

GE_GERICHTE ATAS/467/2018 vom 4. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_467_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/467/2018 du 4 juin 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/467/2018 del 4 giugno 2018

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre

A/687/2017 - 17/30 - des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

a. En vertu de l'art. 1 al. 1 LAMal, la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable, à moins que la LAMal n'y déroge expressément. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce, à moins que la LAMal n'y déroge expressément. b. Les dispositions de la LAMal et de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 (OAMal – RS 832.102) seront en outre citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015, dès lors que celles-ci sont applicables aux primes ici litigieuses pour l'année 2016, puisque l'intimée a dû soumettre lesdites primes à l'approbation de l'OFSP au plus tard cinq mois avant leur application (art. 92 al. 1 OAMal), soit le 31 juillet 2015. c. Les dispositions de la LAMal et de l'OAMal, citées dans le présent arrêt en lien avec une activité de surveillance spécifique, ont été abrogées suite à l'entrée en vigueur le 1er janvier 2016 de la LSAMal et de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale, du 18 novembre 2015 (OSAMal – RS 832.121), dont le but est la protection des intérêts des assurés conformément à la LAMal, en particulier par la garantie de la transparence de l'assurance-maladie sociale et de la solvabilité des caisses-maladie (art. 1 al. 2 LSAMal) (cf. Message du Conseil fédéral relatif à la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, du 15 février 2012, FF 2012 1725, p. 1732). La LSAMal reprend en effet toutes les règles régissant les rapports entre les caisses-maladie et les autorités de surveillance (FF 2012 1725, p. 1775). La LSAMal apporte des améliorations notamment, dans les domaines de la sécurité financière, de la gestion d'entreprise des caisses-maladie, des pouvoirs et des compétences de l'autorité de surveillance et des dispositions pénales (FF 2012 1725, p. 1726, 1732-1733). En application de l'art. 59 LSAMal (dispositions transitoires), un délai de deux ans suivant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi est accordé aux assureurs pour introduire quatre grandes nouveautés touchant le plan d'exploitation, la fortune liée de l'assurance-maladie sociale, la gestion des risques et

l'organe de révision interne (al. 1 let. a à d). Un délai de cinq ans (suivant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi)

A/687/2017 - 18/30 - leur est accordé pour se conformer aux adaptations en matière de délégation de tâches et de garantie d'une activité irréprochable de direction (al. 2 let. a et b) (FF 2012 1725, p. 1774). La vérification et l'approbation des primes présentées par les assureurs ont été réalisées pour la première fois sur la base de la LSAMal et de ses dispositions d'exécution en ce qui concerne les primes pour l'année 2017 (cf. Rapport d'activité 2016 – Surveillance de l'assurance-maladie sociale et de l'assurance-accidents, publié par l'OFSP, avril 2017, p. 10 ;

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/publikationen/taetigkeitsberichte/taetigkeitsbericht-aufsicht-soziale-krankens-und-unfallversicherung.html>). Il s'ensuit que, s'agissant de l'approbation des primes 2016, seule litigieuse en l'espèce, ni la LSAMal ni l'OSAMal ne sont applicables.

E. 3

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56ss LPGa).

E. 4

Le litige porte sur la légalité de l'augmentation de la prime de l'assurance obligatoire des soins pour l'année 2016, notifiée au recourant par l'intimée.

E. 5

En vertu des art. 76 al. 1 LPGa et 21 al. 1 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de surveiller la mise en œuvre de l'assurance-maladie. Le but de la surveillance consiste principalement à veiller à l'application uniforme de la loi et à intervenir aussi rapidement que possible dans les situations où un assureur ne remplirait pas ou ne remplirait plus les obligations légales ou financières qui découlent du droit fédéral. La LAMal et l'OAMal distinguent à cet égard entre surveillance de la pratique de l'assurance (art. 24 OAMal) et surveillance institutionnelle des assureurs (art. 25 OAMal). Le Conseil fédéral a délégué l'ensemble des tâches de surveillance à l'OFSP (ATF 130 V 196). La surveillance de la pratique des assureurs est construite autour de trois piliers distincts: la surveillance rétrospective des comptes d'exploitation, bilans et rapports de gestion des assureurs pour l'année écoulée; la surveillance immédiate par le biais des audits et expertises au siège des assureurs et de la surveillance juridique; et la surveillance prospective lors de la procédure d'approbation des primes et du contrôle des produits d'assurances (ATF 135 V 39 consid. 3).

E. 6

a. Conformément à l'art. 60 LAMal, l'assurance obligatoire des soins est financée d'après le système de la répartition des dépenses. Les assureurs constituent des réserves suffisantes afin de supporter les coûts afférents aux maladies déjà survenues et de garantir leur solvabilité à long terme (al. 1). Le financement doit être autonome. Les assureurs présentent séparément au bilan les provisions et les réserves destinées à l'assurance obligatoire des soins (al. 2). Les assureurs tiennent un compte d'exploitation distinct pour l'assurance obligatoire des soins. L'exercice comptable correspond à l'année civile. Les montants des primes et des prestations relatives aux cas de maladie et d'accidents sont indiqués séparément (al. 3). Les

A/687/2017 - 19/30 - assureurs établissent pour chaque exercice un rapport de gestion qui se compose du rapport annuel et des comptes annuels. Le Conseil fédéral détermine les cas dans lesquels un compte de groupe doit également être établi (al. 4). Le rapport de gestion est établi conformément aux règles du code des obligations relatives aux sociétés anonymes et aux dispositions de la présente loi (al. 5). Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution, notamment sur la tenue de la comptabilité, la présentation et le contrôle des comptes, le rapport de gestion, la constitution des réserves et les placements des capitaux. Il règle les modalités selon lesquelles le rapport de gestion est publié ou rendu accessible au public (al. 6). b. D'après l'art. 81 al. 1 OAMal, les assureurs tiennent une comptabilité distincte pour l'assurance-maladie sociale. Les charges et les produits sont comptabilisés séparément pour l'assurance obligatoire ordinaire des soins (let. a), chaque forme particulière d'assurance au sens de l'art. 62 LAMal (let. b) et l'assurance d'indemnités journalières (let. c). Selon l'art. 83 OAMal, chaque assureur doit constituer une provision pour cas d'assurance non liquidés dans l'assurance obligatoire des soins (al. 1 let. a) et l'assurance d'indemnités journalières (al. 1 let. b). Les assureurs rectifient, dans le compte d'exercice en cours, la provision portée au bilan lorsque celle-ci ne correspond pas aux besoins réels résultant du calcul des dépenses de l'année précédente (al. 2). Selon l'art. 85 OAMal, les assureurs remettent à l'OFSP, jusqu'au 30 avril de l'année suivante, le bilan, le compte d'exploitation et un rapport portant sur l'exercice écoulé. La décision par laquelle l'organe compétent de l'assureur a approuvé les comptes peut être transmise ultérieurement, mais au plus tard le 30 juin (al. 1). Les assureurs remettent à l'OFSP, jusqu'au 31 juillet de l'exercice en cours, un budget portant sur l'exercice suivant (al. 2). Le bilan, les comptes d'exploitation et le budget seront présentés sur des formules établies par l'OFSP (al. 3). L'art. 89 OAMal prévoit que l'assureur doit distinguer clairement, pour chaque assuré, entre les primes de l'assurance obligatoire des soins, la prime pour le risque d'accident inclus devant être mentionnée séparément (let. a), de l'assurance d'indemnités journalières (let. b), des assurances complémentaires (let. c) et des autres branches d'assurance (let. d). c. Il découle ce qui précède que les primes ne peuvent être utilisées que pour payer les prestations qui, de par la loi, sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins (y compris les provisions pour les cas d'assurance non liquidés et les contributions à la compensation des risques) et les frais administratifs y afférents, les excédents étant attribués aux réserves légales et les résultats négatifs prélevés sur celles-ci (ATF 135 V 39 consid. 4.1).

E. 7

a. Les primes des assurés constituent la principale source de financement de l'assurance obligatoire des soins, aux côtés de la participation aux coûts des assurés,

A/687/2017 - 20/30 - des subsides des pouvoirs publics pour la réduction des primes et des prétentions récursoires de l'assureur (ATF précité consid. 4.2). b. En vertu de l'art. 61 LAMal, l'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur prélève des primes égales auprès de ses assurés (al. 1). L'assureur peut échelonner les montants des primes s'il est établi que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions. Le lieu de résidence de l'assuré est déterminant. L'office délimite les régions uniformément pour tous les assureurs (al. 2). Les tarifs des primes de l'assurance de soins obligatoire doivent être approuvés par le Conseil fédéral. Les cantons peuvent se prononcer sur les tarifs de primes prévus pour leurs résidents, pour autant que la procédure d'approbation n'en soit pas prolongée (al. 5). c. Selon l'art. 92 OAMal, les assureurs doivent soumettre à l'approbation de l'OFSP les tarifs des primes de l'assurance

obligatoire des soins et leurs modifications, au plus tard cinq mois avant leur application. Ces tarifs ne peuvent être appliqués qu'après avoir été approuvés par l'OFSP (al. 1). Doivent être joints aux tarifs, sur une formule remise par l'OFSP, le budget (bilan et compte d'exploitation) de l'exercice en cours et le budget (bilan et compte d'exploitation) de l'exercice suivant (al. 2 let. a et b). Si l'assureur échelonne les primes par canton ou par région, l'OFSP peut lui demander périodiquement un aperçu des coûts moyens des derniers exercices dans les cantons ou les régions considérés (al. 3). Pour les formes particulières d'assurance prévues à l'art. 62 LAMal, l'assureur doit également indiquer le montant des primes et joindre les conditions d'assurance correspondantes (al. 4). Lors de l'approbation des tarifs de primes ou à la suite de celle-ci, l'OFSP peut donner des instructions à l'assureur concernant la fixation des primes pour les années suivantes (al. 5). d. L'OFSP examine les primes en veillant en particulier à la sécurité financière des assureurs, à la protection des intérêts des assurés et au respect des bases légales relatives au financement et à la fixation des primes de l'assurance-maladie sociale. Pour ce faire, les assureurs se basent sur les résultats définitifs de l'année précédente (contrôlés par l'organe de révision externe et indépendant désigné par l'assureur [art. 86 à 88 OAMal]), des extrapolations de l'année en cours et le budget (bilan et compte d'exploitation) de l'exercice suivant. Se fondant sur des valeurs empiriques, des prévisions et des comparaisons entre assureurs, l'OFSP signale aux assureurs les écarts qui dépassent la marge normale d'incertitude des prévisions. Ce faisant, il pondère les facteurs de risques généraux et individuels pour chaque assureur (par exemple l'évolution des effectifs et des coûts, le calcul de la compensation des risques et la situation financière actuelle) et en tient compte dans le cadre de son examen. En cas d'abus dans la fixation des primes, l'OFSP exige de l'assureur qu'il en corrige le montant. Si le budget présente des erreurs ou lacunes manifestes, l'OFSP formule des réserves ou assortit l'approbation des primes de directives contraignantes pour l'établissement des primes de l'année suivante (ATF 135 V 39 consid. 4.2).

A/687/2017 - 21/30 -

E. 8

a. Un assuré touché par une décision prise en application d'un tarif des primes de l'assurance obligatoire des soins dans une situation concrète peut exiger du juge qu'il en contrôle la légalité. Le juge ne saurait toutefois entrer en matière sur les critiques d'ordre général qu'un assuré adresse à l'encontre de sa prime d'assurance ou du système de l'assurance-maladie sociale. Il incombe à l'assuré d'expliquer en quoi la clause tarifaire contestée viole le droit fédéral, étant précisé que le pouvoir d'examen du juge des assurances ne s'étend qu'à la question de savoir si ladite clause a été établie en conformité avec les dispositions légales relatives au financement et à la fixation du montant des primes. De fait, la jurisprudence a, dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, accordé au juge un pouvoir d'examen étendu par rapport à ce qui existe dans d'autres branches d'assurance, tel que par exemple dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 135 V 39 consid. 4.3). b. Les primes reposent pour l'essentiel sur des hypothèses et des prévisions dont l'OFSP doit vérifier la plausibilité. Compte tenu des nombreux facteurs d'incertitude qui influent sur le montant de la prime, l'OFSP intervient uniquement en cas d'écarts importants et visibles par rapport aux prévisions de tous les assureurs. Étant donné l'autonomie des assureurs dans la fixation des primes ainsi que la liberté d'appréciation étendue de l'OFSP dans l'approbation des tarifs des primes et du Conseil fédéral en tant qu'autorité de recours interne à l'administration, il ne convient pas que l'autorité juridictionnelle appelée à trancher un cas concret puisse, d'une

manière indirecte, substituer sa propre appréciation à celle de l'autorité administrative. Aussi, le juge est-il appelé à faire preuve d'une grande retenue lors du contrôle d'une décision prise en application d'une clause tarifaire dans une situation concrète (ATF 135 V 39 consid. 4.4 ; ATF 131 V 66 consid. 5.2.2). c. Dans le cadre du contrôle de la légalité de la clause en question, le juge doit examiner si celle-ci est conforme au système de la répartition des dépenses (art. 60 al. 1 LAMal) et au principe du financement autonome de l'assurance obligatoire des soins (art. 60 al. 2 et 3 LAMal). En particulier, il lui incombe de vérifier si la clause contestée repose, en ce qui concerne les charges et les produits, sur une comptabilité distincte pour l'assurance-maladie sociale et, dans ce cadre, une comptabilité séparée pour l'assurance obligatoire ordinaire des soins, pour les formes particulières d'assurance au sens de l'art. 62 LAMal et pour l'assurance d'indemnités journalières (art. 81 al. 1 let. c OAMal). L'exigence d'une comptabilité distincte doit être contrôlée également en ce qui concerne les frais d'administration (art. 84 OAMal) (ATF 131 V 66 consid. 5.3). d. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou

A/687/2017 - 22/30 - n'entrent raisonnablement en considération (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 et les références). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Il convient de faire une exception au principe général de la vraisemblance prépondérante, applicable en assurances sociales, en matière d'examen de la légalité des primes de l'assurance obligatoire des soins. En exigeant que les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins soient dûment contrôlés et approuvés par l'OFSP, le législateur fédéral a expressément érigé une présomption d'adéquation du montant des primes. Dans le cadre d'une contestation judiciaire subséquente, l'assuré ne peut renverser cette présomption de fait qu'en apportant la preuve stricte du contraire, la vraisemblance prépondérante n'étant pas suffisante. La preuve de la non-conformité du montant de la prime ne peut alors être rapportée que si le juge acquiert, en se fondant sur des éléments objectifs, la conviction de l'existence de ce fait; une certitude absolue n'est pas nécessaire, mais il faut qu'il n'y ait aucun doute sérieux ou, à tout le moins, que les doutes qui subsistent paraissent légers (ATF 135 V 39 consid. 6.2). Au vu de la présomption d'adéquation des primes de l'assurance obligatoire des soins, il n'appartient pas à l'assurance de démontrer que la clause tarifaire approuvée par l'OFSP est conforme au droit, mais bien à l'assuré d'établir, au degré de preuve requis en la matière, les circonstances qui permettent d'admettre que les dispositions légales en matière de financement et de fixation de primes ont été violées et, partant, justifient de revenir sur la décision d'approbation de l'OFSP (ATF 135 V 39 consid. 7.4.1). e. De plus, l'intervention du juge ne se justifie que s'il est établi qu'il en résultera une modification sensible du montant de la prime due. Le calcul d'une clause tarifaire étant une question complexe et difficile qui relève principalement de la science actuarielle et de la technique comptable, le juge ne saurait toutefois se livrer personnellement à des calculs compliqués et aléatoires pour fixer le montant conforme d'une prime d'assurance, mais doit s'en remettre, le cas échéant, à l'opinion de spécialistes

en la matière (ATF 135 V 39 consid. 6.3). Au demeurant, il faut tenir compte d'une autre particularité propre aux litiges en matière de tarifs de primes de l'assurance-maladie: la production des comptes des assureurs peut poser des problèmes procéduraux très délicats au regard des droits des parties (droit de l'assuré de consulter les pièces, d'en effectuer des copies) ou du droit au secret des affaires (le risque étant que la comptabilité d'un assureur se retrouve chez un concurrent). C'est pourquoi la plupart des questions auxquelles le juge pourrait être amené à donner des réponses dans le cadre du contrôle qui lui incombe peuvent s'appuyer sur le témoignage (écrit ou oral) de l'organe de révision (art. 86 OAMal), dont l'indépendance est présumée de par la loi (ATF 131 V 66 consid. 5.3).

A/687/2017 - 23/30 - f. Si l'ordre juridique permet aux assurés de faire examiner, aux conditions qui viennent d'être précisées, la validité de leur prime à l'assurance obligatoire des soins, il n'en demeure pas moins que le législateur a voulu avant tout que les assurés puissent changer d'assureur en cas de désaccord avec le montant de leur prime. C'est pourquoi la LAMal consacre les principes du libre choix de l'assureur et du libre passage, qui permettent à toute personne, quel que soit son âge, son sexe et son état de santé, de changer librement d'assureur et de choisir, en particulier, celui dont les primes sont les plus avantageuses (ATF 135 V 39 consid. 6.4).

E. 9

a. En ce qui concerne en particulier les frais d'administration, les assureurs doivent limiter les frais d'administration de l'assurance-maladie sociale aux exigences d'une gestion économique (art. 22 al. 1 LAMal). Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions pour limiter les frais administratifs. À cette fin, il se réfère, en particulier, à l'évolution générale des prix et des salaires (art. 22 al. 2 LAMal). Le Conseil fédéral a fait usage de cette compétence à l'art. 84 OAMal, qui prescrit que les frais d'administration afférents à l'assurance-maladie doivent être répartis entre l'assurance obligatoire des soins (al. 1 let. a), l'assurance d'indemnités journalières (al. 1 let. b) et les assurances complémentaires et les autres branches d'assurance (al. 1 let. c). Cette répartition s'opère d'après les charges réelles (al. 2). b. L'art. 22 al. 1 LAMal constitue une des expressions du principe dit de l'économicité qui vise, dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, à garantir une offre appropriée et de qualité en matière de santé à des coûts les moins élevés possible. Il n'est cependant pas possible de définir, dans l'absolu, la quote-part des coûts administratifs nécessaire à une pratique économique de l'assurance-maladie sociale, celle-ci pouvant dépendre de la taille respective des assureurs et des différences structurelles qui en découlent. C'est pourquoi l'OFSP, en sa qualité d'autorité de surveillance, n'intervient qu'en cas d'inadéquation manifeste des frais administratifs. Les examens menés dans le cadre de l'approbation des primes consistent principalement à examiner l'évolution des frais administratifs dans les budgets soumis, à analyser les raisons des fortes fluctuations qui pourraient ressortir de ceux-ci et à intervenir si les comparaisons entre groupes d'assureurs comparables mettent en évidence l'existence de frais excessifs. Il n'appartient en revanche pas à l'OFSP de s'immiscer dans des questions qui relèvent de la conduite stratégique de l'entreprise (ATF 135 V 39 consid. 7.2). c. Le juge ne peut se voir reconnaître un pouvoir d'examen plus étendu que celui de l'autorité d'approbation des primes. Lorsqu'elle est amenée à examiner le bien-fondé de coûts administratifs, l'autorité judiciaire ne doit intervenir qu'en cas d'abus manifeste. En revanche, il n'appartient pas au juge de procéder à une analyse détaillée de la structure des coûts administratifs de l'assureur en cause et de s'immiscer ainsi dans l'organisation et la stratégie de l'entreprise. Cela ne signifie pas que

ces questions ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle. Elles relèvent cependant de la surveillance de la pratique des assureurs, tâche qui incombe au Conseil fédéral et à l'OFSP, autorités auxquelles le juge des assurances ne saurait se

A/687/2017 - 24/30 - substituer. Si l'assuré estime toutefois que certains faits appellent dans l'intérêt public une intervention de l'autorité de surveillance, il peut alors saisir l'OFSP d'une dénonciation au sens de l'art. 71 de la loi fédérale sur la procédure administrative, du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021) (ATF 135 V 39 consid. 7.3). d. Tout au plus le juge pourrait-il être amené à intervenir si la structure de l'assureur engendrait de façon évidente des frais administratifs disproportionnés, contraires au principe dit de l'économicité. Qui plus est, au regard de la relative autonomie accordée à chaque assureur, le fait de confier à un tiers, sous la forme d'une solution interne au groupe auquel appartient l'assureur ou par externalisation, la gestion de certaines activités n'est pas, en soi, contraire au droit fédéral. Il importe à cet égard peu que l'assureur s'acquitte des frais liés à ces prestations en payant les factures dressées par le prestataire ou en versant à celui-ci une cotisation annuelle, dès lors que cette façon de faire n'aboutit pas à contourner la loi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_601/2008 du 6 avril 2009 consid. 4). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a jugé que la mise à disposition par l'association GROUPE MUTUEL de services de nature technique et administrative pour le compte des institutions qui lui sont affiliées n'est, sur le principe, pas critiquable, si elle se fait à un prix conforme au marché et qu'elle n'engendre pas pour les assureurs concernés des frais administratifs disproportionnés (arrêt précité, *ibidem*). e. Dans l'arrêt opposant le recourant à MUTUEL ASSURANCES en lien avec la légalité de l'augmentation de la prime d'assurance pour 2001, le Tribunal fédéral a considéré que les frais d'administration de l'assureur-maladie n'étaient pas incompatibles avec le principe d'économicité (8,2 % en 2000 et 6,9 % en 2001 des dépenses totales), qu'il n'existait pas d'éléments probants suffisants pour affirmer que la répartition des coûts administratifs entre l'assurance-maladie sociale et l'assurance complémentaire ne se ferait pas de manière conforme avec le financement autonome de l'assurance-maladie obligatoire au sein de l'assureur-maladie ou que les sommes mises en réserve par le GROUPE MUTUEL seraient par la suite détournées de l'assurance obligatoire des soins. L'importance des frais publicitaires engagés ou le financement de l'infrastructure mobilière (informatique, téléphonie, meubles) par le moyen d'une cotisation annuelle étaient des questions qui relevaient des choix stratégiques et organisationnels opérés au sein du GROUPE MUTUEL et qui ne pouvaient faire l'objet d'un examen préjudiciel dans le cadre de la procédure. De même, il n'avait pas été établi que le loyer versé au GROUPE MUTUEL pour la mise à disposition de ses locaux ou que le taux de rémunération des prêts accordés par l'intimée au GROUPE MUTUEL n'étaient pas conformes au marché (ATF 135 V 39 consid. 7.4.2 à 7.4.4).

E. 10

a. En l'espèce, le recourant conteste l'augmentation de sa prime LAMal pour l'année 2016, d'un montant de CHF 462.- (avec une franchise annuelle de CHF 1'500.-, risque accident inclus), laquelle s'élevait à CHF 442.- en 2015. b. Il relève, entre autres, que l'augmentation des primes au fil du temps est devenue insupportable pour les ménages, et que seul un contrôle judiciaire attentif et

A/687/2017 - 25/30 - efficace permettrait de mettre en exergue les « incongruités » du système de l'assurance-maladie sociale afin que le pouvoir politique fédéral revoie impérativement le système. Or, lors du contrôle des dispositions légales en matière de

financement et de fixation des primes, le juge n'entre pas en matière sur les critiques d'ordre général formulées, comme en l'espèce, par l'assuré à l'encontre du système de l'assurance-maladie sociale. Ainsi que le recourant l'a lui-même déclaré, il appartient au pouvoir législatif – et non judiciaire – de réformer, le cas échéant, ce système et d'adopter les solutions permettant de limiter la hausse qu'il considère trop élevée des primes de l'assurance-maladie de base. c. Cela étant rappelé, l'OFSP a, par décision du 22 septembre 2015, approuvé les primes de l'intimée relatives à l'assurance obligatoire des soins pour 2016, de sorte qu'elles bénéficient d'une présomption d'adéquation de leur montant. Pour nier la validité de la prime litigieuse, le recourant invoque en substance que la cotisation annuelle acquittée par l'intimée au GROUPE MUTUEL, en sus de la participation aux frais administratifs, établie selon une clé de répartition, est illégale, dès lors qu'elle est versée sans contre-prestation au sens de la LAMal. Quant aux frais administratifs à la charge de l'intimée, laquelle pratique uniquement l'assurance-maladie sociale, le recourant soupçonne que lesdits frais incluent également ceux occasionnés par les assureurs privés, membres du GROUPE MUTUEL, pour leurs activités relevant des assurances complémentaires, soumises à la LCA. d. Dans le cadre du contrôle de la légalité de la prime 2016, eu égard à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, le juge vérifie uniquement si cette prime repose sur une comptabilité distincte pour l'assurance obligatoire des soins, pour les formes particulières d'assurance au sens de l'art. 62 LAMal, pour l'assurance d'indemnités journalières, ainsi que pour les frais d'administration (cf. consid. 8.c. ci-dessus). À cette fin, le juge peut s'appuyer sur le témoignage – écrit ou oral – de l'organe de révision, dont l'indépendance est présumée de par la loi (cf. consid. 8.e. ci-dessus). e. Il ressort de l'attestation du 18 décembre 2017, émise par la FIDUCIAIRE D_____, organe de révision de l'intimée en 2014, que durant cette année-ci, cette dernière avait comptabilisé les charges et les produits conformément au plan comptable OFSP, séparément pour l'assurance obligatoire des soins, pour chaque forme particulière d'assurance-maladie au sens de l'art. 62 LAMal et pour l'assurance d'indemnités journalières. Les frais administratifs à la charge de l'intimée concernaient l'assurance obligatoire des soins, l'assurance d'indemnités journalières LAMal et la réassurance au sens de la LAMal. Selon l'attestation du 24 novembre 2017, établie par C_____ SA, organe de révision de l'intimée en 2015, durant cette année-ci, cette dernière avait également comptabilisé les charges et les produits conformément au plan comptable OFSP.

A/687/2017 - 26/30 - Les charges de sinistre et les produits de primes avaient été comptabilisés séparément pour l'assurance obligatoire des soins, pour chaque forme particulière d'assurance-maladie ainsi que pour les indemnités journalières. Les autres charges et produits étaient comptabilisés globalement dans « Mutuel Assurance Maladie SA » et faisaient l'objet d'une répartition entre l'assurance obligatoire des soins, chaque forme particulière d'assurance-maladie et les indemnités journalières. Les frais d'administration à charge de l'intimée concernaient l'assurance obligatoire des soins, l'assurance d'indemnités journalières LAMal et la réassurance LAMal. Le 12 février 2018, C_____ SA a confirmé qu'aucun montant n'était facturé à l'intimée par le GROUPE MUTUEL au titre des frais administratifs pour les assurances soumises à la LCA, dès lors que l'intimée pratiquait uniquement l'assurance-maladie obligatoire des soins, à l'exclusion des assurances complémentaires relevant de la LCA. Il découle de ces attestations que les comptes de l'intimée apparaissent conformes aux exigences légales. Contrairement à ce que le recourant prétend, les frais administratifs payés par l'intimée correspondent aux frais afférents exclusivement à l'assurance-maladie sociale. Certes, le certificat d'assurance pour

l'année 2016 relatif à l'assurance obligatoire des soins, établi par l'intimée, mentionne également les assurances complémentaires souscrites par le recourant, notamment auprès de MUTUEL ASSURANCES SA, soit un assureur privé pratiquant les assurances complémentaires relevant de la LCA (cf. attestation de C_____ SA du 12 février 2018). Toutefois, l'intimée a expliqué que lorsqu'un assuré bénéficie à la fois d'un contrat d'assurance obligatoire des soins et/ou d'indemnités journalières selon la LAMal et un contrat soumis à la LCA, la gestion pour ces deux types de contrats est déléguée à l'assureur pratiquant la LAMal, moyennant une indemnisation (cf. courrier de l'intimée du 18 décembre 2017). Dans son rapport du 10 novembre 2014, B_____ S.A. a fait mention de cette pratique (p. 17), et il a conclu que les procédures d'audit dans le domaine des frais d'administration n'avaient mis en évidence aucun fait indiquant une répartition inexacte ou injustifiée de ces frais. Quand bien même ce rapport porte sur une période irrelevante (2009 à 2013) pour la présente cause, vu les attestations précitées de C_____ SA et de la FIDUCIAIRE D_____ concernant les frais administratifs, rien ne permet de douter que, dès 2014, la gestion administrative des polices d'assurances complémentaires par l'intimée pour le compte des assureurs privés aurait eu pour conséquence que les primes LAMal 2016 seraient détournées de l'assurance obligatoire des soins au profit des assureurs privés, membres du GROUPE MUTUEL. f. En ce qui concerne la cotisation annuelle, c'est à tort que le recourant estime qu'elle serait illégale. Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de relever que la mise à disposition par l'association GROUPE MUTUEL de services de nature

A/687/2017 - 27/30 - technique et administrative pour le compte des institutions qui lui sont affiliées, à l'instar de l'intimée, en contrepartie du versement d'une cotisation annuelle n'est pas, en soi, contraire au droit fédéral. Il s'agit d'un choix organisationnel et stratégique. Le juge des assurances sociales, dans le cadre d'un litige relatif à la fixation de la prime, ne peut intervenir que si ce choix engendre de façon évidente des frais administratifs disproportionnés, contraires au principe dit de l'économicité (cf. consid. 9.d. ci-dessus). In casu, les organes de révision ont confirmé que la cotisation annuelle était versée par l'intimée au GROUPE MUTUEL uniquement pour les activités relevant de l'assurance-maladie sociale, et qu'elle était incluse dans les frais administratifs de l'intimée, lesquels s'élevaient à 4,1% de ses dépenses totales tant en 2014 qu'en 2015 (cf. tableaux statistiques de l'assurance-maladie obligatoire publiés par l'OFSP pour 2014 et 2015). C'est le lieu de rappeler que, dans le cadre de l'approbation des primes, l'OFSP n'intervient qu'en cas d'inadéquation manifeste des frais administratifs, notamment si les comparaisons entre groupes d'assureurs comparables mettent en évidence l'existence de frais excessifs. En cas de litige sur le montant de la prime, le pouvoir d'examen du juge n'est pas plus étendu que celui de l'OFSP (cf. consid. 9.b. et 9.c. ci-dessus). Or, en l'espèce, les frais administratifs de l'intimée tant en 2014 qu'en 2015 s'inscrivaient à un niveau au-dessous de la moyenne générale des assureurs, laquelle était de 4,9 % en 2014 et de 4,7 % l'année suivante (cf. tableaux statistiques de l'assurance-maladie obligatoire publiés par l'OFSP pour 2014 et 2015). Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, la cotisation annuelle, qui correspond aux frais engendrés dans le cadre des activités relevant de l'assurance-maladie sociale, n'est pas critiquable, ce d'autant qu'elle est incluse dans le pourcentage des frais administratifs de l'intimée, ceux-ci ne sont pas disproportionnés. g. Sur le vu de ce qui précède, force est de conclure que la prime en cause ne viole pas le droit fédéral.

a. Au vu du dossier contenant tous les éléments nécessaires pour trancher le litige, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), il n'y pas lieu de requérir la production des documents sollicités par le recourant ni de procéder à l'audition de M. E_____, de l'OFSP. b. En particulier, le rapport de la FINMA, établi dans le cadre de la procédure d'« enforcement » ayant, selon le recourant, abouti à la démission en septembre 2014 du conseil d'administration de l'intimée, est inutile pour la présente procédure. En effet, il ressort du communiqué de presse, publié le 2 juillet 2015, par la FINMA (<https://www.finma.ch/fr/news/2015/07/mm-groupe-mutuel-2015-07-02/>), que la procédure d'« enforcement », ouverte en mars 2014, à l'encontre des sociétés du GROUPE MUTUEL, en raison de graves lacunes dans le domaine de

A/687/2017 - 28/30 - l'assurance-maladie complémentaire, ne concernait aucune société ou prestation liée à l'assurance de base. c. En ce qui concerne le rapport de B_____ S.A. du 10 novembre 2014, il est superflu que le recourant prenne connaissance de l'intégralité de ce document, puisqu'il porte sur les exercices 2009 à 2013, soit une période irrelevante pour l'objet de la présente cause. d. Enfin, le recourant sollicite les pièces établissant le montant des réserves constituées par l'intimée au début et à la fin de chaque année entre 2013 et 2015, tant sur le plan national que pour chacun des cantons sur le territoire duquel elle était active. La demande est motivée par le fait qu'entre 1996 et 2013, les assurés dans le canton de Genève avaient payé des primes supérieures aux coûts LAMal effectivement assumés, ce qui avait eu pour conséquence que la différence avait été intégrée dans les réserves ayant bénéficié aux plus petits cantons. Ce procédé était, selon le recourant, à même de se reproduire depuis lors, si bien qu'il y avait lieu de connaître l'évolution des réserves afin d'éviter que le trop-perçu dans le canton de Genève ne serve à maintenir artificiellement basses les primes d'un autre canton. d/aa. Dans l'arrêt du 19 septembre 2013 (ATAS/918/2013), la chambre de céans a déjà relevé que la LAMal et ses ordonnances d'exécution ne prévoient pas de réserves cantonales ; que l'absence de réserves cantonales soulève certes des polémiques très vives au niveau politique, dans la mesure où le système de réserves au niveau national permet le transfert par un assureur-maladie des réserves d'un canton où elles seraient excédentaires à un autre canton, où elles seraient déficitaires, mais qu'aucune base légale ne permet aux autorités d'imposer aux assureurs-maladie un taux de réserve maximal, et que l'assureur est libre de décider si les réserves excédentaires doivent être utilisées pour la diminution des primes ou non (consid. 7d/aa et 7d/bb et les références citées). Depuis le 1er janvier 2012, les réserves sont calculées en fonction des risques, et plus sur la base du nombre d'assurés. Ce nouveau mode de calcul, inscrit dorénavant à l'art. 14 al. 2 LSAMal, vise à renforcer la transparence et la sécurité (FF 2012 1725, p. 1745-1746). Dans l'arrêt précité, la chambre de céans a noté que, dans sa fiche d'information du 27 septembre 2012 concernant notamment le nouveau calcul des réserves minimales, l'OFSP rappelait que les risques auxquels s'exposaient les assureurs en pratiquant l'assurance ne se réalisaient pas au niveau cantonal, de sorte qu'il ne pouvait pas y avoir de réserves cantonales (consid. 7d/aa). d/bb. Cela dit, le recourant se réfère à l'art. 17 al. 1 LSAMal, à teneur duquel si, dans un canton, les primes encaissées par un assureur pour une année donnée étaient nettement plus élevées que les coûts cumulés dans ce canton-là, l'assureur peut, dans le canton concerné, procéder à une compensation des primes l'année suivante. Le montant de la compensation doit être clairement indiqué et motivé par l'assureur dans la demande d'approbation. Celle-ci doit être déposée auprès de

A/687/2017 - 29/30 - l'autorité de surveillance au plus tard à la fin du mois de juin de l'année suivante. La compensation des primes doit en principe rétablir l'équilibre entre les primes et les coûts (al. 2). Selon une interprétation littérale de l'art. 17 al. 1 LSAMal, l'assureur a la possibilité de compenser les primes l'année suivante (« [...] l'assureur peut, dans le canton concerné, procéder à une compensation des primes » ; « [...] so kann der Versicherer im betreffenden Kanton im Folgejahr einen Prämienausgleich machen » d'après le texte allemand). Il ressort effectivement du commentaire des dispositions de l'OSAMal, que l'assureur a la possibilité de réduire ses réserves lorsque celles-ci risquent de devenir excessives, et de compenser les primes encaissées en trop (p. 17-18 ; <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht.html>). La demande de compensation, qui émane de l'assureur (commentaire précité, p. 21), est donc facultative. En 2017, l'autorité de surveillance a reçu et approuvé une demande de compensation de primes encaissées en trop de la part d'un assureur (VIVAO SYMPANY S.A., sis à Bâle). La compensation des primes encaissées a été demandée dans deux cantons pour l'exercice 2016. Le montant du remboursement approuvé par assuré a été payé en 2017 (cf. Sympany - Compensation des primes encaissées en trop - approbation OFSP du

E. 13

juin 2017 ;

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht.html>). d/cc. Sur le vu de ce qui précède, dans la mesure où l'intimée n'avait pas l'obligation d'utiliser ses réserves, à supposer qu'elles fussent excédentaires, pour diminuer les primes 2016, il n'est pas nécessaire de requérir les pièces y relatives. 12. Mal fondé, le recours ne peut qu'être rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/687/2017 - 30/30 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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