



Zbiór Orzeczeń

WYROK SĄDU DO SPRAW SŁUŻBY PUBLICZNEJ UNII EUROPEJSKIEJ (trzecia izba)

z dnia 13 czerwca 2012 r. *

Służba publiczna — Dawny urzędnik — Zabezpieczenie społeczne — Wypadek —
Zakończenie postępowania na podstawie art. 73 regulaminu pracowniczego — Zakres stosowania
ratione temporis skali załączonej do nowej wersji zasad ubezpieczenia od ryzyka wypadku i choroby
zawodowej — Czas trwania postępowania

W sprawie F-31/10

mającej za przedmiot skargę wniesioną na podstawie art. 270 TFUE, znajdującego zastosowanie do
traktatu EWEA na mocy jego art. 106a,

Christian Guittet, dawny urzędnik Komisji Europejskiej, zamieszkały w Cannes (Francja),
reprezentowany przez adwokata L. Leviego,

strona skarżąca,

przeciwko

Komisji Europejskiej, reprezentowanej przez J. Curralla oraz D. Martina, działających w charakterze
pełnomocników, wspieranych przez adwokata J.L. Fagnarta,

strona pozwana,

SĄD DO SPRAW SŁUŻBY PUBLICZNEJ (trzecia izba),

w składzie: S. Van Raepenbusch (sprawozdawca), prezes, R. Barents i K. Bradley, sędziowie,

sekretarz: J. Tomac, administrator,

uwzględniając procedurę pisemną i po przeprowadzeniu rozprawy w dniu 7 marca 2012 r.,

wydaje następujący

Wyrok

- 1 Pismem, które wpłynęło do sekretariatu Sądu w dniu 14 maja 2010 r., C. Guittet, dawny urzędnik Komisji Europejskiej, żąda w szczególności stwierdzenia nieważności decyzji z dnia 27 lipca 2009 r., w drodze której organ powołujący zamknął postępowanie wszczęte na podstawie art. 73 Regulaminu pracowniczego urzędników Unii Europejskiej (zwanego dalej „regulaminem pracowniczym”) i ustalił stopień jego uszczerbku na zdrowiu fizycznym i psychicznym (zwany dalej „uszczerbkiem na zdrowiu”) na 64,5%.

* Język postępowania: francuski.

Ramy prawne

Regulamin pracowniczy

- 2 Na mocy art. 73 ust. 1 i 2 regulaminu pracowniczego:

„1. Urzędnik jest ubezpieczony, poczynwszy od dnia rozpoczęcia służby, od ryzyka choroby zawodowej oraz wypadków, zgodnie z przepisami przyjętymi w drodze wspólnego porozumienia instytucji [Unii] po zasięgnięciu opinii Komitetu ds. Regulaminu Pracowniczego [...].

2. Zapewniane są następujące świadczenia:

[...]

- b) w przypadku całkowitej, trwałej niepełnosprawności [niepełnosprawności]:

wypłata urzędnikowi kwoty równej ośmiokrotnej wysokości rocznego wynagrodzenia podstawowego, obliczonej na podstawie miesięcznych kwot wynagrodzenia otrzymywanego w okresie 12 miesięcy przed wypadkiem;

- c) w przypadku częściowej, trwałej niepełnosprawności [niepełnosprawności]:

wypłata urzędnikowi części kwoty określonej w lit. b), obliczonej zgodnie z tabelą zawartą w przepisach, o których mowa w ust. 1.

[...]

Świadczenia określone w niniejszym ustępie mogą zostać wypłacone dodatkowo do świadczeń przewidzianych w rozdziale 3”.

Zasady ubezpieczenia przyjęte na podstawie art. 73 regulaminu pracowniczego

Zakres zastosowania i przepisy przejściowe

- 3 W dniu 1 stycznia 2006 r. weszły w życie wspólne zasady ubezpieczenia urzędników Unii Europejskiej od ryzyka wypadku i choroby zawodowej (zwane dalej „zasadami ubezpieczenia” lub „nowymi zasadami ubezpieczenia”), o których mowa w art. 73 ust. 1 regulaminu pracowniczego, zastępując poprzednie wspólne zasady ubezpieczenia, zmienione po raz ostatni w dniu 18 lipca 1997 r. (zwane dalej „dawnymi zasadami ubezpieczenia”).
- 4 Artykuł 1 zasad ubezpieczenia ma następujące brzmienie:

„Niniejsze zasady określają, zgodnie z art. 73 regulaminu pracowniczego, warunki, na jakich ubezpieczeni podlegają ubezpieczeniu od ryzyka wypadku i choroby zawodowej na całym świecie.

Ubezpieczonym na podstawie niniejszych zasad jest:

- urzędnik;
- pracownik tymczasowy;
- pracownik kontraktowy”.

- 5 Artykuł 30 zasad ubezpieczenia przewiduje następujące przepisy przejściowe:

„Niniejszym uchyla się [dawne zasady ubezpieczenia].

Jednakże będą one nadal obowiązywać w stosunku do wszystkich projektów decyzji przyjętych na podstawie art. 20 ust. 1 przed dniem 1 stycznia 2006 r. [...]”.

- 6 Artykuł 31 zasad ubezpieczenia stanowi:

„[Nowe] zasady [ubezpieczenia] wchodzi w życie w pierwszym dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym Prezes Trybunału Sprawiedliwości [Unii Europejskiej] odnotuje zawarcie przez instytucje porozumienia określonego w art. 73 ust. 1 regulaminu pracowniczego.

Zaczną one obowiązywać z tą samą datą”.

Pojęcie trwałej niepełnosprawności

- 7 Artykuł 11 zasad ubezpieczenia, zatytułowany „Trwała niezdolność do pracy [niepełnosprawność]”, ma następujące brzmienie:

„1. Stopień całkowitej lub częściowej, trwałej niepełnosprawności [niepełnosprawności], określa się w stosunku do poniesionego uszczerbku na zdrowiu [...], zgodnie z europejską skalą oceny niepełnosprawności [niepełnosprawności] zawartą w załączniku A.

Skala wykorzystywana jest zgodnie z praktycznymi zasadami użycia, określonymi w załączniku B.

[...]

2. Jeżeli ubezpieczony z powodu wypadku lub choroby zawodowej stał się całkowicie, trwale niezdolny do pracy [niepełnosprawny], [uszczerbek na zdrowiu] uznawan[y] jest za wynosząc[y] 100% i ubezpieczonemu przysługuje kwota określona w art. 73 ust. 2 lit. b) regulaminu pracowniczego.

3. Ubezpieczonemu, który w wyniku wypadku lub choroby zawodowej stał się częściowo trwale niezdolny do pracy [niepełnosprawny], przysługuje kwota przewidziana w art. 73 ust. 2 lit. c) regulaminu pracowniczego, określana na podstawie stawek wyznaczonych w skali [...].

4. Kwota z tytułu urazów kończyn lub organów, które już uprzednio utraciły sprawność, przysługuje wyłącznie w stosunku do stanu sprzed i po wypadku.

5. [...]

6. Całkowitą kwotę przysługującą z tytułu kilku uszkodzeń powstałych w wyniku jednego wypadku oblicza się poprzez dodanie, przy czym otrzymana wartość nie może przekraczać łącznej kwoty z tytułu trwałej, całkowitej niepełnosprawności [niepełnosprawności] albo tej części łącznej sumy kwot, która przysługuje z tytułu całkowitej utraty lub całkowitej utraty możliwości korzystania z uszkodzonej kończyny lub organu”.

- 8 Artykuł 12 dawnych zasad ubezpieczenia stanowił:

„1. Jeżeli urzędnik z powodu wypadku lub choroby zawodowej stał się całkowicie, trwale niezdolny do pracy [niepełnosprawny], wypłacana mu jest kwota określona w art. 73 ust. 2 lit. b) regulaminu pracowniczego.

2. Jeżeli urzędnik z powodu wypadku lub choroby zawodowej stał się częściowo, trwale niezdolny do pracy [niepełnosprawny], wypłacana mu jest kwota określana na podstawie stawek wyznaczonych w skali oceny niepełnosprawności [niepełnosprawności], znajdującej się w załączniku”.

Dodatek

- 9 Artykuł 13 zasad ubezpieczenia stanowi, że po konsultacji lekarzy wyznaczonych przez instytucje lub komisję lekarską, o której mowa w art. 22, ubezpieczonemu przyznaje się dodatek z tytułu trwałej częściowej niepełnosprawności w przypadku oszpeceń, niewydolności seksualnej (z wyjątkiem upośledzenia funkcji reprodukcyjnych), wyjątkowego cierpienia nieustalonego obiektywnie, lecz wiarygodnego z punktu widzenia medycyny oraz ograniczenia możliwości korzystania z ulubionych form rozrywki ubezpieczonego. Wysokość tego dodatku ustala się w oparciu o skalę oceny specyficznych form niepełnosprawności, określoną w załączniku C do zasad ubezpieczenia.

Przepisy proceduralne

- 10 Artykuł 18 zasad ubezpieczenia stanowi, że decyzje w sprawie uznania, iż podłożem zdarzenia był wypadek, lub uznania zawodowego podłoża choroby, oraz decyzje w sprawie ustalenia stopnia trwałej niepełnosprawności podejmowane są przez organ powołujący zgodnie z procedurą określoną w art. 20 tychże zasad na podstawie ustaleń lekarzy wyznaczonych przez instytucje, a na wniosek ubezpieczonego po konsultacji z komisją lekarską, o której mowa w art. 22 wspomnianych zasad.

- 11 Artykuł 19 ust. 3 zasad ubezpieczenia, zatytułowany „Utrwalenie urazów”, stanowi:

„Decyzja w sprawie określenia stopnia niezdolności [niepełnosprawności] podejmowana jest po utrwaleniu się urazów ubezpieczonego. Skutki wypadku lub choroby zawodowej uznawane są za utrwalone, jeżeli nie zachodzą już w nich zmiany lub zanikają one bardzo powoli i w bardzo ograniczonym zakresie. W tym celu ubezpieczony przedstawia opinię medyczną stwierdzającą, że został wyleczony lub jego stan ustabilizował się [utrwalenie jego stanu zdrowia] i określającą rodzaj urazów. Jednakże lekarze wyznaczeni przez instytucję lub komisję lekarską, o której mowa w art. 22, mogą podjąć decyzję, że utrwalenie nastąpiło, także w przypadku braku opinii medycznej.

[...]”.

- 12 Artykuł 20 zasad ubezpieczenia stanowi, co następuje:

„1. Przed podjęciem decyzji na mocy art. 18 organ powołujący zawiadamia ubezpieczonego lub jego następców prawnych o projekcie decyzji oraz ustaleniach lekarza wyznaczonego przez instytucję. Ubezpieczony lub jego następcy prawni mogą żądać przekazania pełnej opinii medycznej im samym lub wybranemu przez nich lekarzowi.

2. W terminie [60] dni ubezpieczony lub jego następcy prawni mogą złożyć wniosek o wydanie opinii przez komisję lekarską, o której mowa w art. 22. Wniosek o przekazanie sprawy komisji lekarskiej musi zawierać nazwisko lekarza reprezentującego ubezpieczonego lub jego następców prawnych oraz opinię tego lekarza opisującą kwestie medyczne, w których zajmuje on stanowisko odmienne od lekarzy wyznaczonych przez instytucję na potrzeby stosowania niniejszych zasad.

3. W przypadku gdy w powyższym terminie wniosek o konsultację z komisją lekarską nie został złożony, organ powołujący rozstrzyga zgodnie z treścią projektu decyzji”.

13 Artykuł 20 akapit pierwszy dawnych zasad ubezpieczenia stanowił:

„Decyzja w sprawie określenia stopnia niezdolności [niepełnosprawności] podejmowana jest po utrwaleniu się urazów urzędnika. W tym celu urzędnik przedstawia opinię medyczną stwierdzającą, że został wyleczony lub że jego stan utrwał się, i określającą rodzaj urazów”.

14 Artykuł 22 zasad ubezpieczenia, zatytułowany „Komisja lekarska”, stanowi:

„1. W skład komisji lekarskiej wchodzi trzech lekarzy:

- pierwszy, wyznaczony przez ubezpieczonego lub jego następców prawnych,
- drugi, wyznaczony przez organ powołujący,
- trzeci, wyznaczony wspólnie przez dwóch pierwszych lekarzy.

W przypadku gdy w terminie dwóch miesięcy od wyznaczenia drugiego lekarza nie uzgodniono wyboru trzeciego, Prezes Trybunału Sprawiedliwości na wniosek jednej ze stron wyznacza trzeciego lekarza.

Niezależnie od metody wyboru trzeci lekarz musi mieć potwierdzone kwalifikacje w ocenie i leczeniu urazów organizmu.

2. Instytucja określa zakres zadań komisji lekarskiej. Zadania dotyczą kwestii medycznych zgłoszonych w sprawozdaniu lekarza reprezentującego ubezpieczonego lub jego następców prawnych oraz innych właściwych opiniach medycznych, przedstawionych na podstawie art. 20 ust. 2.

Wynagrodzenie i wydatki lekarzy wchodzących w skład komisji lekarskiej określone są zgodnie ze skalą ustanawianą przez szefów administracji instytucji, według skomplikowania sprawy przekazanej do rozpatrzenia przez komisję lekarską.

Przed potwierdzeniem zakresu zadań powierzonych komisji lekarskiej instytucja zawiadamia ubezpieczonego i jego następców prawnych o wynagrodzeniu i wydatkach, za których poniesienie są oni odpowiedzialni zgodnie z ust. 4. Ubezpieczony lub jego następcy prawni nie mogą w żadnym wypadku odmówić uznania trzeciego lekarza z powodu wysokości wynagrodzenia i wydatków, których pokrycia zażądał. Jednakże ubezpieczony zachowuje prawo do przerwania w każdym momencie procedury konsultacji z komisją lekarską. W takim przypadku wynagrodzenie i dodatkowe wydatki lekarza wybranego przez ubezpieczonego lub jego następców prawnych oraz połowę wynagrodzenia i dodatkowe wydatki trzeciego lekarza pokrywa ubezpieczony lub jego następcy prawni w odniesieniu do tej części prac, która została już zakończona.

Ubezpieczony lub jego następcy prawni ponoszą odpowiedzialność za wypłacenie swojemu lekarzowi uzgodnionego wynagrodzenia, niezależnie od wysokości kwoty, jaką zgodziła się zapłacić instytucja.

3. Komisja lekarska bada wspólnie wszystkie dostępne dokumenty, które mogą zostać wykorzystane w ramach oceny i wszystkie decyzje podejmowane są większością głosów. Wybór procedur i przyjęcie regulaminu wewnętrznego należy do komisji lekarskiej. Trzeci lekarz pełni funkcję sekretarza i sporządza sprawozdanie. Komisja lekarska może żądać dodatkowych informacji oraz konsultować się z biegłymi w celu skompletowania informacji lub uzyskania opinii niezbędnych do realizacji zadań komisji.

Komisja lekarska może wydawać opinie medyczne wyłącznie odnośnie do faktów, które przekazano jej do zbadania lub które zostały jej przedstawione.

W przypadku gdy komisja lekarska, której zadania w sprawie ograniczają się do aspektów czysto medycznych, uzna, że ma do czynienia ze sporem prawnym, musi oświadczyć, że nie jest w sprawie właściwa.

Po zakończeniu prowadzonego postępowania komisja lekarska przedstawia swoją opinię [swoje wnioski] w sprawozdaniu dla organu powołującego.

Na podstawie powyższego sprawozdania organ powołujący zawiadamia ubezpieczonego lub jego następców prawnych o swojej decyzji oraz ustaleniach komisji lekarskiej. Ubezpieczony i jego następcy prawni mogą żądać, by pełne sprawozdanie komisji zostało przekazane wybranemu lekarzowi lub im samym.

4. Wydatki związane z postępowaniem przeprowadzonym przez komisję medyczną [lekarską] ponosi instytucja, której podlega ubezpieczony.

Jednakże, jeżeli opinia komisji lekarskiej jest zgodna z projektem decyzji organu powołującego, wynagrodzenie i dodatkowe wydatki lekarza wybranego przez ubezpieczonego lub jego następców prawnych oraz połowę wynagrodzenia i dodatkowe wydatki trzeciego lekarza, pokrywa ubezpieczony lub jego następcy prawni, natomiast pozostałe koszty ponosi instytucja.

[...]”.

15 Artykuł 23 dawnych zasad ubezpieczenia, dotyczący komisji lekarskiej, stanowił:

„1. W skład komisji lekarskiej wchodzi trzech lekarzy:

- pierwszy, wyznaczony przez organ powołujący,
- drugi, wyznaczony przez urzędnika lub jego następców prawnych,
- trzeci, wyznaczony wspólnie przez dwóch pierwszych lekarzy.

W przypadku gdy w terminie dwóch miesięcy od wyznaczenia drugiego lekarza nie uzgodniono wyboru trzeciego, Prezes Trybunału Sprawiedliwości [...] na wniosek jednej ze stron wyznacza trzeciego lekarza.

Po zakończeniu prowadzonego postępowania komisja lekarska przedstawia swoje wnioski w sprawozdaniu dla organu powołującego oraz urzędnika lub jego następców prawnych.

2. Wydatki związane z postępowaniem przeprowadzonym przez komisję lekarską ponosi instytucja, której podlega urzędnik.

Jeżeli lekarz wyznaczony przez urzędnika ma siedzibę poza miejscem zatrudnienia urzędnika, urzędnik pokrywa dodatkowe koszty wynagrodzenia wynikające z wyznaczenia tego lekarza, z wyjątkiem kosztów podróży kolejowej pierwszą klasą lub lotniczej klasą ekonomiczną, które zwraca instytucja. Niniejszy przepis nie ma zastosowania w razie wypadku przy pracy lub w trakcie wykonywania obowiązków, lub w drodze do pracy, albo choroby zawodowej.

Jeżeli opinia komisji lekarskiej jest zgodna z projektem decyzji organu powołującego, doręczonego urzędnikowi lub jego następcom prawnym zgodnie z art. 21, pokrywają oni wynagrodzenie i dodatkowe wydatki wybranego przez siebie lekarza oraz połowę wynagrodzenia i dodatkowe wydatki trzeciego lekarza, natomiast pozostałe koszty pokrywa instytucja, z wyjątkiem przypadków wypadku przy pracy lub w trakcie wykonywania obowiązków, lub w drodze do pracy.

Jednakże w wyjątkowych przypadkach, w drodze decyzji organu powołującego wydanej po zasięgnięciu opinii wyznaczonego przez siebie lekarza, wszystkie koszty, o których mowa w akapitach powyżej, mogą zostać pokryte przez instytucję”.

Okoliczności faktyczne leżące u podstaw sporu

- 16 W dniu 8 grudnia 2003 r. skarżący uległ poważnemu wypadkowi. W konsekwencji tego wypadku został on skierowany na rentę inwalidzką, na podstawie art. 78 regulaminu pracowniczego, od dnia 1 lipca 2005 r.
- 17 Ponadto w następstwie zgłoszenia wypadku, którego dokonała żona skarżącego, Komisja wszczęła postępowanie na podstawie art. 73 regulaminu pracowniczego.
- 18 W dniu 10 kwietnia 2005 r. lekarz wyznaczony przez instytucję sporządził wstępną opinię w celu ustalenia wysokości tymczasowego świadczenia. W sprawozdaniu oszacował on, że stopień trwałej niepełnosprawności w chwili utrwalenia urazów wyniesie przynajmniej 20%.
- 19 W dniu 30 maja 2005 r. skarżący zwrócił się do Urzędu Administracji i Wypłacania Należności Indywidualnych (PMO) o ponowne zbadanie sprawy, w celu ustalenia niekwestionowanego stopnia trwałej niepełnosprawności „na poziomie bardziej zgodnym ze stanem rzeczywistym”.
- 20 PMO uwzględniło wniosek skarżącego i zwróciło się do lekarza wyznaczonego przez instytucję o dokładne ustalenie niekwestionowanego stopnia trwałej niepełnosprawności z uwzględnieniem, w odpowiednim razie, argumentów skarżącego na rzecz ustalenia wyższego stopnia.
- 21 W drugiej wstępnej opinii z dnia 1 lipca 2005 r. lekarz wyznaczony przez instytucję uznał, że niekwestionowany stopień trwałej niepełnosprawności można ustalić na 40%.
- 22 Na podstawie wspomnianej opinii PMO decyzją z dnia 8 sierpnia 2005 r. przyznało skarżącemu świadczenie tymczasowe w wysokości 381 812,22 EUR. Świadczenie zostało wypłacone skarżącemu w listopadzie 2005 r.
- 23 W międzyczasie w kwestii utrwalenia urazów skarżący przekazał PMO opinię sporządzoną w dniu 28 czerwca 2005 r. przez wybranego przez siebie lekarza, zgodnie z którą nastąpiło utrwalenie jego urazów. Zgodnie z niekwestionowanym przez innych uczestników postępowania twierdzeniem Komisji omawiana opinia została przekazana PMO w dniu 30 czerwca 2005 r.
- 24 W opinii z dnia 21 września 2006 r., sporządzonej na podstawie art. 20 ust. 1 zasad ubezpieczenia, lekarz wyznaczony przez instytucję stwierdził, że następstwa obrażeń skarżącego są utrwalone od dnia 28 czerwca 2005 r.; wskazał on, że przy zastosowaniu nowych zasad ubezpieczenia stopień uszczerbku na zdrowiu skarżącego wynosi 62%, z czego 37% stanowią następstwa laryngologiczne (12% utrata słuchu, 3% szum w uszach, 20% zaburzenia równowagi i 2% uszkodzenia zmysłu węchu), 15% stanowią następstwa reumatologiczne, a 10% – następstwa psychologiczne. Ponadto stwierdził on, że skarżący został w 3/7 trwale oszczędzony, co uzasadnia przyznanie dodatkowego świadczenia w wysokości 1,5%.
- 25 W projekcie decyzji z dnia 7 listopada 2006 r. organ powołujący, w oparciu o opinię lekarza wyznaczonego przez instytucję z dnia 21 września 2006 r., przyznał skarżącemu kwotę 606 126,90 EUR, odpowiadającą uszczerbkowi na zdrowiu wynoszącemu 63,5%, od której to sumy należało odjąć kwotę świadczenia tymczasowego, które wcześniej przyznano skarżącemu, tj. 381 812,22 EUR. Pod koniec 2006 r. skarżący otrzymał zatem wypłatę w wysokości 224 314,68 EUR w uzupełnieniu już wypłaconego mu świadczenia tymczasowego.

- 26 Nie zgadzając się z projektem decyzji z dnia 7 listopada 2006 r., pismem z dnia 18 stycznia 2007 r. skarżący zwrócił się o skierowanie sprawy do komisji lekarskiej.
- 27 Z uwagi na to, że lekarz wyznaczony przez skarżącego i lekarz wyznaczony przez instytucję nie doszli do porozumienia w kwestii wyboru trzeciego lekarza, który powinien zasiadać w komisji lekarskiej, pismem z dnia 5 maja 2007 r. skarżący zwrócił się do prezesa Trybunału Sprawiedliwości o wyznaczenie tego lekarza z urzędu. W dniu 25 lipca 2007 r. PMO, uwzględniając ten wybór oraz fakt, że trzeci lekarz podjął się tego zadania, udzieliło mu mandatu do zasiadania w komisji lekarskiej.
- 28 Komisja lekarska zebrała się dwukrotnie, w dniach 3 stycznia i 13 października 2008 r., po czym trzeci lekarz sporządził opinię opatrzoną datą 12 listopada 2008 r. (zwaną dalej „opinią komisji lekarskiej”).
- 29 Opinia komisji lekarskiej potwierdziła, że stopień uszczerbku na zdrowiu skarżącego wynosi 62% i że trwałe oszpecenie w stopniu 3/7 daje podstawę do przyznania dodatkowego świadczenia w wysokości 1,5%. Ponadto stwierdzono, że skarżący doznał utraty radości życia w stopniu 2/7, co uzasadnia przyznanie dodatkowego świadczenia w wysokości 1%.
- 30 Opinia komisji lekarskiej potwierdziła również datę utrwalenia urazów skarżącego, tj. dzień 28 czerwca 2005 r.
- 31 Opinia komisji lekarskiej została podpisana przez lekarza wyznaczonego przez instytucję.
- 32 W pismach z dnia 2 grudnia 2008 r., 21 stycznia 2009 r. i 28 marca 2009 r. lekarz wyznaczony przez skarżącego poinformował, że nie zgadza się z opinią komisji lekarskiej, którą ostatecznie podpisał i odesłał do trzeciego lekarza w dniu 28 marca 2009 r. W odniesieniu do wniosków z omawianej opinii lekarz wyznaczony przez skarżącego podniósł również, że komisja lekarska powinna była zastosować dawną skalę oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu, co dałoby wyższy stopień trwałej niepełnosprawności.
- 33 PMO otrzymało opinię komisji lekarskiej w dniu 9 czerwca 2009 r. W świetle tej opinii organ powołujący decyzją z dnia 27 lipca 2009 r. stwierdził, że stopień uszczerbku na zdrowiu skarżącego wynosi łącznie 64,5%, oraz poinformował, że zostanie mu wypłacona reszta należnej mu kwoty w wysokości 9 543,31 EUR, odpowiadająca 1% uszczerbku na zdrowiu. Wspomniana kwota została skarżącemu wypłacona w dniu 9 listopada 2009 r.
- 34 W dniu 23 października 2009 r. skarżący wniósł na podstawie art. 90 ust. 2 regulaminu pracowniczego zażalenie na decyzję organu powołującego z dnia 27 lipca 2009 r. Zażalenie uzupełniono o szczegółowe przedstawienie argumentów z dnia 8 grudnia 2009 r. Zażalenie zostało oddalone decyzją organu powołującego z dnia 15 lutego 2010 r.

Żądania stron

- 35 Skarżący wnosi do Sądu o:
- stwierdzenie nieważności decyzji organu powołującego z dnia 27 lipca 2009 r. w sprawie zakończenia postępowania wszczętego na podstawie art. 73 regulaminu pracowniczego w następstwie wypadku, który miał miejsce dnia 8 grudnia 2003 r., stwierdzającej, że stopień uszczerbku na jego zdrowiu wynosi 64,5%;
 - w razie potrzeby stwierdzenie nieważności decyzji z dnia 15 lutego 2010 r. oddalającej zażalenie skarżącego;

- w konsekwencji ustalenie jego stopnia uszczerbku na zdrowiu na podstawie zasad ubezpieczenia i skali oceny stopnia niepełnosprawności obowiązujących w dniu wypadku oraz do dnia 1 stycznia 2006 r., oraz ponowne rozpoznanie złożonego przez niego na podstawie art. 73 regulaminu pracowniczego wniosku przez komisję lekarską w składzie utworzonym w sposób bezstronny, niezależny i neutralny, będącą w stanie prowadzić prace szybko, w sposób niezależny i bez z góry przyjętych założeń;
- zasądzenie od Komisji odsetek za zwłokę od kwoty świadczenia należnej na podstawie art. 73 regulaminu pracowniczego, według stawki w wysokości 12%, za okres biegnący najpóźniej od dnia 8 grudnia 2004 r. aż do czasu pełnej spłaty kwoty świadczenia;
- zasądzenie od Komisji zadośćuczynienia ustalonego ex æquo et bono na 50 000 EUR za krzywdę doznaną w wyniku kwestionowanej decyzji;
- zasądzenie odszkodowania w kwocie 15 000 EUR za poniesioną szkodę;
- obciążenie Komisji całością kosztów postępowania.

36 Komisja wnosi do Sądu o:

- uznanie skargi za niedopuszczalną lub przynajmniej za bezzasadną;
- rozstrzygnięcie o kosztach według norm przepisanych.

Co do prawa

Co do przedmiotu sporu

- 37 Poza stwierdzeniem nieważności decyzji z dnia 27 lipca 2009 r., w której organ powołujący stwierdził, że stopień uszczerbku na zdrowiu skarżącego wynosi 64,5% (zwanej dalej „decyzją z dnia 27 lipca 2009 r.”), skarżący żąda stwierdzenia nieważności decyzji z dnia 15 lutego 2010 r. oddalającej jego zażalenie. W tym względzie przypomnieć należy, że żądania stwierdzenia nieważności przedstawione formalnie w odniesieniu do decyzji o oddaleniu zażalenia skutkują zaskarżeniem do Sądu aktu, na który złożone zostało zażalenie, jeżeli żądania te pozbawione są jako takie autonomicznej treści (zob. podobnie wyrok Trybunału z dnia 17 stycznia 1989 r. w sprawie 293/87 Vainker przeciwko Parlamentowi, pkt 8; wyrok Sądu Pierwszej Instancji z dnia 6 kwietnia 2006 r. w sprawie T-309/03 Camós Grau przeciwko Komisji, pkt 43).
- 38 Ponieważ w niniejszym przypadku żądania stwierdzenia nieważności skierowane przeciwko decyzji oddalającej zażalenie na decyzję z dnia 27 lipca 2009 r. są pozbawione autonomicznej treści, należy uznać, że skarga skierowana jest formalnie przeciwko tej ostatniej decyzji.

W przedmiocie żądań stwierdzenia nieważności

- 39 Na poparcie swoich żądań stwierdzenia nieważności skarżący podnosi osiem zarzutów:
- pierwszy: zarzut braku zgodności z prawem zastosowanej wobec niego skali oceny stopnia niepełnosprawności;
 - drugi: zarzut naruszenia umowy zawartej między Wspólnotą Europejską a towarzystwem ubezpieczeniowym, a także naruszenia art. 73 regulaminu pracowniczego ze względu na to, że Komisja sprawiła, iż przeważał interes „ubezpieczycieli”;

- trzeci: zarzut przekroczenia rozsądnego terminu, naruszenia zasady dobrej administracji i obowiązku staranności;
 - czwarty: zarzut naruszenia zasad pewności prawa i niedziałania prawa wstecz, a także praw nabytych;
 - piąty: zarzut nieobowiązującego charakteru nowych zasad ubezpieczenia;
 - szósty: zarzut nieprawidłowości w wyznaczeniu trzeciego lekarza komisji lekarskiej i naruszenia zasady dobrej wiary;
 - siódmy: zarzut naruszenia zasad kolegalności, niezależności, bezstronności i neutralności, które powinny obowiązywać w trakcie prac komisji lekarskiej;
 - ósmy: zarzut naruszenia przez komisję lekarską swojego zakresu zadań, oczywistego błędu, którym obarczona jest opinia komisji lekarskiej oraz niezgodnego z przepisami uzasadnienia tej opinii.
- 40 Najpierw należy zbadać czwarty zarzut, oparty na naruszeniu zasad pewności prawa i niedziałania prawa wstecz, a także praw nabytych.

W przedmiocie zarzutu dotyczącego naruszenia praw nabytych oraz zasad pewności prawa i niedziałania prawa wstecz

– W przedmiocie dopuszczalności zarzutu

- 41 Komisja utrzymuje, że rozpatrywany zarzut jest niedopuszczalny. Był on już bowiem jakoby podnoszony przez skarżącego w ramach zażalenia, które złożył on wcześniej w trakcie tego samego postępowania wszczętego na podstawie art. 73 regulaminu pracowniczego. Zaś tamto zażalenie było zdaniem Komisji przedmiotem decyzji oddalającej z dnia 31 lipca 2006 r., która, w braku jej zakwestionowania, stała się ostateczna.
- 42 Niemniej nie ma żadnych wątpliwości, ani nie kwestionuje tego zresztą Komisja, że decyzja z dnia 27 lipca 2009 r. stanowi akt niekorzystny i że oddalenie zażalenia, na które powołuje się Komisja, nastąpiło przed wydaniem tej decyzji.
- 43 Tymczasem dopuszczalne jest podnoszenie przez skarżącego wszelkich zarzutów, argumentów lub okoliczności faktycznych mogących podważyć zgodność z prawem aktu niekorzystnego, nawet jeśli podniósł już on ten sam zarzut, argument lub okoliczność faktyczną na poparcie wcześniejszego zażalenia dotyczącego innego aktu (zob. podobnie wyrok Sądu z dnia 14 września 2011 r. w sprawie F-12/09 A przeciwko Komisji, pkt 136, odwołanie w toku przed Sądem Unii Europejskiej, sprawa T-595/11 P).

– W przedmiocie zasadności zarzutu

- 44 Zgodnie z art. 30 i 31 nowych zasad ubezpieczenia dawne zasady ubezpieczenia uchyla się, a nowe przepisy wchodzi w życie w pierwszym dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym prezes Trybunału Sprawiedliwości odnotuje zawarcie przez instytucje porozumienia określonego w art. 73 ust. 1 regulaminu pracowniczego, oraz stosuje się je z tą samą datą. W niniejszym przypadku zawarcie porozumienia instytucji określone w art. 73 ust. 1 regulaminu pracowniczego zostało odnotowane przez prezesa Trybunału Sprawiedliwości w dniu 13 grudnia 2005 r., w związku z czym nowe zasady ubezpieczenia weszły w życie w dniu 1 stycznia 2006 r. Artykuł 30 akapit drugi nowych zasad ubezpieczenia stanowi jednak, że dawne zasady ubezpieczenia, przez co należy również rozumieć

załączoną do nich skalę oceny stopnia niepełnosprawności, „[...] będą [...] nadal obowiązywać w stosunku do wszystkich projektów decyzji przyjętych [przez organ powołujący] [...] przed dniem 1 stycznia 2006 r.”, tj. wszystkich projektów decyzji przyjętych przed tą datą, dotyczących uznania, że podłożem zdarzenia był wypadek, lub uznania zawodowego podłoża choroby, oraz w sprawie ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz odpowiedniej kwoty świadczenia.

- 45 Skarżący utrzymuje, że zastosowanie wobec niego skali oceny stopnia niepełnosprawności załączonej do nowych zasad ubezpieczenia narusza jego prawa nabyte pod rządami przepisów dawnych zasad ubezpieczenia. Podnosi on, że wypadek, zgłoszenie wypadku, a nawet utrwalenie urazów powodują powstanie po stronie ubezpieczonego praw nabytych, każde z tych zdarzeń odpowiednio z chwilą swego nastąpienia. W związku z tym, choć organ powołujący nie przyjął jeszcze projektu decyzji w ramach postępowania wszczętego w następstwie wypadku, który miał miejsce dnia 8 grudnia 2003 r., należało względem niego zastosować skalę oceny stopnia niepełnosprawności załączoną do dawnych zasad ubezpieczenia.
- 46 Skarżący podnosi tym samym brak zgodności z prawem art. 30 zasad ubezpieczenia w zakresie, w jakim przewidziano w nim utrzymanie w mocy skali oceny stopnia niepełnosprawności załączonej do dawnych zasad ubezpieczenia w odniesieniu do postępowań wszczętych przed dniem 1 stycznia 2006 r., kiedy to weszły w życie nowe zasady ubezpieczenia, wyłącznie dla sytuacji, gdy z tą datą postępowanie osiągnęło etap przyjęcia projektu decyzji przez organ powołujący, podczas gdy, skoro wypadek, zgłoszenie wypadku i utrwalenie urazów nastąpiły przed dniem 1 stycznia 2006 r., dawne zasady ubezpieczenia powinny nadal znajdować zastosowanie aż do czasu zakończenia postępowania wszczętego na podstawie art. 73 regulaminu pracowniczego.
- 47 W tym względzie należy przypomnieć na wstępie, że zgodnie z powszechnie przyjętą zasadą nowa norma znajduje natychmiast zastosowanie – o ile nie obowiązuje wyjątek – do mających powstać sytuacji, a także do przyszłych skutków sytuacji, które już powstały – lecz nie ukonstytuowały się w pełni – pod rządami dawnej normy (zob. podobnie wyroki Trybunału: z dnia 15 lutego 1978 r. w sprawie 96/77 Bauche i Delquignies, pkt 48; z dnia 16 maja 1979 r. w sprawie 84/78 Tomadini, pkt 21; z dnia 5 lutego 1981 r. w sprawie 40/79 P. przeciwko Komisji, pkt 12; z dnia 10 lipca 1986 r. w sprawie 270/84 Licata przeciwko KES, pkt 31; z dnia 29 stycznia 2002 r. w sprawie C-162/00 Pokrzepowicz-Meyer, pkt 50; postanowienie Trybunału z dnia 13 czerwca 2006 r. w sprawie C-336/05 Echouikh, pkt 54; wyrok Trybunału z dnia 22 grudnia 2008 r. w sprawie C-443/07 P Centeno Mediavilla i in. przeciwko Komisji, pkt 61–63; wyroki Sądu: z dnia 30 listopada 2006 r. w sprawie F-77/05 Balabanis i Le Dour przeciwko Komisji, pkt 39; z dnia 4 września 2008 r. w sprawie F-22/07 Lafili przeciwko Komisji, pkt 84).
- 48 W niniejszym przypadku należy więc sprawdzić, czy w chwili, gdy zaczęły mieć zastosowanie nowe zasady ubezpieczenia, tj. w dniu 1 stycznia 2006 r., skarżący znajdował się, tak jak twierdzi, w sytuacji w pełni ukonstytuowanej pod rządami skali oceny stopnia niepełnosprawności załączonej do dawnych zasad ubezpieczenia. Jedynie w takiej sytuacji faktycznie można by uznać, że skala z nowych zasad ubezpieczenia – której zresztą nie można uważać za normę proceduralną [zob. a contrario wyrok Trybunału z dnia 6 lipca 1993 r. w sprawach połączonych C-121/91 i C-122/91 CT Control (Rotterdam) i JCT Benelux przeciwko Komisji, pkt 22, 23] – została zastosowana wobec skarżącego z mocą wsteczną. W takim przypadku należałoby zbadać podnoszony przez skarżącego zarzut niezgodności z prawem, a konkretniej zgodność z prawem stosowania z mocą wsteczną skali z nowych zasad ubezpieczenia z punktu widzenia zasad pewności prawa i poszanowania uzasadnionych oczekiwań.
- 49 Zanim zostanie zbadana powyższa kwestia, należy podkreślić, że zgodnie z art. 12 ust. 2 dawnych zasad ubezpieczenia, jak i zresztą z art. 11 ust. 3 nowych zasad ubezpieczenia, w razie trwałej częściowej niepełnosprawności świadczenie określone w art. 73 ust. 2 lit. c) regulaminu pracowniczego ustala się na podstawie stawek wyznaczonych w skali oceny stopnia niepełnosprawności załączonej do każdego z tych uregulowań.

- 50 W tych okolicznościach do tego, by sytuacja ubezpieczonego była w pełni ukonstytuowana pod rządami skali oceny stopnia niepełnosprawności załączonej do dawnych zasad ubezpieczenia, musi zostać wykazane, że najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie nowych zasad ubezpieczenia, tj. w dniu 31 grudnia 2005 r., jego sytuacja prezentowała się w ten sposób, że pozwalała na powstanie roszczenia do ustalenia jego uszczerbku na zdrowiu według stawek określonych w skali oceny stopnia niepełnosprawności załączonej do dawnych zasad ubezpieczenia.
- 51 W tym względzie należy zauważyć, że sam fakt zajścia wypadku lub wystąpienia choroby zawodowej nie wystarczy, by po stronie ubezpieczonego powstało prawo do ustalenia jego uszczerbku na zdrowiu.
- 52 Rzeczywiście art. 73 regulaminu pracowniczego stanowi, że urzędnik „jest ubezpieczony, począwszy od dnia rozpoczęcia służby” od ryzyka choroby zawodowej oraz wypadków. Przepis ten stanowi również, że świadczenia z tytułu wymienionego ryzyka są „zapewniane” urzędnikowi.
- 53 Jednak, o ile prawodawca Unii ustanowił system ubezpieczeń od ryzyka wypadku i choroby zawodowej, o tyle instytucje, działając na podstawie art. 73 ust. 1 regulaminu pracowniczego, uzależniły nabycie prawa do omawianych świadczeń ubezpieczeniowych, a zatem do ich wypłaty, od spełnienia określonej liczby warunków.
- 54 Zatem zgodnie z art. 20 akapit pierwszy dawnych zasad ubezpieczenia, jak też i art. 19 ust. 3 nowych zasad ubezpieczenia decyzja o ustaleniu stopnia uszczerbku na zdrowiu może zapaść dopiero po utrwaleniu urazów ubezpieczonego, zaś utrwalenie oznacza taki stan ofiary, w którym jej urazy utrwały się na tyle, że nie wydaje się już, by były one możliwe do wyleczenia lub by ich stan mógł się poprawić, i nie jest już w zasadzie zalecane leczenie, chyba że w celu uniknięcia pogorszenia stanu (wyrok Sądu Pierwszej Instancji z dnia 21 maja 1996 r. w sprawie T-148/95 W przeciwko Komisji, pkt 36).
- 55 Oznacza to, jak orzekł Trybunał w wyroku z dnia 14 lipca 1981 r. w sprawie C-186/80 Suss przeciwko Komisji, pkt 15 (zob. również wyrok Sądu z dnia 17 lutego 2011 r. w sprawie F-119/07 Strack przeciwko Komisji, pkt 88), że prawo do wypłaty świadczenia, o którym mowa w art. 73 ust. 2 lit. c) regulaminu pracowniczego, w razie częściowej trwałej niepełnosprawności, jak to ma miejsce w niniejszym przypadku, powstaje dopiero z chwilą utrwalenia wszystkich urazów. Tak więc dopiero od tej daty ubezpieczony ma roszczenie o ustalenie jego uszczerbku na zdrowiu.
- 56 Ponieważ sytuacja ubezpieczonego pod względem jego prawa do ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu jest w pełni ukonstytuowana w chwili utrwalenia urazów, wobec ubezpieczonego powinna co do zasady zostać zastosowana skala oceny stopnia niepełnosprawności obowiązująca w chwili tego utrwalenia.
- 57 Ponadto należy podkreślić, że wbrew temu, co utrzymuje Komisja, sytuacja ubezpieczonego w zakresie ubezpieczenia od ryzyka wypadku lub choroby zawodowej różni się znacznie od sytuacji laureata konkursu w zakresie prawa do zaszeregowania na stopień, czego dotyczył ww. wyrok w sprawie Centeno Mediavilla i in. przeciwko Komisji, pkt 63–68. Zaszeregowanie na stopień laureata konkursu zależy bowiem od powołania zainteresowanego, zaś administracji przysługuje szeroki zakres uznania, jeśli chodzi o powoływanie laureatów konkursu, będący konsekwencją tego, że treść przepisów nie przewiduje, by laureaci konkursu posiadali z tego tytułu prawo do powołania. Natomiast odszkodowanie dla ubezpieczonego w następstwie wypadku lub choroby zawodowej nie wynika z decyzji podejmowanej przez administrację w ramach posiadanych przez nią szerokich uprawnień dyskrejonalnych, tylko ze stwierdzenia trwałej niepełnosprawności po utrwaleniu urazów.

- 58 Faktycznie prawdą jest, jak zauważa Komisja, że w chwili utrwalenia urazów ubezpieczony posiada dopiero wierzytelność o zapłatę wartości szkody, nie zaś wierzytelność o zapłatę określonej kwoty, gdyż należna kwota ustalana jest dopiero w chwili wydania decyzji organu powołującego w sprawie ustalenia, na podstawie oceny lekarskiej, stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz odpowiedniej kwoty świadczenia.
- 59 Jednak, o ile wierzytelność ubezpieczonego staje się bezsporna dopiero z chwilą wydania, na podstawie opinii lekarza instytucji lub komisji lekarskiej, decyzji organu powołującego w sprawie ustalenia kwoty należnego świadczenia, o tyle taka decyzja, zamykająca co do zasady postępowanie wszczęte na podstawie art. 73 regulaminu pracowniczego, wymaga wcześniejszego ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego. Tymczasem w niniejszym przypadku chodzi właśnie o wskazanie skali oceny stopnia niepełnosprawności, według której lekarz wyznaczony przez instytucję oraz, w danym przypadku, komisja lekarska, powinni oceniać uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego, u którego utrwalenie urazów fizycznych lub psychicznych nastąpiło przed wejściem w życie nowych zasad ubezpieczenia.
- 60 Wreszcie, gdyby za datę właściwą dla ustalenia mającej zastosowanie skali oceny stopnia niepełnosprawności należało przyjąć dzień przyjęcia przez organ powołujący projektu decyzji w sprawie ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego oraz odpowiadającej mu kwoty świadczenia, jak to wynika z art. 30 nowych zasad ubezpieczenia, mogłoby to prowadzić do stosowania różnych norm do osób, u których utrwalenie urazów nastąpiło w tym samym czasie, w zależności od prędkości, z jaką pracowałyby administracja przy rozpatrywaniu ich spraw, nie bez ryzyka arbitralności (zob. w zakresie ustalenia prawa właściwego do rozliczania dodatkowych uprawnień emerytalnych wyrok Sądu Unii Europejskiej z dnia 18 października 2011 r. w sprawie T-439/09 Purvis przeciwko Parlamentowi, pkt 39, 40).
- 61 W niniejszym przypadku z akt sprawy, a w szczególności z opinii lekarza wyznaczonego przez instytucję z dnia 21 września 2006 r. wynika, że data utrwalenia urazów skarżącego została ustalona na dzień 28 czerwca 2005 r. Zatem poczynszy od tej daty skarżący miał roszczenie o obliczenie jego stopnia uszczerbku na zdrowiu według skali oceny stopnia niepełnosprawności załączonego do zasad ubezpieczenia od ryzyka wypadku i choroby zawodowej mających wtedy zastosowanie, tj. według skali oceny stopnia niepełnosprawności załączonej do dawnych zasad ubezpieczenia.
- 62 Z powyższych względów art. 30 zasad ubezpieczenia, jako że stanowi, iż skala załączona do tego uregulowania znajduje zastosowanie, w braku projektu decyzji organu powołującego w sprawie ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu, do ubezpieczonych, którzy ulegli wypadkowi lub zapadli na chorobę zawodową i których urazy utrwały się przed jego wejściem w życie, tj. przed dniem 1 stycznia 2006 r., w odniesieniu do wskazanych ubezpieczonych obejmuje swoim zakresem sytuacje w pełni ukonstytuowane pod rządami skali oceny stopnia niepełnosprawności załączonej do dawnych zasad ubezpieczenia. Artykuł 30 zasad ubezpieczenia nadaje więc w tym względzie załączonej do tych zasad skali moc wsteczną.
- 63 Tymczasem zgodnie z ogólną regułą zasada pewności sytuacji prawnych sprzeciwia się temu, by początek zakresu temporalnego aktu Unii przypadł przed datą jego wejścia w życie (zob. podobnie wyrok Trybunału z dnia 22 listopada 2001 r. w sprawie C-110/97 Niderlandy przeciwko Radzie, pkt 151 i przytoczone tam orzecznictwo).
- 64 W wyjątkowych przypadkach może być jednak inaczej, gdy wymaga tego zamierzony cel oraz gdy ma to miejsce przy poszanowaniu uzasadnionych oczekiwań zainteresowanych (wyroki Trybunału: z dnia 25 stycznia 1979 r. w sprawie 98/78 Racke, pkt 20; z dnia 13 listopada 1990 r. w sprawie C-331/88 Fedesa i in., pkt 45; ww. wyrok w sprawie Niderlandy przeciwko Radzie, pkt 151).

- 65 W niniejszym przypadku wskazane w poprzednim punkcie warunki nie są spełnione. Przede wszystkim Komisja nie wykazała istnienia celu wymagającego stosowania nowych zasad ubezpieczenia z mocą wsteczną. W tym względzie argument odwołujący się do wad skali oceny stopnia niepełnosprawności załączonej do dawnych zasad ubezpieczenia, która, cytując *Informacje Administracyjne*, nr 91-2005 z dnia 19 grudnia 2005 r. zawiadamiające personel Komisji o wejściu w życie nowych zasad ubezpieczenia, była „przestarzała, trudna w użyciu i pozbawiona wymiaru europejskiego” [gdyż dawną skalę stanowiła „Barème Officiel Belge des Invalidités” (belgijska urzędowa skala niepełnosprawności, BOBI)], nie daje przekonującego wyjaśnienia, dlaczego do osiągnięcia celu, jakim było unowocześnienie tej skali, niezbędne było nadanie jej mocy wstecznej.
- 66 Poza tym stosowanie skali oceny stopnia niepełnosprawności załączonej do nowych zasad ubezpieczenia do ubezpieczonych, którzy przed wejściem w dniu 1 stycznia 2006 r. tych nowych zasad ubezpieczenia w życie ulegli wypadkowi lub zapadli na chorobę zawodową i których urazy utrwaliły się przed tą datą, z konieczności naruszyło uzasadnione oczekiwania tych ubezpieczonych.
- 67 Nawet gdyby założyć, jak zauważyła na rozprawie Komisja, że zastosowanie skali oceny stopnia niepełnosprawności załączonej do nowych zasad ubezpieczenia mogło, w zależności od charakteru urazów, spowodować równie dobrze zwiększenie zakresu ubezpieczenia od ryzyka wypadku lub choroby zawodowej, jak i jego zmniejszenie w porównaniu ze skalą oceny stopnia niepełnosprawności załączoną do dawnych zasad ubezpieczenia, jedność i jednolite stosowanie danych zasad ubezpieczenia od ryzyka wypadku i choroby zawodowej przyjętych za porozumieniem instytucji wymaga co do zasady, by wejście w życie takiego uregulowania nastąpiło w tym samym czasie we wszystkich instytucjach i dla całego ich personelu, z wyjątkiem stanowiących inaczej przepisów mających właśnie chronić prawa nabyte pod rządami dawnego uregulowania (zob. analogicznie ww. wyrok w sprawie Racke, pkt 16). Wprawdzie nie można instytucjom zabronić rozszerzenia zakresu zastosowania nowych zasad ubezpieczenia na sytuacje powstałe i ostatecznie ukonstytuowane pod rządami dawnych zasad ubezpieczenia, jeżeli te nowe zasady są korzystniejsze dla ubezpieczonych, lecz w nowych zasadach ubezpieczenia nie znajduje się żaden odpowiedni przepis przejściowy.
- 68 Z całości powyższego wynika, że należy stwierdzić brak zgodności z prawem nowych zasad ubezpieczenia w zakresie, w jakim przewidują one stosowanie załączonej do nich skali w stosunku do ubezpieczonych, którzy ulegli wypadkowi lub zapadli na chorobę zawodową i których urazy utrwaliły się przed ich wejściem w życie.
- 69 Zatem komisja lekarska, wydając opinię w dniu 9 czerwca 2009 r., a następnie organ powołujący, przyjmując decyzję z dnia 27 lipca 2009 r., niesłusznie zastosowały skalę oceny stopnia niepełnosprawności załączoną do nowych zasad ubezpieczenia. Należy więc z tego powodu stwierdzić nieważność decyzji z dnia 27 lipca 2009 r., przy czym w ramach niniejszych żądań stwierdzenia nieważności nie ma już potrzeby orzekania w przedmiocie pozostałych podniesionych przez skarżącego zarzutów.

W przedmiocie żądań odszkodowawczych

- 70 Skarżący podnosi trzy różne rodzaje szkody: szkodę uzasadniającą zapłatę odsetek za zwłokę, szkodę materialną i krzywdę.

W przedmiocie zapłaty odsetek za zwłokę

- 71 Skarżący wnosi do Sądu o zasądzenie od Komisji odsetek za zwłokę od kwoty świadczenia należnej na podstawie art. 73 regulaminu pracowniczego.

- 72 W części swoich pism dotyczącej tego żądania odszkodowawczego skarżący nie podaje, na podstawie jakiego niezgodnego z prawem zachowania wysuwa to żądanie. Wskazuje jednak ogólniej, że Komisję należy pociągnąć do odpowiedzialności na podstawie naruszeń prawa podnoszonych przez niego na poparcie żądań stwierdzenia nieważności.
- 73 W świetle podniesionych przez niego z tej racji zarzutów staje się jasne, że skarżący zamierza oprzeć swoje żądanie zapłaty odsetek za zwłokę na zarzucie, że administracja nie rozstrzygnęła sprawy w rozsądnym terminie.
- 74 Należy więc zbadać, czy termin wydania decyzji z dnia 27 lipca 2009 r. przekraczał rozsądny czas.
- 75 Przede wszystkim należy przypomnieć, że przepisy art. 20 dawnych zasad ubezpieczenia stanowią, iż ubezpieczony ma obowiązek przekazania opinii lekarskiej stwierdzającej utrwalenie jego stanu zdrowia, w celu umożliwienia organowi powołującemu wydania decyzji ustalającej stopień uszczerbku na zdrowiu.
- 76 W niniejszym przypadku PMO zostało zaś poinformowane o utrwaleniu urazów skarżącego, które nastąpiło w dniu 28 czerwca 2005 r., dopiero w drodze opinii z dnia 28 czerwca 2005 r., sporządzonej przez lekarza wybranego przez skarżącego i przesłanej do PMO w dniu 30 czerwca 2005 r.
- 77 W związku z tym, w odniesieniu do okresu od dnia 8 grudnia 2003 r., w którym miał miejsce wypadek, do dnia 30 czerwca 2005 r., gdy PMO otrzymało opinię wyznaczonego przez skarżącego lekarza dotyczącą utrwalenia urazów, odpowiedzialnością za upływ tego okresu należy obarczyć przynajmniej w znacznej mierze skarżącego.
- 78 Idąc dalej, termin około piętnastu miesięcy, z którego upływem lekarz wyznaczony przez instytucję sporządził swoją opinię z dnia 21 września 2006 r. dla organu powołującego, nie przekracza rozsądnego czasu. Rzeczonemu lekarz opierał się bowiem w swojej opinii na sześciu dodatkowych badaniach przeprowadzonych w tym czasie przez co najmniej czterech różnych lekarzy specjalistów (z dziedziny psychiatrii, okulistyki, reumatologii, laryngologii).
- 79 Następnie projekt decyzji organu powołującego z dnia 7 listopada 2006 r. w sprawie ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu skarżącego oraz przyznanej w jego następstwie kwoty świadczenia został przekazany skarżącemu w dniu 21 listopada 2006 r., tj. w terminie trzech miesięcy od chwili sporządzenia opinii przez lekarza wyznaczonego przez instytucję, co nie stanowi przekroczenia rozsądnego terminu.
- 80 Nie zgadzając się z projektem decyzji organu powołującego z dnia 7 listopada 2006 r. w sprawie ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz kwoty świadczenia, pismem z dnia 18 stycznia 2007 r. skarżący zażądał skierowania sprawy do komisji lekarskiej.
- 81 Ponieważ lekarz wyznaczony przez skarżącego i lekarz wyznaczony przez instytucję nie doszli do porozumienia w kwestii powołania trzeciego lekarza, który powinien zasiadać w komisji lekarskiej, skarżący wystąpił w dniu 5 maja 2007 r. z pismem do prezesa Trybunału Sprawiedliwości o wyznaczenie tego lekarza z urzędu.
- 82 W dniu 25 lipca 2007 r. PMO, uwzględniając ten wybór oraz fakt, że trzeci lekarz podjął się tego zadania, udzieliło mu mandatu do zasiadania w komisji lekarskiej.
- 83 Tym samym upływ czasu między projektem decyzji z dnia 7 listopada 2006 r. a dniem 25 lipca 2007 r., kiedy to komisja lekarska mogła przystąpić do pracy, był wynikiem samego przebiegu postępowania i nie można go przypisywać beczynności Komisji.

- 84 Następnie w dniu 12 listopada 2008 r., tj. około piętnaście miesięcy po tym, jak komisja lekarska była w stanie przystąpić do pracy, powstała opinia komisji lekarskiej. Biorąc pod uwagę okoliczności sprawy, taki okres nie stanowi przekroczenia rozsądnego terminu.
- 85 Pierwsza wersja opinii komisji lekarskiej, jakkolwiek niepełna, była bowiem przygotowana przez trzeciego lekarza od dnia 10 stycznia 2008 r. po tym, jak w dniu 3 stycznia 2008 r. odbyło się pierwsze posiedzenie komisji lekarskiej. Jednak wspomniana opinia była przedmiotem szeregu pism, w tym jednego pisma lekarza wyznaczonego przez skarżącego, dwóch pism samego skarżącego i jednego pisma lekarza wyznaczonego przez instytucję.
- 86 W opinii z dnia 12 listopada 2008 r., którą trzeci lekarz sporządził w imieniu komisji lekarskiej, wskazał on w szczególności, że do jednego z pism skarżącego były dołączone „liczne obszerne załączniki” dotyczące pozazawodowej działalności skarżącego. Wspominając również o tym, że w piśmie z dnia 28 lutego 2008 r. skarżący przedstawił nowe uwagi w przedmiocie pomocy osoby trzeciej, trzeci lekarz tłumaczył:
- „Osobiście byliśmy zaskoczeni rozmiarami jego wniosku, zważywszy na jego narzekania podczas pierwszego [posiedzenia], i to uwzględniając również fakt, że na pierwszym [posiedzeniu] zadawaliśmy mu szczegółowe pytania...”.
- 87 Choć w ramach postępowania prowadzonego na podstawie art. 73 regulaminu pracowniczego nie można ubezpieczonemu czynić zarzutu z tego, że przedstawia komisji lekarskiej wszelkie dokumenty lub uwagi, które uzna za niezbędne do tego, by mogła ona wydać rozstrzygnięcie, to jest jasne, że przedkładanie obszernych dokumentów, podobnie jak przedstawianie w toku postępowania nowych uwag dotyczących wcześniej poruszanych kwestii, przyczyniają się do wydłużenia czasu wydania decyzji kończącej postępowanie.
- 88 Ponadto, również w opinii komisji lekarskiej z dnia 12 listopada 2008 r., trzeci lekarz wskazał, że trudno było uzgodnić, zwłaszcza z lekarzem wyznaczonym przez skarżącego, datę drugiego posiedzenia komisji lekarskiej, i że możliwe było zwołanie go dopiero na dzień 13 października 2008 r.
- 89 Wprawdzie w piśmie z dnia 2 grudnia 2008 r. lekarz wyznaczony przez skarżącego podał, że na posiedzenie komisji lekarskiej proponował daty 26 i 29 września 2008 r. i że nie pasowały one pozostałym członkom komisji lekarskiej, lecz podejmowana przez lekarza wyznaczonego przez skarżącego inicjatywa nie pozwala zwolnić go z jego części odpowiedzialności za wydłużenie czasu koniecznego do wyznaczenia daty drugiego posiedzenia komisji lekarskiej.
- 90 Tym samym, w świetle powyżej przedstawionych faktów, termin wynoszący około piętnastu miesięcy, który upłynął od dnia 25 lipca 2005 r., kiedy to komisja lekarska była w stanie przystąpić do pracy, do dnia 12 listopada 2008 r., gdy wydano opinię komisji lekarskiej, nie przekracza rozsądnego czasu.
- 91 Następnie opinia komisji lekarskiej została przekazana PMO dopiero w dniu 9 czerwca 2009 r., czyli około siedem miesięcy po jej sporządzeniu przez trzeciego lekarza. Opóźnienie to można jednak przynajmniej częściowo tłumaczyć faktem, że lekarz wyznaczony przez skarżącego najpierw, pismami z dni 2 grudnia 2008 r. i 21 stycznia 2009 r., poprosił trzeciego lekarza odpowiedzialnego za napisanie opinii komisji lekarskiej o wprowadzenie zmian w treści opinii – z którą pozostali dwaj członkowie komisji lekarskiej się zgadzali – a nie uzyskawszy tego, odesłał podpisaną przez siebie opinię dopiero w dniu 28 marca 2009 r.
- 92 Wreszcie, na podstawie otrzymanej w dniu 9 czerwca 2009 r. opinii komisji lekarskiej organ powołujący wydał decyzję z dnia 27 lipca 2009 r. i przekazał ją skarżącemu, który zapoznał się z nią w dniu 9 sierpnia 2009 r. Zatem okres dwóch miesięcy, trwający od dnia 9 czerwca 2009 r., kiedy to organ powołujący otrzymał opinię komisji lekarskiej, do dnia 9 sierpnia 2009 r., gdy przekazał skarżącemu decyzję z dnia 27 lipca 2009 r., nie przekracza rozsądnego czasu.

- 93 Podsumowując, żaden z okresów trwania poszczególnych etapów postępowania prowadzącego do wydania decyzji z dnia 27 lipca 2009 r. nie przekracza rozsądnego czasu.
- 94 Ponadto, nawet wzięwszy pod uwagę kumulację wszystkich tych okresów i część dającą się przypisać opóźnieniom administracyjnym, z informacji przedstawionych w powyższych punktach wynika, że decyzja z dnia 27 lipca 2009 r. nie została wydana z przekroczeniem rozsądnego terminu (zob. podobnie wyrok Sądu z dnia 13 stycznia 2010 r. w sprawach połączonych F-124/05 i F-96/06 A i G przeciwko Komisji, pkt 394).
- 95 Z powyższego wynika, że żądania skarżącego zmierzające do zasądzenia od Komisji zapłaty odsetek za zwłokę od wypłaconej mu już kwoty świadczenia należy oddalić.
- 96 Jednakże wydaje się, że skarżący włącza do kwoty świadczenia, od której należy wyliczać odsetki za zwłokę, nie tylko kwotę, która została mu już wypłacona, lecz również pozostałą kwotę, która w jego mniemaniu zostanie mu wypłacona według skali oceny stopnia niepełnosprawności załączonej do dawnych zasad ubezpieczenia.
- 97 W odniesieniu do żądania zapłaty odsetek za zwłokę od dodatkowej kwoty, która może być należna skarżącemu z racji zastosowania skali oceny stopnia niepełnosprawności załączonej do dawnych zasad ubezpieczenia, zapłata tych odsetek wymaga nie tylko wykazania z wystarczającym stopniem pewności, że skarżący może uzyskać uznanie wyższego stopnia uszczerbku na zdrowiu, niż stopień ustalony w decyzji z dnia 27 lipca 2009 r., lecz również tego, że stopień uszczerbku na zdrowiu, który będzie mu przysługiwał na podstawie wspomnianej skali, może już zostać ustalony. Tymczasem nie ma to miejsca. W związku z tym, nawet zakładając, że uzna się, iż skarżący wystąpił z takim właśnie żądaniem, żądanie to jest przedwczesne i należy je zatem oddalić.

W przedmiocie szkody materialnej

- 98 Skarżący włącza do zakresu poniesionej szkody jednocześnie koszty związane z działalnością komisji lekarskiej, koszty związane z ponownym podjęciem prac komisji lekarskiej w następstwie stwierdzenia nieważności decyzji z dnia 27 lipca 2009 r. oraz koszty wynagrodzenia jego prawnika za etap poprzedzający wniesienie skargi.
- 99 Jeśli chodzi o koszty działalności komisji lekarskiej, zawierają one honoraria lekarza wyznaczonego przez skarżącego, koszty podróży oraz pozostałe wydatki. Skarżący szacuje wysokość wszystkich tych kosztów na 5 500 EUR.
- 100 Skarżący nie wskazuje jednak w swych pismach żadnych dokumentów zawartych w aktach, które uzasadniałyby tę kwotę.
- 101 Tymczasem zgodnie z orzecnictwem szkoda, której naprawienia się żąda, musi być rzeczywista i niewątpliwa, a ciężar wykazania tego spoczywa na stronie skarżącej (zob. na przykład wyrok Trybunału z dnia 9 listopada 2006 r. w sprawie C-243/05 P Agraz i in. przeciwko Komisji, pkt 27).
- 102 Ponadto skarga nie zawiera żadnego wniosku dowodowego w tej kwestii. Tymczasem na mocy art. 39 ust. 1 lit. e) regulaminu postępowania przed Sądem skarga powinna zawierać w stosownym przypadku wnioski dowodowe.
- 103 W braku materiału dowodowego, o którym mowa w poprzednich punktach, należy uznać, że skarżący nie uzasadnił rozmiaru podnoszonej szkody, choć był w stanie to zrobić, gdyż chodzi o dokonane już przez niego płatności. Należy więc oddalić żądania odszkodowawcze skarżącego dotyczące kosztów działalności komisji lekarskiej.

- 104 Co do kosztów ponownego podjęcia prac przez komisję lekarską, to organ powołujący będzie musiał, na zakończenie postępowania podjętego na nowo w następstwie niniejszego wyroku stwierdzającego nieważność wydać decyzję w zakresie pokrycia kosztów prac komisji lekarskiej. Na obecną chwilę orzekanie w zakresie tego aspektu szkody jest więc przedwczesne.
- 105 Co się tyczy kosztów wynagrodzenia prawnika skarżącego za etap poprzedzający wniesienie skargi, należy przypomnieć, że przebieg postępowania poprzedzającego wniesienie skargi, w kształcie określonym w regulaminie pracowniczym, nie wymaga, by urzędnik był na tym etapie reprezentowany, zaś w zamian za to administracja nie powinna dokonywać zawężającej wykładni zażaleń, lecz wprost przeciwnie, powinna je badać w duchu otwarcia. W związku z tym należy stwierdzić, że z wyjątkiem nadzwyczajnych okoliczności urzędnik nie może otrzymać zwrotu kosztów wynagrodzenia swoich prawników za etap poprzedzający wniesienie skargi w ramach skargi o odszkodowanie. Tymczasem na podstawie akt sprawy nie można wykazać istnienia tego rodzaju wyjątkowych okoliczności (wyrok Sądu Pierwszej Instancji z dnia 10 grudnia 2008 r. w sprawie T-57/99 Nardone przeciwko Komisji, pkt 139, 140).
- 106 Z powyższego wynika, że należy oddalić żądania zasądzenia od Komisji odszkodowania z tytułu szkody materialnej.

W przedmiocie krzywdy

- 107 W niniejszym przypadku skarga nie wykazuje, czy krzywda, z tytułu której skarżący żąda zadośćuczynienia, nie może zostać w pełni naprawiona w drodze stwierdzenia nieważności decyzji z dnia 27 lipca 2009 r. oraz środków, które organ powołujący będzie zobowiązany podjąć w następstwie tego stwierdzenia nieważności.
- 108 Przede wszystkim stwierdzone przez Sąd niezgodne z prawem działanie, polegające na naruszeniu praw nabytych, nie ma wystarczająco dużej wagi, by uzasadniać przyznanie zadośćuczynienia za krzywdę.
- 109 Ponadto skarżący poprzestał na zarzuceniu Komisji, że w jego opinii w trakcie postępowania prowadzonego na podstawie art. 73 regulaminu pracowniczego i potem w trakcie postępowania poprzedzającego wniesienie skargi został on potraktowany w sposób niegodny.
- 110 Jednak z dokumentów zawartych w aktach sprawy nie wynika, że decyzja z dnia 27 lipca 2009 r., ani też zresztą oddalenie zażalenia z dnia 16 lutego 2010 r., zawierają wyraźnie negatywną ocenę zdolności skarżącego, która może być dla niego krzywdząca. To samo tyczy się opinii komisji lekarskiej z dnia 27 listopada 2008 r., na podstawie której przyjęto obie te decyzje.
- 111 Niemniej należy stwierdzić, że skutek niniejszego wyroku stwierdzającego nieważność skarżący ponownie znajdzie się w stanie oczekiwania na ostateczne rozstrzygnięcie postępowania wszczętego na podstawie art. 73 regulaminu pracowniczego w następstwie wypadku, który miał miejsce dnia 8 grudnia 2003 r. Tak przedłużające się oczekiwanie i niepewność, spowodowane niezgodnym z prawem charakterem decyzji z dnia 27 lipca 2009 r., składają się na krzywdę, którą należy oszacować ex aequo et bono na kwotę 2 500 EUR.
- 112 W tym względzie, jako że omawiana krzywda wynika bezpośrednio z decyzji z dnia 27 lipca 2009 r., Komisja nie może skutecznie podnosić zarzutu niedopuszczalności wynikającej z tego, że rozstrzygnęła już w drodze decyzji, która stała się ostateczna, sprawę równoważnego wniosku odszkodowawczego, który skarżący wniósł na podstawie art. 90 ust. 1 regulaminu pracowniczego.
- 113 W związku z tym należy zasądzić od Komisji na rzecz skarżącego kwotę 2 500 EUR z tytułu krzywdy.

W przedmiocie żądań zmierzających w istocie do tego, by ocena uszczerbku na zdrowiu została przeprowadzona ponownie, przez komisję lekarską w składzie utworzonym w sposób bezstronny, na podstawie dawnych zasad ubezpieczenia

- 114 Zgodnie z utrwalonym orzecnictwem sąd Unii, w ramach wykonywanej przez siebie kontroli zgodności z prawem na podstawie art. 91 regulaminu pracowniczego, nie jest właściwy do kierowania nakazów do administracji lub do składania oświadczeń dotyczących prawa (zob. na przykład wyrok Sądu Pierwszej Instancji z dnia 12 czerwca 2002 r. w sprawie T-187/01 Mellone przeciwko Komisji, pkt 16).
- 115 Skarżący wnosi do Sądu o to, by oświadczył, że ocena jego stopnia uszczerbku na zdrowiu powinna zostać dokonana na podstawie skali oceny stopnia niepełnosprawności załączonej do dawnych zasad ubezpieczenia, oraz że należy przeprowadzić „ponowne rozpoznanie złożonego przez skarżącego na podstawie art. 73 regulaminu pracowniczego wniosku przez komisję lekarską w składzie utworzonym w sposób bezstronny, niezależny i neutralny, będącą w stanie prowadzić prace szybko, w sposób niezależny i bez z góry przyjętych założeń”. Ponieważ skarżący przedstawia tym samym żądania zmierzające do uzyskania ze strony Sądu złożenia oświadczenia co do prawa lub skierowania nakazu do administracji, żądania te należy oddalić jako niedopuszczalne.
- 116 Ostatecznie więc stwierdza się nieważność decyzji z dnia 27 lipca 2009 r., a od Komisji zasądza się na rzecz skarżącego kwotę 2 500 EUR tytułem zadośćuczynienia. W pozostałym zakresie żądania skarżącego należy oddalić.

W przedmiocie kosztów

- 117 Zgodnie z art. 87 § 1 regulaminu postępowania, z zastrzeżeniem odmiennych przepisów rozdziału ósmego tytułu drugiego wspomnianego regulaminu, kosztami zostaje obciążona, na żądanie strony przeciwnej, strona przegrywająca sprawę. Na podstawie art. 87 § 2, jeżeli wymagają tego względy słuszności, Sąd może zdecydować, że strona przegrywająca sprawę zostanie obciążona tylko częścią kosztów, a nawet że nie zostanie nimi obciążona w ogóle.
- 118 Z powodów wskazanych w niniejszym wyroku wynika, że Komisja zasadniczo sprawę przegrała. Ponadto skarżący wyraźnie wniósł o obciążenie Komisji kosztami. Ponieważ okoliczności sprawy nie uzasadniają zastosowania przepisów art. 87 § 2 regulaminu postępowania, należy obciążyć Komisję jej własnymi kosztami oraz kosztami poniesionymi przez skarżącego.

Z powyższych względów

SĄD DO SPRAW SŁUŻBY PUBLICZNEJ (trzecia izba)

orzeka, co następuje:

- 1) **Stwierdza się nieważność decyzji z dnia 27 lipca 2009 r. w sprawie zakończenia postępowania wszczętego na podstawie art. 73 Regulaminu pracowniczego urzędników Unii Europejskiej w następstwie wypadku, który miał miejsce w dniu 8 grudnia 2003 r., któremu uległ C. Guittet.**
- 2) **Zasądza się od Komisji Europejskiej na rzecz C. Guitteta kwotę 2 500 EUR.**
- 3) **W pozostałym zakresie skarga zostaje oddalona.**
- 4) **Komisja Europejska pokrywa własne koszty oraz zostaje obciążona kosztami poniesionymi przez C. Guitteta.**

Van Raepenbusch

Barents

Bradley

Wyrok ogłoszono na posiedzeniu jawnym w Luksemburgu w dniu 13 czerwca 2012 r.

Sekretarz
W. Hakenberg

Prezes
S. Van Raepenbusch