SENTENCIA DEL TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA (Sala Cuarta) de 25 de febrero de 1992 *

En el asunto T-42/90,

Sergio Bertelli, agente temporal de la Comisión de las Comunidades Europeas, destinado en el establecimiento de Ispra del Centro Común de Investigación, representado por el Sr. Giuseppe Marchesini, Abogado ante el Tribunal de Casación de Italia, que designa como domicilio en Luxemburgo el despacho de M^e^ Ernest Arendt, 4, avenue Marie-Thérèse,

parte demandante,

apoyado por

Unione sindacale Euratom Ispra,

Sindacato ricerca della Confederazione generale italiana del lavoro,

Sindacato ricerca dell'Unione italiana del lavoro,

Sindacato ricerca della Confederazione italiana sindacati liberi,

organizaciones sindicales italianas, representadas por el Sr. Giuseppe Marchesini, Abogado ante el Tribunal de Casación de Italia, que designan como domicilio en Luxemburgo el despacho de M^e^ Ernest Arendt, 4, avenue Marie-Thérèse,

partes coadyuvantes,

contra

Comisión de las Comunidades Europeas, representada por los Sres. Sergio Fabro y Lucio Gussetti, miembros de su Servicio Jurídico, en calidad de Agentes, y, du-

* Lengua de procedimiento: italiano.

rante la fase oral, por el Sr. Vittorio di Bucci, miembro de su Servicio Jurídico, en calidad de Agente, asistido por M[e] Alberto dal Ferro, Abogado de Bruselas, que designa como domicilio en Luxemburgo el despacho del Sr. Roberto Hayder, representante de su Servicio Jurídico, Centre Wagner, Kirchberg,

parte demandada,

que tiene por objeto que se declare que los límites de reembolso establecidos en la Reglamentación relativa a la cobertura de los riesgos de enfermedad de los funcionarios de las Comunidades Europeas son ilegales, por lo que se refiere a las prestaciones realizadas en Italia, en la medida en que violan el principio y los criterios de cobertura social que proclama el artículo 72 del Estatuto de los Funcionarios, así como el principio de no discriminación que inspira la totalidad del Título V del Estatuto, y que se anule la decisión relativa al reembolso al demandante de los gastos médicos efectuados en Italia,

EL TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (Sala Cuarta),

integrado por los Sres.: R. García-Valdecasas, Presidente; D.A.O. Edward y R. Schintgen, Jueces;

Secretario: Sra. B. Pastor, administrador;

habiendo considerado los escritos obrantes en autos y después de celebrada la vista el 14 de enero de 1992;

dicta la siguiente

Sentencia

Antecedentes de hecho

1 El demandante, Sr. Bertelli, es agente temporal de la Comisión de las Comunidades Europeas, destinado en el establecimiento de Ispra del Centro Común de Investigación (en lo sucesivo, «CCR de Ispra»). Por su condición de agente temporal de la Comisión, el Sr. Bertelli está dado de alta en el régimen de seguro de enfermedad común a los funcionarios de las Comunidades Europeas (en lo sucesivo, «régimen común»). El 22 de septiembre de 1989 se sometió a dos intervenciones quirúrgicas incluidas en la categorías B y AA, respectivamente, de la lista de inter-

venciones quirúrgicas desglosadas por categorías, según se consigna en el Anexo II de la Reglamentación relativa a la cobertura de los riesgos de enfermedad de los funcionarios de las Comunidades Europeas (en lo sucesivo, «Reglamentación de cobertura»).

2 El demandante presentó a la Oficina de liquidaciones de Ispra una solicitud de reembolso de los gastos médicos referentes a dichas intervenciones quirúrgicas. Como respuesta el demandante recibió un estado de liquidación designado con el nº 3, extendido el 12 de diciembre de 1989, en el que se le informaba que se le reembolsaba la cantidad de 26.180 BFR que era, a la sazón, el importe máximo reembolsable previsto en el punto II «Intervenciones quirúrgicas» del Anexo I de la Reglamentación de cobertura, y que, con respecto a la intervención quirúrgica de la categoría AA, se le reembolsaba un importe equivalente a 11.390 BFR que era, y sigue siendo actualmente, el máximo reembolsable para este tipo de prestación médica. El importe reembolsado equivalía en ambos casos al 18 % de los gastos efectivamente realizados, que ascendían respectivamente a 142.525 BFR para la operación de la categoría B y a 62.007 BFR para la de la categoría AA.

3 Mediante escrito de 1 de marzo de 1990, registrado el 6 de marzo de 1990, el Sr. Bertelli presentó, contra el citado estado de liquidación, una reclamación con arreglo al apartado 2 del artículo 90 del Estatuto de los Funcionarios de las Comunidades Europeas (en lo sucesivo, «Estatuto»).

4 El 3 de abril de 1990, la Oficina de liquidaciones de Ispra emitió un dictamen sobre la reclamación del Sr. Bertelli por el que confirmaba el coste de las operaciones quirúrgicas que se le habían practicado, así como la calificación dada a dichas operaciones por el médico asesor de la Oficina de liquidaciones, cuya conclusión era que dicha oficina mantenía el mismo criterio acerca del reembolso.

5 El 18 de junio de 1990, la Oficina central del régimen común emitió un dictamen relativo a dicha reclamación en el que afirmó su acuerdo con la decisión de la Oficina de liquidaciones de Ispra.

6 El 5 de julio de 1990, el Comité de Gestión del régimen común, al que acudió la Administración con arreglo al apartado 2 del artículo 16 de la Reglamentación de cobertura, emitió el dictamen nº 14/90 relativo a la reclamación del Sr. Bertelli, en el que consideró que procedía confirmar la decisión tomada por la Oficina de liquidaciones. No obstante, puntualizó que ya había iniciado sus actuaciones para la revisión de los baremos y límites máximos de la Reglamentación tanto a escala general como desde el punto de vista del principio de igualdad de trato de los funcionarios en los distintos lugares de destino; que dichas actuaciones aún no habían cristalizado en propuestas que pudieran ser adoptadas por los órganos competentes y que, mientras tanto, debía aplicarse la reglamentación en vigor.

Procedimiento

7 En estas circunstancias, mediante escrito presentado en la Secretaría del Tribunal de Primera Instancia el 4 de octubre de 1990, el Sr. Bertelli interpuso el presente recurso, que se registró con el número T-42/90.

8 Mediante carta de 22 de noviembre de 1990, la Comisión le notificó la decisión que había adoptado el 14 de noviembre de 1990, a propósito de su reclamación, a la que no daba su aprobación. La Comisión añadió que reconsideraría su decisión a la luz de la sentencia que debía dictar el Tribunal de Primera Instancia en el asunto T-110/89, Pincherle/Comisión (sentencia de 12 de julio de 1991, Rec. p. II-635).

9 Mediante auto de 28 de enero de 1991, el Tribunal de Primera Instancia admitió la intervención del Sindacato ricerca dell'Unione italiana del lavoro, el Sindacato ricerca della Confederazione generale italiana del lavoro, la Unione sindacale Euratom Ispra y el Sindacato ricerca della Confederazione italiana sindacati liberi en apoyo de las pretensiones del demandante. Las partes coadyuvantes presentaron sus observaciones escritas en la Secretaría del Tribunal de Primera Instancia el 16 de abril de 1991.

10 El Tribunal de Primera Instancia acordó tomar las medidas de organización del procedimiento consistentes en formular preguntas a las partes y en requerirles para la presentación de determinados documentos. Como consecuencia de dicho reque-

rimiento del Tribunal de Primera Instancia, el 11 de diciembre de 1991 la Comisión presentó el dictamen de la Oficina de liquidaciones de Ispra de 3 de abril de 1990, el dictamen de la Oficina central de 18 de junio de 1990 y el texto de la versión modificada de la Reglamentación de cobertura que entró en vigor el 1 de diciembre de 1991.

11 Visto el informe del Juez Ponente, el Tribunal de Primera Instancia (Sala Cuarta) decidió iniciar la fase oral.

12 La vista se celebró el 14 de enero de 1992. Se oyeron los informes orales de los representantes de las partes, así como sus respuestas a las preguntas formuladas por el Tribunal de Primera Instancia. La Comisión presentó el dictamen nº 7/91 del Comité de Gestión del régimen común de 24 de abril de 1991, relativo a los coeficientes de igualdad aplicables a las cantidades máximas reembolsables de determinadas prestaciones, el informe de la Oficina central de 4 de diciembre de 1991 y la nota de 6 de enero de 1992 que la Secretaría de la junta de Jefes de Administración dirigió a los Jefes de Administración, mediante la que se les informaba que se habían aprobado los coeficientes de igualdad y que eran aplicables a partir del 1 de enero de 1991.

13 La parte demandante solicita al Tribunal de Primera Instancia que:

— Declare que los límites máximos y los parámetros que se fijan en anexo a la Reglamentación común son ilegales, por lo que se refiere a las prestaciones controvertidas realizadas en Italia, en la medida en que violan el principio y los criterios de cobertura social establecidos en el artículo 72 del Estatuto así como el principio de no discriminación que inspira la totalidad del Título V del Estatuto.

— Anule la decisión en virtud de la cual le fueron reembolsadas las prestaciones controvertidas.

— Condene en costas a la parte demandada.

14 La parte demandada solicita al Tribunal de Primera Instancia que:

— Desestime el recurso.

— Resuelva sobre las costas conforme a Derecho.

15 Las partes coadyuvantes apoyan las pretensiones de la parte demandante y solicitan que se condene a la Comisión a pagar las costas de la intervención.

Sobre el fondo

16 En apoyo de su recurso el demandante invoca dos motivos, a saber: por un lado, la infracción del artículo 72 del Estatuto y, por otro, la violación del principio general de no discriminación inherente, a su juicio, a las normas del Título V del Estatuto.

17 Antes de exponer los argumentos vertidos por las partes, deben recordarse las disposiciones que constituyen el contexto jurídico general del presente litigio. A este respecto procede recordar que este litigio, como el asunto T-110/89, Pincherle/Comisión, del que ya tuvo que conocer el Tribunal de Primera Instancia, deja entrever una estrecha relación con los antecedentes y los trabajos preparatorios que culminaron en la revisión de la Reglamentación de cobertura. Al examinar el desarrollo de dicho procedimiento de revisión, el Tribunal de Primera Instancia consideró de oficio elementos obrantes en los autos del asunto T-110/89.

18 El apartado 1 del artículo 72 del Estatuto prevé que el funcionario, su cónyuge y las personas a su cargo estarán cubiertos contra los riesgos de enfermedad hasta el límite del 80 % de los gastos realizados y de acuerdo con la regulación que, de común acuerdo, establezcan las Instituciones de las Comunidades. La cuantía se elevará al 85 % para las visitas y consultas médicas, intervenciones quirúrgicas, gastos de hospitalización, productos farmacéuticos, exámenes de laboratorio, ra-

diografías, análisis y prótesis por prescripción médica (con excepción de las prótesis dentarias). El apartado 3 de dicho artículo dispone: «Si el total de gastos no reembolsados durante un período de doce meses excediera de la mitad del sueldo base mensual o de la pensión, la autoridad facultada para proceder a los nombramientos concederá un reembolso especial, teniendo en cuenta la situación familiar del interesado, según las normas a que se refiere el apartado 1».

19 En ejecución de lo dispuesto en el artículo 72 del Estatuto, las Instituciones de la Comunidad adaptaron la citada Reglamentación relativa a la cobertura de los riesgos de enfermedad de los funcionarios de las Comunidades Europeas. Dicha Reglamentación de cobertura fija unos límites máximos para el reembolso de los gastos médicos que figuran en sus Anexos. En particular, el punto II del Anexo I fija un máximo reembolsable de 26.180 BFR con respecto a las intervenciones quirúrgicas de la categoría B. Los apartados 1, 2 y 5 del artículo 8 de dicha Reglamentación de cobertura, según regía en el momento de los hechos examinados, disponía:

«1. Cuando los gastos que se presenten correspondan a atenciones médicas que se hayan prestado al afiliado o a la persona asegurada por cuenta de éste en un país donde el costo de los cuidados médicos sea particularmente elevado, y cuando la parte de los gastos que el régimen no reembolse suponga para el afiliado una pesada carga, podrá concederse un reembolso especial, sobre la base del dictamen del médico asesor del despacho de liquidaciones competente, quien evaluará el coste de los cuidados médicos, bien por decisión de la autoridad competente para efectuar los nombramientos de la institución a la que perteneciere el interesado, bien por decisión de dicho despacho de liquidaciones, si así lo ha sido designado por dicha autoridad.

2. Cuando la parte no reembolsada de los gastos que entren en el campo de aplicación de los baremos que se adjuntan a la presente reglamentación, y que exponga el mismo afiliado para él mismo y para las personas aseguradas por cuenta de éste, exceda, en el transcurso de un período de doce meses, de la mitad de la media del salario mensual de base, de la pensión o, para los afiliados que citan los puntos 3, 5, 6, 7, 8 y 12 del artículo 2 de la presente reglamentación, del subsidio que perciban durante dicho período, el reembolso especial que establece el apartado 3 del artículo 72 del Estatuto se determinará de la siguiente manera:

La parte no reembolsada de los gastos anteriormente mencionados que exceda de la mitad del salario mensual de base, o de la pensión, o del subsidio se reembolsará con arreglo a un índice del:

— 90 %, cuando se trate de un afiliado sin persona alguna asegurada por su cuenta;

— 100 %, en los demás casos.

[...]

5. La decisión relativa a cualquier solicitud de reembolso especial la tomará:

— bien la autoridad competente para efectuar los nombramientos de la institución a la que pertenezca el interesado, sobre la base del dictamen del despacho de liquidaciones, emitido con arreglo a los criterios generales que apruebe el comité de gestión previa consulta con el consejo médico, relativos al carácter eventualmente excesivo de los gastos que se reclamen;

— bien el despacho de liquidaciones, sobre la base de los mismos criterios, si dicha autoridad así lo hubiere designado.»

20 El 9 de mayo de 1983, el comité local del personal del CCR de Ispra formuló una propuesta para la adaptación de la Reglamentación de cobertura para el personal destinado en Ispra que, entre otras cosas, hacía patente la necesidad de adaptar el límite máximo de reembolso relativo a las intervenciones quirúrgicas, señalaba que «los baremos de reembolso estaban poco adaptados al coste de la medicina y de las atenciones sanitarias en Italia», contemplaba la posibilidad de una actualización diferenciada de los importes máximos según el lugar de destino y proponía un nuevo importe máximo reembolsable de 40.800 BFR para las intervenciones quirúrgicas de la categoría B.

21 El 20 de diciembre de 1990, el Comité de Gestión del régimen común emitió el dictamen nº 35/90, relativo a la revisión de la Reglamentación de cobertura. Con-

sideró necesario elevar los importes reembolsables máximos de determinadas prestaciones y que, en la medida de lo posible, dichos importes deberían establecerse de manera que, al menos, 90 de cada 100 prestaciones médicas y hospitalarias efectivamente realizadas a los afiliados y a los asegurados por su cuenta pudieran estar cubiertas a los tipos del 80 % y 85 % respectivamente, previstos por el artículo 72 del Estatuto y por la Reglamentación de cobertura. Hizo constar que el tipo medio de reembolso de las prestaciones —a excepción de aquéllas para las que la Reglamentación prevé un reembolso del 100 %— había ascendido en 1989: para la Oficina de liquidaciones de Bruselas al 80,01 %, para la de Luxemburgo al 80,79 %, para la de Ispra al 72,73 %. En particular, en lo referente a la evolución de los costes de las intervenciones quirúrgicas, especialmente las de categoría B y D, el dictamen puso de relieve un alza apreciable y constante, debido a la aplicación de nuevas técnicas y a la utilización de equipos con unos resultados más satisfactorios. Subrayó el hecho de que el importe máximo reembolsable de las intervenciones quirúrgicas de la categoría B no se había modificado desde el 1 de enero de 1982 (sin perjuicio de la adaptación técnica operada el 28 de julio de 1983, imputable a la modificación del tipo de reembolso del 80 al 85 %) y que el tipo medio de crecimiento anual relativo a esta prestación había ascendido al 7,86 % general para todas las monedas, lo cual justificó el aumento, importante a primera vista, del importe máximo reembolsable para dicha prestación. El dictamen se completó con una serie de cuadros que contenían un análisis de los precios pagados por los afiliados a la Caja del Seguro de Enfermedad con respecto a determinados tipos de prestaciones y el número de asegurados cubiertos en un 85 %. En relación con los gastos expresados en liras italianas para las intervenciones de la categoría B, se observó que el «límite máximo» en vigor sólo permitía la cobertura estatutaria de 282 sobre 1.000 solicitudes de reembolso. El Comité de Gestión propuso elevar el importe máximo reembolsable en relación con las intervenciones quirúrgicas de la categoría B de 26.180 a 37.273 BFR, con efectos a partir del 1 de enero de 1990. Por otra parte, consideró que con el fin de respetar el principio de igualdad de trato, las Administraciones de las Instituciones debían aprobar, en la medida necesaria, en virtud del artículo 8 de la Reglamentación de cobertura, coeficientes para los países en los que el coste de las atenciones médicas fuera particularmente elevado.

22 El 24 de abril de 1991, el Comité de Gestión del régimen común emitió el dictamen nº 7/91 en el que propuso que se establecieran unos coeficientes de igualdad aplicables a los importes máximos reembolsables de determinadas prestaciones cuyos gastos fueran expresados en monedas comunitarias distintas del franco belga o luxemburgués. Dichos coeficientes deberían ser distintos para cada tipo de prestación en cada una de las monedas con el fin de garantizar el reembolso de la cuantía estatutaria en nueve de cada diez casos y, de esta forma, tratar de idéntica manera las prestaciones liquidadas en todas las monedas comunitarias. El Comité

de Gestión propuso que se establecieran estos coeficientes con efectos a partir de la fecha fijada para la entrada en vigor de la revisión de los importes máximos reembolsables, que había sido objeto del dictamen nº 35/90.

23 La Reglamentación de cobertura fue objeto de revisión el 1 de diciembre de 1991, con efectos a partir del 1 de enero de 1991. Los límites máximos reembolsables de algunos gastos médicos establecidos en los Anexos I y IV se modificaron conforme a las propuestas que formulara el Comité de Gestión en su dictamen nº 35/90, de 20 de diciembre de 1990 (véase el apartado 21 anterior). Concretamente, el importe máximo reembolsable con respecto a las intervenciones quirúrgicas de la categoría B se elevó a 37.273 BFR. Por otra parte, se sustituyó el apartado 1 del artículo 8 de la Reglamentación de cobertura por el siguiente texto:

«1. Podrán concederse reembolsos especiales cuando los gastos efectuados correspondan a cuidados médicos que se hayan prestado al afiliado o a una persona asegurada por cuenta de éste en un país donde el coste de los cuidados médicos sea particularmente elevado y cuando la parte de los gastos que el régimen no reembolse suponga para el afiliado una pesada carga.

En el marco del párrafo tercero del artículo 110 del Estatuto, las instituciones procederán a una concertación sobre la aplicación del presente apartado basándose en un informe de la Oficina central, acompañado del dictamen del Comité de Gestión.

El presente apartado no se aplicará a los asegurados cubiertos por el seguro de enfermedad complementario contemplado en el artículo 24 del anexo X del Estatuto.»

24 La Exposición de Motivos de la nueva Reglamentación pone de manifiesto el hecho de que desde el 28 de julio de 1983 no se habían adaptado determinados importes máximos reembolsables y de que el respeto del principio de igualdad de trato de todos los afiliados, independientemente del lugar en el que se efectúen los gastos, hacía necesaria la adaptación del artículo 8 de la Reglamentación para que las Instituciones pudieran realizar el adecuado reembolso de dichos gastos.

25 El 4 de diciembre de 1991, la Oficina central del régimen común propuso a la junta de Jefes de Administración la aprobación de coeficientes de igualdad aplicables a los límites máximos reembolsables establecidos en la Reglamentación de cobertura según el sistema propuesto en el dictamen nº 7/91 del Comité de Gestión.

26 A raíz de un informe de la Oficina central del régimen común, con efectos a partir del 1 de enero de 1991 y con arreglo al párrafo segundo del apartado 1 del artículo 8, modificado, de la Reglamentación de cobertura, la junta de Jefes de Administración aprobó los coeficientes de igualdad aplicables a los nuevos límites máximos que entraron en vigor el 1 de diciembre de 1991. En lo referente a las operaciones quirúrgicas de la categoría B cuyos gastos se expresan en liras italianas, se fijo en el 223 % el coeficiente de igualdad aplicable al límite máximo existente.

Sobre el primer motivo basado en la infracción del artículo 72 del Estatuto

27 El demandante no niega que el artículo 72 del Estatuto fije el límite máximo del reembolso a que tienen derecho el funcionario y los miembros de su familia que disfrutan de la cobertura del régimen común ni que dicho artículo 72 encomiende la determinación de las modalidades de aplicación a la Reglamentación de cobertura establecida de común acuerdo por las Instituciones de la Comunidad. Sin embargo, es a su juicio innegable que, como mínimo, la cobertura de los gastos médicos debe tener por objetivo garantizar un reembolso que ascienda al 80 o al 85 % de los gastos realizados, aunque tenga que reconocerse que las disposiciones de ejecución deben establecer determinados criterios cuantitativos.

28 Indica que, aunque en los regímenes nacionales se imponga progresivamente la imputación a los asegurados de una parte modesta del gasto, sería totalmente ilegal una gestión del sistema que, a falta de prestaciones de asistencia directa, llevara consigo tipos de reembolso muy distantes del concepto y de la finalidad de la «cobertura social».

29 Considera que deben reputarse ilegales las disposiciones generales de ejecución del artículo 72 del Estatuto, a saber, la Reglamentación de cobertura y, en el caso de

autos, su Anexo I, en tanto en cuanto establecen límites máximos de reembolso que, en realidad, se apartan mucho de los tipos del 80 y 85 % que establece el propio artículo 72. En opinión del demandante, estos hechos contradicen el principio mismo de cobertura social plasmado en el artículo 72 del Estatuto.

30 La Comisión señala que el artículo 72 del Estatuto no confiere a los beneficiarios del régimen común el derecho a obtener un reembolso del 80 o del 85 % según la clase de prestaciones efectuadas. Estos porcentajes representan tan sólo el límite máximo reembolsable y no implican la obligación de reembolsar a los afiliados y a los asegurados en tal proporción en todos los casos.

31 La Comisión añade que el régimen común se sustenta en un sistema de reembolso de gastos médicos que únicamente es operativo gracias a las contribuciones de los asegurados y que, por lo tanto, solamente dispone de recursos limitados. Habida cuenta de que el interés general de los asegurados consiste en obtener el mejor reembolso posible de los gastos médicos realizados, para alcanzar una situación óptima es necesario que el Estatuto y la reglamentación correspondiente fijen unos límites.

32 Como ya declaró en la sentencia de 12 de julio de 1991, Pincherle/Comisión (T-110/89, Rec. p. II-635), el Tribunal de Primera Instancia considera que no puede deducirse de los términos del artículo 72 del Estatuto que éste atribuya a los beneficiarios del régimen común el derecho a obtener un reembolso del 80 u 85 % de los gastos realizados según la clase de prestación efectuada. Estos porcentajes fijan el límite máximo reembolsable. No constituyen porcentajes mínimos y, por consiguiente, no implican obligación alguna de reembolsar a los afiliados y asegurados en la proporción del 80 u 85 % en todos los casos.

33 El Tribunal de Primera Instancia considera que, a falta de límites máximos de reembolso establecidos por el Estatuto, las Instituciones están facultadas para fijar límites máximos adecuados mediante las disposiciones de ejecución, observando el principio de cobertura social que inspira el artículo 72 del Estatuto, máxime cuando los recursos de este régimen se limitan a las cotizaciones de los afiliados y de las Instituciones y debe protegerse el equilibrio financiero del régimen.

34 En cuanto a la alegación del demandante según la cual los límites máximos de reembolso que fijan las disposiciones de ejecución son ilegales en la medida en que, como es el caso de los reembolsos controvertidos, se apartan mucho de los tipos del 80 y 85 % que fija el artículo 72 del Estatuto, el Tribunal de Primera Instancia advierte que, en el caso de autos, se efectuaron los reembolsos al tipo del 18 % de los gastos realizados y que tal tipo de reembolso queda efectivamente muy lejos de los tipos de 80 y 85 % firmados por el artículo 72 del Estatuto. En consecuencia, cabe preguntarse si, como mantiene el demandante, reembolsos tan apartados de los tipos del 80 % y 85 % pueden dar lugar a que se califiquen de ilegales e injustos los límites máximos fijados de común acuerdo por las Instituciones.

35 El Tribunal considera que no puede acogerse este razonamiento porque el Estatuto y la Reglamentación de cobertura, al prever determinadas medidas correctoras, presuponen por ello mismo que, en determinados casos, los gastos de enfermedad no se reembolsan al tipo del 80 u 85 %. En efecto, el apartado 3 del artículo 72 del Estatuto prevé un reembolso especial en el supuesto de que el importe de los gastos no reembolsados durante un período de doce meses exceda de la mitad del sueldo base mensual del funcionario o de la pensión pagada al afiliado. Asimismo, el apartado 1 del artículo 8 de la Reglamentación de cobertura prevé un reembolso especial cuando los gastos realizados correspondan a atenciones prestadas en un país donde el coste de los cuidados médicos sea particularmente elevado y la parte de los gastos que el régimen no reembolse suponga para el afiliado una pesada carga.

36 El demandante y las partes coadyuvantes recordaron que el apartado 1 del artículo 8 de la Reglamentación de cobertura ofrece la posibilidad de resolver los casos en los cuales los gastos médicos realizados son especialmente elevados; no obstante, consideran que dicha posibilidad queda neutralizada por las disposiciones de interpretación de la Reglamentación de cobertura que, para precisar su alcance, prevén lo siguiente:

«Las disposiciones de este apartado no son, en principio, aplicables a los países de la Comunidad.

La lista de países en los que el coste de las atenciones médicas es particularmente elevado, establecida de común acuerdo por los jefes de administración, incluye actualmente los siguientes países: Estados Unidos, Canadá, Chile, Uruguay, Japón y Venezuela.

El reembolso de los gastos médicos en estos países se realizará con el límite máximo del doble de los límites de reembolso que figuran en los anexos de la reglamentación, a propuesta, en su caso, de la oficina central y con el dictamen conforme del comité de gestión.

Se considerará que se da la condición de "pesada carga" cuando los importes no reembolsados correspondientes a los "gastos que se presenten" mencionados en el apartado 1 asciendan a un 60 % de estos gastos.

Para la aplicación de este apartado, los "gastos que se presenten" se valorarán prestación por prestación.»

Según el demandante y las partes coadyuvantes, estas disposiciones de interpretación impiden aplicar el apartado 1 del artículo 8 a los países de la Comunidad y son ilegales por contradecir el artículo 8.

37 Sobre este particular la Comisión señala que las disposiciones de interpretación de la Reglamentación de cobertura no descartan en absoluto la aplicación a los países de la Comunidad del método de reembolso que prevé el apartado 1 del artículo 8 de dicha Reglamentación en los casos en que la parte de gastos no reembolsada sea elevada, como declaro el Tribunal de Primera Instancia en su citada sentencia de 12 de julio de 1991, Pincherle/Comisión. Por otra parte, agrega que el demandante no presentó ninguna solicitud de reembolso con arreglo a dicho artículo 8 y, por consiguiente, no tienen ningún interés en formular alegaciones basadas en la aplicación de dicha norma.

38 A este respecto, el Tribunal de Primera Instancia destaca que el apartado 5 del artículo 8 de la Reglamentación de cobertura supedita cualquier reembolso especial a una solicitud previa así como a la tramitación de un procedimiento especial. En el caso de autos, antes de promover el presente recurso, el demandante no solicitó que le fuera aplicado el apartado 1 del artículo 8 de la Reglamentación de cobertura. Ahora bien, en el marco de un recurso interpuesto con arreglo al artículo 91 del Estatuto, el Tribunal de Primera Instancia sólo es competente para controlar la legalidad de un acto lesivo para el funcionario demandante y, ante la inexistencia de una medida especial de aplicación, no puede pronunciarse de forma abstracta

sobre la legalidad de una norma de carácter general (sentencia del Tribunal de Primera Instancia de 12 de julio de 1991, Pincherle/Comisión, antes citada). De lo anterior se desprende que, en el presente caso, a falta de una decisión individual relativa a la aplicación del apartado 1 del artículo 8 de la Reglamentación de cobertura, no procede admitir que el demandante y las partes coadyuvantes aduzcan la ilegalidad de las disposiciones de interpretación de dicho artículo.

39 Sin embargo, el Tribunal de Primera Instancia estima oportuno destacar, como ya declarara en su sentencia de 12 de julio de 1991, Pincherle/Comisión, antes citada, que ni la redacción del Estatuto ni la del apartado 1 del artículo 8 de la Reglamentación de cobertura permite deducir que los países de la Comunidad se hallan excluidos del ámbito de aplicación de las disposiciones del apartado 1 de dicho artículo 8. En efecto, la utilización de los términos «en principio» en las correspondientes disposiciones de interpretación permiten igualmente extender a los Estados miembros de la Comunidad la aplicación del apartado 1 del artículo 8. Además, este Tribunal de Primera Instancia hace observar que las disposiciones de interpretación, que entraron en vigor el 1 de enero de 1991, tienen en cuenta la situación de los Estados miembros en los que el coste de las atenciones médicas es especialmente elevado y que, con arreglo al apartado 1 del artículo 8, establecieron coeficientes correctores al alza para el reembolso de determinadas prestaciones (véanse las disposiciones de interpretación del punto I del Anexo I). De esta manera, se ha aplicado el apartado 1 del artículo 8 de la Reglamentación de cobertura a los Estados miembros de la Comunidad.

40 Asimismo, el demandante llamó la atención sobre el apartado 2 del artículo 8 de la Reglamentación de cobertura, que establece un reembolso especial cuando la parte no reembolsada de los gastos exceda, durante un período de doce meses, de la mitad de la media del sueldo base mensual. Afirma que su contenido queda neutralizado por las correspondientes disposiciones de interpretación, a cuyo tenor «para la aplicación de este apartado, los gastos que se presenten se limitarán al doble de los límites correspondientes a dichos gastos [...]». Alega que, además de la importante restricción contenida en el artículo 8 de la Reglamentación, que limita el reembolso a la parte de los gastos que excedan de la mitad de la retribución mensual del asegurado, resultando, pues, de este modo que siempre es irrecuperable un importe considerable, las disposiciones de interpretación establecen otro límite de reembolso, a saber: el doble de los límites máximos establecidos. Considera que, por ello, las disposiciones de interpretación son ilegales.

41 A este respecto, el Tribunal de Primera Instancia, como ya hiciera anteriormente, destaca que, de conformidad con el apartado 5 del artículo 8 de la Reglamentación de cobertura, cualquier reembolso especial debe ser objeto de una solicitud previa y se halla supeditado a la tramitación de un procedimiento especial, lo cual no tuvo lugar en el caso de autos. En estas circunstancias, de ninguna manera puede formularse la alegación de la parte demandante basada en la ilegalidad de las disposiciones de interpretación del apartado 2 del artículo 8 de la Reglamentación de cobertura, dado que no guarda relación alguna con una ilegalidad que afecte a las decisiones impugnadas y, por ello, no procede su admisión en un recurso promovido con arreglo al artículo 91 del Estatuto.

42 Por otra parte, el Tribunal de Primera Instancia señala que las nuevas disposiciones de interpretación que entraron en vigor el 1 de enero de 1991 ya no contienen la limitación reprobada por el demandante.

43 De lo anterior se deduce que procede desestimar el motivo basado en la infracción del artículo 72 del Estatuto.

Sobre el segundo motivo basado en la violación del principio general de no discriminación inherente a las disposiciones del Título V del Estatuto

44 El demandante destaca que las disposiciones del Título V del Estatuto, titulado «Régimen retributivo y prestaciones sociales del funcionario», están destinadas a garantizar a los funcionarios de las diferentes Instituciones retribuciones y prestaciones de Seguridad Social iguales, independientemente de su lugar de destino o del lugar donde deban realizar gastos médicos.

45 De este modo, el demandante considera que queda claro que los asegurados que deban recibir asistencia médica en Italia, donde las prestaciones médicas son más onerosas, se encuentran discriminados en relación con aquéllos que, debido a un destino o a una residencia diferente, pueden recibir las mismas prestaciones con honorarios más moderados; el hecho de que los límites de reembolso válidos para todos los funcionarios se fundamenten en los honorarios practicados por los médicos belgas ocasiona una diferencia de trato en favor de aquéllos que por razones

de destino o de residencia pueden beneficiarse, en Bélgica o en otros Estados miembros, de prestaciones médicas menos costosas.

46 Por consiguiente, a juicio del demandante, el Anexo I de la Reglamentación común es ilegal habida cuenta de la discriminación que provoca entre el personal de las Comunidades; situación contraria tanto al principio general de no discriminación como a las disposiciones del Título V del Estatuto, que tienen por objeto garantizar a todos los funcionarios la igualdad de trato en lo referente a su régimen retributivo y a sus prestaciones sociales.

47 Por otra parte, el demandante alega que los nuevos límites máximos y coeficientes de igualdad aplicables a los gastos expresados en liras italianas entraron en vigor con efectos a partir del 1 de enero de 1991 y que, por lo tanto, no pueden referirse a gastos realizados en un momento anterior, como en el caso de autos.

48 La parte demandada admite que, en estos últimos tiempos, se han producido aumentos considerables del coste de determinadas prestaciones médicas en Italia y en el Reino Unido; añade que, precisamente, ésta es la razón por la cual las Instituciones aprobaron nuevos límites de reembolso más elevados así como el establecimiento de coeficientes de igualdad sobre dichos límites.

49 La parte demandada alega que las Instituciones actuaron para resolver este problema desde 1987 y que, en esta fecha, emprendieron una profunda revisión de la Reglamentación de cobertura. Sin embargo, esta revisión ha debido franquear una determinada cantidad de etapas y de procedimientos institucionales previstos por las normas en vigor, que las Instituciones no pueden ignorar. Al mismo tiempo, fue necesario adoptar medidas financieras adecuadas que permitiesen enjugar el déficit de explotación que había surgido en los últimos ejercicios contables y, sobre todo, hacer frente al aumento de los costes provocado por las nuevas propuestas de aumento de los coeficientes correctores.

50 El Tribunal de Primera Instancia considera que, frente a una situación de desigualdad que afecta a los afiliados y asegurados acogidos a la cobertura del régimen común que, en determinados Estados miembros de la Comunidad, soportan el coste de gastos médicos más elevados, las Instituciones tenían la obligación de resolver este problema. En consecuencia, procede definir la naturaleza y el alcance de esta obligación, respondiendo a la cuestión de si la Institución demandada tenía la obligación de poner fin inmediatamente a dicha desigualdad mediante un aumento inmediato de los reintegros concedidos a los funcionarios interesados o, por el contrario, si su obligación se limitaba a ponerse de acuerdo con las demás Instituciones para proceder a una revisión apropiada del sistema.

51 El Tribunal de Primera Instancia considera que no puede acogerse la primera solución en la medida en que la Comisión está obligada a cumplir las normas vigentes y no está autorizada a actuar fuera del marco legal determinado por la Reglamentación de cobertura. Concretamente, la Comisión no puede aplicar límites de reembolso distintos de los que establece la Reglamentación de cobertura, los cuales sólo se pueden modificar de común acuerdo entre las Instituciones, de conformidad con el artículo 32 de dicha Reglamentación. Debe añadirse que se impone dicho comportamiento, máxime en un sistema cuyos recursos se limitan a las cotizaciones de los afiliados y de las Instituciones y cuyo equilibrio financiero necesariamente debe ser protegido.

52 Por consiguiente, el Tribunal de Primera Instancia considera que la demandada tenía la obligación de impulsar y orientar diligentemente la concertación necesaria con las demás Instituciones para revisar adecuadamente el sistema.

53 A este respecto, el Tribunal de Primera Instancia declara, en primer lugar, que ya el 9 de mayo de 1983 el comité local del personal del CCR de Ispra había formulado una propuesta en favor de un alza del límite de reembolso de las intervenciones quirúrgicas de la categoría B (véase el apartado 20 anterior); en segundo lugar que, hasta el 20 de diciembre de 1990 (véase el apartado 21 anterior), el Comité de Gestión del régimen común no emitió el dictamen nº 35/90 en el cual, por un lado, propuso entre otras cosas elevar el límite de reembolso de las intervenciones quirúrgicas de la categoría B a 37.273 BFR y, por otro, requirió a los órganos administrativos de las Instituciones para que, en caso necesario, aprobaran los coeficientes correspondientes a los países en los cuales el coste de las atenciones médicas resulta particularmente elevado, con el fin de observar el principio de la igual-

dad de trato; en tercer lugar, no se alcanzó hasta noviembre de 1991 el común acuerdo de las Instituciones sobre la revisión de la Reglamentación de cobertura, que entró en vigor el 1 de diciembre de 1991, con efectos a partir del 1 de enero de 1991 (véanse los anteriores apartados 23, 24, 25 y 26).

54 Suponiendo que pueda calificarse de excesivo el plazo transcurrido, procede interrogarse acerca de las consecuencias que de ello pueden resultar para el presente asunto. Sobre el particular, el Tribunal de Primera Instancia pone de relieve que los afiliados (entre los cuales se encuentra el demandante), que tuvieron que soportar gastos médicos no cubiertos al tipo del 80 u 85 %, pudieron pedir el reembolso especial previsto en el apartado 1 del artículo 8 de la Reglamentación de cobertura, el cual confiere para tal fin a la Autoridad Facultada para Proceder a los Nombramientos una amplia facultad de apreciación. El Tribunal de Primera Instancia considera que únicamente en el supuesto de que el procedimiento regulado por el artículo 8 de la Reglamentación de cobertura no hubiera permitido compensar totalmente las diferencias entre los importes de los gastos médicos a cargo de los afiliados al régimen común en los diferentes Estados miembros de la Comunidad y de que se hubiera agotado previamente dicho procedimiento sería necesario plantearse la cuestión de la reparación del perjuicio derivado de la eventual persistencia injustificada de tal situación de desigualdad. Ahora bien, al no haberse agotado en el caso de autos las posibilidades que ofrece el artículo 8, no procede examinar esta cuestión.

55 Del conjunto de consideraciones que anteceden se deduce que debe desestimarse asimismo el presente motivo.

56 De lo anterior se deduce que procede desestimar la totalidad del recurso.

Costas

57 A tenor del apartado 2 del artículo 87 del Reglamento de Procedimiento del Tribunal de Primera Instancia, la parte que pierda el proceso será condenada en costas, si así se hubiera solicitado, sin embargo, según el artículo 88 del mismo Reglamento, las Instituciones soportarán los gastos en que hubieren incurrido en los

recursos de los agentes de las Comunidades. Además, según el apartado 3 del artículo 87, en circunstancias excepcionales, el Tribunal de Primera Instancia podrá repartir las costas. A este respecto, debe tenerse en cuenta el hecho de que el presente litigio surgió de una situación de desigualdad que afecta a determinados afiliados y asegurados que disfrutan de la cobertura del régimen común, situación que la Institución demandada reconoció que era preciso resolver (véase el apartado 48 anterior), lo cual se hace constar también en la Exposición de Motivos de la nueva Reglamentación (véase el apartado 24 anterior). Por lo tanto, parece equitativo que la Institución demandada soporte la mitad de las costas del demandante y de las partes coadyuvantes además de las suyas propias. El demandante y las partes coadyuvantes soportarán cada uno de ellos la mitad de sus propias costas.

En virtud de todo lo expuesto,

EL TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA (Sala Cuarta)

decide:

1) **Desestimar el recurso.**

2) **La Comisión cargará con sus propias costas y con la mitad de las de la parte demandante y de las partes coadyuvantes, los cuales cargarán, respectivamente, con la otra mitad de sus propias costas.**

García-Valdecasas Edward Schintgen

Pronunciada en audiencia pública en Luxemburgo, a 25 de febrero de 1992.

El Secretario

H. Jung

El presidente

R. García-Valdecasas