Сборник съдебна практика

РЕШЕНИЕ НА СЪДА НА ПУБЛИЧНАТА СЛУЖБА НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ (трети състав)

13 юни 2012 година*

„Публична служба — Бивше длъжностно лице — Социално осигуряване — Злополука — Приключване на производството по прилагане на член 73 от Правилника — Прилагане във времето на ска́лата, приложена към новите правила относно осигурителното покритие за рисковете „злополука“ и „професионално заболяване“ — Продължителност на производството“

По дело F-31/10

с предмет жалба, подадена на основание член 270 ДФЕС, приложим и в областта на Договора за ЕОАЕ съгласно член 106а от него,

Christian Guittet, бивше длъжностно лице на Европейската комисия, с местожителство в Кан (Франция), за когото се явява L. Levi, avocat,

жалбоподател,

срещу

Европейска комисия, за която се явяват г-н J. Currall и г-н D. Martin, в качеството на представители, подпомагани от J.-L. Fagnart, avocat,

ответник,

СЪДЪТ НА ПУБЛИЧНАТА СЛУЖБА (трети състав),

състоящ се от: г-н S. Van Raepenbusch (докладчик), председател, г-н R. Barents и г-н K. Bradley, съдии,

секретар: г-н J. Tomac, администратор,

предвид изложеното в писмената фаза на производството и в съдебното заседание от 7 март 2012 г.,

постанови настоящото

Решение

1 С жалба, постъпила в секретариата на Съда на публичната служба на 14 май 2010 г., г-н Guittet, бивше длъжностно лице на Европейската комисия, иска по-специално отмяната на решението от 27 юли 2009 г., с което органът по назначаването (наричан по-нататък „ОН“) приключва

* Език на производството: френски.

производството, образувано на основание член 73 от Правилника за длъжностните лица на Европейския съюз (наричан по-нататък „Правилникът“) и определя пораженията върху неговото физическо и психично здраве (ПФПЗ) на 64,5 %.

Правна уредба

Правилник

2 Съгласно член 73, параграфи 1 и 2 от Правилника:

„1. От датата на постъпване на служба длъжностното лице е осигурено за рисковете „професионално заболяване“ или „злополука“ по начина, предвиден в правилата, приети по общо съгласие на институциите [на Съюза] след консултации с Комитета по правилника. […]

2. Гарантираните плащания са, както следва:

[…]

б) в случай на пълна трайна инвалидност:

на длъжностното лице се изплаща еднократна сума, равна на осемкратния размер на основната му годишна заплата, изчислена въз основа на заплатите, получени от длъжностното лице през последните дванадесет месеца преди злополуката;

в) в случай на частична трайна инвалидност:

на длъжностното лице се изплаща част от сумата по буква б), изчислена въз основа на таблицата, установена в правилата по параграф 1.

[…]

Посочените по-горе плащания могат да се кумулират с плащанията, предвидени в глава 3“.

Правила относно осигурителното покритие, приети в приложение на член 73 от Правилника

Приложно поле и преходни разпоредби

3 На 1 януари 2006 г. влизат в сила Общи правила на институциите на Европейския съюз относно осигурителното покритие срещу злополуки и професионални заболявания (наричани по-нататък „правилата относно осигурителното покритие“ или „новите правила относно осигурителното покритие“), предвидени в член 73, параграф 1 от Правилника, които заместват предходните Общи правила относно осигурителното покритие, последно изменени на 18 юли 1997 г. (наричани по-нататък „старите правила относно осигурителното покритие“).

4 Член 1 от правилата относно осигурителното покритие гласи следното:

„В изпълнение на член 73 от Правилника настоящите правила определят условията, при които осигурените лица се ползват с осигурително покритие в целия свят срещу злополуки и професионални заболявания.

На основание на настоящите правила се осигуряват:

— длъжностните лица;

— срочно наетите [служители];

— договорно наетите [служители]“.

5 Член 30 от правилата относно осигурителното покритие предвижда следните преходни разпоредби:

„Отменят се [старите правила относно осигурителното покритие].

Те обаче ще продължат да се прилагат за всички проекторешения, приети по член 20, параграф 1 преди 1 януари 2006 г. […]“.

6 Член 31 от правилата относно осигурителното покритие предвижда:

„[Новите правила относно осигурителното покритие] влизат в сила на първия ден от месеца, следващ месеца, в който председателят на Съда [на Европейския съюз] констатира постигането на предвиденото в член 73, параграф 1 от Правилника общо съгласие на институциите.

Правилата се прилагат от същата дата“.

Понятие за трайна инвалидност

7 Член 11 от правилата относно осигурителното покритие, озаглавен „Трайна инвалидност“, гласи следното:

„1. Трайната пълна или частична инвалидност се отчита въз основа на [ПФПЗ] съобразно Европейската скàла за оценка на пораженията върху физическото и психичното здраве, поместена тук като приложение А.

Скалата се използва съобразно практическите правила за прилагането ѝ, изложени в приложение Б.

[…]

2. В случай на трайна пълна инвалидност на осигуреното лице вследствие на злополука или професионално заболяване се отчита 100-процентово [ПФПЗ] и на лицето се изплаща еднократната фиксирана сума, предвидена в член 73, параграф 2, буква б) от Правилника.

3. В случай на трайна частична инвалидност на осигуреното лице вследствие на злополука или професионално заболяване, на лицето се изплаща еднократната фиксирана сума, предвидена в член 73, параграф 2, буква в) от Правилника, размерът на която се определя в зависимост от […] скàлата […].

4. При травми на вече инвалидизирани крайници и органи се обезщетява единствено разликата в състоянието преди и след злополуката.

5. […].

6. Общото обезщетение за множество инвалидизиращи фактори, възникнали вследствие на една [и съща] злополука, се изчислява със сумиране, като крайната сума не трябва да надвишава нито [пълната еднократна фиксирана сума] за трайна пълна инвалидност, нито частичната […] сума за пълна анатомична загуба на засегнат крайник или орган или за тяхната пълна функционална загуба“.

8 В член 12 от старите правила относно осигурителното покритие се предвижда:

„1. В случай на пълна трайна инвалидност на длъжностното лице в резултат на злополука или на професионално заболяване, на последното се изплаща еднократната фиксирана сума, предвидена в член 73, параграф 2, буква б) от Правилника.

2. В случай на частична трайна инвалидност на длъжностното лице в резултат на злополука или на професионално заболяване, на последното се изплаща еднократната сума, определена съобразно приложената скàла за инвалидност“. [неофициален превод]

Допълнително обезщетение

9 Член 13 от правилата относно осигурителното покритие предвижда, че въз основа на становище на лекарите, определени от институциите или от посочената в член 22 лекарска комисия, към обезщетението, изплащано в случай на частична трайна инвалидност, на осигуреното лице се предоставя допълнително обезщетение за поражения от естетически характер, сексуални поражения (с изключение на увреждане на репродуктивни функции), много силна болка или страдания, които не се установяват обективно, но са възможни от медицинска гледна точка, засягането на способността на осигуреното лице да упражнява обичайни за него спортни и други дейности през свободното време. Това обезщетение се определя съобразно скàлата за оценка на особените конкретни вреди, съдържаща се в приложение В към правилата относно осигурителното покритие.

Процесуални разпоредби

10 Член 18 от правилата относно осигурителното покритие предвижда, че решенията за признаване на злополука като причина за осигурително събитие, решенията за признаване на професионалното естество на заболяване, както и решенията за определяне на степента на трайна инвалидност се вземат от ОН в съответствие с процедурата, предвидена в член 20 от същите правила, въз основа на заключенията на посочен от институциите лекар или лекари и по искане на осигуреното лице, след консултация с лекарската комисия, предвидена в член 22 от посочените правила.

11 По силата на член 19, параграф 3 от правилата относно осигурителното покритие, озаглавен „Стабилизиране на здравословното състояние“:

„Решението за определяне на степента на инвалидност се взема след стабилизиране на здравословното състояние на осигуреното лице. Счита се, че здравословното състояние, възникнало вследствие на злополука или професионално заболяване, се е стабилизирало, когато то не търпи промяна или последствията намаляват много бавно и в много ограничена степен. За тази цел осигуреното лице представя медицински доклад, който констатира стабилизирането на състоянието му и описва естеството на пораженията. [Все пак лекарят или лекарите, посочени от институцията или от предвидената в член 22 лекарска комисия, могат] да излязат със становище за стабилизиране на състоянието, включително в отсъствието на медицински доклад.

[…]“.

12 Член 20 от правилата относно осигурителното покритие предвижда следното:

„1. Преди да вземе решение по член 18, [ОН] уведомява осигуреното лице или правоимащите лица за проекторешението[, към което прилагат заключенията на лекаря или лекарите, посочени] от институцията. Осигуреното лице или правоимащите лица могат да поискат пълният медицински доклад да бъде изпратен на тях или на посочен от тях лекар.

2 В рамките на 60 дни осигуреното лице или правоимащите лица могат да поискат [лекарската] комисия, посочена в член 22, да излезе със становище. Искането за [сезиране на лекарската] комисия трябва да съдържа името на лекаря, представляващ осигуреното лице или правоимащите лица, и да се придружава от доклад на този лекар, в който се уточняват медицинските въпроси, по които се оспорват заключенията на лекаря или лекарите, посочени от институцията за целите на прилагането на тези правила.

3. Ако до изтичането на този срок не е отправено искане за становище на [лекарската] комисия, [ОН] взема решение в съответствие с представеното проекторешение“.

13 Член 20, първа алинея от старите правила относно осигурителното покритие предвижда:

„Решението за определяне на степента на инвалидност се взема след стабилизиране на здравословното състояние на осигуреното лице. [З]а целта осигуреното лице е длъжно да представи медицински доклад, с който се установява излекуването или стабилизирането на състоянието му, като се указва естеството на увреждането“. [неофициален превод]

14 Съгласно член 22 от правилата относно осигурителното покритие, озаглавен „[Лекарска] комисия“:

„1. [Лекарската] комисия се състои от трима лекари:

— първият се посочва от осигуреното лице или от правоимащите лица,

— вторият се посочва от [ОН],

— третият се избира по взаимно съгласие от посочените по-горе двама лекари.

В случай че не бъде постигнато съгласие за избор на третия лекар в срок от два месеца след определянето на втория лекар, председателят на Съда на [ЕС] по искане на една от страните назначава служебно трети лекар.

Независимо от начина на избирането му, третият лекар трябва да притежава необходимите експертни знания и опит за оценка и лечение на съответните телесни увреждания.

2. Институцията определя [задачата на лекарската] комисия. [Задачата] обхваща медицинските въпроси, повдигнати в доклада на лекаря, представляващ осигуреното лице или правоимащите лица, или в други [относими] медицински доклади, [представени съгласно] член 20, параграф 2.

Хонорарите на лекарите, съставляващи медицинската комисия, и разходите за работата им се определят съобразно таблица, приета от административните ръководители на институциите […], в зависимост от сложността на случая, отнесен до [лекарската] комисия.

Преди да потвърди [задачата на лекарската] комисия, институцията уведомява осигуреното лице или правоимащите лица за хонорарите и разходите, които съгласно параграф 4 могат да бъдат за тяхна сметка. При никакви обстоятелства осигуреното лице или правоимащите лица нямат право да се противопоставят на избора на третия лекар [поради размера на поисканите от него]

хонорари и разходи. Във всеки един момент обаче те могат да [се откажат от процедурата по сезиране на лекарската] комисия. В този случай хонорарите и разходите на избрания от осигуреното лице или от правоимащите лица лекар и половината от хонорарите и разходите на третия лекар за извършената част от работата остават за [тяхна] сметка.

Осигуреното лице или правоимащите лица остават [задължени по отношение на неговия лекар за договорените с него суми] независимо от това, което институцията [се съгласи да заплати].

3. [Лекарската комисия разглежда като колегиален орган] цялата налична документация, която е от полза за изготвяне на оценката ѝ, като приема всички свои решения с мнозинство. [Лекарската] комисия сама определя процедурите и правилата за работата си. Третият лекар отговаря за секретариата и съставянето на доклада. За да приключи случая или за да получи становища, които са необходими с оглед задачата ѝ, [лекарската] комисия може да поиска извършването на допълнителни прегледи и да се консултира с експерти.

[Лекарската] комисия може да изготвя медицински становища единствено по фактите, които са ѝ предоставени или […] са ѝ известни.

Ако [лекарската] комисия, [чиято задача] се ограничава до чисто медицинската страна на случая, установи, че […] е налице правен спор, тя може да декларира, че това е извън [компетентността] ѝ.

При приключване на работата си [лекарската] комисия излага заключенията си в доклад, [който се изпраща на ОН].

Въз основа на този доклад [ОН] уведомява осигуреното лице или правоимащите лица за [решението си, към което прилага заключението на лекарската комисия]. Осигуреното лице или правоимащите лица могат да поискат пълния доклад на комисията да бъде изпратен на тях или на посочен от тях лекар.

4. Разходите по работата на лекарската комисия се поемат от институцията, към която се числи осигуреното лице.

Когато обаче становището на [лекарската] комисия съответства на проекторешението на [ОН], осигуреното лице или правоимащите лица плащат хонорарите и съпътстващите разходи на избрания от тях лекар и половината от хонорарите и съпътстващите разходи на третия лекар, като остатъкът се поема от институцията.

[…]“.

15 Член 23 от старите правила относно осигурителното покритие, който касае лекарската комисия, предвижда:

„1. Лекарската комисия се състои от трима лекари:

— първият се посочва от [ОН],

— вторият се посочва от длъжностното лице или от правоимащите лица,

— третият се избира по взаимно съгласие от посочените по-горе двама лекари.

[Когато] не може да се постигне съгласие за определяне на третия лекар, в двумесечен срок от посочването на втория лекар, третият лекар се назначава служебно от председателя на Съда […] по искане на една от страните.

След завършване на работата си лекарската комисия вписва заключенията си в доклад, който се изпраща на [ОН] и на длъжностното лице или на правоимащите лица.

2. Разходите за работата на лекарската комисия се понасят от институцията, към която се числи осигуреното лице.

В случай че посоченият от длъжностното лице лекар пребивава извън неговото място на работа, длъжностното лице понася добавката към възнаграждението, свързана с това посочване, с изключение на транспортните разходи за билет за влак първа класа или за билет за самолет икономична класа, които се възстановяват от институцията. Тази разпоредба не се прилага, когато става въпрос за злополука, настъпила при или по повод изпълнението на служебните задължения или на път за работа, или за професионално заболяване.

Когато становището на лекарската комисия съвпада с проекторешението на [ОН], за което осигуреното лице или правоимащите лица са уведомени съгласно член 21, последните трябва да понесат хонорарите и съпътстващите разходи на избрания от тях лекар и половината от хонорарите и съпътстващите разходи на третия лекар, като остатъкът е за сметка на институцията, освен когато става въпрос за злополука, настъпила при или по повод изпълнението на служебните задължения или на път за работа.

Все пак в изключителни случаи и с решение на [ОН], взето след становище на посочения от него лекар, всички разходи, посочени в предходните алинеи, могат да се поемат от институцията“. [неофициален превод]

Факти в основата на спора

16 На 8 декември 2003 г. жалбоподателят претърпява тежка злополука. В резултат на тази злополука на основание член 78 от Правилника му е призната инвалидност, считано от 1 юли 2005 г.

17 Освен това, след като съпругата на жалбоподателя подава декларация за злополука, Комисията образува производство на основание член 73 от Правилника.

18 На 10 април 2005 г. посоченият от институцията лекар изготвя междинен доклад с оглед определяне на авансово обезщетение. В този доклад той приема, че трайната инвалидност към момента на стабилизирането ще бъде най-малко 20 %.

19 На 30 май 2005 г. жалбоподателят се обръща към служба „Управление и плащания по индивидуални права“ (PMO) с молба да бъде преразгледана преписката, за да се определи безспорната част от процента на трайна инвалидност „на ниво, съответстващо в по-голяма степен на действителното положение“.

20 PMO уважава това искане на жалбоподателя, като иска от посочения от институцията лекар да определи точно безспорната част от процента на трайна инвалидност, като евентуално вземе предвид изложените от жалбоподателя доводи в полза на по-висок процент.

21 Във втори междинен доклад с дата 1 юли 2005 г. посоченият от институцията лекар приема, че безспорната част от процента на трайна инвалидност може да се определи на 40 %.

22 Въз основа на този доклад с решение от 8 август 2005 г. PMO отпуска на жалбоподателя авансово обезщетение с размер 381 812,22 EUR. Това обезщетение е изплатено на жалбоподателя през м. ноември 2005 г.

23 Междувременно, що се отнася до стабилизирането на здравословното му състояние, жалбоподателят представя на РМО доклад, изготвен на 28 юни 2005 г. от избран от него лекар, в който се посочва, че здравословното му състояние е стабилизирано. Комисията отбелязва, без да е налице оспорване в това отношение, че този доклад е изпратен на РМО на 30 юни 2005 г.

24 В доклад с дата 21 септември 2006 г., изготвен на основание член 20, параграф 1 от правилата относно осигурителното покритие, посоченият от институцията лекар установява, че здравословното състояние на жалбоподателя е стабилизирано от 28 юни 2005 г.; като прилага новите правила относно осигурителното покритие, той посочва, че ПФПЗ на жалбоподателя са 62 %, като те се подразделят по следния начин: 37 % за оториноларингологични увреждания (12 % за загуба на слух, 3 % за бучене в ушите, 20 % за смущения в равновесието и 2 % за обонянието), 15 % за ревматологични увреждания и 10 % за психоафективно разстройство. Освен това той констатира, че жалбоподателят има постоянно естетическо увреждане от 3/7, което е основание за допълнително обезщетение от 1,5 %.

25 С проекторешение от 7 ноември 2006 г., на основание на доклада на посочения от институцията лекар от 21 септември 2006 г., ОН предоставя на жалбоподателя фиксирана сума от 606 126,90 EUR, съответстваща на 63,5 % ПФПЗ, фиксирана сума, за определянето на остатъка от която следва да се приспадне размерът на отпуснатото му авансово обезщетение или 381 812,22 EUR. Така в края на 2006 г. жалбоподателят получава 224 314,68 EUR в допълнение към вече изплатеното авансово обезщетение.

26 Тъй като не е съгласен с проекторешението от 7 ноември 2006 г., с писмо от 18 януари 2007 г. жалбоподателят иска да бъде сезирана лекарската комисия.

27 Тъй като посоченият от жалбоподателя лекар и посоченият от институцията лекар не успяват да постигнат съгласие относно третия лекар, който трябва да участва в лекарската комисия, с писмо от 5 май 2007 г. жалбоподателят сезира председателя на Съда с оглед служебното назначаване на този лекар. На 25 юли 2007 г., като взема предвид определянето на третия лекар и обстоятелството, че той приема да изпълни възложената му задача, РМО упълномощава последния да действа от името на лекарската комисия.

28 Лекарската комисия провежда две заседания — на 3 януари и на 13 октомври 2008 г., след което третият лекар изготвя доклад с дата 12 ноември 2008 г. (наричан по-нататък „докладът на лекарската комисия“).

29 Докладът на лекарската комисия потвърждава, че ПФПЗ на жалбоподателя са 62 % и че постоянното естетическо увреждане от 3/7 е основание за допълнително обезщетение от 1,5 %. Освен това в него се констатира, че способността на жалбоподателя за пълноценен живот е намалена с 2/7, което е основание за допълнително обезщетение от 1 %.

30 Докладът на лекарската комисия потвърждава и датата на стабилизиране на здравословното състояние на жалбоподателя, а именно 28 юни 2005 г.

31 Докладът на лекарската комисия е подписан от посочения от институцията лекар.

32 С писма от 2 декември 2008 г., 21 януари 2009 г. и 28 март 2009 г. посоченият от жалбоподателя лекар изразява несъгласието си с доклада на лекарската комисия, който той в крайна сметка подписва и изпраща на третия лекар на 28 март 2009 г. Що се отнася до заключенията, направени в този доклад, посоченият от жалбоподателя лекар изтъква, че лекарската комисия е трябвало да използва старата скàла за оценка на ПФПЗ, което би довело до по-висок процент на трайна инвалидност.

33 Докладът на лекарската комисия е получен от РМО на 9 юни 2009 г. Предвид този доклад с решение от 27 юли 2009 г. ОН признава на жалбоподателя ПФПЗ, които достигат общо 64,5 %, и го уведомява, че ще му бъде изплатен остатъкът от дължимата му фиксирана сума, който възлиза на 9 543,31 EUR и съответства на 1 % ПФПЗ. Посочената сума е изплатена на жалбоподателя на 9 ноември 2009 г.

34 На основание член 90, параграф 2 от Правилника на 23 октомври 2009 г. жалбоподателят подава жалба по административен ред срещу решението на ОН от 27 юли 2009 г. Жалбата е допълнена с подробни доводи на 8 декември 2009 г. Тази жалба е отхвърлена с решение на ОН от 15 февруари 2010 г.

Искания на страните

35 Жалбоподателят иска от Съда на публичната служба:

— да отмени решението на ОН от 27 юли 2009 г., с което се приключва образуваното производство на основание член 73 от Правилника след злополуката от 8 декември 2003 г. и му се признава 64,5 % ПФПЗ,

— да отмени, доколкото е необходимо, решението от 15 февруари 2010 г., с което се отхвърля подадената от жалбоподателя жалба по административен ред,

— въз основа на това да приеме, че оценката на процента на неговите ПФПЗ следва да се извърши въз основа на действащите към момента на злополуката и до 1 януари 2006 г. правила относно осигурителното покритие и скàла за оценка на ПФПЗ и че е необходимо възобновяване на разглеждането на искането му, подадено на основание член 73 от Правилника от сформирана безпристрастно, независимо и неутрално лекарска комисия, която може да работи бързо, независимо и безпристрастно,

— да осъди Комисията да заплати лихви за забава върху дължимата на основание член 73 от Правилника фиксирана сума при лихвен процент от 12 % за периода, който започва да тече не по-късно от 8 декември 2004 г., до окончателното изплащане на главницата,

— да осъди Комисията да заплати обезщетение за вреди, определено ex aequo et bono в размер на 50 000 EUR за претърпените вследствие на оспореното решение неимуществени вреди,

— да определи обезщетението за претърпените имуществени вреди в размер на 15 000 EUR,

— да осъди Комисията да заплати всички съдебни разноски.

36 Комисията иска от Съда на публичната служба:

— да обяви жалбата за недопустима или най-малкото за неоснователна,

— да се произнесе по съдебните разноски в съответствие със закона.

От правна страна

По предмета на спора

37 Освен отмяната на решението от 27 юли 2009 г., с което ОН решава да му признае 64,5 % ПФПЗ (наричано по-нататък „решението от 27 юли 2009 г.“), жалбоподателят иска отмяната на решението от 15 февруари 2010 г., с което е отхвърлена подадената от него жалба по административен ред. В това отношение следва да се напомни, че исканията за отмяна, които формално са насочени срещу решение за отхвърляне на жалба по административен ред, водят до сезирането на Съда на публичната служба с жалба срещу акта, срещу който е насочена жалбата по административен ред, когато сами по себе си тези искания нямат самостоятелно съдържание (вж. в този смисъл Решение на Съда от 17 януари 1989 г. по дело Vainker/Парламент, 293/87, точка 8, Решение на Общия съд от 6 април 2006 г. по дело Camós Grau/Комисия, T-309/03, точка 43).

38 Тъй като в конкретния случай искането за отмяна на решението, с което е отхвърлена жалбата по административен ред, подадена срещу решението от 27 юли 2009 г., няма самостоятелно съдържание, трябва да се приеме, че жалбата формално е насочена срещу това последно решение.

По искането за отмяна

39 В подкрепа на искането си за отмяна жалбоподателят изтъква осем правни основания, изведени:

— първото, от приложената по отношение на него незаконосъобразна скàла за оценка на ПФПЗ,

— второто, от нарушаването на споразумение, сключено между Европейската общност и застрахователно дружество, както и от нарушаването на член 73 от Правилника, тъй като Комисията дала предимство на интересите на „застрахователите“,

— третото, от нарушаването на разумния срок, на принципа на добра администрация и на задължението за полагане на грижа,

— четвъртото, от нарушаването на принципите на правна сигурност и недопускане на обратно действие, както и от засягането на придобитите права,

— петото, от непротивопоставимостта на новите правила относно осигурителното покритие,

— шестото, от нередностите при посочване на третия лекар от лекарската комисия и от нарушаването на принципа на добросъвестност,

— седмото, от нарушаването на принципите на колегиалност, независимост, безпристрастност и неутралитет, от които трябва да се ръководи в работата си лекарската комисия,

— осмото, от неизпълнението от лекарската комисия на нейната задача, от явна грешка, опорочаваща доклада на лекарската комисия, и от нередовни мотиви на същия.

40 Най-напред следва да се разгледа четвъртото правно основание, изведено от нарушаването на принципите на правна сигурност и недопускане на обратно действие, както и от засягането на придобитите права.

По правното основание, изведено от засягането на придобитите права и от нарушаването на принципите на правна сигурност и недопускане на обратно действие

– По допустимостта на правното основание

41 Комисията твърди, че разглежданото правно основание е недопустимо. Всъщност то вече било изтъкнато от жалбоподателя в рамките на по-рано подадената от него жалба по административен ред в хода на същото производство, образувано на основание член 73 от Правилника. Според Комисията обаче тази жалба по административен ред била отхвърлена с решение от 31 юли 2006 г., което, след като не е оспорено, е влязло в сила.

42 Няма никакво съмнение обаче и Комисията впрочем не оспорва факта, че решението от 27 юли 2009 г. е увреждащ акт и отхвърлянето на жалбата по административен ред, на което се позовава Комисията, предхожда това решение.

43 Допустимо е обаче жалбоподателят да повдига всяко правно основание, довод или обстоятелство, което може да постави под въпрос законосъобразността на увреждащ акт, и то дори вече да се е позовавал на същото правно основание, довод или обстоятелство в подкрепа на по-ранна жалба по административен ред, насочена срещу различен акт (вж. в този смисъл Решение на Съда на публичната служба от 14 септември 2011 г. по дело A/Комисия, F-12/09, точка 136, което е предмет на производство по обжалване пред Общия съд на Европейския съюз, дело T-595/11 P).

– По обосноваността на правното основание

44 Съгласно членове 30 и 31 от новите правила относно осигурителното покритие, старите правила относно осигурителното покритие се отменят и новите правила влизат в сила в първия ден на месеца, следващ този, през който предвиденото в член 73, параграф 1 от Правилника общо съгласие на институциите е констатирано от председателя на Съда, и се прилагат от този момент. В конкретния случай, тъй като предвиденото в член 73, параграф 1 от Правилника общо съгласие на институциите е констатирано от председателя на Съда на 13 декември 2005 г., новите правила относно осигурителното покритие влизат в сила на 1 януари 2006 г. В член 30, втора алинея от новите правила относно осигурителното покритие обаче се уточнява, че старите правила относно осигурителното покритие, които трябва да се счита, че обхващат приложената към тях скàла за оценка на ПФПЗ, „ще продължат да се прилагат за всички проекторешения, [приети от ОН] преди 1 януари 2006 г.“, т.е. за всяко проекторешение, прието преди тази дата и касаещо признаването на злополука като причина за дадено събитие или професионалното естество на заболяване, определянето на степента на ПФПЗ и размера на съответната фиксирана сума.

45 Жалбоподателят твърди, че прилагането спрямо него на скàлата за оценка на ПФПЗ, приложена към новите правила, засяга правата, които е придобил при действието на разпоредбите на старите правила относно осигурителното покритие. Той изтъква, че злополуката, декларацията за злополука и дори стабилизирането на здравословното състояние пораждат права, които осигуреното лице придобива съответно в деня на всяко от тези събития. Поради това, въпреки че ОН все още не е приел никакво проекторешение в рамките на образуваното след злополуката от 8 декември 2003 г. производство, по отношение на него трябвало да се приложи скàлата за оценка на ПФПЗ, която е приложена към старите правила относно осигурителното покритие.

46 Така жалбоподателят повдига възражение за незаконосъобразността на член 30 от правилата относно осигурителното покритие, тъй като той предвиждал запазване на действието на приложената към старите правила относно осигурителното покритие скàла за оценка на ПФПЗ

по отношение на производствата, образувани преди 1 януари 2006 г., датата на влизане в сила на новите правила относно осигурителното покритие, само в хипотезата, при която към тази дата производството било достигнало етапа на проекторешение, прието от ОН, въпреки че след като злополуката, декларацията за злополука или стабилизирането на здравословното състояние са настъпили преди 1 януари 2006 г., старите правила относно осигурителното покритие трябвало до продължат да се прилагат до края на производството, образувано на основание член 73 от Правилника.

47 В това отношение в самото начало следва да се припомни, че съгласно общопризнат принцип, ако не е предвидено друго, новата норма се прилага незабавно по отношение на фактическите състави, които ще възникнат, както и към бъдещите последици на фактическите състави, които са възникнали при действието на старата норма, но все още не са напълно завършени (вж. в този смисъл Решение на Съда от 15 февруари 1978 г. по дело Bauche и Delquignies, 96/77, точка 48, Решение на Съда от 16 май 1979 г. по дело Tomadini, 84/78, точка 21, Решение на Съда от 5 февруари 1981 г. по дело P./Комисия, 40/79, точка 12, Решение на Съда от 10 юли 1986 г. по дело Licata/CES, 270/84, точка 31 и Решение на Съда от 29 януари 2002 г. по дело Pokrzeptowicz-Meyer, C-162/00, точка 50; Определение на Съда от 13 юни 2006 г. по дело Echouikh, C-336/05, точка 54, Решение на Съда от 22 декември 2008 г. по дело Centeno Mediavilla и др./Комисия, C-443/07 P, точки 61?63, Решение на Съда на публичната служба от 30 ноември 2006 г. по дело Balabanis и Le Dour/Комисия, F-77/05, точка 39 и Решение на Съда на публичната служба от 4 септември 2008 г. по дело Lafili/Комисия, F-22/07, точка 84).

48 Ето защо в конкретния случай следва да се провери дали към момента, в който са започнали да се прилагат новите правила относно осигурителното покритие, т.е. 1 януари 2006 г., за жалбоподателя фактическият състав е напълно завършен, както той твърди, при действието на скàлата за оценка на ПФПЗ, която е приложена към старите правила относно осигурителното покритие. Само в тази хипотеза действително може да се приеме, че скàлата от новите правила относно осигурителното покритие — която впрочем не може да се разглежда като процесуална норма (вж. a contrario Решение на Съда от 6 юли 1993 г. по дело CT Control (Rotterdam) и JCT Benelux/Комисия, C-121/91 и C-122/91, точки 22 и 23) — е приложена с обратно действие по отношение на жалбоподателя. В такъв случай повдигнатото от жалбоподателя възражение за незаконосъобразност, и по-конкретно законосъобразността на прилагането с обратно действие на скàлата от новите правила относно осигурителното покритие, би следвало да се разгледа с оглед на принципите на правна сигурност и на защита на оправданите правни очаквания.

49 Преди да бъде разгледан този въпрос, е важно да се отбележи, че съгласно член 12, параграф 2 от старите правила относно осигурителното покритие, както впрочем и съгласно член 11, параграф 3 от новите правила относно осигурителното покритие, в случай на трайна частична инвалидност размерът на еднократната фиксирана сума, предвидена в член 73, параграф 2, буква в) от Правилника, се определя в зависимост от процентите по приложената скàла за оценка на ПФПЗ за всяка съвкупност от правила.

50 При тези условия, за да бъде фактическият състав за дадено осигурено лице напълно завършен при действието на скàлата за оценка на ПФПЗ, приложена към старите правила относно осигурителното покритие, трябва да се установи, че най-късно в деня, предхождащ датата на влизане в сила на новите правила относно осигурителното покритие, т.е. 31 декември 2005 г., неговото положение е било такова, че да е позволявало пораждането на право неговите ПФПЗ да се определят в съответствие с процентите, предвидени в скàлата за оценка на ПФПЗ, приложена към старите правила относно осигурителното покритие.

51 В това отношение следва да се отбележи, че самото настъпване на злополуката или на професионалното заболяване не е достатъчно, за да се породи за осигуреното лице право на определяне на неговите ПФПЗ.

52 Вярно е, че член 73 от Правилника предвижда, че „от датата на постъпване на служба“ длъжностното лице е осигурено за рисковете „професионално заболяване“ или „злополука“. Тази разпоредба предвижда също, че плащанията, покриващи тези рискове, са „гарантирани“ на длъжностното лице.

53 Все пак, макар законодателят на Съюза да установява схема за осигуряване за рисковете „злополука“ и „професионално заболяване“, институциите, действащи на основание член 73, параграф 1 от Правилника, поставят пораждането на правото на разглежданите социалноосигурителни обезщетения и следователно тяхното изплащане в зависимост от спазването на определен брой условия.

54 Така по силата на член 20, първа алинея от старите правила относно осигурителното покритие, както впрочем и на член 19, параграф 3 от новите правила относно осигурителното покритие, решението за определяне на степента на ПФПЗ може да бъде издадено само след стабилизиране на здравословното състояние на осигуреното лице, като стабилизирането е състояние на пострадало лице, чиито увреждания са придобили постоянен характер, така че не изглежда повече да подлежат на излекуване или подобрение и по принцип по-нататъшно лечение се препоръчва само с цел избягване на влошаване на състоянието му (Решение на Общия съд от 21 май 1996 г. по дело W/Комисия, T-148/95, точка 36).

55 Това означава, както приема Съдът в Решение от 14 юли 1981 г. по дело Suss/Комисия (C-186/80, точка 15; вж. и Решение на Съда на публичната служба от 17 февруари 2011 г. по дело Strack/Комисия, F-119/07, точка 88), че правото на изплащане на посоченото в член 73, параграф 2, буква в) от Правилника обезщетение при частична трайна инвалидност, както в конкретния случай, се поражда едва при цялостно стабилизиране на здравословното състояние. Освен това едва от този момент осигуреното лице има право да му бъдат определени ПФПЗ.

56 Тъй като от гледна точка на правото на осигуреното лице за определяне на процента на неговите ПФПЗ фактическият състав е напълно завършен в момента на стабилизиране на здравословното му състояние, по принцип по отношение на осигуреното лице трябва да се приложи скàлата за оценка на ПФПЗ, която е в сила към момента на това стабилизиране.

57 Впрочем следва да се отбележи, че противно на онова, което твърди Комисията, положението на осигуреното лице от гледна точка на осигуряването за рисковете „злополука“ или „професионално заболяване“ ясно се различава от това на кандидат, успешно издържал конкурс, що се отнася до правото на класиране в степен, за което става въпрос в Решение по дело Centeno Mediavilla и др./Комисия, посочено по-горе (точки 63?68). Всъщност класирането в степен на кандидат, успешно издържал конкурс, е обусловено от назначаването на заинтересованото лице. Администрацията обаче разполага с широка свобода на преценка, що се отнася до назначаването на кандидати, успешно издържали конкурс, тъй като тази широка свобода на преценка е следствие от обстоятелството, че текстовете не предвиждат успешно издържалите конкурс кандидати в това си качество да бъдат носители на право да бъдат назначени. Обратно, обезщетяването на осигуреното лице поради злополука или професионално заболяване не произтича от избор на администрацията, направен въз основа на широка свобода на преценка, с която тя разполага, а от констатирането на трайна инвалидност след стабилизирането на здравословното състояние.

58 Вярно е наистина, както посочва Комисията, че към момента на стабилизиране на здравословното състояние осигуреното лице все още е кредитор само за „дълг като стойност“, а не за „дълг под формата на парична сума“, тъй като дължимата сума се определя едва в момента на приемането на решението на ОН, с което въз основа на медицинската преценка се фиксира процентът на ПФПЗ и размерът на съответната сума.

59 Все пак, макар вземането на осигуреното лице да е ликвидно едва в момента на приемане въз основа на становището на лекаря на институцията или на лекарската комисия на решението на ОН, с което се определя размерът на дължимата фиксирана сума, такова решение, с което по принцип приключва производството, образувано на основание член 73 от Правилника, предполага преди това да е определен процентът на ПФПЗ на осигуреното лице. Въпросът, който се поставя обаче в конкретния случай, е именно да се определи скàлата на оценка на ПФПЗ, въз основа на която посоченият от институцията лекар и евентуално лекарската комисия следва да оценят ПФПЗ на осигурено лице, чието физическо и психическо състояние се е стабилизирало преди влизане в сила на новите правила относно осигурителното покритие.

60 Накрая, ако трябва да се приеме, че моментът на приемане от ОН на проекторешението за определяне на процента на ПФПЗ на осигуреното лице и на съответния размер на фиксираната сума е относимата дата за определяне на приложимата скàла за оценка на ПФПЗ, както се установява от член 30 от новите правила относно осигурителното покритие, това би могло да доведе до прилагането на различни правни норми по отношение на лица, чието здравословно състояние обаче се е стабилизирало в един и същ момент, в зависимост от бързината, с която администрацията би се произнесла по техните досиета, като по този начин е налице риск от произвол (вж. във връзка с определянето на приложимото право в областта на предоставяне на право на допълнителна пенсия Решение на Общия съд на Европейския съюз от 18 октомври 2011 г. по дело Purvis/Парламент, T-439/09, точки 39 и 40).

61 В конкретния случай от преписката, и по-специално от доклада на посочения от институцията лекар от 21 септември 2006 г., се установява, че за момент на стабилизиране на здравословното състояние на жалбоподателя е определен 28 юни 2005 г. Следователно, считано от този момент, жалбоподателят има право да бъде изчислен процентът на неговите ПФПЗ според скàлата за оценка на ПФПЗ, приложена към правилата относно осигурителното покритие за рисковете „злополука“ и „професионално заболяване“, приложими към този момент, т.е. според скàлата за оценка на ПФПЗ, приложена към старите правила относно осигурителното покритие.

62 Предвид изложените по-горе съображения се оказва, че доколкото член 30 от правилата относно осигурителното покритие предвижда, че при липсата на проекторешение на ОН за определяне на процента на ПФПЗ по отношение на осигурените лица, пострадали от злополука или професионално заболяване, чието здравословно състояние се е стабилизирало преди влизането на посочените правила в сила, т.е. преди 1 януари 2006 г., се прилага приложената към тях скàла, тази разпоредба урежда, що се отнася до тези осигурени лица, фактически състави, които са напълно завършени при действието на скàлата за оценка на ПФПЗ, приложена към старите правила относно осигурителното покритие. Поради това член 30 от правилата относно осигурителното покритие придава в това отношение обратно действие на приложената към него скàла.

63 Като правило обаче принципът на правната сигурност не допуска да се определи началото на времевия обхват на акт на Съюза към момент отпреди влизането му в сила (вж. в този смисъл Решение на Съда от 22 ноември 2001 г. по дело Нидерландия/Съвет, C-110/97, точка 151 и цитираната съдебна практика).

64 Това обаче е възможно по изключение, когато поставената цел го изисква и когато оправданите правни очаквания на заинтересуваните лица са надлежно зачетени (Решение на Съда от 25 януари 1979 г. по дело Racke, 98/78, точка 20, Решение на Съда от 13 ноември 1990 г. по дело Fedesa и др., C-331/88, точка 45 и Решение на Съда по дело Нидерландия/Съвет, посочено по-горе, точка 151).

65 В случая не се установява посочените в предходната точка условия да са изпълнени. Най-напред, Комисията не е установила наличието на цел, която да налага прилагането с обратно действие на новите правила относно осигурителното покритие. В това отношение доводът, изведен от

недостатъците на приложената към старите правила относно осигурителното покритие скàла за оценка на ПФПЗ, която според текста, публикуван в Административни известия № 91-2005 от 19 декември 2005 г., с който служителите на Комисията са уведомени за влизането в сила на новите правила относно осигурителното покритие, била „остаряла, трудна за използване, и нямала европейски измерения“ (тъй като старата скàла е „Официалната белгийска скàла за инвалидност“ (ОБСИ), не дава убедително обяснение защо за постигане на целта за осъвременяване на посочената скàла е било необходимо да ѝ бъде придадено обратно действие.

66 По-нататък, прилагането на скàлата за оценка на ПФПЗ, приложена към новите правила относно осигурителното покритие по отношение на осигурени лица, пострадали от злополука или професионално заболяване, преди тези нови правила относно осигурителното покритие да влязат в сила на 1 януари 2006 г., и чието здравословно състояние се е стабилизирало преди тази дата, неизбежно е засегнало оправданите правни очаквания на тези осигурени лица.

67 Дори да се предположи, както отбелязва Комисията в хода на съдебното заседание, че прилагането на скàлата за оценка на ПФПЗ, приложена към новите правила относно осигурителното покритие, може в зависимост от естеството на съответните увреждания да доведе или до увеличаване на покритието на риска „злополука“ или „професионално заболяване“, или до намаляване на това покритие в сравнение с покритието по скàлата за оценка на ПФПЗ, приложена към старите правила относно осигурителното покритие, единството и еднаквото прилагане на правила относно осигурителното покритие за рисковете „злополука“ и „професионално заболяване“, приети по общо съгласие на институциите, по принцип налагат тези правила да влязат в сила на една и съща дата във всички институции и по отношение на всички техни служители, освен ако няма разпоредба в обратен смисъл, чиято цел е точно да се защитят правата, придобити при действието на старите правила (вж. по аналогия Решение по дело Racke, посочено по-горе, точка 16). Наистина, не може да се забрани на институциите да разширят възможността при фактически състави, възникнали и окончателно завършени при действието на старите правила относно осигурителното покритие, осигурените лица да се ползват от новите правила относно осигурителното покритие, ако те са по-благоприятни за тях, но в новите правила относно осигурителното покритие няма никаква преходна разпоредба в този смисъл.

68 От всичко изложено по-горе следва, че новите правила относно осигурителното покритие трябва да се обявят за незаконосъобразни, доколкото в тях се предвижда прилагането на скàлата, приложена към тях по отношение на осигурените лица, пострадали от злополука или професионално заболяване, чието здравословно състояние се е стабилизирало преди тяхното влизане в сила.

69 Поради това лекарската комисия, когато представя доклада си на 9 юни 2009 г., а след това ОН, когато приема решението от 27 юли 2009 г., неправилно прилагат скàлата за оценка на ПФПЗ, приложена към новите правила относно осигурителното покритие. Ето защо решението от 27 юли 2009 г. следва да се отмени на това основание, без да е необходимо с оглед на разглежданото искане за отмяна Съдът на публичната служба да се произнася по другите правни основания, на които се позовава жалбоподателят.

По исканията за обезщетение

70 Жалбоподателят се позовава на наличието на три отделни вида вреди: вреди, които са основание за изплащането на лихва за забава, имуществени вреди и неимуществени вреди.

По изплащането на лихва за забава

71 Жалбоподателят иска от Съда на публичната служба да осъди Комисията да заплати лихва за забава върху фиксираната сума, дължима на основание член 73 от Правилника.

72 Жалбоподателят не уточнява в частта от изложението си относно това искане за обезщетение въз основа на какво нарушение представя посоченото искане. Все пак той посочва по-общо, че Комисията трябва да носи отговорност поради неправомерните действия, изтъкнати от него в подкрепа на искането му за отмяна.

73 С оглед на изтъкнатите от него по този повод правни основания и твърдения за нарушение е ясно, че жалбоподателят възнамерява да основе искането си за изплащане на мораторни лихви на твърдението за нарушение, изразяващо се в това, че администрацията не се е произнесла в разумен срок.

74 Ето защо следва да се провери дали срокът за приемане на решението от 27 юли 2009 г. не е разумен.

75 Най-напред следва да се припомни, че разпоредбите на член 20 от старите правила относно осигурителното покритие предвиждат, че осигуреното лице е длъжно да представи медицински доклад, с който се установява стабилизирането на неговото състояние, за да може ОН да приеме решение, с което се определя процентът на ПФПЗ.

76 В конкретния случай обаче РМО е уведомено за настъпилото на 28 юни 2005 г. стабилизиране на здравословното състояние на жалбоподателя едва с изготвения на 28 юни 2005 г. доклад от избран от жалбоподателя лекар, който е изпратен на РМО на 30 юни 2005 г.

77 По-нататък, що се отнася до периода между 8 декември 2003 г., дата на злополуката, и 30 юни 2005 г., дата, на която РМО получава доклада от посочения от жалбоподателя лекар относно стабилизирането на здравословното състояние, следва да се приеме, че за така изтеклия срок поне в по-голямата му част носи отговорност жалбоподателят.

78 По-нататък, срокът от около петнадесет месеца, в края на който посоченият от институцията лекар изготвя доклада си от 21 септември 2006 г., предназначен за ОН, не изглежда неразумен. Всъщност посоченият лекар основава преценката си на шест допълнителна прегледа, извършени през този период и отнасящи се поне до четири различни медицински специалности (психиатрия, офталмология, ревматология, оторино-ларингология).

79 След това проекторешението на ОН от 7 ноември 2006 г., с което се определя процентът на ПФПЗ на жалбоподателя и размерът на отпуснатата на жалбоподателя в резултат на това сума, му е съобщено на 21 ноември същата година, т.е. в тримесечен срок считано от датата на изготвяне на доклада на посочения от институцията лекар, което не изглежда неразумно.

80 Тъй като не е съгласен с проекторешението на ОН от 7 ноември 2006 г., с което се определя процентът на неговите ПФПЗ и размерът на неговото обезщетение, с писмо от 18 януари 2007 г. жалбоподателят иска да бъде сезирана лекарската комисия.

81 Тъй като посоченият от жалбоподателя лекар и посоченият от институцията лекар не успяват да постигнат съгласие относно третия лекар, който трябва да заседава като член на лекарската комисия, с писмо от 5 май 2007 г. жалбоподателят сезира председателя на Съда, за да назначи служебно този лекар.

82 На 25 юли 2007 г., като взема предвид факта, че третият лекар е назначен и че той е приел да изпълни задачата си, PMO упълномощава последния да действа от името на лекарската комисия.

83 Така срокът, който изтича между датата на проекторешението от 7 ноември 2006 г. и 25 юли 2007 г., дата, на която лекарската комисия може да започне работата си, се дължи на самото развитие на производството, а не на бездействието на Комисията.

84 По-нататък, докладът на лекарската комисия е изготвен на 12 ноември 2008 г., т.е. около петнадесет месеца след като лекарската комисия е могла да започне работа. Такъв срок не е неразумен предвид обстоятелствата в конкретния случай.

85 Всъщност първи макар и непълен доклад на лекарската комисия е изготвен от третия лекар още на 10 януари 2008 г., след проведеното на 3 януари същата година първо заседание на лекарската комисия. Този доклад обаче предизвиква размяна на различни писма, сред които едно писмо от посочения от жалбоподателя лекар, две писма от самия жалбоподател и едно писмо от посочения от институцията лекар.

86 В доклада от 12 ноември 2008 г., който изготвя от името на лекарската комисия, третият лекар посочва по-конкретно, че към едно от писмата на жалбоподателя са приложени „многобройни и обемисти приложения“, отнасящи се до извънпрофесионалната дейност на жалбоподателя. Като отбелязва също, че в писмо от 28 февруари 2008 г. жалбоподателят излага нови бележки относно помощта на трето лице, третият лекар уточнява:

„[Л]ично бяхме изненадани от обема на искането му предвид оплакванията, изложени по време на първото [заседание], и също като се имат предвид точните въпроси, които му зададохме по време на това първо [заседание][…]“.

87 Въпреки че в рамките на производство, провеждано на основание член 73 от Правилника, осигуреното лице не може да бъде упреквано, затова че изпраща на лекарската комисия цялата документация или всички бележки, които смята за необходими, за да може тя да се произнесе, ясно е, че представянето на обемисти документи, както и изпращането в хода на производството на нови бележки, отнасящи се до разгледани по-рано въпроси, допринасят за удължаването на срока за приемане на решение, с което се слага край на производството.

88 Освен това отново в доклада на лекарската комисия от 12 ноември 2008 г. третият лекар посочва, че е било трудно да постигнат съгласие по-специално с посочения от жалбоподателя лекар за дата за второ заседание на лекарската комисия и че то е могло да се проведе едва на 13 октомври 2008 г.

89 Наистина, в писмо от 2 декември 2008 г. посоченият от жалбоподателя лекар отбелязва, че е предложил датите 26 и 29 септември 2008 г. за провеждане на заседание на лекарската комисия и че те не са били удобни за другите членове на лекарската комисия. Тези инициативи на посочения от жалбоподателя лекар обаче не позволяват той да бъде освободен от неговата част от отговорността за удължаването на срока, необходим за определянето на датата на второто заседание на лекарската комисия.

90 Така с оглед изложените по-горе съображения, срокът от около петнадесет месеца, изтекъл между 25 юли 2005 г., дата, на която лекарската комисия е била в състояние да започне работа, и 12 ноември 2008 г., дата на доклада на лекарската комисия, не е неразумен.

91 Впоследствие докладът на лекарската комисия в крайна сметка е изпратен на PMO едва на 9 юни 2009 г., т.е. около седем месеца след като третият лекар изготвя посочения доклад. Този срок обаче е обясним поне отчасти, поради факта че с писма от 2 декември 2008 г. и 21 януари

2009 г. посоченият от жалбоподателя лекар най-напред иска от третия лекар, на когото е възложено изготвянето на доклада на лекарската комисия, да измени доклада — с чието съдържание другите двама членове на лекарската комисия били съгласни — и като не постига желания резултат, връща посочения доклад, след като го е подписал, едва на 28 март 2009 г.

92 Накрая, въз основа на доклада на лекарската комисия, който получава на 9 юни 2009 г., ОН приема решението от 27 юли 2009 г. и го изпраща на жалбоподателя, който се запознава с него на 9 август 2009 г. Така двумесечният срок, който е изтекъл между 9 юни 2009 г., дата, на която ОН разполага с доклада на лекарската комисия, и 9 август 2009 г., дата, на която той изпраща на жалбоподателя решението от 27 юли 2009 г., не е неразумен.

93 В крайна сметка се оказва, че нито един от сроковете, изтекли през различните етапи на производството, довело до приемането на решението от 27 юли 2009 г., не е неразумен.

94 Освен това, дори като се вземе предвид кумулативният ефект от всички тези срокове и частта, дължаща се на закъснения на администрацията, от посочените в предходните точки обстоятелства се установява, че решението от 27 юли 2009 г. не е прието в неразумен срок (вж. в този смисъл Решение на Съда на публичната служба от 13 януари 2010 г. по дело A и G/Комисия, F-124/05 и F-96/06, точка 394).

95 От всичко изложено по-горе следва, че искането на жалбоподателя, чиято цел е Комисията да бъде осъдена да заплати лихва за забава върху вече изплатената му фиксирана сума, следва да се отхвърли.

96 Жалбоподателят обаче, изглежда, включва в сумата, въз основа на която трябва да се изчисли мораторната лихва, не само сумата, която вече му е изплатена, но и допълнителната сума, която според него ще му бъде изплатена въз основа на приложената към старите правила относно осигурителното покритие скàла за оценка на ПФПЗ.

97 Що се отнася до искането за изплащане на лихви за забава върху допълнителните суми, които се дължали на жалбоподателя поради прилагането на скàлата за оценка на ПФПЗ, приложена към старите правила относно осигурителното покритие, такова изплащане предполага не само да бъде установено достатъчно сигурно, че жалбоподателят може да се ползва от процент на ПФПЗ, който е по-висок от този, който му е признат с решението от 27 юли 2009 г., но и че процентът на ПФПЗ, от който ще се ползва въз основа на тази скàла, вече може да бъде определен. Това обаче не е така. Ето защо, дори да се приеме, че жалбоподателят е направил такова искане, то би било преждевременно и следователно би трябвало да се отхвърли.

По имуществените вреди

98 Жалбоподателят включва в претърпените от него имуществени вреди едновременно разходи, свързани с функционирането на лекарската комисия, разходи, свързани с възобновяването на работата на лекарската комисия след отмяната на решението от 27 юли 2009 г., и разноски и възнаграждение на неговия юридически съветник за фазата преди обжалването.

99 Що се отнася до разходите, свързани с функционирането на лекарската комисия, тези разходи обхващат възнагражденията на посочения от жалбоподателя лекар, пътните разноски и различни разходи. Жалбоподателят оценява всички тези разходи на сумата от 5 500 EUR.

100 В изложението си обаче жалбоподателят не препраща към никакъв документ от преписката, който може да обоснове такава сума.

101 Според съдебната практика обаче вредите, чието възстановяване се иска, трябва да бъдат действителни и сигурни, което следва да се докаже от жалбоподателя (вж. напр. Решение на Съда от 9 ноември 2006 г. по дело Agraz и др./Комисия, C-243/05 P, точка 27).

102 Освен това в жалбата не се посочва никакво доказателство по този въпрос. Съгласно член 39, параграф 1, буква д) от Процедурния правилник на Съда на публичната служба обаче при необходимост жалбата съдържа приведените доказателства.

103 При липсата на посочените в предходните точки доказателства, трябва да се направи изводът, че жалбоподателят не е обосновал размера на твърдяната вреда, въпреки че е бил в състояние да го направи, тъй като става въпрос за плащания, които твърди, че е направил. Поради това искането на жалбоподателя за изплащане на обезщетение, що се отнася до разходите за функциониране на лекарската комисия, следва да се отхвърли.

104 Що се отнася до разходите, свързани с възобновяването на работата на лекарската комисия, в края на производството, провеждано отново след постановяване на настоящото съдебно решение за отмяна, ОН следва да приеме решение относно поемането на разходите за работата на лекарската комисия. Ето защо засега произнасяне на Съда на публичната служба по тази част от вредите ще бъде преждевременно.

105 Що се отнася до разноските и възнаграждението на юридическия съветник на жалбоподателя за фазата преди обжалването, следва да се припомни, че по начина, по който е организирано от Правилника, протичането на досъдебното производство не налага длъжностно лице да бъде представлявано на този стадий, като в замяна на това положение, съгласно постоянната съдебна практика, администрацията не трябва да тълкува възраженията или исканията по ограничителен начин, а напротив, трябва да ги разгледа по-свободно. Като последица от това, следва да се констатира, че освен при извънредни обстоятелства длъжностното лице не може да получи възстановяване на разноските и на възнагражденията на своите юридически съветници за досъдебната фаза в рамките на искането за обезщетение. В преписката обаче нищо не позволява да се установи наличието на такива извънредни обстоятелства (Решение на Общия съд от 10 декември 2008 г. по дело Nardone/Комисия, T-57/99, точки 139 и 140).

106 От изложеното по-горе следва, че искането, чиято цел е Комисията да бъде осъдена да заплати обезщетение за имуществени вреди, следва да се отхвърли.

По неимуществените вреди

107 В конкретния случай в жалбата не се посочва доказателство за това дали неимуществените вреди, за които жалбоподателят иска обезщетение, не могат изцяло да бъдат възстановени чрез отмяната на решението от 27 юли 2009 г. и мерките, които ОН ще бъде длъжен да вземе в резултат на тази отмяна.

108 Най-напред установената от Съда на публичната служба незаконосъобразност, която се извежда от незачитането на придобитите права, не е достатъчно тежка, за да обоснове предоставянето на обезщетение за неимуществени вреди.

109 Освен това жалбоподателят само упреква Комисията за недостойния според него начин, по който е третиран в хода на проведеното на основание член 73 от Правилника производство и след това по време на досъдебното производство.

110 От материалите по преписката обаче не се установява, че решението от 27 юли 2009 г., нито впрочем решението от 16 февруари 2010 г., с което се отхвърля жалбата по административен ред, съдържат недвусмислено отрицателна оценка за способностите на жалбоподателя, която може да го оскърби. Същото се отнася и за доклада на лекарската комисия от 27 ноември 2008 г., на който се основават тези две решения.

111 Трябва обаче да се отбележи, че поради действието на настоящото съдебно решение за отмяна жалбоподателят отново се намира в положение на изчакване, що се отнася до крайния резултат от производството, образувано на основание член 73 от Правилника след злополуката от 8 декември 2003 г. Такова продължаване на положението на изчакване и на несигурност, предизвикано от незаконосъобразността на решението от 27 юли 2009 г., представлява неимуществена вреда, която следва да се оцени ex æquo et bono на сумата от 2 500 EUR.

112 В това отношение, като се има предвид, че въпросните неимуществени вреди произтичат пряко от решението от 27 юли 2009 г., Комисията не може надлежно да се позове на възражението за недопустимост, изведено от обстоятелството, че тя вече се е произнесла с влязло в сила решение по същото искане за обезщетение, подадено от жалбоподателя на основание член 90, параграф 1 от Правилника.

113 Поради това Комисията трябва да бъде осъдена да заплати на жалбоподателя сумата от 2 500 EUR като обезщетение за неимуществени вреди.

По искането, което по същество е за извършване на нова оценка на ПФПЗ от безпристрастно сформирана лекарска комисия въз основа на старите правила относно осигурителното покритие

114 Според постоянната съдебна практика не е от компетентността на съда на Съюза да дава задължителни указания на администрацията или да прави правни изявления в рамките на контрола за законосъобразност въз основа на член 91 от Правилника (вж. напр. Решение на Общия съд от 12 юни 2002 г. по дело Mellone/Комисия, T-187/01, точка 16).

115 Жалбоподателят иска от Съда на публичната служба да приеме, че оценката на процента на ПФПЗ следва да се извърши въз основа на скàлата за оценка на ПФПЗ, приложена към старите правила относно осигурителното покритие, както и че е необходимо „възобновяване на разглеждането на искането му, подадено на основание член 73 от Правилника, от сформирана безпристрастно, независимо и неутрално лекарска комисия, която може да работи бързо, напълно независимо и безпристрастно“. Доколкото по този начин жалбоподателят прави искане, с което цели да получи правно изявление или задължително указание за администрацията, това искане трябва да се отхвърли като недопустимо.

116 В крайна сметка решението от 27 юли 2009 г. се отменя и Комисията е осъдена да заплати на жалбоподателя сума от 2 500 EUR като обезщетение за неимуществени вреди. В останалата част искането на жалбоподателя трябва да се отхвърли.

По съдебните разноски

117 Съгласно член 87, параграф 1 от Процедурния правилник, без да се засяга действието на другите разпоредби на дял II, осма глава от посочения правилник, загубилата делото страна се осъжда да заплати съдебните разноски, ако е направено такова искане. Съгласно параграф 2 от същия член, когато справедливостта изисква това, Съдът на публичната служба може да реши дадена страна, макар и загубила делото, да бъде осъдена да заплати само частично съдебните разноски и дори да не бъде осъдена за тях.

118 От изложените по-горе съображения следва, че като цяло Комисията е загубилата делото страна. Освен това жалбоподателят изрично е поискал тя да бъде осъдена да заплати съдебните разноски. Тъй като обстоятелствата в конкретния случай не обосновават прилагането на разпоредбата на член 87, параграф 2 от Процедурния правилник, Комисията следва да понесе направените от нея съдебни разноски и да бъде осъдена да заплати направените от жалбоподателя съдебни разноски.

По изложените съображения

СЪДЪТ НА ПУБЛИЧНАТА СЛУЖБА (трети състав)

реши:

1) Отменя решението от 27 юли 2009 г., с което приключва производството, образувано на основание член 73 от Правилника за длъжностните лица на Европейския съюз след претърпяна от г-н Guittet на 8 декември 2003 г. злополука.

2) Осъжда Европейската комисия да заплати на г-н Guittet сумата от 2 500 EUR.

3) Отхвърля жалбата в останалата ѝ част.

4) Европейската комисия понася направените от нея съдебни разноски и се осъжда да заплати направените от г-н Guittet съдебни разноски.

Van Raepenbusch Barents Bradley

Обявено в открито съдебно заседание в Люксембург на 13 юни 2012 година.

Секретар
W. Hakenberg

Председател
S. Van Raepenbusch