

Sygn. akt III AUa 364/23

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 lutego 2024 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk (spr.)
-----------------	--

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w dniu 7 lutego 2024 r. w S.

sprawy T. G.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o świadczenie uzupełniające

na skutek apelacji organu rentowego

od wyroku Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim

z dnia 13 czerwca 2023 r., sygn. akt VI U 49/22

oddala apelację.

	Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk	
--	----------------------------------	--

Sygn. akt III AUa 364/23

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 12.01.2022 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G., na podstawie ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym, odmówił T. G. prawa do świadczenia uzupełniającego. W uzasadnieniu decyzji Zakład Ubezpieczeń Społecznych wskazał, że powodem odmowy przyznania świadczenia jest to, że ubezpieczona nie została uznana za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji przez Komisję lekarską ZUS.

Odwołanie od powyższej decyzji wniosła ubezpieczona T. G., domagając się jej zmiany i przyznania świadczenia uzupełniającego, bowiem spełnia wszystkie warunki niezbędne do jego przyznania.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania, powołując się ponownie na okoliczności przytoczone w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 13 czerwca 2023 roku Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał ubezpieczonej T. G. prawo do świadczenia uzupełniającego od 1 lutego 2022 roku na stałe.

Sąd Okręgowy oparł swoje rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych:

Ubezpieczona T. G. pobierała do dnia 31.01.2022 roku świadczenie uzupełniające. Ponowny wniosek o przyznanie świadczenia uzupełniającego złożyła dnia 01.10.2021 roku.

Komisja Lekarska ZUS w orzeczeniu z dnia 24.11.2021 roku uznała ubezpieczoną za zdolną do samodzielnej egzystencji

Ubezpieczona cierpi na zaburzenia lękowo – depresyjne. Ma nadciśnienie tętnicze. U ubezpieczonej występuje torbiel pączyznówki okolicy siadła tureckiego, które wymaga obserwacji. Przebyła chorobę nowotworową. Miała raka lewej piersi. Obecnie jest po leczeniu operacyjnym oszczędzającym, po plastyce piersi, po radioterapii i chemioterapii. Po leczeniu występuje u niej polineuropatia polekowa, neuropatia III stopnia i małopłytkowość I stopnia po chemioterapii. Przyjmuje leczenie hormonalne. Powikłania leczenia onkologicznego powodują niezdolność ubezpieczonej do samodzielnej egzystencji. Wpływ na postępującą degradację organizmu powodki ma zaawansowanie choroby nowotworowej oraz naturalne procesy związane ze starzeniem się organizmu. Ubezpieczona z powodu dolegliwości prowadzi leżący tryb życia. Ma zawroty głowy, jest osłabiona, szybko się męczy. Nie jest w stanie wykonywać prac domowych, nie może sprzątać, gotować, zrobić zakupów, nie chodzi po schodach. Wymaga pomocy podczas kąpieli oraz innych czynnościach higienicznych. Stan ubezpieczonej jest utrwalony pomimo zahamowania procesów związanych rozwojem raka nie dojdzie do poprawy funkcjonalności ubezpieczonej. Wymaga ona całodobowej opieki.

Sąd Okręgowy uznał odwołanie za uzasadnione podnosząc, iż zgodnie z art. 1 ust. 3, art. 2 i art. 4 ust. 3 ustawy o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, w wersji obowiązującej w dniu składania wniosku, świadczenie uzupełniające przysługuje osobom zamieszkującym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli są:

- 1) obywatelami Rzeczypospolitej Polskiej lub
- 2) posiadającymi prawo pobytu lub prawo stałego pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej, państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, lub
- 3) cudzoziemcami legalnie przebywającymi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Świadczenie uzupełniające przysługuje osobom, które ukończyły 18 lat i których niezdolność do samodzielnej egzystencji została stwierdzona orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji albo orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, albo orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji, albo orzeczeniem o całkowitej niezdolności do służby i niezdolności do samodzielnej egzystencji, zwanym dalej „osobami uprawnionymi”.

Świadczenie uzupełniające przysługuje osobom uprawnionym, które nie posiadają prawa do świadczeń pieniężnych finansowanych ze środków publicznych albo suma tych świadczeń o charakterze innym niż jednorazowe, wraz z kwotą wypłacaną przez zagraniczne instytucje właściwe do spraw emerytalno-rentowych, z wyłączeniem renty rodzinnej przyznanej w okolicznościach, o których mowa w art. 68 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 53 i 252), zasiłku pielęgnacyjnego oraz innych dodatków i świadczeń wypłacanych wraz z tymi świadczeniami na podstawie odrębnych przepisów przed dokonaniem odliczeń, potrąceń i zmniejszeń, nie przekracza kwoty 2157,80 zł miesięcznie.

Świadczenie uzupełniające nie przysługuje osobie uprawnionej, która jest tymczasowo aresztowana lub odbywa karę pozbawienia wolności, z wyjątkiem osoby uprawnionej, która odbywa karę pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego.

Przy czym w myśl art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jedn. Dz.U. z 2018r., poz. 1270 ze zm.) – niezdolną do samodzielnej egzystencji jest osoba, u której doszło do naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w celu zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.

Natomiast całkowicie niezdolną do pracy, zgodnie z art. 12 ust. 1 powyższej ustawy, jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy.

Sąd Okręgowy wskazał, iż kwestią sporną w przedmiotowej sprawie było ustalenie stanu zdrowia ubezpieczonej i jego wpływu na zdolność samodzielnej egzystencji.

W celu rozstrzygnięcia powyższej kwestii Sąd ten przeprowadził dowód z opinii biegłych sądowych, lekarzy onkologa, psychiatry i neurologa.

Za najbardziej przydatną oraz adekwatną do schorzeń ubezpieczonej Sąd meriti uznał opinię biegłego onkologa. Biegły wskazał bowiem, że ubezpieczona wymaga całodobowej opieki. Nie jest w stanie samodzielnie przygotować posiłku, zrobić zakupów, wykonać czynności higienicznych. Powodem jest przebyta choroba nowotworowa i skutki leczenia systemowego. Ubezpieczona jest po leczeniu operacyjnym oszczędzającym, po plastyce piersi, po radioterapii i chemoterapii. Skutkiem leczenia jest występująca u ubezpieczonej polineuropatia polekowa, neuropatia III stopnia i małopłytkowość I stopnia po chemioterapii. Obecnie wnioskodawczyni przyjmuje leczenie hormonalne. Ubezpieczona ma zawroty głowy, jest osłabiona, szybko się męczy. Wymaga ona całodobowej opieki. Stan ubezpieczonej jest utrwalony pomimo zahamowania procesów związanych rozwojem raka nie dojdzie do poprawy funkcjonalności ubezpieczonej.

Sąd Okręgowy podzielił opinię onkologa, ponieważ zawierała ona odpowiedzi na pytania Sądu udzielone w najpełniejszy sposób z odniesieniem się do obszernej dokumentacji medycznej. Biegły wskazał na przebieg choroby ubezpieczonej, odniósł się do leczenia onkologicznego i jego skutków dla organizmu ubezpieczonej w sposób całościowy. Zdaniem Sądu meriti, dokonał oceny bardzo wnikliwie i zgodnie z wiedzą specjalistyczną.

Sąd Okręgowy nie podzielił natomiast wniosków końcowych opinii neurologa oraz psychiatry stwierdzając, że biegła neurolog wskazała jedynie na skargi ubezpieczonej wynikające z jej stanu psychicznego. Jednocześnie biegła podała, że z dokumentacji medycznej wynikają skargi ubezpieczonej na bóle nóg, stóp, całego ciała. Biegła opisała dokumentację bardzo szczątkowo, nie odnosząc się do zgłaszanych przez ubezpieczoną objawów polineuropatii. Również biegła psychiatra oceniła stan zdrowia ubezpieczonej jedynie przez pryzmat kontaktu z otoczeniem i wykonywania czynności samoobsługowych, pomimo tego, że ubezpieczona zgłaszała silne bóle głowy, bóle całego ciała, codzienne napady lęku i duszności. Podawała, że również ze względu na stan psychiczny nie jest w stanie sama nawet przebywać w łazience.

Skargi ubezpieczonej na ból w całym ciele, słabość i wynikająca z tego potrzeba ciągłego odpoczynku wynikające z dokumentacji medycznej została oceniona przez lekarza onkologa, który posiada doświadczenie w zakresie oceny skutków leczenia onkologicznego.

W ocenie Sądu meriti, takiego doświadczenia biegła psychiatra oraz neurolog nie posiadają. Z tego też powodu Sąd Okręgowy uznał, iż skoro lekarz onkolog, który zna oddziaływanie chemioterapii oraz naświetlania na organizm chorego i wskazał na niemożność wykonywania przez ubezpieczoną podstawowych czynności dnia codziennego, to taka opinia jest miarodajna dla oceny stanu zdrowia i co za tym idzie niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Sąd pierwszej instancji stwierdził, iż niezdolność do samodzielnej egzystencji nie wynika u ubezpieczonej jedynie z faktu niemożności poruszania się. Ubezpieczona cierpi bowiem również na zaburzenia psychiczne, a jej ciężki stan fizyczny jest konsekwencją inwazyjnego leczenia onkologicznego. Jak wskazał biegły onkolog ocena Komisji ZUS zawiżyła ocenę w skali Barthel.

Zarzuty do opinii biegłego onkologa złożył pozwany wskazując, że ubezpieczona uzyskała 95% w skali Barthel, a biegły takiej skali nie określił. Zdaniem organu, stan onkologiczny nie uzasadnia niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Biegły onkolog wskazał jednak, że opinia Komisji ZUS oparta była na fałszywych przesłankach. Została wydana zaocznie, co jest zdaniem biegłego, niedopuszczalne, a ponadto zawyżona została ocena funkcjonalności ubezpieczonej w skali Barthel.

Wobec tego wnioski pozwanego o uzupełnienie opinii, jako zmierzające do przedłużenia postępowania zostały pominięte przez Sąd meriti, który wskazał, że skala Barthel służy ocenie ruchomości pacjentów celem zakwalifikowania ich do opieki długoterminowej. Skala ta nie jest odpowiedzią na definicję niezdolności do samodzielnej egzystencji. Skala Barthel nie określa zdolności osoby niepełnosprawnej do samodzielnego funkcjonowania, ponieważ koncentruje się wyłącznie na czynnościach samoobsługowych. Niesamodzielnosc w zakresie samoobsługi i zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, pielęgnacji może występować w mniejszym lub większym stopniu i właśnie od nasilenia poszczególnych dysfunkcji zależy określony zakres opieki. Przy ocenie poziomu zapotrzebowania na opiekę biegły onkolog określił stopień ograniczenia samodzielności życiowej ubezpieczonej podkreślając, że nie doszło w jakikolwiek sposób do poprawy stanu zdrowia ubezpieczonej. Brak wznowy nie oznacza, zdaniem biegłego powrotu zdolności do samodzielnej egzystencji.

Sąd pierwszej instancji pozytywnie ocenił opinię biegłego onkologa, specjalisty z zakresu głównego schorzenia ubezpieczonej, która została oparta wnikliwej analizie dokumentacji medycznej i uznał, że nie doszło do poprawy stanu zdrowia ubezpieczonej i nie odzyskała ona zdolności do samodzielnej egzystencji.

Biorąc powyższe pod uwagę, Sąd Okręgowy w oparciu o zgromadzony w sprawie materiał, na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c., orzekł jak w sentencji.

Z powyższym rozstrzygnięciem nie zgodził się organ rentowy zaskarżając je w całości i zarzucając mu:

- naruszenie art.233 §1 k.p.c. poprzez przyjęcie, że ubezpieczona jest całkowicie niezdolna do samodzielnej egzystencji, a w konsekwencji, że zaistniały przesłanki do zmiany decyzji organu rentowego i przyznanie ubezpieczonej prawa do świadczenia uzupełniającego od 1 lutego 2022 r. na stałe, mimo iż z opinii biegłej z dziedziny psychiatrii z dnia 18.08.2022 r. oraz z dziedziny neurologii z dnia 17.11.2022 r. wynika, że ubezpieczona nie jest całkowicie niezdolna do samodzielnej egzystencji.

- naruszenie art. 235² §1 pkt 5 k.p.c. poprzez pominięcie wniosku organu rentowego o przeprowadzenie dowodu z opinii uzupełniającej biegłego z dziedziny onkologii mającego na celu usunięcie wątpliwości co do tego, czy ubezpieczona jest całkowicie niezdolna do samodzielnej egzystencji i niesłusznie potraktowanie tego wniosku jako zmierzającego do przedłużenia postępowania.

Wskazując na powyższe, organ rentowy wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w całości i oddalenie odwołania, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania.

Zdaniem organu rentowego, zgromadzony materiał dowodowy nie dawał podstaw do tego, aby dokonując jego oceny ze wskazaniem zawartym w art. 233 §1 k.p.c. uznać ubezpieczoną za całkowicie niezdolną do samodzielnej egzystencji i przyznać prawo do świadczenia uzupełniającego od 1 lutego 2022 r. na stałe.

Sąd pierwszej instancji niezasadnie w oparciu o art. 235² §1 pkt 5 k.p.c. potraktował wnioski organu rentowego o przeprowadzenie dowodu z opinii uzupełniającej biegłego z dziedziny onkologii złożone przy piśmie z dnia 7 kwietnia 2023 r. jako zmierzające jedynie do przedłużenia postępowania. Przedmiotem opinii uzupełniającej zgodnie z wnioskami Przewodniczącego Komisji Lekarskiej organu rentowego miało być określenie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonej w oparciu o skalę Barthel oraz ustosunkowanie się biegłego do tego, dlaczego

w jednym z fragmentów opinii odnosił się do choroby w postaci nowotworu odbytu, a nie nowotworu piersi, na który chorowała ubezpieczona. Ponadto biegły z zakresu onkologii twierdził, że sprawa była załatwiana przez Komisję Lekarską zaocznie, podczas gdy jak wskazał Zastępca Przewodniczącego Komisji Lekarskiej sprawę załatwiono po wnikliwym badaniu. Kwestie te nie zostały podniesione dla przedłużenia postępowania lecz mają one istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja organu rentowego nie zasługiwała na uwzględnienie.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, rozstrzygnięcie Sądu pierwszej instancji jest oczywiście prawidłowe. Sąd Okręgowy właściwie przeprowadził postępowanie dowodowe, w żaden sposób nie uchybiając przepisom prawa procesowego, dokonał trafnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego i w konsekwencji prawidłowo ustalił stan faktyczny sprawy. Prawidłowo także zastosował prawo materialne szczegółowo przytaczając przepisy, które stały u podstawy niniejszego rozstrzygnięcia. Sąd Apelacyjny w całości podzielił ustalenia faktyczne i rozważania prawne Sądu Okręgowego, rezygnując jednocześnie z ich ponownego szczegółowego przytaczania. Wobec niewątpliwego wyjaśnienia wszystkich istotnych okoliczności sprawy, nie widział też konieczności uzupełniania postępowania dowodowego.

W myśl art. 2 ust. 1 cytowanej przez Sąd pierwszej instancji ustawy, świadczenie uzupełniające przysługuje osobom, które ukończyły 18 lat i których niezdolność do samodzielnej egzystencji została stwierdzona orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji albo orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji (...). Art. 2 ust. 2 stanowi zaś, że świadczenie uzupełniające przysługuje osobom uprawnionym, które nie posiadają prawa do świadczeń pieniężnych finansowanych ze środków publicznych albo suma tych świadczeń o charakterze innym niż jednorazowe, wraz z kwotą wypłacaną przez zagraniczne instytucje właściwe do spraw emerytalno-rentowych, z wyłączeniem renty rodzinnej przyznanej w okolicznościach, o których mowa w art. 68 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, zasiłku pielęgnacyjnego oraz innych dodatków i świadczeń wypłacanych wraz z tymi świadczeniami na podstawie odrębnych przepisów przed dokonaniem odliczeń, potrąceń i zmniejszeń, nie przekracza kwoty określonej w ustawie.

Oceniając stan zdrowia ubezpieczonej pod kątem niezdolności do samodzielnej egzystencji, Sąd Apelacyjny w pełni zgadza się z twierdzeniami Sądu Okręgowego zwłaszcza w kontekście dołączonej do akt sprawy dokumentacji, która potwierdza ciężki stan zdrowia ubezpieczonej, o którym pisał w swojej opinii lekarz onkolog. Postępowanie dowodowe w powyżej wskazanym zakresie zostało przeprowadzone prawidłowo, bowiem oparte było na wiedzy biegłego onkologa, który ocenił stan organizmu po zastosowaniu agresywnej i długotrwałej chemioterapii oraz po operacjach onkologicznych. Na tej podstawie Sąd Okręgowy poczynił prawidłowe ustalenia faktyczne co do stanu zdrowia odwołującej. Sąd Okręgowy ustosunkował się również do zastrzeżeń organu rentowego co do opinii biegłego onkologa w szczególności odnosząc się do twierdzeń organu odnośnie skali Barthel a także wyjaśniając dlaczego nie uznał opinii biegłych z zakresu psychiatrii i neurologii za miarodajne.

Sąd Apelacyjny przyjmuje za własne twierdzenia Sądu Okręgowego odnoszące się do zastrzeżeń organu rentowego rezygnując z ponownego ich przytaczania.

Biegły onkolog wyznaczony w niniejszej sprawie przed Sądem pierwszej instancji dysponował niezbędną wiedzą i doświadczeniem zawodowym, a sporządzona przez niego opinia została wydana w oparciu o zgromadzoną dokumentację lekarską, nadto zawierała logiczne i rzeczowe uzasadnienie. Słusznie również Sąd Okręgowy przyjął za wiodącą opinię onkologiczną z uwagi na rodzaj schorzenia głównego rozpoznanego u ubezpieczonej. Fakt stwierdzenia braku niezdolności do samodzielnej egzystencji przez biegłego neurologa i psychiatrę w ramach schorzeń ocenianych przez nich oraz stwierdzenia przez nich, że ubezpieczona wymaga pomocy lecz w mniejszym zakresie niż przyjął to onkolog nie wyklucza przyjęcia przez Sąd pierwszej instancji, iż opinia onkologiczna stanowiła podsumowanie oraz

uzupełnienie powyższych opinii i była rozstrzygająca. Pozostali biegli nie oceniali bowiem skutków zastosowania długotrwałej chemioterapii, radioterapii oraz chirurgicznych operacji onkologicznych.

W ocenie Sądu Apelacyjnego wobec jednoznaczności opinii biegłego onkologa nie było konieczności uzupełniania postępowania dowodowego. Zarzuty organu rentowego w świetle szczegółowych wyjaśnień biegłego zaprezentowanych w opinii stanowią jedynie bezzasadną polemikę z wnioskami opinii. Podkreślić przy tym należy, iż samo niezadowolenie strony z treści opinii biegłego nie powoduje konieczności powoływania kolejnego biegłego czy kolejnych biegłych (por. SN z 15 lutego 1974 r., II CR 817/73 oraz SN z 18 lutego 1974 r., II CR 5/74, Biuletyn SN 1974 r., Nr 4, poz. 64). Odmienne stanowisko oznaczałoby, iż należy przeprowadzić dowód z wszelkich możliwych biegłych, aby upewnić się, czy niektórzy z nich nie byłiby zdania takiego samego jak strona (por. T. Ereciński Komentarz do Kodeksu Postępowania Cywilnego, Część Pierwsza, Postępowanie Rozpoznawcze, Warszawa 1997 r., str. 439). Nadto wskazać należy, że Sąd nie może zająć stanowiska odmiennego co do stanu zdrowia wnioskodawcy, na podstawie własnej oceny stanu faktycznego, niż wyrażone w opiniach biegłych (wyrok Sądu Najwyższego z 13 października 1987 r., II URN 228/87, PiZS 1988/7/62).

Odnosząc się do kolejnego zarzutu stwierdzić należy, że faktycznie biegły w swojej opinii na stronie 6. zamieścił zdanie, iż komisja lekarska orzekała zaocznie podczas, gdy opinię zaoczną wydawał jedynie lekarz orzecznik ZUS. Niemniej jednak w dalszej części opinii (str. 8) biegły szczegółowo ustosunkował się do treści opinii komisji wskazując dodatkowo, że ubezpieczona nie była konsultowana wówczas przez onkologa. Wskazał również, że z opinii komisji nie wynika w żaden sposób poprawa stanu zdrowia ubezpieczonej. Biegły natomiast stwierdził pogorszenie stanu zdrowia a dodatkowo zwrócił uwagę na fakt orzeczenia wobec ubezpieczonej znacznego stopnia niepełnosprawności, co również nie jest okolicznością obojętną. Biegły w swojej opinii odniósł się również do opinii biegłego neurologa i psychiatry i w sposób przekonujący wyjaśnił, że nie pozostają one w istocie w sprzeczności z jego opinią. Odnośnie opinii neurochirurgicznej wskazał, że odnosi się ona do faktu braku wznowy w zakresie centralnego układu nerwowego. Nie wyklucza ona jednak innych schorzeń powodujących upośledzenie sprawności ogólnoustrojowej.

W związku z przytoczoną argumentacją, w ocenie Sądu odwoławczego, Sąd pierwszej instancji nie wykroczył również poza ramy swobodnej oceny dowodów oraz oparł swoje orzeczenia na pełnym materiale dowodowym. Ocena dowodów dokonana przez Sąd Okręgowy jest swobodna, ale nie dowolna. Nie przekracza granic zakreślonych przez art. 233 § 1 k.p.c. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (wyrok SA w Lublinie III AUa 758/12, Lex nr 1223279). Zatem zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. okazał się nieuzasadniony.

Wobec uznania, że zarzuty apelacyjne organu rentowego były bezzasadne oraz mając na uwadze powyższe ustalenia faktyczne i rozważania prawne Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację.

Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk