

GE_GERICHTE A/687/2017 vom 4. Juni 2018

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_687_2017

FR: GE_GERICHTE A/687/2017 du 4 juin 2018

IT: GE_GERICHTE A/687/2017 del 4 giugno 2018

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A _____, domicilié à Genève recourant contre MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5, Martigny, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel BERGMANN intimée EN FAIT 1. Monsieur A _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1959, est affilié à Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : Mutuel ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. 2. Mutuel est membre de l'association GROUPE MUTUEL, dont le siège se situe à Martigny. Inscrite au registre du commerce du Bas-Valais, l'association a pour but de « servir de lien entre les membres actifs dans le secteur des assurances; défendre les intérêts communs des caisses-maladie, des assureurs ou autres organisations membres et de leurs assurés; favoriser le développement des caisses-maladie, des assureurs ou autres organisations membres; sauvegarder un système de santé d'essence libérale, économique et performant; l'association peut acquérir ou créer des entreprises ayant des activités similaires, participer à de telles entreprises, conduire toutes opérations et conclure tous contrats de nature à développer son but et en rapport avec lui ». 3. En 2015, la prime mensuelle de l'assurance obligatoire des soins de l'assuré se montait à CHF 442.-, avec une franchise annuelle de CHF 1'500.-, risque accident inclus. 4. Le 16 octobre 2015, Mutuel a signifié à l'assuré un nouveau certificat d'assurance pour l'année 2016, aux termes duquel la prime mensuelle de l'assurance obligatoire des soins s'élevait à CHF 462.-, avec une franchise identique, risque accident inclus. Ce document mentionnait également les assurances complémentaires souscrites par l'assuré notamment auprès de MUTUEL ASSURANCES SA. 5. Le 19 janvier 2016, l'assuré a demandé à Mutuel, au vu de la hausse de sa prime, de bien vouloir lui indiquer pour les années 2013 à 2015, le montant qu'elle avait versé au GROUPE MUTUEL à titre de cotisation, ainsi que le montant global dont elle s'était acquittée au titre des frais de courtage et de publicité pour l'assurance obligatoire des soins durant cette période. 6. Sans réponse de Mutuel, le 5 avril 2016, l'assuré l'a invitée à rendre une décision formelle. 7. Par décision du 12 mai 2016, Mutuel a confirmé le montant de la prime pour l'année 2016. Elle a expliqué qu'elle avait respecté la procédure de calcul et de soumission des primes à l'office fédéral de la santé publique (ci-après : l'OFSP), organe officiel de la Confédération chargé de la surveillance des assureurs-maladie, lequel avait contrôlé et approuvé les primes pour l'année 2016. En outre, les informations que l'assuré sollicitait dans son courrier précédent étaient couvertes par le secret des affaires. Mutuel a joint la décision de l'OFSP du 22 septembre 2015, aux termes de laquelle ce dernier approuvait les tarifs de primes de Mutuel relatifs à l'assurance obligatoire des soins pour 2016. 8. Le 13 juin 2016, l'assuré a formé opposition à la décision du 12 mai 2016, concluant à l'illégalité de la hausse de sa prime. Il a allégué que Mutuel faisait partie d'un groupe d'assureurs, actifs

dans plusieurs branches d'assurances, notamment les assurances complémentaires, la prévoyance professionnelle et l'assurance-vie. Les collaborateurs de ces différentes branches d'assurance travaillaient sous le même toit et étaient salariés du GROUPE MUTUEL, lequel mettait à disposition de ses membres des biens immobiliers – dont il était propriétaire - ainsi qu'une infrastructure administrative. L'association refacturait l'ensemble des coûts de fonctionnement du groupe entre les différents membres de l'association selon une clé de répartition inconnue du public, et on ignorait si celle-ci était contrôlée par l'OFSP, dont l'examen était limité aux assureurs actifs dans l'assurance obligatoire des soins. Mutuel versait au GROUPE MUTUEL une cotisation annuelle de CHF 12'696'700.- pour devenir membre de l'association, qui était également fixée selon une clé de répartition, qui n'était pas connue du public. Cette cotisation, acquittée sans aucune base légale, s'ajoutait à la participation aux frais administratifs, si bien qu'elle constituait un détournement des primes des assurés en faveur d'une association, qui faute d'être active dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins, échappait au contrôle de l'OFSP. Les frais de courtage, de commissionnement, de publicité et de promotion, en vue de la conclusion des assurances complémentaires, ne devaient pas être inclus dans la composition des primes de l'assurance-maladie sociale réclamées aux assurés. Or, les sociétés actives dans l'assurance obligatoire des soins participaient également auxdits frais. Par ailleurs, le 29 septembre 2014, soit le lendemain du rejet de l'initiative pour une caisse maladie publique, l'ensemble des membres du conseil d'administration de Mutuel, ainsi que ceux du GROUPE MUTUEL, en grande partie les mêmes, avaient démissionné dans le cadre d'une enquête ouverte par l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (ci-après : la FINMA). Il était vraisemblable que celle-ci faisait état de problématiques touchant tant les assureurs privés que les assureurs pratiquant l'assurance obligatoire des soins, vu que les membres du conseil d'administration de Mutuel avaient également démissionné. En outre, la FINMA avait déposé une plainte pénale en Valais en septembre 2015 contre les anciens administrateurs du GROUPE MUTUEL. Sur la base de ces éléments, l'assuré a sollicité divers documents, notamment la copie du rapport de la FINMA ou, à défaut, une copie des procès-verbaux du conseil d'administration de Mutuel en relation avec l'enquête ouverte par cette autorité de mars à septembre 2014. 9. Par décision du 27 janvier 2017, Mutuel a rejeté l'opposition et confirmé que la prime 2016 était applicable, dès lors qu'il y avait présomption d'adéquation du tarif de la prime, celle-ci ayant été dûment approuvée par l'OFSP. Mutuel a expliqué que le calcul des primes dépendait, entre autres, de l'évolution des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Étaient pris en compte les coûts de l'année précédente (2014), les extrapolations pour l'année en cours (2015) et le budget pour l'année suivante (2016), ainsi que divers autres éléments tels que les réserves, les provisions et la compensation des risques. La hausse des coûts était étayée par les données historiques des portefeuilles de l'assureur, ainsi que par les données élaborées à l'aide d'un modèle statistique prévisionnel de la Haute école spécialisée de Zürich/Winterthur qui calculait, sur mandat de l'OFSP, l'évolution des coûts prévisionnels de l'assurance obligatoire des soins. Pour 2016, la hausse prévisionnelle des coûts de l'assurance obligatoire des soins au niveau national avait été établie dans une fourchette de 0,3% à 7,1%. L'assureur calculait l'hypothèse de l'évolution des coûts pour son propre portefeuille d'assurés et la soumettait à l'OFSP qui la validait dans le cadre de l'approbation des primes. Elle a ensuite indiqué que la prime notifiée à l'assuré correspondait à sa catégorie d'âge, tenait compte de son domicile, du modèle d'assurance de base et de la franchise choisie, ce que celui-ci ne semblait pas contester. Par ailleurs, les frais administratifs se montaient en

2015 à 4,1% des dépenses totales, soit à un niveau inférieur à la moyenne générale des assureurs qui était de 4,7% des dépenses pour la même année, de sorte qu'ils n'étaient pas critiquables. Elle a ajouté que, selon le Tribunal fédéral, le fait de confier à un tiers ou par externalisation la gestion de certaines activités et le versement d'une cotisation annuelle au prestataire n'étaient pas contraires au droit fédéral. En outre, dans la mesure où toutes les pièces requises avaient été soumises à l'OFSP dans la procédure d'approbation des primes 2016, lesquelles avaient été approuvées, il n'y avait pas lieu de remettre à l'assuré les documents qu'il sollicitait. S'agissant des copies du rapport de la FINMA – dont la surveillance était limitée aux assurances complémentaires - ou des procès-verbaux du conseil d'administration de Mutuel en relation avec une enquête ouverte par cette autorité, elle a relevé que ces documents ne concernaient pas l'assurance obligatoire des soins. 10. Par acte du 27 février 2017, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant, sous suite de frais, préalablement, à la production par l'intimée des pièces comptables et rapports de révision permettant de déterminer (a) la cotisation annuelle versée au GROUPE MUTUEL pour les années 2013 à 2015 ainsi que la somme figurant au budget à ce titre pour 2016 ; (b) le détail des cotisations versées au GROUPE MUTUEL par chacune des entités membres de cette association avec la clé de répartition permettant de comprendre le montant réclamé à chacune d'elles pour les années 2013 à 2015 ainsi que les sommes budgétées pour 2016 ; (c) le montant des réserves constituées par l'intimée durant les années 2013 à 2015, tant sur le plan national que pour chacun des cantons sur le territoire duquel elle était active ; (d) le montant des frais administratifs facturés par le GROUPE MUTUEL à l'intimée, de même que la composition dudit montant pour les années 2013 à 2015, ainsi que le montant porté au budget pour 2016 ; (e) le montant des frais administratifs facturés par le GROUPE MUTUEL à chacune des entités membres pour les années 2013 à 2015, ainsi que le montant porté à leur budget pour 2016, le détail des frais composant les montants facturés ainsi que la clé de répartition appliquée pour la facturation desdits frais aux membres de l'association ; (f) le montant des frais de courtage, de commissionnement, de publicité et de promotion assumés par l'intimée durant les années 2013 à 2015, ainsi que le montant porté au budget de l'année 2016 ; et (g) le montant réclamé au titre des frais de courtage, de commissionnement, de publicité et de promotion par le GROUPE MUTUEL à chaque entité membre pour les années 2013 à 2015 ainsi que la clé de répartition appliquée pour ces frais. Le recourant a également conclu, en tant que de besoin, à la production par le GROUPE MUTUEL desdites pièces qui se trouvaient en sa possession, ainsi qu'à la production par l'intimée du rapport d'enquête de la FINMA, des procès-verbaux du conseil d'administration de mars à septembre 2014, et de toutes autres pièces utiles permettant de comprendre les motifs qui avaient amené son conseil d'administration à démissionner en septembre 2014. Sur le fond, le recourant a conclu à l'annulation de la hausse de sa prime pour 2016 et à la constatation que celle-ci était de CHF 442.-, risque accident inclus. Le recourant a expliqué que, durant les années 1996 à 2013, il était apparu que certains cantons, dont Genève, avaient régulièrement versé des primes supérieures aux coûts effectivement assumés au titre de l'assurance obligatoire des soins, la différence étant entrée dans les réserves ayant bénéficié à d'autres cantons. Suite à une forte pression politique, le Conseil fédéral avait adopté l'ordonnance sur la correction des primes, du 12 septembre 2014. Fort de ce constat, l'art. 17 de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale, du 26 septembre 2014 (LSAMal – RS 832.12) avait été adopté. Il y avait ainsi lieu de connaître l'évolution des réserves au début et à la fin de chaque

année, tant sur le plan national que sur le plan de chaque canton où intervenait l'intimée, afin d'éviter que le trop-perçu dans un canton ne serve à maintenir artificiellement basses les primes d'un autre canton. Le recourant a ajouté qu'actuellement, la fixation des primes était opaque et que l'OFSP ne disposait pas de ressources humaines suffisantes pour effectuer un travail de contrôle efficace durant le laps de temps extrêmement court qui lui était imparti pour se prononcer sur les primes proposées par les assureurs. Les primes des ménages ne cessaient d'augmenter et étaient devenues insupportables, si bien que l'ensemble de la collectivité assumait les primes des plus démunis. Désormais, seul un contrôle judiciaire attentif et efficace permettrait de mettre en exergue les « incongruités » du système de l'assurance-maladie sociale afin que le pouvoir politique fédéral revoie impérativement ce système. Le recourant a ensuite répété que le conseil d'administration de l'intimée n'aurait pas démissionné dans le cadre de l'enquête ouverte par la FINMA si des relations discutables entre l'assurance privée et l'assurance sociale n'avaient pas été mises en évidence. Outre cela, la cotisation que l'intimée versait au GROUPE MUTUEL selon une clé de répartition définie par l'association n'était pas destinée à rémunérer les frais de fonctionnement de l'assurance sociale. L'association, qui n'était pas un assureur-maladie, générait des millions de bénéfices grâce aux cotisations cumulées, sans contrôle de quiconque, ni de l'OFSP ni de la FINMA. Or, ces cotisations n'avaient pas à produire de bénéfices en faveur d'un tiers, faute d'être attribuées au paiement des coûts de la santé, des provisions à ce titre, des réserves légales et des frais administratifs au sens strict du terme. Quant aux frais administratifs, lesquels étaient pris en compte dans le calcul des primes, il ne fallait pas uniquement comparer le taux des frais administratifs de l'intimée avec un taux moyen pour considérer que ces frais respectaient le principe d'économicité. Le GROUPE MUTUEL était propriétaire des locaux dans lesquels s'exerçaient l'activité de ses membres, était employeur de l'ensemble des salariés et fournisseur de l'ensemble du matériel nécessaire à l'exercice de leurs tâches, de sorte qu'un employé pouvait être amené à travailler pour divers assureurs de l'association actifs pour les assurances complémentaires. Or, un assureur pratiquant l'assurance obligatoire des soins ne devait pas assumer des frais administratifs sans rapport avec cette activité-ci. Ainsi, il était utile de connaître la clé de répartition appliquée par l'association pour s'assurer qu'elle correspondait réellement au travail effectué par chacun des membres et que les assureurs privés n'étaient pas délibérément favorisés. Le recourant constatait que les primes relatives aux assurances complémentaires n'augmentaient pas ou très modestement. L'OFSP ne procédait à aucun contrôle en la matière et se contentait de vérifier que l'intimée s'acquittait des factures qui lui étaient adressées par le GROUPE MUTUEL. Un examen à cet égard s'imposait d'autant plus qu'il apparaissait que les biens immobiliers appartenant au GROUPE MUTUEL avaient été acquis sans aucun emprunt hypothécaire, mais uniquement au moyen des fonds propres de l'association et des prêts accordés par les assureurs membres. Ainsi, ces derniers finançaient l'immeuble et se faisaient ensuite facturer un loyer, mais ni le rendement des fonds propres ni la rémunération du prêt n'étaient connus. Si les coûts des intermédiaires et des dépenses de publicité – qui devaient être attestés séparément par l'assureur – étaient admissibles dans les frais d'administration, ce contrôle ne pouvait pas intervenir par le seul examen des comptes de l'intimée, puisque ces frais étaient assumés par l'association, et ensuite répartis entre les membres, qu'ils soient actifs dans l'assurance obligatoire des soins ou dans les assurances privées. 11. Dans sa réponse du 15 mai 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a contesté que la FINMA ait déposé une plainte pénale contre tous ses administrateurs et que des activités répréhensibles aient été constatées. Elle a

affirmé que les cotisations versées (qui se montaient à 0,20% des primes facturées pour 2015, soit CHF 3'042'450.-) étaient comprises dans le pourcentage des frais administratifs, lesquels s'élevaient à 4,1% de ses dépenses totales pour la même année. Elles servaient à financer les infrastructures (bâtiments, informatique, mobilier) que l'association mettait à disposition de ses membres, le reste correspondait aux salaires, frais généraux, etc. Elle a reproché au recourant de politiser le débat. Or, il n'appartenait pas au juge, quelles que soient ses convictions politiques, de s'écarter de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral. Si le système comportait des lacunes, des imperfections ou des incongruités, ce n'était pas le rôle du juge de le changer. Ensuite, invoquant le droit au secret des affaires, l'intimée a refusé de produire les documents demandés qui seraient en sa possession. En outre, une partie des documents concernait le GROUPE MUTUEL, soit une entité distincte de l'intimée, si bien que cette dernière ne pouvait pas être amenée à produire des pièces en possession de tiers. Par ailleurs, c'était à tort que le recourant contestait la cotisation payée au GROUPE MUTUEL. Ce faisant, il critiquait la structure des coûts administratifs de l'assureur et s'immisçait dans l'organisation et la stratégie mises en place par l'intimée, ce qu'il ne pouvait pas faire. Selon celle-ci, l'augmentation de la prime, soit 4,52% par rapport à celle appliquée en 2015, était raisonnable et ne saurait être considérée comme un abus manifeste qui permettrait au juge d'intervenir, puisque tant l'augmentation de la prime que le pourcentage des frais administratifs (4,1% des dépenses totales en 2015) étaient inférieurs à la moyenne générale de l'augmentation des frais administratifs des assureurs en Suisse, laquelle avait été de 4,7% en 2015. L'intimée a rappelé que, dans un arrêt précédent opposant les mêmes parties (ATAS/918/2013 du 19 septembre 2013) en lien avec la légalité de l'augmentation des primes pour l'année 2007, - dans lequel toutes les questions relatives aux commissions, frais de publicité, cotisations, loyers, locaux, clés de répartition, etc. avaient déjà été débattues, la chambre de céans, se fondant sur une expertise judiciaire minutieuse et détaillée, avait considéré qu'aucun élément ne permettait d'affirmer que la cotisation était injustifiée, ce d'autant que les frais administratifs n'excédaient pas la limite du raisonnable. S'agissant des réserves, lesquelles étaient affectées aux prestations à honorer, l'intimée a expliqué qu'en cas d'augmentation des réserves trop importante (en raison des prévisions trop pessimistes de la situation future), ou en cas d'insuffisance des réserves (en raison d'une évaluation trop optimiste de la situation future), il y avait une influence sur les primes de l'année subséquente, étant relevé que les réserves devaient toujours rester suffisantes, sans être excessives, pour assurer la pérennité de l'entreprise.

12. Dans sa réplique du 8 juillet 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions et demandé à la chambre de céans de rendre une ordonnance de procédure en lien avec les documents sollicités. Il a exposé que le secret des affaires ne pouvait pas être invoqué par une assurance sociale qui gérait l'argent qui lui était confié par ses assurés, en vue de l'exécution d'une tâche de droit public. De surcroît, il n'était pas démontré que lesdits documents avaient été présentés à l'OFSP dans la procédure d'approbation des primes. Le recourant a répété que le GROUPE MUTUEL n'était soumis ni à l'OFSP ni à la FINMA et que ses collaborateurs travaillaient au sein de l'équipe « assurance-maladie » indifféremment pour l'une ou l'autre des compagnies affiliées à l'association. Dans la mesure où les frais administratifs étaient facturés par le GROUPE MUTUEL à l'intimée, l'OFSP ne procédait à aucun contrôle quant à la réalité desdits frais ni ne s'assurait que la totalité des facturations émises par l'association aux sociétés du groupe correspondait bien à 100% des frais effectifs. Si les frais administratifs intégraient des frais étrangers à l'activité liée à l'assurance obligatoire des soins, ils devaient être écartés quand bien même

globalement ils se situeraient dans la moyenne nationale. Ainsi, le fait que les frais administratifs de l'intimée étaient en pourcentage inférieurs à la moyenne ne signifiait pas qu'ils étaient justifiés. Outre cela, le recourant a estimé que la mise en garde de l'intimée, selon laquelle il n'appartenait pas au juge, quelles que soient ses convictions politiques, de s'écarter de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, mettait en cause l'indépendance et l'impartialité de la chambre de céans. S'agissant des réserves, le surplus de primes versé par les assurés d'un canton devait leur être rétrocédé au travers de sa prise en compte lors de la fixation des primes les années suivantes. Or, il avait été établi qu'entre 1993 et 2013, les surplus des primes avaient augmenté les réserves, lesquelles n'avaient aucune affectation cantonale mais étaient utilisées sur le plan national sur des bases qui ne faisaient l'objet d'aucun contrôle de l'OFSP. Ce procédé, qui permettait de maintenir relativement stables les primes des petits cantons au moyen des réserves constituées par de plus grands cantons, était à même de se renouveler depuis le 1^{er} janvier 2014, de sorte que l'intimée était invitée à fournir toutes explications à cet égard. Ensuite, selon le recourant, l'intimée ne devait pas se contenter de contester l'existence d'une procédure pénale ouverte contre les membres du comité du GROUPE MUTUEL, qui, pour la plupart, étaient également membres du conseil d'administration de l'intimée, mais devait expliquer la raison pour laquelle était intervenue une démission « en bloc » le 22 septembre 2014, ce qui constituait un indice sérieux de l'existence d'un abus manifeste, puisque la démission était la conséquence d'une intervention de la FINMA. Quant à la cotisation annuelle versée par l'intimée au GROUPE MUTUEL, il serait choquant, d'après le recourant, que la chambre de céans réitère l'argumentation développée dans l' ATAS/918/2013 , selon laquelle « nonobstant le flou entourant l'affectation de la cotisation de [CHF] 12'696'700.25, aucun élément, notamment issu de l'expertise judiciaire, ne permet[tait] d'affirmer que la cotisation n'[était] pas justifiée, et que les frais administratifs de l'[intimée] dépasseraient toute mesure raisonnable au point de ne pas être compatibles avec le principe de l'économicité, singulièrement que cette structure du groupe engendrerait de façon évidente des coûts disproportionnés contraires au principe de l'économicité ». Selon le recourant, l'augmentation globale des primes des assurés genevois pour l'année considérée aurait pu être intégralement abandonnée s'il avait été renoncé à cette cotisation que le recourant considérait comme illégale. Pour ce qui était des commissions aux courtiers, des frais de publicité, des loyers, des salaires ou des frais de gérance, répartis par le GROUPE MUTUEL entre ses membres, la clé de répartition demeurait un mystère, et les experts judiciaires à l'époque s'étaient bornés à affirmer qu'il leur était impossible d'obtenir de l'association des renseignements comptables permettant de contrôler la justesse de ses facturations. Il s'ensuivait que les opérations comptables et financières du GROUPE MUTUEL se déroulaient à l'insu de tout organe de contrôle. Sans les versements étrangers à la pratique de la LAMal, le recourant a considéré que ses primes n'atteindraient pas leur niveau actuel et seraient inférieures d'un pourcentage plus élevé que celui qui était réclamé au titre de la hausse des primes pour l'année 2016. 13. Dans sa duplique du 13 septembre 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a relevé que la prime qu'elle requérait pour l'année 2016 pour l'assurance de base était la plus basse du marché, si l'on exceptait les assureurs qui prévoyaient une couverture selon le système du tiers garant. Ainsi, en comparaison avec la concurrence, l'augmentation des primes requise ne souffrait d'aucune critique. En outre, contrairement à ce que prétendait le recourant, les contrôles effectués par l'OFSP en vue d'approuver les augmentations de primes étaient extrêmement minutieux et reposaient sur une documentation complète et détaillée. L'OFSP, qui interpellait par ailleurs les autorités

cantonaux pour qu'elles se déterminent sur le bien-fondé desdites augmentations, examinait les primes en veillant notamment à la sécurité financière des assureurs. Il ressortait du « test de solvabilité LAMal 2016 » que la situation financière de l'intimée justifiait une augmentation de primes, car le taux de solvabilité n'atteignait pas 100%. Les chiffres publiés par l'OFSP – joints à la duplique - montraient qu'au 1^{er} janvier 2016, les réserves disponibles de l'intimée étaient de CHF 173'400'000.-, alors que le montant minimal de réserves à cette date aurait dû être de CHF 220'900'000.-, ce qui signifiait que le taux de solvabilité était de 79%. Ces chiffres montraient déjà en eux-mêmes que l'augmentation des primes n'était pas excessive, puisqu'elle ne permettait pas d'atteindre le taux de solvabilité de 100%. En ce qui concernait les frais administratifs, l'intimée a rappelé qu'en 2014 ils s'élevaient à 4,1% et étaient inférieurs tant à la moyenne suisse, qui était de 4,9%, qu'à ceux d'autres assureurs importants opérant en Suisse, tels que CSS (4,6%), SWICA (5,1%) ou Helsana (5,8%). Il en était de même pour l'année 2015, puisque les frais administratifs des assureurs suisses par rapport à leurs dépenses totales se montaient en moyenne à 4,7%, alors que ceux de l'intimée (4,1%) étaient inférieurs tant à cette moyenne qu'à ceux des trois assureurs susmentionnés, à savoir CSS (4,3%), SWICA (4,9%) et Helsana (5,2%). Ainsi, contrairement à ce qu'affirmait le recourant, les frais administratifs payés par l'intimée n'étaient pas disproportionnés. Cela dit, l'intimée a ajouté que, dans la mesure où le recourant se fondait davantage sur des aspects politiques que juridiques, elle n'avait pas remis en cause l'indépendance et l'impartialité de la chambre de céans lorsqu'elle avait mentionné qu'il appartenait au juge d'appliquer les lois quelles que soient ses opinions politiques. Quant aux réserves, l'intimée a expliqué que la législation ne prévoyait pas de réserves au plan cantonal, dès lors que la viabilité de l'assureur s'examinait sur l'ensemble du territoire suisse et que le calcul des réserves se faisait donc au plan fédéral. Les compensations effectuées par le parlement concernant la répartition des primes entre les assurés des différents cantons était une solution trouvée au plan politique. L'intimée a notamment versé au dossier les pièces suivantes : - la circulaire 5.1 du 16 mars 2016 notifiée par l'OFSP aux assureurs LAMal en lien avec les primes de l'assurance obligatoire des soins et des indemnités journalières, entrée en vigueur le 1^{er} juin 2016, applicable à la procédure d'approbation des primes 2017. Cette circulaire résumait les dispositions régissant les primes de l'assurance-maladie sociale et illustrait la pratique de l'OFSP dans le domaine de l'approbation des primes ; - le tableau statistique de l'assurance-maladie obligatoire pour l'année 2014, publié par l'OFSP, mentionnant que les frais administratifs et amortissements en pourcents des dépenses de l'intimée se montaient à 4,1%, ceux de CSS à 4,6%, ceux de SWICA à 5,1 %, ceux de Helsana à 5,8%, et ceux de la moyenne suisse à 4,9% ; - le tableau statistique de l'assurance-maladie obligatoire pour l'année 2015, publié par l'OFSP, indiquant que les frais administratifs et amortissements en pourcents des dépenses de l'intimée se montaient à 4,1%, ceux de CSS à 4,3%, ceux de SWICA à 4,9 %, ceux de Helsana à 5,2%, et ceux de la moyenne suisse à 4,7% ; - le tableau comparatif des primes d'assurance-maladie de base avec couverture accident pour adultes, faisant notamment état, en cas d'une franchise de CHF 1'500.-, d'une prime de CHF 462.- (intimée), de CHF 479.- (CSS), de CHF 499.- (Helsana) et de CHF 493.90 (SWICA). 14. À la demande de la chambre de céans, l'intimée, ainsi que ses organes de révision désignés pour l'exercice 2014 et 2015, ont répondu à diverses questions comme suit : - le 24 novembre 2017, C_____ SA, organe de révision de l'intimée en 2015, ainsi que de l'association GROUPE MUTUEL, a relevé que, durant cette année-ci, l'intimée avait comptabilisé les charges et

les produits conformément au plan comptable OFSP. Les charges de sinistres 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. [endif]>![if> Les frais administratifs de l'association GROUPE MUTUEL avaient fait l'objet d'une répartition entre ses entités selon des clés de répartition préétablies et selon les conventions de gestion administrative. Sur mandat de l'OFSP, B _____ S.A. avait examiné en 2014 la répartition des frais d'administration entre l'assurance-maladie sociale et l'assurance privée. Il en était ressorti la conclusion suivante : «[s]ur la base de nos procédures d'audit dans le domaine des frais d'administration, nous n'avons rencontré aucun fait indiquant une répartition inexacte ou injustifiée de ces frais ». En outre, 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. La cotisation annuelle versée par l'intimée au GROUPE MUTUEL était incluse dans le pourcentage de ses frais administratifs, soit 4,1% des dépenses totales en 2015 ; - le 18 décembre 2017, à la question de savoir pour quels motifs l'intimée établissait la police concernant les assurances complémentaires liant le recourant à Mutuel Assurances SA, l'intimée a répondu que, quand bien même elle ne pratiquait pas la LCA, elle gérait administrativement pour le compte de Mutuel Assurances SA, les polices d'assurances complémentaires soumises à la LCA, sur la base d'une convention de gestion administrative conclue avec cette entité. [endif]>![if> La convention prévoyait notamment que Mutuel Assurances SA lui déléguait certaines tâches, telles que la facturation et l'encaissement des cotisations, ainsi que le paiement des prestations. Mutuel Assurances SA l'indemnisait, selon les modalités prévues par la convention, pour ces activités. La convention était destinée à limiter les frais. Ainsi, lorsqu'un assuré bénéficiait à la fois d'un contrat d'assurance obligatoire des soins et/ou d'indemnités journalières selon la LAMal et d'un contrat LCA, la gestion pour ces deux types de contrats était déléguée à l'assureur pratiquant la LAMal. La convention avait été remise aux autorités de surveillance, soit à l'OFSP en ce qui concernait l'intimée et à la FINMA en ce qui concernait Mutuel Assurances SA. Ces deux autorités n'avaient pas formé d'objection sur le contenu de cette convention, laquelle était prise en considération dans le plan comptable de Mutuel Assurances SA qui avait été approuvé par la FINMA. En outre, la convention avait fait l'objet d'un audit effectué par B _____ S.A., lequel avait délivré un rapport le 10 novembre 2014, dont C _____ SA avait fait état dans son courrier du 24 novembre 2017 ; - par courrier du 18 décembre 2017, la FIDUCIAIRE D _____, organe de révision de l'intimée en 2014, a écrit que, durant cette période, 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 et pour l'assurance d'indemnités journalières. [endif]>![if> Les frais administratifs de l'association GROUPE MUTUEL faisaient l'objet d'une répartition entre ses diverses entités selon des clés de répartition préétablies et selon les conventions de gestion administrative. L'OFSP avait connaissance de cette pratique et avait mandaté B _____ S.A. pour analyser la répartition des frais d'administration entre l'assurance-maladie sociale et l'assurance privée. La FIDUCIAIRE D _____ a à cet égard cité la conclusion dont C _____ SA a fait mention dans son courrier du 24 novembre 2017. La FIDUCIAIRE D _____ a confirmé que les frais administratifs à charge de l'intimée concernaient

l'assurance obligatoire des soins, l'assurance d'indemnités journalières LAMal et la réassurance LAMal, et que la cotisation annuelle versée par l'intimée à l'association était incluse dans les frais administratifs. Le réviseur a également confirmé qu'en 2014, l'intimée avait pratiqué uniquement l'assurance maladie obligatoire des soins, l'assurance d'indemnités journalières au sens de la LAMal et la réassurance LAMal. Quant aux questions complémentaires que le recourant avaient posées dans son courrier du 14 novembre 2017 - transmis aux organes de révision le 30 novembre 2017 -, la FIDUCIAIRE D_____ a répondu que le montant des frais administratifs facturés par l'association en 2014 s'était élevé à CHF 76'503'363.30 pour l'assurance obligatoire des soins, l'indemnité journalière LAMal et la réassurance LAMal. Le nombre d'assurés couverts par l'assurance obligatoire des soins était de 427'310 (moyenne). L'association GROUPE MUTUEL avait facturé en 2014 à l'intimée la cotisation annuelle, à hauteur de CHF 3'789'499.55, en sa qualité de membre. Cette cotisation avait été calculée uniquement pour les activités relevant de l'assurance obligatoire des soins, y compris les indemnités journalières LAMal et la réassurance LAMal ; - le 12 février 2018, C_____ sa a confirmé que l'intimée pratiquait l'assurance-maladie obligatoire des soins, à l'exclusion des assurances complémentaires relevant de la LCA. Quant à Mutuel Assurances SA, dont C_____ SA était également l'organe de révision, ce dernier a confirmé que cet assureur pratiquait les assurances complémentaires et les assurances indemnités journalières au sens de la LCA, ainsi que les assurances-accidents au sens de la LAA. S'agissant des questions complémentaires posées par le recourant, l'organe de révision a répondu que, pour l'année 2015, l'association GROUPE MUTUEL avait facturé un montant total de CHF 77'815'675.- à l'intimée au titre des frais administratifs pour l'assurance obligatoire des soins. L'association ne lui avait en revanche facturé aucun montant au titre des frais administratifs pour les assurances soumises à la LCA, dès lors que ces branches n'étaient pas pratiquées par l'intimée. Dans le cadre de son mandat, l'organe de révision n'était pas chargé de vérifier le nombre d'assurés de l'entreprise d'assurance, de sorte qu'il renvoyait aux données publiées par l'OFSP et par le GROUPE MUTUEL sur son site Internet. En plus des frais administratifs susmentionnés, l'association avait facturé pour l'année 2015 un montant de CHF 3'042'450.- à l'intimée à titre de cotisation annuelle conformément aux conventions en vigueur. Aucune cotisation n'avait été facturée par l'association à l'intimée pour des activités soumises à la LCA, puisque cette branche n'était pas pratiquée par cette dernière. À la question de savoir si les factures émises par le GROUPE MUTUEL au titre des frais administratifs correspondaient aux frais effectivement supportés par l'association, C_____ sa a répondu qu'en sa qualité d'organe de révision de l'ensemble des entités du Groupe, il avait accès à l'ensemble des factures de l'association portées à charge de l'intimée, lesquelles faisaient l'objet de vérifications conformément aux normes d'audit suisses. Enfin, à la question de savoir si la totalité des factures émises par l'association au titre des frais administratifs, et adressées aux membres du Groupe, correspondait, sans majoration aucune, au 100% des frais administratifs effectivement assumés par le Groupe, C_____ sa a répondu que la refacturation entre l'association et ses membres était réglée par des conventions de gestion administrative qui incluaient une procédure de répartition des frais généraux communs. Celles-ci fixaient les modalités de principes de répartition des frais communs, sans majoration pour les entités membres du Groupe. 15. Dans ses observations du 5 mars 2018, l'intimée a indiqué que les courriers précités ne faisaient que confirmer la position qu'elle défendait. 16. Dans ses observations du même jour, le recourant a répété notamment que la « clé de répartition » des frais administratifs

entre les entités du GROUPE MUTUEL, dont l'intimée n'avait pas fourni le détail, ne pouvait que susciter la curiosité. [endif]>[if> Il a considéré que les réponses de la FIDUCIAIRE D_____ du 18 décembre 2017 et celles de C_____ SA du 24 novembre 2017 étaient identiques, au point que cela en était troublant, en particulier, s'agissant de la conclusion du rapport de B_____ S.A., établi sur mandat de l'OFSP en 2014, relatif à la répartition des frais d'administration entre l'assurance-maladie sociale et l'assurance privée. Or, en l'absence de ce document, il était impossible de savoir comment B_____ S.A. avait procédé à son travail d'évaluation. Il a réitéré le fait que l'intimée, en plus des frais administratifs mis à sa charge par l'association GROUPE MUTUEL, avait versé à celle-ci une cotisation, dont le mode de calcul, le fondement et la destination n'étaient pas connus. Il a souligné que, dans la mesure où la FIDUCIAIRE D_____ n'était pas en 2014 l'organe de révision de l'association, il ne lui a pas été possible d'indiquer si la totalité des frais administratifs facturés par celle-ci et répartis entre les entités du Groupe totalisaient bien au maximum 100% desdits frais. Il a estimé que la réponse d'C_____ SA, organe de révision de l'association en 2015, exprimée comme suit, était dubitative : « la refacturation entre l'association GROUPE MUTUEL et ses membres était réglée par des conventions de gestion administrative qui incluent une procédure de répartition des frais généraux communs. Celles-ci fixent les modalités de principes de répartition des frais communs, sans majoration pour les entités membres du groupe ». Or, dès lors que l'association n'était ni un assureur exerçant la LAMal, soumis au contrôle de l'OFSP, ni un assureur privé, soumis au contrôle de la FINMA, la comptabilisation des frais généraux et leur répartition entre ses membres ne faisaient l'objet d'aucun contrôle. Le recourant en a déduit que les réponses fournies par les organes de révision ne permettaient pas de savoir si les primes étaient utilisées pour l'assurance sociale. Les cotisations étaient versées sans contre-prestation au sens de la LAMal, si bien qu'il ne saurait être considéré que celles-ci étaient admissibles pour autant que le pourcentage global des frais administratifs de l'intimée restait dans la moyenne nationale. Ce raisonnement violait les objectifs de l'assurance sociale ; en cas de réduction des charges, les tiers, soit les membres du conseil de l'association, et non les assurés, en bénéficiaient. Sur ce, le recourant a conclu notamment à la production par l'OFSP du rapport de B_____ S.A. précité et à l'audition de Monsieur E_____, de l'OFSP. 17. Par ordonnance du 12 mars 2018, la chambre de céans a requis la production par l'OFSP du rapport de B_____ S.A., en lien avec la répartition des frais d'administration entre les sociétés affiliées du GROUPE MUTUEL, en particulier entre l'assurance obligatoire des soins et l'assurance privée. [endif]>[if> 18. Par écriture du 15 mars 2018, l'intimée a relevé que les organes de révision avaient confirmé que la clé de répartition des charges appliquée ne prêtait pas le flanc à la critique. [endif]>[if> Elle a ajouté que l'affirmation selon laquelle le GROUPE MUTUEL échappait à tout contrôle de l'OFSP et de la FINMA s'agissant des frais administratifs était erronée ; les assurances affiliées à l'association qui pratiquaient la LAMal étaient contrôlées par l'OFSP, celles pratiquant les assurances privées, par la FINMA. Elle a considéré qu'il y avait lieu de déclarer irrecevables les nouvelles conclusions prises par le recourant, car elles étaient tardives. Subsidièrement, il y avait lieu de les rejeter, dès lors que les documents dont la production était sollicitée étaient couverts par le secret des affaires. En outre, les déclarations des organes de révision, sur lesquelles le juge pouvait s'appuyer, étaient totalement probantes. Enfin, l'intimée a rappelé la teneur de la jurisprudence en lien avec les frais administratifs et la cotisation annuelle, et conclu qu'il n'y avait pas d'abus manifeste en l'occurrence. 19. Par écriture du 19 mars 2018, l'intimée a sollicité, sur la

base de son droit au secret des affaires, que seuls les passages du rapport de B_____ S.A. relatifs à la clé de répartition des frais soient produits ; ce document comportait de nombreux éléments totalement étrangers à la problématique objet de la présente procédure. [endif]>[if> 20. Par pli du 22 mars 2018, l'OFSP a indiqué qu'il avait mandaté B_____ S.A. le 13 décembre 2013 afin qu'il effectue une enquête auprès des assureurs membres du GROUPE MUTUEL pour examiner si des capitaux avaient été transférés de l'assurance-maladie sociale aux assurances privées. La répartition des frais d'administration était l'un des éléments de l'examen. [endif]>[if> Il a joint le rapport établi par B_____ S.A. le 10 novembre 2014, lequel portait sur les exercices 2009 à 2013. 21. Sur demande de la chambre de céans, le 6 avril 2018, l'intimée a spécifié que seul le chapitre 5 du rapport, p. 16 à 23, en lien avec la clé de répartition des frais d'administration en ce qui la concernait, était susceptible d'être produit. [endif]>[if> Se fondant sur le secret des affaires, elle a précisé qu'elle avait caviardé plusieurs passages dans ce chapitre, soit en particulier ceux concernant d'autres entités du GROUPE MUTUEL, non parties à la présente procédure, et ceux ayant trait à l'évolution des cotisations statutaires durant les années 2009 à 2013, périodes irrelevantes pour la procédure. Elle a annexé un tirage du chapitre 5, tel qu'il pouvait être communiqué au recourant. 22. Le 10 avril 2018, la chambre de céans a transmis ce document caviardé au recourant. [endif]>[if> Le rapport mentionnait que « lorsqu'un assuré bénéficie à la fois d'un contrat d'assurance obligatoire des soins ou d'indemnité journalière selon la LAMal et d'un contrat LCA, c'est l'assureur LAMal qui gère en pratique le dossier, procède à la facturation des primes, à leur encaissement et au paiement des prestations. Il établit tous les deux mois un décompte à l'attention de l'assureur LCA et procède au règlement du compte courant. L'assureur LAMal perçoit une indemnisation pour les travaux qu'il réalise pour le compte de l'assureur LCA. (...) » (p. 17). B_____ S.A. concluait que « [s]ur la base de nos procédures d'audit dans le domaine des frais d'administration, nous n'avons rencontré aucun fait indiquant une répartition inexacte ou injustifiée de ces frais » (p. 23). 23. Dans sa détermination du 27 avril 2018, la recourant a persisté dans ses conclusions, en particulier celles tendant à la production des documents mentionnés dans ses écritures précédentes ainsi qu'à l'audition de M. E_____, de l'OFSP. [endif]>[if> Il a répété que tant le comité in corpore du GROUPE MUTUEL que le conseil d'administration en bloc de l'intimée avaient démissionné le 21 septembre 2014 suite à un rapport de la FINMA. Il a allégué que ces démissions étaient en relation avec des flux financiers discutables et le rôle critiquable joué par les dirigeants de l'association et ceux des sociétés du Groupe. Il était donc primordial que la chambre de céans prenne connaissance desdits documents et s'assure que les sommes versées au titre de l'assurance obligatoire des soins n'aient pas été détournées de leur objectif. Ensuite, se référant au courrier de l'OFSP du 22 mars 2018, le recourant a relevé que la mission confiée à B_____ S.A. ne s'était pas limitée aux clés de répartition des frais d'administration. Selon lui, l'intérêt public - consistant à s'assurer que ses primes n'avaient pas été augmentées par le transfert de charges des assurances privées sur l'assurance obligatoire des soins - l'emportait sur le maintien du secret des affaires. Il a par conséquent sollicité la mise à disposition de l'intégralité du rapport de B_____ S.A. 24. Le 4 mai 2018, l'intimée a mis en exergue que la production intégrale dudit rapport, sollicitée uniquement pour répondre à la question relative à la répartition des frais, violerait le droit au secret des affaires. [endif]>[if> 25. Copie de cette écriture transmise au recourant, la cause a été gardée à juger. [endif]>[if> EN DROIT 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 1^{er} janvier 2011, la chambre 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.

2. a. En vertu de l'art. 1 al. 1 LAMal, la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} 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 1^{er} 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) 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. 3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56ss LPGA). 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. 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).

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 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).

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, 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).

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 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). 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). 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 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). 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 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. 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 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'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. 11. 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 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 1 er 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 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/versicherung/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 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. ![/endif]>![if> Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). 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.