichž jí byl odejmut plný invalidní důchod, nebyly ani zdaleka tak podrobné a odůvodněné jako posudky, které v minulosti konstatovaly trvání tohoto stupně invalidity. Proto navrhla vypracování znaleckého posudku za účelem posouzení jejího zdravotního stavu.

Krajský soud v Ostravě rozsudkem ze dne 29. 10. 2009, č. j. 20 Cad 112/2008 - 31, žalobu proti tomuto rozhodnutí žalované jako nedůvodnou zamítl. V odůvodnění tohoto rozsudku krajský soud uvedl, že podle posudku Posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí v Ostravě (dále jen „posudková komise v Ostravě“) ze dne 13. 2. 2009 byl rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu žalobkyně *stav po opakovaném zákroku na srdci pro vrozenou vývojovou vadu s dobrým výsledkem, bez známek srdečního selhávání, s dobrou funkcí levé komory srdeční a pouze reziduální mitrální regurgitací a oběhovou kompenzací dle dokumentace II.-III. NYHA*. Tento stav podle posudkové komise v Ostravě odpovídá zdravotnímu postižení uvedenému v kapitole IX, oddílu A, položce 8, písm. b) Přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění (dále jen „vyhláška č. 284/1995 Sb.“). U něho je zakotven pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti v rozmezí 30 – 45 %, přičemž posudková komise v Ostravě stanovila míru tohoto poklesu na pětačtyřicetiprocentní horní hranici s přihlédnutím k ostatním zdravotním postižením a konstatovala, že žalobkyně již není plně invalidní. Srdeční vada je uspokojivě korigována a od doby uznání plné invalidity v roce 1992 je u žalobkyně prokázáno zlepšení zdravotního stavu, kterého bylo docíleno opakovanými operačními zákroky. Obdobně byl její zdravotní stav stabilizován již v roce 2005, kdy byla plná invalidita oduznána, přičemž tehdejší závěr posudkové komise nadhodnotil závažnost postižení a je nutné ho považovat za posudkový omyl. Ke stejným posudkovým závěrům o rozhodujícím zdravotním postižení žalobkyně i míry poklesu její schopnosti soustavné výdělečné činnosti dospěla také Posudková komise Ministerstva práce a sociálních věcí v Brně (dále jen „posudková komise v Brně“) v srovnávacím posudku ze dne 24. 9. 2009. V něm byl dále vysloven souhlas s hodnocením vývoje invalidity provedeným posudkovou komisí v Ostravě, konstatována nepřítomnost známek srdeční dekompenzace a vysloven závěr o zlepšení zdravotního stavu žalobkyně na podkladě opakovaných operačních zákroků a o jeho funkční stabilizaci. Obě posudkové komise zasedaly v řádném složení a jejich členem byl i odborný internista (kardiolog), tedy odborník v oboru, do něhož náleží nejzávažnější zdravotní postižení žalobkyně. Jejich posudkový závěr o míře poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti žalobkyně se navíc shodoval s posudkem lékaře okresní správy sociálního zabezpečení. Posudkové komise uvedly, z jakých lékařských nálezů o zdravotním stavu žalobkyně vycházely, jaká zjištění z nich učinily a jak je hodnotily. Rovněž tak zhodnotily i lékařské zprávy předložené žalobkyní, stanovily procentní omezení její schopnosti soustavné výdělečné

činnosti a uvedly okruh zaměstnání, která je schopna při dodržení stanovených pracovních omezení vykonávat. Z těchto důvodů lze považovat posudky obou posudkových komisí za úplné, odborné a přesvědčivé. Návrhu na vypracování znaleckého posudku nebylo vyhověno, neboť posudkové komise měly k dispozici odborné nálezy z vyšetření srdce, a to jak z období před vydáním napadeného rozhodnutí žalované, tak i z období následujícího. Žalobkyně ani sama nezpochybňovala vyšetření svých odborných lékařů. Stanovení míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti a určení invalidity je pak věcí posudkově atestovaných lékařů. Podle závěru krajského soudu tedy žalobkyně k datu vydání žalobou napadeného rozhodnutí nesplňovala podmínky plné invalidity.

Proti tomuto rozsudku podala žalobkyně (dále jen „stěžovatelka“) v zákonné lhůtě kasační stížnost z důvodů nepřezkoumatelnosti spočívající v nedostatku důvodů rozhodnutí krajského soudu a jiné vady řízení před soudem, která mohla mít za následek nezákonné rozhodnutí o věci samé. Oba tyto důvody kasační stížnosti jsou uvedeny v § 103 odst. 1 písm. d) soudního řádu správního (dále jen „s. ř. s.“).

K tvrzené nepřezkoumatelnosti napadeného rozsudku stěžovatelka namítla, že krajský soud zamítl žalobu proti rozhodnutí žalované o odnětí plného invalidního důchodu, aniž bylo v důkazním řízení jednoznačně a přesvědčivě prokázáno takové zlepšení jejího zdravotního stavu, že by míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti činila pouze 45 %. Nedostatek důvodů napadeného rozsudku vyplývá z jeho odůvodnění, kde se uvádí údaj NYHA II., ačkoliv v posudcích posudkových komisích se zmiňuje NYHA II. - III. Další nedostatek důvodů rozhodnutí spočívá i v rozdílném hodnocení důležitosti údaje EF LK, který se od roku 2005 nezlepšil, avšak krajský soud tuto skutečnost posoudil jako nepodstatnou a přes zmíněný nepříznivý údaj rozhodl v její neprospěch. Rovněž tak krajský soud dospěl k závěru o zlepšení jejího zdravotního stavu a o splnění podmínek pro odnětí plného invalidního důchodu, ačkoliv podle odborného vyjádření kardiologa MUDr. P. V. je *„t.č. stav neuspokojivý, antiarytmika pro opakované těžké hypotenze nelze zvýšit, případný operační zákrok situaci neřeší, radiofrekvenční ablace v terénu výrazně problematická. S ohledem na četnost a tíži arytmií na chronickém patologickém terénu považuji jmenovanou za nezapojitelnou i za výr. ulehčených podmínek“*. V rozporu s lékařskými zprávami i zdravotnickou dokumentací založenou ve spise jsou pak jak posudková hodnocení obou komisí, tak i závěry krajského soudu, v jehož rozhodnutí se uvádí, že její zdravotní stav je stabilizován, že léčebné možnosti nebyly zdaleka vyčerpány a že srdeční vada je uspokojivě korigována a s dobrým výsledkem bez známek srdečního selhávání.

K tvrzené jiné vadě řízení před soudem, která mohla mít za následek nezákonné rozhodnutí o věci samé, stěžovatelka konkrétně namítla, že v řízení před krajským soudem nebyl proveden důkaz znaleckým posudkem vypracovaným nezávislým soudním znalcem, v důsledku čehož zůstaly nevyřešeny rozpory a nejasnosti ohledně jejího zdravotního stavu.

S ohledem na tyto skutečnosti stěžovatelka navrhla, aby Nejvyšší správní soud napadený rozsudek Krajského soudu v Ostravě ze dne 29. 10. 2009, č. j. 20 Cad 112/2008 – 31, zrušil a věc vrátil tomuto soudu k dalšímu řízení.

Žalovaná uvedla, že využívá možnosti se ke kasační stížnosti nevyjádřit, neboť souhlasí s napadeným rozsudkem krajského soudu.

Nejvyšší správní soud přezkoumal napadený rozsudek krajského soudu v souladu s § 109 odst. 2 a 3 s. ř. s., podle nichž byl vázán rozsahem a důvody, jež byly stěžovatelkou v kasační stížnosti uplatněny. Přitom neshledal vady uvedené v § 109 odst. 3 s. ř. s., k nimž by musel přihlédnout z úřední povinnosti.

Stěžovatelka poukázala na důvody kasační stížnosti uvedené v § 103 odst. 1 písm. d) s. ř. s., k jehož naplnění mělo podle ní dojít v důsledku nepřezkoumatelnosti rozhodnutí krajského soudu. V první stížnostní námitce však stěžovatelka neuvedla, jaký rozhodný důvod pro závěr o zániku plné invalidity napadený rozsudek postrádá. Naopak se v ní zmínila o tom, že v důkazním řízení nebylo jednoznačně a přesvědčivě prokázáno takové zlepšení jejího zdravotního stavu, aby uvedený závěr mohl obstát, přičemž v tomto směru uvedla několik skutečností, které podle jejího názoru svědčí o trvání plné invalidity i v době vydání žalobou napadeného rozhodnutí. Stěžovatelka tedy polemizovala se závěrem krajského soudu o úplném, odborném a přesvědčivém posouzení jejího zdravotního stavu, takže v první stížnostní námitce ve skutečnosti spatřovala jinou vadu řízení před soudem, která mohla mít za následek nezákonné rozhodnutí o věci samé. V této souvislosti lze odkázat na judikaturu Nejvyššího správního soudu, podle níž *„neúplné a nepřesvědčivé posouzení rozhodujícího zdravotního postižení v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu, jímž stěžovatelka trpěla ke dni vydání přezkoumávaného rozhodnutí, je třeba považovat za vadu řízení, která mohla mít za následek nesprávné stanovení míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti stěžovatelky k uvedenému dni a v jeho důsledku nesprávné posouzení zákonných podmínek plné invalidity ve smyslu § 39 odst. 1 zákona o důchodovém pojištění jako základního předpokladu pro posouzení dalšího trvání nároku na dávku důchodového pojištění, jíž se stěžovatelka domáhá. Jde tedy o jinou vadu ve smyslu § 103 odst. 1 písm. d) s. ř. s.“* (srov. rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 25. 9. 2003, č. j. 4 Ads 13/2003 - 54, č. 511/2005 Sb. NSS). Pod důvod kasační stížnosti spočívající v tvrzené vadě řízení před krajským soudem, která mohla mít za následek nezákonné rozhodnutí o věci samé, lze pak podřadit i druhou stížnostní námitku o neprovedení důkazu znaleckým posudkem. Lze proto konstatovat, že kasační stížnost byla podána výhradně z tohoto důvodu, který je zakotven v § 103 odst. 1 písm. d) s. ř. s.

Posouzení zdravotního stavu a souvisejícího zbytkového pracovního potenciálu je věcí odborně medicínskou, k níž nemá soud potřebné odborné znalosti, a proto se vždy obrací k osobám, které jimi disponují, aby se k těmto otázkám vyjádřily. Pro účely přezkumného řízení soudního ve věcech důchodového pojištění zdravotní stav a pracovní schopnost fyzických osob posuzuje Ministerstvo práce a sociálních věcí, které za tím účelem zřizuje jako své orgány posudkové komise, jak vyplývá z § 4 odst. 2 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení (srov. rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 30. 1. 2004, č. j. 5 Ads 34/2003 - 82, publikovaný pod č. 526/2005 Sb. NSS). V posudku takové odborné lékařské komise se přitom hodnotí nejenom celkový zdravotní stav a dochované pracovní schopnosti pojištěnce, nýbrž se v něm zaujímají i posudkové závěry o invaliditě, jejím vzniku, zániku či dalším trvání. Při odnětí dávky důchodového pojištění podmíněné dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem musí navíc posudková komise zdůvodnit zánik plné či částečné invalidity, a to buď zlepšením

zdravotního stavu posuzovaného, nebo posudkově významnou stabilizací, eventuálně musí uvést, co ji jinak vedlo k tomu, že již posuzovaného nepokládá za plně či částečně invalidního. Tento posudek je tedy v přezkumném soudním řízení stěžejním důkazem, na který je soud při nedostatku odborné erudice odkázán, a proto je zapotřebí klást zvýšený důraz na jeho jednoznačnost, určitost, úplnost a přesvědčivost. Posudek, který se zpracovává v řízení o žalobě proti rozhodnutí o odnětí plného či částečného invalidního důchodu, lze však považovat za úplný a přesvědčivý pouze v případě, že se v něm posudková komise vypořádá se všemi rozhodnými skutečnostmi, přihlédne k účastníkem řízení udávaným potížím, vysvětlí důvod zániku nebo snížení stupně invalidity a tyto posudkové závěry jednoznačně a konkrétně zdůvodní. Případné chybějící či nepřesně formulované náležitosti posudku, které způsobují jeho nepřesvědčivost nebo neúplnost, přitom nemůže soud nahradit vlastní úvahou, jelikož pro to nemá potřebnou odbornou erudici (srov. rozsudky Nejvyššího správního soudu ze dne 28. 8. 2003, č. j. 5 Ads 22/2003 - 48, www.nssoud.cz, ze dne 25. 11. 2003, č. j. 5 Ads 42/2003 - 61, publikovaný pod č. 511/2005 Sb. NSS, nebo ze dne 9. 2. 2006, č. j. 6 Ads 25/2004 - 58 www.nssoud.cz).

Z obsahu správního spisu vyplývá, že stěžovatelka požádala dne 26. 5. 1992 o přiznání invalidního důchodu. Při zjišťovací lékařské prohlídce konané dne 13. 8. 1992 Posudková komise Okresní správy sociálního zabezpečení Přerov zařadila do diagnostického souhrnu *stav po uzávěru defektu mezikomorové přepážky srdeční z roku 1978 s hemodymanicky významnou mitrální regurgitací na podkladě prolapsu obou cípů mitrální chlopně, funkčně II. stupně dle NYHA oběhově stabilizovaná, a vleklý atrofický zánět hltanu po tonzilektomii.* V posudku ze dne 13. 8. 1992 pak posudková komise okresní správy sociálního zabezpečení dospěla k závěru, že u stěžovatelky se jedná o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, pro který je neschopna vykonávat jakékoliv soustavné zaměstnání, v důsledku čehož je plně invalidní podle § 29 odst. 2 písm. a) zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení (dále jen „zákon o sociálním zabezpečení“), přičemž datum vzniku invalidity byl stanoven na den 5. 5. 1992, ve kterém byl pořízen kardiologický nález, z něhož bylo při zjišťovací lékařské prohlídce vycházeno. Na základě tohoto posudkového závěru byl stěžovatelce rozhodnutím žalované ze dne 16. 11. 1992, č. X, přiznán od 5. 5. 1992 invalidní důchod.

Kontrolní vyšetření stěžovatelky se uskutečnilo dne 23. 5. 1994 a při něm lékař Okresní správy sociálního zabezpečení Přerov učinil stejná zjištění o povaze nemoci srdce s tím, že ta je navíc doprovázena i *hemodynamicky nevýznamným defektem septa síní* a že stěžovatelka je po *katetrizaci, jejíž výsledek vyžaduje konzervativní postup.* Kromě tohoto onemocnění pak do diagnostického souhrnu zařadil i *neurocirkulační astenii.* S ohledem na uvedená dvě zdravotní postižení učinil lékař okresní správy sociálního zabezpečení posudkový závěr o neschopnosti stěžovatelky vykonávat jakékoliv soustavné zaměstnání a o trvání její invalidity podle § 29 odst. 2 písm. a) zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení.

Stejná zjištění a posudkové závěry byly učiněny i při další kontrolní lékařské prohlídce, která se konala dne 3. 11. 1994.

Následující kontrolní vyšetření se uskutečnilo dne 7. 10. 1997 a při něm lékař Okresní správy sociálního zabezpečení Přerov do výčtu zdravotních postižení stěžovatelky zahrnul *stav po uzávěru defektu komorové přepážky z roku 1978 s hemodynamicky významnou mitrální regurgitací, NYHA II, netypickými bolestmi na hrudníku a bez plicní hypertenze, dále záchvatovité výpadky části zorného pole levého oka a akrální parestesii pravé ruky a úst s podezřením na tetanii.* Dále konstatoval, že se u stěžovatelky i nadále jedná o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, jehož rozhodující příčinou je zdravotní postižení uvedené v kapitole IX, oddílu A, položce 1, písm. a) Přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb. Míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnost pak stanovil v horním rozmezí rozpětí na 15 % pro *paroxysmy bušení srdce a netypické bolesti na hrudníku.* V posudkovém zhodnocení dále uvedl, že funkční stav je i přes regurgitaci zatím velmi dobrý a stěžovatelka není schopna těžší fyzické práce a práce v nepříznivých klimatických podmínkách. Na základě těchto zjištění učinil lékař okresní správy sociálního zabezpečení v posudku ze dne 7. 10. 1997 závěr, podle něhož není stěžovatelka plně ani částečně invalidní. V návaznosti na tento posudkový závěr pak žalovaná rozhodnutím ze dne 29. 10. 1997, č. X, odňala stěžovatelce od 6. 12. 1997 plný invalidní důchod.

Stěžovatelka však dne 10. 12. 1997 opětovně požádala o plný invalidní důchod, který jí byl rozhodnutím žalované ze dne 28. 4. 1998, č. X, přiznán od 6. 12. 1997, v důsledku čehož nebyla její plná invalidita přerušena. Žalovaná v rozhodnutí o přiznání plného invalidního důchodu vycházela z posudku lékaře Okresní správy sociálního zabezpečení Přerov ze dne 23. 2. 1998. Ten do diagnostického souhrnu zařadil *stav po plastice dvojcípé chlopně z 30. 10. 1997 pro její nedostatečnost, stav po operaci defektu komorové přepážky (vrozené) z roku 1978 a kombinované páteřové a migrénozní bolesti hlavy.* Za hlavní příčinu dlouhodobě nepříznivého stavu stěžovatelky označil lékař okresní správy sociálního zabezpečení postižení srdce, které podřadil pod kapitolu IX, oddíl A, položku 9, písm. c) Přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb., přičemž míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti stanovil na 70 % s ohledem na relativně krátký časový úsek od operace a arytmogenní pohotovost. Na základě těchto zjištění pak učinil posudkový závěr o plné invaliditě stěžovatelky s tím, že při předchozím kontrolním vyšetření ze dne 7. 10. 1997 nebyl známý konkrétní datum operace srdce, která proběhla dne 30. 10. 1997.

K stejným zjištěním o kvalifikaci rozhodného zdravotního postižení stěžovatelky, míře poklesu její schopnosti soustavné výdělečné činnosti a o její plné invaliditě dospěl lékař Okresní správy sociálního zabezpečení Přerov také v dalším posudku ze dne 15. 9. 1998, který se oproti předchozímu posudkovému zhodnocení ve výčtu zdravotních postiženích stěžovatelky zmínil o těchto onemocněních: *stav po plastice dvojcípé chlopně z října 1997 pro její nedostatečnost při prolapsu zadního cípu, operace s nedostatečným efektem, výhledově náhrada chlopně, stav po operačním uzávěru defektu septa srdečních komor z roku 1978, vleklý bolestivý páteční syndrom s projevy krčně ručního a krčně hlavového syndromu, neurastenický syndrom.*

Při další kontrolní lékařské prohlídce, která se uskutečnila dne 26. 4. 1999, lékař Okresní správy sociálního zabezpečení Přerov zařadil do diagnostického souhrnu *stav po plastice dvojcípé chlopně z října 1997 pro její nedostatečnost při prolapsu zadního cípu se zbytkovou regurgitací, stav po operaci uzávěru mezikomorové srdeční přepážky z roku 1978, vleklý bolestivý páteřní syndrom s projevy krčně ručního a krčně hlavového syndromu*

s tenzními bolestmi hlavy a anxiosně depresivní syndrom u disponované osobnosti. Ve vztahu k onemocnění srdce lékař okresní správy sociálního zabezpečení dále uvedl, že EF LK je přijatelná, výhledově bude snad nutná další operativní léčba, ovšem dle kardiologa při současném stabilizovaném stavu je snaha ji co nejvíce oddálit. Dále konstatoval stabilizaci zdravotního stavu stěžovatelky. Za rozhodující příčinu dlouhodobě jejího nepříznivého zdravotního stavu pak lékař okresní správy sociálního zabezpečení v posudku ze dne 26. 4. 1999 označil stav po srdeční operaci, který odpovídá kapitole IX, oddílu A, položce 9, písm. b) Přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb. Míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti pak stanovil na 40 % a uvedl, že žalobkyně je neschopna těžších fyzických prací, prací s přetěžováním krční páteře, prací stresujících a prací s rizikem infekcí. Na základě těchto skutečností lékař okresní správy sociálního zabezpečení učinil závěr, že stěžovatelka již není nadále plně invalidní, nýbrž částečně invalidní. V návaznosti na tento posudek pak žalovaná rozhodnutím ze dne 7. 5. 1999, č. X, odňala stěžovatelce od 6. 6. 1999 plný invalidní důchod a od stejného data jí rozhodnutím ze dne 21. 5. 1999, č. X, přiznala částečný invalidní důchod. Proti rozhodnutí o odnětí plného invalidního důchodu však stěžovatelka podala opravný prostředek ke Krajskému soudu v Ostravě, který si od posudkové komise v Ostravě vyžádal posudek. Ten byl vypracován dne 10. 11. 1999 a ve výčtu zdravotních postižení stěžovatelky charakterizoval postižení srdce jako *vrozenou vývojovou vadu srdeční se stavem po uzávěru defektu komorového septa v roce 1978 a plastice mitrální chlopně z října 1997s přetrvávající hemodynamicky významnou regurgitací na podkladě prolapsu zadního* cípu mitrální chlopně, defekt síňového septa hemodynamicky nevýznamný, funkčně NYHA II. Toto zdravotní postižení posudková komise v Ostravě podřadila pod kapitolu IX, oddíl A, položku 9, písm. b) Přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb. a míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti stěžovatelky stanovila na 70 %. Odchylné závěry oproti posudku lékaře okresní správy sociálního zabezpečení přitom posudková komise v Ostravě odůvodnila pozvolnou progresí dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, k níž podle doložených odborných nálezů u stěžovatelky dochází. V závěru pak konstatovala nepřerušené trvání plné invalidity stěžovatelky. Na základě tohoto posudku Krajský soud v Ostravě rozsudkem ze dne 3. 12. 1999, č. j. 21 Ca 177/99-14, rozhodnutí o odnětí plného invalidního důchodu zrušil a věc vrátil žalované k dalšímu řízení. Ta v něm vydala rozhodnutí ze dne 13. 12. 1999, č. X, kterým stěžovatelce přiznala od 6. 6. 1999 plný invalidní důchod.

Následující kontrolní lékařské vyšetření se uskutečnilo dne 22. 4. 2002. Při něm lékař Okresní správy sociálního zabezpečení Přerov zařadil do diagnostického souhrnu *stav po dvou plastikách dvojcípé chlopně, naposledy v listopadu 2001 pro zbytkový ústřih, stav po operaci vrozené srdeční vady z roku 1978, sklon k nízkému tlaku, bolesti hlavy - oční a migréna, vleklý bolestivý páteřní syndrom a těžkou depresivní poruchu.* Za rozhodné zdravotní postižení stěžovatelky označil stav po operaci srdce, který podřadil pod kapitolu IX, oddíl A, položku 8, písm. d) Přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb., přičemž míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti stanovil na hraniční hodnotě 70 %, a to s ohledem na relativně krátkou dobu od operace a těžkou, prozatím neléčenou, depresivní symptomatiku. Na základě těchto zjištění učinil lékař okresní správy sociálního zabezpečení v posudku ze dne 22. 4. 2002 závěr, že stěžovatelka je i nadále plně invalidní.

Naproti tomu při další kontrolní lékařské prohlídce ze dne 2. 12. 2002 lékař Okresní správy sociálního zabezpečení Přerov mezi výčet zdravotních postižení stěžovatelky zahrnul *těžkou depresivní poruchu s vratkou duševní rovnováhou, stav po plastikách srdeční vady, naposledy v listopadu 2001, bolestivý páteřní syndrom, syndrom hrudní stěny asi při poruše statodynamiky a opakovaných operacích na otevřeném srdci a nízký tlak.* Hlavní příčinu poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti stěžovatelky přitom spatřoval v těžké depresi, kterou hraničně hodnotil pro přidružený, celkem kompenzovaný, stav po opakovaných operacích na otevřeném srdci. Od poslední operace uplynul rok a stěžovatelka se s tímto stavem zatím nevyrovnala. Za rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu stěžovatelky tedy lékař okresní správy sociálního zabezpečení v posudku ze dne 2. 12. 2002 označil duševní poruchu, která odpovídá zdravotnímu postižení uvedenému v kapitole V, položce 3, písm. c) Přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb. Míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti pak určil na 70 % a i přes rozdílnou kvalifikaci rozhodného zdravotního postižení konstatoval, že stěžovatelka je i nadále plně invalidní.

Při dalším kontrolním vyšetření, které se konalo dne 30. 11. 2004, lékař Okresní správy sociálního zabezpečení Přerov zařadil do diagnostického souhrnu *středně těžkou depresivní poruchu s vratkou duševní rovnováhou, stav po plastikách srdeční vady, naposledy v listopadu 2001, bolestivý páteřní syndrom, syndrom hrudní stěny asi při poruše statodynamiky a opakovaných operacích na otevřeném srdci a nízký tlak.* Hlavní příčinu poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti spatřoval v středně těžké depresivní poruše při somatickém onemocnění, které je toho času stabilizováno. V minulosti byla deprese hodnocena jako těžká, avšak poté došlo ke zlepšení stěžovatelčina psychického stavu. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav tak odpovídá postižení uvedenému v kapitole V, položce 3, písm. b) Přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb. a míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti činí 40 %. Stěžovatelka tedy podle závěru posudku lékaře okresní správy sociálního zabezpečení ze dne 30. 11. 2004 již nadále není plně invalidní, nýbrž částečně invalidní. Na základě tohoto posudku žalovaná rozhodnutím ze dne 13. 12. 2004, č. X, odňala stěžovatelce od 6. 2. 2005 plný invalidní důchod a od stejného data jí rozhodnutím ze dne 11. 1. 2005, č. X přiznala částečný invalidní důchod. Proti rozhodnutí žalované o odnětí plného invalidního důchodu podala stěžovatelka žalobu ke Krajskému soudu v Ostravě, který si vyžádal od posudkové komise v Ostravě posudek. Ten byl vyhotoven dne 8. 6. 2005 a oproti posudku lékaře okresní správy sociálního zabezpečení považoval za rozhodné zdravotní postižení stav po opakovaných korekcích vrozených srdečních vad, který se z dlouhodobého hlediska jeví posudkově významnější než zlepšující se afektivní porucha. Kardiální onemocnění pak bylo kompenzováno na stupni NYHA II.-III., přetrvávala jen zbytková mitrální regurgitace. Zdravotní postižení, které bylo shledáno za rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu stěžovatelky, pak posudková komise v Ostravě podřadila pod kapitolu IX, oddíl A, položku 8, písm. b) Přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb., podle něho stanovila míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti na 40 % a učinila závěr, že stěžovatelka nebyla plně invalidní, nýbrž částečně invalidní. V pracovní rekomandaci pak konstatovala, že stěžovatelka byla schopna lehké práce s určitými omezeními v dělnických profesích, v lehkém průmyslu či ve službách. Krajský soud si však v řízení o žalobě proti uvedenému rozhodnutí žalované o odnětí plného invalidního důchodu opatřil také srovnávací posudek posudkové komise v Brně ze dne 31. 8. 2005. Ta za účasti kardioložky porovnala kardiologické nálezy

z období od listopadu 2002 do června 2005 a neshledala mezi nimi podstatný rozdíl. Naopak kardiologický nález MUDr. Š. z června 2005 svědčí podle ní o mírném zhoršení zdravotního stavu stěžovatelky, když funkční kardiální kompenzace je hodnocena mezi II. a III. stupněm. Ve všech těchto nálezech je dále zdůrazněna nutnost další medikace a kontrolní prevence vzniku endokarditidy, včetně nemožnosti pracovat v kolektivu, jakož i nutnost tělesného šetření. Dále pak snížení stupně invalidity v posudcích lékaře okresní správy sociálního zabezpečení a posudkové komise v Ostravě nebylo podmíněnou úvahou, že by operacemi na mitrální chlopni došlo k normalizaci stavu na srdci stěžovatelky. V takovém případě by totiž funkční kardiální zdatnost musela být podle klasifikace NYHA hodnocena nultým stupněm, a nikoliv II. či dokonce III. stupněm, jak se všude uvádí. Podle posudku posudkové komise v Brně ze dne 31. 8. 2005 tedy k datu rozhodnutí žalované o odnětí plného invalidního důchodu nebyla prokázána příznivá stabilizace zdravotního stavu stěžovatelky. Za rozhodné zdravotní postižení proto posudková komise v Brně označila *stav po opakované plastické operaci mitrální chlopně srdeční a i po předchozí operaci defektu septa komor srdečních v mládí, při přetrvávajícím, i když ne významným defektem septa síní.* Přitom se podle ní jednalo jen o částečnou korekci chlopenní vady srdeční s reziduální vadou a s horšící se funkční kardiální zdatností směrem k NYHA III., přičemž u této vady není rozhodující EF LK. Toto zdravotní postižení následně podřadila pod kapitolu IX, oddíl A, položku 8, písm. c) Přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb. a podle něho stanovila míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti na 60 %, kterou podle § 6 odst. 4 tohoto právního předpisu zvýšila o 10 % s ohledem na více příčin dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu stěžovatelky, její předchozí výdělečnou činnost, dosažení vzdělání, zkušenosti, znalosti a sníženou schopnost rekvalifikace. Celkový pokles míry schopnosti soustavné výdělečné činnosti tedy podle posudku posudkové komise v Brně ze dne 31. 8. 2005 činil 70 %, takže ta vyslovila závěr, podle něhož byla stěžovatelka v době vydání napadeného rozhodnutí žalované i nadále plně invalidní. Z těchto závěrů posudkové komise v Brně vycházel Krajský soud v Ostravě, který rozsudkem ze dne 27. 9. 2005, č. j. 19 Cad 12/2005 - 36, uvedené rozhodnutí o odnětí plného invalidního důchodu zrušil a věc vrátil žalované k dalšímu řízení. Ta v něm stěžovatelce přiznala plný invalidní důchod.

Následující kontrolní prohlídka, která se uskutečnila dne 8. 10. 2008, však vedla k závěru o zániku plné invalidity stěžovatelky. V posudku ze dne 8. 10. 2008 totiž lékař Okresní správy sociálního zabezpečení Přerov shledal hlavní příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu stěžovatelky *stav po opakované plastice mitrální chlopně s reziduální mitrální regurgitací stacionární, včetně NYHA II.* Toto zdravotní postižení pak podřadil pod kapitolu IX, oddíl A, položku 8, písm. b) Přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb. a podle něho stanovil pokles míry schopnosti soustavné výdělečné činnosti na 45 %, tedy na horní hranici rozpětí, a to vzhledem k středně těžké depresivní poruše. Podle posudku ze dne 8. 10. 2008 tedy byla stěžovatelka toliko částečně invalidní. V návaznosti na jeho závěry vydala žalovaná rozhodnutí ze dne 17. 10. 2008, č. X, kterým stěžovatelce od 6. 12. 2008 odňala plný invalidní důchod.

Posudková komise v Ostravě v posudku ze dne 13. 2. 2009 zařadila do diagnostického souhrnu *vrozenou vývojovou vadu srdeční, stav po operačním uzávěru defektu komorového septa z roku 1978, po plastice mitrální chlopně z října 1997 a po další plastice mitrální chlopně z listopadu 2001, autoimunní thyreoiditidu, vleklý bolestivý víceetážový*

páteřní syndrom a vleklou středně těžkou depresivní poruchu. Za rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu stěžovatelky pak označila *stav po opakovaném zákroku na srdci pro vrozenou vývojovou vadu s dobrým výsledkem bez známek srdečního selhávání, s dobrou funkcí levé komory srdeční, pouze reziduální mitrální regurgitací a oběhovou kompenzací NYHA II.-III.* Dále konstatovala, že od doby uznání plné invalidity v roce 1992 je prokázáno zlepšení zdravotního stavu, kterého bylo docíleno opakovaným operačním zákrokem. Srdeční vada je uspokojivě korigována, takže zdravotní stav stěžovatelky je stabilizován, stejně jako tomu bylo již v roce 2005, kdy byla plná invalidita oduznána. Posudek posudkové komise v Brně ze dne 31. 8. 2005 byl přitom posudkovým omylem, neboť v něm došlo k nadhodnocení stupně závažnosti postižení a k zpochybnění výsledků echokardiografie, která opakovaně prokázala dobrou funkci levé srdeční komory při reziduální (zbytkové) mitrální regurgitaci. Posudková komise v Ostravě tedy rozhodné zdravotní postižení podřadila pod kapitolu IX, oddíl A, položku 8, písm. b) Přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb. a pokles míry schopnosti soustavné výdělečné činnosti stanovila při horní hranici zde uvedeného rozpětí na 45 %, a to s přihlédnutím k ostatním onemocněním. Uvedenou kvalifikaci srdečního postižení přitom určila i s přihlédnutím k tomu, že je prokázána EF LK 60 %, oběhová kompenzace dle NYHA je uváděna mezi II. a III. stupněm a nejedná se o závažnou funkční poruchu. V pracovní rekomandaci pak posudková komise v Ostravě uvedla, že stěžovatelka není schopna práce fyzicky náročné, práce v nepříznivých klimatických podmínkách, práce s nutností zvedat a přenášet těžká břemena a práce s rizikem infekce. Naopak je schopna práce fyzicky nenáročné s uvedeným omezením, jakož i práce s využitím kvalifikace a praxe dámské krejčové.

Posudková komise v Brně v posudku ze dne 24. 9. 2009 uvedla ve výčtu zdravotních postižení stěžovatelky *vrozenou vývojovou vadu srdeční - stav po uzávěru defektu komorového septa z roku 1978, po plastice mitrální chlopně z října 1997 a další plastice mitrální chlopně z listopadu 2001 - NYHA II.-III. stupně se sklonem k tachykardickým dysrytmiím a s reziduální mitrální regurgitací, dále autoimunní thereoditidu (malá uzlová struma, substituční léčba), mikrocytární chudokrevnost při nedostatku železa, vleklý bolestivý víceetážový páteřní syndrom a vleklou středně těžkou depresivní poruchu s behaviorálními projevy a úzkostí.* Dále uvedla, že srdeční funkce je stabilizovaná, bez známek kardiální nedostatečnosti, EF je opakovaně 61 %, postižení funkce je středně těžké. Subjektivně výrazně vnímané změny rytmu jsou sice korigovány léčbou neúplně, avšak léčebné možnosti nejsou zdaleka vyčerpány. Rovněž tak posudková komise v Brně konstatovala zlepšení zdravotního stavu na podkladě opakovaných operačních zákroků a jeho funkční stabilizaci. Uvedené postižení srdce pak shledala rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu stěžovatelky, podřadila jej pod kapitolu IX, oddíl A, položku 8, písm. b) Přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb. a podle něho stanovila pokles míry schopnosti soustavné výdělečné činnosti na 45 % s přihlédnutím k ostatním zdravotním postižením. V pracovní rekomandaci uvedla stejné skutečnosti jako posudková komise v Ostravě. V závěru posudku ze dne 24. 9. 2009 posudková komise v Brně učinila závěr o tom, že stěžovatelka nebyla ke dni vydání rozhodnutí žalované plně invalidní, nýbrž částečně invalidní.

Obě posudkové komise tedy v řízení o žalobě proti poslednímu rozhodnutí žalované o odnětí plného invalidního důchodu konstatovaly, že opakovanými operačními zákroky došlo k zlepšení a stabilizaci zdravotního stavu stěžovatelky. V posudcích posudkové komise v Ostravě ze dne 13. 2. 2009 a posudkové komise v Brně ze 24. 9. 2009

však nebylo náležitě vysvětleno, jaký byl zdravotní stav stěžovatelky při minulém posudkovém hodnocení, v čem oproti předchozí době nastalo posudkově významné zlepšení či stabilizace rozhodného zdravotního postižení, jak se tato pozitivní změna konkrétně projevuje a které konkrétní skutečnosti takový závěr dokládají. Dále v těchto posudcích nebylo na základě stanovených posudkových hledisek dostatečně a přesvědčivě objasněno, proč stěžovatelčin stav po srdečních operacích nadále není doprovázen poklesem výkonu při středně těžkém zatížení, nýbrž poklesem výkonu při obvyklém tělesném zatížení, a tudíž ho je nutné nově kvalifikovat podle kapitoly IX, oddílu A, položky 8, písm. b) Přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb., a nikoli podle písm. c) stejné položky. Konečně pak posudky posudkové komise v Ostravě ze dne 13. 2. 2009 a posudkové komise v Brně ze 24. 9. 2009 sice citovaly obsah jednotlivých kardiologických nálezů, z nichž bylo vycházeno, avšak není zřejmé, o jaké konkrétní skutečnosti v nich učiněné opřely své posudkové závěry o zániku plné invalidity stěžovatelky, když naopak některá zjištění v těchto lékařských zprávách obsažená mohou svědčit spíše o opaku.

Obě posudkové komise své závěry o posudkově významném zlepšení a stabilizaci zdravotního stavu stěžovatelky opřely o dobrou funkci levé komory srdeční, o níž podle nich svědčí její procentní vyjádření, které bylo opakovaně zjištěno echokardiografií (EF LK 60 %). Posudková komise v Brně však ve svém předchozím posudku ze dne 31. 8. 2005 uvedla, že u srdeční vady stěžovatelky není EF LK rozhodující. S tímto předchozím závěrem se však posudky posudkové komise v Ostravě ze dne 13. 2. 2009 ani posudkové komise v Brně ze 24. 9. 2009 vůbec nevypořádaly, ačkoliv zejména posudková komise v Brně měla objasnit, proč již na něm netrvá a v čem byl chybný. Takto však posudková komise v Brně nepostupovala a namísto toho z údaje o procentním vyjádření srdeční funkce levé komory v posudku ze dne 24. 9. 2009 vycházela. O předchozím závěru o nerozhodnosti EF LK v posuzovaném případě se zmínila jen posudková komise v Ostravě v posudku ze dne 13. 2. 2009. Ta však bez bližšího vysvětlení pouze poukázala na jeho nesprávnost, kterou společně s taktéž nekonkrétním tvrzením o nadhodnocení závažnosti srdečního postižení považovala za příčinu údajného posudkového omylu, k němuž mělo podle ní předchozím posudkem posudkové komise v Brně ze dne 31. 8. 2005 dojít. Závěr posudků posudkové komise v Ostravě ze dne 13. 2. 2009 a posudkové komise v Brně ze 24. 9. 2009 o dobré srdeční funkci levé komory tedy nebyl přesvědčivě odůvodněn.

To samé lze konstatovat i o dalším závěru obou posudkových komisí vztahujícím se k oběhové kompenzaci, která je podle nich hodnocena podle NYHA klasifikace mezi II. a III. stupněm. Hodnocení srdečního selhání podle schopnosti nemocného snášet fyzickou zátěž za pomoci těchto stupňů je však jedním z rozlišujících kritérií pro kvalifikaci stavů po srdečních operacích podle kapitoly IX, oddílu A, položky 8 Přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb., neboť stupeň NYHA II je uveden u písmena b) této položky a stupeň III je uveden u jejího písmena c), u něhož je stanovena míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v rozpětí 50 - 60 %. Za této situace měly obě posudkové komise objasnit, proč při tomto hraničním určení stupně NYHA klasifikace nemůže být rozhodné zdravotní postižení podřazeno pod pro stěžovatelku výhodnější kapitolu IX, oddíl A, položku 8, písm. c) Přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb., avšak takovým způsobem nepostupovaly.

Další nejasnost panuje ohledně závěrů posudků posudkové komise v Ostravě ze dne 13. 2. 2009 a posudkové komise v Brně ze 24. 9. 2009, podle nichž se stěžovatelčin stav po srdečních operacích projevuje jen reziduálními mitrálními regurgitacemi. Takové zjištění totiž neodpovídá kardiologickým nálezům MUDr. P. V. ze dne 3. 7. 2008, 23. 2. 2009, 4. 3. 2009 a 28. 4. 2009, které se zmiňují o hemodynamicky významné mitrální regurgitaci. Posudková komise v Brně v posudku ze dne 24. 9. 2009 dále uvedla, že srdeční postižení stěžovatelky se projevuje i tachykardickými dysrytmiemi a připustila, že subjektivně vnímané změny rytmu jsou léčbou korigovány neúplně. Tyto poznatky by tedy mohly nasvědčovat tomu, že u stěžovatelky došlo jen k částečné korekci vady a na její kardiální onemocnění je tak nutné nadále nahlížet jako na zdravotní postižení uvedené v kapitole IX, oddílu A, položce 8, písm. c) Přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb. Takové hodnocení by se nabízelo obzvláště za situace, když pro takovou kvalifikaci postačuje jen reziduální vada, a nikoliv až vada významná. Ostatně i posudková komise v Ostravě se v posudku ze dne 13. 2. 2009 zmínila toliko o uspokojivé korekci srdeční vady, což je termín významově bližší pojmu částečné korekci vady obsaženého v kapitole IX, oddílu A, položce 8, písm. c) Přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb. než pojmu téměř úplné korekce vady, který je použit v písmenu b) této položky. Posudkové komise přitom uvedené nesrovnalosti nevysvětlily, takže ani v tomto směru nelze jejich posudkový závěr o posudkově významné pozitivní změně zdravotního stavu stěžovatelky považovat za přesvědčivý.

Dále z uvedených kardiologických nálezů MUDr. P. V., jakož i z lékařských zpráv MUDr. V. D. ze dne 20. 2. 2009 a MUDr. F. Š. ze dne 20. 6. 2008 vyplývá nutnost další medikace stěžovatelky. Právě o tuto skutečnost přitom posudková komise v Brně ve svém předchozím posudku ze dne 31. 8. 2005 opřela závěr o dalším trvání plné invalidity stěžovatelky. Otázkou nutnosti další medikace se však již posudková komise v Brně v posudku ze dne 24. 9. 2009 nezabývala. Stejně tak neporovnala ani obsah kardiologických nálezů vyhotovených před minulým posudkovým zhodnocením s nálezy opatřenými po něm, ačkoliv tak v posudku ze dne 31. 8. 2005 rovněž učinila. Srovnávací posudek posudkové komise v Brně ze 24. 9. 2009 se důkladně nevypořádal ani s těmi pasážemi lékařských zpráv MUDr. P. V., které s jeho posudkovým závěrem příliš nekonvenovaly. V nálezu tohoto lékaře ze dne 28. 4. 2009 se uvádí: *„nyní opětovně po akceleraci arytmických potíží s nutností akutního vyšetření ve FN Olomouc, opětovně mírné zklidnění, přesto považuji za nezapojitelnou i za ulehčených podmínek.“*. V další lékařské zprávě ze dne 7. 5. 2009 se MUDr. P. V. zmiňuje o těchto skutečnostech: *„úvaha o kardiostimulaci, zatím není příliš přijímána, proto pokus o snížení antiarytmik na nejvyšší možné minimum a holter cca do 4 týdnů.“*. Uvedené poznatky tedy příliš neodpovídají posudkovému závěru posudkové komise v Brně o zlepšení a stabilizaci zdravotního stavu stěžovatelky ani provedené pracovní rekomandaci, podle níž je stěžovatelka schopna fyzické lehčí práce. Tyto, jakož i další zmíněné úsudky uvedené v lékařských zprávách MUDr. P. V., jež zcela nekorespondují zjištěním učiněným oběma posudkovými komisemi, sice nebyly vysloveny posudkovým lékařem a posudkové komise se mohly od nich odchýlit, nicméně musely objasnit, proč tak činí, neboť v opačném případě nemohly být jejich posudkové závěry považovány za přesvědčivé. Tímto způsobem však posudkové komise nepostupovaly, a proto i z tohoto důvodu jejich závěr o zániku plné invalidity stěžovatelky nemůže za dané situace obstát.

S ohledem na všechny uvedené nedostatky je tedy nutné posudky posudkové komise v Ostravě ze dne 13. 2. 2009 a posudkové komise v Brně ze 24. 9. 2009 označit za neúplné a nepřesvědčivé, takže krajský soud pochybil, když z jejich závěrů bez dalšího v nyní projednávané věci vycházel. Toto pochybení přitom mohlo mít za následek nesprávné stanovení míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti stěžovatelky ke dni vydání rozhodnutí žalované a v jeho důsledku i nesprávné posouzení zákonných podmínek plné invalidity ve smyslu § 39 odst. 1 písm. a) zákona o důchodovém pojištění, ve znění účinném do 31. 12. 2009, jako základního předpokladu pro posouzení nároku na plný invalidní důchod, jehož zachování se stěžovatelka dovolává. Pokud by totiž rozhodné zdravotní postižení bylo kvalifikováno podle kapitoly IX, oddílu A, položky 8, písm. c) Přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb., tak by míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti stěžovatelky mohla být s ohledem na další její onemocnění stanovena na samé horní hranici tam uvedeného rozpětí ve výši 60 %, kterou by dále podle § 6 odst. 4 vyhlášky č. 284/1995 Sb. bylo možné zvýšit o 10 % až na konečnou výši 70 %. Přesně takto postupovala posudková komise v Brně v předchozím posudku ze dne 31. 8. 2005, jehož posudkové závěry nebyly kvůli zmíněným pochybením nových posudků posudkových komisí doposud překonány.

V projednávané věci tedy došlo k vadě řízení před soudem, která mohla mít za následek nezákonné rozhodnutí o věci samé, v důsledku čehož byl naplněn důvod kasační stížnosti podle § 103 odst. 1 písm. d) s. ř. s. Nejvyšší správní soud tedy dospěl k závěru, že kasační stížnost je důvodná, a proto podle § 110 odst. 1 věty první s. ř. s. napadený rozsudek zrušil a věc vrátil krajskému soudu k dalšímu řízení. V něm bude soud podle § 110 odst. 3 s. ř. s. vázán právním názorem, který Nejvyšší správní soud vyslovil v tomto zrušovacím rozhodnutí.

V dalším řízení si tedy krajský soud opatří doplňující posudky, ve kterých posudkové komise v Ostravě a Brně odstranění shora uvedené nedostatky svých posudků ze dne 13. 2. 2009 a 24. 9. 2009. Krajský soud je však oprávněn požádat obě posudkové komise o doplnění posudků také v jiných, než naznačených směrech, pokud taková potřeba vyjde v dalším řízení najevo. V závislosti na obsahu takto doplněných posudků pak krajský soud v případě nutnosti zváží i provedení stěžovatelkou požadovaného znaleckého posudku z oboru posudkového lékařství.

V novém rozhodnutí krajský soud podle § 110 odst. 2 věty první s. ř. s. rozhodne i o náhradě nákladů řízení o této kasační stížnosti.

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

V Brně dne 25. srpna 2010

JUDr. Dagmar Nygrínová
předsedkyně senátu