HOTĂRÂREA TRIBUNALULUI FUNCȚIEI PUBLICE A UNIUNII EUROPENE (Camera a doua)

16 mai 2013 *

„Funcție publică — Asigurări sociale — Boală gravă — Noțiune — Spitalizare — Suportarea cheltuielilor — Plată directă de către biroul lichidatorului — Lipsa unor plafoane în DGA pentru cheltuielile de cazare — Obligația de a informa în prealabil persoana afiliată în cazul unei facturări excesive”

În cauza F-104/10,

având ca obiect o acțiune formulată în temeiul articolului 270 TFUE, aplicabil Tratatului CEEA în temeiul articolului 106a din acesta,

**Mario Alberto de Pretis Cagnodo,** fost funcționar al Comisiei Europene,

**Serena Trampuz de Pretis Cagnodo,** soția sa,

cu domiciliul în Trieste (Italia), reprezentați de C. Falagiani, avocat,

reclamanți,

împotriva

**Comisiei Europene,** reprezentată de J. Currall și de D. Martin, în calitate de agenți, asistați de A. Dal Ferro, avocat,

pârâtă,

TRIBUNALUL FUNCȚIEI PUBLICE (Camera a doua),

compus din doamna M. I. Rofes i Pujol (raportor), președinte, doamna I. Boruta și domnul K. Bradley, judecători,

grefier: domnul J. Tomac, administrator,

având în vedere procedura scrisă și în urma ședinței din 21 iunie 2012,

pronunță prezenta

* Limba de procedură: italiana.

## Hotărâre

1 Prin cererea introductivă depusă la grefa Tribunalului la 21 octombrie 2010, domnul de Pretis Cagnodo și soția sa, doamna Trampuz de Pretis Cagnodo, au formulat prezenta acțiune având ca obiect anularea deciziilor Biroului lichidatorului din Ispra (Italia) (denumit în continuare „biroul lichidatorului") din cadrul Sistemului comun de asigurări de sănătate (denumit în continuare „RCAM"), astfel cum rezultă din borderoul de plată nr. 10 din 1 octombrie 2009, prin care se refuză rambursarea integrală a cheltuielilor legate de spitalizarea reclamantei efectuate între 13 februarie 2009 și 25 martie 2009 și prin care se impută reclamantului suma de 28 800 de euro reprezentând cheltuieli de cazare pe durata spitalizării considerate excesivă.

## Cadrul juridic

2 Articolul 72 din Statutul funcționarilor Uniunii Europene, în versiunea sa aplicabilă litigiului (denumit în continuare „statutul"), prevede:

„(1) Pe baza unei reglementări adoptate de comun acord de către instituțiile [Uniunii] după obținerea avizului Comitetului pentru statutul funcționarilor, funcționarul, soțul acestuia, atunci când acesta din urmă nu poate beneficia de prestații de aceeași natură și de același nivel în temeiul oricăror altor acte cu putere de lege sau norme administrative, copiii funcționarului și celelalte persoane aflate în întreținerea sa în sensul articolului 2 din anexa VII sunt asigurați împotriva riscurilor de boală în limita a 80 % din cheltuielile suportate. Procentul menționat anterior se ridică la 85 % pentru următoarele prestații: consultații și vizite medicale, intervenții chirurgicale, spitalizare, produse farmaceutice, radiologie, analize, examene de laborator și proteze pe bază de rețetă medicală, cu excepția protezelor dentare. Procentul se ridică la 100 % în caz de tuberculoză, poliomielită, cancer, boli mintale și alte boli recunoscute de autoritatea împuternicită să facă numiri ca fiind de gravitate comparabilă, precum și pentru examenele de depistare și în caz de naștere. Cu toate acestea, rambursarea în procent de 100 % nu se aplică în cazuri de boală profesională sau de accident care a determinat aplicarea articolului 73.

[...]

(2) Funcționarul care a rămas în serviciul [Uniunii] până la vârsta de 63 de ani sau care este titular al unei prestații de invaliditate beneficiază după încetarea raporturilor de muncă de dispozițiile prevăzute la alineatul (1). Contribuția se calculează pe baza pensiei sau a prestației.

[...]

(2a) De dispozițiile prevăzute la alineatul (1) beneficiază, de asemenea, următoarele persoane, cu condiția să nu exercite nicio activitate profesională remunerată:

(i) fostul funcționar titular al unei pensii pentru limită de vârstă care și-a încheiat activitatea în serviciul [Uniunii] înainte de vârsta de 63 de ani,

[...]"

3 În temeiul articolului 27 din Regulamentul (CE, Euratom) nr. 1605/2002 al Consiliului din 25 iunie 2002 privind Regulamentul financiar aplicabil bugetului general al Comunităților Europene (JO L 248, p. 1, Ediție specială, 01/vol. 3, p. 198):

„(1) Creditele bugetare se utilizează în conformitate cu principiul bunei gestiuni financiare, adică în conformitate cu principiile economiei, eficienței și eficacității.

(2) Principiul economiei prevede ca resursele utilizate de instituție pentru desfășurarea activităților sale să fie puse la dispoziție în timp util, în cantitatea și la calitatea adecvate și la cel mai bun preț.

Principiul eficienței vizează cel mai bun raport între resursele utilizate și rezultatele obținute.

Principiul eficacității vizează îndeplinirea obiectivelor specifice stabilite și obținerea rezultatelor scontate.

[...]”

4 Articolul 36 din Regulamentul de procedură prevede:

„În cazul în care cererea introductivă nu îndeplinește condițiile enumerate de articolul 35 alineatul (1) literele (a), (b) și (c), alineatul (2) sau alineatul (5), grefierul stabilește un termen rezonabil pentru ca reclamantul să îndrepte neregularitatea cererii. În cazul în care, în termenul stabilit în acest scop, reclamantul nu procedează la îndreptarea neregularității, Tribunalul decide dacă nerespectarea acestor cerințe determină inadmisibilitatea cererii introductive pentru neîndeplinirea condițiilor de formă.”

5 Articolul 1 din Reglementarea comună privind asigurarea riscurilor de boală ale funcționarilor Uniunii Europene menționată la articolul 72 din statut (denumită în continuare „reglementarea comună”) are următorul conținut:

„În temeiul articolului 72 din statut, se instituie un [RCAM]. Acest sistem garantează beneficiarilor, în limitele și în condițiile prevăzute în prezenta reglementare și în dispozițiile generale de aplicare adoptate în temeiul articolului 52 din aceasta, rambursarea cheltuielilor efectuate ca urmare a unei boli, a unui accident sau a maternității, precum și plata unei indemnizații pentru cheltuieli de înmormântare.

Beneficiarii sunt persoanele afiliate și persoanele asigurate prin asigurarea acestora.

[...]”

6 Articolul 2 din reglementarea comună prevede:

„[...]

(3) Sunt afiliați la [RCAM]:

— foștii funcționari și agenți temporari beneficiari ai unei pensii pentru limită de vârstă;

— [...]”

7 Articolul 12 din reglementarea comună prevede:

„Sunt persoane asigurate prin asigurarea funcționarului, în conformitate cu condițiile stabilite la articolele 13 și 14:

— soțul funcționarului, în măsura în care nu este el însuși asigurat la [RCAM];

— [...]”

8 În temeiul articolului 20 din reglementarea comună, care stabilește normele generale de rambursare:

„(1) În scopul asigurării echilibrului financiar al [RCAM] și cu respectarea principiului de asigurare socială care stă la baza articolului 72 din statut, pot fi stabilite plafoane de rambursare a anumitor prestații în dispozițiile generale de aplicare.

Dacă cheltuielile efectuate de persoana afiliată sunt inferioare plafonului, rambursarea se calculează pe baza sumei plătite.

(2) În cazul prestațiilor pentru care nu este stabilit niciun plafon de rambursare, partea de cheltuieli considerată excesivă în raport cu costurile normale în țara în care au fost efectuate cheltuielile nu dă dreptul la rambursare. Partea de cheltuieli considerată excesivă este stabilită pentru fiecare caz în parte de biroul lichidatorului din cadrul [RCAM] după obținerea avizului medicului consultant.

[...]

(6) În conformitate cu articolul 72 alineatul (1) din statut, cheltuielile sunt rambursate în procent de 100 % în caz de tuberculoză, poliomielită, cancer, boli mintale și alte boli recunoscute de autoritatea împuternicită să facă numiri ca fiind de gravitate comparabilă, după obținerea avizului medicului consultant al biroului lichidatorului din cadrul [RCAM].

Acest aviz este eliberat pe baza criteriilor generale stabilite în dispozițiile generale de aplicare după consultarea consiliului medical [al RCAM].

[...]”

9 Articolul 30 din reglementarea comună prevede:

„(1) Persoanelor afiliate li se pot acorda avansuri care să le permită să facă față unor cheltuieli importante. Acestea sunt atribuite în principal sub forma suportării cheltuielilor în caz de spitalizare.

(2) Avansurile pentru cheltuieli medicale se recuperează fie din fiecare sumă datorată persoanei afiliate în temeiul [RCAM], fie din remunerație sau din pensie, fie din orice sumă datorată persoanei afiliate de instituția sa, fie din pensia de urmaș acordată în urma decesului persoanei afiliate. [...]”

10 În temeiul articolului 35 din reglementarea comună:

„[...]

(2) Înainte de a lua o decizie cu privire la o reclamație formulată în temeiul articolului 90 alineatul (2) din statut, autoritatea împuternicită să facă numiri sau, după caz, consiliul de administrație [al RCAM] trebuie să solicite avizul comitetului de gestiune [al RCAM].

[...]”

11 Articolul 36 din reglementarea comună prevede:

„Funcționarea prezentului regim este asigurată de un comitet de gestiune, de un birou central, de birourile lichidatorilor și de un consiliu medical.”

12 Articolul 41 din reglementarea comună stabilește:

„Comitetul de gestiune este asistat de un consiliu medical compus dintr-un medic consultant pentru fiecare instituție și din medici consultanți pentru fiecare birou al lichidatorului.

Consiliul medical poate fi consultat de comitetul de gestiune sau de biroul central cu privire la orice problemă de natură medicală care ar apărea în cadrul [RCAM]. Acesta se întrunește la solicitarea comitetului de gestiune sau a biroului central sau la solicitarea unuia dintre medicii consultanți ai birourilor lichidatorilor și emite avizul său în termenul care îi este indicat."

13 Articolul 43 din reglementarea comună prevede, în ceea ce privește ordonanțarea și controlul:

„(1) Execuția veniturilor și a cheltuielilor [RCAM] se efectuează, prin analogie, în conformitate cu dispozițiile prevăzute în Regulamentul [nr. 1605/2002] și în special cu articolul 60 din acesta.

(2) [...]

(3) Biroul central efectuează sau dispune efectuarea de controale *ex post* în vederea

— asigurării legalității operațiunilor efectuate de birourile lichidatorilor și respectării principiilor bunei gestiuni financiare,

[...]"

14 Potrivit articolului 52 din reglementarea comună:

„(1) În temeiul articolului 72 alineatul (1) al treilea paragraf din statut, instituțiile deleagă Comisiei [Europene] competența de a stabili, prin dispoziții generale de aplicare, normele care reglementează rambursarea cheltuielilor cu scopul asigurării echilibrului financiar al [RCAM] și cu respectarea principiului de asigurare socială care stă la baza articolului 72 alineatul (1) primul paragraf din statut.

[...]"

15 Titlul II capitolul 2 punctul 1.3 din dispozițiile generale de aplicare adoptate de Comisia Europeană în temeiul articolului 52 din reglementarea comună (denumite în continuare „DGA"), care privește modalitățile de rambursare în caz de spitalizare, stabilește în privința ratei de rambursare:

„Orice ședere considerată ca fiind spitalizare este rambursată în proporție de 85 % în cazul unei intervenții chirurgicale sau în caz de spitalizare pe motive medicale.

Această rată de rambursare se ridică la 100 %:

— în cazul unei boli grave;

— [...]

— în cazul unei spitalizări prelungite, pentru cheltuielile de ședere aferente perioadei care depășește [treizeci] de zile consecutive, după obținerea avizului medicului consultant."

16 În ceea ce privește condițiile de rambursare, punctul 1.3 din DGA menționat anterior prevede:

„Pentru a fi rambursată, spitalizarea trebuie să facă obiectul unui raport medical comunicat medicului consultant din cadrul biroului lichidatorului.

— Cheltuieli de cazare:

Cheltuielile de ședere legate de costurile cu pensiunea, cu serviciile și cu taxele se rambursează pe baza cheltuielilor efectuate în mod real și în funcție de normele de facturare în vigoare în domeniu în țara în care a avut loc spitalizarea. Dacă acestea sunt incluse în prețul forfetar al zilei de spitalizare, rambursarea se face integral.

Rambursarea cheltuielilor care rezultă din alegerea camerei se limitează la prețul celei mai ieftine rezerve individuale din spital.

Rambursarea cheltuielilor se limitează la durata spitalizării necesare din punct de vedere medical pentru efectuarea intervențiilor sau pentru acordarea de îngrijiri în țara în care a avut loc spitalizarea.

[...]”

17 Titlul III capitolul 4 din DGA, care reglementează suportarea cheltuielilor și avansurile, precizează:

„În conformitate cu articolul 30 din reglementarea comună, persoanelor afiliate li se pot acorda avansuri care să le permită să facă față unor cheltuieli importante. Acestea sunt atribuite în principiu sub forma suportării cheltuielilor și în mod excepțional sub formă de avansuri.

[...]

(1) Suportarea cheltuielilor

Cu excepția cazurilor urgente sau de forță majoră, suportarea cheltuielilor trebuie să fie solicitată în prealabil de persoana afiliată.

Suportarea cheltuielilor are loc în următoarele cazuri:

— În caz de spitalizare, suportarea cheltuielilor acoperă facturile principale și pe cele aferente intervențiilor chirurgicale.

[...]

În cadrul suportării unor cheltuieli, partea de cheltuieli care rămâne în sarcina persoanei afiliate după tarifare este reținută în principiu din rambursările ulterioare, eventual din remunerația acesteia, din pensie sau din orice altă sumă care îi este datorată de instituția sa. La solicitarea biroului lichidatorului, soldul poate fi rambursat prin virament în contul bancar al RCAM.

[...]”

18 Titlul III capitolul 5 din DGA, referitor la recunoașterea statutului de boală gravă, prevede următoarele:

„(1) Definiție

Sunt recunoscute în special ca boli grave cazurile de tuberculoză, poliomielită, cancer, boli mintale și alte boli recunoscute de [autoritatea împuternicită să facă numiri] ca fiind de gravitate comparabilă.

Acestea din urmă privesc afecțiuni care reunesc, în grade variabile, următoarele patru criterii:

— prognostic vital nefavorabil;

— evoluție cronică;

— necesitatea unor măsuri de diagnostic și/sau terapeutice serioase;

— prezența sau riscul unui handicap grav.

[...]”

**Situația de fapt**

19 Reclamantul, fost funcționar al Comisiei și beneficiar al unei pensii pentru limită de vârstă, este, în această calitate, afiliat la RCAM. Soția sa, de asemenea reclamantă în prezenta cauză, este asigurată cu titlu principal de RCAM în calitatea sa de soție a unei persoane afiliate și de persoană asigurată prin asigurarea acesteia din urmă.

20 La 22 ianuarie 2009, reclamanta a introdus, în calitate de soție a persoanei afiliate și de reprezentant al acesteia, o cerere de suportare a cheltuielilor, în temeiul titlului III capitolul 4 punctul 1 din DGA, la biroul lichidatorului în vederea propriei sale spitalizări, prevăzută pentru 12 februarie 2009, la clinica Anthea din Bari (Italia). La 5 februarie 2009, biroul lichidatorului a admis cererea și a trimis clinicii o scrisoare prin care o informa că urma să suporte cheltuielile de spitalizare a reclamantei și în care preciza că nu trebuia să fie trimisă asiguraților nicio factură provizorie sau cerere de avans.

21 Spitalizarea a avut loc la 13 februarie 2009. La 14 februarie 2009, reclamanta a fost supusă unei intervenții, urmată de o complicație care a necesitat o a doua intervenție chirurgicală, la 25 februarie 2009. Șederea reclamantei la clinica Anthea a durat până la 25 martie 2009, și anume 40 de zile în total.

22 La 13 aprilie 2009, dând curs deciziei de suportare a cheltuielilor, biroul lichidatorului a contactat clinica Anthea, solicitându-i să îi transmită direct, iar nu prin intermediul pacientei, factura principală pentru efectuarea plății. Clinica Anthea a trimis biroului lichidatorului factura nr. 4080 din 16 aprilie 2009 în valoare totală de 83 893,20 euro, inclusiv taxa pe valoarea adăugată (denumită în continuare „TVA”), din care 57 600 de euro pentru cheltuielile de cazare în cuantum de 1 440 de euro pe zi, inclusiv TVA, și 26 293,20 euro pentru cheltuielile medicale și de spitalizare. Factura, detaliată în ceea ce privește aceste din urmă cheltuieli, însă fără a specifica tipul rezervei ocupate de reclamantă, a fost achitată în întregime de biroul lichidatorului, fără a informa în prealabil reclamanții cu privire la suma facturată.

23 Biroul lichidatorului a transmis reclamantului borderoul de plată nr. 10 din 1 octombrie 2009, din care rezultă: (i) că suma totală plătită pentru spitalizare a fost de 83 893,20 euro, (ii) că biroul lichidatorului a considerat excesive cheltuielile de cazare facturate totalizând 57 600 de euro, (iii) că rambursarea pentru aceste din urmă cheltuieli a fost limitată la 28 800 de euro, respectiv 720 de euro pe zi, inclusiv TVA, restul de 28 800 de euro fiind lăsați în sarcina persoanei afiliate, și (iv) că cheltuielile de spitalizare rambursabile, și anume 55 093,20 euro, din care 26 293,2 euro cu titlu de cheltuieli medicale și 28 800 de euro pentru cazare, i-au fost rambursate reclamantului în proporție de 85 %, și anume 46 829,22 euro au fost suportați de biroul lichidatorului, iar restul de 8 263,98 euro au rămas în sarcina reclamantului. Din aceste calcule rezultă că, pentru 40 de zile de spitalizare, inclusiv cheltuieli medicale și de cazare, biroul lichidatorului a considerat ca fiind rambursabilă suma de 1 377,30 euro pe zi de spitalizare.

24 Reclamanta a prezentat observații cu privire la borderoul de plată nr. 10 și a subliniat posibilitatea de a contacta clinica Anthea pentru a obține mai multe informații referitoare la cazare. Astfel cum reiese de asemenea din decizia Comisiei din 23 iulie 2010, care va fi adoptată ca răspuns la reclamația formulată de reclamantă în temeiul articolului 90 alineatul (2) din statut (denumită în continuare „decizia de

respingere a reclamației”), s-a adus la cunoștința acesteia din urmă la 13 noiembrie 2009 că dosarul său fusese transmis consiliului medical din cadrul RCAM (denumit în continuare „consiliul medical”) pentru avizare. Rezultă de asemenea din decizia de respingere a reclamației că, printr-un e-mail din 26 noiembrie 2009, reclamanta a solicitat casei de asigurări de sănătate să contacteze clinica Anthea în vederea unei eventuale recalculări a facturii din 16 aprilie 2009.

25 Din decizia de respingere a reclamației mai rezultă că, printr-un e-mail din 27 noiembrie 2009, biroul lichidatorului i-a comunicat reclamantei conținutul convorbirii telefonice pe care reprezentantul său o avusese cu un angajat al clinicii Anthea. În cursul convorbirii menționate, acesta din urmă ar fi precizat că reclamanta fusese spitalizată într-un apartament foarte luxos, cu pat din alamă și meniu à la carte. Solicitarea scrisă efectuată de biroul lichidatorului având ca obiect comunicarea prețului celei mai ieftine rezerve individuale din clinică nu a primit răspuns din partea clinicii Anthea.

26 Rezultă din procesul-verbal al reuniunii consiliului medical desfășurate la Bruxelles (Belgia) la 10 decembrie 2009, comunicat reclamantului printr-o scrisoare a biroului lichidatorului din 26 ianuarie 2010, că consiliul medical a confirmat caracterul excesiv al cheltuielilor de cazare facturate, în valoare totală de 57 600 de euro, pe baza informațiilor furnizate de medicii italieni, potrivit cărora costul înregistrat în Italia pentru acest tip de cheltuieli se situează între 400 și 600 de euro pe zi, fără TVA (denumită în continuare „decizia din 26 ianuarie 2010”).

27 Reclamanta a introdus o reclamație, datată 16 aprilie 2010 și înregistrată de Comisie la 22 aprilie 2010, în temeiul articolului 90 alineatul (2) din statut. În reclamația sa, reclamanta consideră, pe de o parte, că biroul lichidatorului, destinatar al facturii emise de clinica Anthea, ar fi trebuit să invoce în timp util caracterul excesiv al sumei solicitate cu titlul de cheltuieli de cazare și să nu efectueze plata acesteia. Pe de altă parte, reclamanta consideră că cheltuielile legate de spitalizarea sa ar fi trebuit să fie rambursate integral, întrucât boala care a determinat spitalizarea sa este „gravă” în sensul articolului 72 alineatul (1) primul paragraf din statut. În sfârșit, reclamanta susține că, întrucât perioada de spitalizare care depășea 30 de zile era justificată, cheltuielile de spitalizare aferente ultimelor 10 zile ar fi trebuit să facă obiectul unei rambursări integrale. În ceea ce privește caracterul excesiv al cheltuielilor de cazare, reclamanta se plânge de faptul că, în loc să le factureze la tariful de 300 de euro pe zi pentru o rezervă individuală, sumă care îi fusese comunicată verbal în două rânduri înainte de spitalizare, clinica Anthea ar fi umflat costul cazării până la 1 440 de euro pe zi sub pretextul că ar fi cazat-o într-un apartament luxos, ceea ce ar fi fals, dat fiind faptul că clinica în cauză nu dispune de apartamente pentru pacienți.

28 Având în vedere reclamația, autoritatea împuternicită să facă numiri (denumită în continuare „AIPN”) a cerut avizul medicului consultant din cadrul biroului lichidatorului (denumit în continuare „medicul consultant”) cu privire la aspectul dacă, pe de o parte, cheltuielile de spitalizare aferente perioadei care depășea 30 de zile consecutive erau justificate și, pe de altă parte, dacă patologia care a condus la intervenția chirurgicală la care fusese supusă reclamanta putea fi recunoscută drept boală gravă în sensul titlului III capitolul 5 punctul 1 din DGA. În avizul emis la 18 mai 2010, medicul consultant a concluzionat, în ceea ce privește prima întrebare, că externarea pacientei din clinica Anthea era posibilă începând cu 8 martie 2009, întrucât terapiile și examinările efectuate ulterior puteau fi efectuate la domiciliu sau în ambulatoriu. În ceea ce privește a doua întrebare, acesta a apreciat că cel puțin două dintre criteriile fundamentale pentru identificarea bolii grave, și anume prognosticul vital nefavorabil și prezența sau riscul unei infirmități sau al unui handicap grav, nu erau îndeplinite.

29 În conformitate cu articolul 35 alineatul (2) din reglementarea comună, AIPN a solicitat de asemenea avizul comitetului de gestiune al RCAM (denumit în continuare „comitetul de gestiune”). Cu ocazia reuniunii sale din 9 și 10 iunie 2010, acesta din urmă a discutat problemele ridicate de reclamație și s-a adresat consiliului medical cu privire la problema dacă durata spitalizării era indispensabilă din punct de vedere medical. Consiliul medical a răspuns la 24 iunie 2010 că nu existau la dosar suficiente elemente referitoare la spitalizarea pentru o perioadă care depășea 30 de zile și a considerat că dispoziția din titlul II capitolul 2 punctul 1.3 din DGA privind rambursarea integrală a cheltuielilor

de ședere aferente perioadei care depășește 30 de zile consecutive ar putea fi aplicabilă reclamantei. Având în vedere răspunsul consiliului medical, comitetul de gestiune s-a arătat favorabil confirmării deciziei biroului lichidatorului de a nu aplica reclamantei rata de rambursare de 100 % pentru boală gravă.

30 Prin decizia de respingere a reclamației s-a refuzat admiterea atât a caracterului excesiv al cheltuielilor de cazare care depășeau 720 de euro pe zi, inclusiv TVA, cât și a absenței unei boli grave în sensul titlului III capitolul 5 punctul 1 din DGA. În ceea ce privește problema dacă spitalizarea reclamantei pentru o perioadă care depășea 30 de zile era indispensabilă, AIPN a considerat necesar să retrimită dosarul la biroul lichidatorului pentru ca acesta din urmă să solicite o expertiză medicală externă.

31 Din decizia de respingere a reclamației rezultă de asemenea că, în avizul adoptat în urma reuniunii sale din 9 și 10 iunie 2010, comitetul de gestiune a solicitat ca biroul central și/sau biroul lichidatorului să acorde asistență reclamantei în vederea recuperării de la clinica Anthea a sumelor facturate în mod excesiv pentru cazare. Din dosar nu reiese că birourile lichidatorilor menționate au dat curs acestei solicitări a comitetului de gestiune.

**Concluziile părților**

32 În cererea introductivă, reclamanții solicită Tribunalului:

— suspendarea sau interzicerea provizorie a executării procedurii de recuperare forțată a sumelor în cauză și interzicerea temporară a reținerii din oficiu din pensia reclamantului (primul capăt de cerere);

— constatarea și declararea faptului că reclamantei nu i se poate face niciun reproș și nu i se poate aduce nicio critică în ceea ce privește cuantumul și plata cheltuielilor de cazare, astfel cum au fost stabilite de clinica în care aceasta a fost supusă intervenției (al doilea capăt de cerere);

— calificarea drept „grave” a bolii care a cauzat spitalizarea reclamantei și a intervențiilor la care aceasta a fost supusă (al treilea capăt de cerere);

— considerarea duratei spitalizării ca fiind inevitabilă și corectă din punct de vedere terapeutic (al patrulea capăt de cerere);

— declararea reclamanților ca fiind scutiți de orice rambursare a prestațiilor efectuate de biroul lichidatorului (al cincilea capăt de cerere);

— dispunerea anulării de către Comisie a cererii de restituire a sumei de 41 833 de euro sau a unei alte sume care ar fi eventual stabilită (al șaselea capăt de cerere);

— dispunerea abținerii Comisiei de la orice reținere din oficiu din pensia reclamantului a sumei de 41 833 de euro sau a oricărei alte sume care ar fi stabilită (al șaptelea capăt de cerere);

— încuviințarea diferitor activități de cercetare judecătorească (al optulea capăt de cerere);

— obligarea Comisiei la plata cheltuielilor de judecată (al nouălea capăt de cerere).

33 Reclamanții și-au precizat și și-au extins concluziile cu ocazia îndreptării neregularității cererii introductive la 16 noiembrie 2010, în sensul că, prin acțiunea lor, solicită Tribunalului:

— anularea deciziei Comisiei, astfel cum reiese din borderoul de plată nr. 10 din 1 octombrie 2009;

— anularea deciziei din 26 ianuarie 2010;

— anularea deciziei de respingere a reclamației.

34 Comisia solicită Tribunalului:

— respingerea acțiunii ca inadmisibilă și/sau nefondată;

— obligarea reclamanților la plata cheltuielilor de judecată.

**Procedură**

35 La 5 noiembrie 2010, grefa Tribunalului s-a adresat reprezentantului reclamanților, în conformitate cu articolul 36 din Regulamentul de procedură, în scopul îndreptării neregularităților cererii introductive la care nu erau anexate nici actul a cărui anulare era solicitată, nici atestatul reprezentantului reclamanților, nici un rezumat al litigiului și i-a acordat în acest scop un termen până la 15 noiembrie 2010. Întrucât neregularitățile cererii introductive au fost îndreptate abia la 16 noiembrie 2010, Camera a doua a Tribunalului, căreia i-a fost atribuită cauza, a decis, în ședința sa din 24 octombrie 2011, în temeiul puterii de apreciere pe care i-o recunoaște articolul 36 din Regulamentul de procedură, că, în speță, nerespectarea termenului pentru îndreptarea neregularităților nu trebuia să atragă după sine inadmisibilitatea cererii introductive.

36 Prin înscris separat depus la grefa Tribunalului la 15 noiembrie 2010, reclamanții au introdus o cerere prin care au solicitat judecătorului delegat cu luarea măsurilor provizorii să dispună suspendarea executării procedurii de recuperare forțată prin reținerea din oficiu din pensia pentru limită de vârstă a reclamantului a sumelor nerambursate aferente spitalizării reclamantei. Această cerere introductivă a fost înregistrată sub numărul F-104/10 R.

37 Prin Ordonanța din 15 februarie 2011, de Pretis Cagnodo și Trampuz de Pretis Cagnodo/Comisia (F-104/10 R), președintele Tribunalului a respins cererea de suspendare a executării, întrucât reclamanții nu au dovedit că era îndeplinită, în speță, condiția privind urgența.

38 La 11 aprilie 2011, reclamanții au comunicat Tribunalului expertiza medicală externă solicitată de biroul lichidatorului pentru a da curs deciziei de respingere a reclamației pe care biroul lichidatorului le-o transmisese la 30 martie 2011. În acest document, medicul specialist consultat a concluzionat că elementele din dosar permiteau justificarea spitalizării reclamantei pentru o perioadă de peste 30 de zile. Biroul lichidatorului a dat curs acestui aviz și, în borderoul de plată nr. 11 din 18 martie 2011, a contabilizat 2 066 de euro în favoarea reclamantului, care au fost scăzuți din suma totală lăsată în sarcina acestuia. Ca urmare a acestei operații, pe lângă cei 28 800 de euro cu titlu de cheltuieli de cazare considerate excesive de biroul lichidatorului, în sarcina reclamantului a rămas suma de 6 197,98 euro.

39 La 26 octombrie 2011, grefa Tribunalului a comunicat părților măsurile de organizare a procedurii stabilite de Tribunal, în conformitate cu articolul 56 din Regulamentul de procedură, prin care se urmărea clarificarea anumitor puncte și ascultarea reclamanților cu privire la inadmisibilitatea acțiunii invocată de Comisie în memoriul său în apărare.

40 În aceeași comunicare, grefa Tribunalului a informat părțile că Tribunalul avea în vedere, în temeiul articolului 77 din Regulamentul de procedură, să invoce din oficiu o cauză de inadmisibilitate întemeiată pe lipsa interesului reclamantei de a exercita acțiunea, în special pentru motivele că borderoul de plată nr. 10 îl leza pe reclamant, deși numai reclamanta formulase o reclamație, și că, la prima vedere, aceasta nu părea să poată obține un beneficiu direct din eventuala anulare a borderoului de plată menționat, întrucât nu era nici destinatara, nici beneficiara acestuia.

41 Părțile au avut la dispoziție trei săptămâni pentru a da curs măsurilor de organizare a procedurii, precum și pentru a-și prezenta observațiile cu privire la cauza de inadmisibilitate invocată din oficiu și au procedat astfel în termenul stabilit.

42 Judecătorul raportor însărcinat de Tribunal în acest scop în temeiul articolului 68 din Regulamentul de procedură a examinat posibilitatea soluționării amiabile a litigiului dintre reclamanți și Comisie și a propus, în martie 2012, o soluție care ar fi putut pune capăt diferendului, soluție cu care părțile nu au fost de acord. Completul de judecată, în ședința camerei din 26 aprilie 2012, a constatat eșecul tentativei de soluționare amiabilă și a decis deschiderea procedurii orale.

43 În ședința din 21 iunie 2012, reprezentantul reclamanților a informat Tribunalul că renunță la judecarea celui de al patrulea capăt de cerere, având ca obiect anularea borderoului de plată nr. 10, întrucât nu recunoscuse necesitatea unei spitalizări prelungite, în măsura în care, având în vedere concluziile specialistului consultat în cadrul expertizei medicale externe solicitate de biroul lichidatorului, acesta din urmă hotărâse să ramburseze integral cheltuielile de spitalizare ale reclamantei aferente perioadei care depășea 30 de zile.

**Cu privire la admisibilitate**

*Argumentele părților*

44 În primul rând, în memoriul în apărare, Comisia, fără a solicita în mod expres ca acțiunea să fie declarată inadmisibilă, a exprimat îndoieli cu privire la admisibilitatea faptului că la procedura precontencioasă participase exclusiv reclamanta, care nu are calitatea de persoană afiliată la RCAM, în condițiile în care numai persoana afiliată, și anume reclamantul, ar fi abilitată, în temeiul articolului 90 și următoarele din statut, să inițieze procedura administrativă. În privința acestui aspect, Comisia a lăsat hotărârea la aprecierea Tribunalului.

45 În continuare, în răspunsul său la măsurile de organizare a procedurii, Comisia a reluat, la rândul său, cauza de inadmisibilitate invocată din oficiu de Tribunal, întemeiată pe lipsa interesului reclamantei de a exercita acțiunea, și a solicitat în mod oficial Tribunalului să declare acțiunea inadmisibilă, întrucât acțiunea reclamantului nu a fost precedată de o reclamație în temeiul articolului 90 alineatul (2) din statut, deși el este singurul destinatar al borderoului de plată contestat emis de biroul lichidatorului, soția sa nefiind oficial destinatara facturii emise de clinica Anthea.

46 În al doilea rând, în memoriul în apărare, Comisia a invocat inadmisibilitatea cererii introductive întrucât aceasta nu ar fi conformă cu articolul 35 din Regulamentul de procedură, în măsura în care nu ar enunța nici motivele acțiunii, nici argumentele de drept invocate în susținerea concluziilor reclamanților.

47 În al treilea rând, în opinia Comisiei, acțiunea ar fi inadmisibilă întrucât, prin faptul că solicită Tribunalului, printre altele, să califice drept „gravă” boala reclamantei, reclamanții ar urmări ca Tribunalul să se pronunțe cu privire la probleme de natură medicală, care nu intră ca atare în sfera de competență a acestuia.

48 În al patrulea rând, Comisia solicită ca acțiunea să fie declarată inadmisibilă ca urmare a faptului că reclamanții solicită Tribunalului, prin intermediul anumitor capete de cerere, să îi adreseze somații.

49 În ceea ce îi privește, reclamanții afirmă că excepția de inadmisibilitate întemeiată pe lipsa interesului reclamantei de a exercita acțiunea nu este fondată. Astfel, articolul 90 alineatul (2) din statut se referă la toate persoanele care au un interes în aplicarea sa. În speță, reclamația a fost formulată de reclamantă, care nu dispune de niciun venit propriu, subzistența sa depinzând exclusiv de pensia

pentru limită de vârstă pe care o primește soțul său. Prin urmare, orice eveniment care poate greva cuantumul acestei surse de venit, precum eventuala reținere din pensia soțului său a sumelor datorate cu titlu de cheltuieli medicale, o privește în mod direct și individual. Formularea reclamației exclusiv de către reclamantă se explică prin faptul că ea a fost implicată în evenimentele legate de spitalizare și cunoștea mai bine decât reclamantul detaliile referitoare la acestea. Reclamanții mai arată că, în măsura în care reclamanta a formulat reclamația în calitate de soție a reclamantului, ea a făcut acest lucru nu numai în nume propriu, ci și în numele și în contul acestuia din urmă și concluzionează că, în orice caz, cererea introductivă a fost formulată de cei doi soți, ceea ce ar trebui să înlăture orice îndoială atât cu privire la existența interesului fiecăruia dintre aceștia de a exercita acțiunea, cât și cu privire la legalitatea procedurii precontencioase. Reclamanții nu au luat poziție cu privire la celelalte cauze de inadmisibilitate invocate de Comisie.

*Aprecierea Tribunalului*

50 Este necesar să se precizeze, cu titlu introductiv, că în mod eronat Comisia susține că procedura precontencioasă nu ar fi fost urmată în mod corect.

51 Astfel, în temeiul articolului 90 alineatele (1) și (2) din statut, orice persoană căreia i se aplică statutul poate adresa AIPN fie o cerere de adoptare a unei decizii în ceea ce o privește, fie o reclamație îndreptată împotriva unui act care o lezează. Pe de altă parte, din cuprinsul articolului 72 alineatul (1) primul paragraf din statut rezultă că, în calitate de soție a unui fost funcționar, reclamanta este asigurată împotriva riscurilor de boală. În consecință, reclamanta este o „persoană căreia i se aplică [...] statut[ul]” în sensul articolului 90 din acesta.

52 Această apreciere este confirmată de dispozițiile reglementării comune, în special de articolele 12-14 din aceasta, în temeiul cărora soțul persoanei afiliate este asigurat prin asigurarea persoanei afiliate, cu titlu principal sau complementar, după cum dispune sau, respectiv, nu dispune de venituri de natură profesională.

53 Este adevărat că articolele 27, 28 și 30 din reglementarea comună rezervă persoanelor afiliate posibilitatea de a introduce cereri de autorizare prealabilă, cereri de rambursare, precum și cereri de avans pentru a face față unor cheltuieli importante.

54 Nu este mai puțin adevărat că articolul 1 din reglementarea comună include în sfera noțiunii de beneficiari ai RCAM atât persoanele afiliate, cât și persoanele asigurate prin asigurarea persoanelor afiliate și că persoanele asigurate prin asigurarea unei persoane afiliate sunt, în temeiul articolului 26 din reglementarea comună, la fel ca persoana afiliată însăși, înregistrate la biroul central și la un birou al lichidatorului din cadrul RCAM. În ceea ce privește împrejurarea că borderoul de plată nr. 10 a fost adresat exclusiv reclamantului, aceasta nu este decât consecința faptului că, potrivit articolului 30 din reglementarea comună și punctului 1 din capitolul 4 din titlul III din DGA, persoana afiliată este interlocutoarea biroului lichidatorului din cadrul RCAM la introducerea unei cereri de suportare a cheltuielilor. Chiar dacă, în speță, cererea de suportare a cheltuielilor a fost introdusă de reclamantă, ea a făcut acest lucru în numele soțului său, posibilitate prevăzută chiar în formular.

55 În speță, facturile trimise de clinică biroului lichidatorului și achitate de acesta din urmă poartă numele reclamantei și, ca urmare a trimiterii către reclamant a borderoului de plată nr. 10, reclamanta este cea care, fiind mai în măsură decât soțul său să cunoască realitatea prestațiilor furnizate de clinică, a făcut demersurile pe lângă biroul lichidatorului, care a recunoscut-o drept interlocutoare și a sesizat consiliul medical. La fel s-a întâmplat atunci când reclamanta a introdus o reclamație în temeiul articolului 90 alineatul (2) din statut împotriva deciziei biroului lichidatorului. Astfel, în urma acestei reclamații, AIPN a solicitat avizul medicului consultant și pe cel al comitetului de gestiune, consiliul medical fiind de asemenea sesizat, și, ca răspuns, a adoptat ulterior decizia de respingere a reclamației, decizie

care i-a fost comunicată reclamantei printr-o scrisoare adresată acesteia, prin care a fost informată că decizia menționată putea face obiectul unei acțiuni introduse de ea la Tribunal într-un termen de trei luni de la data primirii.

56 În aceste condiții, întrucât Comisia însăși a recunoscut reclamanta drept interlocutoare valabilă în cadrul procedurii precontencioase și în temeiul regulii *nemo potest venire contra factum proprium*, potrivit căreia administrația este obligată să își respecte propriile acte, Tribunalul apreciază că Comisia nu poate pretinde în mod valabil în acest stadiu că reclamanta nu avea interesul de a exercita acțiunea pentru a prezenta singură, în cunoștință de cauză, observații cu privire la decontul care figura pe borderoul de plată nr. 10 sau chiar pentru a formula o reclamație care viza decontul în cauză. Mai trebuie arătat că, întrucât acțiunea a fost introdusă la Tribunal de soții reclamanți, trebuie să se subînțeleagă că, atât la data introducerii cererii de suportare a cheltuielilor, cât și în cursul procedurii precontencioase, deși acțiunile au fost întreprinse exclusiv de reclamantă și în nume propriu, soții reclamanți au acționat de comun acord. Rezultă că acțiunea nu este inadmisibilă din cauza pretinsei neregularități a procedurii precontencioase.

57 În ceea ce privește eventuala neconformitate a cererii introductive cu articolul 35 alineatul (1) litera (e) din Regulamentul de procedură, trebuie amintit că, potrivit acestei dispoziții, cererea introductivă trebuie să conțină obiectul litigiului, precum și motivele și argumentele de fapt și de drept invocate. Rezultă dintr-o jurisprudență constantă că astfel de elemente trebuie să fie suficient de clare și de precise pentru a permite pârâtului să își pregătească apărarea, iar Tribunalului, să se pronunțe asupra acțiunii, dacă este cazul, fără să se bazeze pe alte informații (Hotărârea Tribunalului din 1 decembrie 2010, Gagalis/Consiliul, F-89/09, punctele 36 și 37).

58 Tribunalul constată că, în speță, motivele și argumentele de fapt și de drept invocate nu fac obiectul unei enumerări ca atare. Cu toate acestea, o lectură atentă a cererii introductive permite identificarea lor în textul acesteia.

59 În măsura în care utilizarea modelului de cerere introductivă care figurează pe Curia, site-ul internet al Curții de Justiție a Uniunii Europene, în partea rezervată Tribunalului, la rubrica „[...] informații utile", nu este obligatorie pentru părți atunci când examinează dacă sunt îndeplinite condițiile prevăzute la articolul 35 alineatul (1) litera (e) din Regulamentul de procedură și în măsura în care motivele și argumentele de fapt și de drept invocate pot fi identificate, Tribunalul trebuie să dea acestei dispoziții o interpretare suficient de suplă pentru a respecta dreptul, conferit reclamanților de articolul 19 al patrulea paragraf din Statutul Curții de Justiție a Uniunii Europene, aplicabil procedurii în fața Tribunalului în conformitate cu articolul 7 alineatul (1) din anexa I la statut, de a-și alege liber un avocat, independent de statul în care avocatul respectiv este abilitat să își exercite profesia.

60 În aceste împrejurări și având în vedere că conținutul pretins incomplet al cererii introductive, potrivit Comisiei, nu a împiedicat-o, în speță, pe aceasta să se apere, întrucât a putut prezenta un memoriu în apărare care abordează atât admisibilitatea, cât și fondul cauzei, acțiunea nu trebuie declarată inadmisibilă pentru încălcarea articolului 35 alineatul (1) litera (e) din Regulamentul de procedură.

61 În ceea ce privește cauza de inadmisibilitate invocată de Comisie împotriva celui de al treilea capăt de cerere din cererea introductivă, prin care se solicită Tribunalului să califice drept „grave" boala care a impus spitalizarea reclamantei și intervențiile la care aceasta a fost supusă, trebuie amintit că dintr-o jurisprudență constantă reiese că, deși este adevărat faptul potrivit căruia căile de atac prevăzute de statut nu pot fi utilizate, în principiu, pentru a pune în discuție aprecieri medicale propriu-zise, care trebuie considerate definitive atunci când au fost efectuate în condiții legale, nu este mai puțin adevărat că este de competența Tribunalului, fără a repune în discuție aprecierile medicale care susțin decizia contestată, în speță, aceea de a refuza recunoașterea caracterului grav al afecțiunii reclamantei, să examineze dacă AIPN, prin adoptarea deciziei contestate, a apreciat corect situația de fapt și a

aplicat exact prevederile legale relevante (Hotărârea Tribunalului din 18 septembrie 2007, Botos/Comisia, F-10/07, punctele 39 și 40). Rezultă că al treilea capăt de cerere din cererea introductivă nu trebuie declarat inadmisibil pe baza argumentelor invocate de Comisie.

62 Comisia invocă o a patra cauză de inadmisibilitate împotriva a două capete de cerere din cererea introductivă, și anume al șaselea, prin care se solicită Tribunalului să dispună anularea de către Comisie a cererii de restituire a sumei de 41 833 de euro sau a unei alte sume care ar fi eventual stabilită, care nu face obiectul unei rambursări de către RCAM, și al șaptelea, prin care se solicită Tribunalului să dispună abținerea Comisiei de la orice reținere din oficiu din pensia reclamantului a sumei în cauză sau a celei care ar fi eventual stabilită. În plus, Tribunalul arată că, prin intermediul celui de al doilea capăt de cerere din cererea introductivă, reclamanții solicită Tribunalului să constate și să declare că reclamantei nu i se poate face niciun reproș și nu i se poate aduce nicio critică în ceea ce privește cuantumul și plata cheltuielilor de cazare facturate de clinica Anthea.

63 Reiese dintr-o jurisprudență constantă că instanța Uniunii nu poate să adreseze somații administrației sau să facă declarații în drept în cadrul controlului de legalitate întemeiat pe articolul 91 din statut (Hotărârea Tribunalului din 12 decembrie 2012, BS/Comisia, F-90/11, punctul 100 și jurisprudența citată, care face obiectul unui recurs pendinte în fața Tribunalului Uniunii Europene, cauza T-83/13 P). Rezultă că cele trei capete de cerere menționate anterior trebuie respinse ca inadmisibile.

64 În sfârșit, prin intermediul primului capăt de cerere din cererea introductivă, reclamanții solicită Tribunalului să suspende provizoriu executarea procedurii de recuperare forțată a sumelor care nu fac obiectul unei rambursări de către RCAM și să interzică provizoriu Comisiei să efectueze rețineri din oficiu din pensia reclamantului.

65 Or, aceste capete de cerere au făcut obiectul cererii introductive separate formulate de reclamanți la 15 noiembrie 2010, care a condus la pronunțarea Ordonanței de Pretis Cagnodo și Trampuz de Pretis Cagnodo/Comisia, citată anterior, prin care s-au respins capetele de cerere menționate.

66 În consecință, întrucât aceste capete de cerere au fost deja respinse, ele nu pot fi supuse atenției Tribunalului, nici examinate de acesta în cadrul prezentei proceduri.

67 Cu ocazia îndreptării neregularităților cererii introductive, reclamanții au încercat să își precizeze concluziile prin adăugarea, într-un memoriu suplimentar, a trei noi capete de cerere.

68 Or, deși admisibilitatea primului capăt de cerere din memoriul suplimentar, și anume anularea borderoului de plată nr. 10, nu ridică îndoieli, întrucât se confundă cu al treilea, cu al patrulea și cu al cincilea capăt de cerere din cererea introductivă, situația este diferită în ceea ce privește al doilea și al treilea capăt de cerere din memoriul suplimentar, prin care reclamanții solicită anularea deciziei din 26 ianuarie 2010 și, respectiv, a deciziei de respingere a reclamației, întrucât aceste două capete de cerere nu figurează în textul cererii introductive.

69 Astfel, întrucât îndreptarea neregularităților cererii introductive privește, în conformitate cu articolul 36 din Regulamentul de procedură, numai condițiile enumerate la articolul 35 alineatul (1) literele (a), (b) și (c) și alineatele (2) și (5) din Regulamentul de procedură, este exclusă, în acest stadiu, extinderea obiectului acțiunii prin adăugarea unor capete de cerere.

70 Rezultă că al doilea și al treilea capăt de cerere incluse în memoriul suplimentar sunt inadmisibile.

**Cu privire la fond**

71 Întrucât primul, al doilea, al șaselea și al șaptelea capăt de cerere din cererea introductivă, precum și al doilea și al treilea capăt de cerere din memoriul suplimentar al reclamanților au fost declarate inadmisibile și întrucât reclamanții au renunțat în ședință la judecarea celui de al patrulea capăt de cerere din cererea introductivă, mai rămân de examinat numai al treilea și al cincilea capăt de cerere din cererea introductivă, astfel cum sunt precizate în primul capăt de cerere din memoriul suplimentar. Tribunalul va examina, mai întâi, al treilea capăt de cerere și, în continuare, pe al cincilea, care urmăresc, ambele, anularea borderoului de plată nr. 10 din 1 octombrie 2009, astfel cum a fost modificat prin borderoul de plată nr. 11 din 18 martie 2011 (denumit în continuare „borderoul de plată în litigiu").

*Cu privire la al treilea capăt de cerere, astfel cum este precizat în primul capăt de cerere din memoriul suplimentar, îndreptat împotriva deciziei biroului lichidatorului, astfel cum rezultă aceasta din borderoul de plată în litigiu, de a limita rambursarea cheltuielilor de spitalizare la 85 % ca urmare a faptului că boala reclamantei nu este considerată „gravă"*

72 În susținerea acestor concluzii în anulare, reclamanții invocă un singur motiv, întemeiat pe o eroare vădită de apreciere.

Argumentele părților

73 Reclamanții susțin că administrația, prin refuzul de a recunoaște că boala care a cauzat spitalizarea reclamantei este o boală gravă, a săvârșit o eroare vădită de apreciere. Astfel, ținând seama de tipul de intervenție chirurgicală efectuată pe durata spitalizării, de faptul că reclamanta a trebuit să fie supusă unei a doua intervenții de urgență, de perioada în care a fost supusă unei terapii de recuperare într-o altă clinică, precum și de faptul că aceasta este obligată în permanență să se deplaseze cu ajutorul unui baston, boala sa ar îndeplini condițiile enumerate în titlul III capitolul 5 punctul 1 din DGA pentru a fi considerată „boală gravă" în sensul dispoziției menționate. Această calificare ar fi avut drept consecință ridicarea la 100 % a ratei de rambursare a cheltuielilor de spitalizare a reclamantei. În susținerea acestei teze, reclamanții prezintă avizele a doi medici specialiști și un certificat eliberat de un medic specialist din cadrul unui organism de sănătate publică local.

74 Comisia susține că decizia privind lipsa de gravitate a bolii reclamantei a fost adoptată cu respectarea legislației aplicabile. Aceasta se referă la avizul medicului consultant din cadrul biroului lichidatorului din 18 mai 2010, în care acesta concluzionează că două dintre cele patru criterii fundamentale stabilite de DGA nu sunt îndeplinite în speță.

Aprecierea Tribunalului

75 Potrivit articolului 72 alineatul (1) primul paragraf din statut, procentul de rambursare a cheltuielilor de boală se ridică la 100 % în caz de tuberculoză, poliomielită, cancer, boli mintale și alte boli recunoscute de AIPN ca fiind de gravitate comparabilă. Punctul 1 din capitolul 5 din titlul III din DGA stabilește criteriile care permit să se considere că o boală este o boală gravă. În temeiul acestei dispoziții, sunt recunoscute drept boli grave aceleași boli care sunt enumerate la articolul 72 alineatul (1) primul paragraf din statut, cu precizarea că bolile „recunoscute de AIPN ca fiind de gravitate comparabilă" privesc afecțiuni care reunesc, în grade variabile, patru criterii, și anume un prognostic vital nefavorabil, o evoluție cronică, necesitatea unor măsuri de diagnostic și/sau terapeutice serioase și prezența sau riscul unui handicap grav.

76 În această privință, trebuie adăugat că Tribunalul a statuat deja că criteriile menționate la punctul anterior sunt criterii cumulative (Hotărârea Botos/Comisia, citată anterior, punctul 42 și următoarele). Astfel, faptul că unul dintre aceste criterii nu este îndeplinit justifică adoptarea unei decizii prin care se refuză recunoașterea existenței unei boli grave. Tribunalul a statuat de asemenea, cu privire la aceleași criterii, că acestea nu par a fi vădit inadecvate sau eronate în raport cu obiectivul urmărit, și anume identificarea bolilor de „gravitate comparabilă" cu cele menționate expres la articolul 72 din statut (a se vedea Hotărârea Tribunalului din 28 septembrie 2011, Allen/Comisia, F-23/10, punctul 49).

77 Astfel, cele patru boli menționate în mod expres la articolul 72 din statut pot, într-un anumit număr de cazuri, să aibă consecințe fizice sau psihice de o gravitate deosebită, prezintă un caracter durabil sau cronic și impun măsuri terapeutice serioase pentru care este necesar ca diagnosticul prealabil să fie clar stabilit, ceea ce presupune analize sau investigații speciale. Aceste boli pot de asemenea să expună persoana vizată unui risc de handicap grav (a se vedea Hotărârea Allen/Comisia, citată anterior, punctul 50).

78 În plus, rezultă din însuși textul articolului 72 alineatul (1) din statut că, deși se încadrează în una dintre cele patru boli menționate în mod expres la acest articol, numai cazurile care prezintă o gravitate deosebită pot fi calificate drept boală gravă și pot permite astfel persoanei vizate să beneficieze de regimul mai favorabil aplicabil în cazul recunoașterii unei astfel de boli (a se vedea Hotărârea Allen/Comisia, citată anterior, punctul 51).

79 În ceea ce privește examinarea aspectului dacă refuzul de a recunoaște caracterul grav al bolii reclamantei ar fi eronat, este necesar să se amintească jurisprudența constantă menționată la punctul 61 din prezenta hotărâre, potrivit căreia căile de atac prevăzute de statut nu pot fi utilizate, în principiu, pentru a pune în discuție aprecieri medicale propriu-zise, care trebuie considerate definitive atunci când au fost efectuate în condiții legale (a se vedea în acest sens Hotărârea Curții din 19 ianuarie 1988, Biedermann/Curtea de Conturi, 2/87, punctul 8, și Hotărârea Tribunalului de Primă Instanță din 16 martie 1993, Blackman/Parlamentul European, T-33/89 și T-74/89, punctul 44).

80 Fără a repune în discuție aprecierile medicale care susțin decizia de limitare a rambursării cheltuielilor de spitalizare la 85 %, este totuși de competența Tribunalului să examineze dacă AIPN, refuzând să recunoască drept boală gravă afecțiunea reclamantei, a apreciat corect situația de fapt și a aplicat exact prevederile legale relevante (a se vedea în acest sens Hotărârea Tribunalului de Primă Instanță din 7 noiembrie 2002, G/Comisia, T-199/01, punctul 59, și Hotărârea din 12 mai 2004, Hecq/Comisia, T-191/01, punctul 63).

81 Prin urmare, este de competența Tribunalului, în cadrul controlului jurisdicțional limitat pe care trebuie să îl exercite în domeniul medical, să examineze dacă, pentru a refuza să califice drept gravă boala care a impus spitalizarea reclamantei, AIPN nu a săvârșit o eroare vădită deducând din constatările medicale care i-au fost aduse la cunoștință, cu privire la care Tribunalul nu se poate pronunța decât în cazul în care administrația le-a denaturat sfera, că aceste criterii nu au fost îndeplinite în mod cumulativ (a se vedea Hotărârea Botos/Comisia, citată anterior, punctul 41).

82 În speță, AIPN s-a întemeiat, în decizia de respingere a reclamației, pe avizul exprimat de medicul consultant la 18 mai 2010, care concluzionase că „cel puțin două dintre criteriile fundamentale [stabilite la punctul 1 din capitolul 5 din titlul III din DGA] nu sunt îndeplinite, și anume prognosticul vital nefavorabil și prezența sau riscul, în prezent, al unei infirmități/unui handicap grav", și a confirmat decizia biroului lichidatorului de a nu aplica procentul de rambursare de 100 % pentru boală gravă, ci procentul normal de 85 %. Prin urmare, AIPN nu a săvârșit o eroare vădită deducând din constatările medicale care i-au fost aduse la cunoștință că condițiile prevăzute de DGA pentru calificarea drept boală gravă și, în consecință, pentru aplicarea procentului de rambursare de 100 % nu erau îndeplinite.

83 Rămâne să se analizeze dacă, ulterior avizului medicului consultant, biroul lichidatorului s-a întemeiat efectiv pe criteriile enumerate la punctul 75 din prezenta hotărâre, cărora le este subordonată calificarea drept „gravă” a unei boli.

84 În această privință, reiese din jurisprudență că, în raport cu aprecierile medicale propriu-zise formulate de o comisie medicală sau chiar de o comisie pentru invaliditate, comisii ale căror reguli de funcționare oferă garanții de echilibru între părți și de obiectivitate, avizele exprimate în mod unilateral de medicii consultanți din cadrul instituțiilor nu prezintă același nivel de garanție în privința echilibrului între părți (a se vedea Hotărârea Allen/Comisia, citată anterior, punctele 68-70).

85 Prin urmare, este de competența Tribunalului, atunci când se pronunță cu privire la un refuz de recunoaștere a existenței unei boli grave, să exercite un control mai aprofundat decât cel pe care îl exercită asupra deciziilor adoptate în temeiul articolului 73 sau al articolului 78 din statut, după intervenția comisiei medicale sau a comisiei pentru invaliditate. Cu toate acestea, este clar că instanța nu dispune de competențele necesare în domeniul medical pentru a putea valida sau invalida o apreciere medicală sau chiar a arbitra între mai multe aprecieri medicale contradictorii (a se vedea în acest sens Hotărârea Allen/Comisia, citată anterior, punctele 70 și 71).

86 În această privință, este necesar să se constate că criteriile bolii grave (reducerea speranței de viață, evoluția cronică, necesitatea unor măsuri de diagnostic și/sau terapeutice serioase, prezența sau riscul unui handicap grav) intră în categoria aprecierilor medicale, întrucât, pentru a se pronunța cu privire la problema dacă unul sau altul dintre aceste criterii sunt îndeplinite, medicul consultant sau consiliul medical al RCAM nu se limitează să constate situația de fapt, ci efectuează o veritabilă apreciere a acesteia, apreciere care necesită competență în domeniul medical (Hotărârea Allen/Comisia, citată anterior, punctul 75).

87 Cu toate acestea, deși controlul său nu se extinde asupra aprecierilor strict medicale precum cele privind gravitatea unei boli – atunci când, precum în speță, un reclamant contestă aprecierea situației sale de către administrație, criticând avizul medical pe care se întemeiază aceasta – instanța trebuie să se asigure că medicul consultant a efectuat o examinare corectă și circumstanțiată a situației care i-a fost încredințată spre analiză. Este necesar să se precizeze în această privință că revine administrației sarcina de a stabili că a fost efectuată o astfel de apreciere (Hotărârea Allen/Comisia, citată anterior, punctul 76).

88 Potrivit avizului medicului consultant din 18 mai 2010, căruia AIPN îi solicitase să stabilească dacă patologia care a condus la intervenția chirurgicală la care a fost supusă reclamanta putea sau nu putea fi recunoscută drept boală gravă în sensul titlului III capitolul 5 punctul 1 din DGA:

„[...]

2) patologia [reclamantei], care a condus la intervenția chirurgicală, nu poate fi recunoscută drept boală gravă, potrivit criteriilor stabilite de DGA (titlul [III] capitolul 5 punctul l).

Astfel, este vorba despre o patologie ortopedică [...]

Această patologie, prin însăși natura sa, nu determină un prognostic vital nefavorabil; pe de altă parte, viața pacientei nu s-a aflat niciodată în pericol, nici chiar pe durata spitalizării.

În prezent, potrivit celor declarate de medicul specialist ortoped care o tratează pe [reclamantă] (raportul din 22 [martie] 2010), condiția pacientei este în totalitate satisfăcătoare.

«Rezultatul clinic și radiologic este excelent» [...]

Cel puțin două dintre criteriile fundamentale prevăzute pentru recunoașterea unei boli grave nu sunt îndeplinite, și anume prognosticul vital nefavorabil și prezența sau riscul, în prezent, al unei infirmități/unui handicap grav.”

89 Trebuie să se precizeze că, în speță, reclamanta nu a urmat procedura stabilită la punctul 3 din capitolul 5 din titlul III din DGA pentru cererile de recunoaștere a unei boli grave, care, atunci când este obținută, acordă acoperirea integrală a cheltuielilor ocazionate de boala gravă începând de la data certificatului medical care însoțește cererea de recunoaștere și pentru o perioadă de cel mult 5 ani, ci s-a limitat, cu ocazia observațiilor pe care le-a prezentat cu privire la borderoul de plată nr. 10, precum și în reclamația sa, să solicite ca, în vederea rambursării în proporție de 100 % exclusiv a cheltuielilor de spitalizare, boala care le-a ocazionat să fie considerată gravă. În aceste împrejurări, aprecierea celor patru criterii enunțate la punctul 1 din capitolul 5 din titlul III din DGA trebuia efectuată în raport cu situația medicală a reclamantei, astfel cum era aceasta chiar înainte de spitalizare.

90 Or, reiese chiar din cuprinsul avizului medicului consultant din 18 mai 2010 că, în ceea ce privește criteriul prezenței sau al riscului unui handicap grav, pe de o parte, acesta s-a întemeiat pe datele medicale care figurează într-un raport din 23 martie 2010 al medicului specialist în ortopedie care o trata pe reclamantă, respectiv la mai mult de un an după intervențiile chirurgicale la care a fost supusă reclamanta, și, pe de altă parte, aprecierea criteriului menționat a avut loc prin raportare la situația medicală a reclamantei astfel cum se prezenta în mai 2010, iar nu astfel cum se prezenta chiar înainte de spitalizare, în februarie 2009.

91 Rezultă că posibilitatea unui risc de handicap grav înainte de spitalizarea reclamantei nu a fost examinată în mod corespunzător.

92 Această eroare în aplicarea normelor aplicabile nu poate totuși determina anularea deciziei biroului lichidatorului prin care s-a refuzat calificarea drept boală gravă. Astfel, reiese de asemenea din cuprinsul avizului medicului consultant din 18 mai 2010 că medicul consultant nu s-a limitat să examineze dacă unul singur dintre cele patru criterii care figurează la punctul 1 din capitolul 5 din titlul III din DGA era sau nu era îndeplinit, ci s-a pronunțat și cu privire la un al doilea criteriu, și anume cel al prognosticului vital nefavorabil. În această privință, el a arătat în avizul menționat că patologia ortopedică ce a condus la spitalizarea reclamantei, prin natura sa, nu determină un prognostic vital nefavorabil și că viața reclamantei nu s-a aflat niciodată în pericol, nici chiar pe durata spitalizării.

93 În aceste condiții, întrucât cele patru criterii pentru recunoașterea bolii grave sunt cumulative și trebuie în mod necesar să concure, chiar și în grade variabile, faptul că, în speță, unul dintre acestea lipsea era suficient pentru a respinge recunoașterea drept boală gravă a afecțiunii care a cauzat spitalizarea reclamantei. Prin urmare, biroul lichidatorului nu a săvârșit o eroare vădită de apreciere atunci când a refuzat să considere drept gravă boala reclamantei, în temeiul avizului medicului consultant din 18 mai 2010, care concluzionase în sensul absenței unui prognostic vital nefavorabil în privința acesteia.

94 Întrucât singurul motiv invocat în susținerea celui de al treilea capăt de cerere este neîntemeiat, nu este necesar să se anuleze decizia biroului lichidatorului, astfel cum rezultă aceasta din borderoul de plată în litigiu, de a limita rambursarea cheltuielilor de spitalizare la 85 % ca urmare a faptului că boala reclamantei nu este considerată „gravă”.

*Cu privire la al cincilea capăt de cerere, astfel cum este precizat în primul capăt de cerere din memoriul suplimentar, îndreptat împotriva deciziei biroului lichidatorului, astfel cum rezultă aceasta din borderoul de plată în litigiu, de a lăsa în sarcina reclamanților suma de 28 800 de euro cu titlu de cheltuieli de cazare considerate excesive*

95 În susținerea acestui capăt de cerere, reclamanții invocă un singur motiv întemeiat pe încălcarea principiului bunei administrări și a obligației de solicitudine.

Argumentele părților

96 Reclamanții sunt de acord cu aprecierea efectuată de biroul lichidatorului cu privire la caracterul excesiv al cheltuielilor de cazare facturate de clinica Anthea. Astfel, suma de 1 440 de euro pe zi, inclusiv TVA, ar fi un tarif complet exagerat în raport cu prestațiile furnizate, și anume, pe de o parte, o simplă cameră de dimensiuni normale, cu un mobilier standard compus dintr-un pat de tip spital și un scaun, identică cu toate celelalte ale clinicii, și, pe de altă parte, servirea mâncării, care, în opinia reclamantei, era banală și complet mediocră.

97 În ceea ce privește aspectul referitor la cine trebuie să plătească suma de 28 800 de euro cu titlu de cheltuieli de cazare, considerată excesivă de biroul lichidatorului, reclamanții susțin, în primul rând, că, având în vedere cuantumul ridicat facturat cu titlu de cazare, biroul lichidatorului nu ar fi trebuit să plătească această sumă clinicii Anthea fără a-i informa în prealabil. Această informație le-ar fi permis să se opună plății, întrucât, înainte de spitalizare, clinica Anthea o informase pe reclamantă că cheltuielile de cazare erau de 300 de euro pe zi. Modalitatea de a acționa a biroului lichidatorului i-ar fi împiedicat pe reclamanți să reacționeze în timp util și i-ar fi pus în fața faptului împlinit de a li se imputa suma considerată excesivă de biroul lichidatorului.

98 În al doilea rând, reclamanții arată că în niciun moment administrația nu le-a sugerat utilitatea transmiterii la biroul lichidatorului a unui deviz privind cheltuielile de cazare.

99 În al treilea rând, aceștia consideră că biroul lichidatorului a avut un comportament inadmisibil și care aduce grave prejudicii nu numai lor, ci mai ales RCAM, supus unei plăți nedatorate. În aceste împrejurări, întrucât Comisia este singura abilitată să exercite acțiunea împotriva clinicii Anthea în vederea obținerii rambursării a ceea ce s-a plătit în exces, ea nu ar fi trebuit să repercuteze această sumă asupra reclamanților.

100 În al patrulea rând, reclamanții susțin că, în orice caz, prejudiciul cauzat de lipsa de atenție, de circumspecție și de prudență din partea biroului lichidatorului nu le poate fi imputat.

101 Comisia apreciază că susținerile reclamanților sunt nefondate.

102 În primul rând, Comisia arată că punerea în sarcina reclamanților de către biroul lichidatorului, după avizul consiliului medical, a părții din cheltuielile de cazare considerate excesivă în raport cu costurile normale în țara în care au fost efectuate acestea se întemeiază pe articolul 20 alineatul (2) din reglementarea comună. În această privință, Comisia amintește că reclamantul a primit o copie a scrisorii din 5 februarie 2009 prin care biroul lichidatorului anunța clinica despre suportarea cheltuielilor de spitalizare a reclamantei, însoțită de o fișă informativă eliberată de Oficiul pentru administrarea și plata drepturilor individuale (PMO, denumită în continuare „fișa informativă”), referitoare la plafoanele de rambursare și la recuperarea sumelor avansate, în care se amintea, printre altele, că sumele plătite de RCAM nu erau în mod necesar rambursabile în temeiul articolului 72 din statut, ci puteau face ulterior obiectul unei recuperări de la persoana afiliată.

103 În al doilea rând, în urma contestării de către reclamantă a borderoului de plată nr. 10, Comisia ar fi dat dovadă de diligență, verificând modalitățile de cazare și oferindu-i acesteia explicații satisfăcătoare. În plus, în conformitate cu articolul 41 din reglementarea comună, medicul consultant a înaintat cazul consiliului medical, care și-a formulat avizul în reuniunea din 10 decembrie 2009. Potrivit Comisiei, din procesul verbal al reuniunii în cauză rezultă că calculul cheltuielilor rambursabile a fost efectuat pe baza legislației aplicabile, luând ca valoare de referință costurile normale în țara în care au fost efectuate cheltuielile pentru același tip de cazare.

Aprecierea Tribunalului

104 Este cert că, în temeiul articolului 20 alineatul (2) din reglementarea comună, pentru prestațiile pentru care nu este stabilit niciun plafon de rambursare, precum cheltuielile de cazare în timpul spitalizării, partea de cheltuieli considerată excesivă în raport cu costurile normale în țara în care au fost efectuate cheltuielile nu dă dreptul la rambursare. Este de asemenea cert, în temeiul aceleiași dispoziții, că partea de cheltuieli considerată excesivă este stabilită pentru fiecare caz în parte de biroul lichidatorului din cadrul RCAM.

105 În speță, părțile sunt de acord să se considere că tariful de 1 440 de euro pe zi facturat de clinica Anthea este excesiv în raport cu media costurilor normale în Italia pentru acest tip de prestație, dar, mai ales, în raport cu tariful de 300 de euro pe zi, inclusiv TVA, care îi fusese comunicat verbal reclamantei de o angajată a clinicii Anthea înainte de spitalizare. În această privință, reclamanta a depus la dosar declarația unui martor care o însoțea la 13 ianuarie 2009, atunci când s-a informat la clinica Anthea cu privire la tariful de cazare. Din mărturia prezentată de reclamanți rezultă că, potrivit informațiilor furnizate verbal de angajata menționată, tarifele practicate la acel moment de clinica Anthea erau de 216 euro pe zi dacă pacientul împărțea rezerva cu o altă persoană și era asigurat în sistemul comun de asigurări sociale și de 300 de euro pe zi dacă pacientul era singur în rezervă și beneficia de o asigurare privată.

106 Părțile nu sunt însă de acord cu privire la aspectul dacă, astfel cum pretind reclamanții, cheltuielile de cazare considerate excesive de biroul lichidatorului, și anume 28 800 de euro, trebuie imputate biroului lichidatorului, întrucât acesta nu i-a contactat pe reclamanți înainte de a achita factura trimisă de clinica Anthea, sau dacă, astfel cum pretinde Comisia, acestea trebuie lăsate în sarcina reclamantului și trebuie deduse din pensia pentru limită de vârstă a acestuia.

107 Mai întâi, este necesar să se constate că posibilitatea persoanelor afiliate de a dispune, în conformitate cu articolul 30 din reglementarea comună, de avansuri care să le permită să facă față unor cheltuieli importante, sub forma suportării unor cheltuieli în caz de spitalizare, constituie pentru acestea un avantaj incontestabil. Prin trimiterea sistematică a fișei informative beneficiarilor RCAM cu ocazia introducerii unei cereri de suportare a cheltuielilor, beneficiarii ar putea fi încurajați să se informeze, în special la instituția spitalicească, despre eventualele costuri pe care ar putea fi necesar să le suporte și să le compare cu DGA în vigoare pentru a evita cheltuieli considerabile care s-ar putea dovedi nerambursabile de către RCAM și care ar rămâne astfel în sarcina lor. În această privință, mai trebuie arătat că, referitor la cheltuielile de cazare pe parcursul unei spitalizări, DGA nu prevăd niciun plafon.

108 În speță, deși reclamanta s-a informat la clinica Anthea cu privire la cheltuielile de cazare pe care urma să le efectueze, aceasta a primit numai informații verbale, nu și un document scris care ar avea valoare probantă. Cu toate acestea, trebuie să se mai arate că, deși era de dorit ca persoanele afiliate să poată dispune de un astfel de document, nu există nicio dispoziție, nici în reglementarea comună, nici în DGA, care să le oblige să obțină un deviz corespunzător și să îl transmită biroului lichidatorului împreună cu cererea de suportare a cheltuielilor.

109 În aceste condiții, nu se poate reproșa reclamanților că au încălcat vreo obligație sau normă de drept. Astfel, pe de o parte, în absența unui plafon stabilit în DGA pentru cheltuielile de cazare în caz de spitalizare, ei nu puteau compara cuantumul cheltuielilor despre care îi informase clinica Anthea cu cuantumul care ar fi eventual rambursabil. Pe de altă parte, chiar presupunând că aceștia ar fi contactat biroul lichidatorului pentru a întreba dacă cheltuieli de cazare în cuantum de 300 de euro pe zi ar fi rambursate, răspunsul ar fi fost în orice caz afirmativ, având în vedere că în borderoul de plată nr. 10 biroul menționat a rambursat cheltuielile în cauză la nivelul de 720 de euro pe zi.

110 În ceea ce privește Comisia, aceasta are un dublu rol în cadrul suportării cheltuielilor de spitalizare.

111 Pe de o parte, potrivit articolului 27 din Regulamentul nr. 1605/2002, aplicabil prin analogie administrării RCAM în temeiul articolului 43 din reglementarea comună, Comisia trebuie să asigure execuția veniturilor și a cheltuielilor potrivit principiului bunei gestiuni financiare, în conformitate cu principiile economiei, eficienței și eficacității.

112 În această privință, reiese din cuprinsul articolului 52 din reglementarea comună că Comisia administrează RCAM prin delegare din partea celorlalte instituții și are sarcina de a stabili normele care reglementează rambursarea cheltuielilor medicale în vederea asigurării echilibrului financiar al sistemului între cheltuieli și venituri. În temeiul principiului bunei administrări, Comisia și, prin extensie, birourile lichidatorilor din cadrul RCAM, a căror înființare figurează printre misiunile de gestionare ale acesteia și al căror control, în ceea ce privește respectarea principiilor bunei gestiuni financiare, este asigurat de biroul central, trebuie, prin urmare, să fie vigilente în a nu utiliza fonduri ale RCAM pentru a plăti facturi de spitalizare ale căror cuantumuri sunt, la prima vedere, disproporționate în raport cu media costului unor prestații similare în țara în care au fost efectuate cheltuielile. În speță, biroul lichidatorului, datorită sediului său, era bine poziționat pentru a cunoaște prețurile medii practicate de instituțiile spitalicești în Italia în materie de cazare și pentru a reacționa față de faptul că clinica Anthea facturase, în speță, 57 600 de euro pentru cazarea reclamantei timp de 40 de zile.

113 Pe de altă parte, în cadrul suportării cheltuielilor de spitalizare, Comisia are obligația de solicitudine față de personalul instituțiilor Uniunii, beneficiar al RCAM.

114 Această obligație de solicitudine obligă Comisia și, prin extensie, birourile lichidatorilor din cadrul RCAM ca, în cazul în care primesc o factură precum cea care a fost transmisă biroului lichidatorului de clinica Anthea, și anume o factură cu un cuantum foarte mare, în care, în timp ce prestațiile medicale sunt enumerate și descrise, cazarea este pur și simplu facturată pentru 40 de zile la 1 440 de euro pe zi, fără niciun detaliu referitor la tipul de cameră sau la prestații suplimentare care să poată justifica un cuantum atât de ridicat, să nu plătească imediat o astfel de factură, chiar în situația unei suportări a cheltuielilor, ci să obțină informații în scris de la instituția spitalicească emitentă a facturii și, de asemenea, să informeze persoana afiliată căreia, în ultimă instanță, biroul lichidatorului îi va imputa, în majoritatea cazurilor, cel puțin un procent din cheltuielile de spitalizare facturate și, eventual, cum este cazul în speță, toate cheltuielile considerate excesive.

115 În prezenta cauză, dacă biroul lichidatorului ar fi luat legătura cu reclamanții anterior achitării facturii pe care i-o trimisese clinica Anthea, aceștia ar fi putut arăta în timp util că prețul de cazare care le fusese indicat era de 300 de euro pe zi.

116 În schimb, ca urmare a comportamentului biroului lichidatorului care a constat în a plăti factura fără a adresa vreo întrebare, pe de o parte, cheltuielile RCAM au crescut în mod nejustificat, întrucât, în locul unei rambursări în proporție de 85 % a cheltuielilor de cazare pentru 30 de zile, la tariful de 300 de euro pe zi, biroul lichidatorului a acordat o rambursare la tariful de 720 de euro pe zi.

117 Pe de altă parte, reclamanților li s-a imputat nu numai suma de 28 800 de euro cu titlu de cheltuieli de cazare considerate excesive de biroul lichidatorului, ci și 15 % din cuantumul corespunzător pentru 30 de zile de cazare, la tariful de 720 de euro pe zi, în timp ce, dacă cazarea ar fi fost facturată astfel cum îi fusese comunicată reclamantei, cuantumul imputat acestora ar fi fost în mod considerabil mai mic.

118 Prin urmare, este necesar să se constate că, întrucât nu a solicitat, anterior achitării facturii, precizări de la clinica Anthea cu privire la suma facturată pentru cazare și întrucât nu i-a informat pe reclamanți despre suma în cauză, biroul lichidatorului și, prin extensie, Comisia au încălcat atât principiul bunei administrări, cât și obligația de solicitudine față de reclamanți.

119 Întrucât motivul invocat în susținerea celui de al cincilea capăt de cerere este întemeiat, trebuie să se anuleze decizia biroului lichidatorului, astfel cum rezultă aceasta din borderoul de plată în litigiu, de a lăsa în sarcina reclamanților suma de 28 800 de euro cu titlu de cheltuieli de cazare considerate excesive.

120 În lumina considerațiilor de mai sus, nu trebuie să se admită cererea reclamanților, care face obiectul celui de al optulea capăt de cerere al cererii introductive, de a încuviința diferite activități de cercetare judecătorească pe care aceștia le propun.

**Cu privire la cheltuielile de judecată**

121 Potrivit articolului 87 alineatul (1) din Regulamentul de procedură, sub rezerva altor prevederi din capitolul VIII din titlul II din respectivul regulament, partea care cade în pretenții este obligată, la cerere, la plata cheltuielilor de judecată. Cu toate acestea, în temeiul articolului 88 din regulamentul menționat, „[o] parte, chiar dacă a avut câștig de cauză, poate fi obligată la plata, în tot sau în parte, a cheltuielilor de judecată, în cazul în care conduita acesteia, inclusiv din perioada anterioară formulării cererii introductive, justifică acest lucru, în special în cazul în care a provocat celeilalte părți cheltuieli apreciate de Tribunal ca fiind nejustificate sau șicanatoare”.

122 În speță, deși rezultă din motivele enunțate mai sus că reclamanții nu obțin câștig de cauză decât parțial în ceea ce privește concluziile îndreptate împotriva borderoului de plată în litigiu, ceea ce înseamnă că Comisia cade în pretenții numai în parte în ceea ce privește concluziile menționate, rezultă de asemenea că comportamentul biroului lichidatorului, considerat nelegal, a cauzat reclamanților cheltuieli suplimentare în măsura în care costul cazării care a făcut obiectul unei rambursări în proporție de 85 % a fost considerabil mai mare decât cel la care se puteau aștepta reclamanții.

123 Având în vedere împrejurările specifice ale speței și întrucât s-a precizat că aplicarea articolului 88 din Regulamentul de procedură nu este limitată la ipotezele în care administrația a provocat unor reclamanți cheltuieli nejustificate sau șicanatoare, Comisia trebuie să suporte propriile cheltuieli de judecată, inclusiv pe cele efectuate în cadrul procedurii privind măsurile provizorii, și este obligată să suporte cheltuielile de judecată efectuate de reclamanți, inclusiv pe cele efectuate de aceștia în cadrul procedurii privind măsurile provizorii.

Pentru aceste motive,

TRIBUNALUL FUNCȚIEI PUBLICE (Camera a doua)

declară și hotărăște:

1) **Anulează decizia Biroului lichidatorului din Ispra (Italia), astfel cum rezultă din borderoul de plată nr. 10 din 1 octombrie 2009, de a imputa domnului de Pretis Cagnodo suma de 28 800 de euro reprezentând cheltuieli de cazare a doamnei Trampuz de Pretis Cagnodo considerate excesive.**

2) **Respinge în rest acțiunea.**

3) **Comisia Europeană suportă ansamblul propriilor cheltuieli de judecată și este obligată să suporte ansamblul cheltuielilor de judecată efectuate de domnul de Pretis Cagnodo și de doamna de Trampuz Pretis Cagnodo.**

Rofes i Pujol Boruta Bradley

Pronunțată astfel în ședință publică la Luxemburg, la 16 mai 2013.

Grefier
W. Hakenberg

Președinte
M. I. Rofes i Pujol