Urteilskopf

116 V 345

54. Arrêt du 17 décembre 1990 dans la cause SUPRA, Caisse-maladie et accidents pour la Suisse contre N. SA et Tribunal des assurances du canton de Vaud
Regeste (de):
Art. 3 Abs. 4 und Art. 6bis KUVG, Art. 13a Vo II, Art. 9 ff. Vo V: Erhebung eines Sonderbeitrags in der kollektiven Krankenversicherung.

- Voraussetzungen, unter denen eine Kasse befugt ist, einen Sonderbeitrag zur Wiederherstellung des finanziellen Gleichgewichts zu erheben: Bestätigung der Grundsätze in BGE 104 V 155 (Erw. 4b).

- Ob eine Notlage vorliegt, ist in der kollektiven Krankenversicherung nicht im Hinblick auf die finanzielle Lage eines bestimmten Vertrages, sondern der Kollektivversicherung in ihrer Gesamtheit zu beurteilen (Erw. 5).

Regeste (fr):
Art. 3 al. 4 et art. 6bis LAMA, art. 13a Ord. II, art. 9 ss Ord. V: Perception d'une cotisation extraordinaire dans l'assurance-maladie collective.

- Conditions auxquelles une caisse est autorisée à percevoir une cotisation extraordinaire destinée à rétablir l'équilibre financier: rappel des principes exposés dans l'arrêt ATF 104 V 155 (consid. 4b).

- Dans l'assurance-maladie collective, le point de savoir s'il existe un grave déséquilibre doit être tranché eu égard non pas à la situation financière d'un contrat déterminé, mais à celle de l'assurance collective dans son ensemble (consid. 5).

Regesto (it):
Art. 3 cpv. 4 e art. 6bis LAMI, art. 13a O II, art. 9 segg. O V: Prelievo di un contributo straordinario nell'assicurazione collettiva contro le malattie.

- Presupposti che autorizzano una cassa a prelevare un contributo straordinario al fine di ristabilire l'equilibrio finanziario: richiamo dei principi contenuti in DTF 104 V 155 (consid. 4b).

- Nell'assicurazione collettiva il tema di sapere se esiste uno squilibrio grave dev'essere risolto non tenendo conto della situazione finanziaria di un determinato contratto, ma di quella dell'assicurazione collettiva nel suo insieme (consid. 5).

Sachverhalt ab Seite 345

A.- La Société N. SA a conclu, le 15 décembre 1981, un contrat d'assurance-maladie collective avec la Société vaudoise et romande de secours mutuels (SVRSM; actuellement la SUPRA, Caisse-maladie et accidents pour la Suisse; ci-après: la caisse), en faveur du personnel, des conjoints et des enfants. Ce contrat avait

pour objet la couverture des frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers, ainsi que l'assurance d'une indemnité journalière. Il a été approuvé par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après: l'OFAS) et a porté effet à partir du 1er janvier 1982. Le 22 juillet 1986, N. SA a informé la caisse de sa décision de résilier le contrat pour le 31 décembre suivant, en ce qui concerne la couverture d'une indemnité journalière. Par lettre du 17 septembre 1986, la caisse a pris acte de cette décision et a indiqué que les résultats financiers du premier semestre de l'année 1986 permettaient de maintenir le montant de la cotisation pour l'assurance des frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers, avec application de la franchise légale. Le 29 septembre 1986, N. SA a fait part à la caisse de sa décision de résilier également, pour le 31 décembre 1986, la partie du contrat ayant trait à la couverture des frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers. La caisse a pris acte de cette décision le 10 octobre 1986, tout en se réservant le droit de percevoir une cotisation extraordinaire, une fois connus les résultats financiers de l'année 1986. Le 9 octobre 1987 et le 8 janvier 1988, la caisse a fait parvenir à N. SA des relevés de compte aux 30 septembre et 31 décembre 1987, lesquels laissaient apparaître un solde de 21'505 fr. 10 ("bien trouvé") en faveur de la société précitée. Celle-ci s'est déclarée d'accord avec le montant indiqué, sous réserve d'un cas litigieux concernant un assuré (Francesco M.), et en a requis le remboursement. La caisse a toutefois refusé de donner suite à cette demande, motif pris qu'elle envisageait de percevoir une cotisation extraordinaire, laquelle ne pouvait pas être fixée tant que le cas litigieux précité ne serait pas réglé. N. SA a alors mis la caisse en demeure de lui rembourser le montant du "bien trouvé" (lettres des 27 janvier et 4 février 1988). Par pli non daté, remis à un bureau de poste le 15 février 1988 et adressé au conseil de N. SA, la caisse a notifié une décision dont la teneur était la suivante: "Pour donner suite à votre correspondance du 27 janvier et du 4 février 1988, nous vous précisons que nous maintenons notre décision de ne pas rembourser le montant de 21'505 fr. 10 en notre possession. En outre, nous mettons en demeure votre client de s'acquitter de la somme provisoire de 80'000 fr., sous déduction du montant de 21'505 fr. 10, d'ici au 29 février 1988. Cette somme représente l'excédent de dépenses provisoire au 31 décembre 1986. Lorsque nous aurons connaissance du total exact des

prestations de l'exercice 1986, nous vous ferons savoir le montant définitif de la cotisation extraordinaire."

B.- N. SA a recouru contre cette décision, dont elle demandait l'annulation, devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud, en concluant au remboursement par la caisse du montant de 21'505 fr. 10 que celle-ci avait reconnu devoir. Dans sa réponse au recours, la caisse a fait valoir que la perception d'une cotisation extraordinaire - fixée provisoirement à 80'000 francs - était justifiée en raison d'une situation financière défavorable qui ressortait des chiffres suivants: Entrées Sorties
(sans le cas litigieux
encore en suspens)
- 1984 135'195 fr. 75 135'659 fr. 95
- 1985 142'202 fr. 50 120'022 fr. 95
- 1986 148'196 fr. 233'081 fr. 05

Le tribunal des assurances a statué sur le cas opposant Francesco M. et N. SA à la caisse par jugement du 23 juin 1988, lequel n'a pas fait l'objet d'un recours. Ayant été condamnée au versement d'indemnités journalières en faveur de l'assuré prénommé, la caisse a informé la juridiction cantonale que le montant de cette prestation -

soit 48’404 fr. 05 - allait augmenter d’autant le déficit du contrat collectif et, partant, la cotisation extraordinaire réclamée. Alléguant des motifs d’économie de procédure, elle demandait au tribunal de statuer sur le montant total de ses prétentions.
Invitée par le juge chargé de l’instruction de la cause à produire un décompte précis de ses prétentions pécuniaires définitives à l’encontre de N. SA, la caisse a indiqué que le montant de la cotisation extraordinaire réclamée s’élevait à 121’348 fr. 20, selon le décompte suivant: Exercice 1986.
Cotisations 133’292 fr. 10 Prestations 212’067 fr. 35
Participations Prestations
+ franchises 5’831 fr. 10 M. 48’404 fr. 05
———— ————
Total recettes 139’123 fr. 20 Total dépenses 260’471 fr. 40
Excédent dépenses 121’348 fr. 20

Ce décompte ne faisait pas état du montant de 21’505 fr. 10 que la caisse avait reconnu devoir à N. SA. Par jugement du 3 juillet 1989, la juridiction cantonale a admis le recours dont elle était saisie et a réformé la décision entreprise ”en ce sens que (N. SA) n’est pas tenue de payer une cotisation extraordinaire”. Les motifs à l’appui de ce prononcé étaient, en bref, les suivants: Selon l’art. 9bis al. 3 Ord. V, les caisses ne peuvent augmenter les cotisations au cours d’une période de financement de trois ans au moins qu’avec le consentement de l’OFAS; cette exigence s’impose à plus forte raison lorsqu’une caisse décide de percevoir une cotisation extraordinaire; n’ayant en l’occurrence pas requis le consentement de l’autorité de surveillance, la caisse n’était donc pas en droit de réclamer une telle contribution.

C.- La caisse interjette recours de droit administratif contre ce jugement, en concluant: ”1. principalement, à l’annulation du jugement attaqué et au renvoi de la cause aux premiers juges pour examen de la question de savoir si les conditions de perception d’une cotisation extraordinaire posées par la jurisprudence sont réalisées en l’occurrence, au besoin après avoir interpellé l’OFAS; 2. subsidiairement, à l’annulation pure et simple du jugement attaqué, le Tribunal fédéral des assurances constatant en l’état le bien-fondé de la décision litigieuse, le cas échéant, après avoir interpellé l’OFAS; 3. plus subsidiairement (au cas où le Tribunal fédéral des assurances devrait considérer que l’art. 9bis al. 3 Ord. V ne contient pas seulement une règle d’ordre), à la réforme du chiffre II du dispositif du jugement attaqué, la décision litigieuse étant seulement annulée, la question de la perception d’une cotisation extraordinaire (après entente avec l’OFAS) demeurant ouverte”. N. SA conclut au rejet du recours, ce que propose également l’OFAS.

Erwägungen

Considérant en droit:

1. (Recevabilité)

2. (Pouvoir d’examen)

3. (Compétence de l’autorité cantonale pour statuer sur le fond)

4. a) Aux termes de l'art. 3 al. 4 LAMA, les caisses-maladie doivent offrir toute sécurité quant à l'exécution de leurs engagements. Les cotisations doivent être fixées séparément pour l'assurance des frais médicaux et pharmaceutiques et pour

BGE 116 V 345 S. 349

l'assurance d'une indemnité journalière, et cela de façon que chacun de ces genres d'assurance se suffise à lui-même et que les réserves nécessaires puissent être constituées (art. 6bis al. 1 première phrase LAMA). Le système financier que les caisses doivent instaurer aux fins de satisfaire aux exigences posées à l'art. 3 al. 4 LAMA est décrit en détail aux art. 9 ss Ord. V. Selon ces dispositions, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 1990, les caisses doivent assurer l'équilibre des recettes et des dépenses pour une période de financement de trois ans au moins; elles doivent disposer en outre d'un fonds de sécurité qui, d'après l'art. 10, doit atteindre un pourcentage des dépenses annuelles échelonnées selon le nombre d'assurés (art. 9). Il y a lieu, d'après l'art. 9bis al. 1, de fixer les cotisations compte tenu du fait que les frais demeureront constants, puis d'ajouter des suppléments destinés à compenser un accroissement éventuel des frais (let. a), à tenir compte des fluctuations (let. b) et à adapter le fonds de sécurité à l'augmentation des dépenses à prévoir (let. c). Selon l'art. 9bis al. 3, la caisse doit, "après entente" avec l'OFAS, augmenter les cotisations d'une manière adéquate, si les réserves provenant des suppléments précités sont épuisées avant le terme de la période de financement et que le fonds de sécurité prescrit doive être entamé selon toute prévision dans le délai d'une année. b) D'après la jurisprudence, les caisses ont la faculté, en cas de nécessité, de rétablir l'équilibre financier prescrit par la loi en percevant une cotisation extraordinaire pour l'exercice en cours ou déjà écoulé. La multiplicité des situations existant dans la pratique ne permet pas d'interpréter strictement l'art. 9bis al. 3 Ord. V et de comprendre par augmentation des cotisations la seule hausse des cotisations ordinaires. Selon les circonstances, une cotisation extraordinaire peut être mieux adaptée au but d'assainissement et mieux servir les intérêts des assurés qu'une hausse durable de la cotisation ordinaire. La perception d'une cotisation extraordinaire constitue toutefois une mesure exceptionnelle, qui doit être réservée aux situations de grave déséquilibre dans lesquelles des mesures immédiates sont indispensables pour rétablir l'équilibre financier. A cette condition, la perception d'une cotisation supplémentaire pour l'exercice en cours ou déjà écoulé doit être considérée comme admissible, pour autant que ce mode de perception des cotisations est prévu dans les statuts et que les membres ont été informés suffisamment et à temps à ce sujet. Dans

BGE 116 V 345 S. 350

ce cas, la cotisation extraordinaire ne constitue pas une perception de cotisations rétroactive inadmissible, ni ne peut être considérée de ce fait comme une infraction à la sécurité du droit (ATF 104 V 158 consid. 2).

5. a) Dans l'assurance collective, les cotisations doivent être fixées compte tenu des risques particuliers (art. 6bis al. 1 seconde phrase LAMA). Selon cette disposition légale, les caisses doivent, aux fins de garantir leur sécurité financière, adapter les cotisations aux risques spécifiques présentés par le groupe d'assurés concernés (cf. Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi modifiant le titre premier de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents du 5 juin 1961, FF 1961 I 1460; ATF 115 V 385 consid. 4a).
Aux termes de l'art. 13a al. 1 première phrase Ord. II, la caisse doit fixer dans chaque contrat les cotisations à un niveau qui permette à l'assurance collective des soins médicaux et pharmaceutiques ainsi qu'à celle de l'indemnité journalière de se suffire chacune à elle-même et à la caisse de constituer les réserves nécessaires. A

cet égard, sont déterminants les chiffres empiriques afférents aux groupes de personnes concernés, chiffres qui doivent porter au moins sur les trois années précédentes (art. 13a al. 3 Ord. II). L'art. 13a Ord. II, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 1991 (cf. RO 1990 II 1674), a été introduit par le Conseil fédéral lors de la révision des Ord. II, III, V, VIII et Ord. dép. 5 et est entré en vigueur le 1er janvier 1985. D'après l'art. 23 al. 1 Ord. V, valable jusqu'au 31 décembre 1984, les cotisations pour les assurances collectives devaient être fixées selon les risques propres aux différents contrats. Dans sa circulaire No 189 du 11 décembre 1984, l'OFAS a exposé les motifs qui ont conduit le Conseil fédéral à modifier les dispositions réglementaires concernant l'assurance-maladie collective: la réglementation valable jusqu'alors avait fait naître un système dans lequel chaque contrat collectif apparaissait pratiquement comme une entité autonome au sein de la caisse; soucieuses de maintenir le nombre de leurs membres, celles-ci n'adaptaient pas les cotisations aux risques particuliers, ce qui entraînait la plupart du temps des résultats financiers défavorables et engendrait le risque que les pertes fussent finalement supportées par les membres de l'assurance individuelle; pour pallier ces difficultés, le Conseil fédéral a modifié les dispositions réglementaires en cause de façon

que ce ne soit plus le contrat particulier, mais les contrats collectifs d'une caisse dans leur ensemble qui doivent se suffire à eux-mêmes. A propos de l'art. 13a al. 1 Ord. II, l'autorité de surveillance a exposé qu'à la différence de la réglementation valable jusqu'au 31 décembre 1984, les excédents de dépenses dans un contrat déterminé ne justifient pas nécessairement une augmentation des cotisations dans le contrat en cause; c'est en particulier dans les contrats concernant une petite collectivité que peuvent apparaître de fortes fluctuations des dépenses et, partant, des déficits passagers; de tels déficits sont tolérés, à condition toutefois qu'ils soient compensés par les excédents correspondants dans d'autres contrats et que l'assurance collective dans son ensemble continue de se suffire à elle-même; le principe selon lequel l'assurance collective doit dans l'ensemble se suffire à elle-même ne signifie cependant pas que tous les contrats collectifs d'une caisse doivent être soumis à un tarif des primes uniforme; les cotisations doivent être fixées dans chaque contrat déterminé de manière à couvrir en principe les frais particuliers. b) Dans l'assurance collective, l'équilibre financier exigé par la loi est donc réalisé lorsque l'assurance collective des soins médicaux et pharmaceutiques et l'assurance collective de l'indemnité journalière se suffisent chacune à elle-même (art. 13a al. 1 Ord. II). Cette règle doit être mise en relation avec l'art. 9bis al. 3 Ord. V. Cela signifie qu'une caisse ne peut pas, en règle générale, exiger du preneur d'assurance qu'il assume, une fois connu le résultat déficitaire d'un exercice, la part excédentaire des dépenses prises en charge par la caisse en exécution des obligations découlant du contrat en question. Comme le relève à juste titre l'intimée, une telle pratique réduirait dans une mesure excessive la portée du principe de l'assurance. Le respect des principes de la mutualité figure en effet au nombre des exigences auxquelles les caisses doivent satisfaire pour être reconnues (art. 3 al. 3 LAMA). Or, l'idée de mutualité se concrétise notamment dans le principe de l'équivalence, selon lequel à des prestations égales doivent correspondre des cotisations égales (art. 16 Ord. V). Certes, dans l'assurance sociale, les exigences tirées de l'idée de solidarité tendent à restreindre la portée du principe de l'équivalence (cf. MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, t. II, n. 627, p. 285; VIRET, Le principe de la mutualité dans l'assurance-maladie sociale, in Mélanges André Grisel, Neuchâtel 1983, p. 607). Il n'en demeure pas moins que, du point de vue de

la technique d'assurance, l'équivalence n'existe pas pour un seul rapport d'assurance, mais pour l'ensemble

de la communauté de risques (cf. MAURER, op.cit., t. I, n. 50, p. 53).

6. En l'espèce, la caisse recourante voudrait, par la perception d'une cotisation extraordinaire, combler l'excédent des dépenses assumées en 1986 en exécution de ses obligations découlant du contrat collectif conclu avec N. SA. Ce déficit s'est élevé à 120'000 francs environ, après un bilan équilibré pour l'année 1984 et un bénéfice de 22'000 francs environ pour l'année 1985. Il n'apparaît toutefois pas que ce déficit, même s'il est relativement important, a entraîné un grave déséquilibre financier dans l'ensemble de l'assurance collective pratiquée par la recourante. Comme le relève l'OFAS dans ses déterminations sur le recours, il n'est pas rare qu'un cas particulièrement onéreux occasionne un excédent de dépenses dans un contrat collectif conclu en faveur d'un nombre limité d'assurés. Dans cette éventualité, ces déficits passagers sont tolérés dans la mesure où ils sont compensés par des excédents dans d'autres contrats collectifs. Par ailleurs, la nécessité d'une mesure d'assainissement immédiate ne saurait être justifiée par le fait que le contrat d'assurance collective a été résilié par l'intimée au 31 décembre 1986 et que la caisse n'était dès lors plus en mesure de compenser le déficit de l'exercice 1986 par une augmentation des cotisations pour la prochaine période de financement. Du reste, les assertions de la caisse selon lesquelles le preneur aurait dénoncé le contrat afin d'échapper à ses obligations apparaissent dénuées de fondement. Il ressort en effet des pièces versées au dossier que la caisse n'a fait état d'un déficit pour l'exercice 1986 qu'une fois informée par le preneur de sa résolution de se départir du contrat. Cela étant, du moment qu'il n'existait pas en l'occurrence une situation nécessitant la mise en oeuvre de mesures d'assainissement immédiates, il y a lieu de considérer que la recourante n'était pas en droit de percevoir une cotisation extraordinaire, sans qu'il soit nécessaire d'examiner si les autres conditions posées par la jurisprudence à l'exécution d'une telle mesure étaient réalisées. Le jugement entrepris est ainsi confirmé dans son résultat et le recours se révèle mal fondé.

7. (Frais de justice)