

BGE 112 V 291

Bundesgericht (BGE), 1986-10-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bge_112 V 291](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bge_112_V_291)

FR: ATF 112 V 291

IT: DTF 112 V 291

Regeste

Regeste Statutarischer Einschluss des Unfallrisikos in die Krankenversicherung: Frage der Doppelversicherung und der Prämiengestaltung. - Art. 129 Abs. 1 lit. b OG. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist zulässig gegen Verfügungen, welche in Anwendung eines Tarifes in einer konkreten Situation ergangen sind (Erw. 1). - Art. 3 Abs. 5 KUVG, Art. 119 UVG, Art. 147 UVV. Das Inkrafttreten des UVG hat das Recht der Krankenkassen, die subsidiäre Unfallversicherung als Komplementärversicherung zu betreiben, nicht aufgehoben. Auf eine solche Versicherung sind die Art. 119 UVG und 147 UVV nicht anwendbar (Erw. 2). - Art. 3 Abs. 3 KUVG. Wenn die Krankenkassen die subsidiäre Komplementär-Unfallversicherung betreiben, sind sie berechtigt, von ihren Mitgliedern, die dem UVG unterstehen, die gleiche Prämie zu erheben wie von den andern Mitgliedern (Erw. 3).

Erwägungen

E. 1

Selon l' art. 129 al. 1 let. b OJ , le recours de droit administratif n'est pas recevable contre des décisions concernant BGE 112 V 291 S. 293 des tarifs. La réglementation des caisses-maladie concernant les cotisations de leurs assurés répond à la définition de tarif au sens de cette disposition (ATF ATF 97 V 69 consid. bb). Toutefois, selon la jurisprudence, le recours de droit administratif n'est irrecevable que contre des décisions qui ont pour objet l'établissement ou l'approbation d'un tarif dans son ensemble ou lorsqu'il vise directement des clauses tarifaires particulières en tant que telles. En revanche, la voie du recours de droit administratif est ouverte contre des décisions qui - comme c'est le cas en l'espèce - sont prises en application d'un tarif dans une situation concrète. Il n'en demeure pas moins que, même dans cette éventualité, le Tribunal fédéral des assurances n'a pas le pouvoir de se prononcer sur tous les postes du tarif en question, y compris la relation qui existe entre ceux-ci; il doit bien plutôt se borner à contrôler la légalité du poste tarifaire incriminé, appliqué dans un cas précis (ATF 109 V 200 consid. 2b et les références).

E. 2

Tous les contrats d'assurance-accidents conclus par des travailleurs pour des risques couverts par l'assurance-accidents obligatoire sont caducs dès l'entrée en vigueur de la loi s'ils ont été dénoncés par écrit pour cette date ou s'ils le sont dans les six mois qui suivent. Les primes payées d'avance seront remboursées. Les assureurs doivent attirer de manière appropriée l'attention des assurés sur leur droit de résiliation.

E. 3

Cela étant, il convient d'examiner si la caisse est en droit de percevoir une cotisation identique pour ceux de ses membres qui sont soumis à la LAA et les autres affiliés. En effet,

il est constant que la recourante n'opère à cet égard aucune distinction, quand bien même elle ne doit en principe aucune prestation lorsqu'un assuré est victime d'un accident pris en charge par l'assurance-accidents obligatoire. a) Les premiers juges sont de l'avis que le régime du tarif unique, tel qu'il est pratiqué par la recourante pour la couverture des risques de maladie et d'accidents, sans distinction de la part afférente à l'un et l'autre risques, n'est pas contraire au droit fédéral: on ne peut obliger les caisses-maladie qui pratiquent ainsi à abandonner ce système, qui inclut nécessairement la possibilité BGE 112 V 291 S. 295 d'une "double assurance"; un tel système ne peut conduire l'assuré - soumis à la LAA - qu'à démissionner de sa caisse-maladie, mais cette situation n'est guère satisfaisante, étant donné qu'elle fait perdre au membre démissionnaire les avantages de son affiliation. Aussi la loi serait-elle entachée d'une lacune, que la juridiction cantonale a estimé pouvoir combler en recourant à la notion civile de l'enrichissement illégitime. Selon elle, l'assuré a en l'espèce ignoré, pendant un certain temps, qu'il payait ce qu'il ne devait pas; il se justifierait, par conséquent, de faire droit à ses conclusions pour une période de six mois à partir du 1er janvier 1984, en application par analogie de l'art. 147 OLAA. Au-delà de cette période, l'intéressé ne pourrait plus, en revanche, se prévaloir de l'une des conditions de l'art. 63 al. 1 CO, soit le fait d'avoir payé par erreur ce qu'il ne devait pas. b) Selon une jurisprudence constante, même lorsqu'elles réglementent ou appliquent dans un cas d'espèce des branches d'assurance complémentaires à l'assurance de base légale, les caisses-maladie ont l'obligation de se conformer aux principes juridiques de caractère général qui résultent du droit fédéral des assurances sociales, du droit administratif et de la Constitution fédérale; en particulier, elles sont tenues de respecter les principes fondamentaux de l'assurance-maladie sociale, notamment le principe de la mutualité (ATF 111 V 139 consid. 1a et la jurisprudence citée). Ce principe exige que les membres se garantissent mutuellement les mêmes avantages sans autre distinction que celle qui résulte des cotisations fournies et en excluant toute idée de bénéfice ou, en d'autres termes, postule l'équilibre des cotisations et des prestations et, à situations identiques, leur égalité (ATF ATF 109 V 148, ATF 108 V 258, ATF 106 V 178; ATFA 1967 p. 11 et les références citées). Cependant, le juge fera preuve d'une certaine retenue lorsqu'il est appelé à contrôler la légalité d'une clause ou d'un poste tarifaire en matière de cotisations d'assurance-maladie. En effet, les caisses doivent souvent tenir compte, dans l'établissement de leurs tarifs, d'éléments complexes, voire contradictoires quant à leur but, de sorte qu'il convient, en ce domaine, de leur réserver un large pouvoir d'appréciation. Au demeurant, la validité d'un poste tarifaire doit être examinée, non pas isolément, mais à la lumière du tarif dans son ensemble (cf. RAMA 1984 No K 573 p. 77 consid. 5; RJAM 1982 No 497 p. 174 consid. 3a et No 498 p. 176 ss). Par conséquent, l'intervention du juge doit se limiter aux cas où - sous un angle quantitatif - la différence de tarif entre deux communautés BGE 112 V 291 S. 296 de risque distinctes est telle qu'une correction s'avère indispensable, compte tenu de tous les aspects du tarif en cause et de l'ensemble des circonstances (arrêt Drescher du 23 mai 1986, ATF 112 V 288 consid. 4). c) Au cas particulier, cette condition n'est toutefois pas réalisée. Selon les indications fournies par l'Office fédéral des assurances sociales dans le cadre de la procédure Drescher, susmentionnée, qui avait pour objet une affaire analogue à la présente cause, la différence tarifaire, pour tenir compte des deux catégories de risque en question (membres assujettis à la LAA et autres assurés) serait limitée, suivant les caisses, à un montant variant entre un et quatre francs par mois. Cela représente donc une somme relativement faible par rapport au montant total de la cotisation d'assurance-maladie et accidents (complémentaire) perçue en l'espèce par la recourante (69 francs par mois). Au

demeurant, en présence d'une différence de tarif aussi faible, une intervention du juge se justifie d'autant moins qu'une application stricte du principe selon lequel la cotisation doit correspondre au risque couru ne serait guère praticable en l'occurrence; en outre cela apporterait une entrave à la gestion rationnelle des caisses-maladie et irait à l'encontre de considérations de politique sociale. Ainsi, compte tenu des conditions d'assujettissement à la LAA et des changements qui peuvent à cet égard survenir dans la situation des assurés (voir les art. 1 à 5 LAA), les caisses-maladie ne seraient plus en mesure, le cas échéant, de pratiquer d'une manière efficace l'assurance-accidents complémentaire: il subsisterait nécessairement des lacunes, en ce sens que certains membres ne bénéficieraient d'aucune protection lors de la survenance du risque d'accidents. De plus, la création de deux communautés de risque distinctes entraînerait des complications administratives disproportionnées au résultat recherché (contrôles réguliers, modification des conditions d'assurance en cours de sociétariat, etc.), ce qui, par ailleurs, ne serait pas sans incidence sur le montant des cotisations des assurés. Enfin, le système de l'assurance-accidents subsidiaire, tel qu'il est pratiqué par la recourante, vise à combler une lacune dans le régime de la sécurité sociale en général, du moment qu'il permet d'allouer des prestations à une personne victime d'un accident et qui n'est pas - ou plus - couverte par un autre assureur. Or, un tel système est considéré comme un complément important à la LAA (cf. BO 1980 CE 470); il sera même généralisé si les Chambres fédérales adoptent le projet de loi fédérale sur BGE 112 V 291 S. 297 l'assurance-maladie et maternité, dans la version proposée par le Conseil fédéral dans son message du 19 août 1981 sur la révision partielle de l'assurance-maladie (art. 1er al. 3 du projet; FF 1981 II 1190). d) En conclusion, la décision litigieuse du 11 mai 1984 n'est pas critiquable et c'est à tort que les premiers juges ont prescrit à la recourante de restituer à l'intimé une part de la cotisation versée par ce dernier pour le premier semestre de l'année 1984. Le recours de droit administratif se révèle ainsi bien fondé.

E. 4

(Frais.) Dispositiv

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.