



C/2024/748

22.1.2024

Skarga wniesiona w dniu 9 listopada 2023 r. – MD/Komisja

(Sprawa T-1063/23)

(C/2024/748)

Język postępowania: włoski

Strony

Strona skarżąca: MD (przedstawiciel: P. D'Imporzano, avvocato)

Strona pozwana: Komisja Europejska

Żądania

Skarżący wnosi do Sądu o:

- stwierdzenie nieważności zaskarżonej decyzji, a mianowicie dorozumianej decyzji oddalającej zażalenie złożone w dniu 11 maja 2023 r. na projekt decyzji PMO.3, który stał się ostateczny po upływie 60 dni;
- obciążenie Komisji kosztami postępowania.

Zarzuty i główne argumenty

W uzasadnieniu skargi skarżący podnosi cztery zarzuty.

1. Zarzut pierwszy dotyczący tego, że kryterium „stanu poprzedniego” (w oryginale „état antérieur”), na którym opiera się decyzja, nie jest przewidziane we wspólnych zasadach ubezpieczenia urzędników Wspólnot Europejskich od ryzyka wypadku i choroby zawodowej (zwanym dalej „wspólnymi zasadami”) (art. 9).
 - Z brzmienia art. 9 wynika, że nie ma znaczenia, czy przed wypadkiem narząd był w dobrym czy złym stanie. Liczy się tylko potrzeba interwencji w celu przywrócenia, w miarę możliwości, sytuacji nie mniej korzystnej niż przed wypadkiem; leczenie mające na celu przywrócenie, w miarę możliwości, integralności fizycznej może również prowadzić do poprawy funkcjonalnej;
 - Istnienie „stanu poprzedniego” nie ma znaczenia dla określenia leczenia, które należy zastosować, w tym leczenia długotrwałego;
 - Niezgodność z prawem zaskarżonej decyzji opartej, przynajmniej w sposób dorozumiany, na kryterium stanu poprzedniego.
2. Zarzut drugi dotyczący sprzeczności między uznaniem bezpośrednich kosztów związanych z wypadkiem a odmową zapłaty ewentualnych kosztów związanych z pogorszeniem sytuacji życiowej.
 - Skarżący uzyskał refundację w ramach systemu wypadkowego kosztów wszczęcia implantu i wykonania korony zęba 13. Natomiast na skutek doniesień wyznaczonego przez placówkę lekarza, co najmniej w sposób dorozumiany zaakceptowanych przez placówkę, odmówiono mu możliwości pokrycia przez system wypadkowy kosztów leczenia w przypadku ewentualnego zaostrzenia, z uwagi na rzekomy stan poprzedni. Gdyby istniał rzekomy stan poprzedni – którego legalność jest kwestionowana – logiczne byłoby również wykluczenie natychmiastowych kosztów.
 - Naruszenie art. 17 wspólnych zasad uzależniający wznowienie postępowania jedynie od warunku pogłębienia obrażeń w porównaniu ze stanem istniejącym przed wypadkiem
3. Zarzut trzeci dotyczący niewystarczającego uzasadnienia sprawozdania lekarza wyznaczonego przez instytucję i, przynajmniej w sposób dorozumiany, zaakceptowanego przez administrację.
 - Wniosek zawarty w raporcie lekarza wyznaczonego przez instytucję i, przynajmniej w sposób dorozumiany, zaakceptowany przez administrację, nie jest wystarczająco uzasadniony i potwierdzony, biorąc pod uwagę przedłożone dokumenty medyczne.

4. Zarzut czwarty dotyczący braku niezależności i konfliktu interesów lekarza wyznaczonego przez instytucję.
- Instytucje wykupiły polisę ubezpieczeniową od ryzyka wypadków swoich urzędników. Jeżeli dojdzie do wypadku objętego art. 73 regulaminu pracowniczego, koszty świadczeń, o których mowa w ust. 2 i 3, pozostają w gestii firmy ubezpieczeniowej. Obecnie lekarz wyznaczony przez instytucję jest również lekarzem firmy ubezpieczeniowej, która zawarła umowę z instytucją i musi ponieść koszty przewidziane w statucie.
 - Łącząc obie te funkcje, lekarz ten nie może mieć niezbędnej niezależności i bezstronności. Gdyby zatem okazało się, że jego wynagrodzenie za sporządzenie wniosków jest wypłacane przez firmę ubezpieczeniową, konflikt interesów byłby rażący.
-