



## Repertoriul jurisprudenței

HOTĂRÂREA TRIBUNALULUI FUNCȚIEI PUBLICE  
A UNIUNII EUROPENE (Camera a treia)  
25 mai 2016

Cauza F-111/15

**GW**  
**împotriva**  
**Comisiei Europene**

„Funcție publică — Funcționari — Asigurări sociale — Acoperirea cheltuielilor medicale —  
Examen concret și detaliat”

**Obiectul:** Acțiune introdusă în temeiul articolului 270 TFUE, aplicabil Tratatului CEEA în temeiul articolului 106a din acesta, prin care GW solicită Tribunalului anularea deciziei Comisiei Europene prin care a refuzat să considere rambursabile costurile de îngrijire a sănătății soției sale (în continuare „doamna T.”) cuprinse în deconturile nr. 67 și 68 din 7 februarie 2014 și nr. 72 din 12 martie 2014

**Decizia:** Anulează decizia Comisiei Europene prin care s-a refuzat să considere rambursabile cheltuielile care figurează în deconturile nr. 67 și 68 din 7 februarie 2014 și nr. 72 din 12 martie 2014 efectuate în legătură cu îngrijirea sănătății doamnei T. Comisia Europeană suportă propriile cheltuieli și este obligată să suporte cheltuielile de judecată efectuate de GW.

### Sumar

*1. Acțiune introdusă de funcționari — Acțiune îndreptată împotriva deciziei de respingere a reclamației — Efect — Sesizarea instanței cu privire la actul contestat — Condiție — Motivare a deciziei de respingere care trebuie să coincidă cu actul contestat (Statutul funcționarilor, art. 90 și 91)*

*2. Funcționari — Asigurări sociale — Asigurare de sănătate — Cheltuieli ocazionate de boală — Rambursare — Refuz — Tratamente considerate nefuncționale sau nenesare — Refuz întemeiat pe un aviz al medicului consultant — Control jurisdicțional — Limite [Statutul funcționarilor, art. 72 alin. (1)]*

*3. Funcționari — Asigurări sociale — Asigurare de sănătate — Cheltuieli ocazionate de boală — Rambursare — Obligații ale instituțiilor — Respectarea principiului bunei administrări și a obligației de solitudine în cazul cheltuielilor de spitalizare — Refuz de acoperire în situația în care există un tratament ambulatoriu pentru prestațiile medicale care altfel ar necesita spitalizare — Sarcina probei privind caracterul necesar al unei spitalizări care incumbă persoanei afiliate (Statutul funcționarilor, art. 72; Reglementarea privind asigurarea împotriva riscurilor de boală, art. 43, 49 și 52; Regulamentul nr. 966/2012 al Parlamentului și al Consiliului, art. 30)*

1. Ținând seama de însuși scopul său, care este acela de a permite administrației să își reconsidere decizia, procedura precontencioasă are un caracter evolutiv, astfel încât, în sistemul căilor de atac prevăzut la articolele 90 și 91 din statut, administrația poate, chiar dacă respinge reclamația, să fie în situația să modifice motivele pe baza cărora a adoptat actul contestat. Totuși, ceea ce se examinează este legalitatea actului inițial care lezează, analiza efectuându-se în raport cu motivarea cuprinsă în decizia de respingere a reclamației. Rezultă că, atunci când un birou de lichidare refuză acoperirea anumitor cheltuieli medicale pe baza unui aviz defavorabil și succint din partea medicului consultant și cel interesat formulează o reclamație, este posibil ca administrația, pentru a răspunde acestei reclamații, să furnizeze o motivare mai explicită în cursul procedurii precontencioase. Astfel de motive specifice referitoare la cazul individual, comunicate înainte de introducerea acțiunii în justiție, trebuie să coincidă cu decizia de refuz și trebuie considerate ca fiind elemente de informație relevante pentru aprecierea legalității acestei din urmă decizii.

(a se vedea punctul 36)

Trimitere la:

Tribunalul Uniunii Europene: Hotărârea din 9 decembrie 2009, Comisia/Birkhoff, T-377/08 P, EU:T:2009:485, punctul 56

Tribunalul Funcției Publice: Hotărârea din 26 martie 2014, CP/Parlamentul, F-8/13, EU:F:2014:44, punctul 21 și jurisprudența citată

2. În cadrul asigurării de sănătate, deși persoana afiliată la sistemul comun de asigurări de sănătate (RCAM) poate în mod legitim să considere că, în principiu, cheltuielile sale medicale sunt rambursate în limita plafoanelor prevăzute la articolul 72 alineatul (1) din statut, rambursarea anumitor cheltuieli poate fi totuși refuzată în mod legal de biroul de lichidare în cauză dacă, după avizul medicului consultant și, eventual, după avizul consilierului medical, respectivul birou apreciază că aceste cheltuieli vizează un tratament sau prestări a căror validitate științifică nu este dovedită. Astfel, este pe deplin justificat ca un cost pentru tratamente sau prestații a căror utilitate terapeutică sau fiabilitate ca mijloc de diagnostic este contestată din punct de vedere științific să nu fie preluat în sarcina RCAM, a cărui finanțare revine persoanelor afiliate și instituțiilor. În scopul evitării unor dezbateri interminabile sau inextricabile ale experților, aprecierile efectuate în acest cadru au fost încredințate instanțelor medicale ale RCAM, mai exact medicilor consultanți și consilierului medical însărcinați să se pronunțe pe baza literaturii științifice, dacă este necesar cu avizul unor specialiști sau al unor somități medicale din domeniul vizat.

Cu toate acestea, chiar dacă controlul instanței nu se extinde la aprecierile medicale propriu-zise, el trebuie să garanteze că medicul consultant sau consilierul medical a efectuat un examen concret și detaliat al situației supuse atenției lor, cu atât mai mult cu cât procedura nu are același nivel de garanție în termeni de echilibru între părți ca procedurile prevăzute la articolele 73 și 78 din statut. În plus, revine administrației sarcina de a stabili că un astfel de examen a fost efectuat. În cadrul examenului lor concret și detaliat, medicii consultanți, consilierul medical și administrația trebuie să se pronunțe pe baza literaturii științifice și, la nevoie, după avizul unor specialiști, examenul privind caracterul funcțional sau nefuncțional al unui tratament sau al unei spitalizări fiind o problemă medicală, aceștia nu pot face abstracție de starea de sănătate efectivă și completă a persoanei în cauză. În fond, această obligație de a ține cont de situația personală a persoanei afiliate la RCAM este impusă prin obligația de sollicitudine care acoperă în mare parte obligația de a efectua un examen complet și detaliat. În această privință, consilierul medical are doar o competență consultativă, astfel cum rezultă din articolul 41 din Reglementarea comună privind asigurarea împotriva riscurilor de boală a funcționarilor Uniunii Europene. O recomandare a consilierului medical nu constituie ca atare o normă aplicabilă de către administrație și, prin urmare, nici o normă opozabilă funcționarilor și altor

agenți ai Uniunii. În aceste condiții, avizul consilierului medical nu este obligatoriu pentru un medic consultant într-un mod care să îl împiedice pe acesta din urmă să examineze dacă un tratament acordat era sau nu era „funcțional” în cazul respectiv.

(a se vedea punctele 38-40, 49 și 50)

Trimitere la:

Tribunalul Uniunii Europene: Hotărârea din 9 decembrie 2009, Comisia/Birkhoff, T-377/08 P, EU:T:2009:485, punctele 32, 61 și 88

Tribunalul Funcției Publice: Hotărârea din 18 septembrie 2007, Botos/Comisia, F-10/07, EU:F:2007:161, punctele 63 și 64; Hotărârea din 8 iulie 2008, Birkhoff/Comisia, F-76/07, EU:F:2008:95, punctul 62, și Hotărârea din 28 septembrie 2011, Allen/Comisia, F-23/10, EU:F:2011:162, punctul 76

3. Articolul 49 din Reglementarea comună privind asigurarea împotriva riscurilor de boală a funcționarilor Uniunii Europene (reglementarea privind acoperirea riscurilor), adoptată în temeiul articolului 72 din statut, prevede că „obiectivul financiar al sistemului comun de asigurări de sănătate (RCAM) este de a asigura un echilibru [...] între venituri și cheltuieli”. În plus, prin articolul 43 din reglementarea privind acoperirea riscurilor, Regulamentul nr. 966/2012 privind normele financiare aplicabile bugetului general al Uniunii a devenit aplicabil prin analogie gestionării RCAM. Or, potrivit articolului 30 din acest regulament, Comisia, care administrează RCAM prin delegare din partea celorlalte instituții, trebuie să asigure executarea veniturilor și a cheltuielilor potrivit principiului bunei gestiuni financiare, în conformitate cu principiile economiei, eficienței și eficacității. În acest context, articolul 52 din reglementarea privind acoperirea riscurilor a conferit Comisiei sarcina de a stabili normele care să reglementeze rambursarea cheltuielilor medicale în vederea salvagărdării echilibrului financiar între venituri și cheltuieli al RCAM. Potrivit principiului bunei administrări, Comisia și, prin extensie, birourile lichidatorilor trebuie, așadar, să fie vigilenți să nu angajeze excesiv fondurile sistemului menționat.

În această optică, progresele medicinei și tehnicile moderne permit în plus să se propună un tratament ambulatoriu pentru prestații medicale care altfel ar necesita spitalizare. Ținând cont de această realitate și de contextul juridic aplicabil, revine persoanei afiliate să fie atentă la această evoluție și să facă dovada caracterului necesar al unei spitalizări, atunci când acesta este contestat. În această privință, avizele exprimate în mod unilateral de medicii consultanți ai instituțiilor în temeiul articolului 72 din statut nu reprezintă același nivel de garanție în materie de echilibru între părți precum cele formulate de comisia medicală sau de comisia pentru invaliditate în temeiul articolului 73 din același text. În aceste condiții, a aprecia că raporturile medicale furnizate *a posteriori* nu ar avea forță probatorie în sine ar priva persoanele afiliate la RCAM de un mijloc elementar de probă susceptibil să determine administrația să își revizuiască poziția.

(a se vedea punctele 53, 54 și 60)

Trimitere la:

Tribunalul Funcției Publice: Hotărârea din 28 septembrie 2011, Allen/Comisia, F-23/10, EU:F:2011:162, punctul 69, și Hotărârea din 16 mai 2013, de Pretis Cagnodo și Trampuz de Pretis Cagnodo/Comisia, F-104/10, EU:F:2013:64, punctele 111 și 112