4. No âmbito de um recurso interposto nos termos do artigo 91.° do Estatuto, o Tribunal só é competente para fiscalizar a legalidade de um acto que cause prejuízo ao recorrente e não pode, na falta de uma medida de aplicação particular, pronunciar-se em abstracto sobre a legalidade de uma norma com carácter geral.

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DE PRIMEIRA INSTÂNCIA
(Quinta Secção)
24 de Novembro de 1993 *

No processo T-13/93,

Roger Cordier, funcionário da Comissão das Comunidades Europeias, residente no Luxemburgo, representado por Jean-Noël Louis, advogado no foro de Bruxelas, com domicílio escolhido no Luxemburgo na fiduciaire Myson SARL, 1, rue Glesener,

recorrente,

contra

Comissão das Comunidades Europeias, representada por Gianluigi Valsesia, consultor jurídico principal, na qualidade de agente, assistido por Alberto Dal Ferro, advogado no foro de Vicenza, com domicílio escolhido no Luxemburgo no gabinete de Nicola Annecchino, membro do Serviço Jurídico, Centre Wagner, Kirchberg,

recorrida,

que tem por objecto, por um lado, a anulação da decisão do Serviço de Liquidação do Luxemburgo, de 9 de Março de 1992, que recusou ao recorrente o reembolso, ao abrigo do regime complementar, das despesas médicas efectuadas na Bélgica por sua mulher, e, por outro, a declaração da ilegalidade das disposições de interpretação do artigo 9.°, n.° 1, da Regulamentação relativa à cobertura dos riscos de doença dos funcionários das Comunidades Europeias, publicadas nas *Informações Administrativas* de 31 de Dezembro de 1990,

* Língua do processo: francês.

O TRIBUNAL DE PRIMEIRA INSTÂNCIA
DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (Quinta Secção),

composto por: A. Kalogeropoulos, presidente, R. Schintgen e D. P. M. Barrington, juízes,

secretário: J. Palacio González, administrador

vistos os autos e após a audiência de 14 de Setembro de 1993,

profere o presente

Acórdão

Factos e enquadramento jurídico do recurso

1 O recorrente, Roger Cordier, é funcionário de grau B 1 na Comissão, colocado no Serviço de Estatística no Luxemburgo.

2 A mulher do recorrente, Maria Rosa Cordier-Cristallo, está inscrita a título principal na caisse de maladie des employés privés do Luxemburgo (a seguir «CMEP»). Recebe uma pensão de invalidez cujo montante não excede o limite previsto no artigo 3.°, n.° 1, da Regulamentação relativa à cobertura dos riscos de doença dos funcionários das Comunidades Europeias (a seguir «regulamentação de cobertura») e beneficia assim, a título complementar, da cobertura dos riscos de doença pelo Regime de seguro de doença comum às instituições das Comunidades Europeias (a seguir «regime comum»).

3 Em 3 de Março de 1992, M. R. Cordier consultou o Dr. S., médico generalista em Arlon, a quem pagou a importância de 490 BFR a título de honorários da consulta.

4 Quando apresentou a nota de honorários à CMEP, foi-lhe recusado o reembolso pelo facto de, por força do artigo 58.° dos seus estatutos, a CMEP não custear os tratamentos médicos efectuados no estrangeiro quando estes não tenham sido objecto de uma autorização prévia do seu médico-consultor e de um médico estabelecido e que exerça no Luxemburgo.

5 O artigo 58.° dos estatutos da CMEP tem a seguinte redacção:

«Os segurados só podem receber tratamento no estrangeiro com o consentimento da sua Caixa de Previdência, a menos que se trate de primeiros socorros em caso de acidente ou de doença ocorrida no estrangeiro. O consentimento da Caixa de Previdência para as consultas no estrangeiro está dependente da apresentação de um parecer fundamentado do médico-assistente. O consentimento da Caixa de Previdência para o tratamento médico no estrangeiro ou para prestações no Luxemburgo por um professor universitário ou um médico equiparado está dependente da apresentação de um certificado passado pelo médico-assistente do segurado, no qual se recomende o tratamento no estrangeiro, e de parecer favorável do médico-consultor, que poderá solicitar o parecer de um médico especialista. O consentimento da Caixa de Previdência não pode ser recusado se o tratamento não for possível no Grão-Ducado.»

6 Na sequência dessa recusa, o recorrente apresentou, em 9 de Março de 1992, a nota de honorários já referida ao Serviço de Liquidação do regime comum no Luxemburgo, para obter, ao abrigo do regime complementar de que beneficia sua mulher, o reembolso dessas despesas médicas.

7 Por nota do mesmo dia, o Serviço de Liquidação do regime comum no Luxemburgo recusou também o reembolso das mesmas despesas médicas, com a seguinte indicação: «A sua mulher está segurada a título complementar».

8 O benefício da tomada a cargo das despesas médicas pelo regime comum, a título complementar, inscreve-se no seguinte quadro jurídico.

O artigo 72.°, n.° 1, do Estatuto dos Funcionários das Comunidades Europeias (a seguir «Estatuto») tem a seguinte redacção:

«Até ao limite de 80% das despesas efectuadas e com base numa regulamentação estabelecida de comum acordo pelas instituições das Comunidades após parecer do Comité do Estatuto, o funcionário, o seu cônjuge, quando este não puder beneficiar de prestações da mesma natureza e do mesmo nível em aplicação de quaisquer outras disposições legais ou regulamentares, os seus filhos e as outras pessoas a seu cargo na acepção do artigo 2.° do anexo VII, são cobertos contra os riscos de doença.»

O artigo 3.° da regulamentação de cobertura tem a seguinte redacção:

«Consideram-se segurados em função do inscrito:

1) o cônjuge inscrito, desde que não esteja ele próprio já inscrito no presente regime e desde que:

   — não exerça actividade profissional lucrativa, ou

   — caso exerça tal actividade ou beneficie de rendimentos provenientes do exercício de uma tal actividade anterior, esteja coberto contra os mesmos riscos em aplicação de quaisquer outras disposições legais ou regulamentares e os seus rendimentos anuais de origem profissional não sejam superiores ao vencimento anual de base de um funcionário do primeiro escalão do grau C 5, afectado do coeficiente corrector estabelecido para o país onde recebe os seus rendimentos directos ou diferidos de origem profissional, antes da dedução de impostos;

...»

O artigo 6.°, n.° 1, da regulamentação de cobertura tem a seguinte redacção:

«Sempre que um inscrito ou uma pessoa segurada em função do inscrito esteja habilitado a exigir reembolso de despesas ao abrigo de um outro seguro de doença obrigatório, deve:

a) declarar tais despesas junto do Serviço de Liquidação;

b) requerer, ou, se for caso disso, solicitar que seja requerido prioritariamente o reembolso garantido pelo outro regime;

c) anexar, a cada pedido de reembolso apresentado ao abrigo do presente regime, uma lista e documentação comprovativa dos reembolsos que o inscrito ou a pessoa segurada através do mesmo obtiveram ao abrigo do outro regime.»

9 Em 31 de Março de 1992, o recorrente apresentou uma reclamação nos termos do artigo 90.°, n.° 2, do Estatuto, registada no Secretariado-Geral da Comissão em 24 de Abril de 1992, na qual solicitava a revogação da decisão impugnada, o reembolso pelo regime comum das despesas efectuadas por sua mulher por ocasião da consulta médica na Bélgica e, subsidiariamente, a revogação da disposição de interpretação relativa ao artigo 9.°, n.° 1, da regulamentação de cobertura.

10 Numa reunião efectuada em 1 de Julho de 1992, o grupo interserviços da Comissão examinou a reclamação do recorrente na sua presença, sem conseguir resolver, por conciliação, o diferendo.

11 Em 12 de Agosto de 1992, o presidente do Comité de Gestão do Regime Comum de Seguro de Doença (a seguir «CGSD») informou o recorrente de que, na deliberação de 15 de Julho de 1992 sobre a sua reclamação, o CGSD não tinha conseguido emitir um parecer com a maioria exigida nem a favor de uma proposta de confirmação da decisão do Serviço de Liquidação, acompanhada por um

considerando sobre o problema das disposições de interpretação, nem a favor de uma proposta de confirmação pura e simples da referida decisão, com referência na acta ao problema de fundo levantado pelas referidas disposições de interpretação.

12 Em 4 de Novembro de 1992, o director-geral do pessoal e da administração da Comissão comunicou ao recorrente a decisão adoptada pela Comissão em 28 de Outubro de 1992, que indeferiu expressamente a sua reclamação nos seguintes termos: «Atendendo ao facto de o cônjuge do reclamante não ter seguido, segundo se provou, as normas processuais da caixa principal, a Comissão não pode dar seguimento favorável à reclamação de R. Cordier».

Tramitação processual

13 Foi nestas condições que, por petição que deu entrada na Secretaria do Tribunal de Primeira Instância em 3 de Fevereiro de 1993, o recorrente interpôs o presente recurso.

14 Por carta de 27 de Abril de 1993, o recorrente informou o Tribunal de que renunciava a apresentar réplica.

15 Com base no relatório do juiz-relator, o Tribunal (Quinta Secção) decidiu dar início à fase oral sem instrução.

16 As partes foram ouvidas em alegações e em respostas às perguntas formuladas pelo Tribunal, na audiência de 14 de Setembro de 1993.

Pedidos das partes

17 O recorrente conclui pedindo que o Tribunal se digne:

— declarar que as disposições de interpretação da regulamentação de cobertura, publicadas nas *Informações Administrativas* de 31 de Dezembro de 1990, são ilegais porque limitam o princípio da livre escolha, enunciado no artigo 9.° da referida regulamentação;

— em consequência:

1) anular a decisão do Serviço de Liquidação do regime comum no Luxemburgo, de 9 de Março de 1992, que recusou o reembolso da importância de 490 BFR que a mulher do recorrente pagou em 3 de Março de 1992, correspondente aos honorários do Dr. S.;

2) anular a decisão do Serviço de Liquidação do regime comum que recusou à mulher do recorrente o reembolso segundo as suas normas;

3) remeter o processo à Comissão para que seja adoptada nova decisão de reembolso;

4) condenar a recorrida nas despesas.

A Comissão conclui pedindo que o Tribunal se digne:

1) negar provimento ao recurso;

2) decidir das despesas nos termos legais.

Quanto ao mérito

18 Em apoio do seu recurso, o recorrente invoca dois argumentos baseados, em primeiro lugar, na violação do artigo 72.°, n.° 1, do Estatuto e do artigo 6.°, n.° 1, da regulamentação de cobertura e, em segundo lugar, na violação do artigo 9.°, n.° 1, da regulamentação de cobertura e na ilegalidade das disposições de interpretação da regulamentação de cobertura.

19 O Tribunal nota que, na audiência, o recorrente esclareceu que impugnou a decisão controvertida porque considera que, baseando-se em estatutos incompatíveis com o princípio da livre escolha do médico, a recusa da Caixa de Previdência em que está inscrita a sua mulher devido à sua própria actividade profissional, de custear as despesas médicas que aquela efectuou na Bélgica, lhe dá direito à cobertura dos riscos de doença pelo regime comum, a título complementar. A este respeito, alega que o facto de o seu cônjuge ter sido obrigado a efectuar certas diligências para consultar um médico no estrangeiro significa que não beneficia, em aplicação de outras disposições legais ou regulamentares, de prestações da mesma natureza e do mesmo nível que aquelas a que um funcionário tem direito.

20 A recorrida alega que a decisão de recusa de reembolso das despesas médicas da mulher do recorrente não diz respeito à questão da livre escolha do médico mas assenta unicamente na circunstância de esta não ter respeitado o procedimento imposto pela sua caixa para as consultas médicas no estrangeiro.

21 Tendo em conta a conexão que apresentam os fundamentos em que se baseia o recorrente, o Tribunal considera oportuno examiná-los conjuntamente.

Argumentos das partes

22 O recorrente alega, em primeiro lugar, que o disposto no artigo 72.°, n.° 1, do Estatuto enuncia um princípio geral segundo o qual o cônjuge de um funcionário, que

não pode beneficiar de outra origem, em matéria de seguro de doença, de prestações da mesma natureza e do mesmo nível, goza automaticamente das mesmas vantagens que são concedidas ao funcionário, no limite de 80% das despesas efectuadas. A regulamentação de cobertura, que fixa as condições em que é concedida a cobertura dos riscos de doença, deveria ser interpretada à luz deste princípio.

23 A este respeito, o recorrente sustenta que a consulta de um médico estabelecido fora do território luxemburguês faz parte das prestações reembolsáveis ao abrigo da regulamentação de cobertura. Deste modo, segundo o recorrente, o Serviço de Liquidação do regime comum estava obrigado a custear, a título complementar, as despesas efectuadas pela sua mulher, em conformidade com o artigo 72.°, n.° 1, do Estatuto, que prevê, no seu entender, que os cônjuges dos funcionários devem beneficiar, em matéria de seguro de doença, das mesmas vantagens que os próprios funcionários, ainda que apenas a título de complementaridade. O recorrente considera que a noção de complementaridade não pode limitar-se unicamente às prestações reembolsadas por um regime principal, mas deve alargar-se, de acordo com as regras próprias da regulamentação de cobertura, a todas as despesas médicas, sejam ou não reembolsadas por um regime principal.

24 Neste contexto, o recorrente afirma que a sua mulher respeitou o disposto no artigo 6.°, n.° 1, da regulamentação de cobertura, dado que solicitou primeiro à sua Caixa de Previdência, a CMEP, o reembolso das despesas médicas efectuadas, que lhe foi recusado pelo facto de os seus estatutos não permitirem, a não ser sob certas condições, o reembolso das despesas médicas efectuadas no estrangeiro.

25 O recorrente recorda, em segundo lugar, que o artigo 9.°, n.° 1, da regulamentação de cobertura tem a seguinte redacção: «Os beneficiários do presente regime têm liberdade de escolha do médico e dos estabelecimentos de saúde».

26 Ao recusar o reembolso das despesas médicas efectuadas pela sua mulher com a consulta de um médico livremente escolhido por ela, o Serviço de Liquidação ter-lhe-ia assim recusado esta faculdade de escolha. Esta interpretação, pelo Serviço de

Liquidação, das normas do regime comum traduz-se numa discriminação entre os cônjuges dos funcionários consoante exerçam ou não uma actividade profissional. Com efeito, os cônjuges que não exerçam uma actividade remunerada beneficiam das mesmas disposições que o funcionário em função do qual estão segurados e podem escolher livremente o seu médico, enquanto os cônjuges que exerçam uma actividade remunerada e estejam inscritos na CMEP não podem consultar um médico no estrangeiro.

27 O recorrente acrescenta que a interpretação do Serviço de Liquidação do regime comum no Luxemburgo, segundo a qual o reembolso, a título complementar, das despesas médicas efectuadas no estrangeiro só é devido quando tenham sido respeitadas as normas do regime de seguro de doença nacional, tem como consequência privar de qualquer reembolso um cônjuge de funcionário inscrito a título principal na CMEP.

28 Em terceiro lugar, o recorrente observa que as disposições de interpretação da regulamentação de cobertura publicadas nas *Informações Administrativas* de 31 de Dezembro de 1990 precisam, a propósito do artigo 9.°, n.° 1, da regulamentação de cobertura, já referido, que garante a livre escolha do médico, que «a livre escolha só se aplica ao beneficiário da complementaridade se o regime principal o permitir».

29 Ora, recorda o recorrente, segundo jurisprudência assente do Tribunal de Primeira Instância e do Tribunal de Justiça (acórdão do Tribunal de Primeira Instância de 14 de Dezembro de 1990, Brems/Conselho, T-75/89, Colect., p. II-899, confirmado pelo acórdão do Tribunal de Justiça de 7 de Maio de 1992, Conselho/Brems, C-70/91 P, Colect., p. I-2973), uma disposição geral de execução não pode ter como efeito restringir o âmbito de aplicação de uma disposição estatutária ou não respeitar o objectivo do Estatuto.

30 O recorrente conclui daí que o Serviço de Liquidação não pode basear a sua decisão de recusa de reembolso na disposição de interpretação acima referida, que afirma ser contrária ao artigo 9.°, n.° 1, da regulamentação de cobertura, uma vez que limita a livre escolha do médico, sendo portanto ilegal.

31 Em último lugar, o recorrente invoca em apoio da sua argumentação uma sentença proferida pelo Tribunal Administrativo da Organização Internacional do Trabalho (a seguir «TAOIT»), de 8 de Janeiro de 1988, no processo Boland/Eurocontrol (sentença n.° 924, Recueil da 65.ª sessão), na qual o TAOIT considerou, em aplicação de textos estatutários e regulamentares idênticos aos das instituições das Comunidades Europeias, que, «nos termos do artigo 3.°, n.° 1, alínea b), do Regulamento n.° 10, quando uma pessoa coberta pelo regime de seguro de doença da Organização possa pedir o reembolso de despesas ao abrigo de um seguro de doença obrigatório, deve 'solicitar..., prioritariamente, o reembolso garantido pelo outro regime'. No caso em apreço, esse pedido foi feito, mas foi indeferido porque a caixa luxemburguesa faz depender a assunção do encargo de condições incompatíveis com a livre escolha do médico, tal como é garantida pelo artigo 5.° do Regulamento n.° 10 do Eurocontrol a todos os 'beneficiários' do regime do seguro de doença, isto é, de acordo com o artigo 2.° do mesmo regulamento, não apenas aos inscritos mas também às 'pessoas seguradas em função do inscrito', incluindo o cônjuge que se encontre numa das condições especificadas pelo n.° 2 do mesmo artigo».

32 A recorrida sustenta, antes de mais, que a finalidade do artigo 72.°, n.° 1, do Estatuto e a da regulamentação de cobertura consistem em garantir ao cônjuge de um funcionário, que esteja em condições idênticas, uma cobertura médica equivalente à do próprio inscrito. Este objectivo seria alcançado, no caso de um cônjuge de funcionário que exerça uma actividade lucrativa, através da intervenção do regime comum a título complementar.

33 A recorrida observa que a intervenção do regime comum está, no entanto, subordinada à condição de o cônjuge ter solicitado previamente o reembolso das suas despesas médicas à sua própria Caixa de Previdência, de acordo com o procedimento previsto por esta. O carácter indispensável desta condição decorre claramente da interpretação teleológica do artigo 72.°, n.° 1, do Estatuto e dos artigos 3.° e 6.° da regulamentação de cobertura.

34 A este respeito, a recorrida sublinha que, se o cônjuge pudesse obter a intervenção do regime comum sem provar que respeitou regularmente o procedimento previsto pela sua própria Caixa de Previdência, isso implicaria um risco de dupla cobertura contrário ao artigo 72.° do Estatuto e à jurisprudência do Tribunal de Justiça, que, no seu acórdão de 8 de Março de 1988, Brunotti/Comissão (339/85, Colect., p. 1379),

decidiu: «Resulta destas disposições (artigo 72.°, n.° 1, do Estatuto) que os autores do Estatuto se basearam na ideia de que o domínio da assistência na doença dos funcionários e dos membros da sua família devia ser limitado por forma a evitar, na medida do possível, coberturas duplas contra os riscos de doença».

35 Ora, no caso vertente, sublinha a recorrida, a mulher do recorrente não respeitou as regras processuais da sua própria Caixa de Previdência, ao não ter solicitado previamente o acordo desta para uma consulta médica no estrangeiro. A recorrida, que não contesta que a noção de complementaridade abrange, de acordo com as normas do regime comum, todas as despesas médicas, sejam ou não reembolsadas por um regime principal, conclui daí que, apesar de, em princípio, poder beneficiar da cobertura do regime comum a título complementar, a mulher do recorrente não tem direito ao reembolso das suas despesas por este regime, uma vez que se colocou voluntariamente fora das condições que lhe permitem obter a sua intervenção a título complementar. A recorrida acrescenta que uma tomada a cargo pelo regime comum em tal caso não é aceitável para um regime cujo equilíbrio financeiro deve ser cuidadosamente salvaguardado.

36 A recorrida defende, em seguida, que a recusa de reembolso das despesas médicas efectuadas pela mulher do recorrente não se deve ao facto de ter escolhido um médico que exerce fora do território luxemburguês, mas por não ter respeitado o procedimento imposto pela sua Caixa de Previdência.

37 Ao mesmo tempo que insiste no facto de a questão da livre escolha do médico ser alheia ao presente litígio, a recorrida salienta que o fundamento baseado na ilegalidade das disposições de interpretação de 31 de Dezembro de 1990 relativas ao artigo 9.° da regulamentação de cobertura deixou de ter objecto, uma vez que a Comissão publicou novas disposições de interpretação nas *Informações Administrativas* de 15 de Janeiro de 1993, com a seguinte redacção: «A livre escolha só se aplica aos beneficiários da complementaridade após estes terem recorrido às possibilidades do regime principal».

38 A recorrida sustenta além disso que, ao impor ao cônjuge de um funcionário o respeito das normas da sua própria Caixa de Previdência antes de poder beneficiar da intervenção do regime comum a título complementar, o artigo 72.° do Estatuto e a regulamentação de cobertura visam evitar uma dupla cobertura em benefício do referido cônjuge e não desrespeitam, de forma alguma, os princípios da não discriminação e da igualdade de tratamento.

39 Quanto à sentença do TAOIT de 8 de Janeiro de 1988, a recorrida não contesta a semelhança dos dois processos, mas salienta que o presente caso apresenta uma diferença fundamental relativamente ao decidido pelo TAOIT, dado que, no processo Boland/Eurocontrol, já referido, a mulher do Sr. Boland tinha previamente solicitado o consentimento da CMEP para efectuar um tratamento no estrangeiro, consentimento esse que lhe fora recusado, enquanto, no caso em apreço, a mulher do recorrente não solicitou previamente autorização para consultar um médico no estrangeiro, violando assim o procedimento previsto pela CMEP.

40 A recorrida salienta ainda que, no processo Boland/Eurocontrol, já referido, a Caixa de Previdência do Eurocontrol manteve um «mutismo total» (n.° 13 da sentença), o que não foi o caso da Comissão, que fundamentou amplamente a sua decisão de indeferimento da reclamação do recorrente. Os dois processos não podem, por conseguinte, ser examinados de forma paralela.

Apreciação do Tribunal

41 Importa recordar liminarmente que, nos termos do artigo 72.°, n.° 1, do Estatuto, o cônjuge de um funcionário que não possa beneficiar, em aplicação de outras disposições legais ou regulamentares, de prestações da mesma natureza e do mesmo nível que aquelas a que tem direito um funcionário, está coberto, em condições a determinar por uma regulamentação comum, contra os riscos de doença pelo regime comum de seguro de doença.

42 O artigo 3.°, n.° 1, da regulamentação de cobertura precisa que o benefício do regime comum de seguro de doença é concedido ao cônjuge do inscrito, no caso de exercer uma actividade profissional, na condição de estar coberto, nos termos de outras disposições gerais ou regulamentares, contra os mesmos riscos e de não auferir, no exercício da sua actividade profissional, rendimentos anuais que excedam determinado limite.

43 O artigo 6.°, n.° 1, da regulamentação de cobertura precisa ainda que, quando um inscrito ou uma pessoa segurada em função do inscrito pode exigir reembolsos de despesas a outro seguro de doença obrigatório, o inscrito deve declará-lo ao Serviço de Liquidação e requerer ou, se for caso disso, solicitar que seja requerido prioritariamente o reembolso garantido pelo outro regime.

44 O Tribunal salienta que o artigo 72.°, n.° 1, do Estatuto tende a reservar a cobertura, em função do inscrito, do cônjuge, pelo regime comum, aos casos subsidiários em que não lhe podem ser fornecidas, de outra forma, prestações comparáveis, e procura evitar, na medida do possível, duplas coberturas contra os riscos de doença (v. os acórdãos do Tribunal de Justiça, Brunotti/Comissão, já referido, e de 13 de Julho de 1989, Olbrechts/Comissão, 58/88, Colect., p. 2643).

45 Tanto o artigo 72.° do Estatuto como os artigos 3.° e 6.° da regulamentação de cobertura derivam da ideia de que, na medida do possível, o cônjuge de um funcionário que exerça uma actividade profissional remunerada deve solicitar o reembolso das suas despesas médicas no âmbito do regime de seguro de doença, que lhe garante, devido à sua própria actividade profissional, uma cobertura contra os riscos de doença, uma vez que a cobertura do regime comum só lhe é garantida a título complementar (v. o acórdão do Tribunal de Primeira Instância de 17 de Dezembro de 1992, Holtbecker/Comissão, T-20/91, Colect., p. II-2599).

46 Pode, deste modo, exigir o benefício da complementaridade o cônjuge que, por força de disposições legais ou regulamentares ou dos estatutos que determinem as prestações da caixa em que está inscrito devido à sua própria actividade profissional, não tenha direito ou não possa solicitar uma autorização que lhe dê direito ao reembolso das despesas médicas que fizer no estrangeiro, assim como aquele a quem,

após ter solicitado tal autorização quando as disposições aplicáveis ou os estatutos da caixa lho permitem, o pedido seja indeferido.

47 Decorre daqui que compete ao Tribunal verificar se M. R. Cordier, que está segurada em função do seu cônjuge pelo regime comum, em conformidade com o artigo 3.°, n.° 1, segundo travessão, da regulamentação de cobertura, se encontra, no caso em apreço, numa situação que lhe permita exigir o benefício da cobertura complementar do regime comum.

48 O Tribunal salienta que os estatutos da Caixa de Previdência em que se encontra inscrita a mulher do recorrente, sem afastarem de forma absoluta e definitiva o direito do inscrito de obter o reembolso de despesas médicas efectuadas no estrangeiro, fazem no entanto depender tal reembolso de uma autorização prévia.

49 Quando, como no caso em apreço, o cônjuge de um funcionário segurado devido à sua própria actividade profissional se prive do direito de obter da sua própria caixa o reembolso de tais despesas médicas, pelo simples facto de não ter solicitado em tempo útil a autorização para consultar um médico ou para um tratamento no estrangeiro, não tem direito a que essas despesas sejam suportadas pelo regime comum a título da cobertura complementar, cujo princípio está inscrito no artigo 72.°, n.° 1, do Estatuto.

50 Daqui resulta que a mulher do recorrente não tem direito a que o regime comum suporte as despesas médicas que efectuou na Bélgica, uma vez que se excluiu do direito de obter da sua própria caixa o reembolso dessas despesas, ao não ter solicitado, em conformidade com esses estatutos, a autorização prévia para efectuar na Bélgica as despesas em causa.

51 Deve ainda salientar-se que o argumento, apresentado pelo recorrente na audiência, segundo o qual o princípio da liberdade da escolha do médico, inscrito no artigo 9.°, n.° 1, da regulamentação de cobertura, se sobrepõe às disposições nacionais e,

por maioria de razão, aos estatutos de uma Caixa de Previdência de um Estado-membro, pelo que, portanto, de acordo com o princípio da igualdade de tratamento, o cônjuge de um funcionário inscrito deve dele beneficiar da mesma maneira que o próprio inscrito, é inoperante no âmbito do presente recurso.

52 Com efeito, no âmbito da fiscalização da legalidade que o Tribunal deve efectuar nas condições previstas no artigo 179.° do Tratado CEE, não lhe compete pronunciar-se sobre a legalidade, à luz do direito comunitário, de disposições nacionais relativas aos regimes de seguro de doença ou dos estatutos de uma Caixa de Previdência nacional. Essa fiscalização é da competência, por um lado, do Tribunal de Justiça, que pode exercê-la no âmbito de acções intentadas pela Comissão nos termos do artigo 169.° do Tratado, ou por um Estado-membro nos termos do artigo 170.° do Tratado, destinadas a obter a declaração de que um Estado-membro não cumpriu as obrigações que lhe incumbem por força do Tratado, e, por outro lado, dos órgãos jurisdicionais nacionais, que podem, se necessário, submeter ao Tribunal de Justiça, em aplicação do artigo 177.° do Tratado, um pedido de decisão prejudicial sobre a interpretação do Tratado.

53 Convém salientar, além disso, que a liberdade de escolha do médico não está inscrita no próprio Estatuto, mas deriva do artigo 9.°, n.° 1, da regulamentação de cobertura adoptada de comum acordo pelas instituições das Comunidades Europeias. Daqui decorre que as disposições relativas à livre escolha do médico, não tendo as características definidas no artigo 189.°, n.° 2, do Tratado, não são obrigatórias em todos os seus elementos e directamente aplicáveis nos Estados-membros e não podem ter como efeito tornar inaplicáveis, a um cônjuge de funcionário inscrito num regime de seguro de doença devido à sua própria actividade profissional, as disposições legais ou estatutárias que subordinam o reembolso das despesas médicas efectuadas no estrangeiro à exigência de uma autorização prévia da caixa.

54 Por fim, quanto às disposições de interpretação do artigo 9.° da regulamentação de cobertura, relativamente às quais o recorrente suscitou uma excepção de ilegalidade, importa salientar que essas disposições de interpretação, que, em qualquer caso, já não estão em vigor, não estavam na base da decisão do Serviço de Liquidação, uma vez que este último não recusou o reembolso das prestações médicas em causa pelo facto de o regime principal em que está inscrita a mulher do recorrente não

permitir a consulta de um médico no estrangeiro, mas unicamente pelo facto de a mulher do recorrente não ter respeitado as normas impostas pelo seu próprio regime de seguro. Ora, decorre da jurisprudência do Tribunal de Primeira Instância que, no âmbito de um recurso interposto nos termos do artigo 91.° do Estatuto, o Tribunal só é competente para fiscalizar a legalidade de um acto que cause prejuízo ao recorrente e não pode, na falta de uma medida de aplicação particular, pronunciar-se em abstracto sobre a legalidade de uma norma com carácter geral (acórdãos de 12 de Julho de 1991, Pincherle/Comissão, T-110/89, Colect., p. II-635; de 25 de Fevereiro de 1992, Barassi/Comissão, T-41/90, Colect., p. II-159; e Bertelli/Comissão, T-42/90, Colect., p. II-181). Pelo que, na falta de uma decisão adoptada em aplicação das disposições de interpretação relativas ao artigo 9.°, n.° 1, da regulamentação de cobertura, o recorrente não pode invocar uma pretensa ilegalidade das disposições de interpretação deste artigo.

55 Decorre do que ficou dito que deve ser negado provimento ao recurso.

Quanto às despesas

56 Por força do disposto no n.° 2 do artigo 87.° do Regulamento de Processo do Tribunal de Primeira Instância, a parte vencida deve ser condenada nas despesas se tal tiver sido requerido. No entanto, por força do disposto no artigo 88.° do mesmo regulamento, nos litígios entre as Comunidades e os seus agentes, as despesas efectuadas pelas instituições ficam a cargo destas.

Pelos fundamentos expostos,

O TRIBUNAL DE PRIMEIRA INSTÂNCIA (Quinta Secção)

decide:

1) É negado provimento ao recurso.

2) Cada uma das partes suportará as suas próprias despesas.

Kalogeropoulos Schintgen Barrington

Proferido em audiência pública no Luxemburgo, em 24 de Novembro de 1993.

O secretário O presidente

H. Jung A. Kalogeropoulos