UZASADNIENIE

Orzeczeniem z dnia 4 stycznia 2017 r. (...) do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w S. postanowił zaliczyć małoletniego M. D. (1) do osób niepełnosprawnych poniżej 16 roku życia z powodu schorzeń o symbolu 12-C i 04-O na okres do 31 stycznia 2019 r. uznając, że niepełnosprawność małoletniego istnieje od urodzenia. W orzeczeniu Zespół wskazał, że istnieje konieczność zaopatrzenia małoletniego w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie według wskazań specjalisty (pkt 5 wskazań). Uznał, że dziecko wymaga korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (pkt 6 wskazań), nadto współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji (pkt 8 wskazań). Zespół uznał, że M. D. (1) nie wymaga konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji (pkt 7 wskazań).

Na skutek odwołania matki małoletniego, A. D., orzeczeniem wydanym w dniu 21 lutego 2017 r. Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie (...) w S. utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie (...) do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności. Zespół powołał się na dokonaną ocenę stanu zdrowia M. D. (1), możliwość poprawy jego funkcjonowania w wyniku leczenia i rehabilitacji. Stwierdził, że małoletni ma naruszoną sprawność organizmu w następstwie stanów chorobowych określonych symbolami 12-C i 04-O, których skutki nie powodują konieczności zapewnienia pomocy opiekunów w sposób przewyższający wsparcie potrzebne dziecku w tym samym wieku. Organ podkreślił, że małoletni stosownie do możliwości wiekowych wykonuje codzienne czynności samoobsługowe, porusza się i komunikuje z otoczeniem, a także kontynuuje nauczanie przedszkolne w standardowych warunkach nauczenia.

W odwołaniu od powyższego orzeczenia wniesionym do tutejszego Sądu w imieniu M. D. (1) będąca jego przedstawicielem ustawowym matka A. D. domagała się zmiany punktu 7 wskazań zawartych w orzeczeniu organu rentowego poprzez uznanie, że małoletni wymaga stałej i długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji. W uzasadnieniu odwołania wskazała, że z uwagi na zdiagnozowane od urodzenia specyficzne zaburzenia rozwoju funkcji motorycznych, zaburzenia aktywności i uwagi, syn nie może nawet na chwilę zostać bez opieki ze względu na niemożność przewidzenia sytuacji niebezpiecznych. Utrzymują się u niego deficyty sensoryczne, głównie w obrębie ruchu, zaburzenia neurorozwojowe i opóźniony rozwój mowy. Małoletni nie może samodzielnie poruszać się bez opieki osoby trzeciej, gdyż ruchy dziecka są niezgrabne, syn nie jest pewny ruchów swojego ciała. Nadto ma problem z komunikowaniem się z otoczeniem, nie jest w stanie samodzielnie spożywać posiłków, wykonywać czynności samoobsługowych, czy czynności w zakresie higieny osobistej. Ponadto małoletni od urodzenia ma stwierdzoną wadę wzroku – nadwzroczność i astygmatyzm obu oczu, która z wiekiem pogłębia się. Wedle matki małoletniego przebieg dotychczasowego leczenia i rehabilitacji daje jedynie niewielki postęp w leczeniu. Zarzuciła, iż organ orzekający nie uwzględnił wszystkich aspektów funkcjonowania jej syna, zarówno psychicznych, fizycznych, jak i społecznych. Zdaniem matki organ nie wziął pod uwagę stopnia zdolności do samodzielnej egzystencji, funkcjonowania społecznego oraz trudności w codziennym funkcjonowaniu małoletniego.

W odpowiedzi na odwołanie Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie (...) w S. wniósł o jego oddalenie, nie znajdując podstaw do zmiany decyzji. Po ponownej analizie dokumentacji dotyczącej małoletniego M. D. (1) organ rentowy nie stwierdził naruszeń sprawności jej organizmu powodujących całkowitą zależność od otoczenia i konieczność całkowitej opieki w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się samoobsługę, samodzielne poruszanie się i komunikowanie z otoczeniem.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

M. D. (1) ma 6 lat. W pierwszym roku życia rozpoznano u niego astygmatyzm nadwzroczny z niedowidzeniem obojga oczu do dali. Nosi na stałe okulary do dali i bliży, wymaga codziennych ćwiczeń wzroku pod opieką osoby dorosłej.

W 2014 r. rozpoznano u małoletniego specyficzne zaburzenia rozwoju i funkcji motorycznych, afazję motoryczną. Stwierdzono wówczas u niego znaczną niezborność ruchową, utrudniająca poruszanie się, a także zaburzenia ekspresji mowy, agramatyzmy, nieprawidłową budowę zdań.

W opinii z dnia 12 listopada 2014 r. stwierdzono, że rozwój intelektualny M. D. (1) jest prawidłowy, kształtuje się na poziomie przeciętnym. Rozwija się nieharmonijnie w sferach rozwoju poznawczego i ruchowego, słabiej pracuje podczas zabaw grupowych, obserwuje się u niego znaczną nadruchliwość, zaburzony rozwój motoryki i koordynacji wzorkowo-ruchowej, niski poziom grafomotoryczny, nieokreśloną w pełni lateralizację, opóźniony rozwój mowy czynnej.

W opinii sporządzonej w dniu 29 września 2014 r. opisano niski poziom komunikacji werbalnej, liczne cechy nadruchliwości oraz zaburzenia nawiązywania relacji rówieśniczych. Natomiast w opinii z dnia 16 grudnia 2015 r. odnotowano, że chłopiec ma problemy z koncentracją uwagi i prawidłowo nawiązuje relacje słowne. Następnie opinią z dnia 26 października 2016 r. stwierdzono, że prawidłowo nawiązuje relacje z dorosłymi i rówieśnikami, chętnie śpiewa piosenki i gra na instrumentach, jest samodzielny w zakresie jedzenia, picia i toalety, krótko koncentruje się.

W zaświadczeniu wydanym w dniu 7 listopada 2016r. specjalista psychiatrii dziecięcej stwierdził u małoletniego specyficzne zaburzenia rozwoju funkcji motorycznych, zaburzenia aktywności i uwagi, zaburzenia regulacji i przetwarzania bodźców sensorycznych oraz zaburzenia artykulacji.

Z informacji o wynikach diagnozy psychologicznej wydanej w dniu 7 listopada 2016 r. wynika, że chłopiec ma ponadprzeciętnie rozwinięty poziom kompetencji językowych w zakresie mowy czynnej, dużą sprawność w układaniu zdań, posiada bogaty słownik mowy biernej i czynnej, jego pamięć słuchowa kształtuje się w norie, rozumowanie logiczno-matematyczne rozwija się prawidłowo, słabiej kształtuje się pamięć wzrokowa przestrzenna, zaburzony jest rozwój motoryki małej i dużej. Obserwuje się u niego cechy nadpobudliwości psychoruchowej oraz trudności w nadzorowaniu kilku czynności oraz ignorowaniu dystraktorów. Pomimo pojawiających się trudności M. D. (1) jest wytrwały, doprowadza do końca zadania, zależy mu na poprawności przeprowadzonych testów, w czasie wolnym potrafi zorganizować sobie zabawę , nie wymaga obecności rodziców podczas badania.

Dowód:

- oceny stanu zdrowia dziecka – k. 49,74 akt organu,

- ocena pedagogiczna – k.72- 73 akt organu,

- ocena psychologiczna – k. 48 akt organu,

- zaświadczenie lekarskie – k. 44 akt organu,

- dokumentacja medyczna i psychiatryczna – k. 4, 11-27, 28-43, 30-54, 65-70 akt organu,

- opinia biegłej sądowej z zakresu okulistyki D. P. – k. 18 akt sprawy.

U M. D. (1) nie stwierdza się odchyleń od stanu prawidłowego. Rozwój psychomotoryczny dziecka jest odpowiedni do wieku. Brak jest objawów ogniskowego uszkodzenia ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego. Nie ma także cech. tzw. zespołu mikrozaburzeń czynności mózgu, który objawia się zaburzeniami koordynacji ruchowej. U dziecka występują niewielkie zaburzenia artykulacji, ale mowa jest całkowicie zrozumiała. Brak jest cech zaburzeń integracji sensorycznej.

W wieku niemowlęcym o chłopca występowały zaburzenia mowy i artykulacji, z tego powodu był prawidłowo diagnozowany i leczony. Nadal pozostaje pod opieką logopedy. Efektywność prowadzonej terapii jest bardzo dobra, zaburzenia mowy obecnie są bardzo małe. M. D. (1) uczęszcza do masowego przedszkola, rodzicom nie proponowano

odroczenia obowiązku szkolnego. Chłopiec jeździ z grupą przedszkolną na wycieczki, nie podejmuje niebezpiecznych zachowań, choć zdarzało się, że nie słuchał się wychowawczyni.

M. D. (1) chodzi na liczne zajęcia dodatkowe: tańce, lekcje języka angielskiego i języka niemieckiego. Gra w gry planszowe. Umie jeździć na hulajnodze i rowerze.

Małoletni ma problem ze snem, śpi w sypialni rodziców, regularnie budzi się dwa razy w nocy. Ma problemy ruchowe i często odnosi urazy. Ma słabą koncentrację. Interesuje się wszystkim w swoim otoczeniu, zadaje dużo pytań . Miewa chwiejny nastrój. Nie przyjmuje żadnych leków psychotropowych.

Początkowy rozwój psychoruchowy M. D. (1) był zaburzony. Obecnie stwierdza się u niego objawy nadruchliwości i zaburzenia koncentracji, a także zaburzenia snu i moczenie nocne. Objawy te nie uniemożliwiają mu korzystania z masowego przedszkola i funkcjonowania na poziomie właściwym dla jego wieku. Wykazuje wysoki poziom umiejętności poznawczych. Widoczne są cechy niezborności, jednakże chłopiec stosunkowo wcześnie opanował złożone czynności motoryczne. Nie obserwuje się u niego stereotypii w obrębie zachowań i zainteresowań ani cech niedowrażliwości lub nadwrażliwości na bodźce.

M. D. (1) nie jest niezdolny do zaspokajania w porównaniu z rówieśnikami podstawowych potrzeb życiowych, takich jak samoobsługa, samodzielne poruszanie się, komunikowanie z otoczeniem, powodujące konieczność zapewnienia całkowitej opieki innych osób.

Dowód:

- opinia biegłej sądowej z zakresu okulistyki D. P. – k. 18 akt sprawy

- opinia biegłego neurologa dziecięcego J. B. – k. 43-45 akt sprawy,

- opinia biegłej sądowej z zakresu psychiatrii K. B. – k. 64-71 akt sprawy.

Sąd zważył, co następuje:

Orzekanie o stopniu niepełnosprawności jest regulowane przez ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity – Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.) oraz wykonujące ją rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (tekst jednolity – Dz. U. z 2015 r., poz. 110) i rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia (Dz. U. Nr 17, poz. 162).

Zgodnie z art. 4a ust. 1 wyżej wskazanej ustawy, osoby, które nie ukończyły 16 roku życia zaliczane są do osób niepełnosprawnych, jeżeli mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy, z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu, powodującą konieczność zapewnienia im całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku.

M. D. (1) w chwili obecnej ma ukończone 6 lat, a więc niewątpliwie należy w stosunku do niego stosować zasady ustalania niepełnosprawności dotyczące osób poniżej 16 roku życia.

Szczegółowe zasady ustalania niepełnosprawności u osób poniżej 16 roku życia zostały określone we wskazanym wyżej rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia. Zgodnie z § 1 rozporządzenia, oceny niepełnosprawności u osoby w wieku do 16 roku życia, zwanej dalej „dzieckiem", dokonuje się na podstawie następujących kryteriów:

1) przewidywanego okresu trwania upośledzenia stanu zdrowia z powodu stanów chorobowych, o których mowa w § 2, przekraczającego 12 miesięcy,

2) niezdolności do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, takich jak: samoobsługa, samodzielne poruszanie się, komunikowanie z otoczeniem, powodującej konieczność zapewnienia stałej opieki lub pomocy, w sposób przewyższający zakres opieki nad zdrowym dzieckiem w danym wieku, albo

3) znacznego zaburzenia funkcjonowania organizmu, wymagającego systematycznych i częstych zabiegów leczniczych i rehabilitacyjnych w domu i poza domem.

§ 2 stanowi natomiast, że do stanów chorobowych, które uzasadniają konieczność stałej opieki lub pomocy dziecku, należą:

1) wady wrodzone i schorzenia o różnej etiologii prowadzące do niedowładów, porażenia kończyn lub zmian w narządzie ruchu, upośledzające w znacznym stopniu zdolność chwytną rąk lub utrudniające samodzielne poruszanie się,

2) wrodzone lub nabyte ciężkie choroby metaboliczne, układu krążenia, oddechowego, moczowego, pokarmowego, układu krzepnięcia i inne znacznie upośledzające sprawność organizmu, wymagające systematycznego leczenia w domu i okresowo leczenia szpitalnego,

3) upośledzenie umysłowe, począwszy od upośledzenia w stopniu umiarkowanym,

4) psychozy i zespoły psychotyczne,

5) zespół autystyczny,

6) padaczka z częstymi napadami lub wyraźnymi następstwami psychoneurologicznymi,

7) nowotwory złośliwe i choroby rozrostowe układu krwiotwórczego do 5 lat od zakończenia leczenia,

8) wrodzone lub nabyte wady narządu wzroku powodujące znaczne ograniczenie jego sprawności, prowadzące do obniżenia ostrości wzroku w oku lepszym do 5/25 lub 0,2 według S. po wyrównaniu wady wzroku szkłami korekcyjnymi, lub ograniczenie pola widzenia do przestrzeni zawartej w granicach 30 stopni,

9) głuchoniemota, głuchota lub obustronne upośledzenie słuchu nie poprawiające się w wystarczającym stopniu po zastosowaniu aparatu słuchowego lub implantu ślimakowego.

Przy czym przy ocenie niepełnosprawności dziecka bierze się pod uwagę:

1) rodzaj i przebieg procesu chorobowego oraz jego wpływ na stan czynnościowy organizmu,

2) sprawność fizyczną i psychiczną dziecka oraz stopień jego przystosowania do skutków choroby lub naruszenia sprawności organizmu,

3) możliwość poprawy stanu funkcjonalnego pod wpływem leczenia i rehabilitacji.

W § 1 rozporządzenia ustawodawca określił zatem dwa typy kryteriów, które alternatywnie mogą decydować o uznaniu dziecka za niepełnosprawne. Wystarczy zatem, iż w stosunku do osoby mającej zostać uznaną za niepełnosprawną zajdą okoliczności wymienione w jednym spośród punktów 2 i 3 tego §. Uznając małoletniego M. D. (1) za osobę niepełnosprawną Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności kierował się występowaniem u dziecka znacznego zaburzenia funkcjonowania organizmu, wymagającego systematycznych i częstych zabiegów leczniczych i rehabilitacyjnych w domu i poza domem (pkt 3). Wykluczał jednocześnie wystąpienie kryteriów opisanych w punkcie 2 polegających na niezdolności do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, takich jak:

samoobsługa, samodzielne poruszanie się, komunikowanie z otoczeniem, powodującej konieczność zapewnienia stałej opieki lub pomocy, w sposób przewyższający zakres opieki nad zdrowym dzieckiem w danym wieku. W konsekwencji nie uznawał za konieczne zapewnienie dziecku stałej opieki lub pomocy, nie stwierdzając stanów chorobowych w objawach o intensywności określonej w § 2 rozporządzenia. Z takim stanowiskiem nie zgadzał się małoletni wnioskodawca M. D. (1), reprezentowany przez przedstawiciela ustawowego – matkę A. D..

Organ rentowy powoływał się na treść § 29 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności wskazując, iż konieczność sprawowania opieki oznacza całkowitą zależność osoby od otoczenia, polegającą na pielęgnacji w zakresie higieny osobistej i karmienia, niemożliwości zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych lub całkowitą zależność od otoczenia w funkcjonowaniu społecznym. Na konieczność zaistnienia takich okoliczności jako dających podstawę do uznania za konieczną stałej opieki lub pomocy dziecku wskazywał Zespół.

Zdaniem Sądu, należy ten pogląd uznać za częściowo trafny, albowiem jedynie taki stan dziecka polegający na całkowitej zależności od otoczenia, zwłaszcza w zakresie higieny osobistej i karmienia powodowałby konieczność stałej, a nie czasowej opieki lub pomocy. Niemniej jednak § 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia zakłada pewną gradację stopnia nasilenia schorzeń tam wymienionych kwalifikując jako uzasadniające całkowitą lub długotrwałą opiekę lub pomoc te o znacznym stopniu nasilenia i istotnym negatywnym wpływie na funkcjonowanie osoby ocenianej.

Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy wykazał, że małoletni M. D. (1) nie spełnia kryteriów niezbędnych do uznania, iż wymaga on stałej opieki i pomocy innej osoby w rozumieniu § 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia.

Z dokonanych przez przedstawicieli zarówno Powiatowego, jak i Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności ustaleń wynika, że M. D. (1), mimo występujących u niego schorzeń, pozostaje zdolny do samodzielnej egzystencji stosownie do swojego wieku. Przede wszystkim jest w stanie samodzielnie poruszać się, komunikować z otoczeniem i wykonywać codzienne czynności samoobsługowe.

Z przeprowadzonych przez przedstawicieli zarówno Powiatowego, jak i Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności wywiadów wynika, że małoletni mimo występujących u niego schorzeń pozostaje zdolny do samodzielnej egzystencji stosownie do swojego wieku. Przede wszystkim jest w stanie samodzielnie się poruszać i komunikować, uczęszcza do przedszkola. Nie wymaga opieki przewyższającej zakres opieki nad innym dzieckiem w tym samym wieku. Nie wykazuje znacznej zależności od otoczenia i niezdolności do zaspokajania bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, takich jak samoobsługa, samodzielne poruszanie się, komunikowanie z otoczeniem. W środowisku rówieśniczym funkcjonuje prawidłowo. Funkcjonuje stosownie do swojego wieku, bez istotnych ograniczeń utrudniających aktywność fizyczną i psychiczną.

Brak podstaw do stwierdzenia konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji potwierdzili powołani w sprawie biegli sądowi.

Biegła z zakresu okulistyki D. P., wydająca na zlecenie sądu opinię w sprawie w sposób jednoznaczny stwierdziła, iż występujący u małoletniego astygmatyzm nadwzroczny i niedowidzeniem obojga oczu do dali, z prawidłowym widzeniem z bliska nie daje podstaw do uznania, iż wymaga on pomocy osób trzecich w codziennym funkcjonowaniu, samoobsłudze czy w życiu społecznym. Wada wzrokowa wymaga jedynie codziennych ćwiczeń i rehabilitacji z udziałem osoby dorosłej.

Podobnie biegły neurolog dziecięcy J. B. stwierdził, iż małoletni nie wymaga stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w porównaniu z rówieśnikami. Jest dzieckiem, które wymaga natomiast współudziału opiekuna w procesie leczenia logopedycznego, okulistycznego. Może uczęszczać do placówek oświatowych ogólnodostępnych, nie wymaga

przewlekłego leczenia, nie jest narażony bardziej niż inne dzieci na możliwość doznania urazu, czy rozwinięcia się schorzeń. Jest zdolny do pełnienia funkcji społecznych adekwatnych do wieku. Jest dzieckiem o prawidłowym rozwoju intelektualnym i motorycznym, nie wymagającym leczenia farmakologicznego. Stwierdzane zaburzenia artykulacji są na tyle małe, że nie przeszkadzają i nie ograniczają komunikacji werbalnej pomiędzy M. a otoczeniem. Nie wymaga z tego powodu leczenia farmakologicznego ani dostosowywania procesu edukacyjnego do swojej niepełnosprawności. Efektywność prowadzonej terapii jest bardzo dobra i zauważalne zaburzenia mowy obecnie są bardzo małe, nie zaburzają w jakikolwiek sposób komunikacji pomiędzy małoletnim a otoczeniem.

Również biegła z zakresu psychiatrii K. B. podzieliła zdanie pozostałych biegłych. Rozpoznając u małoletniego nadpobudliwość psychoruchową z deficytem uwagi ze współistniejącym zaburzeniem snu i moczeniem nocnym (kod 02-P) uznała, że niepełnosprawność małoletniego wynika ze znacznego zaburzenia funkcjonowania organizmu wymagającego systematycznych i częstych zabiegów leczniczych i rehabilitacyjnych w domu i poza domem, a w konsekwencji pomocy innych osób w stopniu przewyższającym wsparcie osoby w tym samym wieku. Jednocześnie stwierdziła brak podstaw do uznania, iż chłopiec jest niezdolny do zaspokajania w porównaniu z rówieśnikami podstawowych potrzeb życiowych takich jak samoobsługa, samodzielne poruszanie się, komunikowanie z otoczeniem powodującej konieczność zapewnienia całkowitej opieki innych osób. Nadto biegła zwróciła uwagę, iż rozbieżność pomiędzy jej opinią z orzeczeniem organu dotyczy jedynie kodu schorzenia i wynika z przyjęcia przez Powiatowy, a następnie Wojewódzki Zespół, że zaburzenia integracji sensorycznej są tożsame z całościowymi zaburzeniami rozwoju (kod 12-C), podczas gdy obecnie w obrazie klinicznym zaburzeń występujących u M. D. (1) dominują nadpobudliwość psychoruchowa oraz deficyt uwagi (kod 02-P).

Opinie biegłych są jasne i spójne, a ich wnioski w sposób przekonujący umotywowane. Wydanie opinii poprzedziło zarówno badanie małoletniego jak i analiza dokumentacji medycznej, która nie budziła wątpliwości w zakresie autentyczności czy rzetelności. Powyższe, przy uwzględnieniu, iż biegli to wysokiej klasy fachowcy o wieloletnim doświadczeniu zawodowym i orzeczniczym, z tytułami naukowymi i o specjalnościach adekwatnych do schorzeń małoletniego, nakazywało uznać opinie za rzetelne i wiarygodne, a w rezultacie podzielić ich wnioski.

Organ rentowy nie zgłaszał zarzutów do powyższych opinii.

Pismem z dnia 8 marca 2018 r. (k. 86) przedstawicielka ustawowa odwołującego się wniosła zarzuty co do opinii biegłego z zakresu neurologii dziecięcej. Wskazała, że rozwój dziecka nie przebiegał bez zakłóceń. Małoletni od wczesnego dzieciństwa miła problemy z widzeniem a wada wzroku pogłębia się. Dziecko choruje na powtarzające się infekcje górnych dróg oddechowych powodowane refluksem żołądkowo przełykowym. Przyjmuje leki na alergię. Matka odwołującego się podkreśliła, że M. D. (1) ma zaburzenia integracji sensorycznej i od trzeciego roku życia jest rehabilitowany przez specjalistów i rodziców.

Są zauważył, że zaprezentowana przez matkę odwołującego się argumentacja w żaden sposób nie zaprzecza ustaleniom biegłych. M. D. (2) jest niewątpliwie dzieckiem niepełnosprawnym w dalszym ciągu wymagającym zabiegów leczniczych i rehabilitacyjnych w domu i poza domem. Nie wpływa to jednak na zakres jego funkcjonowania na poziomie podstawowym, tj. w zakresie poruszania się, komunikacji i samoobsługi stosownie do wieku dziecka. Materiał dowodowy zebrany w sprawie wskazuje na szeroką aktywność dziecka i możliwości jego funkcjonowania przewyższające możliwości dziecka wymagającego stałej opieki lub pomocy.

W tej sytuacji Sąd nie znalazł podstaw do odmówienia opiniom biegłych przymiotu miarodajnych dowodów w sprawie i w pełni je podzielił. W konsekwencji Sąd uznał, że małoletni na obecnym etapie rozwoju nie spełnia przesłanek określonych w przepisach kryteriów decydujących o konieczności sprawowania nad nim stałej opieki lub pomocy innej osoby. Funkcje motoryczne i poznawcze M. D. (1) są wystarczające do tego, by samodzielnie spożywał posiłki. Sprawnie posługuje się mową, dodatkowo mówi i śpiewa w obcych językach. Małoletni uczęszcza do przedszkola masowego, nie musi korzystać z nauczyciela asystenta, może jeździć z innymi dziećmi na wycieczki, zatem nie wymaga większej opieki i na nadzoru niż jego rówieśnicy. Sporadycznie jest konsultowany przez lekarza psychiatrę (ostatnio około 10 miesięcy temu) i nie przyjmuje żadnych leków psychotropowych.

W tym stanie rzeczy, w oparciu o treść art. 477^{14} § 2 k.p.c., Sąd zmienił zaskarżone orzeczenie ustalając, że niepełnosprawność odwołującego się M. D. (1) jest spowodowana również schorzeniami o symbolu 02-P. W pozostałym zakresie odwołanie oddalił w oparciu o treść art. 477^{14} § 1 k.p.c.

ZARZĄDZENIE

1) (...)

2) (...)

3) (...)

(...)