

Sygn. akt IV U 1284/14

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 grudnia 2015r.

Sąd Okręgowy w Siedlcach IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący SSO Katarzyna Antoniak

Protokolant	st. sekr. sądowy Marta Żuk
-------------	----------------------------

po rozpoznaniu w dniu 8 grudnia 2015r. w Siedlcach na rozprawie

odwołania J. S.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

z dnia 26 września 2014 r. (Nr (...), znak: (...))

w sprawie J. S.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o należności z tytułu składek

**oddala odwołanie.**

Sygn. akt: IV U 1284/14 **UZASADNIENIE**

Decyzją z 26 września 2014r. nr (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S., działając na podstawie art.83 ust.1, art.68 ust.1 pkt 3 w związku z art.68 ust.1 pkt1 lit. c, art.4 ust.2 lit. d, art.18 ust.8-10 i art.20 ust.1 ustawy z 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz art.79 ust.2 i art.81 ust.2 ustawy z 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także art.104 ust.1, art.104b ust.2 i art.107ust.1 ustawy z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy stwierdził, że z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej:

I. podstawę wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne: emerytalne, rentowe i wypadkowe dla J. S. stanowią kwoty:

- od maja 2009r. do października 2009r. - po 1 915,80 złotych miesięcznie,

-od listopada 2009r. do marca 2010r. - po 0,00 złotych miesięcznie,

- za kwiecień 2010r. - 692,12 złotych,

- za maj 2010r. - 1 887,60 złotych,

- za czerwiec 2010r. - 1 510,08 złotych,

II. podstawę wymiaru składki na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne dla J. S. stanowią kwoty:

- od maja 2009r. do grudnia 2009r. - po 2 491,57 złotych miesięcznie,

- od stycznia 2010r. do czerwca 2010r. - po 2 592,46 złotych miesięcznie,

III. J. S. jest płatnikiem składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne i Fundusz Pracy.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał m.in., że z analizy akt ubezpieczeniowych wynika, że J. S. prowadząc pozarolniczą działalność gospodarczą dokonał zgłoszenia siebie jako osoby ubezpieczonej do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego od 1 stycznia 1999r. Następnie ubezpieczony dokonał wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej o zawieszeniu wykonywania działalności gospodarczej od 25 czerwca 2010r. do 25 listopada 2010r. W dniu 16 kwietnia 2014r. nastąpiło wykreślenie wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej wobec braku wniosku o wpis informacji o wznowieniu wykonywania działalności gospodarczej przed upływem 24 miesięcy od dnia zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej. W okresie od 25 października 2008r. do 24 kwietnia 2009r. wypłacono ubezpieczonemu zasiłek chorobowy, a za okresy od 25 kwietnia 2009r. do 30 kwietnia 2009r. i od 11 listopada 2009r. do 19 kwietnia 2010r. świadczenie rehabilitacyjne. Za okres od 1 maja 2009r. do 31 października 2009r. odmówiono ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Wreszcie od 20 kwietnia 2010r. ubezpieczony pobiera rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy prowadzeniu działalności gospodarczej. Organ rentowy wskazał, że ubezpieczony złożył dokumenty rozliczeniowe za okres maja do października 2009r., a następnie za okres od kwietnia do czerwca 2010r. wykazując jedynie składki na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne. Dlatego organ rentowy z urzędu sporządził korekty dokumentów rozliczeniowych ZUS DRA z wykazaniem podstaw wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne – bez składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe - za wskazane na wstępie miesiące. Organ rentowy nie uwzględnił oświadczenia ubezpieczonego, że w latach 2009-2010 nie prowadził działalności gospodarczej i powołał się na przytoczone wyżej przepisy ustaw nakładające na ubezpieczonego obowiązek opłacania składek na własne ubezpieczenie społeczne. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne ustalona została zgodnie z art.18 ust.8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, w myśl którego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 60% prognozowanego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek, a podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe i wypadkowe stanowi podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenia rentowe – art.20 ust.1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Z kolei zgodnie z art.79 ust.2 ustawy z 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest miesięczna i niepodzielna i zgodnie z art.81 ust.2 tej ustawy podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego. Organ rentowy wskazał, że ubezpieczony jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w okresie od 1 maja 2009r. do 31 października 2009r., kiedy to odmówiono ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z uwagi na to, że w okresie tym ubezpieczony wykonywał czynności wynikające z prowadzenia pozarolniczej działalności oraz w okresie od 20 kwietnia 2010r. do 24 czerwca 2010r., gdyż do 19 kwietnia 2010r. ubezpieczony miał wypłacone świadczenie rehabilitacyjne, a następnie w dniu 25 czerwca 2010r. ubezpieczony dokonał wpisu do ewidencji o zawieszeniu wykonywania działalności gospodarczej (decyzja z 26 września 2014r. nr (...) – w aktach organu rentowego).

Odwołanie od powyższej decyzji złożył J. S. wnosząc o jej zmianę poprzez ustalenie, że nie jest zobowiązany do uiszczenia składek na ubezpieczenie społeczne i ubezpieczenie zdrowotne w wysokości ustalonej od podstaw wymiaru określonych w przedmiotowej decyzji. W uzasadnieniu stanowiska ubezpieczony wskazał m.in., że w dniu 25 października 2008r. padł ofiarą rozboju, wskutek którego doznał szeregu obrażeń w obrębie głowy i twarzy i w związku z tym nie był zdolny do prowadzenia działalności gospodarczej. Dlatego faktycznie zaniechał jej prowadzenia i nie prowadzi jej do chwili obecnej. Dokumentacja medyczna, o które załączenie wniósł ubezpieczony, ma – w

jego ocenie – dowodzić tego, że w latach 2009-2010 nie był w stanie prowadzić działalności gospodarczej. Ponadto z dokumentów urzędowych Urzędu Skarbowego – PIT-28 wynika, że w latach 2009-2010 zryczałtowany podatek wynosił 0,00 złotych (odwołanie wraz z załącznikami k.1-16 akt sprawy).

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie powołując się na przepisy prawa i argumentację zawartą w zaskarżonej decyzji i wnosząc o zasądzenie od ubezpieczonego na rzecz organu rentowego kosztów postępowania według norm przepisanych. W uzasadnieniu stanowiska organ rentowy wskazał m.in., że nie kwestionuje faktu, iż ubezpieczony doznał jako ofiara rozboju poważnego uszczerbku na zdrowiu, jednakże okoliczność ta sama w sobie nie powoduje zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej, a dokumenty przedstawione przez ubezpieczonego nie obalają domniemania prowadzenia działalności gospodarczej, jeżeli zaprzestanie nie zostało zgłoszone we właściwym rejestrze. Ponadto pomimo braku dochodów płatnik składek mógł dalej prowadzić działalność gospodarczą poprzez chociażby poszukiwanie nowych klientów, czy też próby zdobycia nowych rynków w innych miejscowościach. Organ rentowy zwrócił również uwagę na to, że ubezpieczony w okresie przyznanego mu świadczenia rehabilitacyjnego – od 1 maja 2009r. do 31 października 2009r. - wykonywał czynności związane z prowadzeniem działalności gospodarczej, co było przedmiotem postępowania przed Sądem Rejonowym, a następnie Okręgowym w S.. W ocenie organu rentowego obrażenia doznane przez ubezpieczonego na skutek rozboju okresowo zastopowały prowadzenie przez ubezpieczonego działalności gospodarczej, ale nie dotyczyło to już okresu wskazanego w zaskarżonej decyzji (odpowiedź organu rentowego na odwołanie k.17-19 akt sprawy).

### **Sąd ustalił, co następuje:**

J. S. od 1993r. prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą w zakresie przewozu taksówką. Przez pewien okres ubezpieczony był zrzeszony w (...) z siedzibą przy ul. (...) w S.. Następnie wykonywał swoją działalność poza korporacją. Do prowadzenia przedmiotowej działalności ubezpieczony wykorzystywał samochód osobowy marki M. o numerze rejestracyjnym (...). W nocy z 25 na 26 października 2008r. w S. podczas wykonywania działalności gospodarczej ubezpieczony padł ofiarą pobicia przez dwóch sprawców - M. K. i I. K., którzy zabrali mu następnie kwotę 800 złotych. W następstwie pobicia ubezpieczony doznał obrażeń ciała w postaci obrzęku policzka prawego, złamania kości nosa, złamania przedniej i bocznej ściany prawej zatoki szczękowej i złamania prawej kości skroniowej, co przez organy wymiaru sprawiedliwości zakwalifikowane zostało jako naruszenie czynności narządów ciała ubezpieczonego na okres powyżej 7 dni, a okres leczenia i rehabilitacji nie przekroczy 6 miesięcy. Za pobicie ubezpieczonego z opisanym skutkiem oraz za dokonany na ubezpieczonym rozbój, jego sprawcy skazani zostali przez Sąd Rejonowy w Siedlcach na karę pozbawienia wolności w zawieszeniu oraz na karę grzywny, ponadto Sąd Rejonowy zobowiązał każdego ze sprawców do uiszczenia rzecz ubezpieczonego nawiązki (zeznania ubezpieczonego k.41-43 – nagranie od minuty 2 do 41, wyrok Sądu Rejonowego w Siedlcach z 7 marca 2013r. w sprawie II K 453/11 oraz wyrok Sądu Okręgowego w Siedlcach z 17 lipca 2013r. w sprawie II Ka 300/13 wraz z uzasadnieniem - w kopercie na k.44 akt sprawy).

Po opisanym zdarzeniu ubezpieczony trafił do Wojewódzkiego Szpitala (...) w S., gdzie w okresie od 25 października 2008r. do 5 listopada 2008r. przebywał na oddziale laryngologicznym i stosowano wobec niego leczenie farmakologiczne. Ubezpieczony został wypisany do domu z zaleceniem kontroli w poradni laryngologicznej (dokumentacja z leczenia ubezpieczonego w szpitalu w okresie od 25 października 2008r. do 5 listopada 2008r. - w kopercie na k.61 akt sprawy).

W związku z koniecznością leczenia skutków pobicia w okresie od 25 października 2008r. do 24 kwietnia 2009r. ubezpieczony przebywał na zasiłku chorobowym, a następnie w okresie od 25 kwietnia 2009r. do 30 kwietnia 2009r. był uprawniony do świadczenia rehabilitacyjnego (okoliczności niesporne). Ubezpieczony był uprawniony również do świadczenia rehabilitacyjnego po 30 kwietnia 2009r. ,tj. w okresie od 1 maja 2009r. do 31 października 2009r. Jednakże późniejszą decyzją z 17 lutego 2010r. organ rentowy odmówił ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 1 maja 2009r. do 31 października 2009r. i zobowiązał ubezpieczonego do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 1 maja 2009r. do 21 września 2009r. z funduszu wypadkowego w łącznej kwocie – wraz z odsetkami - wynoszącej 7 865,57 złotych (decyzja z 17 lutego 2010r. - w aktach organu rentowego). Decyzja ta została wydana w wyniku ustalenia przez organ rentowy, że w okresie pobierania

świadczenia rehabilitacyjnego, a zatem w okresie orzeczonej niezdolności do pracy ubezpieczony wykonywał czynności wynikające z prowadzonej działalności gospodarczej ,tj. świadczył usługi przewozu samochodem (...) za wynagrodzeniem. Odwołanie ubezpieczonego od powyższej decyzji zostało oddalone wyrokiem Sądu Rejonowego w Siedlcach IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z 25 czerwca 2010r. w sprawie IV U 64/10, a następnie Sąd Okręgowy w Siedlcach IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych działając jako sąd odwoławczy wyrokiem z 17 grudnia 2010r. w sprawie IV Ua 15/10 oddalił apelację ubezpieczonego od powyższego wyroku Sądu Rejonowego w Siedlcach (protokół rozprawy przed Sądem Rejonowym w Siedlcach z 25 czerwca 2010r. w sprawie IV U 64/10 i wyrok Sądu Rejonowego w Siedlcach z tej samej daty wraz z uzasadnieniem, protokoły rozpraw przed Sądem Okręgowym w Siedlcach w sprawie IV Ua 15/10 z 26 października 2001r. i 17 grudnia 2010r. oraz wyrok Sądu Okręgowego w Siedlcach z 17 grudnia 2010r. w sprawie IV Ua 15/10 - w kopercie na k.44 akt sprawy).

W dalszym okresie ,tj. od 1 listopada 2009r. do 19 kwietnia 2010r. ubezpieczony był uprawniony do świadczenia rehabilitacyjnego, a od 20 kwietnia 2010r. ubezpieczony jest uprawniony do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej. W dniu 25 czerwca 2010r. ubezpieczony zgłosił zawieszenie wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej (okoliczności niesporne). Ubezpieczony był właścicielem samochodu osobowego marki M. o numerze rejestracyjnym (...), który wykorzystywał w prowadzonej działalności gospodarczej przez około 4 lata przed pobiciem i przez około 2 lata po pobiciu. Z urzędem skarbowym ubezpieczony rozliczał się wg wskazań kasy fiskalnej, posiadał w samochodzie taksometr połączony z kasą fiskalną (zeznania ubezpieczonego k.41-43 – nagranie od minuty 2 do 41).

Poza pobytem w szpitalu bezpośrednio po wypadku ,tj. w okresie od 25 października 2008r. do 5 listopada 2008r. ubezpieczony przebywał na leczeniu szpitalnym w Wojewódzkim Szpitalu (...) w S. w następujących okresach: od 1 czerwca 2009r. do 3 czerwca 2009r. na Oddziale Chirurgii Ogólnej w związku z czyrakiem gromadnym karku, od 10 marca 2011r. do 21 marca 2011r. na Oddziale Laryngologicznym w związku z porażeniem nerwu twarzonego po stronie lewej, w dniu 18 czerwca 2012r. na Oddziale Laryngologicznym w związku ze skrzywieniem przegrody nosa, w okresie od 7 lipca 2012r. do 12 lipca 2012r. na Oddziale Laryngologicznym w związku ze skrzywieniem przegrody nosa (dokumentacja z leczenia szpitalnego w Wojewódzkim Szpitalu (...) w S. oraz w przyszpitalnej Przychodni (...) – w kopercie na k.61 akt sprawy).

### **Sąd zważył, co następuje:**

Odwołanie J. S. podlegało oddaleniu.

Zgodnie z art.6 ust.1 pkt 5 ustawy z 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2013r., poz.1442 ze zm.) obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność, a zgodnie z art.12 ust.1 powyższej ustawy obowiązkowo ubezpieczeniu wypadkowemu podlegają osoby podlegające ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu, przy czym w myśl art.13 pkt 4 wymienionej ustawy obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu podlegają osoby prowadzące pozarolniczą działalność – od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej. Z kolei przepis art.66 ust.1 lit.c ustawy z 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015r., poz.581 ze zm.) stanowi, że obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi, które są osobami prowadzącymi działalność pozarolniczą. Wreszcie przepis art.104 ust.1 pkt 3 ustawy z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2013r., poz.674 ze zm.) stanowi, że obowiązkowe składki na Fundusz Pracy opłacają osoby podlegające ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu. Wskazać dalej należy, że zgodnie z art.4 ust.2 lit.d ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych płatnikiem składek jest ubezpieczony zobowiązany do opłacenia składek na własne ubezpieczenia społeczne. Konkretyzację tego obowiązku zawiera art.46 ust.1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych stanowiąc, że płatnik składek jest obowiązany według zasad wynikających z przepisów ustawy obliczać, potrącać z dochodów, rozliczać oraz opłacać należne składki za każdy miesiąc kalendarzowy.

Z ustaleń Sądu wynika, że ubezpieczony będący jednocześnie płatnikiem składek za siebie nie uczynił zadość obowiązkowi złożenia dokumentów rozliczeniowych z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne za miesiące od maja 2009r. do czerwca 2010r., przy czym za miesiące od maja do października 2009r. oraz od kwietnia do czerwca 2010r. złożył dokumenty rozliczeniowe z wykazaniem jedynie składki na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne. W tych okolicznościach działając na podstawie art.68 ust.1 pkt 1 lit.c ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, który stanowi, że do zakresu działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych należy m.in. wymierzanie i pobieranie składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych organ rentowy zaskarżoną decyzją ustalił podstawę wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne ubezpieczonego we wskazanym wyżej okresie oraz ustalił, że ubezpieczony jest płatnikiem składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne i Fundusz Pracy.

Ubezpieczony zakwestionował powyższą decyzję podnosząc, że w okresie objętym zaskarżoną decyzją z uwagi na zły stan zdrowia, będący następstwem pobicia w dniu 25 października 2008r., nie był w stanie prowadzić działalności gospodarczej i faktycznie jej nie prowadził. Analizując argumentację ubezpieczonego i zgromadzone dowody Sąd doszedł do przekonania, że w sprawie brak jest podstaw do uznania, że w okresie od maja 2009r. do czerwca 2010r., a dokładnie do 25 czerwca 2010r., kiedy to ubezpieczony zgłosił w ewidencji działalności gospodarczej zawieszenie tej działalności, ubezpieczony jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlegał obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu. Należy wskazać, że wpis do ewidencji działalności gospodarczej ma charakter deklaratoryjny i ustanawia domniemanie, że podmiot wpisany do ewidencji działalności gospodarczej działalność taką prowadzi. Domniemanie to może być obalone, gdyż działalność gospodarcza jest faktem, kategorią o charakterze obiektywnym (tak Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z 24 kwietnia 2013r. w sprawie III AUa 206/13, LEX nr 1313373). Jednakże wbrew twierdzeniom ubezpieczonego sam fakt, że osoba prowadząca działalność gospodarczą w określonym czasie ma problemy ze zdrowiem i podlega leczeniu nie prowadzi automatycznie do wniosku, że w okresie tym osoba ta zaprzestała prowadzenia działalności gospodarczej. Prowadzenie działalności gospodarczej obejmuje bowiem zarówno okresy faktycznego wykonywania usług, jak też okresy wykonywania innych czynności związanych z działalnością jak np. poszukiwanie nowych klientów, reklamowanie swoich usług, utrzymywanie firmowego konta, utrzymywanie pomieszczeń do prowadzenia działalności, załatwianie spraw urzędowych itp. (tak Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z 13 grudnia 2012r. w sprawie III AUa 1059/12, LEX nr 1246622). Ponadto wyznacznikiem prowadzenia działalności gospodarczej nie jest to, czy w określonym czasie przedsiębiorca uzyskuje dochody z działalności.

W sprawie bezsporne jest, że w dniu 25 października 2008r. ubezpieczony padł ofiarą rozboju i doznał poważnych urazów w obrębie głowy i twarzy. Schorzenia te z pewnością wymagały długotrwałego leczenia i rehabilitacji. Nie bagatelizując zatem sytuacji zdrowotnej ubezpieczonego w następstwie powyższego zdarzenia wskazać jednak należy, że wśród dowodów zgromadzonych w sprawie znalazła się decyzja organu rentowego z 17 lutego 2010r. odmawiająca ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 1 maja 2009r. do 31 października 2009r. Decyzja ta zapadała na skutek ustalenia, że we wskazanym okresie ubezpieczony wykonywał czynności związane z prowadzoną działalnością gospodarczą, tj. świadczył usługi w zakresie przewozu osób taksówką za wynagrodzeniem. Okoliczności te znalazły potwierdzenie w dowodach z zeznań świadków oraz w postaci dokumentacji fotograficznej przeprowadzonych przed Sądem Rejonowym, a następnie przed Sądem Okręgowym w Siedlcach w sprawie z odwołania ubezpieczonego od w/w decyzji z 17 lutego 2010r. (vide: protokoły rozpraw i wyroki Sądu Rejonowego oraz Sądu Okręgowego w Siedlcach w sprawach odpowiednio IV U 64/10 i IV Ua 15/10 oraz płyta z dokumentacją fotograficzną – w kopercie na k.44 akt sprawy). W toku zeznań w niniejszej sprawie ubezpieczony kwestionował ustalenia i orzeczenia w/w Sądów. Podkreślić jednak należy, że zgodnie z art.365§1 kpc orzeczenie prawomocne wiąże nie tylko strony i sąd, który je wydał, lecz również inne sądy oraz inne organy państwowe i organy administracji publicznej. Wobec powyższego okoliczność, że w okresie od 1 maja 2009r. do 31 października 2009r. ubezpieczony nie był uprawniony do świadczenia rehabilitacyjnego, a to z powodu wykonywania w okresie orzeczonej niezdolności do pracy czynności związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą, jest okolicznością, której Sąd w niniejszej sprawie nie może nie uwzględnić. Niezależnie od tego – odnosząc się do twierdzeń ubezpieczonego o faktycznej niezdolności - z uwagi na stan zdrowia - do wykonywania działalności gospodarczej wskazać należy, że zaskarżona

decyzja obejmuje okres od maja 2009r., a zatem dotyczy okresu, w którym od zdarzenia z 25 października 2008r. upłynęło pół roku. Uzasadniony jest zatem wniosek, że najintensywniejszy okres leczenia po wypadku ubezpieczony miał już za sobą. Z dokumentacji Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. wynika, że w okresie objętym zaskarżoną decyzją, a zatem od maja 2009r. do czerwca 2010r. ubezpieczony tylko raz przebywał na leczeniu szpitalnym. Było to w okresie od 1 czerwca 2009r. do 3 czerwca 2009r. Ubezpieczony był wówczas leczony na Oddziale Chirurgii Ogólnej w związku z czyrakiem gromadnym karku (vide: ustalenia faktyczne). Oprócz tego wskazać należy, że jak wynika z zeznań ubezpieczonego, w pewien czas po wypadku ponownie zaczął on jeździć posiadany przez siebie samochodem marki M.. Jak zeznał dotyczyło to dojazdów na rehabilitację lub na cmentarz w obrębie S., przy czym rehabilitacja wymagała od ubezpieczonego w okresie jej trwania codziennych dojazdów przez 14 dni pod rząd (vide: zeznania ubezpieczonego k.42v). Powyższa okoliczność nie pozwala uznać, że po wypadku – oczywiście po upływie pierwszego okresu leczenia szpitalnego i dalszej rekonwalescencji - ubezpieczony nie był w stanie kierować samochodem.

Z przedstawionych względów brak jest również podstaw do uznania twierdzeń ubezpieczonego, że nie prowadził on działalności gospodarczej okresie od 20 kwietnia 2010r. do 24 czerwca 2010r. (za okres poprzedzający od 1 listopada 2009r. do 19 kwietnia 2010r. ubezpieczony pobrał świadczenie rehabilitacyjne), a to z uwagi na orzeczoną częściową niezdolność do pracy i przyznane mu prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem. Zawieszenie prowadzenia działalności gospodarczej ubezpieczony zgłosił w dniu 25 czerwca 2010r., co świetle wcześniejszych rozważań prowadzi do wniosku, że do wskazanej daty ubezpieczony jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegał ubezpieczeniom społecznym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Mając na uwadze całokształt powyższych okoliczności Sąd uznał, że odwołanie ubezpieczonego nie zasługuje na uwzględnienie i dlatego na podstawie art.477<sup>14</sup>§1 kpc odwołanie to oddalił.