

GE_GERICHTE A/437/2018 vom 2. August 2019

GE Cour de justice, 2019-08-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_437_2018

FR: GE_GERICHTE A/437/2018 du 2 août 2019

IT: GE_GERICHTE A/437/2018 del 2 agosto 2019

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE recourante contre SERVICE DE L'ASSURANCE-MALADIE, sis route de Frontenex 62, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'intéressée), née en 1972, et Monsieur B_____ (ci-après : son partenaire), né en 1975, tous deux de nationalité suisse, ont fait reconnaître leur vie commune et leur statut de couple par une déclaration de partenariat faite conjointement le 14 septembre 2007 à la Chancellerie d'État de la République et canton de Genève. L'intéressée n'exerce plus d'activité lucrative depuis le 1^{er} septembre 2007. Quant à son partenaire, fonctionnaire international, il travaille pour le FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNITED NATIONS OF INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND - UNICEF) et bénéficie de ce fait d'une couverture d'assurance-maladie et accident selon les règles établies par l'ORGANISATION DES NATIONS UNIES (ONU). 2. Le 22 janvier 2016, l'intéressée a demandé au Service de l'assurance-maladie (ci-après : le SAM) d'être exonérée de l'assurance-maladie suisse en faisant valoir qu'y être assujettie était synonyme d'une double charge et d'une dégradation par rapport à la couverture d'assurance onusienne dont elle bénéficiait par le biais de son partenaire. À l'appui de sa demande, l'intéressée a produit un « certificat de famille » délivré le 4 février 2016 par l'ONU, valable jusqu'au 31 décembre 2017, attestant : « le porteur de la présente attestation de parenté [soit l'intéressée] est un membre de la famille d'un fonctionnaire des Nations Unies ». Elle a également transmis au SAM une attestation de couverture délivrée le 21 janvier 2016 par CIGNA INTERNATIONAL HEALTH SERVICES BVBA (ci-après : Cigna), caisse-maladie sise à Anvers (Belgique), certifiant qu'elle était « couverte en tant que personne à charge de [son partenaire], membre du personnel de [l'ONU] » ; « ce régime prévoit le remboursement de frais médicaux raisonnables et coutumiers encourus par [elle] à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une grossesse, jusqu'au maximum de USD 250'000.- par personne par année. Les traitements et services médicaux sont couverts dans le monde entier (y compris la Suisse) par le plan médical et sont assujettis aux taux de remboursement, exclusions et restrictions du régime mentionné ci-dessus ». Il était par ailleurs précisé : « la police répond aux exigences de l'Union européenne concernant l'assurance voyage adéquate et valide, à titre individuel ou collectif, couvrant les éventuels frais de rapatriement pour raison médicale, de soins médicaux d'urgence et/ou de soins hospitaliers d'urgence, valable pendant toute la durée d'un séjour dans l'espace Schengen. La couverture est valable lors d'un déplacement privé ». 3. Par décision du 10 mai 2016, le SAM a refusé de dispenser l'intéressée de l'assujettissement à l'assurance-maladie suisse, motif pris qu'elle était de nationalité suisse et domiciliée en Suisse, et que son partenaire était en mission à New-York (États-Unis). Or, pour bénéficier de l'exemption, le titulaire principal devait avoir son domicile en Suisse, non à l'étranger. 4. Le 23 mai 2016, l'intéressée s'est opposée à cette

décision. Elle expliquait que son partenaire était en poste à Haïti, mais que le « système des Nations Unies » ne lui donnait pas le droit de s'y installer, étant donné qu'il s'agissait « d'une base sans famille ». Les Nations Unies la prenaient donc en charge au lieu de résidence de son choix, en l'occurrence à son lieu de résidence habituel, soit Genève.

L'assurance-maladie offerte par les Nations Unies la couvrait en Suisse - via Cigna - à un niveau bien supérieur à celui de l'assurance-maladie suisse, laquelle constituait donc pour elle une double charge. Son adhésion à l'assurance-maladie suisse engendrerait une nette dégradation de sa protection d'assurance et couverture des frais, d'autant que, dans la mesure où elle était âgée de plus de 40 ans, l'éventuelle souscription d'une assurance complémentaire suisse offrant les mêmes prestations que Cigna, ne pourrait se faire qu'à des conditions difficilement acceptables. La couverture Cigna était valable « comme couverture en privé (semi-privé) » et couverture accident dans tous les pays du monde. Selon elle, la décision du 10 mai 2016 consacrait une discrimination fondée sur la nationalité, puisque le SAM retenait sa nationalité suisse plutôt que son statut de partenaire officielle d'un fonctionnaire des Nations Unies. 5. Par décision du 18 juillet 2016, le SAM a rejeté l'opposition. Il a considéré que si la législation suisse permettait certes d'excepter certaines catégories de personnes, notamment les personnes bénéficiaires de privilèges, d'immunités et de facilités - ainsi que celles autorisées à accompagner lesdits bénéficiaires de l'obligation de s'assurer pour les soins en cas de maladie, l'intéressée ne pouvait bénéficier d'une telle exemption. En effet, elle n'était pas mariée, ne faisait pas ménage commun avec son partenaire et ne l'accompagnait donc pas. Or, cet accompagnement était une condition nécessaire pour pouvoir bénéficier d'une exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse. Étant donné que l'intéressée était domiciliée en Suisse et que son partenaire était en mission en Haïti, le fait, pour ce dernier, d'être employé par une organisation internationale en Suisse n'était pas pertinent. Pour le reste, le SAM a contesté toute discrimination et confirmé son refus de dispense, tout comme sa décision d'affiliation d'office du 26 janvier 2015. 6. Par arrêt du 18 mai 2017, la Cour de cassation a partiellement admis le recours de l'intéressée et renvoyé la cause au SAM pour instruction complémentaire (ATAS/387/2017). La Cour a constaté que l'intéressée ne remplissait pas les conditions d'une dispense de l'obligation de s'assurer en tant que personne autorisée à accompagner un bénéficiaire de privilèges, d'immunités et de facilités, dès lors qu'elle ne faisait pas ménage commun avec son partenaire. Toutefois, la décision litigieuse n'avait pas répondu aux arguments de l'intéressée quant à l'existence d'une double charge et d'une dégradation de sa couverture d'assurance. 7. En date du 25 juillet 2017, le SAM a demandé à l'intéressée de lui adresser les statuts de l'organisation internationale employant son partenaire, les conditions générales de Cigna, le justificatif des primes de Cigna, ainsi que toute offre qu'elle aurait reçue d'un assureur complémentaire suisse pour une couverture équivalente, cas échéant tout refus en raison de son état de santé ou son âge ou toute offre proposant des conditions difficilement acceptables. 8. Le 28 août 2017, l'intéressée a transmis au SAM : - une attestation émise par la « Health & Life Insurance Section » de l'ONU le 31 juillet 2017, de laquelle il ressort que l'intéressée était incluse dans le programme d'assurance maladie du groupe des Nations Unies auquel participait son partenaire ; - une proposition d'assurance de base établie par Assura pour une entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2017 ; la prime mensuelle s'élevait à CHF 464.15 avec une franchise annuelle de CHF 300.- ; - une proposition d'assurance complémentaire établie par Assura pour une entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2017 prévoyant une prime mensuelle de CHF 39.20 pour l'hospitalisation privée et de CHF 8.- pour l'assurance voyage et vacances ; - la

fiche de salaire de son partenaire de juillet 2017, mentionnant une retenue de US\$ 208.14 sur son revenu à titre de contribution à l'assurance Cigna, l'employeur contribuant à ladite assurance à hauteur de US\$ 130.86.- ; - le « Plan d'assurance de groupe médicale, hospitalière et dentaire pour les fonctionnaires en poste dans les bureaux extérieurs », version 01/07/2017, de Cigna, relatif à la couverture d'assurance ; le plan couvre notamment les frais raisonnables et coutumiers (soit les honoraires et prix habituellement demandés pour le traitement ou la fourniture en fonction de la zone géographique) des traitements médicaux, hospitaliers et dentaires qui résultent d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, avec une limite de US\$ 250'000.- par année et par personne ; il instaure deux niveaux de couverture, soit la couverture médicale de base (BMIP) et la couverture médicale complémentaire (MMBP) ; en cas d'hospitalisation, un plafond journalier est prévu, variable en fonction du lieu (US\$ 900.- pour l'Europe occidentale). L'intéressée a relevé que Cigna offrait une couverture qui correspondait plutôt à une assurance privée, laquelle était sujette à conditions et à l'approbation de l'assureur.

9. Par décision du 5 octobre 2017, le SAM a refusé à l'intéressée la dispense requise. Il a considéré qu'il ne ressortait pas du dossier que la couverture offerte par Cigna serait obligatoire pour l'intéressée, qu'il ne s'agissait pas d'une obligation à laquelle elle serait soumise par rapport au droit d'un autre État et qu'elle ne participait pas par des cotisations à sa propre charge au financement de Cigna. En outre, l'intéressée n'alléguait aucun problème de santé. Enfin, son âge ne faisait pas obstacle à la conclusion d'une assurance complémentaire de la même étendue que son ancienne assurance étrangère, ni ne rendait une telle conclusion difficilement acceptable. 10. Le 18 octobre 2017, l'assurée s'est opposée à cette décision en alléguant que l'adhésion à l'assurance suisse entraînerait une nette dégradation de la couverture d'assurance par rapport à Cigna, laquelle proposait une prise en charge en chambre privée partout dans le monde, ce qui n'était pas le cas des assurances suisses. En outre, la conclusion d'une assurance complémentaire ayant la même couverture ne pouvait se faire qu'à des conditions difficilement acceptables. En effet, elle avait déjà subi des interventions chirurgicales, de sorte que les assureurs suisses pouvaient se réserver le droit de poser des limitations à sa demande d'assurance complémentaire, indépendamment de son âge ; qui plus est, une couverture similaire à celle offerte par Cigna lui coûterait environ CHF 500.- et ce, sans garantie d'acceptation et en chambre semi-privée. Sans revenus depuis plusieurs années, elle ne pouvait assumer une différence de CHF 500.- sur ses dépenses mensuelles ; cela grèverait sa situation financière de façon totalement disproportionnée. 11. Par décision du 3 janvier 2018, le SAM a rejeté l'opposition. Il a considéré que la disposition légale invoquée par l'intéressée ne s'appliquait qu'aux personnes venant de l'étranger, ce qui n'était pas le cas de l'intéressée, domiciliée dans le canton de Genève depuis 1994. Par ailleurs, le Tribunal fédéral avait jugé qu'une assurance privée prévoyant un plafond annuel à la prise en charge ne correspondait pas à la couverture de l'assurance obligatoire des soins mais créait une grave lacune de l'assurance. Si l'assurance privée offrait des avantages (par exemple, chambre à deux lits ou couverture intégrale dans le monde entier), la couverture insuffisante des prestations de soins pesait plus lourd dans la balance. Dans le cas de l'intéressée, il ressortait des pièces produites que Cigna prévoyait notamment le remboursement des frais médicaux raisonnables et coutumiers, encourus à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une grossesse, au maximum jusqu'à US\$ 250'000.- par personne par année. Ce plafond annuel ne correspondait pas à la couverture de l'assurance obligatoire des soins. De plus, l'admission en maison de retraite n'était pas couverte. Il fallait en déduire que l'intéressée ne disposait

pas d'une assurance « étrangère » privée dont la couverture dépassait de beaucoup les prestations de la LAMal, et qu'il n'y avait donc pas « nette dégradation » au sens de la loi. Enfin, l'intéressée avait produit une proposition d'assurance complémentaire mentionnant une prime de CHF 47.20, ce qui démontrait bien que son âge (44 ans) et son état de santé ne l'empêchaient pas de conclure une assurance complémentaire. En conséquence, les conditions pour bénéficier d'une dispense n'étaient pas remplies. 12. En date du 17 janvier 2018, l'intéressée a demandé au SAM une exemption de l'assurance maladie suisse en tant que membre de famille d'un fonctionnaire international ne jouissant pas d'une carte de légitimation et ne bénéficiant pas des mêmes privilèges et immunités. Cette demande était basée sur une disposition de l'ordonnance révisée et une note circulaire aux organisations internationales du 15 novembre 2017 de la Mission permanente de la Suisse auprès de l'ONU à Genève. Elle produisait un certificat d'assurance de Cigna attestant de sa couverture depuis le 26 septembre 2007. 13. En date du 25 janvier 2018, le SAM lui a demandé de remplir le formulaire de contrôle d'équivalence de l'assurance-maladie, et de le faire signer et timbrer par son assureur. 14. Par écriture du 29 janvier 2018, l'intéressée a interjeté recours contre la décision sur opposition du 3 janvier 2018. Elle soutient que l'adhésion à l'assurance suisse entraînerait bien une nette dégradation de sa couverture d'assurance par rapport à celle dont elle bénéficie auprès de Cigna, qui propose une couverture en chambre privée partout dans le monde avec un plafond de US\$ 900.- par jour pour l'hébergement en hôpital en Europe occidentale, ce qui dépasse de loin les tarifs en chambre commune offerts par la LAMal. Elle répète que les conditions pour conclure une assurance complémentaire similaire sont « difficilement acceptables ». Elle estime qu'il lui serait difficile d'être acceptée dans une assurance complémentaire sans réserve dans la mesure où elle a déjà subi plusieurs interventions. Elle ajoute qu'une couverture similaire à celle offerte par Cigna en Suisse lui coûterait environ CHF 500.- par mois, sans garantie d'acceptation et en chambre semi-privée. Or, elle ne peut supporter une telle dépense au vu de ses moyens financiers. Enfin, elle argue que l'assurance Cigna est conforme aux exigences de l'Union européenne d'une assurance individuelle adéquate et valide, selon les accords de Schengen. 15. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 20 mars 2018, a conclu au rejet du recours. En substance, il reprend les arguments déjà développés dans la décision litigieuse. Il souligne que l'ordonnance a été modifiée et qu'il conviendrait d'examiner si la recourante peut bénéficier d'une dispense sur la base des modifications entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2018, relevant que la recourante a d'ores et déjà fait une demande en ce sens. 16. Le 22 novembre 2018, l'intimé a relevé que Cigna n'avait pas signé le formulaire d'équivalence. Il a en outre communiqué à la Cour de céans : - un courrier adressé à la recourante le 5 novembre 2018 lui rappelant qu'il restait dans l'attente du formulaire dûment rempli, sollicité le 25 janvier 2018 ; - un courrier de la recourante du 14 novembre 2018 lui répondant qu'elle avait déjà fait parvenir ledit formulaire signé par son compagnon le 14 mars 2018, ajoutant que Cigna n'était pas habilitée à signer « ce genre de formulaires de la part de l'administration suisse » ; - le « formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie 2018 » non signé par l'assureur étranger. 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), 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours du 29 janvier 2018 contre la décision sur opposition du 3 janvier 2018 est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

4. a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

b. En l'occurrence, l'intimé n'ayant pas encore statué sur la nouvelle demande de la recourante du 17 janvier 2018, motivée par des modifications légales entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2018, la Cour de céans ne saurait à ce stade se prononcer sur la question. En outre, la recourante n'a pas contesté la décision du 5 octobre 2017 en tant qu'elle retenait que les conditions de l'art. 2 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) n'étaient pas remplies, de sorte que l'intimé n'a examiné, dans sa décision sur opposition du 3 janvier 2018, que les conditions d'application de l'art. 2 al. 8 OAMal. Partant, le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé de dispenser la recourante de l'obligation d'être affiliée à l'assurance-maladie obligatoire en application de l'art. 2 al. 8 OAMal.

5. a. En vertu de l'art. 3 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. Selon l'art. 3 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut excepter de l'assurance obligatoire certaines catégories de personnes. À teneur de l'art. 2 al. 8 OAMal, sont exceptés de l'obligation de s'assurer, sur requête, les personnes dont l'adhésion à l'assurance suisse engendrerait une nette dégradation de la protection d'assurance ou de la couverture des frais et qui, en raison de leur âge et/ou de leur état de santé, ne pourraient pas conclure une assurance complémentaire ayant la même étendue ou ne pourraient le faire qu'à des conditions difficilement acceptables. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. L'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception sans raisons particulières.

b. Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 126 V 265 consid. 3b et ATF 125 V 271 consid.

5b). Au regard du but de solidarité fixé par le législateur, les exceptions à l'obligation de s'assurer doivent être interprétées de manière stricte (ATF 129 V 77 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 25/05 du 29 mars 2006 consid. 8.3). L'art. 2 al. 8 OAMal ne peut être invoqué de manière générale par les personnes pour lesquelles le passage au système d'assurance suisse signifie, certes, une couverture d'assurance plus onéreuse ou moins étendue, mais qui peuvent encore s'assurer au-delà du minimum obligatoire au moyen d'assurances complémentaires au sens de la LCA (même si ces assurances offrent globalement une protection moindre, mais que la personne concernée peut bénéficier de cette protection dans la mesure où elle est disponible en Suisse). En outre, cette disposition ne peut être invoquée que par les personnes qui, dans le cadre de l'offre d'assurance disponible en Suisse, ne peuvent conclure une assurance complémentaire - ou seulement à des conditions inacceptables - en raison de leur âge ou de leur atteinte à la santé; il s'agit d'éviter que ces personnes voient leur niveau de protection d'assurance diminuer, en raison de leur âge ou de leur état de santé, en entrant dans le système suisse (ATF 132 V 310 consid. 8.5.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_750/2009 du 16 juin 2010 consid. 2.3). Cette disposition ne doit pas servir à prévenir les simples désavantages subis par une personne du fait que le système suisse n'offre pas du tout ou pas aux mêmes conditions favorables la couverture d'assurance dont elle bénéficiait auparavant sous le système étranger (arrêt du Tribunal fédéral 9C_921/2008 du 23 avril 2009 consid. 4.3). Toutefois, elle doit au moins éviter l'inconvénient résultant du fait qu'une personne ne peut pas utiliser les offres effectivement disponibles en Suisse en raison de son âge et/ou de son état de santé, ou ne peut le faire que dans des conditions difficilement supportables avant d'attendre son niveau d'assurance étranger précédent (ATF 9C_8/2017 consid. 8.5.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_8/2017 du 20 juin 2017 consid. 2.2.1) c. L'art. 2 al. 8 OAMal vise une catégorie spécifique de personnes - de fait, en particulier les rentiers affectés d'un état de santé préexistant qui sont désireux de s'établir en Suisse - susceptibles d'être exemptées. Il s'agit des personnes au bénéfice d'une assurance-maladie étrangère pour qui l'adhésion à l'assurance suisse engendrerait une nette dégradation de la protection d'assurance ou de la couverture des frais dont ils disposent au moment de se rendre en Suisse, et dont on ne saurait exiger, en raison de leur âge et/ou de leur état de santé, qu'elles concluent une assurance complémentaire, soumise au droit privé et aux réserves qui l'accompagnent, afin de combler ces lacunes de protection. Cette disposition se démarque au travers de l'exigence que la couverture d'assurance offre une garantie non pas seulement équivalente, mais encore supérieure à la LAMal, et que la personne assurée soit empêchée de maintenir son standard de protection à l'aide de la souscription d'une assurance complémentaire, du fait de son âge et/ou de problèmes de santé antérieurs à son arrivée dans notre pays (Gregor CHATTON, Les exceptions à l'assurance obligatoire des soins: quelques points de contact entre le droit public et le droit privé, in RSAS 2011 p. 458). L'art. 2 al. 8 OAMal permet d'exempter de la LAMal les personnes âgées ou malades dont l'adhésion à l'assurance suisse engendrerait une nette dégradation de la protection d'assurance ou de la couverture des frais (Pierre-Yves GREBER, Bettina KAHIL-WOLFF, Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, 2010, p. 80-81). L'âge critique pour la conclusion d'une assurance complémentaire couvrant les soins stationnaires se situe à 55 ans (Gebhard EUGSTER in Erwin MURER/ Hans-Ulrich STAUFFER [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, n. 12 ad art. 3 LAMal). Une prime d'assurance complémentaire suisse plus élevée ne suffit pas en soi à justifier une dispense d'adhérer à l'assurance suisse. En revanche, lorsque cette différence de coût s'explique par le

fait que l'assureur complémentaire suisse augmente le montant des primes en fonction de l'âge d'entrée dans l'assurance, il peut tout à fait en résulter une difficulté accrue, due à l'âge, de conclure une assurance complémentaire, ce qui peut être pertinent au regard de l'art. 2 al. 8 OAMal. Toutefois, même dans ce cas de figure, seule une différence de prime prohibitive par rapport au montant de la prime étrangère peut rendre « difficilement acceptable » la conclusion d'une assurance complémentaire suisse et donc justifier une exception à l'obligation de s'assurer (arrêt du Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich KV.2007.00043 du 30 août 2008 consid. 4.3.3, cité in EUGSTER, op. cit., n. 12 ad art. 3 LAMal). 6. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 184 consid. 3.2 ; ATF 128 III 411 consid. 3.2). Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 7. En l'espèce, dans sa décision sur opposition du 3 janvier 2018, l'intimé a retenu que la recourante ne pouvait être exemptée de l'obligation de s'assurer à l'assurance obligatoire des soins car elle ne venait pas de l'étranger. En outre, une adhésion à l'assurance suisse n'engendrerait pas de dégradation de la protection d'assurance ou de la couverture des frais, dès lors que Cigna prévoyait un plafond annuel et que l'admission en maison de retraite n'était pas couverte. Enfin, l'âge et l'état de santé de la recourante ne l'empêchaient pas de conclure une assurance complémentaire, comme le démontrait la proposition produite. La recourante soutient quant à elle que l'adhésion à l'assurance suisse entraînerait une nette dégradation de sa couverture, puisque Cigna prend en charge l'hospitalisation en chambre privée partout dans le monde, avec un plafond de US\$ 900.- par jour pour en Europe occidentale. Elle fait valoir que la conclusion d'une assurance-maladie complémentaire ne pourrait se faire qu'à des conditions difficilement acceptables en raison du fait qu'elle est née en 1972 et qu'elle a déjà subi des interventions chirurgicales. 8. a. C'est le lieu de rappeler que l'art. 2 al. 8 OAMal ne profite pas à toutes les personnes pour lesquelles une subordination à l'assurance suisse entraînerait une nette détérioration de la couverture d'assurance précédente ou de la couverture des frais précédente et qui ne pourraient souscrire une assurance complémentaire ou ne pourraient le faire qu'à des conditions difficilement supportables. Encore faut-il que cette impossibilité ou difficulté soit attribuable à l'âge ou à l'état de santé de la personne qui sollicite l'exemption. Or, la recourante est manifestement encore loin de l'âge critique pour la conclusion d'une assurance complémentaire couvrant les soins stationnaires (55 ans), puisqu'elle était âgée de 45 ans au moment du prononcé de la décision dont est recours.

Quant à son état de santé, la recourante se contente d'alléguer qu'elle a subi des interventions chirurgicales. Or, non seulement elle ne produit aucun document venant étayer ses propos, mais elle n'explique pas non plus les raisons pour lesquelles ces opérations passées seraient de nature à empêcher la souscription d'une assurance complémentaire, ou à la soumettre à des réserves, ou encore à entraîner des primes prohibitives. En réalité, la recourante ne prétend pas qu'elle serait actuellement atteinte d'une quelconque affection. La Cour de céans relève en outre, s'agissant du montant des primes, que la proposition d'assurance complémentaire au dossier fait état d'un coût peu élevé (CHF 47.20 par mois pour l'assurance voyages/vacances et hospitalisation privée). Si la recourante était d'avis qu'il était peu probable que l'assureur accepte de la couvrir sans émettre de réserve, elle aurait dû solliciter de sa part un document venant conforter son argumentation. Ses allégations générales et abstraites quant aux difficultés et coûts d'une assurance complémentaire en raison de son âge et des interventions chirurgicales subies, ne sauraient suffire, d'autant moins que les exceptions à l'obligation de s'assurer doivent être interprétées strictement. b. Partant, la recourante n'a pas établi que la conclusion d'un contrat d'assurance complémentaire ne serait possible qu'à des conditions à peine acceptables en raison de son âge ou de son état de santé. L'une des conditions cumulatives de l'art. 2 al. 8 OAMal faisant défaut, c'est à bon droit que l'intimé a refusé de l'exempter de l'obligation d'être affiliée à l'assurance-maladie obligatoire. 9. À toutes fins utiles, la Cour de céans relève encore que la condition relative à une dégradation de la protection d'assurance n'est pas non plus réalisée. En effet, le régime prévu par l'assureur Cigna prévoit le remboursement de « frais médicaux raisonnables et coutumiers » à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une grossesse, jusqu'au maximum de US\$ 250'000.- par année, avec une limite par jour en cas d'hospitalisation. C'est dire qu'un plafond est prévu pour les coûts des soins, ce qui ne correspond pas à la couverture de l'assurance obligatoire suisse. Or, selon la jurisprudence fédérale, même si l'assurance privée offre de nombreux avantages, la couverture d'assurance insuffisante des prestations de soins pèse plus lourd dans la balance, même si elle constitue le seul inconvénient de la solution d'assurance actuelle. 10. La recourante fait encore valoir que l'adhésion au système suisse lui coûterait environ CHF 500.- par mois, dépense qu'elle ne pourrait supporter puisqu'elle ne travaille plus depuis plusieurs années. Un tel argument n'est pas pertinent pour l'issue du litige, dès lors que la situation financière de l'intéressé ne fait pas partie des conditions d'application de l'art. 2 al. 8 OAMal. 11. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite. 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.