

GE_GERICHTE ATA/282/2008 vom 29. Mai 2008

GE Cour de justice, 2008-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATA_282_2008

FR: GE_GERICHTE ATA/282/2008 du 29 mai 2008

IT: GE_GERICHTE ATA/282/2008 del 29 maggio 2008

Erwägungen

E. 1

A teneur de l'article 70 alinéa 1er LPA, l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune.

Les causes relatives au litige opposant différents assurés à la caisse maladie Mutuelle valaisanne devenue en cours de procédure Mutuel assurances, ont été jointes au cours de l'instruction sous le n° de cause A/379/2003 ; s'agissant de celles opposant différents assurés à la Futura, caisse qui n'existe plus à ce jour,

- 12/18 - A/381/2003 ayant fusionné avec la Mutuel assurances au 1er janvier 2005, il en a été de même en cours de procédure sous le n° de cause A/381/2003. Il convient de joindre dans le cadre du présent arrêt aux causes précitées celles opposant un assuré à Universa et celle opposant un autre assuré à Hermes Assurances. En effet, ces deux assureurs sont également membres du GM et les questions litigieuses sont strictement les mêmes concernant tant l'ensemble des assurés recourants que les assureurs intimés, dont le nombre s'est au demeurant réduit de quatre à trois en cours de procédure : il s'agit de déterminer le rôle de l'appartenance au GM pour chacun des assureurs intimés, dans le cadre de la fixation des primes dues pour l'AOS au titre de l'année 2003. Il ressort enfin de l'instruction que le réviseur des quatre assureurs, devenus trois en cours de procédure était le même et que toutes les questions relatives à l'appartenance au GM appelaient les mêmes réponses.

E. 2

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du

E. 6

Selon l'article 60 LAMal et la jurisprudence du tribunal de céans (ATA/655/2006 précité et ATA/75/2006 du 7 février 2006 et les arrêts cités), l'assurance obligatoire des soins est financée d'après le système de la répartition des dépenses : les assureurs constituent une réserve suffisante afin de supporter les coûts afférents aux maladies déjà survenues et de garantir leur solvabilité à long terme par un financement autonome. Ils doivent présenter séparément au bilan les provisions et les réserves destinées à cette assurance. Ils doivent tenir également un compte d'exploitation distinct, le Conseil fédéral édictant les dispositions nécessaires notamment sur la tenue de la comptabilité, la présentation et le contrôle des comptes, de même que la constitution des réserves et le placement des capitaux. Selon la jurisprudence arrêtée par le TFA (ATF 131 V 66 consid. 53 p. 76, précité), le juge des assurances sociales doit examiner si la clause tarifaire litigieuse est conforme au système de la répartition des dépenses et au principe du financement autonome selon l'article 60 LAMal. Il lui incombe également de vérifier si le tarif contesté repose, en

ce qui concerne les charges et le produit, sur une comptabilité distincte pour l'assurance maladie sociale et, dans ce cadre, sur une comptabilité séparée pour l'assurance obligatoire ordinaire des soins, pour les formes particulières d'assurance au sens de l'article 62 LAMal et pour l'assurance d'indemnité journalière au sens de l'article 81 alinéa 1er de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), étant précisé que les frais d'administration doivent également être répartis entre l'assurance obligatoire des soins, l'assurance d'indemnité journalière et les branches complémentaires voire d'autres branches d'assurance (art. 84 OAMal).

En l'espèce, les caisses intimées ont déposé l'intégralité des documents qui leur avaient été demandés et leurs réviseurs ont été entendus en présence des parties. Ces audiences ont permis de constater que les assureurs membres du GM faisaient parties de cette association, qui avait pour but d'assurer l'intégralité de leur fonctionnement. L'audition subséquente des réviseurs du GM a permis de mettre en évidence notamment les points suivants :

- Le GM est une société de services, qui met à disposition de ses membres l'ensemble des ressources nécessaires à l'accomplissement de leur but social soit notamment du personnel, des locaux et des services informatiques ainsi que l'a déclaré le réviseur dans son audition du 17 décembre 2007.

- 15/18 - A/381/2003

- Le GM gère la fortune de ses membres sous une forme de pool de placement commun à l'ensemble des membres.

- En contrepartie, le GM facture ses services aux membres et prélève une cotisation. Selon les déclarations faites au tribunal par l'un des témoins le 14 décembre 2007, les frais étaient répartis entre les membres du GM selon des clefs introduisant un principe de solidarité partielle ; si une caisse voyait son chiffre d'affaires diminuer, sa participation aux frais se réduirait également et celle des autres membres augmenterait en proportion. Quant au second témoin, entendu le 17 décembre 2007, il a déclaré que si le chiffre d'affaires d'une caisse diminuait en valeur relative par rapport à celui de l'ensemble des caisses, sa participation aux frais diminuait pour autant que ces derniers soient constants, ce qui signifiait qu'au niveau des frais fixes, il y avait une solidarité entre les caisses. Il a précisé que si le nombre d'opérations générées par une caisse augmentait et provoquait une augmentation des frais fixes, on ne pouvait pas dire que la caisse assumerait cette variation toute seule. Une augmentation pouvait lui être favorable ou défavorable dans la répartition globale. On pouvait imaginer des cas dans lesquels cette caisse ne prenait en charge qu'une partie de l'augmentation ou d'autres dans lesquels elle aurait à assumer plus que ses propres augmentations. Il y avait donc clairement un système de vases communicants.

E. 7

Dans le système voulu par la LAMal, les caisses maladie sont des personnes juridiques de droit privé au public sans but lucratif, qui gèrent principalement l'assurance maladie sociale et qui sont reconnues par le département fédéral compétent (art. 12 al. 1er LAMal). En particulier, les assureurs doivent limiter les frais d'administration de l'assurance maladie sociale aux exigences d'une gestion économique au sens de l'article 22 LAMal.

S'agissant des quatre caisses intimées, qui sont devenues trois en cours de procédure, il est acquis par le biais des enquêtes menées par le Tribunal administratif que celles-ci versent des cotisations au GM, recourent à toutes sortes de services comme ceux en personnel et en

informatique du même groupe et lui louent les locaux nécessaires à leurs administrations. Outre le fait que le versement d'une cotisation est exorbitante au but de l'assurance-maladie sociale, le système dans lequel les assureurs intimés se sont engagés revient à pratiquer pour le groupe un système de prix administrés et pour les membres du groupe à accepter ces prix qui ne sont l'objet d'aucun marché, dès lors qu'ils entrent dans la composition d'un panier de prestations que les membres du groupe acquièrent globalement. Il est à cet égard sans pertinence de soutenir que le prix des prestations du GM est bas comme le font les assureurs intimés. Le point litigieux au regard de la loi est de savoir si chacune des personnes juridiques de droit privé ou public pratiquant l'assurance maladie le fait sans but lucratif au sens de l'article 12 alinéa 1er LAMal et dans un rapport de concurrence entre elles, le recours à l'économie de marché étant sensé améliorer la situation de l'assuré,

- 16/18 - A/381/2003 obligé de contracter avec l'une de ces caisses maladie. Or, les enquêtes ont démontré que si un contrôle des seules entités membres du GM permet de s'assurer quelles fonctionnent sans but lucratif au sens de l'article 12 alinéa 1er LAMal, rien ne permet de faire la même affirmation s'agissant du GM qui est, d'un point de vue économique, le véritable assureur, les caisses qui en sont membres n'étant qu'autant de paravents sans indépendance économique. Il faut donc admettre que les assureurs intimés ont failli dans leurs tâches de justifier l'augmentation de la prime maladie due au titre de l'année 2003. Celle-ci ne peut être que du même montant qu'en 2002.

Il sied enfin de rappeler que le 21 février 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève a rendu un arrêt (ATA/207/2008) parvenant à la même conclusion s'agissant des primes de l'assurance obligatoire des soins dues à un assureur du GM par un assuré au titre de l'année 2001.

E. 8

Les recours doivent dès lors être admis sur ce point, étant précisé que M. I_____ qui agissait alors en personne a pris des conclusions exorbitantes à l'objet précité et qui doivent être rejetées. Le 16 août 2006, il a déposé une procuration en faveur d'Assuas.

E. 9

La procédure est gratuite pour les parties. En application des articles 61 lettre g de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.01) et 87 alinéa 1er LPA, les recourants, qui obtiennent gain de cause, ont droit à une indemnité de procédure. Ils ont tous recouru par le biais d'une association et au moyen d'un formulaire type déjà employé par cette association dans d'autres procédures (cf. par exemple ATA/655/2006 précité). Quant à M. O_____, qui agissait en personne, il n'a pas droit à une indemnité. Il convient d'allouer à l'ensemble des recourants défendus par Assuas en personne, une indemnité totale d'un montant de CHF 2'000.- pour la présente procédure à la charge conjointe et solidaire des assureurs intimés.

Les frais de procédure à hauteur de CHF 1910,60 seront laissés à la charge de l'Etat de Genève.

E. 10

Enfin, les qualités de parties sont rectifiées en ce sens que la Mutuelle valaisanne et Futura ont été absorbées par la Mutuel assurances - Groupe Mutuel.

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