Urteilskopf

100 V 65

17. Arrêt du 28 juin 1974 dans la cause Société vaudoise et romande de secours mutueels contre Bettex et Tribunal des assurances du canton de Vaud
Regeste (de):
Art. 5bis Abs. 1-3 KUVG.

- In der Kollektivversicherung entstehen zwischen der Krankenkasse und den Versicherten direkte rechtliche Beziehungen. Daher haben Versicherungsnehmer und Krankenkasse, wenn sie eine neue Klausel über die Anpassung der Beiträge in die Versicherungsbestimmungen einfügen, grundsätzlich die durch die Versicherten erworbenen Rechte zu achten.

- Ist es gesetzmässig, den in einem bestimmten Geschäftsjahr erlittenen Verlust durch nachträgliche Erhöhung der Beiträge jenes Jahres zu decken? (Frage offen gelassen.)

Regeste (fr):
Art. 5bis al. 1-3 LAMA.

- Dans l'assurance-maladie collective, des relations juridiques directes s'établissent entre la caisse-maladie et les assurés. S'ils introduisent dans les conditions d'assurance une clause nouvelle d'adaptation des cotisations, le preneur d'assurance et la caisse-maladie doivent donc respecter en principe les droits acquis des assurés.

- Est-il licite de couvrir le déficit d'un exercice donné par une majoration des cotisations de cet exercice-là? (Question laissée indécise.)

Regesto (it):
Art. 5bis cpv. 1-3 LAMI.

- Nell'assicurazione collettiva fra la cassa-malati e gli assicurati sorgono relazioni giuridiche dirette. Se introducono nelle condizioni d'assicurazione una nuova clausola di adattamento delle quote, lo stipulante e la cassa-malati devono quindi, di massima, rispettare i diritti acquisiti dagli assicurati.

- È lecito aumentare le quote gia fissate per un determinato esercizio annuo al fine di coprire il disavanzo dello stesso esercizio? (Questione non risolta.)

Sachverhalt ab Seite 65

A.- Dès 1961, la Société vaudoise et romande de secours mutuels (SVRSM), caisse-maladie reconnue dont le siège est à Lausanne, a conclu une convention d'assurance collective avec la Fédération rurale vaudoise, avec l'appui de l'Union des communes vaudoises. Le but de cet accord était de permettre aux habitants non assurés des régions urbaines âgés de 60 ans et plus d'accéder à l'assurance-maladie, ce qui - sans actions

de ce genre - leur aurait été pratiquement impossible, à raison des limitations de l'âge maximum d'admission prévues par les statuts des caisses-maladie. Selon la convention, le candidat doit remettre une demande à l'agence communale de l'assurance-vieillesse et survivants; l'admission est prononcée par la Fédération rurale vaudoise. L'assuré peut sortir de l'assurance pour la fin d'un trimestre civil moyennant un avertissement donné par écrit au moins un mois à l'avance. De 1965 à 1970, les résultats de l'assurance du groupe des personnes âgées ont été, dans l'ensemble, déficitaires. En décembre 1971, la SVRSM a informé, par une circulaire motivée, les assurés du groupe de ce que la cotisation mensuelle serait portée dès le 1er janvier 1972 de 60 fr. à 70 fr. et de ce que, fort probablement, elle devrait facturer pour 1971 une cotisation de rappel d'un montant assez élevé. A cause d'un retard des services comptables de l'Hôpital cantonal de Lausanne, le résultat de l'année 1971 évolua ainsi: au 31 mars 1971, excédent de recettes: fr. 236 732.70
au 30 juin 1971, excédent de recettes: fr. 150 601.15
au 30 septembre 1971, excédent de dépenses: fr. 511 421.20
au 31 décembre 1971, excédent de dépenses: fr. 1 222 191.30
Vu cette situation la SVRSM et la preneuse d'assurance entrèrent en pourparlers. Elles avaient le choix entre deux méthodes d'assainissement: ou bien augmenter davantage les primes de 1972 ou bien percevoir pour 1971 une cotisation de rappel. Le 28 février 1972, elles conclurent une nouvelle convention, qui remplaçait la précédente depuis le 1er janvier 1972, et qui, sous la rubrique "dispositions spéciales", prévoit au chiffre VIII qu'en cas de déficit les assurés acquittent une cotisation de rappel - fixée à 120 fr. par assuré pour 1971 - afin de couvrir l'excédent de dépenses.
Le 17 mars 1972, le Comité central de la SVRSM décida de prélever de chaque personne assurée collectivement en 1971 dans le groupe des personnes âgées le supplément de cotisation de 120 fr. prévu par la convention. Le 24 mars 1972, la caisse-maladie en avisa les assurés intéressés et leur remit un bulletin de versement. Le 5 mai 1972, l'Office fédéral des assurances sociales approuva la perception dudit supplément.

B.- Berthe Bettex, née en 1893, est assurée auprès de la SVRSM en vertu de la convention d'assurance collective mentionnée

ci-dessus. Elle recourut contre le prélèvement d'une cotisation extraordinaire. Le Tribunal des assurances du canton de Vaud admit le recours le 25 janvier 1973. Selon les premiers juges, les statuts de la SVRSM en vigueur en 1971 ne prévoyaient de cotisation extraordinaire qu'en cas de charges exceptionnelles; or, les motifs du déficit de 1971 (hausse des frais de traitement) n'avaient rien d'exceptionnel; en particulier, le retard de la facturation imputable à l'Hôpital cantonal ne rendait pas le déficit imprévisible; les statuts en vigueur dès 1972 autorisaient, eux, le prélèvement d'une prestation telle que la cotisation litigieuse, mais, communiqués en novembre 1971, ils ne sauraient être appliqués avant le 1er janvier 1972.

C.- La SVRSM a formé en temps utile un recours de droit administratif contre le jugement cantonal. Elle insiste sur le fait que sa décision repose sur l'accord intervenu le 28 février 1972 entre elle et la preneuse d'assurance et que l'Office fédéral des assurances sociales a autorisé le prélèvement d'une cotisation extraordinaire de 120 fr. par assuré pour 1971. Elle conclut au rétablissement de sa décision. L'intimée conclut au rejet du recours, que dans son préavis, l'Office fédéral des assurances sociales propose au contraire d'admettre.

Erwägungen

Considérant en droit:

1. L'art. 5bis al. 1 à 3 LAMA s'exprime en ces termes:
"Les caisses peuvent être autorisées par l'autorité de surveillance à conclure des contrats relatifs à l'assurance de groupes de personnes. " Les contrats d'assurance collective peuvent prévoir des conditions d'assurance différant de celles de l'assurance individuelle; il doit cependant y avoir une juste proportion entre les prestations de l'assurance collective et celles de l'assurance individuelle. Les droits de sociétaires des assurés collectifs sont fixés par les statuts des caisses. " Les contrats d'assurance collective ne peuvent être conclus qu'avec des preneurs d'assurance ayant leur siège, une succursale, un établissement ou une section dans le rayon d'activité de la caisse." Chargé par l'art. 5bis al. 5 de la loi d'édicter les dispositions de détail sur l'assurance collective, le Conseil fédéral a prévu à l'art. 1 al. 1 de l'ordonnance I que les caisses qui pratiquent l'assurance collective doivent organiser leur comptabilité de façon à pouvoir prouver les résultats annuels pour chaque

contrat et pour l'assurance collective dans son ensemble. En outre il a consacré à l'assurance-collective l'ordonnance II tout entière, dont l'art. 8 prescrit que "les statuts sont aussi applicables à l'assurance collective à moins de dispositions contraires des contrats" et dont l'art. 4 soumet à l'approbation de l'Office fédéral des assurances sociales les contrats, leurs modifications et leurs compléments. Enfin, aux termes de l'art. 23 al. 1 de l'ordonnance V, les cotisations pour les assurances collectives doivent être fixées selon les risques propres aux différents contrats.

2. Dans le cas particulier, on se trouve en présence d'une caisse-maladie, la SVRSM recourante, et d'une preneuse d'assurance, la Fédération rurale vaudoise qui ont conclu des accords d'assurance collective, ratifiés par l'Office fédéral des assurances sociales, en faveur de personnes dont la preneuse s'occupe, à savoir des personnes - non assurées ailleurs - âgées d'au moins 60 ans, qui résident dans le canton de Vaud en région urbaine et qui désirent s'assurer contre la maladie. La question qui se pose d'abord est celle de savoir si, dans une telle assurance collective, l'assureur et le preneur peuvent valablement modifier la convention collective au détriment des assurés, pour une période déjà écoulée, soit ici décider au début de 1972 de percevoir des assurés une cotisation supplémentaire pour 1971. Qui, estiment la recourante et l'Office fédéral des assurances sociales; dans ce cas, la clause conventionnelle l'emporte sur les statuts, conformément à l'art. 8 Ord. II: l'accord conclu par la caisse-maladie et le preneur lie la caisse, parce qu'elle l'a signé, et les assurés, parce que leur représentant, le preneur, l'a signé, libre à eux de se retourner contre le dit preneur si leurs relations réciproques le leur permettent. Cette théorie fait abstraction de ce que, dans l'assurance collective, des relations juridiques s'établissent entre la caissemaladie et les assurés. C'est ainsi que les assurés ont droit aux prestations de la caisse et peuvent les lui réclamer directement et que la caisse a droit aux cotisations et peut, dans des cas comme celui qui se présente ici, les leur réclamer directement, elle aussi. Le preneur qui est partie à une convention collective conclut une assurance pour autrui, institution dont la nature est controversée. La doctrine tend à la considérer, en matière d'assurance privée, plutôt comme une institution sui generis

que comme une stipulation pour autrui selon l'art. 112 du code des obligations (cf. l'art. 87 LCA et ROELLI/KELLER p. 292-294). Quoi qu'il en soit, comme le Tribunal fédéral des assurances l'a dit dans l'arrêt RO 96 V 97 (RJAM 1971 p. 24), où il s'agissait d'une réduction de prestations dans l'assurance individuelle, il faut en matière de clauses d'adaptation "maintenir un juste équilibre entre les exigences d'une saine gestion, d'une part, et le souci de respecter les droits des assurés, d'autre part". Or, même à l'égard d'assurés collectifs, il n'est pas admissible d'introduire dans les conditions de la convention d'assurance une disposition nouvelle, permettant à la caisse-maladie de majorer les cotisations d'un exercice déjà commencé ou écoulé au moment où la modification a lieu. L'assuré qui, sur la foi des conditions d'assurance, compte pour un exercice déterminé sur une cotisation fixe est lésé dans ses droits de manière excessive si, après coup, son paiement est transformé en une avance sur une cotisation à calculer selon les résultats de l'exercice en cause. En l'occurrence, lorsqu'elle s'est engagée dans l'assurance ou qu'elle y est restée pour l'exercice 1971, l'intimée était en droit de penser que, sauf dans le cas, prévu dans les conditions d'assurance, de charges exceptionnelles, elle n'aurait pas à verser pour cette année-là de cotisation extraordinaire. Or, ainsi que le premier juge l'a constaté avec pertinence, le déficit enregistré en 1971 ne saurait être qualifié de charge exceptionnelle, dans ce sens qu'il était dû à un phénomène de renchérissement devenu habituel depuis des années. Par conséquent, on ne peut contraindre l'intimée à se soumettre à la réglementation imprévisible que la caisse-maladie et le preneur d'assurance ont arrêtée. Cela n'empêche pas la disposition litigieuse de rester valable à l'égard des assurés qui l'ont acceptée. Comme il s'agit de la quasi-totalité d'entre eux, il est superflu de rechercher comment la caisse-maladie aurait dû couvrir la perte de 1971 si les assurés avaient, d'une manière générale, refusé la cotisation supplémentaire perçue en 1972. Au surplus, on peut se demander s'il est conforme à la loi de fixer la cotisation définitive pour un exercice déterminé selon le résultat de cet exercice-là, même en le prévoyant en temps utile dans les conditions d'assurance. Le système comporte pour le moins des difficultés d'application. La méthode usuelle consiste à adapter la cotisation future à la situation

financière de la caisse-maladie ou de la collectivité. La question souffre cependant de rester indécise, puisqu'en l'espèce les conditions d'assurance ont été modifiées tardivement...

Dispositiv

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce: Le recours de droit administratif est rejeté.