ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DE PRIMEIRA INSTÂNCIA (Quarta Secção)
25 de Fevereiro de 1992 *

No processo T-42/90,

Sergio Bertelli, agente temporário da Comissão das Comunidades Europeias, em serviço no estabelecimento de Ispra do Centro Comum de Investigação, representado por Giuseppe Marchesini, advogado inscrito na Corte di Cassazione italiana, com domicílio escolhido no Luxemburgo no escritório do advogado Ernest Arendt, 4, avenue Marie-Thérèse,

recorrente,

apoiado 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,

organizações sindicais de direito italiano, representadas por Giuseppe Marchesini, advogado inscrito na Corte di Cassazione de Itália, com domicílio escolhido no Luxemburgo no escritório do advogado Ernest Arendt, 4, avenue Marie-Thérèse,

intervenientes,

contra

Comissão das Comunidades Europeias, representada por Sergio Fabro e Lucio Gussetti, membros do Serviço Jurídico, na qualidade de agentes, e, na audiência,

* Língua do processo: italiano.

por Vittorio di Bucci, membro do Serviço Jurídico, na qualidade de agente, assistido por Alberto dal Ferro, advogado no foro de Bruxelas, com domicílio escolhido no Luxemburgo no gabinete de Roberto Hayder, representante do Serviço Jurídico, Centre Wagner, Kirchberg,

recorrida,

que tem por objecto obter a declaração de que os limites máximos de reembolso fixados na regulamentação relativa à cobertura dos riscos de doença dos funcionários das Comunidades Europeias são ilegais, no que respeita às prestações efectuadas em Itália, por violação do princípio e dos critérios de cobertura social constantes do artigo 72.° do Estatuto dos Funcionários, bem como do princípio da não discriminação que inspira todo o título V do Estatuto, e obter a anulação da decisão relativa ao reembolso ao recorrente de despesas médicas feitas em Itália,

O TRIBUNAL DE PRIMEIRA INSTÂNCIA (Quarta Secção),

composto por: R. García-Valdecasas, presidente, D. A. O. Edward e R. Schintgen, juízes,

secretário: B. Pastor, administradora

vistos os autos e após a audiência de 14 de Janeiro de 1992,

profere o presente

Acórdão

Os factos que estão na origem do recurso

1 O recorrente, S. Bertelli, é agente temporário da Comissão das Comunidades Europeias, em serviço no estabelecimento de Ispra do Centro Comum de Investigação (a seguir «CCI de Ispra»). Na sua qualidade de agente temporário da Comissão está inscrito no regime comum de seguro de doença dos funcionários das Comunidades Europeias (a seguir «regime comum»). Em 22 de Setembro de 1989, foi submetido a duas intervenções cirúrgicas englobadas, respectivamente, nas categorias B e AA da lista das intervenções cirúrgicas distribuídas por categorias, tal

como estabelecida no anexo II da regulamentação relativa à cobertura dos riscos de doença dos funcionários das Comunidades Europeias (a seguir «regulamentação de cobertura»).

2 O recorrente apresentou ao serviço de liquidação de Ispra um pedido de reembolso de despesas médicas relativas às referidas intervenções cirúrgicas. Em resposta, o recorrente recebeu uma nota de liquidação n.° 3, datada de 12 de Dezembro de 1989, informando-o que, relativamente à intervenção cirúrgica da categoria B, lhe seria pago um montante equivalente a 26 180 BFR que era, na época, o montante máximo reembolsável previsto no ponto II «intervenções cirúrgicas» do anexo I à regulamentação de cobertura e que, relativamente à intervenção cirúrgica da categoria AA, lhe seria pago um montante equivalente a 11 390 BFR que era, e continua a ser, o montante máximo reembolsável para este tipo de prestação médica. O montante reembolsado representava em ambos os casos 18% das despesas efectivamente realizadas, as quais se tinham elevado, respectivamente, a 142 525 BFR para a operação da categoria B e a 62 007 BFR para a operação da categoria AA.

3 Por nota de 1 de Março de 1990, registada em 6 de Março de 1990, S. Bertelli apresentou, ao abrigo do n.° 2 do artigo 90.° do Estatuto dos Funcionários das Comunidades Europeias (a seguir «Estatuto»), uma reclamação contra a nota de liquidação acima referida.

4 Em 3 de Abril de 1990, o serviço de liquidação de Ispra emitiu um parecer sobre a reclamação de S. Bertelli, confirmando o custo das intervenções cirúrgicas a que este se submeteu bem como a qualificação que lhes tinha sido dada pelo médico assessor daquele serviço, concluindo pela manutenção da sua posição em relação ao reembolso.

5 Em 18 de Junho de 1990, o serviço central do regime comum formulou um parecer relativo à referida reclamação, no qual dizia partilhar a decisão do serviço de liquidação de Ispra.

6 Em 5 de Julho de 1990, o comité de gestão do regime comum, consultado pela administração nos termos do n.° 2 do artigo 16.° da regulamentação de cobertura, emitiu o parecer n.° 14/90 relativo à reclamação de S. Bertelli, no qual considerou que se devia confirmar a decisão tomada pelo serviço de liquidação. Precisou, no entanto, que já tinha iniciado diligências para a revisão das tabelas e dos limites máximos da regulamentação, tanto no plano geral como sob o ângulo do princípio da igualdade de tratamento dos funcionários nos diferentes lugares de afectação; que de tais diligências ainda não tinham resultado propostas susceptíveis de serem adoptadas pelas instâncias competentes e que, entretanto, se devia aplicar a regulamentação em vigor.

A tramitação processual

7 Foi nestas condições que, por petição entrada na Secretaria do Tribunal em 4 de Outubro de 1990, S. Bertelli interpôs o presente recurso, que foi inscrito sob o número T-42/90.

8 Por carta de 22 de Novembro de 1990, a Comissão comunicou-lhe a decisão que adoptara, em 14 de Novembro de 1990, a propósito da sua reclamação, à qual não deu seguimento favorável. A Comissão acrescentou que a sua decisão seria reexaminada à luz do acórdão que o Tribunal iria proferir no processo T-110/89, Pincherle/Comissão (acórdão de 12 de Julho de 1991, Colect., p. II-635).

9 Por despacho de 28 de Janeiro de 1991, o Tribunal admitiu o Sindacato ricerca dell'Unione italiana del lavoro, o Sindacato ricerca della Confederazione generale italiana del lavoro, a Unione sindacale Euratom Ispra e o Sindacato ricerca della Confederazione italiana sindacati liberi a intervir em apoio dos pedidos do recorrente. Os intervenientes entregaram as suas observações escritas na Secretaria do Tribunal em 16 de Abril de 1991.

10 O Tribunal decidiu tomar medidas de organização do processo, que consistiram em formular perguntas às partes e em lhes solicitar que entregassem certos documentos. Na sequência desta solicitação do Tribunal, a Comissão entregou, em 11

de Dezembro de 1991, o parecer do serviço de liquidação de Ispra de 3 de Abril de 1990, o parecer do serviço central de 18 de Junho de 1990, e o texto da versão alterada da regulamentação de cobertura que entrou em vigor em 1 de Dezembro de 1991.

11 Com base no relatório preliminar do juiz-relator, o Tribunal (Quarta Secção) decidiu iniciar a fase oral do processo.

12 A audiência efectuou-se em 14 de Janeiro de 1992. Foram ouvidas as alegações das partes e as suas respostas às perguntas formuladas pelo Tribunal. A Comissão fez entrega do parecer n.° 7/91 do comité de gestão do regime comum de 24 de Abril de 1991, relativo aos coeficientes de igualdade aplicáveis aos montantes máximos de reembolso de certas prestações, do relatório do serviço central de 4 de Dezembro de 1991 e da nota de 6 de Janeiro de 1992 dirigida aos responsáveis pela administração pelo secretariado do conselho dos responsáveis pela administração, pela qual estes foram informados que os coeficientes de igualdade tinham sido aprovados e que deviam ser aplicados a partir de 1 de Janeiro de 1991.

13 O recorrente conclui pedindo que o Tribunal se digne:

— declarar que, no que respeita às prestações em litígio efectuadas em Itália, os limites e os parâmetros de reembolso fixados em anexo à regulamentação comum são ilegais na parte em que violam o princípio e os critérios de cobertura social inscritos no artigo 72.° do Estatuto, bem como o princípio da não discriminação que inspira todo o título V do Estatuto,

— anular a decisão pela qual foram reembolsadas as prestações em litígio;

— condenar a recorrida nas despesas.

14 A recorrida conclui pedindo que o Tribunal se digne:

— negar provimento ao recurso;

— decidir quanto às despesas nos termos legais.

15 Os intervenientes apoiaram os pedidos do recorrente e pediram a condenação da Comissão nas despesas da intervenção.

Quanto ao mérito

16 O recorrente invoca dois fundamentos em apoio do seu recurso: por um lado, a violação do artigo 72.° do Estatuto e, por outro, a violação do princípio geral da não discriminação, segundo ele, inerente às disposições do título V do Estatuto.

17 Antes de expor a argumentação desenvolvida pelas partes, devem recordar-se as disposições que integram o quadro jurídico geral do presente litígio. A este respeito, deve realçar-se que este litígio, como o do processo T-110/89, Pincherle/ /Comissão, sobre o qual o Tribunal já se pronunciou, tem estreitas relações com os antecedentes e os trabalhos preparatórios que levaram à revisão da regulamentação de cobertura. Ao examinar a tramitação de tal procedimento de revisão, o Tribunal teve oficiosamente em conta elementos que se encontram no processo T-110/89.

18 O n.° 1 do artigo 72.° do Estatuto determina que o funcionário, o seu cônjuge e as pessoas a seu cargo estão cobertos contra os riscos de doença até ao limite de 80% das despesas efectuadas, com base numa regulamentação estabelecida de comum acordo pelas instituições das Comunidades. Esta percentagem eleva-se a 85% para as visitas e consultas médicas, as intervenções cirúrgicas, as despesas de hospitalização, a compra de produtos farmacêuticos, os exames laboratoriais, as radio-

grafias, as análises e as próteses por prescrição médica (com excepção das próteses dentárias). O n.° 3 do referido artigo dispõe que «A entidade competente para proceder a nomeações, tendo em conta a situação familiar do interessado e com base na regulamentação prevista no n.° 1, atribui um reembolso especial, se o montante das despesas não reembolsadas durante um período de doze meses ultrapassar metade do vencimento-base mensal do funcionário ou da pensão paga».

19 Em aplicação do artigo 72.° do Estatuto, as instituições da Comunidade adoptaram a regulamentação relativa à cobertura dos riscos de doença dos funcionários das Comunidades Europeias, já referida. Esta regulamentação de cobertura fixa os limites para os reembolsos das despesas médicas que constam dos seus anexos. Em especial, o ponto II do anexo I fixa um montante máximo reembolsável de 26 180 BFR para as intervenções cirúrgicas da categoria B. Os n.^{os} 1, 2 e 5 do artigo 8.° da referida regulamentação de cobertura, com a redacção que estava em vigor à época dos factos considerados, dispunham:

«1. Sempre que as despesas declaradas se referirem a tratamentos prestados ao inscrito ou a uma pessoa segurada em função do inscrito num país onde o custo da assistência médica for particularmente elevado e a fracção das despesas não reembolsadas pelo regime imponha um pesado encargo ao inscrito, pode ser atribuído um reembolso especial com base no parecer do médico assessor dos serviços de liquidação competentes que aprecia o custo dos tratamentos médicos, quer por decisão da autoridade investida do poder de nomeação da instituição a que pertence o interessado, quer por decisão do referido serviço de liquidação, se para tal tiver sido designado por essa autoridade.

2. Sempre que a fracção não reembolsável das despesas abrangidas pelo âmbito de aplicação das tabelas anexas à presente regulamentação e declaradas pelo inscrito em seu nome ou em nome de pessoas seguradas em função dele for superior, durante um período de doze meses, a metade da média do vencimento-base mensal, da pensão, ou, quanto aos inscritos referidos nos pontos 3, 5, 6, 7, 8 e 12 do artigo 2.° da presente regulamentação, do subsídio recebido durante o mesmo período, o reembolso especial previsto no n.° 3 do artigo 72.° do estatuto é determinado do seguinte modo:

a fracção não reembolsável das despesas acima referidas que exceda metade da média do vencimento-base mensal, da pensão, ou do subsídio será reembolsada:

— em 90% sempre que se trate de um inscrito relativamente ao qual não exista outro segurado;

— em 100% nos restantes casos...

5. A decisão relativa a qualquer pedido de reembolso especial é tomada:

— quer pela autoridade investida do poder de nomeação da instituição de que depende o interessado, com base no parecer do serviço de liquidação emitido em conformidade com os critérios gerais adoptados pelo comité de gestão após consulta do conselho médico, relativos ao carácter eventualmente excessivo das despesas declaradas;

— quer pelo serviço de liquidação, com base nos mesmos critérios, se o referido serviço tiver sido designado para o efeito por essa autoridade».

20 Em 9 de Maio de 1983, o comité local do pessoal do CCI de Ispra formulou uma proposta relativa à adaptação da regulamentação de cobertura para o pessoal afecto a Ispra, na qual, entre outras coisas, referia a necessidade de adaptar o limite de reembolso relativo às intervenções cirúrgicas, observava que «as tabelas de reembolso estavam pouco adaptadas ao custo da medicina e das despesas de saúde em Itália», considerava a possibilidade de uma adaptação diferenciada de limites, segundo o local de colocação, e propunha um novo montante máximo de reembolso de 40 800 BFR para as intervenções cirúrgicas da categoria B.

21 Em 20 de Dezembro de 1990, o comité de gestão do regime comum formulou o parecer n.° 35/90, relativo à revisão da regulamentação de cobertura. Nele consi-

derava que era necessário aumentar os montantes máximos de reembolso de algumas prestações e que, em toda a medida do possível, tais montantes deveriam ser fixados de modo a que pelo menos 90 em cada 100 prestações médicas e hospitalares efectuadas aos inscritos e aos seus dependentes pudessem ser cobertas nas percentagens de respectivamente 80% ou 85%, previstas no artigo 72.° do Estatuto e na regulamentação de cobertura. Realçava que a percentagem média de reembolso das prestações — com excepção daquelas para as quais a regulamentação prevê uma percentagem de reembolso de 100% — tinha atingido em 1989: no serviço de liquidação de Bruxelas 80,01%, no serviço de liquidação do Luxemburgo 80,79%, e no serviço de liquidação de Ispra 72,73%. No que respeita, em especial, à evolução do custo das intervenções cirúrgicas, nomeadamente as das categorias B e D, o parecer punha em realce uma alta sensível e contínua, devida à aplicação de novas técnicas e à utilização de aparelhagens mais eficazes. Fazia notar que o montante máximo do reembolso das intervenções cirúrgicas da categoria B não fora modificado desde 1 de Janeiro de 1982 (com ressalva da adaptação técnica de 28 de Julho de 1983, que fora determinada pela alteração da percentagem de reembolso de 80% para 85%), e que a taxa média de crescimento anual quanto a esta prestação se elevara a 7,86%, aqui se incluindo todas as divisas, o que justificava o aumento, à primeira vista importante, do montante máximo de reembolso quanto a esta prestação. O parecer era completado por uma série de quadros que continham uma análise dos preços pagos pelos inscritos à caixa de previdência, quanto a certos tipos de prestações, e o número dos segurados cobertos a 85%. No que respeita às despesas efectuadas em liras italianas para intervenções da categoria B, fazia-se notar que o «limite» em vigor apenas permitia a cobertura estatutária em 282 de cada 1 000 pedidos de reembolso. O comité de gestão propunha elevar o montante máximo reembolsável para as intervenções cirúrgicas da categoria B de 26 180 BFR para 37 273 BFR, com efeitos a partir de 1 de Janeiro de 1990. Era, ainda, de opinião que, com o fim de respeitar o princípio da igualdade de tratamento, as administrações das instituições deviam, na medida necessária, adoptar, ao abrigo do artigo 8.° da regulamentação de cobertura, coeficientes para os países em que o custo dos cuidados médicos é particularmente elevado.

22 Em 24 de Abril de 1991, o comité de gestão do regime comum formulou o parecer n.° 7/91 no qual propunha que se definissem coeficientes de igualdade aplicáveis aos montantes máximos de reembolso de algumas prestações cujas despesas fossem efectuadas noutras divisas comunitárias que não o franco belga ou o luxemburguês. Tais coeficientes seriam diferentes para cada tipo de prestação, em cada divisa, com o fim de garantir o reembolso na percentagem estatutária em nove de cada dez casos e, deste modo, de realizar um tratamento igual das prestações liquidadas em todas as divisas comunitárias. O comité de gestão propunha que estes

coeficientes fossem instaurados com efeitos a partir da data definida para a entrada em vigor da revisão dos montantes máximos de reembolso que fora objecto do parecer n.° 35/90.

23 A regulamentação de cobertura foi objecto de uma revisão em 1 de Dezembro de 1991, com efeitos a partir de 1 de Janeiro de 1991. Os limites de reembolso de diversas despesas médicas fixadas nos anexos I e IV foram alterados de acordo com as propostas formuladas pelo comité de gestão no seu parecer n.° 35/90, de 20 de Dezembro de 1990 (ver *supra*, n.° 21). Em especial, o montante máximo reembolsável para as intervenções cirúrgicas da categoria B foi elevado a 37 273 BFR. Além disso, o n.° 1 do artigo 8.° da regulamentação de cobertura passou a ter a seguinte redacção:

«1. Podem ser concedidos reembolsos especiais quando as despesas efectuadas se relacionem com tratamentos prestados ao inscrito, ou a uma pessoa segurada em função dele, num país em que o custo da assistência médica for particularmente elevado e quando a fracção das despesas não reembolsada pelo regime imponha um pesado encargo ao inscrito.

No âmbito do terceiro parágrafo do artigo 110.° do Estatuto, as instituições procederão a uma concertação sobre a aplicação do disposto no presente número, com base num relatório do serviço central, acompanhado do parecer do comité de gestão.

A presente disposição não é aplicável aos segurados cobertos pelo seguro complementar de doença previsto no artigo 24.° do anexo X do Estatuto.»

24 Os considerandos da nova regulamentação esclarecem que alguns montantes máximos de reembolso não eram adaptados desde 28 de Julho de 1983 e que o respeito pelo princípio da igualdade de tratamento entre todos os inscritos, qualquer que seja o local em que efectuem as despesas, impunha a adaptação do artigo 8.° da regulamentação, com o fim de as instituições poderem proceder ao reembolso adequado das referidas despesas.

25 Em 4 de Dezembro de 1991, o serviço central do regime comum propôs ao conselho dos responsáveis pela administração a aprovação dos coeficientes de igualdade aplicáveis aos limites de reembolso fixados na regulamentação de cobertura, segundo o sistema proposto no parecer n.° 7/91 do comité de gestão.

26 Na sequência do relatório do serviço central do regime comum, o conselho dos responsáveis pela administração aprovou, em aplicação do segundo parágrafo do n.° 1 do artigo 8.°, modificado, da regulamentação de cobertura, com efeitos a partir de 1 de Janeiro de 1991, os coeficientes de igualdade aplicáveis aos novos limites entrados em vigor em 1 de Dezembro de 1991. No que respeita às operações cirúrgicas da categoria B cujas despesas são expressas em liras italianas, o coeficiente de igualdade aplicável ao limite existente foi fixado em 223%.

Quanto ao primeiro fundamento baseado na violação do artigo 72.° do Estatuto

27 O recorrente não contesta que o artigo 72.° do Estatuto fixa o limite máximo do reembolso a que o funcionário e os membros da sua família que beneficiam da cobertura do regime comum têm direito, nem que o referido artigo 72.° confia à regulamentação de cobertura estabelecida de comum acordo pelas instituições da Comunidade a determinação das modalidades de aplicação. No entanto, é, em sua opinião, incontestável que a cobertura das despesas médicas deve, no mínimo, tender a garantir um reembolso que ascenda a 80% ou 85% das despesas efectuadas, mesmo que se deva reconhecer que as disposições de execução devem fixar determinados critérios quantitativos.

28 Salienta que, apesar de a imputação aos segurados de uma parte modesta da despesas se impor progressivamente nos regimes nacionais, uma gestão do sistema que, na falta de prestações de assistência directa, comportasse percentagens de reembolso muito afastadas da noção e da finalidade de «cobertura social» seria completamente ilegal.

29 Entende que as disposições gerais de execução do artigo 72.° do Estatuto, a saber, a regulamentação de cobertura e, no caso vertente, o seu anexo I, devem ser consi-

deradas ilegais sempre que estabeleçam limites máximos de reembolso que, em concreto, se afastem muito das percentagens de 80% e 85% consagradas pelo próprio artigo 72.° Segundo o recorrente, tais resultados comprometem o próprio princípio de cobertura social inscrito no artigo 72.° do Estatuto.

30 A Comissão observa que o artigo 72.° do Estatuto não confere aos beneficiários do regime comum o direito de obterem um reembolso de 80% ou de 85%, consoante o tipo de prestações efectuadas. Tais percentagens representam apenas o limite máximo reembolsável e não implicam, portanto, a obrigação de reembolsar nestas proporções, em todos os casos, os inscritos e os segurados.

31 A Comissão acrescenta que o regime comum se baseia num sistema de reembolso de despesas médicas que só pode funcionar graças às contribuições dos segurados e que, portanto, dispõe de recursos limitados. Uma vez que o interesse geral dos segurados é o de obter o máximo reembolso possível das despesas médicas efectuadas, é necessário, para se atingir uma situação óptima, que sejam fixados limites pelo Estatuto e pela regulamentação aplicável.

32 O Tribunal entende, como já decidiu no acórdão de 12 de Julho de 1991, Pincherle/Comissão (T-110/89, Colect., p. II-635), que não se pode concluir dos termos do artigo 72.° do Estatuto que este atribui aos beneficiários do regime comum o direito de obterem um reembolso de 80% ou de 85% das despesas, consoante o tipo de prestações efectuadas. Estas percentagens fixam apenas o limite máximo reembolsável. Não constituem percentagens mínimas e não implicam, portanto, qualquer obrigação de reembolso dos inscritos e segurados numa percentagem de 80% ou de 85% em todos os casos.

33 O Tribunal entende que, na falta de limites de reembolso estabelecidos pelo Estatuto, as instituições estão habilitadas a fixar, nas disposições de execução, limites adequados, respeitando o princípio da cobertura social que inspira o artigo 72.° do Estatuto, tanto mais que os recursos desse regime são limitados às contribuições dos inscritos e das instituições e o seu equilíbrio financeiro deve ser salvaguardado.

34 Quanto ao argumento do recorrente segundo o qual os limites máximos de reembolso fixados nas disposições de execução são ilegais na medida em que, como acontece com os reembolsos que impugna, estão muito afastados das percentagens de 80% e de 85% fixadas pelo artigo 72.° do Estatuto, o Tribunal verifica que, no caso vertente, os reembolsos foram efectuados pela percentagem de 18% das despesas feitas e que tal percentagem de reembolso está efectivamente muito afastada das percentagens de 80% e de 85% adoptadas pelo artigo 72.° do Estatuto. Deve, pois, pôr-se a questão de saber se, como sustenta o recorrente, reembolsos tão afastados das percentagens de 80% e 85% podem levar a qualificar de ilegais e de injustos os limites fixados de comum acordo pelas instituições.

35 O Tribunal considera que esta argumentação não pode ser aceite porque o Estatuto e a regulamentação de cobertura, ao preverem determinadas medidas correctivas, pressupõem que, em certos casos, as despesas médicas não são reembolsadas nas percentagens de 80% ou 85%. Com efeito, o artigo 72.°, n.° 3, do Estatuto determina um reembolso especial no caso de o montante das despesas não reembolsadas, durante um período de doze meses, ultrapassar metade do vencimento-base mensal do funcionário ou da pensão paga ao inscrito. Do mesmo modo, o n.° 1 do artigo 8.° da regulamentação de cobertura prevê um reembolso especial quando as despesas efectuadas se relacionem com tratamentos prestados num país onde o custo da assistência médica seja particularmente elevado e quando a fracção das despesas não reembolsada pelo regime imponha um pesado encargo ao inscrito.

36 O próprio recorrente e os intervenientes recordaram que o n.° 1 do artigo 8.° da regulamentação de cobertura abre a possibilidade de resolver os casos em que as despesas médicas efectuadas são particularmente elevadas; consideram, no entanto, que esta possibilidade está neutralizada pelas disposições de interpretação da regulamentação de cobertura que, com o fim de precisarem o seu alcance, dispõem o seguinte:

«O disposto neste número não se aplica, em princípio, aos países da Comunidade.

A lista dos países nos quais os custos da prestação de tratamentos são especialmente elevados, elaborada de comum acordo pelos responsáveis pela administração, é composta actualmente pelos seguintes países: Estados Unidos, Canadá, Chile, Uruguai, Japão e Venezuela...

O reembolso das despesas médicas nos referidos países só será efectuado, no máximo, até ao dobro dos limites máximos de reembolso previstos nos anexos da regulamentação, sob proposta, se for caso disso, do serviço central e após parecer favorável do comité de gestão.

Considerar-se-á que a condição do "pesado encargo" se encontra preenchida sempre que os montantes não reembolsados a título das "despesas declaradas" mencionadas no n.° 1 atingirem 60 % das referidas despesas.

Para efeitos de aplicação deste número, as "despesas declaradas" serão apreciadas prestação por prestação».

Para o recorrente e para os intervenientes, estas disposições de interpretação impedem a aplicação do n.° 1 do artigo 8.° aos países da Comunidade e são ilegais por serem contrárias ao artigo 8.°

37 Sobre este ponto, a Comissão observou que a aplicação aos países da Comunidade do mecanismo de reembolso especial previsto no n.° 1 do artigo 8.° da regulamentação de cobertura, nos casos em que a fracção das despesas não reembolsada é elevada, de modo algum está excluída pelas disposições de interpretação a ele relativas, como foi decidido pelo Tribunal no seu acórdão de 12 de Julho de 1991, Pincherle/Comissão, já referido. Acrescenta, além disso, que o recorrente não apresentou qualquer pedido de reembolso ao abrigo do referido artigo 8.° e, por consequência, que não tem legitimidade para deduzir argumentos baseados na aplicação de tal disposição.

38 A este propósito, o Tribunal observa que o n.° 5 do artigo 8.° da regulamentação de cobertura subordina qualquer reembolso especial a um pedido prévio e à observância de um procedimento especial. No caso vertente, o recorrente não requereu, antes da interposição do presente recurso, o benefício do disposto no n.° 1 do artigo 8.° da regulamentação de cobertura. Ora, no âmbito de um recurso interposto ao abrigo do artigo 91.° do Estatuto, o Tribunal apenas tem competência para controlar a legalidade de um acto que cause prejuízo ao funcionário recor-

rente e, na falta de uma medida de aplicação especial, não pode pronunciar-se em abstracto sobre a legalidade de uma norma de carácter geral (acórdão do Tribunal de 12 de Julho de 1991, Pincherle/Comissão, já referido). Daqui resulta que, no caso vertente, na falta de uma decisão individual relativa à aplicação do n.° 1 do artigo 8.° da regulamentação de cobertura, o recorrente e os intervenientes não podem invocar a ilegalidade das disposições de interpretação deste artigo.

39 Todavia, o Tribunal considera oportuno salientar, como já foi decidido no acórdão de 12 de Julho de 1991, Pincherle/Comissão, já referido, que nem o texto do Estatuto nem o do n.° 1 do artigo 8.° da regulamentação de cobertura permitem deduzir que os países da Comunidade estão excluídos do âmbito de aplicação do disposto no referido artigo 8.°, n.° 1. O uso da expressão «em princípio» nas respectivas disposições de interpretação permite, de facto, alargar a aplicação do artigo 8.°, n.° 1, também aos Estados-membros da Comunidade. Por outro lado, o Tribunal observa que as disposições de interpretação que entraram em vigor em 1 de Janeiro de 1991 tomam em conta a situação dos Estados-membros onde o custo dos tratamentos médicos é particularmente elevado e, em aplicação do artigo 8.°, n.° 1, estabeleceram coeficientes correctores mais elevados para o reembolso de certas prestações (ver as disposições de interpretação do anexo I, ponto I). O artigo 8.°, n.° 1, da regulamentação de cobertura foi, assim, aplicado a Estados-membros da Comunidade.

40 O recorrente chama também a atenção para o n.° 2 do artigo 8.° da regulamentação de cobertura que prevê um reembolso especial sempre que a fracção não reembolsada das despesas for superior, durante um período de doze meses, a metade da média do vencimento-base mensal. Sustenta que o seu conteúdo está neutralizado pelas disposições de interpretação que lhe são relativas, nos termos das quais «para efeitos da aplicação deste número, o montante das despesas efectuadas será limitado ao dobro dos limites correspondentes a tais despesas...». Argumenta que, para além da importante restrição contida no artigo 8.° da regulamentação, que limita o reembolso à fracção das despesas que exceda metade da remuneração mensal do segurado, do que resulta que um montante importante é sempre irrecuperável, as disposições de interpretação traçam um outro limite ao reembolso, isto é, aquele relativo ao dobro dos limites máximos fixados. Considera que, por este facto, as disposições de interpretação são ilegais.

41 A este propósito o Tribunal observa, como fez anteriormente, que, de acordo com o artigo 8.°, n.° 5, da regulamentação de cobertura, qualquer reembolso especial deve ser objecto de um pedido prévio e está dependente da observância de um procedimento especial, o que não se verificou no caso vertente. Nestas condições, o argumento do recorrente relativo à ilegalidade das disposições de interpretação do artigo 8.°, n.° 2, da regulamentação de cobertura não podia, de qualquer modo, ser invocado, uma vez que não diz respeito a uma ilegalidade que vicie as decisões impugnadas e, por este facto, não pode ser acolhido no âmbito de um recurso interposto com base no artigo 91.° do Estatuto.

42 O Tribunal salienta, aliás, que as novas disposições de interpretação, que entraram em vigor em 1 de Janeiro de 1991, já não contêm a limitação criticada pelo recorrente.

43 Por conseguinte, deve afastar-se o fundamento baseado na violação do artigo 72.° do Estatuto.

Quanto ao segundo fundamento baseado na violação do princípio geral da não discriminação inerente às disposições do título V do Estatuto

44 O recorrente salienta que as disposições do título V do Estatuto, intitulado «Regime pecuniário e regalias sociais do funcionário», visam garantir aos funcionários das várias instituições remunerações e prestações de segurança social iguais, independentemente do seu local de colocação ou do local onde tenham de efectuar as despesas médicas.

45 Assim, entende que é evidente que os segurados que necessitam de cuidados médicos em Itália, onde as prestações médicas são mais onerosas, estão desfavorecidos em relação aos que, devido ao local de serviço ou a uma residência diferente, podem receber as mesmas prestações segundo tarifas mais moderadas; o facto de os limites máximos de reembolso, válidos para todos os funcionários, se basearem em tarifas praticadas na Bélgica, implica uma diferença de tratamento a favor da-

queles que, por razões de local de serviço ou de residência, podem beneficiar na Bélgica, ou noutros Estados-membros, de prestações médicas menos dispendiosas.

46 Na opinião do recorrente, o anexo I da regulamentação comum está, portanto, viciado de ilegalidade, em consequência da discriminação que acarreta no seio do pessoal das Comunidades, situação esta contrária tanto ao princípio geral de não discriminação como às disposições do título V do Estatuto, que visam garantir a todos os funcionários a igualdade de tratamento no que respeita ao seu regime pecuniário e aos seus benefícios sociais.

47 Além disso, o recorrente alega que os novos limites e coeficientes de igualdade aplicáveis às despesas efectuadas em liras italianas entraram em vigor com efeitos a partir de 1 de Janeiro de 1991 e não podem, pois, respeitar a despesas efectuadas, como no caso vertente, em época anterior.

48 A recorrida reconhece que, nos últimos tempos, se verificaram em Itália e no Reino Unido aumentos consideráveis do custo de determinadas prestações médicas; acrescenta que foi precisamente por essa razão que as instituições aprovaram novos limites de reembolso, mais elevados, e a instauração de coeficientes de igualdade sobre os referidos limites.

49 A recorrida sustenta que as instituições procuraram resolver este problema desde 1987 e que iniciaram nessa altura uma revisão profunda da regulamentação de cobertura. Essa revisão, porém, teve de passar por um determinado número de etapas e de processos institucionais previstos nas normas em vigor, que as instituições não podiam ignorar. Ao mesmo tempo, revelou-se necessário adoptar medidas financeiras adequadas, que permitissem pôr fim ao défice de exploração que surgiu nos últimos exercícios e, sobretudo, fazer face ao aumento dos custos provocado pelas novas propostas de aumento dos coeficientes de correcção.

50 O Tribunal entende que, perante uma situação de desigualdade que afecta os inscritos e os segurados que beneficiam da cobertura do regime comum, que em determinados Estados-membros da Comunidade suportam o custo de despesas médicas mais elevadas, as instituições tinham a obrigação de agir para obviar a tal situação. Há, por conseguinte, que definir a natureza e o alcance dessa obrigação, respondendo à questão de saber se a instituição recorrida tinha a obrigação de pôr imediatamente fim a essa desigualdade, através de um aumento imediato dos reembolsos concedidos aos funcionários em questão ou se, ao invés, a sua obrigação se limitava a uma concertação com as outras instituições para uma adequada revisão do sistema.

51 O Tribunal considera que a primeira solução não podia ser adoptada, na medida em que a Comissão tem a obrigação de respeitar as normas em vigor e não está autorizada a actuar fora do quadro legal definido pela regulamentação de cobertura. Em especial, a Comissão não podia aplicar limites de reembolso diferentes dos fixados pela regulamentação de cobertura, os quais só podem ser modificados por comum acordo das instituições, verificado nos termos do artigo 32.° da referida regulamentação. Há que acrescentar que tal comportamento se impõe por maioria de razão no âmbito de um sistema em que os recursos são limitados às contribuições dos inscritos e das instituições e cujo equilíbrio financeiro deve necessariamente ser salvaguardado.

52 O Tribunal considera, por consequência, que a recorrida tinha a obrigação de promover e efectuar com diligência a concertação necessária com as outras instituições, com vista a uma apropriada revisão do sistema.

53 A este respeito, o Tribunal constata, em primeiro lugar, que já em 9 de Maio de 1983, o comité local do pessoal do CCI de Ispra emitira uma proposta a favor de um aumento do limite de reembolso para as intervenções cirúrgicas da categoria B (ver *supra*, n.° 20); em segundo lugar, que foi só em 20 de Dezembro de 1990 (ver *supra*, n.° 21), que o comité de gestão do regime comum formulou o parecer n.° 35/90, no qual, por um lado, propôs, entre outras coisas, elevar a 37 273 BFR o limite de reembolso das intervenções cirúrgicas da categoria B e, por outro, convidou as administrações das instituições a, na medida do necessário, adoptarem coeficientes para os países em que o custo dos cuidados médicos é particularmente elevado, com vista a respeitar o princípio da igualdade de tratamento; em terceiro

lugar, que o comum acordo das instituições sobre a revisão da regulamentação de cobertura, a qual entrou em vigor em 1 de Dezembro de 1991, com efeitos reportados a 1 de Janeiro de 1991 (ver *supra*, n.os 23, 24, 25 e 26), só foi alcançado em Novembro de 1991.

54 Para a hipótese de o prazo assim decorrido dever ser qualificado de excessivo, deveremos interrogar-nos sobre as consequências que dele poderiam derivar para o presente caso. Sob este aspecto, o Tribunal realça que os inscritos — e, entre eles, o recorrente — que tinham que suportar despesas médicas não cobertas nas percentagens de 80% ou de 85%, podiam requerer o reembolso especial previsto no n.° 1 do artigo 8.° da regulamentação de cobertura, que, para este efeito, confere à autoridade investida do poder de nomeação um amplo poder de apreciação. O Tribunal considera que, só na hipótese de o procedimento previsto no artigo 8.° da regulamentação de cobertura não ter permitido compensar integralmente as diferenças entre os montantes das despesas médicas que ficam a cargo dos inscritos no regime comum nos diferentes Estados-membros da Comunidade e de tal procedimento ter sido previamente esgotado, seria necessário pôr-se a questão da reparação do prejuízo resultante da eventual injustificada persistência de uma tal situação de desigualdade. Ora, não tendo, no caso vertente, sido esgotada a via proporcionada pelo artigo 8.°, não há lugar a examinar tal questão.

55 Decorre das considerações que precedem que o presente fundamento deve também ser rejeitado.

56 Segue-se que deve ser integralmente negado provimento ao recurso.

Quanto às despesas

57 Nos termos do n.° 2 do artigo 87.° do Regulamento de Processo do Tribunal, a parte vencida é condenada nas despesas se a parte vencedora o tiver requerido. No entanto, segundo o artigo 88.° do mesmo regulamento, as despesas efectuadas pelas instituições nos recursos dos agentes das Comunidades ficam a cargo destas. Além disso, de acordo com o n.° 3 do artigo 87.°, o Tribunal pode, perante

circunstâncias excepcionais, determinar que as despesas sejam repartidas entre as partes. A este respeito, deve ter-se em conta o facto de o presente litígio ter nascido de uma situação de desigualdade que afecta certos inscritos e segurados que beneficiam da cobertura do regime comum, situação à qual a instituição recorrida reconheceu ser necessário dar remédio (ver *supra*, n.° 48), o que também foi realçado nos considerandos da nova regulamentação (ver *supra*, n.° 24). Mostra-se, pois, equitativo fazer suportar à instituição recorrida, para além das suas próprias despesas, metade das despesas do recorrente e dos intervenientes. O recorrente e os intervenientes suportarão, cada um, metade das suas próprias despesas.

Pelos fundamentos expostos,

O TRIBUNAL DE PRIMEIRA INSTÂNCIA (Quarta Secção)

decide:

1) **É negado provimento ao recurso.**

2) **A Comissão suportará as suas próprias despesas e metade das despesas do recorrente e dos intervenientes, que suportarão, cada um, a restante metade das suas próprias despesas.**

García-Valdecasas Edward Schintgen

Proferido em audiência pública no Luxemburgo, em 25 de Fevereiro de 1992.

O secretário

H. Jung

O presidente

R. García-Valdecasas