

ČESKÁ REPUBLIKA

ROZSUDEK
JMÉNEM REPUBLIKY

Nejvyšší správní soud rozhodl v senátě složeném z předsedkyně JUDr. Dagmar Nygrínové a soudců JUDr. Marie Turkové a JUDr. Jiřího Pally v právní věci žalobce: **J. P.**, zast. JUDr. Drahomírou Janebovou Kubisovou, advokátkou, se sídlem Blahoslavova 186/II, Mladá Boleslav, proti žalované: **Česká správa sociálního zabezpečení**, se sídlem Křížová 25, Praha 5, v řízení o kasační stížnosti žalobce proti rozsudku Krajského soudu v Praze ze dne 31. 1. 2011, č. j. 43 Cad 162/2009 – 100,

takto:

I. Kasační stížnost **se zamítá.**

II. Žádný z účastníků **nemá** právo na náhradu nákladů řízení o kasační stížnosti.

III. Stát **nemá** právo na náhradu nákladů řízení o kasační stížnosti.

IV. Ustanovené zástupkyni žalobce JUDr. Drahomíře Janebové Kubisové, advokátce, se sídlem Blahoslavova 186/II, Mladá Boleslav, **se přiznává** odměna za zastupování v řízení o kasační stížnosti ve výši 1920 Kč, která jí bude vyplacena z účtu Nejvyššího správního soudu do 60 dnů od právní moci tohoto rozsudku.

Odůvodnění:

Rozhodnutím České správy sociálního zabezpečení (dále jen „žalované“) ze dne 11. 12. 2007, č. X, byl žalobci odňat podle ustanovení § 56 odst. 1 písm. a) zákona č. 155/1995 Sb. (o důchodovém pojištění) v platném znění, od 14. 1. 2008 plný invalidní důchod. V odůvodnění žalovaná uvedla, že podle posudku Okresní správy sociálního zabezpečení v Mladé Boleslavi (dále jen OSSZ) ze dne 30. 11. 2007 není žalobce plně invalidní, neboť z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti o 50 % a nedosáhla tak nejméně 66 %, které jsou

podle § 39 zák. č. 155/1995 Sb. potřebné k uznání (trvání) plné invalidity. Žalobci bylo sděleno, že je nadále toliko částečně invalidní podle § 44 téhož zákona, neboť z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33 % (dosáhla 50 %), přičemž o jeho nároku na částečný invalidní důchod bude rozhodnuto dodatečně.

V žalobě ze dne 27. 12. 2007 žalobce namítal, že jeho zdravotní stav byl nedostatečně zjištěn či chybně posouzen, neboť nadále odpovídá plné invaliditě – naopak se stále zhoršuje. Zdůraznil, že trpí nesnesitelnými bolestmi, zejména pravé nohy, nevydrží sedět ani 20 minut, protože pravou nohu nemůže ohnout, není schopen ani dlouho stát pro bolesti pánve. Má potíže též s levým kolenem po úrazu menisku, artrózu a viklavý kloub (používá ortézu pro nestabilitu). Trpí též hypertenzí, zvýšeným cholesterolem a byl u něho zjištěn cukr v krvi. Bolí jej každý kloub, má křeče v obou nohou, varixy (nosí punčochy), recidivující píštěle na pravé dolní končetině. Užívá řadu léků, po nichž se cítí ospalý a nemůže se soustředit. Problémy mu činí chůze, které je schopen jen o dvou francouzských holích, se sebeobsluhou mu pomáhá manželka. Žádal o přešetření zdravotního stavu a navrhoval, aby soud napadené rozhodnutí žalované zrušil a věc jí vrátil k dalšímu řízení.

Krajský soud v Praze rozsudkem ze dne 11. 4. 2008, č. j. 43 Cad 2/2008 – 26, žalobu zamítl podle ustanovení § 78 odst. 7 zák. č. 150/2002 Sb., soudního řádu správního (dále jen „s. ř. s."), neboť ji shledal nedůvodnou. Vycházel přitom především z obsahu posudku posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, pracoviště v Praze (dále jen PK MPSV) ze dne 26. 2. 2008, podle něhož nebyl žalobce k datu vydání přezkoumávaného rozhodnutí žalované (11. 12. 2007) plně invalidní podle § 39 zák. č. 155/1995 Sb., ale pouze částečně invalidní podle § 44 odst. 1 téhož zákona, následkem úrazu z května 1995. Pokles schopnost soustavné výdělečné činnosti z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu činil totiž více než 33 % potřebných pro částečnou invaliditu, nedosahoval však 66 % odpovídajících invaliditě plné, přičemž u žalobce nešlo ani o schopnost vykonávat pro zdravotní postižení soustavnou výdělečnou činnost jen za zcela mimořádných podmínek ve smyslu přílohy č. 4 k vyhlášce č. 284/1995 Sb.). Narozdíl od lékaře OSSZ v Mladé Boleslavi, který jako rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu žalobce uznal arthrodesu pravého kolena s chronickou osteomyelitidou pravé stehenní a holení kosti s výraznou instabilitou levého kolenního kloubu a s gonarthrosou a podřadil ji pod kapitolu XV., oddíl H, položku 56 písm. f) přílohy č. 2 k vyhl. č. 284/1995 Sb. (kam je zařazeno omezení pohybu v obou kolenních kloubech těžkého stupně oboustranně) a míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti žalobce stanovil na horní hranici v této položce uvedeného rozpětí, tj. 50 %, posudková komise MPSV vyhodnotila totéž dominantní zdravotní postižení stěžovatele jen jako stav po artrodéze pravého kolenního kloubu s chronickou osteomyelitidou s gonarthrozou vlevo druhého stupně dle rentgenu, a pro posudkové účely jej podřadila pod kapitolu XV., oddíl H, položku 52 písm. a) přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb. v platném znění (kam je zařazeno ztuhnutí jednoho kolenního kloubu v příznivém postavení – ohnutí přibližně 10 % -), přičemž míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti stanovila na horní hranici v položce uvedeného rozpětí, tj. 30 % a pro nestabilitu levého kolenního kloubu a chronickou osteomyelitidu (toho času v klidu) zvýšila stanovenou procentní hodnotu podle § 4 odst. 4 cit. vyhlášky o 10 procentních bodů na celkových 40 %. Tuto změnu v posudkovém hodnocení

odůvodnila posudková komise zjištěním, že vlastní hybnost v levém kolenním kloubu nebyla u žalobce omezena. Podle závěru posudkové komise nebyl žalobce k datu vydání rozhodnutí žalované plně invalidní, ale byl pouze částečně invalidní, když byl schopen vykonávat dělnické práce i s částečným využitím kvalifikace, které dosáhl (vyučený zámečník, který pracoval jako strojník a posléze strojník energetických zařízení). Byl schopen též rekvalifikace nebo zaučení k obsluze jednoduchého stroje nebo přístroje i k jednoduchým administrativním pracím.

Proti tomuto rozsudku podal stěžovatel kasační stížnost, v níž zejména zdůraznil, že pro nesnesitelné bolesti a píštěle mu dne 4. 6. 2008 byla pravá noha nad kolenem amputována a je tudíž naprosto vyloučeno, aby jeho zdravotní stav zaznamenal v době, kdy byly vypracovány předmětné posudky a vydáno napadené rozhodnutí žalované či krajského soudu, natolik markantní zlepšení, že by byl schopen soustavné výdělečné činnosti, byť v omezeném rozsahu. Poukázal především na rozpor v hodnocení zdravotního stavu lékařem OSSZ v Mladé Boleslavi a posudkovou komisí MPSV, který podle jeho přesvědčení měl být soudem odstraněn, což se nestalo. Připomněl rovněž, že dne 1. 9. 2008 byl znovu uznán plně invalidním od 16. 6. 2008 a navrhoval, aby Nejvyšší správní soud rozsudek Krajského soudu v Praze zrušil a věc mu vrátil k dalšímu řízení.

Nejvyšší správní soud rozsudkem ze dne 29. 5. 2009, č. j. 4 Ads 184/2008 – 64, požadavku stěžovatele vyhověl, napadený rozsudek krajského soudu zrušil a věc vrátil tomuto soudu k dalšímu řízení. K otázce posouzení zdravotního stavu stěžovatele a jím dochované pracovní schopnosti ku dni vydání přezkoumávaného rozhodnutí žalované, tj. ku dni 11. 12. 2007, m. j. uvedl:

V projednávané věci není pochyb o určení rozhodujícího zdravotního postižení stěžovatele, pochybnosti však přetrvávají ve stanovení míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti tomuto postižení odpovídající a zejména o závěru posudkové komise o předchozích posudkových omylech v případě uznání plné invalidity stěžovatele v roce 1997 a jejím ponecháním v letech následujících po roce 2000. (Nutno na okraj poznamenat, že lékařka OSSZ se ve svém posudku ze dne 30. 11. 2007 důvodem zániku plné invalidity stěžovatele vůbec nezabývala). Posudková komise MPSV hodnotila dominantní zdravotní postižení stěžovatele jako odpovídající kapitole XV. oddílu H, položce 52 přílohy č. 2, kam je zařazeno ztuhnutí jednoho kolenního kloubu v příznivém postavení (ohnutí přibližně 10 %) s mírou poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti 25 – 30 %. Uvedla, že nemůže toto postižení hodnotit podle položky 56 písm. f) téhož oddílu a kapitoly, jak učinila lékařka OSSZ, neboť vlastní hybnost v levém kolenním kloubu omezena nebyla. Nutno dodat, že pod položkou 56 jsou zařazena omezení pohybu v obou kolenních kloubech, s tím, že posudkově významná je především boční nestabilita a omezení extenze. Stupeň RTG změn je posudkově významný, pokud jsou lokalizovány v zátěžové oblasti kloubů. Podle písm.f) jde o omezení pohybu v obou kolenních kloubech těžkého stupně – oboustranné s mírou poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v rozsahu 40 – 50 %. Bez ohledu na rozpor v tomto hodnocení však nutno uvést, že posudková komise (ostatně ani lékařka OSSZ) však neuvádí z jakého důvodu nebylo možno stěžovatelovo zdravotní postižení hodnotit podle kapitoly XV. oddílu H (postižení končetin), kam jsou zařazeny stavy po úrazech nebo operacích skeletu končetin a pánve s protrahovaným a komplikovaným hojením (nedostatečná osifikace, přetrvávající zánětlivé změny, poruchy prokrvení, vychudnutí svalů, poruchy inervace,

Sudeckova dystrofie) s nemožností běžného zatížení postižené končetiny do funkčně uspokojivé úpravy, u nichž míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti činí 50 – 70 %. Soud sám nemá dostatek medicínských znalostí k tomu, aby bez dalšího, tj. bez odborného lékařského podkladu, mohl takové zařazení jako nepřicházející v úvahu vyloučit, nicméně, podle jeho názoru, s přihlédnutím k výše popsanému poúrazovému vývoji stěžovatelova dominantního postižení, se vnucuje (z mnoha lékařských zpráv), že nejvýraznějším postižením stěžovatele nebylo ztuhnutí jednoho kolenního kloubu v příznivém postavení, ale protrahované a komplikované hojení (s dvanácti operacemi) s přetrvávajícími zánětlivými změnami, byť v některém období byly tyto potíže menší, avšak docházelo k akutním dekompenzacím obtížně zvládatelným analgetickou terapií, jak je uváděno v některých lékařských nálezech. Nejvyšší správní soud má zato, že posudková komise z lékařských nálezů, z nich dovozovala předchozí posudkové omyly při uznání plné invalidity zvýraznila jen ty, které svědčily o stabilizaci zdravotního postižení stěžovatele a nepřihlédla k názorům lékařů, zejména ortopedů o přetrvávajícím infektu, obtížně léčitelném, se střídavými píštěly se morálně i tybiálně a zejména k přetrvávajícím bolestem v postižené oblasti. Například v nálezu ortopedické ambulance nemocnice v Mladé Boleslavi z července 2002 se uvádí, že podle CT vyšetření jsou nadále přítomny známky chronické osteomielitidy v femoru i tybii se sekvestry, t. č. v klidové fázi. Byl doporučen trvale šetřící režim, neboť výdělečné schopnosti pacient nebyl zatím schopen. Lékař uvádí, že v současné době jsou všechny léčebné metody využity, zatím není šance, jak pacientův stav zlepšit ohledně mobility, má trvalé klidové bolesti. Všechny tyto skutečnosti pak podle názoru Nejvyššího správního soudu zpochybňují závěr posudkové komise, že v uvedených obdobích existoval u stěžovatele pracovní potenciál, který by mohl být využit. Ve světle toho, co pak později vyšlo najevo, že obtíže stěžovatele vedly až k amputaci pravé dolní končetiny, se pak závěr komise o možnosti využití tohoto pracovního potenciálu jeví o to více zpochybnitelný.

V této souvislosti nelze pominout ani to, že z řady lékařských zpráv založených ve spise vyplývá nejen to, že průvodním jevem navrhovatelova onemocnění jsou nesnesitelné bolesti, ale že k jeho dominantnímu postižení přibyla ještě celá řada potíží interního charakteru (hypertenzní choroba, porucha metabolismu lipidu, hepatopatie), a to nehledě k instabilitě levého kolenního kloubu. Lékaři doporučují fyzické šetření a připomínají, že stěžovatel není schopen fyzické zátěže. Posudková komise nevyhodnotila náležitě ani nález praktické lékařky stěžovatele, která zná komplexně jeho zdravotní stav - MUDr. O. ze dne 10. 10. 2007, nezaujala k němu stanovisko, když jen uvedla, že jde o výčet diagnóz. Přitom uvedená lékařka kromě výčtu diagnóz uvedla, že na jaře 2007 došlo k dekompenzaci chronické osteomielitidy s krutými bolestmi pravé dolní končetiny, pacient je na vysokých dávkách opioidů, a již tehdy bylo uvažováno o amputaci pravé dolní končetiny. K této části nálezu však komise stanovisko nezaujala a stav vyhodnotila jen jako ztuhnutí kolenního kloubu v nepříznivém postavení, umožňující stěžovateli výkon soustavného zaměstnání. Přitom při určování poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se podle § 39 odst. 3 zákona č. 155/1995 Sb. se musí vycházet ze zdravotního stavu pojištěnce, 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. V úvahu je třeba vzít, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující schopnost výdělečné činnosti pojištěnce. Třebaže mezi podmínkami plné invalidity podle úpravy provedené zákonem č. 155/1995 Sb. a podle prováděcí vyhlášky, není již výslovně uvedeno nebezpečí vážného zhoršení zdravotního stavu výkonem soustavného zaměstnání, je zřejmé, že posudková komise by měla rovněž zvážit, že schopností vykonávat práce odpovídající zachovaným tělesným,

smyslovým a duševním schopnostem pojištěnce (tj. schopností vlastní prací dosáhnout výdělek), se neníní výdělečná činnost, která by mohla vyvolat zhoršování zdravotního stavu pojištěnce, tedy vykonávána na úkor jeho zdraví. Pokud ošetřující lékaři takovou možnost naznačují, měla by se k ní posudková komise ve svém posudku rovněž vyjádřit. Za této situace považuje Nejvyšší správní soud podanou kasační stížnost za důvodnou ve smyslu ustanovení § 103 odst. 1 písm. d) s. ř. s., neboť posudek, z něhož krajský soud vycházel byl neúplný, což představuje vadu řízení, která moha mít za následek nezákonné rozhodnutí o věci samé.

Krajskému soudu bylo uloženo, aby v dalším řízení požádal posudkovou komisi MPSV ČR v Praze o doplňující posudek, v němž se komise s naznačenými otázkami vypořádá, provede příslušná posudková zhodnocení a odstraní dosavadní pochybnosti o zdravotním stavu a pracovní schopnosti stěžovatele.

Krajský soud v Praze, řídě se pokyny Nejvyššího správního soudu, nejdříve vyžádal posudek posudkové komise MPSV ČR v Praze. Požadovaný posudek byl vypracován dne 5. 1. 2010, přičemž k jeho vypracování posudková komise (za přítomnosti odborného ortopeda) vycházela z odborných lékařských vyšetření, která jsou součástí spisové dokumentace OSSZ v Mladé Boleslavi a zdravotnické dokumentace praktické lékařsky MUDr. M. O. V rekapitulaci vývoje dominantního zdravotního postižení stěžovatele uvedla, že stěžovatel byl uznán částečně invalidním pro stav pro distorzi pravého kolena s lézí kolaterálního tibiálního vazu a poškození tibiálního menisku, stav byl řešen opakovaně operačně, podle ortopedického vyšetření byl pohyb pravého kolena 0 – 110°, abdukce 30°, tj. hybnost prakticky v normě, stoj na pravé dolní končetině byl stabilní. Při kontrolní lékařské prohlídce (dále též KLP) v září 1997 byl podle ortopedického nálezu téhož lékaře pravý kolenní kloub lehce oteklý, bez náplně, volně pohyblivý (0 - 120°) s výraznou pohmatovou citlivostí a mediální nestabilitou. Výhledově byla plánována totální endoprotéza. Podle názoru posudkové komise nedošlo ke zhoršení funkce pravého kolena, úraz byl zhojen, došlo k obvyklému rozvoji poúrazových znetvořujících kloubních změn, ty však funkci kloubů významně neomezovaly. Nebyly objektivizovány přetrvávající zánětlivé změny či porucha prokrvení, či vychudnutí svalu. Nejednalo se tudíž o protrahované a komplikované hojení po úrazu pravého kolenního kloubu, proto komise dospěla k závěru, že plná invalidita byla přiznána posudkovým omylem. Při KLP v září 1999 šlo o stav po implantaci TEP s pooperační zánětlivou infekční komplikací – osteomyelitidou, která byla řešena léčbou antibiotiky a posléze odstraněním TEP. Následně se zdařilo infekci antibiotiky zklidnit a byla nasazena vyhovující ortéza. Zánět byl tedy zhojen, funkce kloubu odpovídala stavu po odstranění TEP a opět nebyla dlouhodobě přítomna posudková kritéria pro hodnocení podle kapitoly XV. oddíl G položka 1 příl. č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb. v tehdy platném znění. Při KLP v říjnu 2000 byl hodnocen ortopedický nález MUDr. S. z července téhož roku, podle něhož bylo pravé koleno po léčebné artrodéze (ztužení) z listopadu 1999, přetrvávala píštěl po šroubu zevní fixace v horní části femuru. Objektivně byl kolenní kloub v dézovém postavení s lehkou flexí a valgozitou, déza byla pevná. Byla podchycena sekrece z píštěle přední části distálního femuru artrofické změny celé přední strany kolenního kloubu. Stav byl hodnocen jako trvalý s nutností šetření, s poruchou stereotypu chůze a hybnosti odpovídající ztrátě funkce kolenního kloubu. Trvalo riziko intermitentních recidiv infektu. Toto vyšetření svědčilo pro zhojený pooperační stav, chronická osteomyelitida byla v klidu, bez hnisavé sekrece. Opět se tedy nejednalo o zdlouhavé a komplikované

hojení, protože déza byla zhojena, přetrvávaly pouze známky chronické osteomyelitidy s občasnými lokálními exacerbacemi. Z prakticky týchž medicínských důvodů posudkové komise nesouhlasila ani s ponecháním plné invalidity při kontrolní lékařské prohlídce v říjnu 2002, nesouhlasila s posudkově laickým názorem ortopeda o neschopnosti jakéhokoliv pracovního zařazení. Podle jejího přesvědčení byl z posudkově medicínského hlediska stěžovatel nepochybně schopen k zaučení nebo rekvalifikaci k obsluze jednoduchého stroje nebo přístroje s možností střídání sedu a stoje nebo k jednoduchým pracem spíše administrativního charakteru. Stejně tak podle jejího názoru byla plná invalidita ponechána posudkovým omylem i v říjnu 2004, neboť podřazení dominantního zdravotního postižení pod kapitolu XV., oddíl H položka 56 písm. g) přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1996 Sb. neodpovídalo zdravotnímu stavu, neboť podle ortopedického vyšetření MUDr. P. Š. z července 2004 bylo léčebné ztuhnutí pravého kolenního kloubu v příznivém postavení, levý kolenní kloub nebyl vybočen a nebyl deformován, viklavost tohoto kloubu byla kompenzovatelná ortézou a jeho hybnost nebyla omezena. Podle vyšetření z ambulance bolesti MUDr. Ž. ze srpna 2004 byly bolesti relativně dobře kontrolovány medikamentózně, nežádoucí účinky nezjištěny, objevila se píštěl s hnisavou sekrecí, ale i ta byla uzavřena. Stav byl komplikován patologickou osobností (nespolehlivé užívání doporučené medikace, váznoucí spolupráce).

K námitkám Nejvyššího správního soudu posudková komise MPSV uvedla, že bolest je subjektivním prožitkem objektivně prakticky nezměřitelným, odvislým od osobnosti nemocného a prahu jeho tolerance k bolestivým prožitkům. Bolesti jsou obecně z posudkového hlediska brány v úvahu. Lékař OSSZ v Mladé Boleslavi v posudku ze dne 25. 9. 1997 nevycházel z nálezu ortopedické kliniky, v němž nejsou objektivizovány přetrvávající zánětlivé změny, porucha prokrvení, vyhubnutí svalu a nemožnost běžného zatížení končetiny, naopak byla objektivizována dobrá funkce pravého kolena. Oproti roku 1996 nebylo objektivizováno takové zhoršení pracovního potenciálu, které by stěžovateli bránilo ve výkonu soustavné výdělečné činnosti. Posudková komise ještě vysvětlila, že osteomyelitida – zánět kortikální kosti a kostní dřeně – může recidivovat opakovaně nebo až po mnoha letech. Stejně jako u jakéhokoliv jiného chronického onemocnění nelze hovořit ani o vyléčení tohoto chronického onemocnění, ale pouze o jeho převedení do klidového stádia. Onemocnění probíhá ve třech různých formách: 1) zánět se uklidní, ale z odstupem několika měsíců až let recidivuje, píštěl nevznikne nebo se objevuje pouze intermitentně; 2) zánět zůstává v klidu, ale trvá fistulace; 3) přetrvává píštěl a dochází k exacerbacím. Onemocnění je dlouhodobé, často trvá celý život, nezřídka končí i ztrátou končetiny. Při oslabení imunitního systému dochází k exacerbaci zánětu. Postižená část kosti sklerotizuje a dochází k její přestavbě, tvorbě dutin, defiguraci kosti a zúžení až obliteraci dřeňové dutiny. V klidovém stádiu jsou klinické známky minimální, stejně jako v laboratorním vyšetření je pouze lehká nespecifická elevace zánětlivých parametrů. K jejich výraznějšímu zhoršení dochází při exacerbaci procesu. Z uvedeného vyplývá, že stěžovatel trpěl chronickou osteomyelitidou (po infektu zaneseném při implantaci TEP), zánět byl zklidnitelný antibiotickou léčbou, odstranění infikované TEP bylo rovněž zákrokem léčitelným. Občasně docházelo k akutnímu znovzplanutí zánětu, otevření píštěle a k odchodu zánětlivého sekretu, vedle léčby antibiotiky byly indikovány i chirurgické zákroky k vypuštění hnisavého ložiska. Stejně jako u jiných vleklých poruch zdraví, je z posudkového hlediska akutní znovuvzplanutí onemocnění stavem léčitelným. Porucha funkce pravého kolenního kloubu po léčebné artrodéze byla stavem trvalým, dále

aktuálně neléčitelným. Uvažovaná eventuelní amputace pravé dolní končetiny nad kolenem z léčebných důvodů byla z posudkově medicínského hlediska nevýznamná, protože nelze uznat jakoukoliv invaliditu do budoucnosti (k datu vydání napadeného rozhodnutí žalované šlo pouze o úvahu ošetřujících chirurgů, datum realizace nebylo stanoveno, kromě toho stav po amputaci dolní končetiny nad kolenem je podle příl. č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb., v platném znění, posudkově hodnocen jako zdravotní postižení značně ztěžující obecné životní podmínky podle příl. č. 4 k výše uvedené vyhlášce, tedy jako onemocnění podmiňující, částečnou invaliditu. Pokud by posudková komise samostatně posudkově hodnotila osteomyelitidu, pak jako zdravotní postižení lehkého stupně podle kapitoly XV., oddíl C, položka 3 písm. a) výše uvedené přílohy, neboť zánět byl lokalizovaný, s nepatrnou aktivitou a s občasným hnisáním. Nebyly podchyceny příznaky odpovídající střednímu nebo těžkému stupni onemocnění. Posudková komise uzavřela, že k datu vydání přezkoumávaného rozhodnutí nebyl stěžovatel plně invalidní ve smyslu § 39 zákona č. 155/1995 Sb., ve znění zákona č. 134/1997 Sb., ale toliko částečně invalidní podle § 44 odst. 1 téhož zákona, a to následkem úrazu z května 1995.

Vzhledem k nepřesvědčivosti posudku posudkové komise MPSV spočívající zejména v absenci stanoviska, zda a jaký vliv na posudkový závěr o neexistenci stěžovatelovy plné invalidity k datu vydání přezkoumávaného rozhodnutí žalované (11. 12. 2007) má skutečnost, že s odstupem 6 měsíců od tohoto data došlo k amputaci pravé dolní končetiny ve stehně, pro níž byl následně stěžovatel uznán plně invalidním (od 16. 6. 2008), vyžádal si krajský soud znalecký posudek znalce z oboru posudkového lékařství MUDr. Antonína Šedivého, jemuž pro vypracování posudku umožnil přibrat konzultanta specialistu – odborného ortopeda.

Znalec MUDr. Antonín Šedivý po zevrubné rekapitulaci soudního i správního spisu a v něm založených jednotlivých lékařských nálezů, jakož i po rekapitulaci zdravotní dokumentace praktické lékařky stěžovatele MUDr. M. O. a chorobopisu Klaudiánovy nemocnice v Mladé Boleslavi (kde došlo k amputaci pravé dolní končetiny stěžovatele dne 4. 6. 2008) v posudku především upozornil na dva rozporné posudky lékařky OSSZ v Mladé Boleslavi ze dne 25. 9. 1997, které byly vypracovány na podkladě téhož lékařského nálezu. Jeden posudek uznal invaliditu částečnou, druhý invaliditu plnou, aniž by ve spise bylo zdůvodnění, proč se tak stalo. Teprve ve zprávě psychiatra MUDr. F. ze dne 4. 5. 2010 je zapsán pacientův údaj, že k uznání plné invalidity tehdy došlo po jeho stížnosti. V posudku přitom chybí zdůvodnění zásadní změny posouzení vypracovaného na podkladě téže dokumentace. Naopak uznání plné invalidity posudkem lékařky téže OSSZ ze dne 18. 9. 1999 v situaci, kdy byla vyjmuta implantovaná TEP z kolene po infekci, označil znalec za přesvědčivé. Její vznik lze nejspíše klásti ke dni extrakce, tj. 22. 4. 1999. Uznání plné invalidity bylo pak indikováno i k datu 3. 10. 2000, kdy byl vypracován další posudek lékařky téže OSSZ na podkladě ortopedických lékařských zpráv z 18. 7. a 27. 9. 2000. MUDr. S. uzavřel svůj nález názorem, že pacient není schopen trvalé výdělečné činnosti a MUDr. D. poukázal na odstup 2,5 týdne od trepanace osteomyelitického ložiska ve stehenní kosti. Vzhledem k neukončené radikální léčbě osteomyelitidy bylo ponechání plné invalidity namístě. K oprávněnosti závěru uznání plné invalidity lékařskou OSSZ v Mladé Boleslavi v posudku ze dne 22. 10. 2002 a 6. 10. 2004 se znalec výslovně nevyjadřuje.

Znalec posléze za účasti přibraného konzultanta ortopeda se po zhodnocení příslušné části zdravotní dokumentace přiklonil k názoru, že posudek lékařky OSSZ ze dne 30. 11. 2007, jímž byl stěžovatel po 10 letech uznávání plné invalidity uznán již pouze částečně invalidním, byl náležitě podepřen lékařskými zprávami, jež byly v době jejího jednání k dispozici. Lékařka zmiňuje obsah z 6 zpráv odborných lékařů z let 2004 – 2007, včetně popisu somatického vyšetření účastníka řízení praktickou lékařkou MUDr. O. ze dne 10. 10. 2007. Znalec připomíná, že ve zprávě uvedenou dekompenzaci chronické osteomyelitidy na jaře 2007 s krutými bolestmi pravé dolní končetiny se nepodařilo potvrdit z jiných zdrojů. Není totiž doložen žádný ortopedický nález z počátku roku 2007, ve spise jsou jen nálezy z 18. 8. 2005 a 17. 8. 2006. Algesiologických nálezů MUDr. Ž. je doloženo z roku 2007 celkem pět, ale žádný z nich nedokládá zhoršení obtíží, jež by vyžadovalo zesílení léčby.

K závěrům posudku posudkové komise MPSV v Praze ze dne 26. 2. 2008, který byl vypracován pro účely tohoto přezkumného řízení soudního, po přešetření zdravotního stavu stěžovatele v komisi přítomným ortopedem, znalec uvedl, že pokud za rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu stěžovatele byl uznán stav po artodeze pravého kolenního kloubu s chronickou osteomyelitidou a byl posouzen podle kapitoly XV., oddílu H položky č. 52 písm. a) příl. č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb., jakožto ztuhnutí jednoho kolenního kloubu v příznivém postavení (ohnutí přibližně 10°) s mírou poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v rozsahu 30 %, která byla navýšena pro další zdravotní postižení o nejvýše možných dalších 10 % na celkových 40 %, pak je toto posudkové hodnocení odpovídající. Správně byly zhodnoceny diagnózy chorob interních, jejichž projevy jsou ordinovanou léčbou prakticky normalizovány. Podle znalce se posudková komise správně velmi rezervovaně postavila k subjektivním údajům posuzovaného o bolestech pravého kolena, jimiž a pro něž je léčen na specializovaném oddělení. Posudková komise naopak podcenila postižení levého kolena, které ve výčtu diagnóz figuruje na druhém místě „gonartróza vlevo druhého stupně dle RTG“. Objektivní nález a obtíže z něj vyplývající jsou podle přešetření stěžovatele během jednání výraznější, než odpovídá izolované artróze druhého stupně, jež zpravidla dovoluje neomezenou možnost chůze. Nicméně dovodil, že v rámci posuzování zdravotního stavu podle příl. č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb. nemá toto podhodnocení funkční zdatnosti levého kolena stěžovatele vliv na celkové ohodnocení míry poklesu jeho schopnosti soustavné výdělečné činnosti, neboť vyhláška přikazuje procentně hodnotit jen jednu nejzávažnější příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a pro všechny další zdravotní postižení či jiné vlivy tuto hodnotu zvýšit jen o dalších 10 procentních bodů.

Znalec MUDr. Antonín Šedivý i jeho konzultant po rekapitulaci vývoje zdravotního stavu stěžovatele došli k poznatku, že tento byl přijatelně stabilizovaný od roku 2000 po zklidnění osteomyelitidy do počátku roku 2008. Déza pravého kolena byla v příznivém postavení, stabilní, pokožka nad ní klidná, osteomyelitida jen s ojedinělými píštělemi, bez alterace celkového stavu organizmu (např. zpráva MUDr. P. z 21. 2. 2003). Udávané bolesti byly diskutabilní, časté lékařské zprávy algesiologa MUDr. Ž. je sice uvádějí, ale pominout nelze jeho zprávu ze dne 6. 10. 2004, že stav je komplikován patologickou osobností pacienta, bez valné naděje na zlepšení. Zpráva téhož lékaře ze 17. 1. 2007 uvádí, že pacient netoleruje výměnu léků proti bolestem a stále uvažuje o amputaci pravé dolní končetiny. Novější zpráva téhož lékaře z 26. 3. 2008 popisuje oblast artrodézy

bez píštělí a bez sekrece. Přesto za 13 dnů po vyhlášení rozsudku Krajského soudu v Praze (11. 4. 2008) ortoped MUDr. P. Š. objednává žalobce na amputaci pravé dolní končetiny, což bylo realizováno dne 4. 6. 2008. Ještě po přijetí do nemocnice, těsně před amputací se na pravém koleni popisuje déza pevná, kožní kryt klidný, periferie bez deficitu a laboratorní vyšetření z téhož dne mimo jiné prokazuje nízkou hodnotu C – reaktivního proteinu, jež nesvědčí pro aktivní bakteriální zánět. Nelze proto podle znalce vyloučit, že podnět k amputaci vyšel spíše od pacienta, než od lékařů.

Znalec též zvážil vývoj zdravotního postižení stěžovatele po provedené amputaci a zdůrazňuje, že s odstupem více než 1,5 roku od jejího provedení v distální třetině stehna je zřejmé, že zdravotně tento zákrok stěžovateli neprospěl. Chůzi na protéze nezvládl, přibral na váze a stal se převážně závislým na vozíku. Bolesti mu zůstaly, byť se změnily na fantomové a dokonce i sekrece z amputačního pahýlu občas přetrvává. Přistupují i další nemoci, např. ischemická nemoc srdeční, jež se manifestovala lehčím srdečním infarktem v souvislosti s předávkováním léky a byla kompenzována implantací stenu do zúžené věnčité tepny srdeční. Nelze opomenout ani smíšenou poruchu osobnosti zjištěnou psychiatrickým vyšetřením ze dne 4. 5. 2010, která zde existovala mnoho let, jen nebyla prokázána odpovídajícím vyšetřením. Znalec dále uvedl, že krátce po amputaci pravé dolní končetiny byl žalobce uznán plně invalidním posudkem lékařky OSSZ v Mladé Boleslavi z 1. 9. 2008, což je po věcné stránce správné. Na přelomu let 2007/2008, kdy byl žalobce uznáván částečně invalidním, byl však jeho zdravotní stav zřetelně příznivější, takže tehdy uznávanou částečnou invaliditu lez označit za odpovídající jemu zdravotnímu stavu i tehdejším posudkovým hlediskům. K dotazům krajského soudu formulovaným v usnesení o ustanovení znalce, odpověděli oba znalci shodně, že k datu vydání rozhodnutí žalované ze dne 11. 12. 2007, měl stěžovatel operací (dézou) zpevněné pravé koleno v příznivém postavení a jeho pravá dolní končetina byly dobře nosná. Chronický zánět části stehenní a holenní kosti přiléhajících k déze byl po roce 2000 zklidněn a frekvence zmiňovaných píštělí se sekrecí hnisu nebyla dokládána jako častá. Levé koleno bylo sice pohyblivé, ale nepevné – proto žalobce na něm nosil ortézu a pohyb v koleni byl bolestivý. V anamnéze udávaný stav po šesti operacích tříselných kýl nepůsobí obtíže, po interní stránce byla dokládána léčbou dobře korigovaná hypertenze, posudkově nevýznamná porucha metabolismu lipidů a blíže nespecifikovaná hepatopatie. Udávané bolesti byly od roku 2002 léčeny na specializovaném oddělení. Tuto léčbu komplikovala smíšená porucha osobnosti. Mobilita se výrazně a trvale zhoršila po amputaci pravé dolní končetiny ve stehně. Tento stav je aktuálně rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu stěžovatele, neboť dosud nezvládl chůzi s protézou. V době platnosti vyhlášky č. 284/1995 Sb. bylo indikované takové postižení posuzovat (s přihlédnutím § 6 odst. 6 vyhlášky) podle kapitoly XV., oddílu H položky 1 přílohy č. 2 vyhlášky a v rámci tam stanoveného rozpětí míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti 50 - 70 % je hodnotit maximem, s přihlédnutím k dalším zdravotním postižením, zejména k nestabilitě kolena levé dolní končetiny. Podle přílohy k vyhlášce č. 359/2009 Sb., platné od 1. 1. 2010, je posouzení míry poklesu pracovní schopnosti obdobné podle kapitoly XV., oddíl B položka č. 1 a s mírou poklesu pracovní schopnosti 70 %. Vznik plné invalidity lze klást k datu 17. 6. 2008, kdy byl stěžovatel vyšetřen operatérem MUDr. B. S uvážením patnáctiletého odstupu od posledního výkonu zaměstnání a stále se zhoršujícího zdravotního stavu stěžovatele, nepokládal znalec za potřebné vyjadřovat se k pracovní rekomandaci.

Krajský soud v Praze vzal doplňující posudek uvedené posudkové komise a zejména pak závěry znaleckého posudku znalců MUDr. Antonína Šedivého a MUDr. Luďka Žmolíka za podklad pro svá skutková zjištění a právní posouzení věci a se závěry v něm uvedenými se zcela ztotožnil. Vyslovil přesvědčení, že posudková komise zodpověděla všechny otázky, které nastolil Nejvyšší správní soud a učinil tak též znalec ve svém obsáhlém znaleckém posudku, vypracovaném ve spolupráci se znalcem ortopedem. Jak posudková komise, tak i znalci dospěli ke shodnému závěru, že k datu vydání přezkoumávaného rozhodnutí žalované nebyl stěžovatel plně invalidní podle § 39 zákona č. 155/1995 Sb., ale pouze částečně invalidní, neboť pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav podmíněný především stavem po artrodéze pravého kolenního kloubu s chronickou osteomyelitidou a gonartrózou druhého stupně hodnotitelným podle kapitoly XV., oddílu H položky 52 písm. a) přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb. v tehdy platném znění, poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti o 30 % (tj. na horní hranici rozpětí stanoveného v této položce), přičemž pro nestabilitu levého kolenního kloubu a chronickou osteomyelitidu bylo nutno hodnotu zvýšit podle § 6 odst. 4 cit. vyhlášky o 10 procentních bodů na celkových 40 %. Stěžovatel byl tudíž jen částečně invalidní podle § 44 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., neboť pokles jeho schopnosti soustavné výdělečné činnosti z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu překračoval zákonem požadovaných 33 % pro částečnou invaliditu, nedosahoval však 66 % odpovídajících plné invaliditě a u stěžovatele nešlo ani o schopnost vykonávat pro zdravotní postižení soustavnou výdělečnou činnost jen za zcela mimořádných podmínek. Krajský soud dále přihlédl k závěru znalce, podle něhož byl žalobce plně invalidním až od data 17. 6. 2008, kdy se jeho mobilita výrazně a trvale zhoršila po amputaci pravé dolní končetiny ve stehně dne 4. 6. 2008. Napadené rozhodnutí žalované bylo tudíž podle názoru krajského soudu vydáno v souladu se zákonem a proto žalobu proti němu podanou podle ustanovení § 78 odst. 7 s. ř. s. zamítl.

Proti tomuto rozsudku podal stěžovatel včas kasační stížnost, kterou posléze doplnil prostřednictvím soudem mu ustanovené zástupkyně. Vyslovil přesvědčení, že závěry posudkové komise vyjádřené v posudku ze dne 5. 1. 2010 neobstojí ani ve spojení s obsahem znaleckých posudků znalců MUDr. Antonína Šedivého ze dne 13. 10. 2010 a MUDr. Luďka Žmolíka ze dne 12. 10. 2010. Oba znalci sice došli k závěru, který by sám o sobě rozhodnutí o nepřiznání plné invalidity odůvodnil, nicméně žalobce má za to, že ani jeden z nich neposoudil jeho zdravotní stav komplexně, neboť pokud by tak učinil, nepochybně by musel dojít k opačným závěrům. V těchto znaleckých posudcích jsou navíc informace, které vedou k naprosto opačnému rozhodnutí než je přiznání pouze částečného invalidního důchodu. Stěžovatel má na mysli konkrétně otázku pracovní rekomandace, kdy znalec MUDr. Antonín Šedivý konstatuje, že„ *s uvážením patnáctiletého odstupu od posledního výkonu zaměstnání a stále se zhoršujícího zdravotního stavu nyní 53-letého žalobce není formulace pracovní rekomandace účelná*“. Stěžovatel z toho dovozuje, že znalec si je vědom nemožnosti zapojení stěžovatele do pracovního procesu i s ohledem na skutečnost, že v důsledku svých zdravotních omezení na trhu práce nefiguruje již řadu let. Připomíná v této souvislosti názor Nejvyššího správního soudu vyslovený v rozsudku ze dne 29. 5. 2009, č. j. 4 Ads 184/2008 – 64, že při určování poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti musí být vycházeno ze zdravotního stavu pojištěnce, doloženého výsledky funkčních vyšetření a z jeho schopnosti vykonávat práce odpovídající zachovaným

tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, přičemž posudková komise musí zvážit, že takovou činností se nemíní činnost, která by mohla vyvolat zhoršování zdravotního stavu pojištěnce, tedy vykonávaná na úkor jeho zdraví. Stěžovatel vyjadřuje přesvědčení, že v této části krajský soud rozsudek Nejvyššího správního soudu nerespektoval a těmito aspekty se nezabýval. V této souvislosti zdůrazňuje, že nebylo možné, aby v době rozhodování posudkové komise vykonával jakoukoliv soustavnou výdělečnou činnost, neboť dle jeho ošetřujícího lékaře nebyl schopen delšího stoje a sedu. Posudková komise se těmito skutečnostmi nezabývala, nerespektovala lékařskou zprávu MUDr. Šedivého ze dne 4. 12. 2007, v níž je připomenuto též postižení levého kolene a konstatován fakt, že stěžovatel je výrazně lokomočně postižen, a to nejen ve smyslu nemožnosti dlouhodobého stání, ale též sezení. Činnosti, které posudková komise shledala pro něho jako vhodné, tedy jednoduchá administrativní činnost či obsluha jednoduchého stroje s ohledem na shora uvedené skutečnosti nebyly při nejlepší vůli stěžovatele realizovatelné. Z posudku rovněž není zřejmé, jakým způsobem se posudková komise vypořádala s bolestmi žalobce, přestože tyto připouští jako skutečnost, která je brána z posudkového hlediska v úvahu. Poukazuje dále na přílišnou tvrdost rozhodnutí žalované, když v jeho případě nebylo podle posudkové komise dosaženo potřebné míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v rozsahu 66 %, přestože v případě žalobce byla zjištěna celá řada posudkově významných skutečností, které na tento pokles měly vliv. Stěžovatel je tedy přesvědčen, že stále nebyl posouzen jeho zdravotní stav úplně, což odůvodňuje podání kasační stížnosti podle § 103 odst. 1 písm. d) s. ř. s. Navrhuje, aby Nejvyšší správní soud rozsudek krajského soudu zrušil a věc vrátil tomuto soudu k dalšímu řízení.

Žalovaná se podle obsahu spisu ke kasační stížnosti nevyjádřila, jen v omluvě k Nejvyšším soudem nařízenému jednání uvedla, že prostudovala způsob a průběh posouzení zdravotního stavu žalobce a konstatovala, že závěr soudního znalce MUDr. A. Šedivého není důvodu zpochybňovat, neboť v něm nejsou žádné rozpory; proto účast zástupce žalované při výslechu znalce označila za zbytečnou.

Nejvyšší správní soud rozhodl o kasační stížnosti stěžovatele při jednání nařízeném k provedení výslechu znalce MUDr. Antonína Šedivého na den 28. 3. 2012. Napadený rozsudek přezkoumal z hledisek uvedených v ustanovení § 109 odst. 3 a 4 s. ř. s., vázán rozsahem a důvody uvedenými v kasační stížnosti a po doplnění dokazování výslechem znalce dospěl k závěru, že kasační stížnost není důvodná.

Z textu kasační stížnosti je zřejmé, že se stěžovatel dovolává výslovně důvodu uvedeného v § 103 odst. 1 písm. d) soudního řádu správního.

Podle § 103 odst. 1 písm. d) lze kasační stížnost podat z důvodu tvrzené nepřezkoumatelnosti spočívající v nesrozumitelnosti nebo nedostatku důvodů rozhodnutí, popř. v jiné vadě řízení před soudem, mohla-li mít taková vada za následek nezákonné rozhodnutí o věci samé.

Se stěžovatelem lze souhlasit v tom, že všechny jeho kasační námitky jsou podřaditelné pod jím uplatněný důvod kasační stížnosti podle § 103 odst. 1 písm. d) s. ř. s. Namítal totiž, že jak posudková komise tak znalci neposoudili jeho zdravotní stav komplexně, neboť pokud by tak učinili, nepochybně by museli dojít k závěrům o výší

míře poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Tímto způsobem tedy stěžovatel zpochybňoval závěr o objektivním a přesvědčivém posouzení svého zdravotního stavu a pracovní schopnosti, který učinil krajský soud. V tomto směru je možno poukázat na judikaturu Nejvyššího správního soudu, podle níž *„neúplně 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 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 řízení ve smyslu § 103 odst. 1 písm. d) s. ř. s.“* – viz rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 25. 9. 2003, č. j. 4 Ads 13/2003 – 54, publikovaný pod č. 511/2005 Sb. NSS.

Nejvyšší správní soud pokládá za potřebné na tomto místě připomenout vše, co k otázce zániku stěžovatelovy plné invalidity k datu vydání přezkoumávaného rozhodnutí žalované, tj. k datu 11. 12. 2007, uvedl ve svém předchozím rozsudku ze dne 29. 9. 2009, č. j. 4 Ads 184/2008 – 64, zejména na tam vyslovené pochybnosti o stanovení míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti stěžovatele odpovídající jeho dominantnímu zdravotnímu postižení (tj. jeho podřazení pod příslušnou položku kapitoly XV., přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb., stanovení míry poklesu tomuto postižení odpovídající), jakož i vlivu ostatních zdravotních postižení či jiných příčin na celkový pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Odkazuje též na pochybnosti vyslovené ohledně důvodu zániku plné invalidity, kterou posudková komise MPSV v Praze spatřovala v předchozích posudkových omylech v případě uznání plné invalidity stěžovatele v roce 1997 a jejím ponechání v letech následujících po roce 2000. Krajskému soudu bylo uloženo, aby tyto pochybnosti odstranil také především s přihlédnutím k tomu, co později – po vydání přezkoumávaného rozhodnutí vyšlo najevo – totiž že obtíže stěžovatele vedly až amputaci pravé dolní končetiny a to s odstupem pouhých šesti měsíců od odnětí plného invalidního důchodu a uznání toliko částečné invalidity.

Již v předchozím zrušujícím rozsudku Nejvyšší správní soud zdůraznil, že jde-li o nárok na dávku důchodového pojištění podmíněný nepříznivým zdravotním stavem, je rozhodnutí soudu o něm závislé především na odborném lékařském posouzení, k němuž jsou v přezkumném soudním řízení ve věcech důchodového pojištění povolány ze zákona posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí (§ 4 odst. 2 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení v platném znění).

U pojištěnce, který byl v minulosti uznán invalidním (ať již plně či částečně) a nyní je mu tento důchod odnímán, musí být v posudku na základě úplné klinické diagnózy vyjádřeno, v čem došlo ke zlepšení jeho zdravotního stavu ve srovnání se zdravotním stavem v době, kdy mu byl odnímaný důchod přiznán (či opakovaně ponechán), nebo v něm musí být přesvědčivě s odkazem na příslušné lékařské nálezy odůvodněno, co jinak vedlo posudkovou komisi k závěru, že již občana nepokládá za invalidního, ale pouze částečně invalidního (může to být např. v případě předchozího posudkového omylu). Již tehdy Nejvyšší správní soud zdůraznil, že nesdílí závěry krajského soudu o úplnosti a přesvědčivosti posudku posudkové komise MPSV v Praze ze dne 26. 2. 2008, a to nejen

vzhledem k dalšímu vývoji stěžovatelova dominantního zdravotního postižení, tj. artrodézy pravého kolenního kloubu s přetrvávající osteomyelitidou, kdy s odstupem pouhých tří měsíců po podání posudku musela být stěžovateli pravá dolní končetina amputována, ale i vzhledem k nedostatečně odůvodněnému závěru komise o předchozím posudkovém omylu v případě uznání plné invalidity stěžovatele v roce 1997 a jejím opakovaném ponechání v letech dalších. Všechny tyto nedostatky měly pak být v dalším řízení odstraněny.

Krajský soud v Praze se snažil chybějící náležitosti posudku doplnit vyžádáním dalšího posudku téže posudkové komise a poté též vyžádáním posudku znalce z oboru posudkového lékařství. Nejvyšší správní soud pro potřebu doplnění některých chybějících náležitostí jak posudku posudkové komise MPSV v Praze, tak i posudku znalců. Za tím účelem Nejvyšší správní soud vyslechl znalce MUDr. Antonína Šedivého, který ve své výpovědi před soudem ztvrdil závěry svého znaleckého posudku a k vývoji zdravotního postižení na pravé dolní končetině stěžovatele doplnil, že stěžovatel byl uznán plně invalidním v poměrně mladém věku (40 let) kdy mu byla implantována endoprotéza do pravého kolena. Endoprotézy do kolena jsou přitom mnohem složitější než endoprotézy do kyčle. Zřejmě při zákroku došlo k nějakému pochybení, pravděpodobně na straně zdravotnického zařízení, neboť po několika měsících byla zjištěna infekce v endoprotéze a ta musela být vyňata. Stěžovatel byl nějakou dobu bez endoprotézy a dostal do místa operace tzv. spacer, což je kousek porézní plastické hmoty nasycený antibiotiky a zánět se podařilo zpevnit a zklidnit. Potom lékaři stav vyřešili fixací - artrodézou. Tak se povedla, byla udělána v optimálním postavení a v podstatě s touto artrodézou stěžovatel fungoval až do června 2008, „kdy si nechal nohu amputovat“. Znalec podle psychiky stěžovatele, tak jak byla popsána v psychiatrickém nálezu, který též citoval v závěru posudku, usuzoval, že žalobce zřejmě o invaliditu usiloval (byl uznán invalidním v podstatě na základě stížnosti v roce 1997 jak sám připustil). Stěžoval si stále na bolesti, jejichž existenci je dle znalce obtížné prokázat a nakonec opakovaně naznačoval, „že by si tu nohu nechal uříznout“, což se taky stalo. Z obsahu vyžádaného chorobopisu – zprávy z chirurgie, kde mu byla noha amputována, však při vstupním vyšetření bylo zjištěno, že déza je klidná a pevná, nejsou žádné známky píštěle nebo zánětu a zkouška na reaktivní protein byla zcela v normě. Podle znalce nebyl lékařský důvod pro amputaci končetiny, neboť pacient s ní mohl dále docela dobře fungovat. Skutečně také poté, co došlo k amputaci, se stav výrazně zhoršil, jednak zánět vzplanul, žalobce se nenaučil chodit na protéze, přibral na váze a v podstatě se stal vozíčkářem. K dotazu soudu, zda je vůbec možné, aby končetina mohla být amputována jen na přání pacienta, bez náležitého ověření medicínských důvodů k takovému zásahu, znalec uvedl, že lékaři se v zásadě snaží pacientovi vyhovět, pokud pacient uvádí řadu stížností a žádá o amputaci, není vyloučeno, že je mu uvěřeno a k zásahu dojde. Pokud jde o žalobcem tvrzené nesnesitelné bolesti, znalec uvedl, že algeziolog MUDr. Ž. používal jak opiáty tak i méně důrazné léky, ale pacient si zřejmě vypěstoval na těchto analgeticích určitou závislost, přičemž výměnu léků odmítal. Znalec závěrem zdůraznil, že pokud je endoprotéza a fixace kloubů klidná a pevná, není v místě upevnění žádný pohyb, tak není důvodu, proč by končetina měla nějak zvlášť bolet. Dráždění nervových zakončení nastává při pohybu, což by v případě stěžovatele bylo uvěřitelné u levého kolena, kde měl jenom ortézu, přičemž toto koleno bylo viklavé a nepevné. Znalec setrval na tom, že závěr posudku posudkové komise o neexistenci plné invalidity k datu vydání přezkoumávaného rozhodnutí žalované lze pokládat za správný.

Setrval rovněž na svém závěru, že plně invalidní se stěžovatel stal až po provedené amputaci dolní pravé končetiny, tedy v červenci 2008.

Po zhodnocení všech v řízení provedených důkazů podle zásad uvedených v ustanovení § 77 odst. 2 s. ř. s., podle něhož soud hodnotí jak důkazy provedené správním orgánem v rámci správního řízení, tak důkazy, které provedl sám, a to každý jednotlivě a všechny v jejich vzájemném souhrnu a souvislosti, přičemž při svém rozhodnutí vyjde ze skutkového a právního stavu takto zjištěného, a to k datu vydání přezkoumávaného rozhodnutí správního orgánu, dospěl Nejvyšší správní soud k závěru, že mu nezbývá, než se ztotožnit se závěry posudku posudkové komise MPSV ze dne 5. 1. 2010, podpořenými závěry znaleckých posudků obou znalců, a konečně též výpovědí znalce z posudkového lékařství přímo před soudem. Pokud krajský soud z těchto závěrů posudků (které nebyly změněny výpovědí znalce před Nejvyšším správním soudem) vycházel, pak nelze pokládat jeho rozhodnutí za nezákonné. Kasační stížnost byla shledána nedůvodnou. Takto doplněným dokazováním byly totiž odstraněny pochybnosti vyslovené Nejvyšším správním soudem v předchozím zrušujícím rozsudku, když k otázce zařazení dominantního zdravotního postižení stěžovatele posudková komise vysvětlila, že je nemohla hodnotit podle kapitoly XV., oddíl H položka 1 přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb., neboť od roku 1997 nejsou popisovány příznaky toto zařazení charakterizující, když u stěžovatele nebyly objektivizovány přetrvávající zánětlivé změny, porucha prokrvení, vyhubnutí svalů a nemožnost běžného zatížení končetiny, naopak byla objektivizována dobrá funkce pravého kolena. Oproti roku 1996 nebylo objektivizováno takové zhoršení pracovního potenciálu, které by stěžovateli zcela bránilo ve výkonu soustavné výdělečné činnosti. Posudková komise setrvala na tom, že opakovaně docházelo od roku 1997 k posudkovému omylu, pokud byl stěžovatel uznán plně invalidním. S tímto posouzením se ztotožnil i znalec MUDr. Antonín Šedivý s výjimkou posouzení vztahujícího se k roku 2000, kdy uznání plné invalidity vzhledem k neukončené radikální léčbě osteomyelitidy bylo indikované; nicméně znalec připouštěl, že termín příští kontrolní lékařské prohlídky měl být kratší než dva roky.

Posudková komise rovněž medicínsky vysvětlila charakter a formy chronické osteomyelitidy, zejména zdůraznila, že se při ní střídají intervaly, kdy se onemocnění nachází v klidu s obdobími exacerbací zánětu a zdůraznila, že stejně jako u jiných vleklých poruch zdraví, je z hlediska posudkového akutní znovuvzplanutí onemocnění stavem léčitelným. Pokud by měla samostatně onemocnění hodnotit, pak pouze podle kapitoly XV., oddíl C položka 3 písm. a), neboť šlo o osteomyelitidu lehkého, nikoliv středního nebo těžkého stupně, neboť zánět byl lokalizovaný s nepatrnou aktivitou a s občasným hnisáním, nebyla zjištěna chronická ulcerace kosti ve spodině. Posudková komise zdůraznila, že stav nadhodnocení zdravotního postižení stěžovatele trval i v době vydání rozhodnutí Česká správa sociálního zabezpečení v prosinci 2007, neboť dominantní zdravotní postižení, s přihlédnutím k ostatním nasvědčovalo tomu, že u stěžovatele šlo o pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu o 40 %, takže nedosahoval 66 % odpovídajících plné invaliditě a nešlo ani o schopnost vykonávat pro zdravotní postižení soustavnou výdělečnou činnost jen za zvlášť ulehčených podmínek.

K otázce vlivu vývoje zdravotního postižení stěžovatele na toto posouzení komise uvedla, že uvažovaná eventuelní amputace pravé dolní končetiny nad kolenem z léčebných důvodů byla z posudkově medicínského hlediska nevýznamná, neboť nelze uznat jakoukoliv invaliditu do budoucnosti. Kromě toho stav po amputaci dolní končetiny nad kolenem, tak jak již bylo vysvětleno výše, podmiňuje toliko invaliditu částečnou jakožto onemocnění značně stěžující obecné životní podmínky podle přílohy č. 4 k uvedené vyhlášce.

Znalec MUDr. Antonín Šedivý k této otázce zaujal stanovisko obdobné s tím, že v době vydání přezkoumávaného rozhodnutí byl zdravotní stav stěžovatele natolik stabilizovaný (déza byla klidná a pevná, nebyly přítomni známky píštěle nebo zánětu, rozhodující zkouška na reaktivní protein byla zcela v normě), že z medicínského hlediska nebyl důvod pro amputaci postižené končetiny. Ve znaleckém posudku vypracovaném za účasti odborného ortopeda k této otázce uvedl, že k datu vydání rozhodnutí žalované měl žalobce operací zpevněné pravé koleno v příznivém postavení a jeho pravá dolní končetina byla dobře nosná. Chronický zánět části stehenní a holenní kosti přiléhajících k déze byl po roce 2000 zklidněn a frekvence zmiňovaných píštělí se sekrecí hnisu nebyla dokládána jako častá. Stěžovatelem udávané bolesti označil ve výše již citované výpovědi za v podstatě objektivně nepodložené. V závěru shrnul, že posudek posudkové komise respektuje obecně závazným právním předpisem stanovená posudková hlediska a jeho výsledek je tudíž akceptovatelný.

Jak posudková komise, tak i znalec se shodli v závěru, že zbytkový pracovní potenciál stěžovatele byl k datu vydání přezkoumávaného rozhodnutí využitelný. Pokud stěžovatel v kasační stížnosti namítá, že znalec v posudku uvádí něco jiného, totiž „že s uvážením patnáctiletého odstupu posledního výkonu zaměstnání a stále se zhoršujícího zdravotního stavu, není formulace pracovní rekomandace u něho účelná“, pak je nutno připomenout, že tato část závěru znaleckého posudku se vztahuje nikoliv k době vydání přezkoumávaného rozhodnutí žalované, ale k době po amputaci pravé dolní končetiny a tedy po opětovném vzniku stěžovatelovy plné invalidity.

Nejvyšší správní soud proto uzavírá, že krajský soud nepochybil, když z takto doplněného dokazování vycházel. O správnosti zjišťované klinické diagnózy stěžovatelova onemocnění není totiž žádná pochybnost a posudková komise i znalec z ní také důsledně vycházeli. Jejich závěry nejsou v rozporu ani s obsahem lékařských nálezů, přičemž závěry o schopnosti či neschopnosti výkonu soustavného zaměstnání přísluší právě jen posudkové komisi či znalci z oboru posudkového lékařství. Pokud jsou v současné době již tyto závěry spolehlivě odůvodněny, nemá ani Nejvyšší správní soud důvod a možnost o nich pochybovat. Neshledal proto kasační námitky stěžovatele zpochybňující odbornost, přesvědčivost a úplnost posudků, z nichž krajský soud vycházel, důvodnou.

Ze všech uvedených důvodů proto Nejvyšší správní soud kasační stížnost stěžovatele podle ustanovení § 110 odst. 1 s. ř. s. zamítl. O nákladech řízení rozhodl Nejvyšší správní soud podle ustanovení § 60 odst. 1 s. ř. s. Protože stěžovatel byl v řízení neúspěšný a žalovaná nemá na náhradu nákladů řízení právo ze zákona (§ 60 odst. 2 s. ř. s.), bylo rozhodnuto tak, že žádný z účastníků nemá právo na náhradu nákladů řízení o kasační stížnosti.

Odměna zástupkyně stěžovatele JUDr. Drahomíry Janebové Kubisové, advokátky, byla stanovena v souladu s § 9 odst. 2 a § 11 písm. b) a d) vyhlášky č. 177/1996 Sb., o odměnách a náhradách advokátů za poskytování právních služeb (advokátní tarif), a to za dva úkony právní služby á 500 Kč a dále byla přiznána náhrada hotových výdajů ve výši paušální částky 300 Kč podle § 13 odst. 3 citované vyhlášky, celkem tedy 1600 Kč. Protože ustanovená advokátka je plátkyní daně z přidané hodnoty, zvyšuje se nárok vůči státu o částku odpovídající dani z přidané hodnoty, kterou je tato osoba povinna z odměny za zastupování a z náhrad hotových výdajů odvézt podle zákona č. 235/2004 Sb. o dani z přidané hodnoty. Částka daně z přidané hodnoty činí 320 Kč. Celkem se tedy ustanovené zástupkyni přiznává částka 1920 Kč, která jí bude vyplacena z účtu Nejvyššího správního soudu do 60 dnů od právní moci tohoto rozsudku.

Konečně pak bylo též rozhodnuto o náhradě nákladů státu, které byly vynaloženy na úhradu účasti znalce při jeho výslechu u Nejvyššího správního soudu. Podle ustanovení § 60 odst. 4 má stát proti neúspěšnému účastníkovi právo na náhradu nákladů řízení, které platil, není-li tento účastník osvobozen od soudních poplatků. V daném případě je stěžovatel ze zákona v tomto řízení osvobozen od soudních poplatků, takže byť neměl v řízení úspěch, není jeho povinností hradit náklady řízení takto vynaložené. Žalované tato povinnost uložena být nemůže, neboť ten byl v řízení úspěšný.

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

V Brně dne 28. března 2012

JUDr. Dagmar Nygrínová
předsedkyně senátu