Coletânea da Jurisprudência

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DA FUNÇÃO PÚBLICA DA UNIÃO EUROPEIA (Segunda Secção)

16 de maio de 2013 *

«Função pública — Segurança Social — Doença Grave — Conceito — Hospitalização — Tomada a cargo — Pagamento direto pelo Serviço de Liquidação — Inexistência de limites máximos nas DGE para as despesas de alojamento — Obrigação de informar o beneficiário com antecedência em caso de faturação excessiva»

No processo F-104/10,

que tem por objeto um recurso interposto nos termos do artigo 270.º TFUE, aplicável ao Tratado CEEA por força do seu artigo 106.º-A,

Mario Alberto de Pretis Cagnodo, antigo funcionário da Comissão Europeia,

Serena Trampuz de Pretis Cagnodo, sua mulher,

residentes em Trieste (Itália), representados por C. Falagiani, advogado,

recorrentes,

contra

Comissão Europeia, representada por J. Currall e D. Martin, na qualidade de agentes, assistidos por A. Dal Ferro, advogado,

recorrida,

O TRIBUNAL DA FUNÇÃO PÚBLICA (Segunda Secção),

composto por: M. I. Rofes i Pujol (relatora), presidente, I. Boruta e K. Bradley, juízes,

secretário: J. Tomac, administrador,

vistos os autos e após a audiência de 21 de junho de 2012,

profere o presente

Acórdão

1 Por petição entrada na Secretaria do Tribunal da Função Pública em 21 de outubro de 2010, M. A. de Pretis Cagnodo e sua mulher, S. Trampuz de Pretis Cagnodo, interpuseram o presente recurso de anulação das decisões do Serviço de Liquidação de Ispra (Itália) (a seguir «Serviço de Liquidação») do

* Língua do processo: italiano.

Regime Comum de Seguro de Doença (a seguir «RCSD»), conforme resultaram da nota de pagamento n.º 10, de 1 de outubro de 2009, que recusou o reembolso de 100% das despesas de hospitalização da recorrente, efetuadas entre 13 de fevereiro de 2009 e 25 de março de 2009, e que deixou a cargo do recorrente a quantia de 28 800 euros a título de despesas de alojamento durante a hospitalização por terem sido consideradas excessivas.

Quadro jurídico

2 O artigo 72.º do Estatuto dos Funcionários da União Europeia, na sua redação aplicável ao litígio (a seguir «Estatuto»), dispõe:

«1. Até ao limite de 80% das despesas efetuadas e com base numa regulamentação estabelecida de comum acordo pelas instituições [da União] após parecer do Comité do Estatuto, o funcionário, o seu cônjuge, quando este não puder beneficiar de prestações da mesma natureza e do mesmo nível em aplicação de quaisquer outras disposições legais ou regulamentares, os seus filhos e as outras pessoas a seu cargo na aceção do artigo 2.º do Anexo VII, são cobertos contra os riscos de doença. Aquele valor eleva-se a 85% para as seguintes prestações: consultas e visitas, intervenções cirúrgicas, hospitalização, produtos farmacêuticos, radiologia, análises, exame laboratorial e próteses por prescrição médica, à exceção de próteses dentárias. O mesmo valor eleva-se a 100% no caso de tuberculose, poliomielite, cancro, doença mental e outras doenças de gravidade comparável, reconhecidas pela entidade competente para proceder a nomeações, assim como no caso de exames de despistagem e de parto. Todavia, os reembolsos previstos a 100% não se aplicam no caso de doença profissional ou acidente que tiver determinado a aplicação do artigo 73.º

[…]

2. O funcionário que permaneça ao serviço [da União] até aos 63 anos de idade ou que seja titular de um subsídio de invalidez beneficia, após cessação das suas funções, do disposto no n.º 1. A contribuição é, neste caso, calculada com base na pensão ou no subsídio.

[…]

2.-A. Beneficiam igualmente do disposto no n.º 1, desde que não exerçam qualquer atividade profissional lucrativa:

i) o ex-funcionário titular de uma pensão de aposentação que tenha deixado de estar ao serviço [da União] antes da idade de 63 anos,

[…]»

3 Nos termos do artigo 27.º do Regulamento (CE, Euratom) n.º 1605/2002 do Conselho, de 25 de junho de 2002, que institui o Regulamento Financeiro aplicável ao orçamento geral das Comunidades Europeias (JO L 248, p. 1):

«1. As dotações orçamentais devem ser utilizadas em conformidade com o princípio da boa gestão financeira, a saber, em conformidade com os princípios da economia, da eficiência e da eficácia.

2. O princípio da economia determina que os meios utilizados pela instituição com vista ao exercício das suas atividades devem ser disponibilizados em tempo útil, nas quantidades e qualidades adequadas e ao melhor preço.

O princípio da eficiência visa a melhor relação entre os meios utilizados e os resultados obtidos.

O princípio da eficácia visa a consecução dos objetivos específicos fixados, bem como dos resultados esperados.

[…]»

4 O artigo 36.º do Regulamento de Processo dispõe:

«Se a petição não preencher os requisitos enumerados no artigo 35.º, n.º 1, alíneas a), b) e c), n.º 2 ou n.º 5, o secretário fixa ao demandante um prazo razoável para a regularização. Na falta de regularização no prazo fixado, o Tribunal decide se a inobservância desses requisitos importa a inadmissibilidade formal da petição.»

5 O artigo 1.º da Regulamentação Comum relativa à cobertura dos riscos de doença dos funcionários da União Europeia referida no artigo 72.º do Estatuto (a seguir «Regulamentação Comum») tem a seguinte redação:

«Nos termos do artigo 72.º do Estatuto, é instituído um [RCSD]. Este regime garante aos beneficiários, nos limites e condições previstos na presente regulamentação e nas disposições gerais de execução aprovadas com base no artigo 52.º daquela, o reembolso de despesas resultantes de doença, acidente ou maternidade e o pagamento de um subsídio para despesas de funeral.

Os beneficiários do presente regime são os respetivos inscritos e as pessoas beneficiárias em função deles.

[…]»

6 O artigo 2.º da Regulamentação Comum dispõe:

«[…]

3. Consideram-se inscritos no presente regime:

— os antigos funcionários e agentes temporários titulares de uma pensão de aposentação,

— […]»

7 O artigo 12.º da Regulamentação Comum estabelece que:

«Consideram-se beneficiários em função dos inscritos, nas condições fixadas nos artigos 13.° e 14.°:

— cônjuge do inscrito, desde que não esteja ele próprio inscrito neste regime;

— […]»

8 Nos termos do artigo 20.º da Regulamentação Comum, que estabelece as regras gerais de reembolso:

«1. No intuito de salvaguardar o equilíbrio financeiro do [RCSD] e observando o princípio de cobertura social que inspira o artigo 72.º do Estatuto, as disposições gerais de execução podem fixar limites de reembolso de determinadas prestações.

Se as despesas declaradas pelo inscrito forem inferiores ao limite fixado, o reembolso é calculado sobre a base do montante declarado.

2. Quanto às prestações relativamente às quais não é fixado qualquer limite de reembolso, a parte das despesas considerada excessiva, tendo em conta os custos normais no país em que as despesas foram declaradas, não é reembolsada. A parte das despesas considerada excessiva é determinada casuisticamente pelo Serviço de Liquidação, após parecer do médico assessor.

[…]

6. Nos termos do n.º 1 do artigo 72.º do Estatuto, as despesas são reembolsadas em 100% em caso de tuberculose, poliomielite, cancro, doença mental e outras doenças de gravidade comparável, reconhecidas pela entidade competente para proceder a nomeações, após parecer do médico assessor do Serviço de Liquidação.

Este parecer é emitido com base nos critérios gerais fixados nas disposições gerais de execução, após consulta do Conselho Médico.

[…]»

9 O artigo 30.º da Regulamentação Comum prevê que:

«1. Para dar aos inscritos a possibilidade de fazer face a despesas avultadas, podem ser-lhes concedidos adiantamentos, atribuídos principalmente sob a forma de termos de responsabilidade em caso de hospitalização.

2. Os adiantamentos sobre as despesas médicas são recuperados na altura do pagamento de qualquer montante devido ao inscrito a título do presente regime, da remuneração ou pensão, ou ainda de qualquer montante devido ao inscrito pela respetiva instituição, ou ainda da pensão de sobrevivência após a morte do inscrito. Porém, o responsável pelo Serviço Central, depois de informar o contabilista da Comissão, pode renunciar a esta recuperação de um saldo a título de adiantamentos, em aplicação do artigo 73.º do Regulamento Financeiro. […]»

10 Nos termos do artigo 35.º da Regulamentação Comum:

«[…]

2. Antes de tomar qualquer decisão sobre uma reclamação apresentada com base no n.º 2 do artigo 90.º do Estatuto, a entidade competente para proceder a nomeações ou, conforme o caso, o Conselho de Administração deve solicitar o parecer do Comité de Gestão.

[…]»

11 O artigo 36.º da Regulamentação Comum dispõe que:

«O funcionamento do presente regime é assegurado por um Comité de Gestão, por um Serviço Central, por serviços de liquidação e por um Conselho Médico.»

12 O artigo 41.º da Regulamentação Comum estabelece que:

«O Comité de Gestão é assistido por um Conselho Médico, composto por um médico assessor de cada instituição e pelos médicos assessores de cada Serviço de Liquidação.

O Conselho Médico pode ser consultado pelo Comité de Gestão ou pelo Serviço Central relativamente a todas as questões de natureza médica que possam surgir no âmbito do presente regime. O Conselho Médico reúne a pedido do Comité de Gestão ou do Serviço Central, ou a pedido de um dos médicos assessores dos serviços de liquidação, e emite o seu parecer no prazo que lhe for indicado.»

13 O artigo 43.º da Regulamentação Comum dispõe, no que se refere à ordem de pagamento e à verificação:

«1. A execução das receitas e das despesas do [RCSD] efetua-se, por analogia, em conformidade com as disposições previstas no Regulamento [n.º 1605/2002], em especial com o artigo 60.º

2. […]

3. Serviço Central efetua ou manda efetuar controlos *ex post*, no intuito de:

— se certificar da legalidade e regularidade das operações efetuadas pelos serviços de liquidação e do respeito pelos princípios de boa gestão financeira,

[…]»

14 De acordo com o artigo 52.º da Regulamentação Comum:

«1. Nos termos do terceiro parágrafo do n.º 1 do artigo 72.º do Estatuto, as instituições delegam na Comissão a competência para estabelecer, mediante disposições gerais de execução, as regras que regulam o reembolso de despesas, no intuito de salvaguardar o equilíbrio financeiro do regime e observando o princípio de cobertura social que inspira o primeiro parágrafo do n.º 1 do artigo 72.º do Estatuto.

[…]»

15 O título II, capítulo 2, ponto 1.3 das Disposições Gerais de Execução adotadas pela Comissão Europeia em aplicação do artigo 52.º da Regulamentação Comum (a seguir as «DGE»), relativo às modalidades de reembolso em caso de hospitalização, estabelece, no que respeita à taxa de reembolso, que:

«Qualquer estadia que seja considerada uma hospitalização será reembolsada a 85% em caso de intervenção cirúrgica ou de hospitalização médica.

Esta taxa de reembolso será de 100%:

— Em caso de doença grave;

— […]

— Em caso de hospitalização prolongada, relativamente a despesas de alojamento que excedam [trinta] dias consecutivos, após parecer da junta médica.»

16 O ponto 1.3 acima referido das DGE dispõe, no que se refere a condições de reembolso, que:

«Para ser reembolsada, a hospitalização deverá ser objeto de um parecer médico comunicado ao médico assessor do Serviço de Liquidação.

— Despesas de alojamento:

As despesas de estadia relativas a despesas de alimentação, de serviço, e de taxas são reembolsadas com base nas despesas efetivamente efetuadas e em função das normas de faturação em vigor na matéria no país onde ocorreu a hospitalização. Se estiverem incluídos no preço fixo por dia de hospitalização, o reembolso efetua-se globalmente.

O reembolso das despesas decorrentes da escolha do quarto está limitado ao preço do quarto particular individual menos oneroso do hospital.

O reembolso das despesas está limitado à duração da hospitalização medicamente necessária para proceder às intervenções ou prestar os cuidados no país onde ocorreu a hospitalização.

[…]»

17 O título II, capítulo 4, das DGE, que regula a tomada a cargo e os adiantamentos, esclarece que:

«Em conformidade com o artigo 30.º da Regulamentação Comum, podem ser concedidos adiantamentos aos beneficiários, para lhes permitir fazer face a despesas importantes. Estes adiantamentos serão concedidos, em princípio, sob a forma de tomada a cargo e, a título excecional, sob a forma de adiantamentos.

[…]

1. Tomadas a cargo

Salvo em caso de urgência ou de força maior, a tomada a cargo deve ser solicitada previamente pelo beneficiário.

A tomada a cargo é concedida nos casos seguintes:

— Em caso de hospitalização, a tomada a cargo cobre as faturas principais e as do cirurgião.

[…]

No quadro de uma tomada a cargo, a parte das despesas que deva ser suportada pelo beneficiário após tarificação, será deduzida, em princípio, dos reembolsos posteriores, eventualmente da sua remuneração, pensão, ou de qualquer outra quantia que lhe seja devida pela sua instituição. A pedido do Serviço de Liquidação, o saldo pode ser reembolsado por transferência bancária para a conta do RCSD.

[…]»

18 O título III, capítulo 5, das DGE, relativo ao reconhecimento do estatuto de doença grave, estabelece o seguinte:

«1. Definição

São reconhecidas como doenças graves os casos de tuberculose, poliomielite, cancro, doença mental e outras doenças de gravidade comparável, reconhecidas pela [Autoridade Investida no Poder de Nomeação].

Nas referidas doenças graves, associam-se, em graus variáveis, os quatro critérios seguintes:

— Prognóstico vital desfavorável;

— Evolução crónica;

— Necessidade de medidas de diagnóstico e/ou terapêuticas pesadas;

— Existência ou risco de limitação grave.

[…]»

Factos na origem do litígio

19 O recorrente, antigo funcionário da Comissão e beneficiário de uma pensão de aposentação é, nessa qualidade, beneficiário do RCSD. A sua mulher, também recorrente no presente processo, encontra-se coberta a título primário pelo RCSD, na sua qualidade de cônjuge do beneficiário, sendo abrangida devido à qualidade de beneficiário deste.

20 Em 22 de janeiro de 2009, a recorrente apresentou ao Serviço de Liquidação, na qualidade de mulher do beneficiário e sua representante, um pedido de tomada a cargo, nos termos do título III, capítulo 4, ponto 1, das DGE, com vista à sua própria hospitalização, prevista para 12 de fevereiro de 2009, na Clínica Anthea, em Bari (Itália). Em 5 de fevereiro de 2009, o Serviço de Liquidação deferiu o pedido e enviou uma carta à clínica, informando-a de que tomaria a seu cargo as despesas de hospitalização da recorrente e indicando que nenhuma fatura provisória nem nenhum pedido de pagamento a título de depósito deveria ser enviado aos beneficiários.

21 A hospitalização ocorreu em 13 de fevereiro de 2009. A recorrente foi operada em 14 de fevereiro de 2009 e, na sequência de uma complicação, foi necessário proceder a uma segunda intervenção cirúrgica, em 25 de fevereiro de 2009. A estadia da recorrente na Clínica Anthea prolongou-se até 25 de março de 2009, ou seja, teve uma duração total de 40 dias.

22 Em 13 de abril de 2009, dando seguimento à decisão de tomada a cargo, o Serviço de Liquidação contactou a Clínica Anthea, pedindo que lhe fosse transmitida diretamente, e não à paciente, a fatura principal para que fosse efetuado o pagamento. A Clínica Anthea enviou ao Serviço de Liquidação a fatura n.º 4080, de 16 de abril de 2009, no montante total de 83 893,20 euros, estando incluído o imposto sobre o valor acrescentado (a seguir «IVA»), sendo que 57 600 euros se reportavam a despesas de alojamento, equivalentes a 1 440 euros por dia, IVA incluído, e 26 293,20 euros eram devidos a título de despesas médicas e hospitalares. A fatura, que detalhava estas últimas despesas médicas e hospitalares mas não especificava o tipo de quarto ocupado pela recorrente, foi integralmente paga pelo Serviço de Liquidação, que não informou previamente os recorrentes do montante faturado.

23 O Serviço de Liquidação transmitiu ao recorrente a nota de pagamento n.º 10, com data de 1 de outubro de 2009, da qual resulta: i) que o montante total pago a título da hospitalização foi de 83 893,20 euros; ii) que o Serviço de Liquidação considerou excessivas as despesas de alojamento faturadas no total de 57 600 euros; iii) que o reembolso destas despesas foi limitado a 28 800 euros, ou seja, a 720 euros por dia, IVA incluído, ficando os restantes 28 800 euros a cargo do beneficiário; e, iv) que as despesas de hospitalização reembolsáveis, a saber, 55 093,20 euros, dos quais 26 293,2 euros a título de despesas médicas e 28 800 euros correspondentes ao alojamento, foram reembolsadas ao recorrente na percentagem de 85%, ou seja, 46 829,22 euros ficaram a cargo do Serviço de Liquidação, tendo os restantes 8 263,98 euros ficado a cargo do recorrente. Resulta destes cálculos que, para os 40 dias de hospitalização, incluindo despesas médicas e de alojamento, o Serviço de Liquidação considerou que era reembolsável o montante de 1 377,30 euros por dia de hospitalização.

24 A recorrente apresentou observações sobre a nota de pagamento n.º 10 e salientou a possibilidade de contactar a Clínica Anthea para obter informações adicionais relativamente ao alojamento. Como resulta também da decisão da Comissão, de 23 de julho de 2010, que foi adotada em resposta à reclamação apresentada pela recorrente ao abrigo do artigo 90, n.º 2, do Estatuto (a seguir «decisão de indeferimento da reclamação»), a recorrente foi informada, em 13 de novembro de 2009, de que o seu processo tinha sido enviado à junta médica do RCSD (a seguir «junta médica») para emissão de

parecer. Decorre igualmente da decisão de indeferimento da reclamação que, por mensagem de correio eletrónico de 26 de novembro de 2009, a recorrente pediu à Caixa do seguro de doença que entrasse em contacto com a Clínica Anthea para uma eventual reapreciação da fatura de 16 de abril de 2009.

25 Decorre ainda da decisão de indeferimento da reclamação que, por mensagem de correio eletrónico de 27 de novembro de 2009, o Serviço de Liquidação comunicou à recorrente o conteúdo da comunicação telefónica que o seu responsável manteve com um funcionário da Clínica Anthea. Durante esta comunicação, este último indicou que a recorrente foi hospitalizada numa *suite* muito luxuosa, com uma cama em latão e serviço de refeições *à la carte*. A Clínica Anthea não respondeu ao pedido escrito efetuado pelo Serviço de Liquidação que lhe solicitou que lhe fosse comunicado o preço do quarto particular individual menos oneroso da clínica.

26 Resulta da ata da reunião da junta médica que ocorreu em Bruxelas (Bélgica) em 10 de dezembro de 2009, comunicada ao recorrente por carta do Serviço de Liquidação de 26 de janeiro de 2010 que a junta médica confirmou a natureza excessiva das despesas de alojamento faturadas, no total de 57 600 euros, com fundamento em informações prestadas por médicos italianos, segundo as quais o preço praticado em Itália para este tipo de despesas se situa entre 400 e 600 euros por dia, sem IVA (a seguir «decisão de 26 de janeiro de 2010»).

27 A recorrente apresentou uma reclamação, com data de 16 de abril de 2010, que foi registada na Comissão em 22 de abril de 2010, cão abrigo do artigo 90.º, n.º 2, do Estatuto. Na sua reclamação, a recorrente entende, por um lado, que o Serviço de Liquidação, destinatário da fatura da Clínica Anthea, devia ter invocado em tempo útil o caráter excessivo da quantia cobrada a título de despesas de alojamento e não devia ter procedido ao seu pagamento. Por outro lado, a recorrente considera que as despesas relacionadas com a sua hospitalização deviam ter sido reembolsadas em 100%, por a doença que causou a sua hospitalização ser «grave» na aceção do artigo 72.º, n.º 1, primeiro parágrafo, do Estatuto. Por último, a recorrente argumenta que por se justificar a duração da hospitalização, que excedeu 30 dias, as despesas hospitalares dos últimos dez dias deviam ter sido reembolsadas em 100%. No que respeita à natureza excessiva das despesas de alojamento, a recorrente queixa-se de que, em vez de estas terem sido faturadas ao preço de 300 euros por dia por um quarto individual, que foi o montante que lhe foi comunicado oralmente por duas vezes antes da sua hospitalização, o preço do alojamento foi inflacionado pela Clínica Anthea até 1 440 euros por dia, sob o pretexto de a terem alojado em aposentos luxuosos, o que é falso dado que a referida clínica não dispõe de *suites* para os seus pacientes.

28 Atendendo ao conteúdo da reclamação, a Autoridade Investida do Poder de Nomeação (a seguir «AIPN») solicitou o parecer do médico assessor do Serviço de Liquidação (a seguir «médico assessor») sobre a questão de saber, por um lado, se se justificavam as despesas de hospitalização para além de 30 dias consecutivos e, por outro lado, se a patologia que conduziu à intervenção cirúrgica a que a recorrente se submeteu pode ser reconhecida como doença grave na aceção do título III, capítulo 5, ponto 1, das DGE. No parecer emitido em 18 de maio de 2010, o médico assessor concluiu, quanto à primeira questão, que a paciente podia ter saído da Clínica Anthea a partir de 8 de março de 2009, uma vez que as terapias e os exames realizados após essa data podiam ter sido realizados no domicílio da recorrente ou em ambulatório. Quanto à segunda questão, o médico assessor entendeu que não estavam preenchidos pelo menos dois dos critérios fundamentais para o reconhecimento da doença como grave, a saber, o prognóstico vital desfavorável e a existência ou o risco de uma limitação grave.

29 Em conformidade com o disposto no artigo 35.º, n.º 2, da Regulamentação Comum, a AIPN solicitou igualmente o parecer do Comité de Gestão do RCSD (a seguir «Comité de Gestão»). Na sua reunião de 9 e 10 de junho de 2010, este último discutiu as questões suscitadas pela reclamação e consultou a junta médica sobre a questão de saber se a duração da hospitalização fora, de um ponto de vista médico, indispensável. A junta médica respondeu, em 24 de junho de 2010, que não dispunha de elementos suficientes no processo relativos ao facto de a hospitalização ter durado mais de 30 dias e

considerou que a disposição do título II, capítulo 2, ponto 1.3, das DGE, relativa ao reembolso em 100% das despesas de estadia superiores a 30 dias consecutivos podia aplicar-se à recorrente. Atendendo à resposta da junta médica, o Comité de Gestão mostrou-se favorável a que fosse confirmada a decisão do Serviço de Liquidação, de não aplicar à recorrente a taxa de reembolso de 100% em caso de doença grave.

30 A decisão de indeferimento da reclamação recusou deferir a reclamação no que respeita tanto à natureza excessiva das despesas de alojamento superiores a 720 euros por dia, IVA incluído, como à inexistência de doença grave, na aceção do título III, capítulo 5, ponto 1, das DGE. No que se referia à questão de saber se a hospitalização da recorrente por mais de 30 dias era indispensável, a AIPN entendeu ser necessário remeter o processo ao Serviço de Liquidação, para que este solicitasse uma peritagem médica externa.

31 Decorre igualmente da decisão de indeferimento da reclamação que, no parecer adotado na sequência da sua reunião de 9 e 10 de junho de 2010, o Comité de Gestão solicitou que o Serviço Central e/ou o Serviço de Liquidação prestassem assistência à recorrente para que esta recuperasse junto da Clínica Anthea o montante excessivo a título do alojamento. Não resulta do processo que os referidos serviços tenham dado seguimento a este pedido do Comité de Gestão.

Pedidos das partes

32 Os recorrentes concluem pedindo na sua petição que o Tribunal da Função Pública se digne:

— suspender ou proibir provisoriamente a execução do processo de cobrança coerciva das quantias em causa e proibir provisoriamente a cobrança oficiosa através de cobrança sobre a pensão do recorrente (primeiro fundamento);

— constatar e declarar que a recorrente não pode ser censurada nem criticada no que se refere ao montante e ao pagamento das despesas de alojamento exigidas pela clínica em que esta foi operada (segundo fundamento);

— qualificar de «graves» a doença que provocou a hospitalização da recorrente e as intervenções a que esta foi submetida (terceiro fundamento);

— considerar inevitável e terapeuticamente correta a duração da hospitalização (quarto fundamento);

— desonerar os recorrentes de efetuar qualquer reembolso das prestações efetuadas pelo Serviço de Liquidação (quinto fundamento);

— ordenar à Comissão que anule o pedido de restituição da quantia de 41 833 euros, ou de qualquer outra quantia eventualmente apurada (sexto fundamento);

— ordenar à Comissão que se abstenha de cobrar oficiosamente o montante de 41 833 euros, ou qualquer montante apurado, sobre a pensão do recorrente (sétimo fundamento);

— adotar diferentes medidas de instrução (oitavo fundamento);

— condenar a Comissão nas despesas (nono fundamento).

33 Os recorrentes especificaram e ampliaram os seus pedidos, aquando da regularização da petição, em 16 de novembro de 2010, pelo que, através do seu recurso, pedem ao Tribunal que se digne:

— anular a decisão da Comissão que decorre da nota de pagamento n.º 10, de 1 de outubro de 2009;

— anular a decisão de 26 de janeiro de 2010;

— anular a decisão de indeferimento da reclamação.

34 A Comissão conclui pedindo que o Tribunal da Função Pública se digne:

— negar provimento ao recurso por ser inadmissível e/ou improcedente;

— condenar os recorrentes nas despesas.

Tramitação processual

35 Em 5 de novembro de 2010, a Secretaria do Tribunal contactou o representante dos recorrentes, nos termos do artigo 36.º do Regulamento de Processo, com vista à regularização da petição, à qual não tinham sido juntos o ato cuja anulação foi pedida, a procuração do representante dos recorrentes, nem um resumo do litígio, e concedeu-lhes, para esse efeito, um prazo que expirava em 15 de novembro de 2010. Por a petição só ter sido regularizada em 16 de novembro de 2010, a Segunda Secção do Tribunal da Função Pública, à qual este processo foi distribuído, decidiu, na sua reunião de 24 de outubro de 2011, nos termos do poder de apreciação que lhe é conferido pelo artigo 36.º do Regulamento de Processo, que, neste caso concreto, a inobservância do prazo para regularização da petição não devia conduzir à sua inadmissibilidade.

36 Por requerimento separado, apresentado na Secretaria do Tribunal em 15 de novembro de 2010, os recorrentes apresentaram uma petição na qual requereram ao juiz das medidas provisórias que ordenasse a suspensão da execução do processo de cobrança coerciva, através de cobrança sobre a pensão de aposentação do recorrente, dos montantes não reembolsados relativos à hospitalização da recorrente. Esta petição foi registada sob o número F-104/10 R.

37 Por despacho de 15 de fevereiro de 2011, no processo de Pretis Cagnodo e Trampuz de Pretis Cagnodo/Comissão (F-104/10 R), o presidente do Tribunal indeferiu o fundamento de suspensão da execução por os recorrentes não terem provado que estava preenchido no caso concreto o requisito relativo à urgência.

38 Em 11 de abril de 2011, os recorrentes apresentaram ao Tribunal a peritagem médica externa, solicitada pelo Serviço de Liquidação para dar seguimento à decisão de indeferimento da reclamação, que o Serviço de Liquidação lhes tinha comunicado em 30 de março de 2011. Neste documento, o médico especialista consultado concluiu que os elementos do processo permitiam justificar a hospitalização da recorrente por mais de 30 dias. O Serviço de Liquidação agiu na sequência deste parecer e, na nota de pagamento n.º 11, de 18 de março de 2011, contabilizou 2 066 euros a favor do recorrente, que foram subtraídos ao montante total imputado a cargo deste. Na sequência desta operação, para além dos 28 800 euros a título de despesas de alojamento consideradas excessivas pelo Serviço de Liquidação, ficou a cargo do recorrente o montante de 6 197,98 euros.

39 Em 26 de outubro de 2011, a Secretaria do Tribunal comunicou às partes as medidas de organização do processo decretadas pelo Tribunal, em conformidade com o artigo 56.º do Regulamento de Processo, que visavam clarificar certos pontos e ouvir as recorrentes quanto à inadmissibilidade do recurso que a Comissão invocou na sua contestação.

40 Na mesma comunicação, a Secretaria do Tribunal informou as partes de que o Tribunal, por aplicação do artigo 77.º do Regulamento de Processo, ponderava invocar oficiosamente uma exceção de inadmissibilidade por falta de interesse em agir da recorrente, nomeadamente por a nota de pagamento

n.º 10 lesar o recorrente embora só a recorrente tenha apresentado a reclamação e por, à primeira vista, não se afigurar que a recorrente pudesse retirar um benefício direto da eventual anulação da referida nota de pagamento, na medida em que não era destinatária nem beneficiária desta.

41 Foi concedido um prazo de três semanas às partes para darem sequência às medidas de organização do processo, bem como para apresentarem as suas observações relativamente à projetada decisão oficiosa respeitante à questão prévia de inadmissibilidade, tendo as partes cumprido o solicitado no prazo concedido.

42 O juiz-relator, mandatado pelo Tribunal para este efeito, em aplicação do artigo 68.º do Regulamento de Processo, analisou as possibilidades de uma resolução amigável do litígio entre os recorrentes e a Comissão e propôs, em 12 de março de 2012, uma solução que poderia ter resolvido o diferendo, a qual não mereceu o acordo das partes. A formação para julgamento, na reunião da Secção de 26 de abril de 2012, constatou a frustração da tentativa de resolução amigável e decidiu dar início à fase oral do processo.

43 Na audiência de 21 de junho de 2012, o representante das recorrentes informou o Tribunal de que desistia do quarto fundamento, relativo à anulação da nota de pagamento n.º 10 na parte em que não reconheceu a necessidade de uma hospitalização prolongada, uma vez que, atendendo às conclusões do especialista consultado no âmbito da peritagem médica externa solicitada pelo Serviço de Liquidação, este último decidiu reembolsar em 100% as despesas de hospitalização da recorrente superiores a 30 dias.

Quanto à admissibilidade

Argumentos das partes

44 Em primeiro lugar, na sua contestação, a Comissão, sem pedir expressamente que o recurso seja julgado inadmissível, manifestou dúvidas relativas à admissibilidade na medida em que só a recorrente foi parte no procedimento pré-contencioso e em que não era beneficiária do RCSD, não obstante apenas o beneficiário, a saber, o recorrente, ter legitimidade para, nos termos dos artigos 90.° e seguintes do Estatuto, dar início ao procedimento administrativo. A este respeito, a Comissão remeteu-se ao prudente arbítrio do Tribunal.

45 Em seguida, na sua resposta às medidas de organização do processo, a Comissão retomou a questão prévia de inadmissibilidade, suscitada oficiosamente pelo Tribunal relativa à falta de interesse em agir da recorrente, e pediu formalmente ao Tribunal que julgasse o recurso inadmissível, dado que o recurso interposto pelo recorrente não foi antecedido de uma reclamação, nos termos do artigo 90.º, n.º 2, do Estatuto, embora o recorrente fosse o único destinatário da nota de pagamento contestada, emitida pelo Serviço de Liquidação, não sendo a sua mulher formalmente destinatária da fatura da Clínica Anthea.

46 Em segundo lugar, na sua contestação, a Comissão arguiu a inadmissibilidade da petição por esta não ser conforme com o artigo 35.º do Regulamento de Processo, na medida em que não indica os fundamentos do recurso nem os argumentos de direito invocados em apoio dos fundamentos dos recorrentes.

47 Em terceiro lugar, no entender da Comissão, o recurso é inadmissível porque, na medida em que pedem nomeadamente ao Tribunal que qualifique de «grave» a doença da recorrente, os recorrentes pretendem que o Tribunal se pronuncie sobre questões de natureza médica, as quais, pela própria natureza, não pertencem à competência do Tribunal.

48 Em quarto lugar, a Comissão pede que o recurso seja julgado inadmissível porquanto, através de alguns dos seus fundamentos, os recorrentes pedem que o Tribunal aplique injunções à Comissão.

49 Os recorrentes, por sua vez, afirmam que a questão prévia de inadmissibilidade por falta de interesse em agir da recorrente não procede. Com efeito, o artigo 90.º, n.º 2, do Estatuto abrange todos aqueles que tenham um interesse na sua aplicação. No caso vertente, a reclamação foi apresentada pela recorrente, que não tem rendimentos próprios, dependendo a sua subsistência exclusivamente da pensão de aposentação que o seu marido recebe. Por conseguinte, qualquer acontecimento suscetível de constituir um encargo para o montante desta fonte de rendimentos, como a eventual retenção, sobre a pensão do seu marido, das quantias devidas a título de despesas médicas, afeta-a direta e individualmente. O facto de a reclamação ter sido apresentada apenas pela recorrente explica-se pelo facto de ter sido esta que foi submetida aos acontecimentos hospitalares, pelo que tem um maior conhecimento dos detalhes do que o recorrente. Os recorrentes acrescentam que, uma vez que a recorrente apresentou a reclamação na qualidade de mulher do recorrente, não o fez apenas em nome próprio, mas igualmente em nome e em representação daquele e concluem que, em qualquer caso, a petição foi apresentada pelos dois cônjuges, o que dissipa quaisquer dúvidas quanto à existência de um interesse em agir relativamente aos seus respetivos fundamentos, bem como quanto à regularidade do procedimento pré-contencioso. Os recorrentes não tomaram posição sobre as outras exceções de inadmissibilidade invocadas pela Comissão.

Apreciação do Tribunal

50 Há que precisar, a título preliminar, que é sem razão que a Comissão sustenta que o procedimento pré-contencioso não foi respeitado de forma correta.

51 Com efeito, nos termos do artigo 90.º, n.ºs 1 e 2, do Estatuto, qualquer pessoa abrangida pelo Estatuto pode submeter à AIPN um pedido para que esta adote uma decisão que lhe diga respeito ou através de uma reclamação dirigida contra um ato lesivo. Resulta, além disso, do artigo 72.º, n.º 1, primeiro parágrafo, do Estatuto que, na qualidade de cônjuge de um antigo funcionário, a recorrente está abrangida pela cobertura contra os riscos de doença. Decorre assim que a recorrente é uma «pessoa abrangida pelo Estatuto» na aceção do artigo 90.º deste texto.

52 Esta apreciação é confirmada pelas disposições da Regulamentação Comum, designadamente pelos seus artigos 12.° a 14.°, nos termos dos quais o cônjuge do beneficiário está abrangido pelo seguro do beneficiário, a título primário ou complementar, consoante disponha ou não, respetivamente, de rendimentos de origem profissional.

53 É verdade que os artigos 27.°, 28.° e 30.° da Regulamentação Comum reservam aos beneficiários a possibilidade de apresentar pedidos de autorização prévia, pedidos de reembolso, bem como pedidos de adiantamentos para fazer face a despesas importantes.

54 Contudo, não deixa de ser verdade que o artigo 1.º da Regulamentação Comum inclui, no conceito de beneficiários do RCSD, tanto os inscritos como as pessoas beneficiárias em função deles, e que, por força do artigo 26.º da Regulamentação Comum, as pessoas beneficiárias em função dos inscritos, tal como o próprio beneficiário, são inscritas no Serviço Central e num Serviço de Liquidação do RCSD. No que respeita à circunstância de a nota de pagamento n.º 10 ter sido dirigida unicamente ao recorrente, trata-se apenas da consequência de, nos termos do artigo 30.º da Regulamentação Comum e do ponto 1 do capítulo 4 do título III das DGE, o beneficiário ser o interlocutor do Serviço de Liquidação do RCSD aquando de um pedido de tomada a cargo. Ainda que, no presente caso, o pedido de tomada a cargo tenha sido apresentado pela recorrente, esta fê-lo em nome do seu marido, em conformidade com uma possibilidade prevista no próprio formulário.

55 No caso vertente, nas faturas enviadas pela clínica ao Serviço de Liquidação, e que este liquidou, figura o nome da recorrente e, a partir do envio da nota de pagamento n.º 10 ao recorrente, foi de facto a recorrente, melhor colocada do que o seu marido para conhecer a realidade das prestações fornecidas pela clínica, que deu início às diligências junto do Serviço de Liquidação, que a reconheceu como interlocutora e em seguida recorreu à junta médica. Sucedeu o mesmo quando a recorrente apresentou a reclamação, ao abrigo do artigo 90.º, n.º 2, do Estatuto, contra a decisão do Serviço de Liquidação. Com efeito, na sequência desta reclamação, a AIPN pediu parecer ao médico assessor e ao Comité de Gestão, tendo recorrido também à junta médica, e, em resposta, adotou em seguida a decisão de indeferimento da reclamação, que foi comunicada à recorrente capeada através de uma carta que lhe foi dirigida, através da qual esta foi informada de que a referida decisão era suscetível de recurso a interpor, no Tribunal da Função Pública, no prazo de três meses a contar da data da sua receção.

56 Nestas condições, dado que a própria Comissão considerou a recorrente como uma interlocutora válida no âmbito do procedimento pré-contencioso, e nos termos do princípio *nemo potest venire contra factum proprium,* segundo o qual a administração deve respeitar os seus próprios atos, o Tribunal considera que a Comissão não pode validamente alegar, nesta fase, que a recorrente não tinha interesse em agir, para apresentar sozinha, com conhecimento de causa, observações relativas ao extrato que figura na nota de pagamento nº 10, ou mesmo para apresentar uma reclamação relativa ao referido extrato. Cumpre acrescentar que, uma vez que o recurso no Tribunal da Função Pública foi interposto pelo casal recorrente deve subentender-se que, tanto na apresentação dos pedidos de tomada a cargo como no decurso do procedimento pré-contencioso, embora as ações tenham sido conduzidas apenas pela recorrente e em seu nome, o casal recorrente agiu de comum acordo. Daqui resulta que o recurso não é inadmissível devido à alegada irregularidade do procedimento pré-contencioso.

57 No que respeita ao facto de a petição eventualmente violar o artigo 35.º, n.º 1, alínea e), do Regulamento de Processo, é necessário recordar que, nos termos desta disposição, a petição deve conter o objeto do litígio bem como os fundamentos e os argumentos de facto e de direito invocados. De acordo com jurisprudência constante, estes elementos devem ser suficientemente claros e precisos para permitir que a parte recorrida prepare a sua defesa e que o Tribunal se pronuncie sobre o recurso, sendo caso disso, sem outras informações (acórdão do Tribunal da Função Pública de 1 de dezembro de 2010, Gagalis/Conselho, F-89/09, n.ºs 36 e 37).

58 O Tribunal constata que, no presente caso, os fundamentos e os argumentos de facto e de direito invocados não são objeto de uma enumeração enquanto tal. No entanto, uma leitura atenta da petição permite detetá-los no decorrer do texto.

59 Na medida em que a utilização do modelo de petição que figura em Curia, que é o sítio Internet do Tribunal de Justiça da União Europeia, na parte reservada ao Tribunal da Função Pública, sob a rubrica «[…] informações úteis», não é obrigatória para as partes, quando o Tribunal examina se estão preenchidos os requisitos do artigo 35.º, n.º 1, alínea e), do Regulamento de Processo, desde que os fundamentos e os argumentos de facto e de direito invocados possam ser identificados, o Tribunal deve fazer uma interpretação suficientemente flexível desta disposição para respeitar o direito, conferido aos recorrentes pelo artigo 19.º, quarto parágrafo, do Estatuto do Tribunal de Justiça da União Europeia, aplicável ao processo neste Tribunal em conformidade com o artigo 7.º, n.º 1, do anexo I do mesmo Estatuto, de escolherem livremente o seu advogado, independentemente do Estado em que esse advogado esteja habilitado a exercer a sua profissão.

60 Nestas circunstâncias, atendendo a que o conteúdo alegadamente incompleto da petição, segundo a Comissão, não impediu, no caso vertente, que esta se defendesse, uma vez que conseguiu apresentar uma contestação que aborda tanto a admissibilidade como o mérito do caso, não há que julgar o recurso inadmissível por violação do artigo 35.º, n.º 1, alínea e), do Regulamento de Processo.

61 No que respeita à questão da inadmissibilidade invocada pela Comissão contra o terceiro fundamento da petição, que pretende que o Tribunal qualifique de «graves» a doença devido à qual foi necessário hospitalizar a recorrente e as intervenções a que esta foi submetida, há que recordar que resulta de jurisprudência constante que, embora as vias de recurso previstas no Estatuto não possam, em princípio, ser utilizadas para pôr em causa apreciações médicas propriamente ditas, as quais devem ser consideradas definitivas quando ocorreram em condições normais, não deixa de ser verdade que compete ao Tribunal, sem pôr em causa as apreciações médicas que apoiam a decisão impugnada, neste caso, a que recusou reconhecer a natureza grave da doença da recorrente, analisar se a AIPN, quando adotou a decisão impugnada, apreciou corretamente os factos e aplicou de forma exata as disposições legais pertinentes (acórdão do Tribunal da Função Pública de 18 de setembro de 2007, Botos/Comissão, F—10/07, n.os 39 e 40). Daqui resulta que o terceiro fundamento da petição não deve, com fundamento nos argumentos invocados pela Comissão, ser julgado inadmissível.

62 A Comissão invoca uma quarta questão prévia de inadmissibilidade contra dois dos fundamentos constantes da petição, a saber o sexto, por meio do qual os recorrentes pretendem que o Tribunal ordene à Comissão que anule o pedido de restituição do montante de 41 833 euros, ou de qualquer outro montante eventualmente fixado, que não seja objeto de reembolso pelo RCSD, e o sétimo, por meio do qual os recorrentes pretendem que o Tribunal ordene à Comissão que se abstenha de efetuar oficiosamente qualquer cobrança oficiosa do referido montante sobre a pensão do recorrente ou de qualquer montante eventualmente apurado. Além disso, o Tribunal assinala que, através do segundo fundamento da petição, os recorrentes pedem ao Tribunal que constate e declare que a recorrente não pode ser censurada nem criticada no que respeita ao montante e ao pagamento das despesas de alojamento faturadas pela Clínica Anthea.

63 Resulta de jurisprudência constante que não compete ao juiz da União dirigir injunções à administração nem fazer declarações de direito no âmbito do controlo de legalidade baseado no artigo 91.º do Estatuto (acórdão do Tribunal de 12 de dezembro de 2012, BS/Comissão, F-90/11, n.º 100, e jurisprudência referida, que foram objeto de um recurso que se encontra pendente no Tribunal Geral da União Europeia, processo T-83/13 P). Daqui resulta que os três fundamentos acima referidos devem ser rejeitados por serem inadmissíveis.

64 Por último, através do primeiro fundamento da petição, os recorrentes pedem que o Tribunal suspenda provisoriamente a execução do processo de cobrança coerciva dos montantes que não foram objeto de reembolso pelo RCSD e que proíba provisoriamente a Comissão de efetuar oficiosamente cobranças sobre a pensão do recorrente.

65 Ora, estes fundamentos foram objeto de uma petição separada apresentada pelos recorrentes em 15 de novembro de 2010, que esteve na origem do despacho de Pretis Cagnodo e Trampuz de Pretis Cagnodo/Comissão, já referido, que indeferiu os referidos fundamentos.

66 Por conseguinte, na medida em que estes fundamentos já foram rejeitados, não podem ser apresentados ao Tribunal nem analisados por este no âmbito do presente processo.

67 Aquando da regularização da petição, os recorrentes procuraram especificar os seus fundamentos, acrescentado, através de um articulado complementar, três novos fundamentos.

68 Ora, se a admissibilidade do primeiro fundamento do articulado complementar, ou seja a anulação da nota de pagamento n.º 10, não suscita dúvidas por se confundir com o terceiro, quarto e quinto fundamentos da petição, não sucede o mesmo com o segundo e com o terceiro fundamentos do articulado complementar, através dos quais os recorrentes pediram a anulação, respetivamente, da decisão de 26 de janeiro de 2010 e da decisão de indeferimento da reclamação, uma vez que estes dois fundamentos não figuravam entre os fundamentos enunciados no texto da petição.

69 Com efeito, dado que a regularização da petição, em conformidade com o disposto no artigo 36.º do Regulamento de Processo, só pode incidir sobre os requisitos enumerados no artigo 35.º, n.º 1, alíneas a), b) e c), n.º 2, e n.º 5, do Regulamento de Processo, está vedada, neste estádio, a ampliação do objeto do recurso através do aditamento de fundamentos.

70 Daqui resulta que são inadmissíveis o segundo e o terceiro fundamentos do articulado complementar.

Quanto ao mérito

71 Uma vez que o primeiro, o segundo, o sexto, e o sétimo fundamentos da petição, bem como o segundo e o terceiro fundamentos do articulado complementar dos recorrentes foram julgados inadmissíveis, tendo os recorrentes desistido na audiência do quarto fundamento da petição, resta apenas analisar os fundamentos terceiro e o quinto da petição, conforme especificados pelo primeiro fundamento do articulado complementar. O Tribunal começará por analisar o terceiro fundamento e, em seguida, o quinto, que têm ambos por objeto a anulação da nota de pagamento n.º 10, de 1 de outubro de 2009, conforme alterada pela nota de pagamento n.º 11, de 18 de março de 2011 (a seguir «nota de pagamento controvertida»).

Quanto ao terceiro fundamento, conforme especificado no primeiro fundamento do articulado complementar, que tem por objeto a decisão do Serviço de Liquidação que resulta da nota de pagamento controvertida, que limita o reembolso das despesas de hospitalização a 85% por a doença da recorrente não ser considerada «grave»

72 Em apoio deste fundamento de anulação, os recorrentes invocaram um único fundamento, relativo a um erro manifesto de apreciação.

Argumentos das partes

73 As recorrentes argumentam que a administração, ao recusar reconhecer que a doença que provocou a hospitalização da recorrente é uma doença grave, cometeu um erro manifesto de apreciação. Com efeito, atendendo ao tipo de intervenção cirúrgica praticada quando a recorrente foi hospitalizada, ao facto de que foi necessário realizar uma segunda intervenção com urgência, ao período temporal durante o qual esta esteve foi submetida a uma terapia de reabilitação noutra clínica, bem como ao facto de ter necessitado permanentemente de uma muleta para se deslocar, a sua doença preenche os requisitos enumerados no título III, capítulo 5, ponto 1, das DGE para ser considerada uma «doença grave» na aceção desta disposição. Desta qualificação resulta a elevação para 100% da taxa de reembolso da hospitalização da recorrente. Em apoio desta tese, os recorrentes apresentaram pareceres de dois médicos especialistas e um atestado emitido por um médico especialista de um serviço de saúde pública local.

74 A Comissão sustenta que a decisão relativa à inexistência de doença grave da recorrente foi tomada de acordo com a legislação aplicável. Refere-se ao parecer do médico assessor do Serviço de Liquidação, de 18 de maio de 2010, em que aquele concluiu que dois dos quatro requisitos fundamentais estabelecidos nas DGE não estão preenchidos no presente caso.

Apreciação do Tribunal

75 Nos termos do artigo 72.º, n.º 1, primeiro parágrafo, do Estatuto, a taxa de reembolso das despesas de doença eleva-se a 100% designadamente no caso de tuberculose, poliomielite, cancro, doença mental e outras doenças de gravidade comparável, reconhecidas pela AIPN. O ponto 1 do capítulo 5 do título III das DGE estabelece os critérios que permitem considerar que uma doença é grave. Por força desta

disposição, são reconhecidas como doenças graves as mesmas doenças enumeradas no artigo 72.º, n.º 1, primeiro parágrafo, do Estatuto, com o esclarecimento de que as doenças «de gravidade comparável reconhecidas pela AIPN» se referem a doenças que associam, em graus variáveis, quatro critérios, a saber, prognóstico vital desfavorável, evolução crónica, necessidade de medidas de diagnóstico e/ou terapêuticas pesadas e a existência ou o risco de limitação grave.

76 A este respeito, há que acrescentar que o Tribunal já decidiu que os critérios indicados no ponto anterior são critérios cumulativos (acórdão Botos/Comissão, já referido, n.ºs 42 e seguintes). Assim, o facto de um destes critérios não estar preenchido justifica a adoção de uma decisão de recusa de reconhecimento da existência de uma doença grave. O Tribunal também decidiu, relativamente aos mesmos critérios, que estes não são manifestamente inadequados nem errados, à luz do objetivo prosseguido, a saber, identificar doenças de «gravidade comparável» às expressamente indicadas no artigo 72.º do Estatuto (v. acórdão do Tribunal da Função Pública, de 28 de setembro de 2011, Allen/Comissão, F-23/10, n.º 49).

77 Com efeito, as quatro doenças expressamente indicadas no artigo 72.º do Estatuto podem, em determinados casos, ter consequências físicas ou psíquicas de particular gravidade, apresentam um caráter duradouro ou crónico e requerem medidas terapêuticas pesadas, que exigem uma definição clara no diagnóstico prévio, o que pressupõe análises ou investigações específicas. Estas doenças podem igualmente expor a pessoa em questão a um risco de limitação grave (v. acórdão Allen/Comissão, já referido, n.º 50).

78 Adicionalmente, resulta do teor do próprio artigo 72.º, n.º 1, do Estatuto que, ainda que abrangidos por uma das quatro doenças expressamente indicadas neste artigo, apenas os casos que apresentem uma especial gravidade podem ser qualificados de doença grave e permitir assim à pessoa em questão beneficiar do regime mais favorável aplicável aos casos de reconhecimento de tal doença (v. acórdão Allen/Comissão, já referido, n.º 51).

79 No que respeita à questão de saber se a recusa em reconhecer a natureza grave da doença da recorrente está errada, há que recordar a jurisprudência constante mencionada no n.º 61 do presente acórdão, segundo a qual as vias de recurso previstas no Estatuto não podem, em princípio, ser utilizadas para pôr em causa apreciações médicas propriamente ditas, as quais devem ser consideradas definitivas quando tenham sido feitas em condições normais (v., neste sentido, acórdão do Tribunal de Justiça de 19 de janeiro de 1988, Biedermann/Tribunal de Contas, 2/87, n.º 8; acórdão do Tribunal de Primeira Instância de 16 de março de 1993, Blackman/Parlamento, T-33/89 e T-74/89, n.º 44).

80 Sem pôr em causa apreciações médicas que fundamentam a decisão que limita o reembolso das despesas de hospitalização a 85%, compete, contudo, ao Tribunal analisar se a AIPN, quando recusou reconhecer que a doença de que a recorrente sofre era uma doença grave, apreciou corretamente os factos e aplicou de forma exata as disposições legais pertinentes (v., neste sentido, acórdãos do Tribunal de Primeira Instância de 7 de novembro de 2002, G/Comissão, T-199/01, n.º 59, e de 12 de maio de 2004, Hecq/Comissão, T-191/01, n.º 63).

81 Cabe assim ao Tribunal, no âmbito da fiscalização jurisdicional limitada que lhe compete exercer em questões de índole médica, analisar se, por ter recusado qualificar de grave a doença que provocou a hospitalização da recorrente, a AIPN não cometeu um erro manifesto ao deduzir das constatações médicas de que teve conhecimento, relativamente às quais o Tribunal não se pode pronunciar exceto em caso de desvirtuação do respetivo alcance pela administração, que esses critérios não estavam preenchidos de forma cumulativa (v. acórdão Botos/Comissão, já referido, n.º 41).

82 No presente caso, a AIPN, na decisão de indeferimento da reclamação, baseou-se no parecer emitido pelo médico assessor em 18 de maio de 2010, que concluiu que «pelo menos dois dos requisitos fundamentais [estabelecidos no ponto 1, do capítulo 5, do Título III, das DGE] não estão preenchidos, ou seja, o prognóstico vital desfavorável, e a existência ou o risco, na atualidade, de uma

enfermidade/limitação grave», e confirmou a decisão do Serviço de Liquidação de não aplicar a taxa de reembolso de 100% para as doenças graves mas a taxa normal de 85%. Por conseguinte, a AIPN não cometeu um erro manifesto de apreciação quando, das constatações médicas de que teve conhecimento, deduziu que não estavam preenchidos os requisitos previstos nas DGE para a qualificação de uma doença grave, e que, em consequência, para a aplicação da taxa de reembolso de 100%.

83 Resta examinar se, ao seguir o parecer do médico assessor, o Serviço de Liquidação se baseou efetivamente nos critérios, enumerados no n.º 75 do presente acórdão, dos quais depende a qualificação de uma doença como «grave».

84 A este respeito, resulta da jurisprudência que, por comparação com as apreciações médicas propriamente ditas formuladas por uma junta médica, ou mesmo por uma comissão de invalidez, comissões essas cujas regras de funcionamento oferecem garantias de equilíbrio entre as partes e de objetividade, os pareceres emitidos unilateralmente por médicos assistentes pertencentes às instituições não apresentam o mesmo nível de garantia em matéria de equilíbrio entre as partes (v. acórdão Allen/Comissão, já referido, n.ºs 68 a 70).

85 Em seguida, compete ao Tribunal, quando se pronuncia sobre uma recusa de reconhecer a existência de uma doença grave, exercer uma fiscalização mais aprofundada do que aquela que exerce no caso das decisões adotadas ao abrigo do artigo 73.º ou do artigo 78.º, do Estatuto, depois da intervenção da junta médica ou da comissão de invalidez. Contudo, é claro que o juiz não dispõe de competências necessárias no domínio da medicina que lhe permitam validar ou invalidar uma apreciação médica, ou mesmo servir de árbitro entre diversas apreciações médicas contraditórias (v., neste sentido, acórdão Allen/Comissão, já referido, n.ºs 70 e 71).

86 A este respeito, é necessário constatar que os critérios da doença grave (diminuição da esperança de vida, evolução crónica, necessidade de medidas de diagnóstico e/ou terapêuticas pesadas, existência ou risco de limitação grave) se enquadram na categoria das apreciações médicas porque, para se pronunciar sobre a questão de saber se um ou vários destes critérios estão preenchidos, o médico assessor ou a junta médica do RCSD não se limitam a constatar factos, efetuando verdadeiramente uma apreciação destes últimos, para a qual são necessárias competências no domínio médico (acórdão Allen/Comissão, já referido, n.º 75).

87 Todavia, ainda que a sua fiscalização não abranja as apreciações médicas propriamente ditas, como as relativas à gravidade de uma doença, o juiz — quando, como no presente caso, um recorrente contesta a apreciação da administração relativa à sua situação, criticando o parecer médico no qual esta se baseia — deve assegurar-se de que o médico assessor procedeu a uma análise concreta e circunstanciada da situação que lhe foi apresentada. É necessário esclarecer, a este respeito, que compete à administração provar que tal apreciação foi efetuada (acórdão Allen/Comissão, já referido, n.º 76).

88 Segundo o parecer do médico assessor, de 18 de maio de 2010, a quem a AIPN tinha pedido que se pronunciasse sobre a questão de saber se a patologia que provocou a intervenção cirúrgica a que a recorrente se submeteu podia ou não ser reconhecida como uma doença grave, na aceção do título III, capítulo 5, ponto 1, das DGE:

«[...]

2) A patologia da [recorrente], que determinou a intervenção cirúrgica não pode ser reconhecida como doença grave, segundo os critérios fixados pelas DGE (título [III], [c]apítulo 5, [p]onto l).

Trata-se, com efeito, de uma patologia ortopédica […]

Esta patologia, pela sua natureza, não determina um prognóstico vital desfavorável; além disso, a paciente nunca se encontrou, nem sequer durante a hospitalização, em perigo de vida.

Atualmente, conforme declara o [m]édico [e]specialista [o]rtopédico que trata [a recorrente] (relatório de 22 de [março] de 2010), as condições da paciente são totalmente satisfatórias.

'O resultado clínico e radiológico é excelente' [...]

Pelo menos dois dos requisitos fundamentais previstos para o reconhecimento de uma doença grave não se verificam, ou seja, o prognóstico vital desfavorável, e a existência ou o risco, na atualidade, de uma enfermidade/limitação grave.»

89 Há que precisar que, no presente caso, a recorrente não seguiu o procedimento estabelecido no ponto 3 do capítulo 5 do título III das DGE para os fundamentos de reconhecimento de doença grave, a qual, quando é atribuída, confere uma cobertura de 100% das despesas provocadas pela doença grave a partir da data do atestado médico que é anexado ao pedido de reconhecimento por um período máximo de 5 anos, tendo-se antes limitado, por ocasião das observações que apresentou a respeito da nota de pagamento n.º 10, bem como na sua reclamação, a solicitar, para efeitos do reembolso a 100% das suas despesas de hospitalização, que a doença que as provocou fosse considerada grave. Nestas circunstâncias, a apreciação dos quatro critérios enunciados no ponto 1 do capítulo 5 do título III das DGE deve reportar-se à situação médica da recorrente concreta conforme se apresentava imediatamente antes da sua hospitalização.

90 Ora, resulta dos próprios termos em que foi emitido o parecer do médico assessor, de 18 de maio de 2010, no que se refere ao requisito da existência ou do risco de uma limitação grave, por um lado, que este último se baseou nos dados médicos constantes de um relatório de 23 de março de 2010 emitido pelo médico ortopedista que tratava a recorrente, ou seja, mais de um ano após as intervenções médicas a que a recorrente se submeteu e, por outro lado, que o referido requisito foi apreciado em relação à situação médica da recorrente conforme se apresentava em maio de 2010, e não conforme se apresentava imediatamente antes da sua hospitalização, em fevereiro de 2009.

91 Daqui resulta que a possibilidade de um risco de limitação grave antes da hospitalização da recorrente não foi corretamente analisada.

92 Contudo, deste erro na aplicação das normas aplicáveis não decorre a anulação da decisão do Serviço de Liquidação que recusou qualificar a doença de grave. Com efeito, resulta igualmente dos termos do parecer do médico assessor, de 18 de maio de 2010, que o referido médico assessor não se limitou apenas a analisar se estava ou não preenchido um dos quatro critérios constantes do ponto 1, capítulo 5, título III das DGE, tendo-se também pronunciado sobre um segundo critério, a saber, o do prognóstico vital desfavorável. A este respeito, indicou no parecer já referido que a patologia ortopédica que provocou a hospitalização da recorrente, pela sua natureza, não conduz a um prognóstico vital desfavorável e que a recorrente nunca se encontrou, nem sequer durante a hospitalização, em situação de perigo de vida.

93 Nestas condições, uma vez que os quatro critérios para o reconhecimento de doença grave são cumulativos e devem necessariamente estar preenchidos, ainda que em graus variáveis, o facto de no presente caso um deles não estar preenchido é suficiente para afastar o reconhecimento como doença grave da doença que provocou a hospitalização da recorrente. Por conseguinte, quando o Serviço de Liquidação, com fundamento no parecer do médico assessor, de 18 de maio de 2010, que havia concluído que, no caso da recorrente, não existia um prognóstico vital desfavorável, recusou considerar como grave a doença da recorrente, não cometeu um erro manifesto de apreciação.

94 Improcedendo o único fundamento invocado em apoio do terceiro fundamento, não há que anular a decisão do Serviço de Liquidação, conforme consta da nota de pagamento controvertida, que limita o reembolso das despesas de hospitalização a 85% por a doença da recorrente não ser considerada «grave».

Quanto ao quinto fundamento, conforme especificado no primeiro fundamento do articulado complementar, que tem por objeto a decisão do Serviço de Liquidação resultante da nota de pagamento controvertida, que deixou a cargo dos recorrentes o montante de 28 800 euros a título das despesas de alojamento consideradas excessivas

95 Em apoio deste seu fundamento, os recorrentes invocam um único fundamento relativo à violação do princípio da boa administração e do dever de assistência.

Argumentos das partes

96 Os recorrentes estão de acordo a respeito do entendimento efetuado pelo Serviço de Liquidação a respeito do caráter excessivo das despesas de alojamento faturadas pela Clínica Anthea. Com efeito, o montante de 1 440 euros por dia, IVA incluído, é uma tarifa completamente exagerada por comparação com as prestações fornecidas, a saber, um quarto simples de dimensões normais, com mobília habitual, composta por uma cama de tipo hospitalar e por uma cadeira, um quarto em tudo idêntico a todos os outros quartos da clínica e, por outro lado, um serviço de refeições que, na opinião da recorrente, era banal e absolutamente medíocre.

97 No que respeita à questão de saber quem deve pagar a quantia de 28 800 euros a título de despesas de alojamento que o Serviço de Liquidação considerou excessivas, os recorrentes argumentam, em primeiro lugar, que, atendendo ao montante elevado faturado a título de alojamento, o Serviço de Liquidação não devia ter pago aquele montante à Clínica Anthea sem os ter informado previamente. Essa informação ter-lhes-ia permitido oporem-se ao pagamento uma vez que antes da hospitalização a Clínica Anthea informou a recorrente de que as despesas de alojamento eram de 300 euros por dia. A atuação do Serviço de Liquidação impediu os recorrentes de reagirem em tempo útil e colocou-os perante o facto consumado de lhes ser imputada a responsabilidade pelo pagamento do montante considerado excessivo pelo Serviço de Liquidação.

98 Em segundo lugar, os recorrentes indicam que a administração nunca lhes sugeriu que seria útil apresentar ao Serviço de Liquidação um orçamento referente às despesas de alojamento.

99 Em terceiro lugar, consideram que o Serviço de Liquidação teve um comportamento inadmissível e que prejudicou gravemente não apenas os recorrentes mas sobretudo o RCSD, que foi sujeito a um pagamento indevido. Nestas circunstâncias, na medida em que só a Comissão tinha legitimidade para agir contra a Clínica Anthea para obter o reembolso do montante pago em excesso, esta não devia ter repercutido este montante nos recorrentes.

100 Em quarto lugar, os recorrentes sustentam que não lhes pode ser imputado, seja como for, o prejuízo causado pela falta de atenção, de circunspeção e de prudência, por parte do Serviço de Liquidação.

101 A Comissão considera que as alegações dos recorrentes são improcedentes.

102 Em primeiro lugar, a Comissão argumenta que a imputação aos recorrentes pelo Serviço de Liquidação, após o parecer da junta médica, da parte das despesas de alojamento consideradas excessivas por comparação com os custos normais no país em que as despesas foram efetuadas, foi efetuada ao abrigo do artigo 20.º, n.º 2, da Regulamentação Comum. A este respeito, a Comissão recorda que o recorrente recebeu uma cópia da carta de 5 de fevereiro de 2009 na qual o Serviço de Liquidação comunicou à clínica que tomava a seu cargo as despesas de hospitalização da recorrente,

acompanhada de uma ficha informativa proveniente do Gabinete de «Gestão e liquidação de direitos individuais» (PMO, a seguir «ficha informativa»), relativa aos limites de reembolso e à cobrança dos montantes adiantados, que recordava designadamente que os montantes pagos pelo RCSD não seriam necessariamente reembolsáveis ao abrigo do artigo 72.º do Estatuto, podendo, posteriormente, ser objeto de cobrança junto do beneficiário.

103 Em segundo lugar, na sequência da contestação pela recorrente da nota de pagamento n.º 10, a Comissão fez prova da sua diligência ao ter verificado as modalidades de alojamento e ao ter-lhe prestado explicações satisfatórias. Além disso, o médico assessor, em conformidade com o artigo 41.º da Regulamentação Comum, submeteu o processo à junta médica, que emitiu o seu parecer na reunião de 10 de dezembro de 2009. Segundo a Comissão, resulta da ata da referida reunião que o cálculo das despesas reembolsáveis foi efetuado com base na legislação aplicável, tendo sido tomados como valores de referência os custos normais no país em que as despesas foram efetuadas para o mesmo tipo de alojamento.

Apreciação do Tribunal

104 É facto assente que, por força do artigo 20.º, n.º 2, da Regulamentação Comum, relativamente às prestações para as quais não está fixado um limite de reembolso, como as despesas de alojamento em caso de hospitalização, não é reembolsada a parte das despesas considerada excessiva atendendo aos custos normais no país em que as despesas foram efetuadas. É igualmente facto assente que, nos termos da mesma disposição, a parte das despesas considerada excessiva é determinada de forma casuística pelo Serviço de Liquidação do RCSD.

105 No presente caso, as partes concordam que a tarifa de 1 440 euros por dia faturada pela Clínica Anthea é excessiva em comparação com a média dos custos normais em Itália para este tipo de prestação mas, sobretudo, relativamente à tarifa de 300 euros por dia, IVA incluído, que foi indicada oralmente à recorrente por uma funcionária da Clínica Anthea antes da hospitalização. A este respeito, a recorrente juntou ao processo a declaração de uma testemunha que a acompanhou, em 13 de janeiro de 2009, quando se foi informar à Clínica Anthea sobre a tarifa de alojamento. Resulta do testemunho apresentado pelos recorrentes que, de acordo com as informações fornecidas oralmente pela referida funcionária, as tarifas praticadas, à data, pela Clínica Anthea eram de 216 euros por dia se o paciente partilhasse o seu quarto e estivesse abrangido pelo regime comum da Segurança Social e de 300 euros por dia se o paciente ficasse num quarto particular e estivesse coberto por um seguro privado.

106 As partes diferem, contudo, sobre a questão de saber se, como alegam os recorrentes, as despesas de alojamento consideradas excessivas pelo Serviço de Liquidação, ou seja 28 800 euros, devem ficar a cargo do Serviço de Liquidação por este não ter contactado os recorrentes antes de liquidar a fatura apresentada pela Clínica Anthea, ou se, como alega a Comissão, devem ser deixadas a cargo do recorrente e deduzidas da sua pensão de aposentação.

107 Há que constatar, num primeiro momento, que a possibilidade de os beneficiários disporem, em conformidade com o artigo 30.º da Regulamentação Comum, de adiantamentos que lhes permitam fazer face a despesas importantes, sob a forma de tomadas a cargo em caso de hospitalização, constitui uma indiscutível vantagem para os beneficiários. Através do envio sistemático da ficha informativa aos beneficiários do RCSD, aquando da apresentação de um pedido de tomada a cargo, os beneficiários podem ser incentivados a informarem-se, designadamente junto do estabelecimento hospitalar, sobre os eventuais custos em que poderão incorrer, e a compará-los com as DGE em vigor, para evitarem despesas consideráveis que poderão não ser reembolsadas pelo RCSD, e que acabam por constituir um encargo para os beneficiários. É necessário acrescentar, a este respeito, no que se refere a despesas de alojamento durante uma hospitalização, que as DGE não fixam um limite.

108 No presente caso, embora a recorrente se tenha informado junto da Clínica Anthea sobre as despesas de alojamento em que iria incorrer, recebeu apenas informações orais e não um documento escrito, que teria valor probatório. Todavia, é necessário acrescentar que, embora fosse desejável que os beneficiários pudessem dispor de semelhante documento, não existe nenhuma disposição, na Regulamentação Comum nem nas DGE que os obrigue a disporem de um orçamento formal e a apresentá-lo ao Serviço de Liquidação juntamente com o pedido de tomada a cargo.

109 Nestas condições, os recorrentes não podem ser acusados de terem violado uma obrigação ou uma norma jurídica. Com efeito, por um lado, não existindo um limite estabelecido nas DGE para as despesas de alojamento em caso de hospitalização, não podiam comparar o montante das despesas que lhes foi comunicado pela Clínica Anthea com o montante que seria eventualmente reembolsado. Por outro lado, admitindo que contactaram o Serviço de Liquidação para saber se as despesas de alojamento no montante de 300 euros por dia seriam reembolsadas, a resposta teria sempre que ser positiva, atendendo a que, na nota de pagamento n.º 10, o referido serviço reembolsou as referidas despesas à razão de 720 euros por dia.

110 No que respeita à Comissão, esta desempenha um papel duplo no âmbito da tomada a cargo das despesas de hospitalização.

111 Por um lado, nos termos do artigo 27.º do Regulamento n.º 1605/2002, aplicável por analogia à gestão do RCSD de acordo com o artigo 43.º da Regulamentação Comum, a Comissão deve garantir a execução das receitas e das despesas, de acordo com o princípio da boa gestão financeira, em conformidade com os princípios da economia, da eficiência e da eficácia.

112 A este respeito, resulta do artigo 52.º da Regulamentação Comum que a Comissão gere o RCSD por delegação das outras instituições e tem o dever de fixar as regras que regulam o reembolso das despesas médicas, com o objetivo de salvaguardar o equilíbrio financeiro do regime entre as despesas e as receitas. Nos termos do princípio da boa administração, a Comissão e, por acréscimo, os serviços de liquidação do RCSD, cuja criação figura entre uma das missões de gestor deste último, e cuja fiscalização, no que se refere ao respeito pelos princípios de boa gestão financeira, é assegurada pelo Serviço Central, devem assim estar atentos para não desembolsarem fundos do RCSD ao pagarem faturas de hospitalização cujos montantes são, à primeira vista, desproporcionados relativamente à média do custo de prestações similares no país em que as despesas foram efetuadas. No presente caso, o Serviço de Liquidação, devido à sua localização, estava bem colocado para conhecer os preços médios praticados pelos estabelecimentos hospitalares em Itália em matéria de alojamento e para reagir ao facto de a Clínica Anthea ter faturado, no presente caso, 57 600 euros a título do alojamento da recorrente durante quarenta dias.

113 No âmbito da tomada a cargo das despesas de hospitalização, a Comissão, por outro lado, está vinculada pelo dever de assistência relativamente ao pessoal das Instituições da União, beneficiário do RCSD.

114 Este dever de assistência obriga a Comissão e, por acréscimo, os serviços de liquidação do RCSD, quando recebam uma fatura como a que foi enviada pela Clínica Anthea ao Serviço de Liquidação, a saber, uma fatura com um montante muito elevado na qual, ao passo que as prestações médicas estão enumeradas e descritas, o alojamento é simplesmente faturado à razão de 40 dias a 1 440 euros por dia, sem detalhes relativamente ao tipo de quarto nem a prestações complementares que pudessem justificar um montante tão elevado, a não pagar imediatamente tal fatura, ainda que tenha havido uma tomada a cargo, mas antes a obter esclarecimentos escritos do estabelecimento hospitalar autor da fatura e, igualmente, a informar o beneficiário a quem, no fim de contas, o Serviço de Liquidação vai imputar, na maioria dos casos, pelo menos uma percentagem das despesas de hospitalização faturadas e, eventualmente, como no presente caso, a totalidade das despesas consideradas excessivas.

115 No presente caso, se o Serviço de Liquidação tivesse entrado em contacto com os recorrentes antes de pagar a fatura que lhe foi enviada pela Clínica Anthea, estes teriam podido invocar em tempo útil que o preço do alojamento que lhes fora indicado era de 300 euros por dia.

116 Em contrapartida, devido ao comportamento do Serviço de Liquidação, que consistiu em pagar a fatura sem levantar questões, por um lado, as despesas do RCSD aumentaram de forma injustificada, na medida em que, em vez de um reembolso a uma taxa de 85% das despesas de alojamento correspondentes a 30 dias, à razão de 300 euros por dia, o Serviço de Liquidação atribuiu um reembolso à razão de 720 euros por dia.

117 Por outro lado, os recorrentes viram-se devedores não apenas da quantia de 28 800 euros a título das despesas de alojamento consideradas excessivas pelo Serviço de Liquidação, mas também de 15% do montante correspondente a 30 dias de alojamento, à razão de 720 euros por dia, quando, se o alojamento tivesse sido faturado de acordo com as informações prestadas à recorrente, o montante que teria ficado a seu cargo teria sido consideravelmente inferior.

118 Há assim que constatar que por não ter solicitado, antes de pagar a fatura, esclarecimentos à Clínica Anthea a respeito do montante faturado a título de alojamento e por não ter informado os recorrentes do referido montante, o Serviço de Liquidação e, por acréscimo, a Comissão, violaram tanto o princípio da boa administração como o dever de assistência em relação aos recorrentes.

119 Procedendo o quinto fundamento invocado, deve ser anulada a decisão do Serviço de Liquidação decorrente da nota de pagamento controvertida que deixou a cargo dos recorrentes a quantia de 28 800 euros a título das despesas de alojamento consideradas excessivas.

120 Atendendo às considerações anteriores, há que indeferir o pedido dos recorrentes, que constitui o objeto do oitavo fundamento da petição, de aplicação das medidas de instrução por eles propostas.

Quanto às despesas

121 Nos termos do artigo 87.º, n.º 1, do Regulamento de Processo, sem prejuízo das restantes disposições do capítulo VIII, do título II do referido regulamento, a parte vencida é condenada nas despesas se a parte vencedora o tiver requerido. Todavia, por força do artigo 88.º do referido regulamento, «[u]ma parte, mesmo vencedora, pode ser condenada parcialmente ou na totalidade das despesas se tal se justificar em razão da sua atitude, incluindo antes do início da instância, em especial se tiver feito incorrer a outra parte em despesas que sejam consideradas inúteis ou vexatórias».

122 No caso vertente, embora resulte dos fundamentos acima apresentados que os recorrentes só parcialmente obtiveram ganho de causa no que se refere aos fundamentos apresentados contra a nota de pagamento controvertida, o que significa que a Comissão só parcialmente foi vencida no que respeita aos referidos fundamentos, resulta igualmente que o comportamento do Serviço de Liquidação, considerado ilegal, fez com que os recorrentes tenham incorrido em despesas suplementares, uma vez que o custo do alojamento que foi objeto de reembolso à taxa de 85% foi consideravelmente superior ao esperado pelos recorrentes.

123 Atendendo às circunstâncias especiais do presente caso, e esclarecendo-se que a aplicação do artigo 88.º do Regulamento de Processo não se restringe apenas a situações em que a administração tenha feito incorrer os recorrentes em despesas inúteis ou vexatórias, a Comissão deve suportar as suas próprias despesas, incluindo as efetuadas no processo de medidas provisórias, e é condenada a suportar as despesas efetuadas pelos recorrentes, incluindo as que estes efetuaram no processo de medidas provisórias.

Pelos fundamentos expostos,

O TRIBUNAL DA FUNÇÃO PÚBLICA (Segunda Secção)

decide:

1) **É anulada a decisão do Serviço de Liquidação de Ispra (Itália), conforme resulta da nota de pagamento n.º 10, de 1 de outubro de 2009, de deixar a cargo de M. A. de Pretis Cagnodo o montante de 28 800 euros a título de despesas de alojamento de S. Trampuz de Pretis Cagnodo que foram consideradas excessivas.**

2) **É negado provimento ao recurso quanto ao restante.**

3) **A Comissão Europeia suporta a totalidade das suas próprias despesas e é condenada a suportar a totalidade das despesas efetuadas por M. A. de Pretis Cagnodo e S. Trampuz de Pretis Cagnodo.**

Rofes i Pujol Boruta Bradley

Proferido em audiência pública no Luxemburgo, em 16 de maio de 2013.

O secretário
W. Hakenberg

O presidente
M. I. Rofes i Pujol