

ČESKÁ REPUBLIKA

ROZSUDEK JMÉNEM REPUBLIKY

Nejvyšší správní soud rozhodl v senátě složeném z předsedkyně JUDr. Dagmar Nygrínové a soudců JUDr. Josefa Baxy a JUDr. Jiřího Pally v právní věci žalobce: **M. S.**, zast. JUDr. Františkem Klímou, advokátem, se sídlem náměstí Přemysla Otakara II. 123/36, České Budějovice, proti žalované: **Česká správa sociálního zabezpečení**, se sídlem Křížová 1292/25, Praha 5, o kasační stížnosti žalobce proti rozsudku Krajského soudu v Českých Budějovicích ze dne 10. 10. 2011, č. j. 2 Cad 50/2008 – 99,

takto:

I. Kasační stížnost **se zamítá**.

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

Odůvodnění:

Rozhodnutím ze dne 28. 1. 2008, č. X, odňala Česká správa sociálního zabezpečení (dále jen „žalovaná“) podle ustanovení § 56 odst. 1 písm. a) zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění, žalobci plný invalidní důchod od 10. 3. 2008 s odůvodněním, že podle posudku Okresní správy sociálního zabezpečení v Českých Budějovicích (dále jen „OSSZ“) ze dne 4. 1. 2008 již není plně invalidní, neboť z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti jen o 15 % a nedosáhla tak nejméně 66 %, potřebných podle § 39 téhož zákona (v tehdy platném znění) pro plnou invaliditu.

Ve včas podané žalobě vyjádřil žalobce nesouhlas s rozsahem ztráty schopnosti soustavné výdělečné činnosti stanovené v posudku OSSZ a vyjádřil přesvědčení, že i nadále trvá pokles této schopnosti v rozsahu nejméně 66 %; trpí totiž progresivní metabolickou myopatií (mitochondriální myopatií), vylučující jakoukoliv fyzickou zátěž. Domnívá se, že

příčinou nezákonného rozhodnutí žalované mohlo být mimo jiné nesprávné stanovení přesné diagnózy jeho nemoci a původu zdravotních obtíží. Namítal, že od doby, kdy mu byl rozhodnutím žalované přiznán plný invalidní důchod, nedošlo k žádnému zlepšení jeho zdravotního stavu. Je toho názoru, že posudek OSSZ nebyl řádně a dostatečně zpracován a v této souvislosti odkázal na lékařské potvrzení MUDr. J. S. ze dne 19. 4. 2007. Napadené rozhodnutí označil za nezákonné a vyslovil názor, že řízení před žalovaným trpělo podstatnými vadami, mj. především nedostatečným dokazováním. Navrhoval, aby soud napadené rozhodnutí pro nezákonnost a pro vady řízení zrušil a věc vrátil správnímu orgánu k dalšímu řízení.

Krajský soud v Českých Budějovicích již jednou ve věci rozhodoval, a to rozsudkem ze dne 6. 10. 2008, č. j. 2 Cad 50/2008 – 21, kdy po provedeném dokazování žalobu zamítl pro její nedůvodnost podle § 75 odst. 2 zák. č. 150/2002 Sb., soudního řádu správního (dále jen „s. ř. s."). Vycházel přitom především z posudku posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí ČR v Českých Budějovicích ze dne 26. 8. 2008, jímž vzal za dostatečně prokázané, že podmínky pro trvání nároku žalobce na plný invalidní důchod ve smyslu ustanovení § 38 a násl. zákona o důchodovém pojištění splněny nejsou, neboť bylo zjištěno, že rozsah ztráty schopnosti soustavné výdělečné činnosti žalobce pro onemocnění chronické povahy činí pouze 15 %, nedosahuje tak nejméně 66 %, uvedených v § 39 odst. 1 písm. a) zákona o důchodovém pojištění, potřebných pro plnou invaliditu. Žalovaná tudíž nepochybila, když za této situace odňala podle § 56 odst. 1 písm. a) žalobci plný invalidní důchod. Posudková komise podle názoru krajského soudu stanovila úplnou klinickou diagnózu, přičemž vyšla nejen ze subjektivních údajů uváděných žalobcem, ale i z objektivních lékařských nálezů, především neurologické povahy a výsledků vyšetření žalobce na specializovaných pracovištích Neurologické kliniky 2. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole, Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, kdy se jednalo o výsledky vyšetření z r. 2007 a 2008. Na základě takto stanovené klinické diagnózy označila posudková komise rozhodující zdravotní postižení žalobce způsobující dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, jímž je progredující (zvolna) neurologické postižení ve smyslu lehké demyelinizační polyneuropatie, pravděpodobně s rodinným výskytem. Toto zdravotní postižení posudková komise podřadila kapitole VI, oddílu B, položce 10, písm. a) přílohy č. 2 k vyhl. č. 284/1995 Sb. v novelizovaném znění (kam jsou zařazeny polyradikuloneuritidy a polyneuropatie lehkého stupně) a rozsah ztráty schopnosti soustavné výdělečné činnosti ve výši horní hranice zde uvedeného rozpětí, tj. 15 %, odůvodnila důsledky, kterými se zdravotní postižení projevuje. Odkázala na vývoj zdravotního postižení a zdůraznila, že vylučovací metodou na podkladě odborných vyšetření bylo uzavřeno, že příčinou svalových obtíží může být syndrom kanalopatie, což je porucha iontových kanálů. Jedná se však o postižení dostupnými metodami nediagnostikovatelné, které může mít chronický a progresivní průběh. Někteří specialisté uvažují o neurogenní příčině onemocnění, objektivně pomocí EMG byla však prokázána polyneuropatie lehkého stupně. Při stanovení míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti vyšla komise podle názoru krajského soudu z objektivně prokázaných skutečností na podkladě vyšetření, která v posudku popsala, a vzala v úvahu i své vlastní vyšetření (včetně neurologického), kdy byl zjištěn normální klinický somatický nález. Rozsah ztráty soustavné výdělečné činnosti pak stanovila na horní hranici v položce uvedeného rozpětí, a to vzhledem k předchozí profesi žalobce a velmi pozvolné progresi stavu. K rozdílu mezi původním uznáním plné invalidity a současným

posudkovým zjištěním uvedla, že při zjišťovací prohlídce bylo uvažováno s diagnózou svalové dystrofie, žalobce byl vyšetřován pro myopatii zatím nejasné etiologie s tehdy neuzavřenou diagnózou. Z toho důvodu byl uznán invalidním, neboť nebyl učiněn spolehlivý závěr o onemocnění žalobce a bylo tu podezření na nemoc závažné povahy. Toto podezření se však nepotvrdilo, naopak bylo sice zjištěno, že jde o demyelinizační periferní neuropatii, avšak pouze lehkého stupně, čímž je snížení stupně invalidity odůvodněno. Krajský soud nepokládal za této situace důvodným doplnit řízení o znalecký posudek z příslušného oboru ani provádět důkaz posudkem jiné posudkové komise. V této souvislosti poukázal na shodu závěrů lékaře OSSZ i posudkové komise v úsudku o příčině dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu žalobce i rozsahu ztráty schopnosti soustavné výdělečné činnosti. K žalobcem předložené aktuální lékařské zprávě MUDr. M. S. z Polikliniky v Praze 1, Národní 11, krajský soud poznamenal, že tato zpráva není datována, přičemž její obsah byl k dispozici též posudkové komisi, která se zjištěními jmenovaného lékaře v posudku zabývala. Krajský soud uzavřel, že posudková komise svůj závěr vyslovila na podkladě odborných nálezů specializovaných pracovišť a nelze tak přisvědčit názoru žalobce, že posouzení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a pracovního potenciálu bylo učiněno na základě nesprávné diagnózy. Posudková komise se též výslovně zabývala možností pracovního zařazení žalobce, přičemž vyloučila pouze výkon takového zaměstnání, které by vyžadovalo trvale větší fyzickou zátěž. Soud proto nesdílel názor žalobce o tom, že jeho zdravotní postižení vylučuje jakoukoliv fyzickou zátěž.

Ke kasační stížnosti žalobce zdejší soud rozsudkem ze dne 29. 5. 2009, č. j. 4 Ads 191/2008 – 43, zrušil napadený rozsudek Krajského soudu v Českých Budějovicích a věc mu vrátil k dalšímu řízení. Stěžovatel tehdy především namítal nesprávnost závěru posudkové komise ve smyslu stanovení mylné diagnózy jeho dominantního onemocnění. Připustil, že posudková komise měla k dispozici výsledky vyšetření na specializovaných pracovištích, včetně odborných zpráv MUDr. M. J. S. a MUDr. R. M., avšak rozpory v diagnóze neodstranila. Dle uvedených odborných vyšetření se totiž v žádném případě u něho nejednalo o periferní neuropatii (polyneuropatii), ale o poruchu iontových kanálů, která se podle uvedených zpráv projevuje, mají-li být svaly uvedeny do pohybu. Vyšetření probíhající v klidu tuto nemoc nejsou schopna zjistit.

Nejvyšší správní soud ve shora uvedeném zrušujícím rozsudku konstatoval, že posudková komise MPSV ČR v Českých Budějovicích se ve svém posudku ze dne 26. 8. 2008 (o jehož závěry krajský soud opřel odůvodnění svého prvého rozsudku) důkladně zabývala jednotlivými lékařskými nálezy, které měla k dispozici, posudek zpracovala velmi pečlivě a na vysoké odborné úrovni, přesto však nebylo možno sdílet závěr krajského soudu o naprosté přesvědčivosti a úplnosti posudku, a to ve vztahu k posouzení rozhodujícího zdravotního postižení stěžovatele v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu ke dni vydání napadeného rozhodnutí žalované. Posudková komise zdůraznila, že k invalidizaci stěžovatele bylo v roce 2006 přistoupeno proto, že dosud nebylo ukončeno vyšetřování příčin zdravotních potíží stěžovatele a nebyla indikována terapie: bylo tu podezření na onemocnění závažné povahy, které se však později nepotvrdilo, proto posudková komise uzavřela, že se jedná o demyelinizační periferní neuropatii, avšak jen lehkého stupně. Právě tento závěr posudkové komise o určené diagnóze byl podle Nejvyššího správního soudu zpochybnitelný, neboť některé lékařské nálezy, a to i špičkových lékařských pracovišť na nejvyšší odborné úrovni, tomuto závěru neodpovídaly.

Jednalo se především o nález Elektrofyziologické laboratoře Neurologické kliniky 2. LFUK a Fakultní nemocnice Motol ze dne 16. 6. 2008 (MUDr. R. M.), který po provedených vyšetřeních uvedl, že klinicky nález odpovídá syndromu myalgií, krampů a svalové slabosti, dosavadní průběh jen velmi zvolna progresivní a fluktuující. Pomocná vyšetření nesvědčí pro primární svalovou dystrofii, ale potíže odpovídají spíše kanalopatii, neboť pro tu jsou nálezy svalové biopsie nespecifické a není jednoznačný korelát elektrofyziologický. Je zjevné, že stěžovatel není schopen trvalé manuální zátěže. Tentýž lékař v nálezu ze 14. 7. 2008 znovu opakuje, že se jedná o poruchu iontových kanálů, kterou nelze zatím v ČR diagnostikovat. V dalším nálezu ze dne 20. 8. 2008 znovu činí závěr o myopatii nejspíše podmíněné poruchou iontových kanálů, syndrom myalgií, krampů, svalové slabosti, elevace TSH při normální hodnotě T3 a T4 – hypofýza. Pro toto onemocnění není kauzální léčba a je chronicko progresivní. Je nutno předpokládat progresivní únavový syndrom se svalovou slabostí, ztrátou výkonnosti a horší regenerací, jakož i narůstající závislost na druhé osobě. Dále jde o lékařskou zprávu MUDr. J. S., výše již citovanou, kde uvedený specialista s odkazem na řadu vyšetření svalové biopsie a dalších speciálních zkoušek, jakož i vyšetření EMG, DNA analýzy na myotonii, uzavírá, že uvedené výsledky jsou zcela konzistentní s kanalopatií. Závěr jeho i dalších specialistů, kteří se podobnými onemocněními zabývají, je, že stěžovatel (a jeho bratr Jaroslav) trpí syndromem kanalopatie, tedy poruchou iontových kanálů. Jejich symptomy jsou naprosto klasické a jednoznačné, některé z těchto syndromů se dají diagnostikovat – tyto diagnózy jsou však vyloučené. Ostatní jsou ještě více vzácné a obtížně diagnostikované. Potvrzuje, že další specializovaná vyšetření nejsou k dispozici v ČR a vyžadovaly by zahraniční cestu do země, která má specifické diagnostické metody. Nemoc je chronická a progresivní, tedy je zcela nutné předpokládat pokračování únavového syndromu; narůstající závislost na druhé osobě je velmi pravděpodobná.

Posudková komise uzavřela, že u stěžovatele je rozhodujícím zdravotním postižením demyelinizační periferní neuropatie, v. s. familierní, dle EMG kritérií lehkého stupně, s tím, že mnoha podrobnými metodami na specializovaných pracovištích se nepotvrdila žádná ze známých a diagnostikovatelných myopatií. Vylučovací metodou se došlo k závěru, že příčinou svalových obtíží může být tzv. syndrom kanalopatie, tj. porucha iontových kanálů. Závěry některých odborníků se však přiklání k neurogenní příčině onemocnění, tedy již zmíněné periferní neuropatii, ta je však lehkého stupně.

Podle názoru Nejvyššího správního soudu tudíž přetrvávaly rozpory v určení rozhodujícího postižení stěžovatele, neboť nebylo jisté, zda jde o onemocnění neuropatií, tedy neurogenní, či onemocnění, jehož příčinou je myopatie. To pak zpochybňovalo též závěr posudkové komise MPSV (ostatně i lékaře OSSZ) o zařazení stěžovatelova dominantního postižení pod kapitolu VI., oddíl B, položku 10, písm. a), přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb., tedy pod zdravotní postižení nervového systému, poškození míchy, jako jsou polyradikuloneuritidy a polyneuropatie. Nebylo však bezpečně vyloučeno, že by dominantním onemocněním mohlo být zdravotní postižení svalové, uvedené v kapitole XV., oddílu E téže přílohy, kde pod položkou 1 jsou uvedeny svalové dystrofie, myopatie a myositidy čtyř stupňů a pod položkou 2 syndromy svalové paralýzy, myastenia gravis, rovněž čtyř stupňů s mírou poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti až do 80 %. Pod položku 2 naposledy uvedeného oddílu a kapitoly bylo zařazeno

stěžovatelovo zdravotní postižení původně posudkem, na jehož základě mu byl přiznán plný invalidní důchod.

Podle názoru Nejvyššího správního soudu všechny zmíněné rozpory opravňovaly požadavek stěžovatele na doplnění dokazování o odborný znalecký posudek z příslušného lékařského oboru, který by se je pokusil odstranit, a to vzdor ztížené diagnostikovatelnosti onemocnění kanalopatií, na něž zde bylo podezření. Nejvyšší správní soud zdůraznil, že samotná diagnostická nedostupnost by neměla jít na vrub stěžovatelova nároku, pokud by onemocnění způsobovalo ztrátu schopnosti soustavné výdělečné činnosti odpovídající plné či částečné invaliditě. Krajskému soudu bylo uloženo doplnit dokazování znaleckým posudkem na nejvyšší odborné úrovni, posudkovým orgánem, složeným ze specialistů podle povahy navrhovatelových zdravotních potíží a z oboru posudkového lékařství, nejlépe Ústavem posudkového lékařství Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze.

Krajský soud v Českých Budějovicích, řídě se závazným pokynem Nejvyššího správního soudu, doplnil řízení znaleckým posudkem Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze ze dne 18. 7. 2011. Ředitel tohoto institutu s ohledem na povahu případu určil znalecký kolektiv ve složení MUDr. Jan Boháč a JUDr. Julie Wernerová, posudkoví lékaři a doc. MUDr. O. K., CSc., neurolog. Podkladem pro vypracování posudku byla zdravotní dokumentace žalobce, lékařské podklady, které měly k dispozici orgány sociálního zabezpečení a vlastní vyšetření pacienta. Znalecký kolektiv uvedl, že vzhledem k nejednoznačným diagnostickým závěrům považoval za nezbytné objektivizovat aktuální zdravotní stav žalobce a bylo proto provedeno klinické a EMG vyšetření členem znaleckého kolektivu – neurologem, a to dne 19. 5. 2011 na katedře neurologie IPVZ Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze 4 – Krči. Při vyšetření bylo vycházeno též z údajů pacienta, že jeho bolesti ve svalech, nejvíce v oblasti paží a lýtek trvají 6 let a projevují se zejména po fyzické zátěži, během let progredují. Ujde asi 3 km, při běžné chůzi trpí tachykardií a výrazným pocením. Znalecký kolektiv popsal v posudku podrobně zjištění plynoucí ze spisových podkladů, jakož i výsledky vyšetření znaleckým kolektivem.

Na základě výše uvedeného pak v posudkové rozvaze uvedl, že poprvé posouzen v systému důchodového pojištění byl stěžovatel v roce 2006 při přechodu z pracovní neschopnosti do invalidity, dlouhodobá pracovní neschopnost byla podmíněna vyšetřováním na řadě klinických odborných pracovišť, přesto během jednoroční podpůrčí doby nebyl zdravotní stav jednoznačně diagnosticky uzavřen. Především z tohoto důvodu (pro potíže nejasné etioologie, dosud probíhající šetření, neuzavřená diagnóza a proto ani žádná léčba) posudková lékařka uznala stěžovatele plně invalidním s mírou poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti odpovídající srovnatelně kapitole XV, oddílu E, položce 1c, kam jsou zařazeny svalové myopatie, závažné kombinace postižení několika funkčních celků, a to ve výši 60 %. Znalecký kolektiv uvedl, že ač postižení bylo diagnostikováno správně, s vlastním posouzením míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se zásadně neztotožňuje, neboť šlo o výrazné nadhodnocení jak subjektivních potíží, tak doloženého zdravotního stavu. Navíc ani užitá položka nevystihuje rozsah postižení, nebylo dokumentováno závažné postižení několika funkčních celků. Určitých disproporcí si byla zřejmě vědoma i posudková lékařka, která

při následné kontrolní prohlídce dne 23. 11. 2007, resp. při pokračujícím jednání dne 4. 1. 2008, byť opět nebyla definitivně najisto postavena diagnóza, plnou invaliditu oduznala a míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti stanovila podle kapitoly VI, oddíl B, položka 10a přílohy č. 2, vyhlášky č. 284/1995 Sb. v platném znění, a to ve výši 15 %, tedy hodnotě neodpovídající ani částečné invaliditě podle tehdy platné právní úpravy. Ke stejnému závěru pak dospěla i posudková komise MPSV se sídlem v Českých Budějovicích, a to jak v určení míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti, tak i v použití téže položky přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb.

Znalecký kolektiv k otázce rozhodující příčiny dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu stěžovatele, která byla položena ve zrušovacím rozsudku Nejvyššího správního soudu, uvedl, že navrhovatel byl v minulosti pro své subjektivní potíže opakovaně vyšetřován odbornými lékaři různých pracovišť od ambulantních až po špičková fakultní pracoviště. Vyšetření EMG většinou popisovala hraniční nálezy nebo malé odchylky, když původně zvažovaná závažná onemocnění (jejichž možná přítomnost vedla přechodně i k uznání plné invalidity) byla dalším vyšetřením v průběhu času vyloučena. Poukázal v tomto směru na vyjádření praktického lékaře, že názory odborných lékařů se liší, když původně předpokládaná závažná diagnóza progresivní metabolické myopatie byla změněna Ústavem metabolických poruch na demyelinizační periferní myopatii. Vedle toho je k dispozici lékařská zpráva stejného pracoviště z téhož období, podle které histologie svalu nemá myopatický charakter a svědčí spíše pro neurogenní původ obtíží. Tento závěr podle znaleckého kolektivu by podporovalo i EMG vyšetření na neurologickém oddělení Nemocnice České Budějovice ze dne 6. 12. 2007, které svědčilo pro polyneuropatii, dle EMG kritérií jen lehkého stupně.

Znalecký kolektiv konstatoval, že provedená vyšetření neurčila jednoznačnou diagnózu, výsledky však byly hodnoceny (s výjimkou pracoviště MUDr. S., Praha 1) jako hraniční nebo jen lehké. Z těchto důvodů znalecký kolektiv navrhovatele znovu vyšetřil neurologicky a po zhodnocení dosavadního průběhu stonání, studia dostupné zdravotnické dokumentace a vlastního jím zvoleného vyšetření došel k závěru, že provedené EMG vyšetření postižení nervů neprokázalo, ačkoli vzhledem k dlouhé anamnéze by se muselo při tomto vyšetření projevit. Neuropatie jako příčina potíží může být zcela vyloučena. Svalové postižení bylo zjištěno jako minimální, nález je hraniční a mohl by být slučitelný s endokrinopatií, když se stěžovatel léčí pro hypothyreózu. Postižení iontových kanálů je pak zcela hypotetické, nejde o jedno onemocnění a jsou přítomny různé příznaky, které obvykle kolísají a postupně progredují. Neexistuje však jeden typický klinický obraz – podezření bylo vysloveno pouze na základě rodinné anamnézy, další důvody zde však nejsou, genetická a laboratorní vyšetření tuto diagnózu nepotvrdila.

Znalecký kolektiv uzavřel, že z hlediska klinického má navrhovatel malé obtíže, elektrofyziologický nález je hraniční a pokud má hypothyerózu (snížení funkce štítné žlázy), lze klinický i elektrofyziologický nález vysvětlit touto chorobou. Pro tento závěr svědčí i výsledek vyšetření z 8. 9. 2006 na Neurologické klinice FTN Praha 4 (vyšetření EMG), nasvědčující metabolické myopatii, neprokázány polyneuropatie a porucha nervosvalového přenosu. Též mu nasvědčuje nález difuzní jaterní léze se zvýšením jaterních enzymů (zjištěno při sono vyšetření dne 10. 3. 2009). Diagnosticky tak lze po stránce neurologické konstatovat, že u navrhovatele se jedná o postižení svalů typu

metabolické myopatie, vyloučena byla neuropatie a za pouze hypotetické lze považovat podezření na kanalopatii.

Podle znaleckého kolektivu byla dlouhodobost nepříznivého zdravotního stavu prokázána délkou trvání potíží od roku 1996 s kolísající intenzitou a obdobími, kdy vůbec nebyla vyhledána lékařská péče. K otázce určení zdravotního postižení, které je rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, znalci vysvětlili, že pokud toto zdravotní postižení není v příloze přímo uvedeno, stanoví se míra poklesu srovnáním s postižením tam uvedeným; není proto nezbytně nutné najít příslušnou položku, neboť užitím srovnávacího postupu lze vysvětlit i odchylnosti jednotlivých posudkových lékařů při posuzování. V posudku je vyjádřen nesouhlas s užitím položky 1c, kapitoly XV, oddílu E přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb. při zjišťovací lékařské prohlídce v roce 2006. Přesto však znalecký kolektiv nehodnotí závěr posudkové lékařky tehdy vyslovený jako posudkový omyl, neboť pacient byl vyšetřován s podezřením na závažnou poruchu v produktivním věku a požadavek komplexního vyšetření i za cenu přechodně uznané invalidity lze tak pokládat za plně indikovaný. Hodnocení ostatně bylo korigováno již při následné kontrolní lékařské prohlídce, avšak bylo nesprávně uvažováno s diagnózou polyneuropatie lehkého stupně demyelinizační, posouzené jako odpovídající kapitole VI, oddíl B, položka 10a již citované přílohy č. 2 k vyhlášce 284/1995 Sb., s mírou poklesu ve výši 15 %. Znalecký kolektiv s tímto hodnocením souhlasil potud, že zhodnotilo postižení neurologické, nikoli však dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, v němž se promítalo ještě několik dalších příčin posudkově významných a posudkové orgány se s nimi v posudkové rozvaze nevypořádaly. Jde zejména o prokázanou reflexní chorobu jícnu s gastroskopicky prokázaným zánětem jícnu a brániční kýlou, což je stav zhoršující se prací a polohou těla v předklonu, v němž se stěžovatel v profesi podlaháře nacházel po většinu pracovní doby. Nebylo též posudkově zhodnoceno postižení jaterní ve smyslu steatózy.

Znalecký kolektiv uzavřel, že rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu stěžovatele je metabolická myopatie, nejspíše při snížené funkci štítné žlázy, možná v kombinaci s mírným postižením jater, přičemž míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti hodnotil podle kapitoly XV, oddílu E, položka 1a, jako lehkou myopatii, a to ve výši 15 %. Vzhledem k dalším posudkově významným chorobám horní hranici zvýšil o 10 % na celkových 25 %. Vysvětlil, že toto podřazení odpovídá zdokumentovanému zdravotnímu stavu a jeho funkčnímu dopadu na pracovní schopnost stěžovatele. Výslednou funkční poruchu znalecký kolektiv hodnotil jako lehkou. Z dalších zdravotních postižení má vliv na schopnost soustavné výdělečné činnosti prokázaný chronický bolestivý páteřní syndrom a reflexní choroba jícnu, které posuzovaného limitují zejména při pracech ve vynucených polohách (v předklonu). Při úvaze o celkové míře poklesu užil zejména § 6 odst. 3 vyhlášky č. 284/1995 Sb., neboť pro aplikaci odstavce 4 téhož ustanovení nenalezl přesvědčivé zdůvodnění. Dovodil, že posuzovaný může plně využít svůj dosavadní kvalifikační potenciál a pracovní zkušenosti i návyky a je schopen i rekvalifikace. Zdravotní stav stěžovatele k datu napadeného rozhodnutí tak neodpovídal plné ani částečné invaliditě, když původně přiznanou plnou invaliditu označil znalecký kolektiv za závěr učiněný z diagnostických rozpaků – odpovídající tehdejším znalostem o stěžovatelově zdravotním stavu.

Krajský soud vzal uvedený posudek za podklad pro svá skutková zjištění a právní posouzení věci a se závěry v něm uvedenými se zcela ztotožnil. Vyslovil přesvědčení, že znalecký kolektiv stanovil úplnou klinickou diagnózu stěžovatelova postižení, vzal zřetel k subjektivním potížím, vycházel z objektivně zjištěného stavu, přesvědčivě odůvodnil rozhodující zdravotní postižení způsobující tento stav a podřadil je příslušné položce vyhlášky s naprosto přesvědčivým odůvodněním. Vysvětlil též rozdíl mezi původním uznáním plné invalidity a současným posudkovým nálezem. Právě z důvodu, že posudek znaleckého kolektivu hodnotil krajský soud jako úplný a přesvědčivý, nebylo vyžadováno jeho další doplnění podle návrhu žalobce. Z posudku je totiž zřejmé, že žalobce byl vyšetřen klinicky, bylo provedeno i vyšetření EMG členem znaleckého kolektivu – neurologem při znalosti subjektivních potíží stěžovatele, doby jejich trvání, jakož i údaje, že bolesti se dostavují po fyzické zátěži. Znalec při obeznámení se s těmito argumenty provedl objektivní vyšetření, přičemž postižení periferních nervů nebylo prokázáno. Byla prokázána metabolická myopatie, avšak pouze lehkého stupně. Přesvědčivě byl odůvodněn rozsah celkové ztráty schopnosti soustavné výdělečné činnosti ve výši 25 %. Znalecký kolektiv rovněž uvedl, že u stěžovatele není vyloučena jakákoliv fyzická zátěž, jak je tvrzeno v žalobě, naopak je schopen pracovního zařazení, při němž může využít kvalifikační potenciál, pracovní schopnosti a návyky, a je schopen též rekvalifikace. Napadené rozhodnutí žalované o odnětí plného invalidního důchodu stěžovateli nebylo proto vydáno v rozporu s § 39 odst. 1 písm. a) a § 56 odst. 1 písm. a) zákona o důchodovém pojištění a proto krajský soud z tohoto důvodu žalobu zamítl.

Proti tomuto rozsudku podal stěžovatel včas kasační stížnost z důvodu nezákonnosti spočívající v nesprávném posouzení právní otázky soudem v předcházejícím řízení ve smyslu § 103 odst. 1 písm. a) s. ř. s., dále z důvodu vady řízení, na niž pamatuje § 103 odst. 1 s. ř. s. pod písm. b), a konečně též z důvodu nepřezkoumatelnosti spočívající v nedostatku důvodů a jiné vadě řízení před soudem mající za následek nezákonné rozhodnutí o věci samé ve smyslu § 103 odst. 1 písm. d) s. ř. s. Namítal především, že již v řízení před krajským soudem navrhoval doplnění znaleckého posudku, když opakovaně upozorňoval, že vyšetření jeho zdravotního stavu probíhající v klidu nemůže přesně určit jeho zdravotní postižení, neboť nemoc, kterou trpí, jej v klidovém stavu neomezuje. Jakmile však dojde k minimální zátěži, je to stejné, jakoby trpěl těžkou srdeční chorobou. Vyšetření neurologem dne 19. 5. 2011, z něhož vycházel znalecký posudek, však bylo opět provedeno pouze v klidu a nikoliv při, resp. po fyzické zátěži. Připustil, že znalci byly známy jeho subjektivní potíže i skutečnost, že k problémům dochází až v souvislosti s fyzickou zátěží, avšak právě proto za této situace mělo být provedeno vyšetření, které bylo schopno jeho potíže objektivizovat. To však provedeno nebylo, ačkoliv tomu nic nebránilo. Je však přesvědčen, že příslušné zdravotní testy při a po fyzické zátěži v přítomnosti neurologa, při nichž mohlo dojít k posouzení objektivního nárůstu slabosti, otoku, křeči a dalším možným neurologickým abnormitám, provedeny být měly. Soud tudíž pochybil, pokud nebylo navrženým způsobem dokazování doplněno a v řízení tak jednoznačně prokázáno, jakým zdravotním postižením skutečně trpí, jak se toto projevuje a jaký má vliv na pokles jeho schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Vyslovil názor, že tímto postupem soudu byl zkrácen na svých právech, neboť soud svůj závěr učinil na základě nedostatečně provedeného dokazování, a nemohl tak správně soudit míru poklesu jeho schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Navrhoval, aby napadený rozsudek

krajského soudu byl Nejvyšším správním soudem zrušen a věc vrácena tomuto soudu k dalšímu řízení.

Nejvyšší správní soud přezkoumal napadený rozsudek z hledisek uvedených v ustanovení § 109 odst. 3 a 4 s. ř. s., vázán rozsahem a důvody uvedenými v kasační stížnosti, a dospěl k závěru, že kasační stížnost není důvodná.

Stěžovatel v kasační stížnosti uvedl, že jí podává z důvodu uvedeného v § 103 odst. 1 písm. a), b) a d) s. ř. s.

Jak již bylo zdůrazněno v předchozím zrušovacím rozsudku zdejšího soudu, všechny stížností námitky stěžovatele je možno zahrnout mezi důvod kasační stížnosti obsažený v § 103 odst. 1 písm. d) s. ř. s. Stěžovatel nadále totiž namítá, že krajský soud vyšel při svém rozhodování z dalšího posudku, jímž byl odmítnut jeho požadavek provést vyšetření jeho zdravotního stavu způsobem, který by mohl bezpečně odhalit příčinu jeho nepříznivého zdravotního stavu a objektivně stanovit míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti, a tím zvrátit nesprávný závěr krajského soudu o zániku jeho plné invalidity. Možno shrnout, že stěžovatel nadále zpochybňuje závěr o objektivním a přesvědčivém posouzení jeho zdravotního stavu a pracovní schopnosti, který učinil krajský soud. Znovu nezbývá než v tomto směru odkázat na judikaturu Nejvyššího správního soudu, zejména rozsudek ze dne 25. 9. 2003, č. j. 4 Ads 13/2003 – 54, zveřejněný pod číslem 511/2005 Sb. NSS.

Na rozdíl od svého předchozího závěru, vysloveného ve zmíněném zrušovacím rozsudku ze dne 29. 5. 2009, č. j. 4 Ads 191/2008 – 43, nepokládá již Nejvyšší správní soud stěžovatelovy námitky za důvodné.

Podle názoru Nejvyššího správního soudu krajský soud zjistil, po předchozím zrušovacím rozhodnutí zdejšího soudu, skutkový stav věci již v potřebném rozsahu a vyvodil z něho správné závěry skutkové i právní, s nimiž nezbývá než se ztotožnit. Nejvyšší správní soud pro stručnost odkazuje na tu část odůvodnění svého předchozího rozsudku, v níž v poloze obecné vyjádřil, jakou (zpravidla rozhodující) důkazní hodnotu mají v přezkumném řízení o nárocích na dávky důchodového pojištění podmíněné dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem posudky posudkových komisí Ministerstva práce a sociálních věcí ČR jako orgánů ze zákona (§ 4 odst. 2 zákona č. 582/1991 Sb., v platném znění) povolaných k přezkoumání zdravotního stavu pojištěnců včetně zaujetí posudkových závěrů o vzniku, zániku či dalším trvání invalidity (částečné invalidity). Zdůraznil, že takovou zpravidla rozhodující důkazní hodnotu má ovšem jen posudek nevzbuzující z hlediska úplnosti, celistvosti a přesvědčivosti žádnou pochybnost a nejsou-li v řízení zjišťovány ani jiné skutečnosti, jimiž by mohla být správnost posudku zpochybněna. Za takového stavu pak ovšem nemůže soud při nedostatku medicínských znalostí takto posudkovou komisí přesvědčivě odůvodněné závěry měnit a nahrazovat vlastními úvahami. Takové pochybnosti zde byly ohledně závěrů posudkové komise MPSV, vyjádřené v posudku ze dne 26. 8. 2008, a proto došlo ke zrušení předchozího rozsudku krajského soudu.

V projednávané věci byl v přezkumném řízení soudním podán proto posudek znaleckého kolektivu katedry posudkového lékařství IPVZ v Praze ze dne 18. 7. 2011 (výše již rovněž konstatovaný). Existence přetrvávajících rozporů v určení rozhodujícího postižení stěžovatele, tedy především toho, zda jde o onemocnění neuropatií, tedy neurogenní onemocnění, či zda jde o onemocnění, jehož příčinou je myopatie, jakož i dopad rozhodujícího zdravotního postižení na míru schopnosti soustavné výdělečné činnosti stěžovatele, zpochybňovala závěr posudkové komise MPSV (ostatně i lékaře OSSZ) o zařazení stěžovatelova dominantního postižení pod kapitolu VI, oddíl B, položku 10a) přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb., tedy pod zdravotní postižení nervového systému, poškození míchy, jako jsou polyradikuloneuritidy a polyneuropatie, když nebylo bezpečně vyloučeno, že by takovým onemocněním mohlo být zdravotní postižení svalové, uvedené v kapitole XV, oddílu E téže přílohy, kde pod položkou 1 jsou uvedeny svalové dystrofie, myopatie a myositídy čtyř stupňů a pod položkou 2 syndromy svalové paralýzy, myastenia gravis, rovněž čtyř stupňů, s mírou poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti až do 80 %. Pod položku 2 naposledy uvedeného oddílu a kapitoly bylo zařazeno stěžovatelovo zdravotní postižení původně posudkem, na jehož základě mu byl přiznán plný invalidní důchod.

Právě z uvedených důvodů pokládal Nejvyšší správní soud za oprávněný požadavek stěžovatele na doplnění dokazování odborným znaleckým posudkem z příslušného medicínského oboru a posudkového lékařství, který by se pokusil zjištěný rozpor v diagnóze stěžovatelova dominantního postižení odstranit, a to i vzdor ztížené diagnostikovatelnosti onemocnění kanalopatií, na něž doposud bylo podezření. Soud sám, nemaje dostatek potřebných medicínských znalostí, nemohl bez tohoto posudku vyloučit možnost zařazení stěžovatelova rozhodujícího postižení pod onemocnění svalová, a zjištěné pochybnosti tak odstranit.

Shodně s krajským soudem Nejvyšší správní soud konstatuje, že posudek vypracovaný znaleckým kolektivem na nejvyšší odborné úrovni, tedy katedrou posudkového lékařství IPVZ, potřebným způsobem uvedené pochybnosti již odstranil. Popsal nejdříve vývoj zdravotních obtíží stěžovatele, zejména odhalování jejich příčin na různých odborných lékařských pracovištích, od ambulantních až po špičková fakultní pracoviště. Poukázal na skutečnost, že vyšetření EMG většinou popisovala hraniční nálezy nebo malé odchylky od normy, když původně zvažovaná závažná onemocnění (jejichž možná přítomnost vedla přechodně i k uznání plné invalidity) byla dalším vyšetřením v průběhu času vyloučena (viz výše již konstatovaný obsah posudku). Názory jednotlivých odborných pracovišť se lišily, když původně předpokládaná závažná diagnóza progresivní metabolické myopatie byla změněna na demienilizační periferní myopatii (Ústavem metabolických poruch). Ze zprávy stejného pracoviště z téhož období pak podle histologie svalu nebyl potvrzen myopatický charakter a onemocnění svědčilo spíše pro neurogenní původ obtíží. Tento závěr podporovalo i EMG vyšetření na neurologickém oddělení Nemocnice v Českých Budějovicích ze dne 6. 12. 2007 (polyneuropatie, dle EMG kritérií lehkého stupně). S výjimkou pracoviště MUDr. S. provedená vyšetření neurčila jednoznačnou diagnózu, výsledky však byly zhodnoceny jako hraniční nebo jen lehké. Z tohoto důvodu byl stěžovatel znovu vyšetřen neurologicky a na základě veškeré dostupné lékařské dokumentace a tohoto vyšetření znalecký kolektiv uzavřel, že neuropatie jako příčina potíží může být vyloučena. U stěžovatele jde o svalové postižení,

které je minimální, nález je hraniční a mohl by být slučitelný s endokrinopatií (léčí se pro hypothyreózu). K postižení iontových kanálů znalecký kolektiv uvedl, že je zcela hypotetické, nejde o jedno onemocnění a jsou zde různé příznaky, které obvykle kolísají a postupně progredují. Neexistuje přitom jeden typický klinický obraz. Podezření bylo vysloveno jen na základě rodinné anamnézy, další důvody však nejsou, když genetická a laboratorní vyšetření tuto diagnózu nepotvrdila. Z hlediska klinického má navrhovatel malé obtíže, elektrofyziologický nález je hraniční. Pokud trpí hypotyreózou, lze klinický i elektrofyziologický nález vysvětlit touto chorobou, neboť pro tento závěr svědčí i výsledek vyšetření ze dne 8. 9. 2006, jak již bylo výše konstatováno. Diagnosticky bylo tudíž uzavřeno, že u stěžovatele se jedná o postižení svalů typu metabolické myopatie. Onemocnění je srovnatelné s položkou 1a, kapitoly XV, oddílu E, neboť v rozhodné době byla základní diagnózou myopatie. Nelze souhlasit se zařazením dominantního postižení pod písmeno c) téže položky, neboť se jedná o lehkou formu myopatie s mírou poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v rozsahu 15 %. Vzhledem k dalším posudkově významným chorobám, jako je chronický bolestivý páteřní syndrom a refluxní choroba jícnu, které limitují stěžovatele při pracech ve vynucených polohách, zejména v předklonu, zvýšil znalecký kolektiv původně stanovenou hodnotu o dalších maximálně možných 10 % bodů, podle § 6 odst. 3 vyhlášky č. 284/1995 Sb., v tehdy platném znění. Znalecký kolektiv tento závěr učinil na základě vlastního vyšetření pacienta při vědomí toho, že podle jeho názoru se potíže objevují při či po fyzické námaze. Znalecký kolektiv volil formu vyšetření popsanou v posudku a konstatoval, že v objektivním nálezu je trofika a konsistence svalu normální s mírnou pohmatovou bolestivostí, reflexy L2-4 nízké, L5-S2 dobře výbavné, pyramidové jevy negativní, taxe dobrá. Při vyšetření EMG nebylo prokázáno postižení periferních nervů, ve svalech zjištěna polymorfie potenciálu motorických jednotek, nález je hraniční a mohl by odpovídat endokrinopatii. Zdůraznil, že ve srovnání s minulým nálezem zde není podchycena progrese.

Způsob provedení vyšetření neurologem stěžovatel zpochybňoval, nicméně Nejvyšší správní soud konstatuje, že volba způsobu vyšetření posudkovým orgánem je záležitostí výlučně medicínskou a soudu nepřísluší oprávnění, lékařskému znaleckému kolektivu (zde na nejvyšší odborné úrovni) způsob a metody vyšetření jakkoliv předepisovat nebo jej v medicínských metodách vyšetření jakkoliv ovlivňovat či omezovat. Je na znaleckém kolektivu, aby vyšetření provedl způsobem, který co možná nejspolehlivěji objektivizuje zdravotní stav a jím dochovanou pracovní schopnost vyšetřovaného. Pokud znalecký kolektiv zvolil způsob vyšetření v posudku popsaný za účelem zjištění dochované pracovní schopnosti stěžovatele, aniž by k tomu potřeboval znát stav organizmu při maximální fyzické zátěži, nemá ani Nejvyšší správní soud důvod pochybovat o odbornosti a objektivitě posudku, když soud k takovému zpochybnění nemá dostatek odborných medicínských znalostí.

Jestliže tedy na základě takto podchyceného zdravotního stavu stěžovatele dospěl znalecký kolektiv k závěru, že k datu vydání přezkoumávaného rozhodnutí žalované (28. 1. 2008) nebyl již stěžovatel plně invalidní (nebyl dokonce ani částečně invalidní), a pokud přesvědčivě stanovil klinickou diagnózu stěžovatelova dominantního zdravotního postižení, které je příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a pokud s odůvodněným závěrem podřadil toto postižení pod příslušnou položku přílohy č. 2 k vyhlášce 284/1995 Sb., s odkazem na jednotlivé lékařské zprávy, jakož i vlastní vyšetření,

a pokud se též vypořádal s vlivem dalších zdravotních postižení na rozsah ztráty schopnosti soustavné výdělečné činnosti stěžovatele a určil, v jakém směru jej limituje (omezuje) v jeho pracovní činnosti, a současně v neposlední řadě vysvětlil též rozdíl mezi původním uznáním plné invalidity a současným posudkovým závěrem, pak lze souhlasit s Krajským soudem v Českých Budějovicích, že podmínky pro trvání nároku na plný invalidní důchod stěžovatele ve smyslu § 39 odst. 1 písm. a) zákona o důchodovém pojištění již netrvaly. V důsledku toho zanikl žalobcův nárok na dávku ve formě plného invalidního důchodu a žalovaná nepochybila, pokud postupem podle § 56 odst. 1 písm. a) téhož zákona dávku plného invalidního důchodu stěžovateli odňala.

Uplatněné důvody kasační stížnosti tak nebyly zjištěny, a Nejvyšší správní soud proto kasační stížnost jako nedůvodnou zamítl (podle § 110 odst. 1 s. ř. s.).

Současně v souladu s § 120 a § 60 odst. 1 věty první s. ř. s. nepřiznal žádnému z účastníků právo na náhradu nákladů řízení o kasační stížnosti, neboť stěžovatel v něm neměl úspěch a žalované žádné náklady nad rámec její běžné úřední činnosti v řízení nevznikly; ostatně žalovaná nemá ve smyslu § 60 odst. 2 s. ř. s. právo na náhradu nákladů řízení, byť by v něm byla úspěšná.

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

V Brně dne 5. září 2012

JUDr. Dagmar Nygrínová
předsedkyně senátu