

UZASADNIENIE

Orzeczeniem z dnia 29 stycznia 2020 r. znak (...) Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w S. utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w G. zaliczające małoletniego K. C. do osób niepełnosprawnych, z symbolem niepełnosprawności 11-I. Organ wskazał, iż niepełnosprawność datuje się od dnia 11 sierpnia 2016 r. a orzeczenie zostaje wydane do 14 listopada 2021 r. Nadto organ ustalił, iż małoletni wymaga konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie małoletniego, wymaga konieczności korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, wymaga stałego współdziałania na co dzień opiekuna w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji. Uzasadniając swoje stanowisko organ wskazał, iż małoletni ma naruszoną sprawność organizmu w następstwie stanów chorobowych określonych symbolem 11-I, których skutki wymagają konieczności zapewnienia pomocy opiekunów w sposób przewyższający wsparcie potrzebne dziecku w tym samym wieku. Nie wymaga on jednak konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji.

W imieniu małoletniego K. C. odwołanie złożyła matka D. K., domagając się uznania, że małoletni wymaga konieczności stałej i długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji. W uzasadnieniu swojego stanowiska wskazała, że małoletni nie radzi sobie z podawaniem prawidłowej dawki insuliny z uwagi na skoki fizjologiczne poziomu cukru we krwi, trudne do przewidzenia i ustalenia. Występują u niego częste zasłabnięcia w ciągu dnia oraz znaczne wahania poziomu cukru w nocy, co wymaga całodobowego monitoringu jego stanu zdrowia przez matkę.

W odpowiedzi na odwołanie Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w S. wniósł o oddalenie odwołania w całości wobec stwierdzenia, że występujące u małoletniego ograniczenia nie powodują konieczności zapewnienia całkowitej opieki w zaspokajaniu - stosownie do wieku – podstawowych potrzeb życiowych, uznając jednocześnie, iż nie miał podstaw do wydania innego orzeczenia niż zaskarżone.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

K. C., urodzony (...), obecnie piętnastoletni, jest uczniem I klasy Technikum.

Niesporne

Od lipca 2016 r. leczony jest z powodu cukrzycy typu I. Początkowo leczony był metodą intensywnej insulinoterapii, zaś od marca 2017 r. insulina podawana jest przez osobistą pompę insulinową. Obsługą pompy zajmuje się matka chłopca, która przygotowuje mu też posiłki zgodnie z zaleceniami diabetologa, oblicza dawki insuliny na bolusy do posiłków oraz na korekty. Matka chodzi do szkoły, aby podawać bolus lub uzgadnia telefonicznie z nauczycielem podanie odpowiedniej dawki insuliny. Małoletni potrafi oznaczyć poziom cukru, potrafi odłączyć pompę na czas kąpieli, a także zareagować na niedocukrzenie. Ma założony sensor „Libre” dla stałej kontroli glikemii.

Niedocukrzenia zdarzają się rzadko i występują bez groźnych następstw klinicznych (np. utraty świadomości). W sierpniu 2018 r. u K. C. wystąpiła utrata świadomości, ale o innym tle niż niedocukrzenie. K. C. był wówczas hospitalizowany w szpitalu w G. w dniach od 2 do 7 sierpnia 2018 r. ze wskazaniem obserwacji w kierunku padaczki ogniskowej. Później utraty świadomości już nie występowały.

W 2019 r. nie występowały u K. C. znaczące stany niedocukrzenia, a cukrzyca ma charakter dość wyrównany.

Dowód: dokumentacja medyczna – koperta k. 23 oraz w aktach organu, opinia biegłego sądowego z zakresu diabetologii G. K. – k. 24-25, opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu diabetologii G. K. k. 46

K. C. nauczył się aktualnie obsługi pompy insulinowej.

Niesporne (oświadczenie przedstawicielki ustawowej małoletniego k. 38v)

Cukrzyca typu I powoduje niepełnosprawność K. C.. Niepełnosprawność 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 osobie w tym samym wieku. K. C. nie wymaga stałej opieki lub pomocy innych osób w zaspokajaniu swoich podstawowych potrzeb życiowych. Jego niesamodzielność sprowadza się do braku umiejętności obsługiwania pompy insulinowej oraz wyliczania i podawania insuliny w bolusie czy w korekcie. Inne czynności związane z kontrolą cukrzycy, zabezpieczeniem pompy, prawidłową reakcją na niedocukrzenie wykonuje on samodzielnie. Pomoc udzielana mu przez opiekuna w innych czynnościach świadczy o jego niepełnosprawności, nie stanowi jednak o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Dowód: opinia biegłego sądowego z zakresu diabetologii G. K. – k. 24-25, opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu diabetologii G. K. k. 46

Sąd zważył, co następuje:

Odwołanie okazało się nieuzasadnione.

Zgodnie z art. 4a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U.2020.426 j.t.) 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.

Kryteria oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia określone zostały Rozporządzeniem 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.2002.17.162), wydanym na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 4a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Zgodnie z § 1 rozporządzenia oceny niepełnosprawności u osoby w wieku do 16 roku życia dokonuje się na podstawie następujących kryteriów:

- 1) przewidywanego okresu trwania upośledzenia stanu zdrowia z powodu stanów chorobowych, o których mowa w § 2 rozporządzenia, 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.

Przy ocenie niepełnosprawności dziecka bierze się pod uwagę rodzaj i przebieg procesu chorobowego oraz jego wpływ na stan czynnościowy organizmu, sprawność fizyczną i psychiczną dziecka oraz stopień jego przystosowania do skutków choroby lub naruszenia sprawności organizmu oraz możliwość poprawy stanu funkcjonowania pod wpływem leczenia i rehabilitacji. (§ 2 ust. 2 rozporządzenia).

W § 2 ust. 1 rozporządzenia wymienione zostały schorzenia uzasadniające konieczność stałej opieki lub pomocy dziecku.

Zaliczenie do osób niepełnosprawnych w przypadku dziecka do 16 roku życia może mieć zatem miejsce w dwóch sytuacjach: gdy dziecko jest niezdolne do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych w postaci samoobsługi, poruszania się, komunikacji z otoczeniem, co rodzi konieczność zapewnienia mu stałej (długotrwałej) opieki lub pomocy w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, albo też gdy dziecko zachowuje zbliżoną do rówieśników zdolność do zaspokajania wskazanych potrzeb życiowych, w związku jednak ze znacznym zaburzeniem funkcjonowania organizmu wymaga stałego leczenia i rehabilitacji w domu i poza domem i w tym zakresie zwiększonej pomocy rodziców.

W rozpoznawanej sprawie sporne było to czy małoletni w związku z niepełnosprawnością wymaga stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji czy też jego niepełnosprawność wynika z tej drugiej z ww. opisanych przesłanek (znacznego zaburzenia funkcjonowania organizmu wymagającego systematycznych i częstych zabiegów leczniczych i rehabilitacyjnych w domu i poza domem).

Zdolność do samodzielnej egzystencji oceniania musi być w porównaniu do zdrowych rówieśników chorego dziecka. Oczywistym jest bowiem, iż w różnym okresie życia dzieci wymagają w różnym stopniu wsparcia rodzica w zwykłych codziennych czynnościach – w przypadku niemowląt zachodzi całkowita niezdolność do wykonywania czynności samoobsługowych, potem wraz z wiekiem w przypadku dzieci zdrowych udział rodzica w takich czynnościach stopniowo ulega zmniejszeniu, zmienia się w nadzór, a z czasem całkowicie ustaje. Przykładowo już dzieci pięcioletnie, sześciolatki z powodzeniem mogą same spożywać posiłki, ubierać się, samodzielnie przemieszczać się, myć się (choć zazwyczaj pod kontrolą opiekunów), niewątpliwie natomiast rodzice muszą chociażby przygotowywać im posiłki czy towarzyszyć przy udawaniu się do miejsc oddalonych od miejsca zamieszkania w związku z koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa i niedostateczną jeszcze orientacją dziecka w terenie.

W przypadku dzieci chorych na przewlekłe choroby, niezależnie od ich wieku, opieka rodzica musi być nieco szersza niż u dzieci zdrowych, bo obejmuje przynajmniej podawanie leków czy dbanie o odpowiednią dietę, dokładniejsze monitorowanie stanu zdrowia – przykładowo regularne mierzenie ciśnienia krwi, itp., towarzyszenie dziecku w drodze do, z i podczas wizyt u lekarzy, rehabilitantów. Konieczność takiej zwiększonej opieki nie zawsze jednak skutkuje zaliczeniem dziecka do grona osób niepełnosprawnych, a tym bardziej uznaniem, iż jest ono niezdolne do samodzielnej egzystencji. Decydujące znaczenie ma tu bowiem nie występowanie danego schorzenia, a jego wpływ na funkcjonowanie małoletniego – stopień zaburzenia tego funkcjonowania.

Zakres opieki nad chorym dzieckiem - tym, u którego stopień zaburzenia organizmu nie jest na tyle duży, by skutkować niepełnosprawnością i tym, u którego zaburzenia te są istotne i łączą się z koniecznością stałego leczenia i rehabilitacji - jest szerszy w tym znaczeniu, że rodzic (opiekun) wykonywać musi inne dodatkowe czynności, których nie wykonują, albo wykonują okazjonalnie – w czasie zwykłych chorób, po urazach rodzice dzieci zdrowych. Nie zawsze jest natomiast szerszy w tym znaczeniu, że obejmuje wykonywanie przy dziecku czynności, z którymi jego zdrowi rówieśnicy radzą już sobie dobrze. A właśnie w tym ostatnim znaczeniu rozpatruje się go na potrzeby ustalenia niepełnosprawności przy ocenie, czy dziecko wymaga stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy w związku ze znacznie ograniczoną zdolnością do samodzielnej egzystencji. Taka opieka lub pomoc bez wątplenia występuje w przypadku dzieci z różnymi niedowładami, upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim itp. Nie są one bowiem w stanie samodzielnie podejmować zwykłych codziennych czynności wykonywanych już przez rówieśników.

Nie oznacza to jednak, iż w przypadku braku upośledzenia sprawności ruchowej dziecka oraz niewystępowania u niego istotnych zaburzeń psychicznych odpada zawsze konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną zdolnością samodzielnej egzystencji. Wszystko bowiem zależy od indywidualnego przypadku. Trudno postawić wyraźną granicę między zwiększoną pomocą rodzica w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych (obejmujących też leczenie), a konieczną pomocą stałą (długotrwałą) w związku ze znacznym ograniczeniem zdolności do samodzielnej egzystencji. Często bowiem zdarza się, iż część czynności samoobsługowych dziecko wykonuje w stopniu zbliżonym do rówieśników, w innych natomiast, w przeciwieństwie do nich, wymaga z

uwagi na ograniczenia chorobowe określonego wsparcia. Ocenie zatem zawsze musi podlegać sytuacja konkretnego dziecka, jego stan zdrowia i ograniczenia w zwykłym życiu.

Z uwagi na fakt, iż rozpoznanie niniejszej sprawy wymagało wiadomości specjalnych Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu diabetologii G. K.. Biegły ten wskazał, iż małeletni choruje na cukrzycę typu I, która czyni go osobą niepełnosprawną z powodu zaburzenia funkcjonowania organizmu wymagającego pomocy w edukacji, odbywania systematycznych i częstych zabiegów i oddziaływań terapeutycznych w domu i poza domem, a w konsekwencji pomocy innych osób w stopniu przewyższającym wsparcie osobie w tym samym wieku. Jednocześnie ocenił, że K. C. nie wymaga stałej opieki lub pomocy innych osób w zaspokajaniu swoich podstawowych potrzeb życiowych. Biegły wyjaśnił w opinii, że niesamodzielność 15 – letniego K. C. (ucznia Technikum) sprowadza się do braku umiejętności obsługi pompy insulinowej (choć obecnie przedstawicielka ustawowa małeletniego przyznała, że małeletni nauczył się z czasem jej obsługi – k. 38v) oraz wyliczania i podawania insuliny w bolusie czy w korekcie. Inne czynności związane z kontrolą cukrzycy, zabezpieczeniem pompy, prawidłową reakcją na niedocukrzenie wykonuje on już samodzielnie. Pomoc udzielana mu przez opiekuna w tych pierwszych czynnościach świadczy o jego niepełnosprawności, nie stanowi jednak o jego niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Do opinii biegłego zarzuty wniosła przedstawicielka ustawowa małeletniego, podnosząc, iż w sprawie powinien wypowiedzieć się biegły pediatra specjalizujący się w diabetologii, gdyż w jej ocenie biegły G. K. posiada tylko ogólną wiedzę na temat cukrzycy, a nie posiada wiedzy szczegółowej na temat cukrzycy typu I i jej leczenia u dzieci. Ponadto, podniosła ona, że o ile małeletni nauczył się obsługiwać pompę insulinową, to nie wie ile podać insuliny do danego posiłku, ile dać korekty, gdy cukier jest za duży i jak ustawić bazę w pompie. Wskazała też, że to, że insulina jest podawana przez pompę, a nie przez pena, nie znaczy, że pompa wszystko robi sama. Zaznaczyła, że musiała zakupić we własnym zakresie Libre (urządzenie do pomiaru cukru), aby zaoszczędzić synowi ciągłego klucia palców w dzień i w nocy. Dzięki pompie natomiast nie trzeba wykonywać co najmniej 8 zastrzyków dziennie. Przedstawicielka ustawowa małeletniego pozostaje też w ciągłym kontakcie z poradnią diabetologiczną.

Odnosząc się zarzutów strony odwołującej się, biegły G. K. podtrzymał swoją poprzednią opinię, wskazując, że opis działań przedstawiciela ustawowego dotyczący się leczenia cukrzycy oraz obsługi pompy insulinowej należy rozumieć właśnie jako współdziałanie opiekuna ponad 14-letniego chłopca (faktycznie już 15-letniego) w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji. Małeletni jest uczniem technikum, a więc osobą bardziej dojrzałą niż w przeszłości. Niektóre czynności związane z kontrolą cukrzycy, podawaniem insuliny wykonuje samodzielnie. Faktem jest, że nadal wymaga nadzoru opiekuna, ale sprawowanie nadzoru nie jest wystarczającym kryterium stwierdzenia niezdolności do samodzielnej egzystencji. Uczeń szkoły średniej jest bowiem w dużej mierze samodzielny. Biegły zauważył, że przedstawicielka ustawowa małeletniego przedstawiła w innym świetle przebieg choroby niż lekarz prowadząca małeletniego. W 2019 r. u małeletniego nie wystąpiły znaczące stany niedocukrzenia i z dokumentacji lekarskiej wynika, że wbrew jej twierdzeniu, cukrzyca miała charakter dość wyrównany. W zakresie zarzutu dotyczącego swojej kompetencji do opiniowania w niniejszej sprawie, biegły temu zaprzeczył i wyjaśnił, że przez 30 lat pracował kolejno w trzech poradniach diabetologicznych, w których pacjenci (dzieci i osoby starsze) z cukrzycą typu I stanowią niemały procent wszystkich chorych z cukrzycą. Część z nich korzysta z pomp insulinowych.

Ustosunkowując się do opinii uzupełniającej, przedstawicielka ustawowa małeletniego wskazała, że w jej ocenie cukrzyca u jej syna nie jest wcale stabilna oraz że w razie stwierdzenia w orzeczeniu, że małeletni wymaga stałej i długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku z ograniczeniem możliwości samodzielnej egzystencji, przysługiwałoby mu więcej osprzętu do pompy insulinowej, tj. więcej wkłuc, zbiorników i Libre. Podkreśliła, że syn nie jest w stanie sam zmienić sobie wkłucia (do pompy insulinowej) ani sam założyć sensora Freestyle Libre. Podniosła też, że w przeszłości u syna stwierdzono, że wymaga on stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku z ograniczeniem możliwości samodzielnej egzystencji.

Sąd nie nakazywał biegłemu ustosunkowywania się do kolejnych zarzutów do opinii złożonych przez przedstawicielkę ustawową małeletniego, ponieważ sprowadzały się one do zagadnień, do których poprzednio odnosił się biegły.

Zgodnie z § 2 ust. 1 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, 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) całościowe zaburzenia rozwojowe powodujące znaczne zaburzenia interakcji społecznych lub komunikacji werbalnej oraz nasilone stereotypie zachowań, zainteresowań i aktywności,
- 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 Snellena po wyrównaniu wady wzroku szklami korekcyjnymi, lub ograniczenie pola widzenia do przestrzeni zawartej w granicach 30 stopni,
- 9) głuchoniemota, głuchota lub obustronne upośledzenie słuchu niepoprawiające się w wystarczającym stopniu po zastosowaniu aparatu słuchowego lub implantu ślimakowego.

U małoletniego zdiagnozowano chorobę metaboliczną (cukrzyca typu I). Samo jednak zdiagnozowanie u dziecka jednostki chorobowej określonej w § 2 ust. 1 powołanego wyżej rozporządzenia nie prowadzi samo przez siebie do ustalenia, iż dziecko wymaga konieczności stałej opieki lub pomocy innej osoby (tym bardziej, że musi zostać stwierdzona ciężka choroba metaboliczna, znacznie upośledzająca sprawność organizmu, wymagające systematycznego leczenia w domu i okresowo leczenia szpitalnego). W przeciwnym razie dopuszczanie dowodu z opinii biegłego lekarza jakiegokolwiek specjalności nie byłoby konieczne do rozpoznania sprawy, wystarczyłoby zlokalizowanie określonej jednostki chorobowej w dokumentacji medycznej dziecka. W ocenie Sądu nieodzownym elementem do stwierdzenia przesłanki wymogu „stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji” jest uprzednie stwierdzenie czy u dziecka występuje niezdolność do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, takich jak: samoobsługa, samodzielne poruszanie się, komunikowanie z otoczeniem, o czym mowa w § 1 pkt 2 cytowanego rozporządzenia i co do tego elementu wypowiedział się w sprawie w sposób jednoznaczny i niebudzący wątpliwości biegły z zakresu diabetologii. Wskazane przez stronę odwołującą się okoliczności i ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka (przygotowanie posiłków zgodnie z zaleceniami diabetologa, wyliczenie dawki insuliny na bolusy do posiłków oraz na korekty, włączenie pompy insulinowej czy sensora Libre) uzasadniają, że niepełnosprawność małoletniego wynika z konieczności pomocy dziecku w edukacji, terapii i częstych zabiegów rehabilitacyjnych w domu i poza domem i w konsekwencji pomocy innych osób w stopniu przewyższającym wsparcie osobie w tym samym wieku. Nie wymaga on jednak stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku z ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji. Małoletni jest już 15 – letnim chłopcem, uczniem technikum, nauczył się obsługi pompy insulinowej, dzięki której unika podawania zastrzyków z insuliną, pomiary cukru odbywają się u niego przy pomocy specjalnego urządzenia (sensoru „Libre”) bez konieczności nakłuć palca. Pomoc matki ma charakter jedynie współudziału w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Okoliczność, że w przeszłości (na mocy orzeczenia z 6.09.2016 r. i 21.10.2017 r.) stwierdzono, że małoletni wymaga stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku z ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji nie oznacza, że taki stan występuje także aktualnie. Należy zauważyć bowiem, że małoletni miał wówczas zaledwie odpowiednio 10 i 11 lat, a cukrzyca została wykryta u niego krótki czas wcześniej (w lipcu 2016 r.).

Sam fakt, iż w przypadku stwierdzenia w orzeczeniu, że małoletni wymaga stałej i długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku z ograniczeniem możliwości samodzielnej egzystencji, przysługiwałoby mu więcej osprzętu do pompy insulinowej, tj. więcej wkłuc, zbiorników i Libre, nie może niestety wpłynąć na ocenę przyczyny jego niepełnosprawności, która zawsze powinna wynikać z oceny spełnienia przesłanek wynikających z przepisów prawa.

Opinia biegłego G. K. wydana po badaniu podmiotowym i przedmiotowym małoletniego K. C. oraz analizie dostępnej dokumentacji medycznej dotyczącej stanu jego zdrowia jest jasna i spójna, a jej wnioski w sposób logiczny i przekonujący obszernie umotywowane. Biegły odparł także zarzut przedstawicielki ustawowej małoletniego jakoby nie miał wystarczających kompetencji do opiniowania w niniejsze sprawie. Pełniąc funkcję biegłego opiniuje on w tutejszym Sądzie od wielu lat również w sprawie dzieci znacznie młodszych niż K. C. chorych na cukrzycę typu I. Mając na uwadze wszystko powyższe, należało uznać ją za rzetelną i wiarygodną, a w konsekwencji podzielić zawarte w niej wnioski nie znajdując podstaw do ich kwestionowania.

Stąd oddalono wniosek dowodowy przedstawicielki ustawowej małoletniego i dopuszczenie dowodu z opinii pediatrii i diabetologii dziecięcej, ponieważ w sprawie wypowiedział się biegły sądowy o stosownej specjalności, a dopuszczenie dowodu z opinii kolejnych biegłych prowadziłoby jedynie do nieuzasadnionego przedłużenia postępowania (art. 235² § 5 k.p.c.). Podobnie zresztą jak przesłuchanie przedstawicielki ustawowej D. K., która udzieliła stosownego wywiadu podczas badania małoletniego przez biegłego z zakresu diabetologii. Fakty podawane przez nią biegłemu podczas wywiadu lekarskiego oraz przywoływane przez nią w pismach procesowych odnośnie zakresu opieki nad małoletnim K. C. były przy tym w sprawie niesporne. Sam fakt, iż stronie nie odpowiadają wnioski opinii sporządzonej przez dopuszczonego sprawie biegłego nie może być podstawą do zmiany osoby biegłego.

Na marginesie należy tylko wskazać, że zgodnie z § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności - w przypadku zmiany stanu zdrowia osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności może wystąpić z wnioskiem, o którym mowa w § 6 ust. 1, o wydanie orzeczenia o ponowne wydanie orzeczenia uwzględniającego zmianę stanu zdrowia.

Mając na uwadze powyższe, na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c., odwołanie oddalono.

ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...)

3. (...)

4. (...)

5. (...)

(...)