Berne, le 19 août 2026

Possibilités d'action concernant l'assurance perte de gain en cas de maladie

Rapport du Conseil fédéral établi en exécution du postulat 24.3465 Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États du 23 avril 2024

Table des matières

L'essentiel en bref 6
1 Contexte 7
1.1 Mandat politique 7
1.2 Contexte et but du rapport 9
1.3 Fondements 9
1.4 Liens avec d'autres dossiers politiques 10
Motion 21.4209 « Assurance perte de gain obligatoire en cas de maladie » 10
Message concernant l'initiative populaire « Pas de Suisse à 10 millions ! (initiative pour la durabilité) » 10
Postulat 24.3154 « Absences au travail. Instaurer la transparence et développer des mesures ciblées avec les partenaires sociaux » 11
Autres interventions parlementaires 11
2 Contexte juridique 12
2.1 Maintien du salaire selon le droit du travail 12
2.2 Assurance perte de gain (assurance d'indemnités journalières) 13
2.2.1 Assurance individuelle et assurance collective 14
2.2.2 Assurance d'indemnités journalières fondée sur la LAMal 14
Conditions générales d'assurance 17
Fixation des primes 17
Coordination avec d'autres assurances 18
2.2.3 Assurance d'indemnités journalières fondée sur la LCA 19
Conditions générales d'assurance 19
Fixation des primes 20
Coordination avec d'autres assurances 21
2.2.4 Évolution du droit depuis 2009 21
2.2.5 Évolution des coûts 22
2.2.6 Droit de coordination Suisse – UE/AELE/Royaume-Uni 23
Bases juridiques et champ d'application 23
Exportation d'indemnités journalières et prise en compte des périodes d'assurance 23
3 Enquêtes sur la situation actuelle dans le domaine de l'assurance d'indemnités journalières 24
3.1 Indicateurs concernant le marché de l'assurance d'indemnités journalières 24
3.1.1 Répartition entre LAMal et LCA 24
3.2 Enquêtes 27
Données et informations sur l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, rapport d'Ecoplan du 1er décembre 2025 27

Enquêtes de l'Association suisse d'assurances (ASA) 29
Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie et d'accident pour les entreprises, étude de VZ (VermögensZentrum), août 2025 29
Groupe de travail tripartite (voir point 1.4.2) 30
« Absences et arrêts maladie au travail ainsi que couverture d'assurance et évolution des primes dans le domaine des indemnités journalières en cas de maladie – Rapport en réponse au postulat 24.3154 Gutjahr » 30
3.3 Résultats 30
3.3.1 Accès à l'assurance 30
3.3.2 Modalités du contrat et conditions d'octroi des prestations 34
3.3.3 Primes individuelles 36
3.3.4 Incitations et obstacles à l'embauche 36
3.3.5 Personnes indépendantes 38
3.3.6 Conclusions 40
3.4 Défis dans le système existant 40
4 Possibilités d'action et effets attendus 41
4.1 Remarques préliminaires sur la systématique actuelle de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie fondée sur la LAMal 41
4.2 Assurance obligatoire 43
4.2.1 Caractéristiques 43
4.2.2 Effets 44
Évolution des primes et couverture d'assurance 44
Incitations à l'embauche et impact en matière de politique sociale 45
Groupes spécifiques concernés 45
Prévention 46
Charges administratives 46
Bilan 47
4.3 Obligation partielle avec *opting-out* 47
4.3.1 Caractéristiques 47
4.3.2 Effets 47
Évolution des primes et couverture d'assurance 47
Incitations à l'embauche et impact en matière de politique sociale 48
Groupes spécifiques concernés 49
Prévention 49
Charges administratives 49
4.4 Obligation de contracter dans le cadre d'une assurance facultative 50
4.4.1 Caractéristiques 50
4.4.2 Effets 51
Évolution des primes et couverture d'assurance 51
Incitations à l'embauche et impact en matière de politique sociale 51

Groupes spécifiques concernés 52
Prévention 52
Charges administratives 52
Bilan 52
4.5 Options de réforme moins radicales au niveau du partenariat social (CCT/CTT) 53
4.5.1 Caractéristiques 53
4.5.2 Effets 53
Évolution des primes et couverture d'assurance 53
Incitations à l'embauche et impact en matière de politique sociale 53
Groupes spécifiques concernés 53
Prévention 53
Charges administratives 54
Bilan 54
4.6 Appréciation des options envisagées 54
4.7 Mécanismes de compensation 54
Fondements de la compensation des risques dans l'AOS 54
Mécanismes de compensation possibles dans l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie 55
Options 57
5 Conclusions 57
6 Annexe 59
Annexe 1 59
Annexe 2 65
Annexe 3 72

Figure 1 : Évolution du volume des primes des assurances d'indemnités journalières régies par la LAMal et la LCA entre 1996 et 2024, sources : Statistique de l'assurance-maladie obligatoire éditée par l'OFSP, rapports de la FINMA 25
Figure 2 : Recettes provenant des primes et prestations de l'assurance d'indemnités journalières entre 2014 et 2024, par catégorie et forme d'assurance, sources : Statistique de l'assurance-maladie obligatoire éditée par l'OFSP, rapports de la FINMA 27
Figure 3 : Tableau des options pour une assurance obligatoire 57

Liste des abréviations

AELE	Association européenne de libre-échange réunissant l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse
AOS	Assurance obligatoire des soins
ASA	Association suisse d'assurances
CCT	Convention collective de travail
CGA	Conditions générales d'assurance
CO	Loi fédérale complétant le Code civil suisse (Livre cinquième : Droit des obligations), RS *220*
CSSS-E	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États
CSSS-N	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
CTT	Contrat-type de travail
FINMA	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
IC LAMal	Institution commune LAMal
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents, RS *832.20*
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, RS *831.20*
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie, RS *832.10*
LAPG	Loi fédérale sur les allocations pour perte de gain, RS *834.1*
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance, RS *221.229.1*
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS *830.1*
LSA	Loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS *961.01*
LSAMal	Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale, RS *832.12*
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie, RS *832.102*
OCoR	Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie, RS *832.112.1*
OCoR-DFI	Ordonnance du DFI sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie, RS *832.112.11*
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OLAA	Ordonnance sur l'assurance-accidents, RS *832.202*
OS	Ordonnance sur la surveillance des entreprises d'assurance privées, RS *961.011*
OSAMal	Ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale, RS *832.121*
REE	Registre des entreprises et des établissements
VZ	VermögensZentrum

L'essentiel en bref

Le présent rapport du Conseil fédéral a été établi en exécution du postulat 24.3465 de la CSSS-E. Celui-ci charge le Conseil fédéral de présenter la situation actuelle en matière de couverture du risque de perte de gain en cas de maladie, d'analyser les difficultés existantes et d'exposer différentes possibilités de solution en comparant leurs avantages et leurs inconvénients.

L'analyse montre que l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie est répandue en Suisse et qu'elle garantit une couverture d'assurance contre les pertes de salaire liées à la maladie pour la grande majorité des personnes salariées.

Dans ce contexte, le rapport présente différentes possibilités d'action. Celles-ci comprennent notamment l'introduction d'une obligation de conclure une assurance, une obligation partielle avec opting-out ainsi que des adaptations ponctuelles du droit en vigueur. Les options sont examinées au regard de leurs effets possibles sur la couverture d'assurance, l'évolution des primes et la prévention.

Le rapport constitue ainsi un état des lieux complet de la situation actuelle de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Il fournit une base fondée sur des données pour la poursuite de la discussion politique sur une éventuelle évolution de la couverture des pertes de gain en cas de maladie, notamment au regard des demandes visant l'introduction d'une assurance perte de gain obligatoire en cas de maladie.

1 Contexte

1.1 Mandat politique

Le postulat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États 24.3465 « Possibilités d'action concernant l'assurance perte de gain en cas de maladie » a été déposé le 23 avril 2024 au Conseil des États. Cette intervention charge le Conseil fédéral de présenter, dans un rapport, les problèmes actuels et les différentes solutions possibles pour améliorer, en cas de maladie, la couverture des risques liés au maintien du salaire pour les employeurs, les employés et les indépendants, et de comparer les solutions en fonction de leurs avantages et inconvénients. Le rapport doit fournir une base objective et transparente, en particulier pour le traitement par le Parlement de la motion Romano 21.4209, qui demande d'introduire une assurance perte de gain obligatoire en cas de maladie.

Texte déposé :

Le Conseil fédéral est chargé de présenter, dans un rapport, les problèmes actuels et les différentes solutions possibles pour améliorer, en cas de maladie, la couverture des risques liés au maintien du salaire pour les employeurs, les employés et les indépendants, et de comparer les solutions en fonction de leurs avantages et inconvénients.

Développement :

Ce postulat vise à présenter un état des lieux qui servira de base de décision. Le rapport du Conseil fédéral, qui sera publié, doit permettre de mener une discussion transparente sur les questions soulevées par la motion Romano 21.4209 « Assurance perte de gain obligatoire en cas de maladie » et sur les solutions possibles.

Dans un premier temps, il s'agit de présenter en toute transparence les problèmes actuels et leur ampleur.

Ces dernières années, de plus en plus de rapports font état de difficultés croissantes concernant la couverture des risques liés au maintien du salaire en cas de maladie. Des entreprises de toutes tailles évoquent de fortes augmentations de primes lorsqu'elles engagent des personnes souffrant de maladies (préexistantes). Les petites entreprises et les indépendants rencontrent en outre des problèmes supplémentaires : réticences à souscrire une assurance, résiliations, voire impossibilité de conclure une assurance.

Du point de vue des employeurs, le statu quo est particulièrement exigeant pour les entreprises qui doivent continuer à verser le salaire pendant deux ans en vertu de conventions collectives de travail (étendues), mais qui ont du mal à s'assurer. En Suisse, environ 40 % des rapports de travail sont concernés par des conventions collectives. En outre, faute de compensation des risques, les employeurs qui

souhaitent offrir une chance sur le marché du travail à des personnes souffrant de maladies préexistantes rencontrent des difficultés.

Du point de vue des travailleuses et des travailleurs, les différents rapports publiés font état de difficultés en particulier pour les groupes de personnes suivants :

- *les personnes souffrant de maladies préexistantes (elles ont moins de chances d'être embauchées, hésitent à se faire soigner – en particulier si elles ont des projets d'indépendance – ou risquent de perdre leurs moyens d'existence en cas de rechute) ;*
- *les personnes de 65 ans et plus (prestations réduites) et de 70 ans et plus (dans les faits, impossibilité de souscrire une assurance) ;*
- *les femmes (elles paient des primes plus élevées pour l'assurance perte de gain en cas de maladie et s'exposent à un risque plus élevé d'exclusion de l'assurance ; parallèlement, elles cofinancent solidairement le risque d'accidents non professionnels plus élevé chez les hommes).*

La littérature spécialisée est unanime : l'obligation formelle de contracter concernant l'assurance d'indemnités journalières prévue dans la LAMal ne produit pas les effets escomptés, car elle est vidée de sa substance (faible montant des indemnités journalières pour des primes élevées). En conséquence, les assurances d'indemnités journalières LAMal ont perdu une grande partie des parts de marché qu'elles détenaient auparavant.

Dans un deuxième temps, il y a lieu d'envisager différentes solutions :

1. *Comment pourrait-on introduire une obligation de contracter qui serait judicieuse ?*
2. *À quoi pourrait ressembler une solution prévoyant une obligation partielle (c'est-à-dire la possibilité d'être libéré de l'obligation si on démontre sa solvabilité en matière de maintien du salaire) ?*
3. *Comment pourrait-on formuler une obligation de contracter qui fonctionne (c'est-à-dire l'assurance serait facultative pour les employeurs, lesquels auraient toutefois la possibilité d'y accéder à des conditions non prohibitives) ?*
4. *Dans quelle mesure les modèles susmentionnés ont-ils besoin d'un mécanisme de compensation des risques supplémentaire et quels sont les mécanismes qui conviendraient ?*

Enfin, la troisième étape consiste à comparer les avantages et les inconvénients de ces solutions possibles avec le statu quo, notamment à l'aune des critères suivants :

1. *Évolution des primes pour les employeurs et les travailleurs et travailleuses*

2. *Incitations à l'embauche et impact sur l'emploi, notamment pour les personnes ayant des maladies préexistantes*

3. *Conséquences financières pour l'aide sociale, l'assurance-chômage (en particulier l'obligation d'avancer les prestations) et l'assurance-invalidité*

4. *Conséquences pour les indépendants, les PME, les entreprises ayant souscrit une convention collective de travail, les personnes ayant des maladies préexistantes, les femmes et les personnes à partir de 65 ou 70 ans*

5. *Charges administratives et potentiel de synergie*

6. *Impact sur la prévention des risques pour la santé et sur la façon dont ils sont pris en considération (anticipation d'éventuelles réticences des assurés à souscrire une assurance)*

7. *Effets sur les systèmes de gestion de la santé (y compris l'impact d'une définition uniforme de l'incapacité de travail [selon la LPGA])*

Dans son avis du 31 mai 2024, le Conseil fédéral a proposé de rejeter le postulat. Le Conseil des États l'a accepté le 4 juin 2024 par 36 voix contre 0 et 0 abstention et l'a transmis au Conseil fédéral.

1.2 Contexte et but du rapport

Ces dernières années, les interventions politiques concernant le système en vigueur de couverture des risques liés au maintien du salaire en cas de maladie se sont multipliées. Selon la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États, les difficultés observées concernent surtout les petites et moyennes entreprises, les femmes, les personnes âgées et celles qui présentent un risque élevé d'atteinte à la santé. Les personnes indépendantes sont elles aussi confrontées à des défis spécifiques.

Le présent rapport a pour but de dresser un état des lieux de l'assurance perte de gain et d'analyser les effets de modèles de réforme potentiels. Il doit livrer une base solide en vue des débats politiques sur l'introduction éventuelle d'une obligation de conclure une assurance.

1.3 Fondements

L'analyse se fonde sur une revue de la littérature scientifique, des enquêtes statistiques et des données qualitatives fournies par les cercles de personnes concernées. Une partie des relevés a été confiée au bureau de recherche et de conseil externe Ecoplan, qui a collecté et analysé des données sur l'organisation actuelle des assurances d'indemnités journalières facultatives, le recours à ces solutions et leurs effets, les barrières à l'accès et l'évolution des primes. À cet effet, le bureau mandaté a réalisé une enquête représentative auprès de 4000 entreprises. De son côté, l'Association suisse d'assurances (ASA) a mené deux enquêtes auprès de ses membres et une enquête supplémentaire non représentative auprès de quelque 400 entreprises. Les données

qualitatives et quantitatives obtenues par l'ASA sont également prises en compte dans le présent rapport. Enfin, dans le cadre de la surveillance prévue par la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)[1], l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a accès aux rapports annuels des assureurs qui pratiquent l'assurance d'indemnités journalières sur la base de la LAMal.

1.4 Liens avec d'autres dossiers politiques

Motion 21.4209 « Assurance perte de gain obligatoire en cas de maladie »

La motion 21.4209 demande d'introduire une obligation pour les employeurs d'assurer leurs employés contre la perte de gain en cas de maladie et charge le Conseil fédéral d'élaborer une base légale à cet effet. Le Conseil fédéral a proposé de rejeter la motion, que le Conseil national a toutefois adoptée le 14 septembre 2023. Le traitement de la motion a été suspendu à la suite de l'adoption du postulat 24.3465 « Possibilités d'action concernant l'assurance perte de gain en cas de maladie » et devrait reprendre une fois que le Parlement aura examiné le présent rapport.

Message concernant l'initiative populaire « Pas de Suisse à 10 millions ! (initiative pour la durabilité) »

L'initiative populaire « Pas de Suisse à 10 millions ! (initiative pour la durabilité) » a été déposée le 3 avril 2024 auprès de la Chancellerie fédérale. Elle vise à limiter la population résidante permanente de la Suisse à moins de dix millions d'ici 2050 afin de garantir un développement durable du pays. En cas d'adoption, la Confédération et les cantons devront prendre des mesures pour assurer un développement durable de la population, en particulier en vue de protéger l'environnement et dans l'intérêt de la conservation durable des ressources naturelles, de la performance des infrastructures, des soins et des assurances sociales.

Dans son message du 21 mars 2025 concernant l'initiative populaire « Pas de Suisse à 10 millions ! (initiative pour la durabilité) »[2], le Conseil fédéral a notamment proposé d'instituer un groupe de travail tripartite pour collecter et analyser les données de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Ce groupe de travail, constitué de représentants de l'administration fédérale, des travailleurs, des employeurs et de l'ASA, a en particulier procédé à une analyse approfondie pour déterminer si la réglementation en vigueur dans ce domaine pouvait être une incitation négative concernant l'embauche de seniors. Il a également examiné en profondeur, dans ce contexte, la situation des femmes et des personnes présentant des maladies

[1] RS **832.10**
[2] FF **2025** 1262

préexistantes. Les résultats des trois rencontres tenues entre septembre 2025 et janvier 2026 sont résumés dans un rapport à l'intention du Conseil fédéral[3].

Postulat 24.3154 « Absences au travail. Instaurer la transparence et développer des mesures ciblées avec les partenaires sociaux »

Le postulat 24.3154 charge le Conseil fédéral de rédiger, en concertation avec les partenaires sociaux, les assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie et d'autres acteurs concernés, un rapport établissant la transparence sur les absences et les arrêts maladie au travail ainsi que sur la couverture d'assurance et l'évolution des primes dans le domaine des indemnités journalières en cas de maladie. Il demande en outre de présenter des mesures élaborées avec les acteurs concernés en vue de réduire les absences au travail dues à la maladie. Le rapport devrait être publié durant l'été 2026.

Autres interventions parlementaires

Intervention	Objet	Date de dépôt
po. 04.3000	Lacunes et incohérences de la LAMal en matière d'indemnités journalières	16 janvier 2004
po. 04.3088	Réintégrer à la place d'exclure et d'octroyer une rente	17 mars 2004
mo. 05.3626	Mettre l'assurance pour perte de gain à la portée de tous	6 octobre 2005
po. 09.3278	Allocations perte de gain en cas de maladie	20 mars 2009
mo. 10.3821	Pour une assurance d'indemnités journalières efficace en cas de maladie	1er octobre 2010
mo. 12.3072	Pour des assurés égaux devant la perte de gain en cas de maladie	5 mars 2012
po. 12.3087	État de situation sur la couverture du revenu en cas de maladie	7 mars 2012
mo. 14.3861	Pour une assurance d'indemnités journalières efficace en cas de maladie	29 septembre 2014
mo. 19.3640	Mettre fin à la discrimination des femmes dans l'assurance d'indemnités journalières. Instaurer	18 juin 2019

[3] Institution d'un groupe de travail tripartite, constitué de représentants de l'administration fédérale, des travailleurs et des employeurs, pour collecter et analyser des données de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie : rapport élaboré dans le cadre des mesures d'accompagnement liées à l'initiative populaire « Pas de Suisse à 10 millions ! (initiative pour la durabilité) » .

	des primes uniformes pour les hommes et les femmes	
mo. 21.3716	Pertes de gain pour cause de maladie ou d'accident. Mettre en place une assurance indemnités journalières obligatoire pour tous les travailleurs	15 juin 2021
po. 24.3207	Assurance perte de gain maladie. Quelle solution pour les collaborateurs âgés respectivement de plus de 65 ans et de plus de 70 ans ?	14 mars 2024

2 Contexte juridique

Ce chapitre présente les bases juridiques et la conception pratique de l'assurance d'indemnités journalières prévue par la LAMal et de celle prévue par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA)[4].

2.1 Maintien du salaire selon le droit du travail

L'art. 324*a*, al. 1, de la loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse (Livre cinquième : droit des obligations [CO])[5] prévoit que le salaire continue d'être versé pour un temps limité si le travailleur est empêché de travailler sans faute de sa part pour des causes inhérentes à sa personne, telles que maladie, accident, accomplissement d'une obligation légale ou d'une fonction publique. Cette obligation s'applique uniquement si les rapports de travail ont duré plus de trois mois ou ont été conclus pour plus de trois mois. L'art. 324*a* CO couvre tout empêchement non fautif du travailleur inhérent à sa personne et ne se limite pas à la maladie. Le maintien du salaire présuppose une incapacité de travail : l'accomplissement des tâches est impossible ou n'est pas raisonnablement exigible. Conformément à l'art. 324*b*, al. 1, CO, si le travailleur est assuré obligatoirement, en vertu d'une disposition légale – en l'occurrence en vertu de la législation sur l'allocation pour perte de gain, l'assurance militaire, l'assurance-accidents ou l'assurance-invalidité –, contre les conséquences économiques d'un empêchement de travailler qui ne provient pas de sa faute mais est dû à des raisons inhérentes à sa personne, l'employeur ne doit pas le salaire lorsque les prestations d'assurance dues pour le temps limité couvrent les quatre cinquièmes au moins du salaire afférent à cette période.

En principe, la maladie est considérée comme une absence non fautive. La notion de « maladie » n'est toutefois pas définie dans le CO. Selon l'art. 3, al. 1, de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)[6], est

[4] RS **221.229.1**
[5] RS **220**
[6] RS **830.1**

réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

Conformément à l'art. 324*a,* al. 2, CO, en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie, l'employeur est tenu de payer pendant la première année de service le salaire de trois semaines et, ensuite, le salaire pour une période plus longue fixée équitablement.

La période durant laquelle le salaire est maintenu dépend de la durée des rapports de travail et de circonstances particulières. Comme le CO ne prescrit pas de durée au-delà de la première année, les tribunaux la déterminent selon leur propre appréciation. En pratique, ils se réfèrent à l'échelle zurichoise, bâloise ou bernoise. Ces échelles ne sont pas contraignantes sur le plan juridique, mais constituent des valeurs de référence reconnues :

	Échelle bâloise	**Échelle bernoise**	**Échelle zurichoise**
1re année de service	3 semaines	3 semaines	3 semaines
2e année de service	2 mois	1 mois	8 semaines
3e année de service	2 mois	2 mois	9 semaines
4e année de service	3 mois	2 mois	10 semaines
5e année de service	3 mois	3 mois	11 semaines
6e année de service	3 mois	3 mois	12 semaines
7e année de service	3 mois	3 mois	13 semaines
8e année de service	3 mois	3 mois	14 semaines
9e année de service	3 mois	3 mois	15 semaines
10e année de service	3 mois	4 mois	16 semaines
11e année de service	4 mois	4 mois	17 semaines

Pendant la durée de l'incapacité de travail pour cause de maladie, l'employeur doit verser l'intégralité du salaire convenu dans le contrat de travail. En font partie le salaire de base et les autres composantes usuelles de la rémunération. L'obligation de maintien du salaire prévue à l'art. 324*a* CO couvre dès lors 100 % du salaire convenu contractuellement.

2.2 Assurance perte de gain (assurance d'indemnités journalières)

En Suisse, l'incapacité de travail due à la maladie peut être assurée soit sous forme d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie fondée sur la LAMal, soit sous forme d'assurance de droit privé sur la base de la LCA. L'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie fondée sur la LAMal est une assurance sociale au sens de la LPGA. Tous les assureurs qui pratiquent l'assurance obligatoire des soins sont tenus de la proposer[7]. Les assurances d'indemnités journalières relevant de la LCA sont proposées par des entreprises d'assurance privées soumises à la surveillance de l'Autorité de surveillance des marchés financiers (FINMA).

[7] Art. 67 ss LAMal

2.2.1 Assurance individuelle et assurance collective

L'assurance individuelle et l'assurance collective sont les deux formes principales de l'assurance d'indemnités journalières. Les différences concernent essentiellement le groupe cible, la conception du contrat et l'examen des risques.

L'assurance individuelle s'adresse en particulier aux personnes indépendantes et aux personnes salariées qui ne s'estiment pas suffisamment assurées par leur employeur. Elle est conclue directement entre la personne assurée et l'entreprise d'assurance. L'assureur peut demander un examen de santé individuel afin d'évaluer les risques. Le montant de la prime dépend notamment de l'âge, de la profession, de l'état de santé et de l'étendue des prestations souhaitées. La personne assurée peut adapter la couverture en choisissant par exemple le délai d'attente et la durée maximale des prestations ou en ajoutant le risque d'accident ou de maternité/paternité.

Les entreprises concluent une assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA en vue de garantir le maintien du salaire de leurs collaborateurs en cas de maladie. Cette solution allège la charge financière de l'entreprise, est plus souple que l'assurance collective fondée sur la LAMal et offre aux travailleurs un filet de sécurité adapté à l'entreprise. L'employeur conclut l'assurance pour l'ensemble de son personnel. En général, aucun examen de santé individuel n'est exigé à partir d'un nombre minimal[8] de collaborateurs. Certains modèles prévoient un examen de santé pour les propriétaires d'entreprise, notamment dans le domaine des assurances de sommes[9].

L'assurance collective d'indemnités journalières joue un rôle particulier dans le cadre des conventions collectives de travail (CCT) déclarées de force obligatoire ou des contrats-type de travail (CTT). Environ 40 % des rapports de travail (et env. 15 % des entreprises suisses) sont concernés par des CCT ou des CTT. L'obligation de conclure une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie figure dans 77 % des CCT.

2.2.2 Assurance d'indemnités journalières fondée sur la LAMal

Les assureurs disposant de l'autorisation de pratiquer l'assurance obligatoire des soins sont tenus de proposer aussi l'assurance individuelle selon la LAMal. Ils sont libres de compléter leur offre par une assurance collective, à laquelle peuvent souscrire les

[8] En général autour de cinq employés.
[9] L'assurance de sommes ne compense pas un dommage « concret », mais assure une « couverture abstraite des besoins » en cas de survenance d'un événement donné concernant une personne. L'assureur doit fournir la prestation prédéfinie indépendamment du dommage subi par l'ayant droit en lien avec le risque assuré. Il est tenu de verser la somme convenue à l'avance dès que le cas d'assurance se réalise.

entreprises, pour leurs travailleurs, les organisations d'employeurs ou les associations professionnelles, pour leurs membres et les travailleurs de leurs membres, et les organisations de travailleurs, pour leurs membres[10].

Toute personne qui est domiciliée en Suisse ou y exerce une activité lucrative et qui est âgée de 15 à 65 ans a le droit de conclure une assurance individuelle (obligation d'admission, art. 67, al. 1, LAMal). L'assurance d'indemnités journalières peut être contractée auprès de tout assureur LAMal, indépendamment de l'assurance de base (art. 67, al. 2, LAMal).

Le montant maximal du salaire annuel assurable peut être convenu dans le contrat d'assurance (police). La loi ne prescrit pas de montant minimal (art. 72, al. 1, LAMal). Il n'y a donc pas d'obligation de couverture complète de la perte de gain. Dans l'assurance individuelle, l'indemnité journalière est fréquemment (mais pas toujours) limitée à un montant modeste, tandis qu'elle est fixée la plupart du temps sous forme de pourcentage du salaire effectif dans l'assurance collective (en général 80 %, plus rarement 90 ou 100 %). De ce fait, le principe d'égalité de traitement inscrit à l'art. 109 OAMal est respecté au sein de l'assurance individuelle et à l'intérieur de chaque contrat d'assurance collective[11].

Les primes de l'assurance collective ne sont pas les mêmes que celles de l'assurance individuelle et sont calculées en fonction du risque du collectif concerné.

Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié[12] et sert à compenser la perte de gain en cas de maladie et, subsidiairement, d'accident. L'indemnité journalière assurée est également due en cas de maternité[13].

[10] Art. 5, let. h, de la loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal), RS **832.12**, et art. 67, al. 3, LAMal
[11] En vertu du principe constitutionnel de l'égalité de traitement, les acteurs étatiques et privés sont tenus de garantir l'accès aux prestations des assurances sociales sans distinction non justifiée objectivement. L'art. 109 OAMal explicite ce principe pour l'assurance-maladie en prescrivant un traitement uniforme et non discriminatoire de tous les assurés.
[12] Art. 72, al. 2, LAMal
[13] Art. 74 LAMal

Autres prescriptions légales importantes :

- Les réserves pour les maladies préexistantes sont caduques au plus tard après cinq ans[14] (contrairement à l'assurance d'indemnités journalières fondée sur la LCA).

- En cas de changement d'assureur, le nouvel assureur n'a pas le droit d'instituer de nouvelles réserves dans les cas prévus par la loi (notamment début ou fin des rapports de travail) et doit maintenir la couverture dans l'étendue assurée jusque-là[15].

- La personne qui sort d'une assurance collective a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur pour les prestations assurées jusque-là[16].

- L'indemnité journalière est versée durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours. En cas d'incapacité partielle de travail, elle est réduite en conséquence. Si l'indemnité est réduite par suite d'une surindemnisation, la personne atteinte d'une incapacité de travail a droit à l'équivalent de 720 indemnités journalières complètes[17].

- Les chômeurs atteints d'une incapacité de travail de plus de 25 % reçoivent des demi-indemnités journalières et, si l'incapacité est supérieure à 50 %, des indemnités journalières entières[18].

- En cas de maternité, l'indemnité journalière est versée pendant 16 semaines si, lors de l'accouchement, l'assurée était au bénéfice d'une assurance depuis au moins 270 jours sans interruption de plus de trois mois. En conformité avec l'interdiction de la surindemnisation, elle est servie subsidiairement aux prestations prévues par la loi fédérale du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (LAPG)[19],[20].

- L'assureur doit percevoir des primes égales s'il s'agit de prestations assurées égales. Les primes peuvent être différentes dans l'assurance collective (les montants doivent être déterminés de manière à ce que l'assurance collective soit

[14] Art. 69, al. 2, LAMal
[15] Art. 70 LAMal
[16] Art. 71 LAMal
[17] Art. 72, al. 5, LAMal
[18] Art. 73 LAMal
[19] RS **834.1**
[20] Art. 74 LAMal en relation avec l'art. 110 OAMal

au moins autonome). Les primes sont fixées d'après le système de la couverture des besoins et sont soumises à approbation[21].

À l'achèvement du rapport d'assurance, la personne assurée perd tout droit aux prestations assurées[22], même si elle est en incapacité de travail à ce moment-là. Le droit de changer d'assureur et celui de passer de l'assurance collective à l'assurance individuelle sont maintenus.

Les assureurs peuvent prévoir dans leurs conditions générales d'assurance (CGA) qu'ils versent l'indemnité journalière de l'assurance individuelle uniquement si les primes ont été payées pour la période correspondante[23]. Dans l'assurance individuelle, la prime doit aussi être acquittée durant la période de perception de l'indemnité journalière assurée. Dans l'assurance collective, l'indemnité journalière est versée tant que l'ayant droit fait partie du collectif assuré.

Conditions générales d'assurance

Bien que la LAMal fixe les exigences légales minimales et les principes fondamentaux, chaque assureur peut prévoir des dispositions spécifiques dans ses CGA. Dans les limites du cadre légal, les assureurs peuvent par exemple définir le montant de leurs prestations, les réserves pour les maladies préexistantes et les dispositions relatives à l'exécution administrative de l'assurance d'indemnités journalières. Pour l'assuré, le contenu des CGA n'est contraignant que s'il est repris dans son contrat d'assurance. Cette règle vaut aussi, en principe, pour toute modification du contrat ou des CGA. La modification unilatérale du contrat n'est possible qu'en présence d'une clause de modification dans les conditions générales.

Fixation des primes

Dans l'assurance individuelle, la prime dépend de l'indemnité journalière assurée, de l'âge d'entrée et, le cas échéant, de la région. Le montant de la prime est réduit si un délai d'attente est convenu (art. 76, al. 2, LAMal). Les tarifs des primes de l'assurance individuelle sont contrôlés chaque année par l'OFSP et approuvés s'ils satisfont aux prescriptions réglementaires. Ils peuvent être consultés sous www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Assurés domiciliés en Suisse > Primes et participation aux coûts > Comparaison des primes > Documents.

Les primes de l'assurance collective ne sont pas soumises à l'approbation préalable de l'OFSP. L'assureur est toutefois tenu de les fixer de manière à ce que l'assurance collective soit au moins autonome. Les primes sont suffisantes si elles couvrent les coûts

[21] Art. 76 et 77 LAMal, art. 12 LSAMal
[22] ATF **125** V 106 ss, 110 consid. 3
[23] TF 9C_86/2007 consid. 3

et atteignent un *combined ratio*[24] de 100 % au maximum. Les bénéfices réalisés dans l'assurance individuelle ne peuvent pas servir à compenser des pertes dans l'assurance collective. En revanche, il est possible d'utiliser les excédents dans l'assurance collective pour compenser des pertes dans l'assurance individuelle, car le droit de passage fait que cette dernière supporte des risques plus importants. Conformément à l'art. 25, al. 4, de l'ordonnance du 18 novembre 2025 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (OSAMal)[25], l'assureur peut tenir compte des revenus de ses capitaux dans le calcul des primes de l'assurance individuelle et de l'assurance collective.

Le montant de l'indemnité journalière et celui de la prime sont en général fixés sous forme de pourcentage du salaire soumis à l'AVS. Dans les contrats d'assurance collective, les assureurs peuvent déroger au tarif de l'assurance individuelle et fixer des primes fondées sur les risques ou sur la sinistralité.

Coordination avec d'autres assurances

La coordination des prestations avec d'autres assurances sociales est régie par les dispositions de la LPGA. En raison du principe selon lequel le concours de prestations d'assurances sociales de nature et de but identiques ne doit pas conduire à une surindemnisation de l'ayant droit (art. 69 LPGA), les indemnités journalières ne peuvent pas être cumulées librement avec d'autres prestations de perte de gain. Elles sont allouées subsidiairement aux autres assurances sociales comme l'assurance-accidents ou l'assurance-invalidité. Le revenu total obtenu durant l'incapacité de travail ne doit pas dépasser celui qui était perçu avant la maladie.

En cas d'accident, l'assurance-accidents prévaut. Les indemnités journalières en cas de maladie peuvent être coordonnées avec d'autres assurances perte de gain (privées ou collectives) conformément aux CGA en vigueur. Si une rente AI est allouée, les prestations peuvent être réduites ou supprimées.

En situation de surindemnisation, la réduction est généralement opérée au niveau de l'assurance d'indemnités journalières fondée sur la LCA, si les CGA le prévoient.

Les dispositions de l'art. 70 LAMal sont complétées par une convention de libre passage[26] applicable aux assureurs LAMal et LCA. Dans le domaine soumis à la LAMal, cette convention porte essentiellement sur la coordination des procédures.

[24] Indicateur mesurant le rapport entre les dépenses totales d'une assurance – dépenses liées aux prestations et frais d'administration et de conclusion – et les recettes provenant des primes. Un *combined ratio* de 100 % signifie que ces recettes couvrent entièrement les coûts, sans perte ni bénéfice.
[25] RS **832.121**
[26] Convention de libre passage entre les assureurs d'indemnités journalières maladie, www.svv.ch

2.2.3 Assurance d'indemnités journalières fondée sur la LCA

L'assurance d'indemnités journalières fondée sur la LCA, proposée par quelque 30 compagnies d'assurance, caisses-maladie et assureurs-maladie privés, est soumise à la surveillance de la FINMA. Le principe de la liberté de contracter s'applique (contrairement à l'assurance individuelle fondée sur la LAMal). En conséquence, il n'y a pas d'obligation d'admission, ni de limite temporelle pour les réserves, et le montant ainsi que les prestations des indemnités journalières peuvent être convenus librement.

La LCA réglemente les relations contractuelles entre assureur et assurés. Les dispositions suivantes concernent spécifiquement l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie et l'assurance collective : art. 35*a* (résiliation ordinaire), art. 46 (prescription et déchéance), art. 95*a* (assurance collective accidents et maladie ; droits de la personne assurée) et art. 100, al. 2 (droit de passage pour les chômeurs).

Conditions générales d'assurance

Les CGA règlent les détails de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie fondée sur la LCA. Elles diffèrent selon les assureurs et déterminent les droits et obligations des parties, sous réserve de dispositions divergentes convenues individuellement dans les contrats. Les CGA portent en particulier sur les risques assurés, l'étendue des prestations, les primes et les modalités de résiliation. Les exigences posées aux personnes assurées, les dispositions relatives à l'examen de santé et la structure des primes varient beaucoup en fonction de la forme d'assurance (individuelle ou collective).

L'assurance d'indemnités journalières couvre en premier lieu la perte de gain en cas de maladie au sens de l'art. 3 LPGA. La couverture peut toutefois être étendue aux accidents et à la maternité. Le montant de l'indemnité journalière est en principe fixé sous forme de pourcentage du salaire assuré (p. ex. 80 %). La durée maximale usuelle des prestations est de 720 ou 730 jours, déduction faite du délai d'attente convenu. Une clause générale interdisant la surindemnisation en cas de perception de prestations est souvent introduite. Les CGA déterminent également le degré d'incapacité de travail donnant droit à une indemnité journalière et le pourcentage à partir duquel l'indemnité complète est versée. Le délai d'attente est convenu librement à la conclusion du contrat d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Ce choix influence directement le montant de la prime : plus le délai est long, plus la prime diminue.

Dans le cadre de la liberté contractuelle, les assureurs peuvent exclure certains risques ou certaines pathologies ou les assurer sous conditions dans l'assurance individuelle ou collective. Les risques exclus dans l'assurance individuelle peuvent concerner par exemple les maladies présentes au début du contrat, les maladies causées par une faute de l'assuré ainsi que celles qui sont liées à une infraction ou à une négligence grave ou qui surviennent durant l'exécution d'une peine. En général, dans l'assurance collective, aucun examen de santé n'est requis à partir d'un certain nombre de personnes assurées (autour de cinq employés), si bien qu'il n'y a pas de risques exclus.

L'assurance d'indemnités journalières fondée sur la LCA est généralement conclue pour une durée minimale : une année pour une assurance individuelle, trois ans pour une

assurance collective. Ensuite, les délais de résiliation varient. L'art. 35*a*, al. 4, LCA prévoit un mécanisme de protection particulier pour l'assurance individuelle, en vertu duquel seule la personne assurée peut résilier unilatéralement le contrat. Dans l'assurance collective, l'entreprise d'assurance peut aussi faire usage du droit de résiliation ordinaire prévu à l'art. 35*a* LCA, car il ne s'agit pas d'une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale régie par la LAMal.

Conformément à la convention de libre passage[27], les employés assurés collectivement par leur entreprise ont la possibilité de passer à l'assurance individuelle d'indemnités journalières.

Fixation des primes

Les primes de l'assurance d'indemnités journalières relevant de la LCA se fondent sur le salaire assuré, le profil de risque des assurés et l'étendue des prestations choisies.

Dans l'assurance individuelle, la couverture d'assurance est calculée sur la base du salaire soumis à l'AVS. L'indemnité journalière représente en règle générale entre 50 et 80 % de ce salaire. Souvent, les assureurs fixent en outre une limite par année pour le salaire assuré. Dans l'assurance collective, la somme des salaires de l'entreprise sert de base de calcul. Les primes sont en général plus avantageuses, étant donné que l'ensemble des employés sont assurés, sans sélection individuelle des risques. Le délai d'attente joue un rôle important et a une influence directe sur le montant des primes. De nombreux assureurs proposent un délai de 30, 60 ou 90 jours. L'employeur doit alors continuer de verser le salaire en application de l'art. 324*a* CO jusqu'au début de l'octroi des prestations d'assurance.

L'assurance individuelle tient compte du risque lié à l'individu, tandis que l'assurance collective prévoit en principe une prime identique pour tous les employés assurés. Le montant des primes varie en fonction de la branche économique, du sexe, de l'âge (dans l'assurance individuelle) et de l'état de santé des assurés (assurance individuelle, assurance collective avec examen de santé). À noter que les conditions contractuelles choisies ont une influence déterminante sur le montant des primes, notamment les délais d'attente, la durée maximale des prestations et les éventuelles couvertures additionnelles (accident, maternité/paternité).

L'assurance individuelle relevant de la LCA constitue une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, dont les primes sont soumises à approbation (art. 4, al. 2, let. r, en rel. avec l'art. 5, al. 1, de la loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, LSA[28]). Dans ce cadre, la FINMA examine, d'après les calculs de tarifs que lui présentent les entreprises d'assurance, si les primes prévues

[27] https://svv.ch/fr/documents-techniques/corpus-de-regles/convention-de-libre-passage-pour-lassurance-collective
[28] RS **961.01**

restent dans les limites qui garantissent, d'une part, la solvabilité des entreprises d'assurance et, d'autre part, la protection des assurés contre les abus (art. 38, al. 1, LSA).

Les primes des assurances collectives fondées sur la LCA sont calculées par les assureurs sur la base de plusieurs facteurs. Contrairement à l'assurance individuelle, elles ne requièrent pas de contrôle préventif par la FINMA et ne sont donc pas soumises à l'approbation préalable de cette autorité. Il existe toutefois des prescriptions réglementaires applicables à l'assurance collective[29].

Coordination avec d'autres assurances

Les règles de coordination prévues par la LPGA ne sont pas directement applicables à l'assurance d'indemnités journalières fondée sur la LCA, car il ne s'agit pas d'une assurance sociale. La coordination avec les prestations de l'assurance sociale est régie en premier lieu par la législation sur le contrat d'assurance et par les dispositions contractuelles figurant dans les CGA.

La loi ne prescrit pas, dans l'assurance d'indemnités journalières relevant de la LCA, de mécanisme visant à prévenir la surindemnisation comme dans l'assurance fondée sur la LAMal. En pratique, l'assurance d'indemnités journalières fondée sur la LCA est conçue essentiellement comme une assurance de dommages servant à couvrir la perte de gain concrète résultant de l'incapacité de travail due à la maladie. En principe, le cumul de l'indemnité journalière assurée et des autres prestations de perte de gain ne doit pas dépasser le gain présumé perdu. Les CGA contiennent fréquemment des dispositions relatives à la surindemnisation.

Si l'incapacité de travail est liée à un accident, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire auxquelles la personne a droit ont la primauté. L'assurance d'indemnités journalières fondée sur la LCA intervient généralement à titre subsidiaire ou complémentaire, lorsque le contrat le spécifie. Les CGA prévoient souvent une réduction des indemnités journalières ou leur prise en compte si la personne perçoit une rente de l'assurance-invalidité. Il en va de même pour les prestations de l'assurance-chômage ou d'autres assurances perte de gain, par exemple une éventuelle assurance d'indemnités journalières supplémentaire fondée sur la LAMal.

2.2.4 Évolution du droit depuis 2009

Les bases légales régissant l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie fondée sur la LAMal n'ont pas subi de changements notables depuis le rapport du Conseil fédéral du 30 septembre 2009 en réponse au postulat 04.3000 de la Commission de la

[29] Art. 123 en relation avec l'art. 157 de l'ordonnance du 9 novembre 2005 sur la surveillance des entreprises d'assurance privées (OS), RS **961.011**

sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N)[30]. En revanche, l'assurance d'indemnités journalières de droit privé fondée sur la LCA a connu quelques modifications : droit de résiliation ordinaire au sens de l'art. 35*a* LCA (dans l'assurance individuelle, seul le preneur d'assurance peut faire usage du droit de résiliation)[31], interdiction de supprimer ou de limiter unilatéralement la durée ou l'étendue des obligations existantes de fournir des prestations périodiques à la suite d'une maladie ou d'un accident lorsque le contrat prend fin après la survenance d'un sinistre (art. 35*c* LCA), prolongation des délais de prescription dans l'assurance individuelle, qui passent de deux à cinq ans (art. 46 LCA) et droit direct du bénéficiaire dans l'assurance collective contre les accidents ou la maladie (art. 95*a* LCA).

2.2.5 Évolution des coûts

L'évolution des primes de l'assurance d'indemnités journalières est étroitement liée à celle des prestations versées. Les enquêtes réalisées dans le cadre de la rédaction du rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Gutjahr 24.3154[32] « Absences au travail. Instaurer la transparence et développer des mesures ciblées avec les partenaires sociaux » montrent que, globalement, la somme des sinistres dans l'assurance d'indemnités journalières a enregistré une hausse importante ces dernières années. Entre 2010 et 2024, le nombre moyen de jours d'absence des travailleurs employés à plein temps a augmenté de 33,5 %. Les analyses de l'Office fédéral de la statistique (OFS) indiquent également une hausse des absences dans tous les groupes d'âge et pour les deux sexes, en prenant en compte le fait que, de manière générale, les absences dues à la maladie sont plus fréquentes chez les femmes. En outre, les absences pour raisons de santé varient fortement entre les secteurs. Elles sont les plus élevées dans les activités immobilières, les activités de services administratifs et de soutien, les transports, la construction ainsi que la santé humaine et l'action sociale. Même dans les secteurs affichant les durées moyennes d'absence les plus faibles, à savoir les activités financières ainsi que les activités spécialisées, scientifiques et techniques, la durée des absences a fortement augmenté depuis 2010. Parallèlement à la croissance de la masse salariale assurée, l'augmentation du nombre d'absences au travail dues à la maladie

[30] www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Assurés domiciliés en Suisse > L'assurance facultative d'indemnités journalières > Documents
[31] Art. 35*a*, al. 4, 1re phrase, LCA
[32] « Absences et arrêts maladie au travail ainsi que couverture d'assurance et évolution des primes dans le domaine des indemnités journalières en cas de maladie – Rapport en réponse au postulat 24.3154 Gutjahr » (non encore publié)

constitue un facteur majeur dans l'évolution des coûts de l'assurance d'indemnités journalières[33].

2.2.6 Droit de coordination Suisse – UE/AELE/Royaume-Uni

Bases juridiques et champ d'application

La Suisse applique dans ses relations avec les États de l'UE et de l'AELE les règlements de coordination (CE) n° 883/2004[34] et 987/2009[35] dans le cadre de l'accord sur la libre circulation des personnes avec l'UE ou de la Convention AELE. Les prestations de maladie et de maternité, qui comprennent aussi l'assurance d'indemnités journalières fondée sur la LAMal, entrent dans leur champ d'application. L'assurance d'indemnités journalières relevant de la LCA en est exclue, car elle n'est pas une assurance sociale, et il n'y a donc pas de coordination avec les assurances-maladie sociales des États membres de l'UE ou de l'AELE.

La Suisse a par ailleurs conclu des accords bilatéraux de sécurité sociale avec plus de 20 autres États hors UE/AELE. Quelques-uns incluent l'assurance-maladie dans leur champ d'application matériel, notamment l'accord avec le Royaume-Uni. Pour autant que l'assurance-maladie figure dans le champ d'application matériel, les autres accords régissent uniquement le passage du système en vigueur dans un pays à celui de l'autre pays signataire. Le droit suisse s'applique aux cas qui ne sont pas considérés par ces traités.

Exportation d'indemnités journalières et prise en compte des périodes d'assurance

En vertu du principe de territorialité, les prestations de l'assurance-maladie sont normalement payées sur le territoire suisse. Toutefois, les règlements n° 883/2004 et 987/2009 et les autres accords bilatéraux de sécurité sociale prévoient également, pour la plupart des prestations entrant dans leur champ d'application, le versement en cas de résidence dans l'autre pays signataire. Les indemnités journalières relevant de la LAMal sont exportables si cette possibilité est inscrite dans l'accord. Une personne malade a droit aux prestations en espèces jusqu'à l'échéance du délai prescrit dans la loi.

Le droit de percevoir à l'étranger des indemnités journalières relevant de la LCA dépend des modalités contractuelles. Rien ne s'oppose en principe au versement à l'étranger, qui est déterminé dans les CGA.

Les règlements n° 883/2004 et 987/2009 et certains accords bilatéraux de sécurité sociale régissent le passage du système d'assurance-maladie en vigueur dans un pays

[33] Voir le rapport en réponse au postulat Gutjahr mentionné plus haut pour des données détaillées sur l'évolution des absences pour cause de maladie.
[34] RS **0.831.109.268.1**
[35] RS **0.831.109.268.11**

à celui de l'autre pays signataire. En Suisse, seule l'assurance d'indemnités journalières fondée sur la LAMal est concernée. Les assureurs suisses d'indemnités journalières doivent par exemple prendre en compte les périodes d'assurance à l'étranger pour l'application des éventuelles réserves prévues.

3 Enquêtes sur la situation actuelle dans le domaine de l'assurance d'indemnités journalières

3.1 Indicateurs concernant le marché de l'assurance d'indemnités journalières

3.1.1 Répartition entre LAMal et LCA

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, la place occupée par les polices relevant de la LAMal a diminué au profit des assurances complémentaires régies par la LCA. En 1996, l'assurance d'indemnités journalières fondée sur la LAMal représentait 41,9 % du volume global des primes du marché, pour un total de 834,3 millions de francs. En 2024, elle ne pesait plus que 4,1 %, pour des primes totales équivalant à 248,6 millions de francs (ligne rouge dans la figure 1). Durant la même période, le volume global des primes du marché des assurances d'indemnités journalières a dépassé la barre des 6 milliards de francs[36]. Ce transfert s'explique notamment par la souplesse des assurances régies par la LCA, qui permet de concevoir des modèles d'assurance mieux adaptés aux besoins des entreprises. Les assureurs disposent en particulier d'une plus grande liberté dans la définition des primes et des prestations, peuvent adapter l'assurance à la structure du personnel ou aux risques spécifiques à la branche et proposer des modèles d'assurance s'étendant sur plusieurs années, un système de bonus ou des tarifs de primes différenciés.

Cette évolution est exposée en détail dans la figure ci-après, qui présente les chiffres en fonction de la société assumant le risque (assureur LAMal ou assureur privé) et de la catégorie d'assurance (assurance fondée sur la LAMal ou sur la LCA). Des assureurs LAMal ont proposé des assurances d'indemnités journalières fondées sur la LAMal et sur la LCA dans le cadre de la même société, mais le volume dans ce segment a fortement reculé depuis 2023. Aujourd'hui, on constate une prédominance des produits soumis au droit privé sur le marché des assurances d'indemnités journalières. Les contrats sont majoritairement conclus sur la base de la LCA (95,9 % du volume total des primes).

[36] https://vrep.finma.ch/reports/fr/detail/REP10

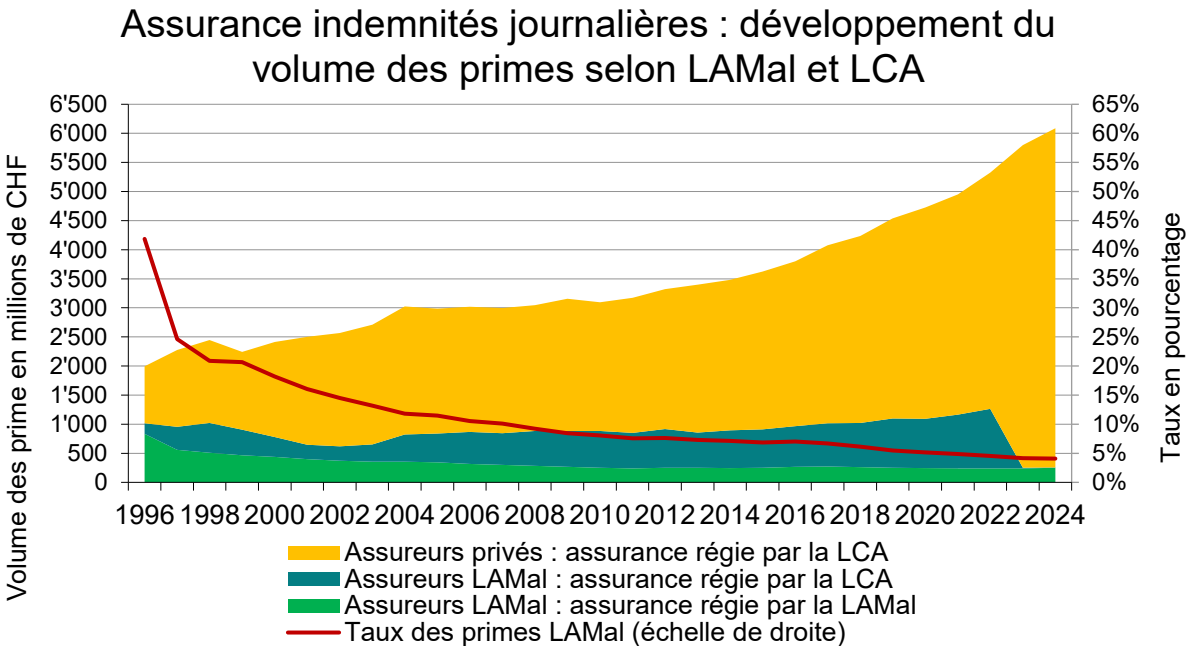


Figure 1 : Évolution du volume des primes des assurances d'indemnités journalières régies par la LAMal et la LCA entre 1996 et 2024, sources : Statistique de l'assurance-maladie obligatoire éditée par l'OFSP, rapports de la FINMA

En 2024, le volume des primes des assurances d'indemnités journalières relevant de la LAMal s'élevait à environ 248,6 millions de francs, dont 23,5 millions pour l'assurance individuelle. Les prestations d'assurance atteignaient environ 217,3 millions de francs, dont près de 26 millions pour l'assurance individuelle. Les prestations de maternité totalisaient 1,5 million de francs (assurance individuelle : 65 697 francs, assurance collective : 1 470 566 francs)[37].

Les statistiques de l'OFSP[38] sur l'évolution des primes et des prestations de l'assurance d'indemnités journalières relevant de la LAMal font état d'un net recul du volume des primes depuis 2010 pour l'assurance individuelle. Alors que les recettes atteignaient encore près de 46 millions de francs en 2010, elles n'ont cessé de baisser jusqu'en 2022 pour s'établir à 14 millions de francs à peine, leur niveau le plus bas. L'année 2023 marque une légère reprise. En 2024, les recettes provenant des primes se montaient à environ 23 millions de francs, un résultat qui reste très en deçà du niveau enregistré au début de la période considérée[39]. Du côté de l'assurance collective fondée sur la LAMal, l'évolution sur la même période est plus stable, le volume des primes oscillant entre 200

[37] www.ofsp.admin.ch > Services > Chiffres & Statistiques > Statistiques de l'assurance-maladie > Statistique de l'assurance-maladie obligatoire
[38] www.ofsp.admin.ch > Services > Chiffres & Statistiques > Statistiques de l'assurance-maladie > Statistique de l'assurance-maladie obligatoire
[39] La hausse observée les deux dernières années est due à un seul assureur (voir le tableau).

et 260 millions de francs environ. Au total, les primes de l'assurance d'indemnités journalières régie par la LAMal s'élevaient à quelque 248 millions de francs en 2024. Les prestations versées représentaient plus de 217 millions de francs. Dans l'assurance individuelle, les prestations étaient supérieures aux primes en 2023 et 2024, tandis qu'elles étaient entièrement couvertes par les recettes des primes dans l'assurance collective.

En 2024, le volume des primes de l'assurance d'indemnités journalières régie par la LCA était égal à 5,8 milliards de francs environ, dont 61,3 millions pour l'assurance individuelle. Les paiements effectués pour des sinistres se montaient à environ 4,8 milliards de francs, dont 58 millions concernant l'assurance individuelle[40].

La figure ci-après indique le volume des primes et les prestations versées dans l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie relevant de la LAMal et de la LCA (assurance individuelle et assurance collective). Les frais d'administration et les changements au niveau des provisions ne sont pas pris en compte. Une échelle logarithmique est utilisée en raison des différences de taille. Premier constat : l'assurance individuelle joue un rôle mineur sur le marché de l'assurance d'indemnités journalières par rapport à l'assurance collective. On observe également une augmentation continue du volume des affaires dans l'assurance collective d'indemnités journalières fondée sur la LCA. Cette évolution pourrait s'expliquer par la croissance économique (davantage d'actifs et salaires en hausse), un degré de couverture plus étendu (davantage d'employeurs concluant une assurance), des incapacités de travail plus fréquentes et plus longues, qui se répercutent sur le montant des primes, ou par des couvertures élargies (p. ex. délais d'attente plus courts). Les données à disposition ne permettent toutefois pas d'analyser ces facteurs potentiels.

[40] https://vrep.finma.ch/reports/fr/detail/REP10

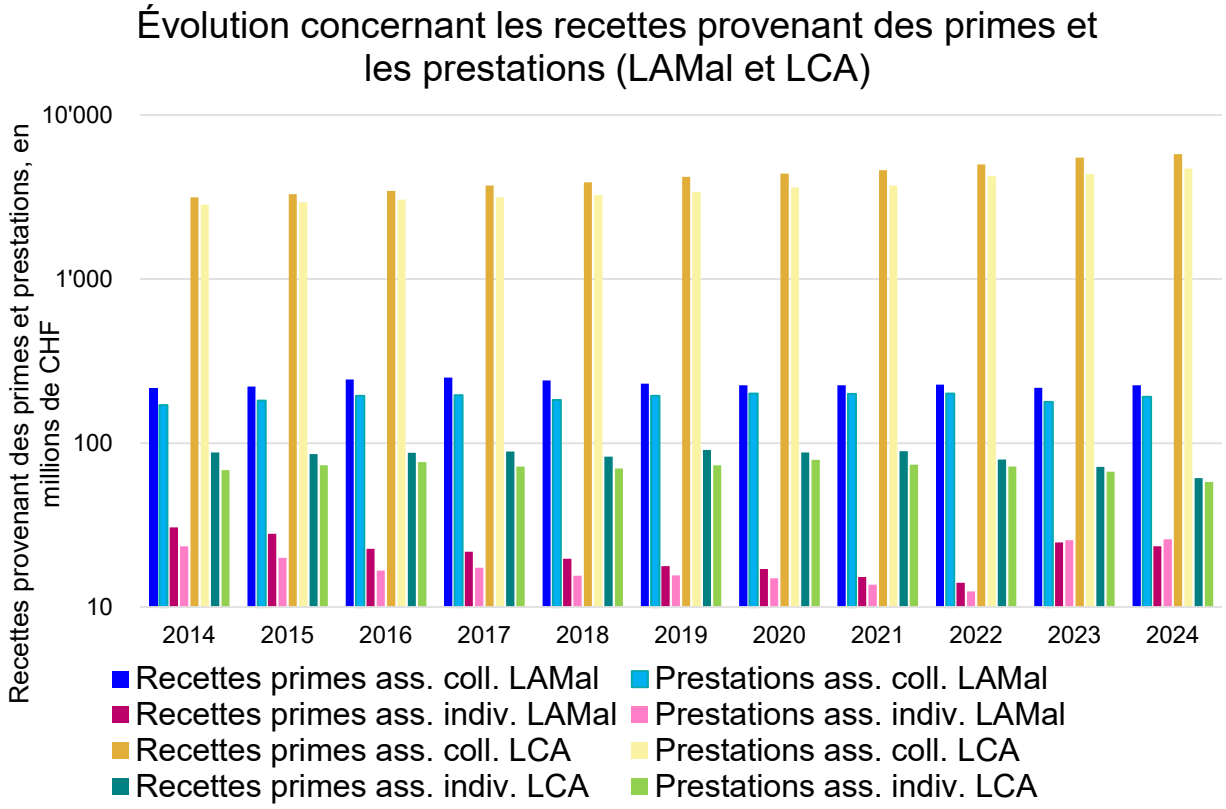


Figure 2 : Recettes provenant des primes et prestations de l'assurance d'indemnités journalières entre 2014 et 2024, par catégorie et forme d'assurance, sources : Statistique de l'assurance-maladie obligatoire éditée par l'OFSP, rapports de la FINMA

3.2 Enquêtes

Données et informations sur l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, rapport d'Ecoplan du 1er décembre 2025[41]

Fondée sur une enquête nationale représentative menée auprès des entreprises, l'étude d'Ecoplan avait pour but de recueillir des informations sur la pénétration, l'organisation et l'accessibilité de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ainsi que sur les difficultés éventuelles pour conclure un contrat. L'enquête en ligne a été conduite

[41] *« Daten und Informationen zur Krankentaggeldversicherung »*, rapport d'Ecoplan du 1er décembre 2025 (en allemand)

dans trois langues nationales après avoir fait l'objet de pré-tests cognitifs[42]. Le questionnaire comprenait essentiellement des questions fermées proposant un choix de réponses prédéfinies, dans l'optique de relever des données quantitatives standardisées. Des approches indirectes ont été choisies pour les sujets sensibles, tels que l'influence de l'assurance d'indemnités journalières sur l'embauche de seniors, de femmes ou de personnes présentant des maladies préexistantes. Les réponses à des questions directes auraient été moins fiables.

L'univers statistique (cible) de l'enquête est constitué par l'ensemble des entreprises de droit privé et de droit public domiciliées en Suisse qui exercent une activité économique. Il inclut toutes les unités pouvant être recensées empiriquement (c'est-à-dire les entreprises en activité possédant une adresse postale valable). L'échantillon a été formé sur la base du registre des entreprises et des établissements (REE) de l'OFS. Le questionnaire a été adressé à 4000 entreprises. Dans toutes les populations partielles (et toutes les strates), les échantillons ont été constitués selon la méthode du sondage aléatoire simple sans remise (*simple random sampling without replacement*)[43].

Après la collecte des données, les auteurs ont procédé à une analyse détaillée des réponses. Les différences au niveau de la disposition à participer (probabilité de participation) dépendent des particularités structurelles et d'autres caractéristiques des entreprises. Les probabilités d'inclusion (des échantillons) ont été ajustées par post-stratification et calage. Les poids obtenus sont pris en compte dans l'estimation afin de réduire ou d'éviter les biais. Ils ont été intégrés dans toutes les analyses.

Les données ont été analysées sous forme descriptive. Au besoin, Ecoplan a procédé à des différenciations supplémentaires en fonction de la taille de l'entreprise, du secteur économique et de l'application d'une CCT, de manière à identifier les écarts statistiquement significatifs liés aux caractéristiques des entreprises. Toutefois, une telle différenciation n'était pas possible lorsque les sous-groupes étaient trop petits. Les réponses de la catégorie « Ne sait pas » ont été exclues dans les cas où les entreprises devaient en principe posséder les informations demandées.

La conception de l'enquête permet une appréciation fondée de l'accès à l'assurance d'indemnités journalières et des conditions contractuelles et fournit des indications sur

[42] Dans le cadre d'un pré-test cognitif, la personne participante remplit le questionnaire en présence du chercheur, le cas échéant dans le cadre d'une réunion en ligne. Elle explique au fur et à mesure comment elle lit et interprète les questions. Le chercheur note tous les points qui portent à confusion, sont mal compris ou créent une rupture dans la compréhension. Au terme du questionnaire, ces points sont systématiquement repris et discutés pour identifier la source des problèmes ou des difficultés de compréhension.
[43] Pour plus de détails sur les échantillons, voir le rapport d'Ecoplan, point 2.2.

l'existence potentielle de facteurs structurels pouvant influer sur l'embauche de certains groupes de personnes.

Enquêtes de l'Association suisse d'assurances (ASA)

L'OFSP a effectué en septembre 2025 une enquête auprès de l'ASA[44], qui se fonde sur deux approches méthodologiques. Les données ainsi recueillies ne sont pas statistiquement représentatives, mais livrent néanmoins des informations très pertinentes au vu du taux de retour.

Une partie de l'analyse repose sur des données qualitatives relevées directement auprès des neuf plus grandes entreprises d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie relevant de la LCA. Ces sociétés couvrent à elles seules environ 81 % du marché dans le domaine de l'assurance d'indemnités journalières régie par la LCA. Les réponses qualitatives reflètent le consensus consolidé des principaux acteurs du marché et non les différences individuelles dans la pratique des assureurs.

Les analyses quantitatives ont été établies au moyen des données récoltées par l'ASA en novembre 2024 dans le cadre d'une enquête auprès des assureurs[45] ayant adhéré à la Convention de libre passage entre les assureurs d'indemnités journalières maladie. Les sociétés qui y ont pris part représentent 98,9 % du marché de l'assurance collective d'indemnités journalières régie par la LCA et 88,6 % du marché de l'assurance d'indemnités journalières relevant de la LAMal. Les données ne se fondent pas sur des échantillons aléatoires, mais sur une couverture presque complète du marché. Vu le taux de participation élevé, elles peuvent être considérées comme une base quantitative fiable.

En plus des enquêtes auprès des assureurs, l'ASA a effectué en mai 2025 une autre enquête[46] auprès de quelque 400 entreprises. Même si cette dernière n'est pas statistiquement représentative, elle peut fournir des indications supplémentaires sur la situation des entreprises en Suisse.

Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie et d'accident pour les entreprises, étude de VZ (VermögensZentrum), août 2025[47]

L'étude de VZ se fonde sur une combinaison d'analyses de marché, d'analyses des données publiques sur les primes et les taux de sinistres et d'un examen systématique des conditions contractuelles des principaux prestataires. Elle utilise également des bases statistiques, notamment des données de l'OFS, et se réfère à des publications spécifiques à la branche, à des articles de revues spécialisées et des bases légales.

[44] Enquêtes de l'ASA, annexe 1
[45] Enquête de l'ASA auprès des assureurs, annexe 3
[46] Enquête de l'ASA auprès des entreprises, annexe 2
[47] VermögensZentrum (2025)

Cette étude fournit une vue d'ensemble des conditions actuelles du marché dans le domaine de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie.

Groupe de travail tripartite (voir point 1.4.2)

Les résultats obtenus par le groupe de travail tripartite institué par l'OFSP dans le cadre des mesures d'accompagnement relatives à l'initiative populaire « Pas de Suisse à 10 millions ! (initiative pour la durabilité) » ont été réunis dans un rapport[48]. Ce dernier se fonde sur les échanges entre les représentants des employeurs, des travailleurs et des assureurs et l'analyse conjointe des informations disponibles.

« Absences et arrêts maladie au travail ainsi que couverture d'assurance et évolution des primes dans le domaine des indemnités journalières en cas de maladie – Rapport en réponse au postulat 24.3154 Gutjahr »

Le rapport donnant suite au postulat 24.3154 traite des absences au travail, de la couverture d'assurance en place et de l'évolution des primes dans le domaine de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Il met en évidence le cadre juridique et institutionnel, décrit la situation sur le marché de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ainsi que l'étendue, les causes et les coûts des absences pour cause de maladie. Le rapport présente également des mesures susceptibles de prévenir et de réduire les absences, élaborées en collaboration avec les partenaires sociaux.

3.3 Résultats

3.3.1 Accès à l'assurance

Les données issues des différentes analyses montrent que la grande majorité des entreprises en Suisse ont accès à une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Selon l'enquête réalisée par Ecoplan, environ 57 % des entreprises disposent d'une telle assurance. Le taux de couverture est encore plus élevé si l'on considère le nombre de travailleurs. Environ 84 % des salariés travaillent pour un employeur ayant souscrit une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Il s'agit la plupart du

[48] Institution d'un groupe de travail tripartite, constitué de représentants de l'administration fédérale, des travailleurs et des employeurs, pour collecter et analyser des données de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie : rapport élaboré dans le cadre des mesures d'accompagnement liées à l'initiative populaire « Pas de Suisse à 10 millions ! (initiative pour la durabilité) »

temps de contrats collectifs (84 %). Les assurances individuelles sont contractées avant tout par les micro-entreprises ayant peu d'employés[49].[50]

La conclusion d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie est fortement corrélée à la taille de l'entreprise. Le taux de couverture est nettement moins élevé (44 %) dans le groupe des micro-entreprises employant une à deux personnes. À partir de trois employés, la plupart des entreprises sont assurées (85 à 97 %). Seule une minorité des entreprises individuelles sans employés (28 %) ont conclu une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie[51]. Ce constat montre que ce sont surtout les personnes indépendantes qui renoncent à cette couverture. Les enquêtes indiquent en outre que les entreprises possédant leur propre solution sont presque exclusivement des sociétés employant 50 personnes et plus. Un bon tiers des entreprises de taille moyenne (50 à 249 employés) n'ayant pas d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie disposent d'une telle solution. S'agissant des grandes entreprises (plus de 249 employés), c'est le cas de presque toutes les sociétés sans assurance d'indemnités journalières en cas de maladie[52]. Dans l'ensemble, plus de 84 % des travailleurs sont donc couverts par une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou une solution comparable pour la perte de gain mise en place par l'entreprise.

Outre la taille de l'entreprise, l'accès à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie dépend aussi de l'application d'une CCT et du type de branche économique. La souscription d'une telle assurance est courante dans les entreprises dont les employés sont soumis à une CCT ou à un CTT. Les données recueillies montrent que dans cette catégorie, environ 96 % des entreprises possèdent une telle assurance[53]. Ce facteur se retrouve au niveau des secteurs. Dans le secteur secondaire (industrie), largement couvert par des CCT, la proportion d'entreprises ayant conclu une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie est plus élevée (78 %) que dans les secteurs primaire et tertiaire (55 %). Certaines branches des services enregistrent un taux de conclusion encore plus faible, par exemple Information et communication (43 %), Transports et entreposage (22 %) ou Art, spectacles et activités récréatives (2 %)[54].

L'analyse des entreprises ne possédant pas d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie montre que les barrières en matière d'accès au sens étroit, soit l'impossibilité de souscrire, ne sont déterminantes que dans une très petite minorité des

[49] Micro-entreprises : 1 à 2 ou 1 à 9 employés, petites entreprises : 10 à 49 employés, entreprises de taille moyenne : 50 à 249 employés, grandes entreprises : > 249 employés
[50] Rapport d'Ecoplan, point 3.2.1
[51] Rapport d'Ecoplan, point 3.2.1
[52] Rapport d'Ecoplan, point 3.2.5
[53] Rapport d'Ecoplan, point 3.2.1
[54] Rapport d'Ecoplan, point 3.2.1

cas. Aujourd'hui, environ 43 % des entreprises ne sont pas assurées, mais 81 % d'entre elles n'ont pas cherché à l'être. Les raisons principales évoquées sont le manque d'intérêt (env. 25 %) ou l'idée qu'il est plus avantageux de renoncer à une assurance (17 %). Parmi les répondants, 14 % (presque exclusivement des micro-entreprises) ont indiqué qu'ils n'étaient pas en mesure de financer une telle assurance. Par extrapolation, cette situation concerne environ 5 % de toutes les entreprises, qui emploient environ 1,3 % des travailleurs[55]. Souvent, l'absence de couverture est justifiée par le fait que l'entreprise n'a pas d'employés. Aucune entreprise n'a motivé sa décision de ne pas conclure d'assurance par un profil de risque défavorable du personnel ou par l'appartenance à une branche à risque.

Seuls 20 % des entreprises ne disposant pas d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ont entrepris des démarches pour s'assurer au cours des dernières années. Près de la moitié y ont renoncé pour des raisons de coûts (47 %). Par extrapolation, environ 4 % de toutes les entreprises suisses (env. 1 % de tous les travailleurs salariés) n'ont pas conclu d'assurance parce qu'elles considèrent que les primes sont trop élevées[56]. Une très petite partie seulement (6 %) – par extrapolation, environ 0,5 % de toutes les entreprises et 0,13 % des travailleurs – indiquent qu'elles n'ont pas été admises ou qu'elles n'ont pas reçu d'offre[57]. Aucun cas de résiliation du contrat par l'assureur n'a été signalé.

Parmi les entreprises tenues par la CCT de conclure une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie (77 %), 44 % font état de difficultés à trouver une solution répondant aux exigences de la CCT. Les raisons mentionnées sont les coûts élevés, un choix limité d'assureurs et des consignes strictes relatives à la durée et à l'étendue des prestations[58].

Les expériences des entreprises déjà assurées confirment que l'accès au marché reste en principe garanti[59]. Ecoplan indique que les résiliations par l'assureur sont rares (2 % des entreprises possédant une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie au cours des cinq dernières années). Une grande partie des entreprises dans ce cas (75 %) ont eu des difficultés pour conclure un nouveau contrat et presque toutes ont dû accepter des conditions moins favorables (97 %)[60].

[55] Rapport d'Ecoplan, point 3.2.4, p. 18
[56] Rapport d'Ecoplan, point 3.2.4, p. 19
[57] Rapport d'Ecoplan, point 3.2.4, p. 20
[58] Rapport d'Ecoplan, point 4.1, p. 30
[59] Rapport d'Ecoplan, point 3.2.3, p. 17
[60] Rapport d'Ecoplan, point 3.2.4, p. 18

Les données fournies par les assureurs complètent ce tableau. Par rapport au volume global, le nombre de résiliations de contrats est très faible selon les enquêtes réalisées par l'ASA. Le taux annuel se situe autour de 1,5 % en moyenne pour les années 2021 à 2023. Le manque de rentabilité du contrat représente une cause mineure, les résiliations étant plus souvent liées à des primes impayées[61]. Les assureurs font savoir par ailleurs que le nombre de demandes rejetées n'est pas connu et qu'ils n'effectuent pas de relevé systématique sur ce point. Les refus sont motivés essentiellement par une solvabilité insuffisante, une mauvaise discipline de paiement, une suspicion d'abus et les résultats de l'examen des risques[62].

Dans l'assurance collective fondée sur la LCA, il n'y a généralement pas d'examen de santé. Les seules exceptions concernent les collectifs de très petite taille et les contrats prévoyant une somme assurée, notamment pour les indépendants ; dans ce cas concret, les facteurs de risque individuels peuvent entraîner des reports du début de l'assurance ou des réserves temporaires.

L'enquête supplémentaire de l'ASA menée auprès des employeurs confirme ce constat. Là encore, 96 % des répondants indiquent avoir conclu une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie. Seules quelques entreprises font savoir qu'elles n'ont pas pu obtenir une offre d'assurance. Selon cette enquête, les difficultés ponctuelles concernent surtout les entreprises affichant une sinistralité défavorable, présentant des sinistres en cours ou appartenant à une branche où les risques pour les employés sont élevés[63].

Dans l'ensemble, les données à disposition montrent que l'accès à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie (ou à une solution comparable mise en place par l'entreprise) est garanti pour la grande majorité des entreprises et des salariés en Suisse. Une grande partie des entreprises possèdent une telle assurance. Celles qui n'en ont pas ne souhaitent pas s'assurer ou ont choisi d'y renoncer en raison d'un rapport coût-bénéfice jugé défavorable. Seule une petite minorité des entreprises et des travailleurs n'ont pas obtenu d'offre ou ne sont pas en mesure de financer cette assurance. Les refus et les résiliations de contrat par les assureurs sont rares compte tenu du volume du marché. Toutefois, les entreprises dans cette situation peuvent avoir de la peine à conclure une (nouvelle) assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, en particulier du fait que la prime augmente si le risque est plus élevé. Les difficultés ponctuelles liées à la taille de l'entreprise, à l'application d'une CCT et à la branche économique ne remettent cependant pas en cause le constat général d'un accès fonctionnel à l'assurance.

[61] Enquêtes de l'ASA, annexe 1, points 4 et 7
[62] Enquêtes de l'ASA, annexe 1
[63] Enquête de l'ASA auprès des entreprises, annexe 2

3.3.2 Modalités du contrat et conditions d'octroi des prestations

Les modalités du contrat et les conditions d'octroi des prestations dans l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie varient beaucoup en fonction du modèle d'assurance, de l'assureur et de la taille de l'entreprise. Selon l'enquête réalisée par Ecoplan, la grande majorité des contrats prévoient une indemnité journalière couvrant 80 % du salaire soumis à l'AVS. Dans les autres cas, la couverture est égale à 90 ou 100 %. Les prestations sont en général versées pendant 730 jours dans les assurances collectives (720 dans l'assurance individuelle). On relève également des différences au niveau du délai d'attente[64]. Parmi les entreprises ayant conclu une assurance collective, 2 % ne prévoient pas de délai, 19 % entre un et 14 jours d'attente, 49 % entre 15 et 30 jours, 28 % entre 31 et 60 jours et 2 % entre 61 et 90 jours. Le choix du délai dépend de différents facteurs, dont les aspects financiers, la charge administrative, la priorité donnée à la gestion par cas ou le fait d'avoir conclu d'autres assurances, p. ex. une assurance pour les absences de courte durée.

L'assurance collective ne verse pas de prestations pendant le délai d'attente, ce qui ne signifie pas nécessairement que les collaborateurs concernés ne touchent pas de salaire, car l'obligation de maintien du salaire prévue par le CO s'applique à titre subsidiaire. Néanmoins, des délais d'attente de 30 jours ou plus peuvent, dans certaines circonstances, entraîner des lacunes dans le maintien du salaire, notamment si le droit légal à ce maintien est déjà épuisé et qu'aucune solution propre à l'entreprise n'a été mise en place. À partir de la deuxième année de service, dans les entreprises ayant conclu une assurance collective, le salaire est entièrement couvert pendant le délai d'attente dans 70 % des cas selon l'échelle bernoise et dans 98 % des cas selon l'échelle bâloise. Selon l'échelle zurichoise, il est couvert avec certitude dans 70 % des cas et, en fonction du délai effectif dans la catégorie de 31 à 60 jours d'attente, jusqu'à 98 % des cas. Ces constats sont valables pour autant que le droit légal au maintien du salaire ne soit pas déjà épuisé du fait d'absences précédentes, au cours de la même année de service, pour cause d'incapacité de travail. À partir de la troisième année de service, le salaire est entièrement couvert pendant le délai d'attente dans 98 % des entreprises ayant conclu une assurance collective selon les échelles bernoise et bâloise. Il est également garanti dans 98 % des entreprises avec l'échelle zurichoise, voire 100 % dans la catégorie prévoyant entre 61 et 90 jours d'attente, en fonction du délai effectif. Même dans les autres cas, il n'y a pas d'interruption complète du paiement du salaire pendant toute la durée du délai d'attente, mais tout au plus entre la fin du versement obligatoire

[64] Rapport d'Ecoplan, point 3.3, p. 20 ss

et le début des prestations d'assurance[65]. Souvent, les employeurs conviennent dans le contrat de travail de continuer à verser le salaire pendant toute la durée du délai d'attente, ou au moins 80 % de celui-ci, ou des dispositions correspondantes sont prévues dans une CCT.

Selon l'enquête de l'ASA auprès des assureurs, la sinistralité individuelle et la structure des risques de l'entreprise ou de la branche sont les principaux facteurs déterminant les conditions d'assurance. En principe, aucun examen de santé n'est requis dans les contrats collectifs. S'il s'agit de collectifs de très petite taille ou de personnes indépendantes, les facteurs de risque individuels sont toutefois pris en compte et peuvent conduire à des réserves ou à un report du début de l'assurance[66].

En complément à l'enquête d'Ecoplan, le rapport de marché de VZ, qui a examiné d'autres conditions d'assurance, montre qu'il existe parfois des différences importantes entre les assureurs, notamment en ce qui concerne les exigences en matière de déclaration d'un événement donnant droit à des prestations, le début du délai d'attente, la durée maximale des prestations, la couverture des allocations familiales et la jouissance posthume du salaire[67]. D'autres différences portent sur les séjours à l'étranger, les emplois temporaires, les congés non payés et la renonciation au droit de résiliation par l'assureur[68].

Globalement, on observe que les contrats d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie sont établis selon des solutions standard courantes, mais que les conditions d'octroi des prestations peuvent varier beaucoup d'un contrat à l'autre. Les différences s'expliquent par les exigences découlant d'une CCT, les profils de risque spécifiques au

[65] Durant la première année de service, les trois échelles prévoient le maintien du salaire pendant trois semaines. Le salaire est donc entièrement couvert dans les entreprises qui ont conclu un contrat collectif sans délai d'attente ou prévoyant entre un et 14 jours d'attente (21 %). S'y ajoute une proportion indéterminée des 49 % d'entreprises qui appliquent un délai compris entre 15 et 30 jours : le salaire est entièrement couvert si le délai effectif ne dépasse pas trois semaines. Même si le délai est plus long, le paiement n'est pas interrompu pendant toute la durée du délai d'attente durant la première année de service, mais uniquement entre l'échéance des trois semaines de versement obligatoire et le début des prestations d'assurance, pour autant que le droit légal au maintien du salaire ne soit pas déjà épuisé.
[66] Enquêtes de l'ASA, annexe 1
[67] Par exemple concernant le maintien du salaire prévu à l'art. 338 CO en cas de décès du travailleur.
[68] VermögensZentrum VZ (2025)

secteur d'activité, la sinistralité, les modèles de tarification et de risques appliqués par l'assureur et, en particulier, les besoins individuels des entreprises.

3.3.3 Primes individuelles

Il ressort de l'enquête effectuée par Ecoplan auprès des entreprises que la majorité d'entre elles (58 %) dépensent entre 1 et 2 % de la masse salariale pour l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, 22 % y consacrent entre 3 et 4 %, et 5 % des entreprises plus de 4 %[69]. Enfin, 14 % – souvent de grandes entreprises employant plus de 249 personnes – investissent moins de 1 %. Par ailleurs, 40 % des entreprises jugent le montant des primes approprié, tandis que 25 % le trouvent plutôt excessif et 2 % clairement excessif. Un tiers des entreprises ne se sont pas prononcées[70].

Au cours des cinq années écoulées, 35 % des entreprises ont enregistré des hausses de primes, les plus touchées étant les entreprises de taille moyenne, où cette proportion atteint deux tiers. S'agissant des autres catégories, la moitié environ des petites et des grandes entreprises et approximativement un tiers des micro-entreprises ont vu leurs primes augmenter. En tenant compte de la taille de l'entreprise, environ 42 % des travailleurs en Suisse sont employés dans une entreprise qui a connu une hausse de primes[71].

Les augmentations sont le plus souvent dues à des cas de sinistre plus importants (adaptation du taux de prime ou du tarif) ou à la révision à la hausse de la somme des salaires assurés.

3.3.4 Incitations et obstacles à l'embauche

Les données recueillies par Ecoplan auprès des entreprises montrent que la majorité des répondants n'établissent pas de corrélation entre l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie et l'embauche de certains groupes de personnes.

Les quelques effets observés se limitent pour l'essentiel à quelques groupes à risque et ne concernent qu'une minorité des entreprises. De l'avis de 14 % des entreprises, l'existence d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie peut avoir des répercussions négatives ou plutôt négatives sur l'engagement de personnes présentant des maladies préexistantes. Cette position est la plus marquée chez les micro-entreprises

[69] Les taux de prime oscillaient entre 1,3 % et 3,4 % de la masse salariale en 2024 selon une analyse portant sur les huit plus grands assureurs LAMal (qui représentent 94 % du volume total des primes des assurances collectives fondées sur la LAMal).
[70] Rapport d'Ecoplan, point 3.3.4, p. 25
[71] Rapport d'Ecoplan, point 3.2.3, p. 16

(16 %) et diminue à mesure que la taille augmente (petites entreprises : 9 %, entreprises de taille moyenne : 7 %, grandes entreprises : 5 %)[72].

S'agissant d'autres groupes de personnes comme les femmes ou les seniors, Ecoplan n'a pas recueilli d'indice permettant de déduire une influence systématique sur les choix en matière d'embauche. L'enquête indique que la plupart des entreprises ne perçoivent pas de lien avec l'assurance d'indemnités journalières (moins de 5 % de toutes les entreprises considèrent que cette assurance peut avoir un impact sur l'embauche)[73]. À noter que l'interprétation des résultats se fonde sur les appréciations subjectives des entreprises et qu'une part importante des répondants n'ont pas donné leur avis sur ce point – il se peut que la personne chargée de remplir le questionnaire n'ait pas connaissance de la stratégie de l'entreprise en matière de recrutement[74].

Les données de l'ASA confirment indirectement ces résultats. Selon les assureurs, les primes, les conditions contractuelles et les évaluations des risques dépendent avant tout de la somme des salaires assurés, de la sinistralité et des facteurs de risque généraux de l'entreprise, et non des nouvelles embauches. Les décisions en matière de recrutement ne jouent pas de rôle direct dans les processus d'assurance. Les caractéristiques personnelles, telles que le sexe, l'âge et l'état de santé, entrent en considération surtout en cas de nouvelle assurance ou d'augmentation de la couverture concernant des masses salariales fixes assurées (p. ex. propriétaires d'une entreprise individuelle) ou de nouveau contrat assurant un collectif de très petite taille. Pour les contrats en cours de validité, elles peuvent avoir une certaine importance concernant la sinistralité individuelle. Selon la taille de la clientèle et l'assureur, cette dernière est prise en compte (en partie) dans le calcul de la prime, le tarif[75] servant normalement de base de calcul. Ces tarifications fondées sur l'expérience et les sinistres sont en général opérées à l'échéance du contrat, en vue d'une prolongation[76].

[72] Rapport d'Ecoplan, point 3.4.2, p. 26
[73] Rapport d'Ecoplan, point 3.3.4, p. 26
[74] Le questionnaire devait être rempli par une personne de l'entreprise travaillant dans le domaine des ressources humaines ou des assurances.
[75] Facteur se référant à la sinistralité de l'ensemble de la communauté de risque considérée (p. ex. la branche). Le tarif est revu à la hausse en cas d'augmentation générale des paiements liés à des sinistres ou d'augmentation spécifique à un groupe de risques. Les modalités d'application d'un nouveau tarif pour un contrat donné peuvent varier et dépendent également de la conclusion éventuelle par le client d'une garantie du taux de prime pour la durée du contrat.
[76] Enquêtes de l'ASA, annexe 1

L'enquête non représentative menée par l'ASA auprès des employeurs va dans le même sens. Là encore, la majorité des répondants indiquent que l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie n'a pas d'influence sur le recrutement du personnel. Les difficultés mentionnées par quelques entreprises concernent davantage des sinistres en cours ou des adaptations de primes et ne sont pas liées à l'embauche[77].

Selon les résultats obtenus par le groupe de travail institué dans le cadre des mesures d'accompagnement relatives à l'initiative populaire « Pas de Suisse à 10 millions ! (initiative pour la durabilité) », les discussions avec les partenaires sociaux représentés et l'ASA n'ont pas mis en évidence d'incitations ni d'obstacles systématiques à l'embauche liés à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Les expériences et les observations partagées par les acteurs participants suggèrent plutôt de considérer l'importance pratique de cette assurance en relation avec d'autres aspects généraux du marché du travail[78].

En résumé, selon les enquêtes réalisées, la grande majorité des entreprises estiment que les modalités de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie n'ont pas d'influence sur l'embauche. Seule une petite minorité perçoit des répercussions négatives, qui concernent avant tout les personnes présentant des maladies préexistantes dans les très petites entreprises.

3.3.5 Personnes indépendantes

La situation des personnes indépendantes sans employés diffère de celle des entreprises employant du personnel au niveau de l'accès à l'assurance, des modalités du contrat et des moyens financiers.

Selon les données de l'OFS, 681 000 personnes exerçaient une activité indépendante en 2025 (soit 13,9 % des travailleurs)[79]. Les chiffres recueillis dans le cadre de l'enquête de l'ASA auprès des assureurs montrent qu'en moyenne, 113 500 indépendants disposaient d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie en 2021, 2022 et 2023[80].

L'enquête effectuée par Ecoplan révèle que le degré de couverture des personnes indépendantes sans employés est nettement plus faible que celui des entreprises employant du personnel[81]. Seuls 28 % des entreprises individuelles n'ayant pas

[77] Enquête de l'ASA auprès des entreprises, annexe 2
[78] Institution d'un groupe de travail tripartite, constitué de représentants de l'administration fédérale, des travailleurs et des employeurs, pour collecter et analyser des données de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie : rapport élaboré dans le cadre des mesures d'accompagnement liées à l'initiative populaire « Pas de Suisse à 10 millions ! (initiative pour la durabilité) ».
[79] Ce chiffre passe à environ 330 000 personnes (6,8 % des travailleurs) si l'on exclut les personnes employées dans leur propre SA ou Sàrl. Sources : Office fédéral de la statistique, Enquête suisse sur la population active (ESPA), état des données au 17.2.2026, je-f-03.02.00.02.02, et analyse spécifique de l'OFS réalisée en mai 2026.
[80] Extrapolation à l'ensemble du marché. Enquêtes de l'ASA, annexe 1
[81] Une question de l'enquête demandait de préciser s'il s'agissait d'une entreprise individuelle avec ou sans employés. Environ un tiers des entreprises interrogées sont des entreprises individuelles sans employés, dont on peut supposer qu'il s'agit de personnes indépendantes. Les propriétaires d'entreprises individuelles doivent être reconnus comme des personnes exerçant une activité indépendante par la

d'employés possèdent une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie (contre 44 % des micro-entreprises employant une à deux personnes). Il s'agit de loin du chiffre le plus bas dans tous les groupes d'entreprises[82]. Les micro-entreprises (souvent des entreprises individuelles sans employés) sont fortement représentées dans les 81 % d'entreprises non assurées qui n'ont jamais cherché à obtenir une telle couverture[83].

L'enquête de l'ASA auprès des assureurs confirme que l'évaluation des risques joue un rôle plus important pour les contrats des indépendants que pour les contrats collectifs classiques. Si ces derniers ne prévoient généralement pas d'examen de santé, il en va autrement pour les indépendants. Or un tel examen peut entraîner des réserves ou un report du début de l'assurance, en particulier en cas de risques connus pour la santé ou de grossesse en cours. De plus, les motifs de refus usuels dans l'assurance régie par la LCA s'appliquent aussi aux indépendants : solvabilité insuffisante, suspicion d'abus ou risque individuel élevé de maladie[84]. Si l'accès à une assurance fondée sur la LCA est formellement ouvert aux personnes indépendantes, il s'avère dans les faits plus sélectif que pour les entreprises employant du personnel. L'accès à une assurance individuelle fondée sur la LAMal est en revanche garanti en raison de l'obligation d'admission, mais le contrat peut également inclure des réserves dans les limites du cadre légal.

L'enquête de l'ASA auprès des employeurs livre des indications complémentaires. Quelques indépendants ou très petites entreprises font état de difficultés pour obtenir une offre d'assurance adaptée. Les raisons principales sont les cas en cours, un risque élevé inhérent à la branche ou des maladies préexistantes[85]. Ces réponses concordent avec celles des assureurs concernant les mécanismes d'évaluation des risques et confirment que les critères individuels jouent un rôle plus important dans l'accès à l'assurance pour les personnes indépendantes que dans le cadre de contrats collectifs[86].

Les données recueillies semblent indiquer une couverture d'assurance plus faible, un accès plus sélectif et un fardeau des primes comparativement élevé dans le système des indemnités journalières en cas de maladie pour les personnes indépendantes, qui doivent souvent accepter des conditions plus individualisées (et moins favorables) lors de la conclusion du contrat.

---

caisse de compensation compétente : Portail PME du SECO > Savoir pratique > Création > Les différentes formes juridiques > L'entreprise individuelle.

[82] Rapport d'Ecoplan, point 3.2.1, p. 14

[83] L'absence d'employés motive souvent le choix de ces entreprises de ne pas souscrire d'assurance.

[84] Enquêtes de l'ASA, annexe 1

[85] Enquête de l'ASA auprès des entreprises, annexe 2

[86] Enquêtes de l'ASA, annexe 1

3.3.6 Conclusions

En résumé, une grande majorité des employés sont assurés contre la perte de gain de longue durée due à la maladie. Plus de la moitié des entreprises suisses, qui représentent 84 % des travailleurs, offrent à leur personnel une couverture allant au-delà de l'obligation légale de maintien du salaire. Il s'agit presque toujours de contrats collectifs fondés sur la LCA. Par ailleurs, certaines entreprises, en particulier celles qui emploient plus de 249 personnes, ont adopté une solution spécifique, le plus souvent équivalente à une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie[87]. Dans l'ensemble, le pourcentage effectif de travailleurs couverts par une telle assurance ou une solution comparable pour la perte de gain mise en place par l'entreprise est donc nettement supérieur à 84 %.

On constate également qu'environ 80 % des entreprises n'ayant pas d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie (qui représentent 43 % des entreprises ou 16 % des employés en Suisse) ne sont pas intéressées par cette couverture. Lorsqu'elles ont envisagé de s'assurer, la décision d'y renoncer tient surtout à des raisons économiques. Les refus formels par les assureurs ou l'impossibilité d'obtenir une offre ne concernent que peu d'entreprises compte tenu du volume du marché.

Les différences de couverture sont liées à la taille de l'entreprise, à la branche et à l'application d'une CCT. Les taux de conclusion sont particulièrement bas pour les micro-entreprises et les personnes indépendantes, soumises à des conditions d'accès plus sélectives. Selon les enquêtes réalisées, des résiliations peuvent se produire et entraîner des difficultés à conclure un nouveau contrat, mais ces cas restent rares.

En ce qui concerne les effets sur les décisions d'embauche, les données recueillies indiquent que pour la majorité des entreprises, l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie n'a pas d'impact manifeste sur le recrutement.

3.4 Défis dans le système existant

L'analyse réalisée montre que, dans l'ensemble, le système est largement fonctionnel et permet une couverture élevée du marché. Des difficultés ou des tensions sont néanmoins perceptibles dans quelques cas de figure. Les très petites entreprises et les personnes indépendantes sont confrontées à des défis particuliers. En outre, l'évaluation individuelle des risques joue un rôle plus important lorsqu'il s'agit de collectifs de très petite taille et d'assurances individuelles. En présence de maladies préexistantes, l'assureur peut émettre des réserves, prévoir des primes plus élevées ou mettre fin au contrat. Si ces mécanismes découlent du fait que le système est fondé sur les risques, ils rendent l'accès plus sélectif que pour les collectifs de grande taille.

[87] Rapport d'Ecoplan, point 3.3.2, p. 23

4 Possibilités d'action et effets attendus

Ce chapitre présente les solutions énumérées dans le postulat 24.3465 et d'autres options de réforme concernant la couverture des risques liés au maintien du salaire en cas de maladie et analyse les effets attendus. Les caractéristiques et le profil d'impact de chacune des possibilités sont examinés ci-après (niveau des primes et degré de couverture, effets sur l'emploi, groupes spécifiques concernés, prévention, charges administratives). À titre complémentaire, le rapport envisage une autre option de réforme, moins incisive et située en amont, qui repose sur le rôle des partenaires sociaux.

4.1 Remarques préliminaires sur la systématique actuelle de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie fondée sur la LAMal

L'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie fondée sur la LAMal a été conçue comme un deuxième pilier de l'assurance-maladie sociale. Elle est facultative pour les assurés. Les assureurs qui pratiquent l'assurance-maladie obligatoire sont toutefois soumis à une obligation générale de contracter dans l'assurance individuelle. En d'autres termes, ils doivent accepter toute personne qui en fait la demande.

Cette assurance facultative régie par la LAMal devait permettre, dans le cadre de la législation sur les assurances sociales, de garantir la couverture de la perte de gain due à une incapacité de travail à court ou à moyen terme, sur le même modèle que l'assurance-accidents obligatoire prévue par la LAA. Cette finalité a toutefois été contournée, du fait que les assureurs-maladie concernés restent libres de limiter le montant des indemnités journalières qu'ils sont tenus de proposer sur la base de la LAMal. Dans la pratique, des indemnités journalières maximales de 6, 10 ou 30 francs sont courantes[88]. De tels montants sont insuffisants pour répondre à l'exigence prévue à l'art. 324*a*, al. 4, CO de garantir des prestations équivalentes à l'obligation de maintien du salaire. Le Tribunal fédéral a estimé que la question de la définition d'une indemnité journalière minimale permettant de garantir une couverture complète de la perte de gain relevait de la politique sociale et devait être résolue par le législateur[89]. Cet avis est cependant largement critiqué dans la doctrine[90].

Le Conseil fédéral a abordé la thématique de l'assurance d'indemnités journalières dans son message du 21 septembre 1998 concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-

[88] ATF **126** V 490, p. 494 consid. 2
[89] ATF **126** V 490, p. 497 consid. 2
[90] BSK KVG-HUSMANN/JENNY, n. 6 *ad* art. 72 (voir également, pour l'ensemble du passage, BSK KVG-HUSMANN/JENNY, n. 1 ss avant art. 67 ss)

maladie[91], à la suite du dépôt de plusieurs interventions parlementaires soulevant des problèmes d'exécution. Il s'était alors proposé de vérifier que les principes de l'égalité de traitement et de la garantie des droits acquis avaient été respectés. Cette solution pragmatique s'est toutefois révélée irréalisable au vu de la complexité et du nombre de contrats relatifs à l'indemnité journalière. Dans son message, le Conseil fédéral n'envisageait pas non plus de solution législative et motivait sa position comme suit :

> *« En effet, même si par voie législative les assureurs étaient contraints de pratiquer une assurance d'indemnités journalières individuelle et collective garantissant un montant raisonnable, la pratique parallèle d'une assurance soumise à la LCA reste un obstacle insurmontable puisqu'aucune interdiction ne peut être faite aux institutions d'assurances privées de gérer également une assurance d'indemnités journalières « de base ». Tant que les institutions d'assurance privées pratiqueront une assurance d'indemnités journalières soumise à la LCA et donc exempte de toute charge sociale, autorisant la sélection des risques ou l'introduction de réserves illimitées, les assureurs-maladie ne pourront être ni compétitifs ni attractifs ; leur assurance d'indemnités journalières selon la LAMal, comprenant une protection sociale, sera, à très court terme déjà, financièrement insupportable pour eux et pour les assurés.*
>
> *En l'état actuel, les problèmes de l'assurance d'indemnités journalières ne peuvent être résolus par de simples retouches de la loi en raison des motifs évoqués plus haut. À ce stade, seule l'introduction d'une assurance obligatoire d'indemnités journalières serait en mesure de rétablir une réelle assurance sociale d'indemnités journalières.*
>
> *Quelques participants à la procédure de consultation ont demandé que l'assurance obligatoire d'indemnités journalières, à concurrence de 80 % du salaire, soit introduite dans l'actuelle révision partielle. Cependant, vu les charges financières supplémentaires qu'engendrerait une telle modification, nous proposons, pour l'heure, d'y renoncer. Ce thème pourra éventuellement faire l'objet d'une prochaine révision. »*

En résumé, la mesure consistant à définir simplement l'indemnité journalière minimale à assurer dans la législation sur les assurances sociales créerait d'autres problèmes. Les primes, notamment, seraient certes conformes aux risques, mais très élevées. Cette réforme requerrait des modifications et des adaptations complètes du système.

Enfin, bien que l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie soit facultative, il se peut que des entreprises soient tenues de conclure pour leur personnel, sur la base de la LAMal ou de la LCA, une assurance équivalente au maintien du salaire prévu par le CO en vertu de contrats de travail individuels, de CCT ou de CTT sous la forme écrite. Selon la jurisprudence, le paiement de dommages et intérêts peut être exigé en cas de non-respect de cette obligation[92].

[91] FF **1999** I 727, en particulier p. 763s.
[92] ATF **127** III 318, 326 consid. 5

4.2 Assurance obligatoire

4.2.1 Caractéristiques

Dans le cadre d'une assurance obligatoire, l'ensemble des employeurs ou des personnes exerçant une activité lucrative – selon la solution adoptée dans la législation – seraient tenus de conclure une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie dont les conditions satisferaient à des exigences minimales uniformes (p. ex. niveau de compensation de la perte de gain, durée des prestations, délai d'attente). L'assurance obligatoire pourrait se fonder sur les principes inscrits dans la législation sur les assurances sociales (LAMal/LPGA) ou sur les dispositions légales régissant l'assurance de droit privé (LCA). Il serait également possible, mais peu pertinent comme démontré au point 4.1, d'introduire une telle obligation dans le cadre des structures en place. En principe, la possibilité de conclure des couvertures complémentaires non obligatoires sur la base de la LCA serait maintenue dans les deux modèles, mais l'assurance minimale serait standardisée. Des règles de coordination claires seraient nécessaires (en particulier concernant l'obligation de maintien du salaire prévue par le CO[93]). Selon le modèle retenu, il faudrait également mettre en place des mécanismes de compensation (voir point 4.7) et des structures pour l'exécution et la surveillance (y c. des procédures permettant de contrôler le respect de l'obligation de conclure une assurance).

En cas d'introduction d'une assurance obligatoire, des dispositions transitoires appropriées seraient nécessaires pour les entreprises qui :

- supportent elles-mêmes le risque lié au maintien du salaire prévu par le CO et n'ont donc pas conclu d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ;

- disposent d'une assurance, mais ne satisfont pas aux exigences minimales fixées et devraient s'adapter, voire changer d'assureur, ce qui pourrait entraîner une nouvelle évaluation des risques ou une augmentation des coûts ;

- répondent aux exigences minimales ou proposent une solution plus généreuse, mais devraient aussi procéder à des adaptations si les conditions du marché changent à la suite de l'introduction d'une assurance obligatoire.

Il serait par exemple possible de s'inspirer de l'assurance-accidents obligatoire[94] et de prévoir un système « mixte » : l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie demeure un contrat de droit privé et le législateur adopte en parallèle des dispositions permettant de veiller à ce que l'ensemble des employeurs ou des employés obtiennent une couverture adéquate à un prix supportable.

[93] Art. 324*a* et, en particulier, art. 324*b* CO, portant sur le maintien du salaire si le travailleur est assuré obligatoirement, en vertu d'une disposition légale, contre les conséquences d'un empêchement de travailler qui ne provient pas de sa faute.
[94] Art. 1*a* ss LAA

Dans le cadre d'une telle réglementation, il serait nécessaire d'examiner en particulier les prestations minimales assurées, le traitement des réserves d'assurance ou les dispositions tarifaires. Il serait également possible de prévoir pour les petites entreprises des tarifs de branche sans composantes de bonus-malus, afin de limiter l'impact de la sinistralité individuelle. Pour que les entreprises ne trouvant pas d'assureur puissent remplir leur obligation légale de conclure une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, il serait indispensable de créer une institution chargée de l'attribution à un assureur à partir d'un certain nombre de refus. Ce dernier serait tenu d'élaborer une offre ferme, fondée sur ses tarifs et conditions, mais conforme aux exigences minimales (obligation de contracter dans le cadre d'une attribution). Il serait aussi possible (et utile) de déléguer d'autres tâches à cette institution en vue de garantir la couverture des employés pour lesquels aucune assurance n'a été contractée (selon le modèle de la caisse supplétive LAA)[95]. Cette institution serait financée par des contributions perçues auprès des assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie[96]. Enfin, si les mesures d'accompagnement prévoyaient des limitations ne permettant pas aux assureurs de fixer des primes adaptées aux risques, par exemple un plafonnement du taux de prime ou d'autres mécanismes de réduction du fardeau de la prime, un mécanisme de compensation devrait être prévu.

Lors de l'élaboration d'une assurance obligatoire, il faudrait également déterminer s'il y a lieu d'inclure les personnes indépendantes.

4.2.2 Effets

Évolution des primes et couverture d'assurance

L'inclusion de risques hétérogènes dans un collectif soumis à une obligation de s'assurer a des répercussions sur les primes. La présence de bons risques pourrait en principe avoir un effet modérateur sur les primes. Toutefois, les tarifs étant calculés en fonction des risques dans un contexte de libre concurrence, les primes ne diminueraient pas. Un mécanisme de compensation serait nécessaire en raison de l'intégration de mauvais risques consécutive à l'obligation de contracter dans le cadre d'une attribution et à la prescription d'exigences minimales (incluant le cas échéant le montant de la prime). Ce mécanisme renchérirait les primes pour le collectif. Il n'est pas totalement exclu que des assureurs quittent le marché à cause de l'obligation de contracter.

Une assurance obligatoire offrirait certes une couverture minimale. Toutefois, dans les branches et les entreprises qui disposent aujourd'hui de solutions collectives plus généreuses pour leur personnel, elle pourrait entraîner un nivellement par le bas si les exigences minimales fixées dans le cadre d'une assurance obligatoire étaient inférieures au statu quo et ne garantissaient pas des prestations équivalentes à celles que l'employeur est tenu de verser en vertu du CO. Des assurances complémentaires seraient nécessaires pour conserver le niveau des prestations.

[95] https://www.ersatzkasse.ch/
[96] Art. 72, al. 2, LAA

Incitations à l'embauche et impact en matière de politique sociale

L'introduction d'une assurance obligatoire permettrait avant tout de supprimer les barrières en matière d'accès, mais aurait des effets limités sur le marché du travail, sachant que les décisions d'embauche se fondent d'abord sur les qualifications, le niveau des frais salariaux et les besoins de l'entreprise. Si l'égalité d'accès à l'assurance s'améliore formellement pour les travailleurs, aucune répercussion notable sur l'emploi n'est attendue.

En outre, une couverture minimale ne changerait rien au fait que les indemnités journalières assurées sont faibles pour les bas salaires et en particulier pour les personnes travaillant à temps partiel.

Selon les résultats de l'étude réalisée par Ecoplan, environ 65 % des entreprises en moyenne jugent que la l'existence d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie n'a pas d'effet négatif sur l'embauche et 20 % ne peuvent pas se prononcer sur ce point. La moitié des entreprises estiment qu'une proportion élevée de femmes, de seniors ou de personnes présentant des maladies préexistantes ne pose pas de difficultés pour la conclusion d'une assurance. Environ 24 % des entreprises ne se sont pas prononcées sur ce point.

Globalement, les enquêtes ne montrent pas d'obstacles systématiques à l'embauche qui pourraient être résolus de façon ciblée par l'introduction d'une assurance obligatoire.

Groupes spécifiques concernés

Le fardeau des primes serait plus élevé pour les entreprises de très petite taille (avec ou sans employés). Pour que les personnes indépendantes tirent avantage d'une assurance obligatoire, il faudrait qu'elles y soient intégrées ou qu'un accès facultatif leur soit proposé à des conditions attrayantes. Les seniors et les personnes présentant des maladies préexistantes auraient plus facilement accès à l'assurance, mais les entreprises pourraient être confrontées à des adaptations des coûts à l'échelle du système. Pour les femmes, il serait important de régler les questions relatives à la coordination des délais d'attente et au maintien du salaire prévu par le CO afin d'éviter d'éventuelles lacunes de couverture en cas de grossesse.

L'enquête effectuée par Ecoplan indique que la grande majorité des petites et moyennes entreprises (PME) possèdent déjà une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. À partir de trois employés, la proportion d'entreprises assurées varie entre 89 et 97 % selon la taille de l'entreprise. La majorité des salariés en Suisse travaillent dans des entreprises assurées et ne verraient donc pas d'amélioration de l'accès à une couverture. En outre, la couverture minimale envisagée pourrait être inférieure aux prestations octroyées aujourd'hui. Il n'est pas possible d'évaluer dans quelle mesure les entreprises accepteraient de s'assurer volontairement pour des prestations allant au-delà de la couverture de base obligatoire.

L'enquête d'Ecoplan révèle, pour le reste des PME, que l'aspect financier est déterminant dans le choix de ne pas conclure d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Une petite partie d'entre elles ont entrepris des démarches en vue de s'assurer,

mais y ont renoncé pour des raisons économiques. On ne voit pas en quoi une obligation pourrait améliorer le caractère financièrement supportable de l'assurance pour ces entreprises. Au contraire, l'obligation de souscrire une assurance d'indemnités journalières engendrerait des coûts supplémentaires, sans régler le problème de fond des difficultés à financer cette couverture.

En fin de compte, une assurance obligatoire n'offrirait pas d'amélioration sensible de la couverture pour les PME et les entreprises sans employés. Cette mesure risque plutôt de supplanter des solutions différenciées qui ont fait leurs preuves, sans améliorer la situation économique des entreprises qui ne sont pas en mesure de financer une telle assurance.

Prévention

L'introduction d'exigences minimales uniformes affaiblirait les incitations de type bonus-malus dans la couverture de base obligatoire. En cas d'application de tarifs de branche comme dans l'assurance-accidents obligatoire, les effets préventifs seraient transférés vers les programmes communs à la branche ou fondés sur la législation.

La gestion de la santé en entreprise resterait pourtant un thème central du point de vue des entreprises, qui supporteraient toujours des coûts indirects non couverts par l'assurance (productivité, remplacements, administration).

Charges administratives

La mise en place d'une assurance obligatoire entraînerait au départ des charges administratives élevées. Il faudrait procéder à une révision complète de la LAMal et/ou de la LCA ainsi que des actes législatifs annexes et des ordonnances. Outre la définition du cadre légal, il serait nécessaire de créer de nouvelles structures d'exécution et de contrôle pour en vérifier l'application. Ces structures comprendraient en particulier des processus en vue du contrôle de la couverture d'assurance et du respect des dispositions légales ainsi qu'une institution supplétive en cas d'absence d'assurance.

Selon les modalités choisies, des solutions institutionnelles seraient éventuellement aussi nécessaires, notamment pour gérer des mécanismes de compensation. Là encore, il faudrait procéder à des révisions complètes des bases juridiques, en particulier du droit du travail et de la législation sur la surveillance de l'assurance-maladie et de l'assurance en général. La coordination entre les différents domaines du droit et les services compétents serait source de travail supplémentaire.

Le fonctionnement courant du système entraînerait des tâches supplémentaires en matière d'administration et de contrôle. La surveillance durable du respect de l'obligation de conclure une assurance, le contrôle du respect des exigences minimales ainsi que le traitement des litiges et des questions de délimitation mobiliseraient des ressources en continu. Les potentiels de synergie par rapport au système actuel de l'assurance facultative sont limités : qu'elle soit introduite dans la LAMal ou la LCA, une assurance obligatoire requerrait des modifications profondes du système.

Bilan

L'introduction d'une assurance obligatoire avec obligation de contracter dans le cadre d'une attribution (obligation d'admission) constitue l'intervention la plus radicale dans le système. Si elle garantit une couverture minimale en matière d'indemnités journalières en cas de maladie, pouvant aussi combler les lacunes que les délais d'attente peuvent entraîner dans le maintien du salaire, elle risque d'accroître les coûts et la complexité et de supplanter des solutions qui ont fait leurs preuves. De plus, cette obligation porterait atteinte à la liberté économique et contractuelle des entreprises.

Vu le degré de couverture déjà élevé et le grand nombre de cas dans lesquels les prestations sont supérieures aux exigences minimales envisageables, cette mesure ne présente pas d'utilité pour une grande partie des entreprises et leur personnel. Elle risque au contraire de conduire à une détérioration des prestations ou à des surcoûts dus aux couvertures complémentaires. Les conséquences concrètes dépendent de la définition de la couverture minimale.

Aucun impact favorable sur le niveau des primes n'est attendu compte tenu du nombre croissant d'absences au travail pour cause de maladie. Une assurance obligatoire entraînerait un transfert de coûts à l'échelle du système, sans répondre au problème sous-jacent des difficultés de financement. Cette mesure aurait des effets limités en matière de politique sociale, mais provoquerait une augmentation des charges administratives, de la complexité et des interventions dans les systèmes existants.

4.3 Obligation partielle avec *opting-out*

4.3.1 Caractéristiques

Dans un système d'obligation partielle, l'assurance est en principe obligatoire, mais des exceptions sont autorisées (*opting-out*) lorsque l'entreprise a mis en place une solution au moins équivalente aux exigences standard et qu'elle peut démontrer sa solvabilité. Cette mesure risque de créer deux segments : un collectif soumis à l'assurance obligatoire (constitué plutôt d'entreprises présentant des risques élevés) et un collectif opting-out (typiquement de grandes entreprises présentant moins de risques et des structures stables). Elle requiert des critères clairs, des contrôles réguliers, des règles en cas de réintégration et des dispositions transitoires. Une obligation de contracter dans le cadre d'une attribution (obligation d'admission) serait également nécessaire pour la mise en œuvre d'une obligation partielle (cf. supra).

4.3.2 Effets

Évolution des primes et couverture d'assurance

L'évaluation de l'impact potentiel sur l'évolution des primes et des effets sur la couverture d'assurance se fonde là encore sur la situation actuelle du marché. Les enquêtes disponibles montrent qu'une grande partie des entreprises disposent déjà d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou de leur propre solution et qu'elles prévoient souvent des prestations qui dépassent la couverture minimale envisagée dans le présent rapport. Une obligation partielle n'apporterait probablement pas d'avantage supplémentaire aux entreprises ayant mis en place une solution

équivalente au maintien du salaire prescrit par le CO, qui devraient fournir la preuve de l'équivalence de leur solution et sortir formellement de l'assurance obligatoire (*opting-out*). S'agissant des entreprises déjà assurées, voir les explications plus haut relatives à l'introduction d'une assurance obligatoire.

En ce qui concerne l'évolution potentielle des primes des assurances d'indemnités journalières en cas de maladie, on estime que le niveau des primes devrait être plus élevé dans le cadre d'une obligation partielle avec *opting-out* qu'en cas d'obligation complète, car la possibilité de libération concerne avant tout les entreprises qui présentent un collectif de risques plutôt favorable et ont adopté leur propre solution. Enfin, il n'est pas exclu que des entreprises au profil favorable décident de mettre en place leur propre solution et soient libérées de l'obligation de conclure une assurance, tandis que celles ayant un profil défavorable resteraient dans l'assurance obligatoire. Ces effets de sélection de la part des entreprises risquent de renchérir globalement la couverture de base obligatoire.

Une obligation partielle élargirait formellement la couverture d'assurance, mais celle-ci resterait fortement différenciée au niveau des prestations. Tandis qu'une partie des entreprises s'aligneraient sur les exigences minimales (en révisant leurs prestations à la hausse ou à la baisse), d'autres maintiendraient leur solution spécifique, qui prévoit souvent des prestations supérieures à la moyenne. On assisterait à la mise en place d'un système scindé en deux avec des règles parallèles, ce qui nuirait à la transparence et à la comparabilité de la couverture d'assurance. Il n'est pas possible de savoir combien d'entreprises s'en tiendraient aux exigences minimales, proposeraient des prestations dépassant la partie obligatoire ou feraient usage de la possibilité d'opting-out.

Les effets de sélection (les bons risques quittent le collectif soumis à l'assurance obligatoire) entraîneraient une hausse des primes dans le pool résiduel. Les entreprises exemptées conserveraient une grande souplesse et pourraient maintenir des solutions spécifiques à la branche ou à l'entreprise. D'une manière générale, cette adaptation du système conduirait à une plus grande hétérogénéité de la couverture de la perte de gain.

Incitations à l'embauche et impact en matière de politique sociale

Là encore, les effets sur les incitations à l'embauche restent limités. Les entreprises pourraient en théorie lier le recrutement à des critères de sortie de l'assurance obligatoire (p. ex. la stabilité des risques). Toutefois, comme indiqué au chapitre sur l'introduction d'une assurance obligatoire (cf. supra), les données à disposition ne permettent pas de conclure que l'accès à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie constitue un facteur majeur dans les décisions d'embauche. À l'inverse, il n'est pas exclu que des entreprises qui ne souhaitent pas conclure d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie et sont sorties de l'assurance obligatoire évitent d'engager des personnes qui pourraient mettre en péril ce statut. Une obligation partielle n'apporterait donc pas d'amélioration au niveau de l'emploi. Elle permettrait certes de garantir l'accès formel, mais n'influerait pas sur les nombreux autres facteurs clés pour l'intégration sur le marché du travail.

L'introduction d'une obligation partielle n'aurait qu'un faible impact sur la politique sociale – aide sociale, assurance-chômage ou assurance-invalidité. Aucun allègement notable de ces systèmes n'est attendu, étant donné que le degré de couverture des employés par une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie est déjà élevé aujourd'hui. Les problèmes de délimitation entre la couverture de base obligatoire, les solutions d'*opting-out* et d'autres assurances sociales risquent de générer du travail de coordination supplémentaire. De plus, des régimes différents nuiraient à la comparabilité.

Groupes spécifiques concernés

L'introduction d'une obligation partielle aurait des conséquences variables pour les PME. Les entreprises libérées de l'obligation de conclure une assurance devraient supporter les charges administratives liées à l'attestation de l'équivalence de leur solution et de leur solvabilité. La question des coûts ne serait pas résolue pour celles qui n'ont pas d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie et qui ont volontairement renoncé à cette couverture. Ces dernières seraient prises en étau entre l'obligation de prouver leur solvabilité concernant la couverture des risques futurs liés au maintien du salaire et l'obligation de conclure une assurance.

Une obligation partielle ne changerait rien au fait que le caractère financièrement supportable de l'assurance constitue un frein majeur pour une partie des entreprises. Pour le reste, voir les explications plus haut concernant l'introduction d'une assurance obligatoire.

Les entreprises ayant un profil de risque favorable profiteraient des solutions d'*opting-out* tandis que celles présentant un profil défavorable resteraient dans le collectif soumis à l'assurance obligatoire et devraient payer des primes plus élevées.

Prévention

Les mécanismes incitant à la prévention seraient affaiblis pour les entreprises soumises à la couverture de base obligatoire du fait qu'elles ont renoncé à sortir de l'assurance ou qu'elles ne remplissent pas ou ne sont pas en mesure de remplir les conditions pour ce faire. Dans cette partie du système, il ne serait quasiment plus possible de différencier le montant des primes en fonction de la sinistralité individuelle.

Quant aux entreprises libérées de l'obligation de conclure une assurance car elles disposent de leur propre solution, elles ne seraient pas concernées par les incitations préventives externes d'une assurance, comme c'est déjà le cas dans le droit en vigueur. Leur situation ne changerait pas.

Pour les autres effets, se référer aux explications plus haut concernant l'introduction d'une assurance obligatoire.

Charges administratives

Une obligation partielle entraînerait des charges administratives élevées. En plus des adaptations impératives mentionnées au chapitre de l'assurance obligatoire, il faudrait introduire une procédure pour l'examen, la reconnaissance et la vérification continue des solutions d'*opting-out*, ce qui nécessiterait de nouvelles structures administratives, des

processus de contrôle et des mécanismes de coordination. Une fois le système en place, les charges liées à l'exécution seraient elles aussi élevées, car l'équivalence ne pourrait pas être établie une fois pour toutes et devrait être réévaluée régulièrement en raison des fluctuations importantes du personnel.

Bilan

Bien qu'elle s'inscrive sur le plan formel dans la continuité des solutions existantes, une obligation partielle avec *opting-out* risque de scinder le système en deux. Les entreprises disposant de structures stables et de profils de risque favorables pourraient être libérées de l'obligation de conclure une assurance, tandis que les autres resteraient dans la couverture de base obligatoire.

Il est probable que les entreprises présentant un profil de risques favorable et des taux de sinistres bas choisiront plus souvent de demeurer hors du système obligatoire, ce qui risque de renchérir les primes de la couverture de base obligatoire. La majorité des entreprises ne verraient pas leur couverture s'améliorer, mais devraient supporter davantage de charges administratives. L'obligation partielle n'apporterait en outre aucun allègement à celles qui ne possèdent pas d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. En définitive, cette mesure rendrait le système plus complexe et plus sélectif, sans offrir de valeur ajoutée évidente. Elle porterait aussi atteinte à la liberté économique.

4.4 Obligation de contracter dans le cadre d'une assurance facultative

4.4.1 Caractéristiques

Comme indiqué précédemment, une obligation de contracter existe déjà dans l'assurance individuelle relevant de la LAMal. La prédominance sur le marché des assurances régies par la LCA est notamment due au niveau plus faible des prestations pouvant être assurées dans le domaine LAMal. Si l'on veut que l'obligation de contracter prévue dans la législation sur les assurances sociales garantisse un accès non prohibitif, comme le demande le postulat, les prestations assurées devraient permettre une couverture fondamentale de la perte de gain en cas de maladie. Le contrat d'assurance proposé devrait dès lors répondre à certaines exigences légales.

Dans le cadre d'une obligation de contracter, la conclusion d'une assurance resterait facultative, mais les assureurs seraient tenus de soumettre une offre ou d'assurer l'entreprise à la suite d'une attribution. La tarification fondée sur les risques resterait admise et ne disparaîtrait pas.

Ce modèle pourrait notamment prendre la forme d'une solution de branche, telle que celle présentée par l'ASA le 5 février 2026 lors de sa conférence de presse annuelle[97]. Une fois entrée en vigueur l'adaptation de la convention de libre passage du 1er janvier 2006, applicable aux assureurs y ayant adhéré, les entreprises (et non les particuliers) qui

[97] Communiqué de presse de l'ASA du 5 février 2026

remplissent des critères définis (absence de contrat non fautive, au moins trois refus par un assureur d'indemnités journalières en cas de maladie) pourraient à l'avenir être attribuées à un assureur. Ce dernier serait tenu d'assurer l'entreprise concernée, mais autorisé à calculer les primes en fonction des risques. Un plafonnement du taux de prime admissible pourrait s'appliquer à certaines conditions[98]. Pour les entreprises qui possédaient déjà une assurance, l'assureur doit proposer une couverture au moins équivalente à celle prévue dans la police en vigueur jusque-là et, pour les nouveaux contrats, une offre avec un délai d'attente de 30 jours et des prestations correspondant à 80 % du salaire assuré pour une durée de 720 ou 730 jours. L'attribution est effectuée par un service mandaté à cet effet, qui assume cette tâche selon le modèle de la caisse supplétive LAA. Le financement serait assuré par des contributions communes des assureurs et par des émoluments facturés individuellement aux assureurs ou aux entreprises.

4.4.2 Effets

Évolution des primes et couverture d'assurance

Une obligation de contracter dans l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie fondée sur la LCA garantirait l'accès à une couverture d'assurance. Les entreprises tenues de conclure une telle assurance en vertu d'une CCT, par exemple, auraient la garantie d'obtenir une offre et de pouvoir assurer leur personnel. Il en résulterait une amélioration de la couverture d'assurance. Les assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie devraient toutefois continuer de pouvoir différencier les primes en fonction des risques spécifiques à la branche, de l'expérience et d'autres critères de tarification. Par conséquent, le niveau des primes ne changerait pas pour les collectifs présentant des risques élevés.

Pour qu'une obligation de contracter dans le cadre des assurances individuelles et collectives régies par la LAMal offre des conditions susceptibles de garantir le maintien du salaire en cas de maladie, il faudrait que ces assurances s'alignent sur celles relevant de la LCA pour qu'elles demeurent compétitives sur le marché. L'assurance d'indemnités journalières fondée sur la LAMal étant une assurance sociale, soumise aux prescriptions de la LPGA, des adaptations de la législation pourraient être nécessaires (voir point 3.1.1). En outre, le principe du calcul des primes en fonction des risques par les assureurs devrait être maintenu de manière à garantir le financement.

Incitations à l'embauche et impact en matière de politique sociale

L'accès garanti à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie faciliterait pour certaines entreprises l'engagement de personnes présentant un risque de maladie élevé et améliorerait la couverture sociale de ce groupe de personnes. Il en va de même pour

[98] Hausse maximale admise de 200 % du taux de prime actuel pour une durée minimale de contrat de deux ans

les entreprises qui emploient une forte proportion de seniors ou pour les personnes qui travaillent dans des branches où les risques sont élevés.

Le principe du calcul des coûts en fonction des risques étant maintenu, il n'y aurait guère de changement au niveau des éventuelles incitations financières ayant un impact négatif sur l'embauche.

Groupes spécifiques concernés

Une obligation de contracter bénéficierait au personnel des entreprises qui n'ont pas pu obtenir de couverture d'assurance à la suite de plusieurs refus. Elle pourrait améliorer l'accès à une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie pour les employés des micro-entreprises dans lesquelles un examen de santé est exigé ou des entreprises ayant plusieurs sinistres en cours. Toutefois, le risque de devoir payer des primes élevées et de faire face à des réserves ou à l'exclusion de prestations resterait entier, notamment lorsque l'entreprise est tenue de respecter les prestations minimales exigées par une CCT. Pour les travailleurs indépendants, la situation dans le domaine de la LCA ne s'améliorerait qu'en cas d'extension explicite de l'obligation de contracter aux assurances individuelles.

Prévention

Les éléments incitatifs (modèles de bonus-malus, tarification fondée sur l'expérience) favorisant la prévention interne à l'entreprise ne seraient pas touchés. Aucun changement significatif n'est attendu par rapport au statu quo.

Charges administratives

Les charges administratives seraient moins élevées qu'en cas d'assurance obligatoire, car une obligation de contracter dans le cadre d'une assurance facultative ne requerrait que des adaptations ponctuelles du système en place. Il serait nécessaire de définir des prestations minimales standard dans la LAMal et les actes législatifs annexes et de procéder à des adaptations plus complètes de la LCA et des actes législatifs annexes. Si les modalités choisies pour l'obligation de contracter incluent un système d'attribution, il faudrait également prendre en compte la création d'un service d'attribution, par exemple tel que le prévoit l'ASA.

Bilan

L'introduction d'une obligation de contracter élargie dans le cadre d'une assurance facultative d'indemnités journalières en cas de maladie régie par la LAMal et/ou la LCA améliorerait l'accès formel à une couverture d'assurance, sans modifier les caractéristiques fondamentales du système actuel. Les entreprises qui n'ont pas pu trouver de solution d'assurance à la suite de plusieurs refus pourraient dès lors obtenir une offre. Le calcul des primes en fonction des risques étant maintenu, on ne peut escompter d'allègement significatif pour les entreprises présentant des risques élevés, ni de baisse générale du niveau des primes.

L'accès facilité à l'assurance d'indemnités journalières pour certaines entreprises et certains groupes de personnes améliorerait la couverture individuelle en cas de maladie.

Les charges administratives seraient limitées par rapport aux modèles prévoyant des modifications plus étendues, puisqu'une obligation de contracter exigerait uniquement des adaptations des bases juridiques et, le cas échéant, la mise en place d'un système d'attribution. Dans l'ensemble, cette mesure apporterait des améliorations ponctuelles de l'accès à une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, sans nécessiter de modifications fondamentales du système actuel.

4.5 Options de réforme moins radicales au niveau du partenariat social (CCT/CTT)

4.5.1 Caractéristiques

Avant d'envisager des modèles prévoyant une obligation imposée par l'État, il serait possible de renforcer de manière ciblée le rôle des partenaires sociaux. Dans les CCT, ces derniers pourraient convenir de prestations minimales adaptées à la branche (p. ex. niveau de couverture de la perte de gain, durée des prestations, délais d'attente), assurer les risques à l'échelle de la branche (fonds/*pool*) et prévoir des instruments obligatoires axés sur la prévention et l'intégration (tels que la promotion de la santé en entreprise, la gestion par cas, les processus de réinsertion). Cette approche permettrait de concevoir des solutions sur mesure, en phase avec l'économie et conformes aux risques spécifiques à la branche. Elle respecterait également la souveraineté des partenaires sociaux en matière de négociation.

4.5.2 Effets

Évolution des primes et couverture d'assurance

Une tarification spécifique à la branche et des instruments collectifs mis en place par la branche permettraient un pilotage des risques plus efficace que des mesures applicables au système tout entier et une définition transparente des niveaux de couverture minimale.

Incitations à l'embauche et impact en matière de politique sociale

Les solutions fondées sur le partenariat social seraient adaptées au marché du travail et éviteraient tout effet incitatif indésirable en matière de recrutement. Elles permettraient d'améliorer de façon ciblée la couverture et la stabilité dans les branches à haut risque.

Groupes spécifiques concernés

Les branches comptant une forte proportion de PME tireraient parti d'un pilotage collectif. En fonction des modalités choisies, elles pourraient adapter la gestion des risques liés aux seniors, aux femmes et aux personnes présentant des maladies préexistantes à leurs réalités spécifiques.

Prévention

L'impact en matière de prévention serait élevé, car les CCT pourraient combiner des standards contraignants et des incitations financières (modèles de bonus-malus au niveau de la branche, obligations liées à des programmes).

Charges administratives

Le recours aux structures de partenariat social réduirait les coûts d'exécution pour l'État et maintiendrait à un faible niveau les charges administratives pour les entreprises.

Bilan

Renforcer le partenariat social représente un niveau de réforme proportionné et moins incisif. Cette solution permettrait de traiter les problèmes concrets (en particulier dans les branches à haut risque) avant l'introduction éventuelle d'une obligation imposée par l'État et offrirait plus de souplesse dans l'optimisation du système actuel.

4.6 Appréciation des options envisagées

Les options envisagées diffèrent quant au degré d'intervention, aux effets sur les coûts et à la compatibilité avec les solutions existantes. Si l'introduction d'une assurance obligatoire garantit la couverture minimale la plus étendue, elle entraîne des coûts élevés au niveau du système et de l'exécution et risque de supplanter des solutions collectives qui ont fait leurs preuves. L'obligation partielle avec *opting-out* est une mesure plus souple, qui induirait toutefois des effets de sélection et une complexité administrative. Quant à l'obligation de contracter dans le cadre d'une assurance facultative, elle élimine des problèmes ponctuels en matière d'accès sans nécessiter d'intervention majeure sur le système, mais n'apporte pas d'harmonisation des prestations ni de réduction des coûts. Compte tenu de ces éléments, le renforcement ciblé des solutions de partenariat social sous forme de CCT paraît être le niveau de réforme prioritaire, sur lequel pourraient ensuite se greffer si nécessaire des interventions étatiques de portée plus étendue.

4.7 Mécanismes de compensation

Le terme « mécanisme de compensation » est utilisé ci-après pour désigner la « compensation des risques » évoquée dans le postulat, afin d'éviter toute confusion avec la compensation des risques dans l'assurance obligatoire des soins (AOS), qui constitue une notion établie dans ce domaine.

Fondements de la compensation des risques dans l'AOS

La compensation des risques dans l'AOS devait permettre de garantir l'application de deux principes : l'égalité d'accès au système de santé et le libre choix de l'assureur. À cet effet, le système prévoit des primes et des prestations uniformes. À partir de l'âge de 26 ans, les primes sont les mêmes indépendamment de l'âge, de l'état de santé et du sexe. Il n'y a pas d'examen de santé sur la base duquel l'assureur pourrait prévoir des suppléments liés aux risques ou exclure des prestations en raison de maladies préexistantes. La compensation des risques rend peu attrayante la sélection des risques par les assureurs (*cherry picking*).

La compensation des risques est un mécanisme complexe et exigeant. Les bases juridiques figurent dans les art. 16 à 17*a* LAMal, dans l'ordonnance du 19 octobre 2016

sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR)[99] et dans l'ordonnance du DFI du 14 octobre 2019 sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR-DFI)[100]. Sous l'égide des assureurs, une institution commune LAMal (IC LAMal) gère la compensation des risques entre ces derniers au sein des cantons (art. 17*a*, al. 1, LAMal). L'échange de données entre les assureurs et l'IC LAMal passe par des systèmes devant répondre à des exigences élevées en matière de protection des données. La surveillance des données transmises, des calculs et de l'exécution s'effectue en plusieurs étapes, avec le soutien de services de révision externes. L'OFSP assume une fonction de surveillance à l'égard de l'IC LAMal pour ce qui concerne la compensation des risques (art. 1, let. d, en rel. avec l'art. 56 LSAMal).

Les risques sont équilibrés au moyen de paiements entre les assureurs. L'obligation de contracter ne pose dès lors pas de problème aux assureurs et il n'est pas nécessaire d'adopter des réglementations supplémentaires. La compensation des risques n'a toutefois pas été introduite à cause de l'obligation de contracter.

Mécanismes de compensation possibles dans l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie

En fonction des dispositions réglementaires, plusieurs options sont possibles pour la mise en place d'un mécanisme de compensation.

Un mécanisme de compensation serait nécessaire si l'obligation de contracter est assortie d'exigences légales concernant le contrat d'assurance à proposer, notamment si la législation définit le degré de couverture de la perte de gain, la durée des prestations ou la limite temporelle des réserves. Pour les mauvais risques, de telles dispositions peuvent entraîner la fixation de primes trop basses (sous-tarification) si les règles permettent de tenir compte des risques lors du calcul, mais visent à empêcher les primes excessives (p. ex. plafonnement du taux de prime). Il faudrait alors procéder à des transferts de fonds des bons risques vers les mauvais risques, pour lesquels les tarifs sont insuffisants. Ce financement croisé requerrait aussi des suppléments de primes pour les bons risques (voir également la figure 3).

Selon une autre forme de mécanisme de compensation, l'assureur pourrait effectuer un calcul mixte pour le collectif considéré. Des suppléments facturés pour les bons risques contribueraient au financement des mauvais risques. Ce type de calcul mixte est possible si l'assureur n'est pas, compte tenu des prescriptions légales, tenu d'assurer trop de mauvais risques. Dans cette optique, l'attribution aléatoire des mauvais risques aux assureurs pourrait être confiée à un service indépendant (calcul mixte avec gestion de l'attribution). L'étendue des suppléments imposés pour les bons risques dépend des modalités concrètes et de leurs conséquences sur le marché des assurances :

[99] RS **832.112.1**
[100] RS **832.112.11**

- Les suppléments pourraient être à peine perceptibles si les risques assurés grâce à l'obligation de contracter sont très peu nombreux et que les exigences légales (concernant p. ex. le taux de prime maximal) ne sont pas trop strictes.
- Ils pourraient être importants si de grandes entreprises qui n'étaient pas assurées jusque-là et qui appliquaient leur propre solution décident de s'assurer et obtiennent une couverture par le biais du mécanisme d'attribution du nouveau système.

Un mécanisme de compensation distinct prévoyant des flux de paiement explicites entre les assureurs pourrait également être envisagé :

- L'introduction de paiements compensatoires entre les assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie des systèmes LAMal et LCA n'est toutefois guère réalisable, car elle serait incompatible avec un principe central du système actuel de la LAMal, qui interdit les apports en capital et le transfert de bénéfices.
- La création d'un mécanisme de compensation au sein du système fondé sur la LCA se heurte également à des obstacles importants. Les contrats régis par la LCA étant individuels et donc très divers, il paraît là encore difficile de mettre en place un système fonctionnel de paiements compensatoires.

Plusieurs étapes sont en principe nécessaires pour instituer un mécanisme de compensation : élaborer une base juridique pour ce mécanisme, puis assurer son financement et créer les structures opérationnelles. La surveillance du respect de l'obligation de contracter, des dispositions prévues (p. ex. taux de prime maximal) et du mécanisme lui-même requerrait également une base juridique, ainsi que la mise en place du financement, des ressources en personnel et de l'organisation nécessaires.

Si une refonte de la réglementation devait supprimer l'un des deux systèmes – assurance régie par la LAMal ou la LCA –, il faudrait en outre gérer les portefeuilles d'assurance existants. Une extinction naturelle des portefeuilles ne paraît pas appropriée, car les portefeuilles qui diminuent gagnent habituellement en volatilité et les risques augmentent.

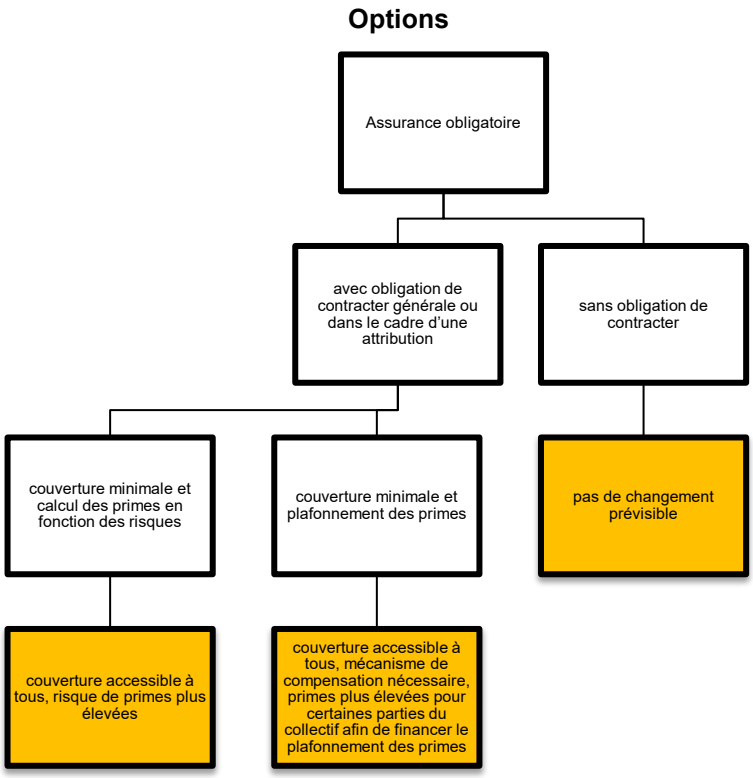


Figure 3 : Tableau des options pour une assurance obligatoire

5 Conclusions

Globalement, les données analysées dans le cadre du présent rapport montrent qu'il existe un système fonctionnel de couverture de la perte de gain en cas de maladie. L'assurance d'indemnités journalières est très répandue en Suisse et garantit en fin de compte à la majorité des travailleurs une couverture nettement supérieure au niveau minimal du maintien du salaire prévu par le CO. Les modalités des contrats d'assurance et les structures de primes varient, ce qui est caractéristique d'un marché relevant de l'économie privée.

L'analyse des études et des enquêtes à disposition indique en outre que l'accès à une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie est fondamentalement garanti pour les entreprises. Compte tenu du volume du marché, les cas dans lesquels l'assurance est refusée ou aucune offre n'est présentée ne concernent que très peu d'entreprises et de travailleurs. Les aspects financiers sont bien plus souvent déterminants dans le choix de renoncer à souscrire une assurance, sans que l'entreprise dispose de sa propre solution. Les petites entreprises sont particulièrement concernées, en raison notamment de facteurs liés au marché, par exemple un pouvoir de négociation plus faible, un manque de personnel spécialisé ou des situations individuelles défavorables. Dans les systèmes d'assurance, il n'est pas rare que des personnes ou des entreprises soient confrontées à des conditions plus difficiles à cause de risques particuliers.

Les possibilités d'action exposées dans le rapport illustrent différentes approches permettant de traiter cette thématique. Une assurance obligatoire permettrait une

couverture généralisée et pourrait faciliter l'accès à l'assurance pour certains groupes de risques. Une telle mesure suppose toutefois des modifications structurelles profondes et présente un risque de péjoration des prestations pour une grande partie des employés. Comme, à l'heure actuelle, la majeure partie des contrats d'assurance collective relèvent de la LCA, il serait judicieux que l'obligation repose sur les structures de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie régie par la LCA (avec des mécanismes de compensation appropriés). L'assurance collective régie par la LAMal ne jouant plus qu'un rôle mineur en pratique, l'introduction d'une assurance obligatoire dans ce domaine nécessiterait des changements structurels très importants.

Une obligation partielle avec un mécanisme d'*opting-out* serait davantage compatible avec les solutions existantes, mais risquerait de scinder le système en deux. Les entreprises présentant des profils de risque favorables ou disposant déjà de solutions complètes pourraient sortir de la couverture de base obligatoire, tandis que les autres y resteraient.

Parallèlement à ces réformes structurelles, des possibilités d'adaptation ponctuelle du système ont été examinées, notamment une obligation de contracter à certaines conditions ou des solutions reposant sur le partenariat social dans le cadre de CCT. Ces approches permettraient de cibler les difficultés d'accès identifiées et de combler des lacunes sans modifier radicalement le fonctionnement du système actuel.

Il convient de noter par ailleurs que la charge supportée par les entreprises en raison des primes est liée à l'augmentation du nombre d'absences pour cause de maladie. Une diminution des absences aurait un impact marqué sur les primes. Voir à ce sujet le rapport présenté par le Conseil fédéral en réponse au postulat Gutjahr 24.3154 « Absences au travail. Instaurer la transparence et développer des mesures ciblées avec les partenaires sociaux », qui examine des possibilités de réduire les absences dues à la maladie. Le rapport envisage notamment des mesures visant à renforcer la prévention et la gestion de la santé en entreprise, la détection rapide des risques pour la santé et l'intervention précoce en cas d'absences, la réinsertion systématique, la gestion par cas et la coordination entre employeurs, assurances, acteurs médicaux et assurances sociales.

Les analyses suggèrent que les défis observés aujourd'hui concernent surtout des situations spécifiques et ne reflètent pas de dysfonctionnement général structurel du système. Avant d'envisager une restructuration importante d'un système globalement fonctionnel, il serait possible d'envisager des mesures ciblées et différenciées visant à résoudre des difficultés d'accès spécifiques ou à réduire les absences. Ces adaptations ponctuelles pourraient contribuer à combler des lacunes – accès à l'assurance pour les collectifs de petite taille, par exemple – sans modifier fondamentalement la stabilité et le fonctionnement du système dans son ensemble.

Au vu des constats établis dans le présent rapport, le Conseil fédéral maintient la position qu'il défend depuis de nombreuses années : les assurances d'indemnités journalières existantes couvrent largement les pertes de gain dues à la maladie, malgré l'absence d'obligation de conclure une assurance. Dès lors, il n'estime pas nécessaire d'introduire une telle obligation dans la législation.

6 Annexe

Annexe 1

Enquêtes de l'ASA sur mandat de l'OFSP, 3 septembre 2025 (en allemand)

Frage	Antwort SVV
1. Welche Faktoren führen zu einer **Erhöhung oder Senkung der individuellen Prämien?**	Grundsätzlich gibt es verschiedene Faktoren, die zu einer Erhöhung oder Senkung der Prämie beitragen, diese können auch je nach Versicherungsgesellschaft variieren. **Tarif (betrifft immer ein Kollektiv bzw. eine Risikogemeinschaft, z.B. eine Branche)** Der Tarif ist ein relevanter Faktor, der sich am Schadengeschehen der gesamten beobachteten Risikogemeinschaft orientiert. So wird der Tarif erhöht, wenn die Schadenzahlungen generell oder für eine bestimmte Risikogruppe zugenommen haben. Wann ein neuer Tarif für einen einzelnen Vertrag umgesetzt wird (während der Vertragsdauer, bei Vertragsablauf), kann unterschiedlich ausgestaltet werden und hängt auch davon ab, ob mit den Kunden eine Prämiensatzgarantie für die Vertragsdauer vereinbart wurde. **Individueller Schadenverlauf** Der individuelle Schadenverlauf wird je nach Kundengrösse und Versicherer unter Berücksichtigung aktuarieller Grundsätze zur Berechnung der Prämie verwendet, wobei auch hier der Tarif im Normalfall die Berechnungsbasis darstellt. Solche Verlaufs- und Erfahrungstarifierungen werden in der Regel auf Vertragsablauf erstellt und stellen die Grundlage für eine Verlängerung dar.

	Lohnsumme Wichtig zu beachten ist, dass die Prämie jeweils in Prozent der Lohnsumme ausgedrückt wird, so kann durch Lohnsummensteigerungen der CHF Betrag der Prämie zunehmen, aber der Prämiensatz bleibt konstant, was einer konstanten Prämie entspricht. **Deckungen (Wartefrist, Leistungsdauer)** Anpassungen der Deckungen können zu Senkungen oder Erhöhungen der Prämiensätze führen, wobei diese Veränderungen nichts mit dem generell ansteigenden KTG-Prämienniveau zu tun haben, sondern auf einer geänderten Strategie zur «Risikoüberwälzung» seitens des Kunden basieren und risikogerecht ausgestaltet werden. **Persönliche Merkmale (Alter, Gesundheitszustand)** Solche Faktoren vor allem bei Neuabschlüssen oder Deckungserhöhungen von fest versicherten Lohnsummen (z.B. Betriebsinhaber einer Einzelfirma) oder bei Neu-Aufnahmen von sehr kleinen Kollektiven relevant, wobei sich hier die Handhabung der einzelnen Versicherungsgesellschaften unterscheiden kann. Bei laufenden Verträgen für Kollektive sind diese Faktoren in der Regel nicht mehr direkt relevant, wobei ein indirekter Einfluss via «Individueller Schadenverlauf» (siehe oben) möglich ist.
*2. Welche Faktoren tragen am meisten zur **Erhöhung der Leistungskosten** bei (z.B. steigende Anzahl Krankheitsfälle, längere Ausfallzeiten, kürzere Wartefristen)?*	Es sind mehrere Faktoren und wohl auch in Kombination, es ist nicht möglich einen Faktor zu identifizieren, der am meisten beiträgt. Anpassungen der Deckungen wie Wartefristen können zu Senkungen oder Erhöhungen der Prämiensätze führen, wobei diese Veränderungen nichts mit dem generell ansteigenden KTG-Prämienniveau zu tun haben, sondern auf einer geänderten Strategie zur «Risikoüberwälzung» seitens des Kunden basieren und risikogerecht ausgestaltet werden.

	Grundsätzlich sind Anzahl Krankheitsfälle und die durchschnittliche Krankheitsdauer die relevanten Treiber, wobei die Ausprägung der beiden Faktoren je nach Branche und Deckungsverteilung der Versicherungsunternehmungen unterschiedlich ausfallen kann. Folgende Entwicklungen, die v.a. einen starken Einfluss auf die durchschnittliche Krankheitsdauer haben, können aber insgesamt festgestellt werden: • die Anzahl psychisch bedingter Leistungsfälle ist in den letzten Jahren stark angestiegen (vor allem bei jüngeren Arbeitnehmenden -> siehe dazu «Deutlich mehr psychische Leiden bei jungen Erwachsenen | AXA») durch gesellschaftliche und demografische Entwicklungen (zunehmendes Alter, weniger Bewegung, häufigeres Sitzen etc.) steigen die Absenzkosten aufgrund von Schäden am Bewegungsapparat. • Weiter besteht eine Tendenz der Ärzte, die Arbeitsunfähigkeit unkritisch auf 80 bis 100 Prozent und nicht arbeitsplatzangepasst festzulegen
3. Unter welchen Bedingungen kommt es in der Kollektivversicherung nach VVG zu einer **Kündigung** seitens der Versicherer?	Hauptursachen für eine Kündigung eines Versicherungsvertrags seitens des Versicherers sind: • Nichtbezahlung der Prämie • Mangelnde Rentabilität des Vertrags • Versicherungsmissbrauch
4. Wie viele Versicherungsverträge wurden in den letzten 5 Jahren durch die Versicherer **gekündigt**?	Umfrage SVV Herbst 2024 **Anzahl total gekündigter Verträge (also nicht nur aufgrund Nichtbezahlung, Rentabilität und Missbrauch)** 2021: **3'979**, 2022: **4'568**, 2023: **5'181**

	Kündigungsquote: 2021: **1.3%,** 2022: **1.5%,** 2023: **1.7%** Die Aussagekraft dieser drei Jahre ist beschränkt, da unter anderem auch die Vergleichswerte aus den Jahren vor der Pandemie fehlen. Es lässt sich aus den Zahlen nicht belastbar ableiten, ob die Kündigungsquote tatsächlich stabil bleibt.
5. Welche Hauptgründe führen zur **Ablehnung** eines Versicherungsantrags?	Hauptursachen für eine Ablehnung eines Versicherungsantrags seitens des Versicherers sind: • Schlechte Zahlungsmoral • Schlechte Bonität • Verdacht auf Versicherungsmissbrauch • Risikoprüfung
6. Wie viele Anträge auf eine Krankentaggeldversicherung wurden in den letzten 5 Jahren **abgelehnt**?	Dazu werden bei den Versicherern keine strukturierten Daten erhoben. Zudem müssen personenbezogene Daten gemäss DSG gelöscht werden, sobald ihr Zweck erfüllt ist. Bei Offerten besteht wohl keine Aufbewahrungspflicht.
*7. Wie häufig werden Versicherungsverträge aufgrund von Leistungsfällen oder einer Änderung in der Betriebsstruktur **angepasst** oder **gekündigt**?*	Siehe auch Antwort zu Frage 4. Infolge mangelnder Rentabilität des Versicherungsvertrages wurden in den Jahren 2021 bis 2023 wie folgt Kündigungen ausgesprochen: **Kündigungen infolge mangelnder Rentabilität:** 2021: **643**, 2022: **929**, 2023: **885** **Kündigungsquote:** 2021: **0.2%,** 2022: **0.3%,** 2023: **0.3%** Beispielsweise wurden 2022 insgesamt 929 Kündigungen infolge mangelnder Rentabilität ausgesprochen.

	Die Kündigungsquote infolge mangelnder Rentabilität liegt demnach bei 0.3 % der versicherten Unternehmen. Diese Zahl ist sehr aussagekräftig und gesichert. Gleichzeitig wurden 2'289 Kündigungen aufgrund von «nicht bezahlen der Prämie» ausgesprochen, das entspricht einer Kündigungsquote von 0.7 %. Kündigungen aufgrund mangelnder Zahlungsmoral liegen damit um den Faktor 2.5 höher als Kündigungen aufgrund mangelnder Rentabilität eines Versicherungsvertrags. Die Kündigungen aufgrund von Missbrauchsverdacht lagen 2022 bei tiefen 142 Fällen oder einer Quote von 0.05%. Es wurden 2022 zudem 1'208 weitere Kündigungen ausgesprochen, darunter fallen folgende Konstellationen: Wegfall Risiko, Betriebsaufgabe, Fusionen oder nicht zuortbare Gründe. Kündigungen aufgrund von Leistungsfällen sind absolute Ausnahmen. Teilweise wird sogar auf das Kündigungsrecht bei Leistungsfällen verzichtet.
8. Erkennen Sie eine gewisse Unternehmensgrösse, ab der Leistungsfälle das Risiko für Vertragskündigungen oder Prämienerhöhungen steigern?	Nein, es zählt nur die Risikoqualität des einzelnen Vertrags, unabhängig von der Grösse der versicherten Unternehmungen. Das heisst, dass zwar ein grosser Schadenfall zu einer defizitären Rentabilität eines einzelnen (kleinen) Vertrags führen kann, wobei dadurch noch keine schlechte Risikoqualität vorliegen muss.
9. Wie wirkt sich eine bestehende **Schwangerschaft** auf den Vertragsabschluss oder Vorbehalte aus?	Für Arbeitnehmerinnen ist die Situation in der Regel irrelevant, da sie in einem Kollektiv versichert sind, für welches keine Gesundheitsprüfungen einzelner Personen vorgenommen wird. Nur bei kleinsten Kollektiven findet je nach Versicherer eine Gesundheitsprüfung statt, die in solchen Fällen bei Neugeschäften ohne Vorversicherer zu einer Verschiebung des Vertragsbeginns oder einem temporären Vorbehalt führen könnte. Im Falle von bestehenden Versicherungen kommen die Bestimmungen des Freizügigkeitsabkommens zum Tragen (z.B. keine neuen Vorbehalte).

	Etwas anders ist die Situation bei festen Lohnsummen (z.B. Selbständigerwerbende, Betriebsinhaberin oder auch Geschäftsführerin bei GmbH). Da Schwangerschaften ein definiertes Ende haben (Geburtstermin), ist diese Risiko viel besser zu kalkulieren als andere Risiken und kann entsprechend auch einfacher beurteilt werden.
10. Was geschieht, wenn ein Versicherter das **Rentenalter** erreicht? Wie viele Versicherte über 65 Jahre gibt es aktuell? Wie viele über 70 Jahren?	Ab 65 Jahren oder vollem Bezug der AHV-Rente ist die Leistungsdauer in der Regel auf 180 Tage beschränkt. Die Erwartungshaltung bei langfristigen Erkrankungen ist der Bezug der Altersrente. Die Anzahl Versicherte über 65 Jahren kann für Kollektivrisiken nicht erhoben werden, da lediglich die Lohnsummen bekannt sind. Die Zahl könnte nur bei Selbständigerwerbenden und Betriebsinhabern erhoben werden, die Aussagekraft daraus ist aber sehr beschränkt und eine Erhebung macht keinen Sinn.
11. Wie viele **Selbstständige** sind aktuell bei Ihnen versichert? (*Referenzmenge*)	Anzahl versicherte selbstständig Erwerbende Personen (falls mehrere selbstständig Erwerbende in einem Vertrag versichert sind, wurden Personen gezählt): 2021: **114'609,** 2022: **113'287**, 2023: **112'577** Nicht alle an der Umfrage teilnehmenden Versicherer haben Zahlen zu den versicherten Selbständigerwerbenden geliefert (rund 80% haben geliefert). Die Zahlen sind daher auf den Gesamtmarkt hochgerechnet.
12. Inwiefern unterscheiden sich die Versicherungsbedingungen (z.B. Zugang, Gesundheitsprüfung, Leistungsumfang, Prämienstruktur) für selbständig Erwerbstätige im Vergleich zu unselbständig Erwerbstätigen?	Die Versicherungsbedingungen sind oft ähnlich wie für Kollektive. Der Hauptunterschied ist, dass bei selbstständig Erwerbenden in der Regel eine Gesundheitsprüfung durchgeführt wird und ein festes Taggeld resp. eine feste Lohnsumme versichert wird. Bei AN wird in der Regel die AHV Lohnsumme versichert. Zudem sind die Prämien bei Selbständigerwerbenden oft altersabhängig, da das individuelle Krankheitsrisiko mit dem Alter zunimmt.

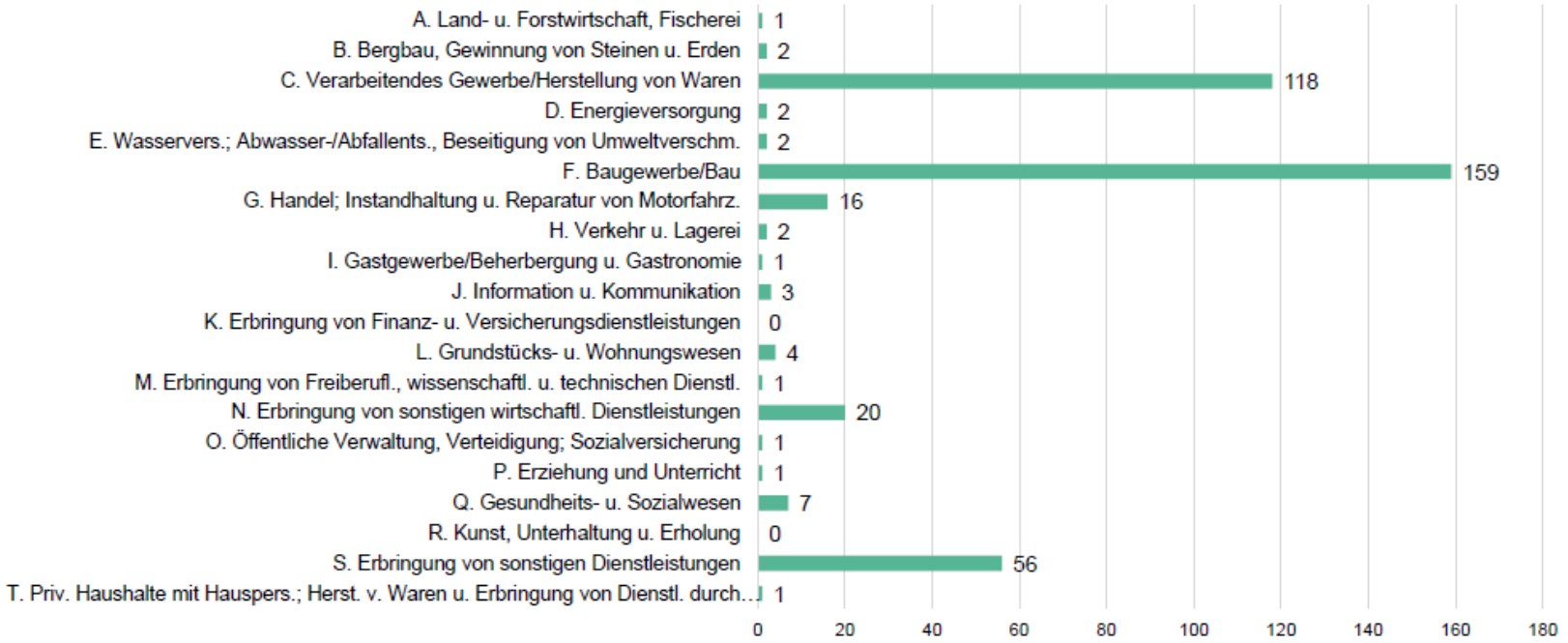
Annexe 2

Enquête de l’ASA auprès des entreprises, 22 mai 2025 (en allemand)

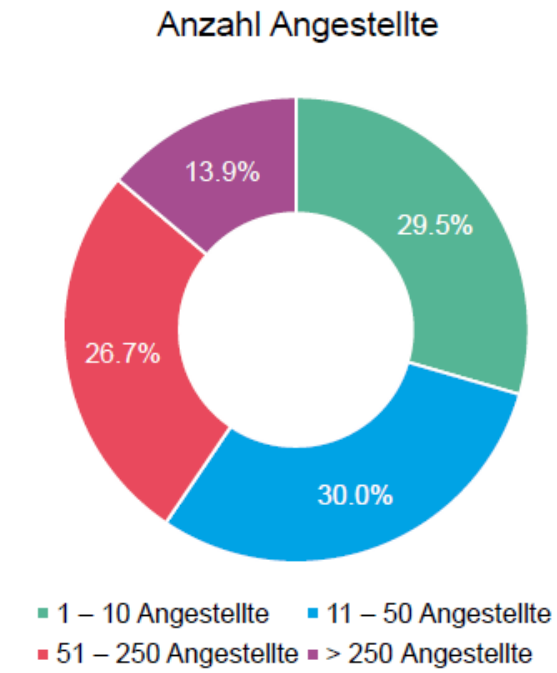
Krankentaggeldversicherung
Ergebnisse Umfrage Arbeitgeber

Schweizerischer Versicherungsverband SVV, Zürich, 22. Mai 2025

397 Firmen haben zwischen Januar und März 2025 an der nicht repräsentativen Umfrage des SVV teilgenommen



Der Grossteil der Firmen untersteht einem GAV, wovon die Mehrheit zum Abschluss einer kollektiven KTG-Versicherung verpflichtet ist



Von 397 teilnehmenden Firmen unterstehen 73.3 % (291 Firmen) einem GAV.

Darunter sind 213 Firmen (53.7 %) zum Abschluss einer Kollektivkrankentaggeldversicherung verpflichtet.

96.0 % oder 380 aller teilnehmenden Firmen haben für ihr Unternehmen eine kollektive Kranken-taggeldversicherung zur Absicherung ihrer Angestellten gegen Lohnausfall im Krankheitsfall für mindestens 720 Tage abgeschlossen.

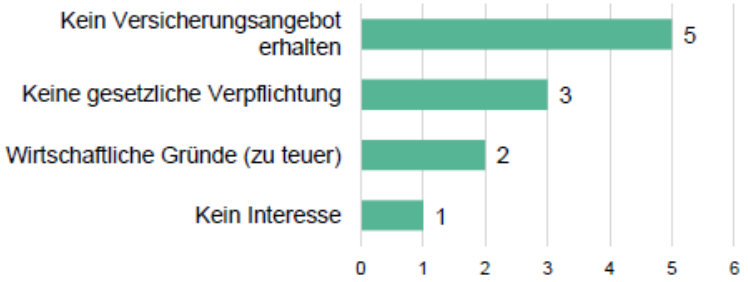
Von den restlichen 17 Firmen verzichtet die Mehrheit auf einen Abschluss bzw. eine betriebliche Lösung

Was ist mit den restlichen rund 4 % bzw. 17 Firmen?

- Sechs Firmen bieten eine eigene betriebliche Lösung an, welche ihren Angestellten den Lohn im Krankheitsfall zu mindestens 80 % für mindestens 720 Tage bezahlt. Fünf davon tun dies freiwillig.

  Gründe für die eigene betriebliche Lösung anstelle einer Versicherungslösung:
  - 1 x «kein Versicherungsangebot erhalten»
  - 5 x «wirtschaftliche Gründe (günstiger)»
  - 0 x «qualitative Gründe (eigene Lösung besser)»

- Elf Firmen verzichten auf den Abschluss einer kollektiven Krankentaggeldversicherung bzw. auf eine analoge betriebliche Lösung.



- Fünf Firmen haben kein KTG abgeschlossen, weil sie kein Versicherungsangebot erhalten haben. Dies betrifft 15 bis 90 von insgesamt rund 20‘000 bis 50‘000 Arbeitnehmenden. Das entspricht einer Quote von 0.03 bis 0.5 % der Arbeitnehmenden.

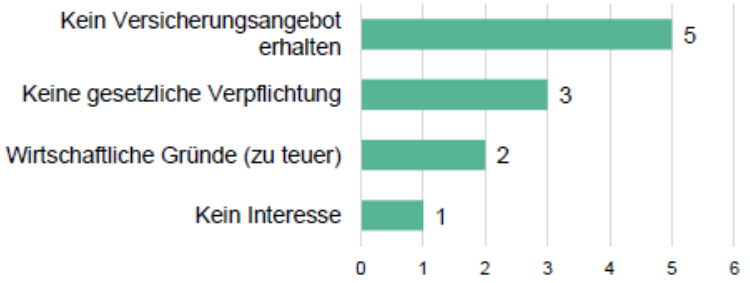
Von den restlichen 17 Firmen verzichtet die Mehrheit auf einen Abschluss bzw. eine betriebliche Lösung

Was ist mit den restlichen rund 4 % bzw. 17 Firmen?

- Sechs Firmen bieten eine eigene betriebliche Lösung an, welche ihren Angestellten den Lohn im Krankheitsfall zu mindestens 80 % für mindestens 720 Tage bezahlt. Fünf davon tun dies freiwillig.

  Gründe für die eigene betriebliche Lösung anstelle einer Versicherungslösung:
  - 1 x «kein Versicherungsangebot erhalten»
  - 5 x «wirtschaftliche Gründe (günstiger)»
  - 0 x «qualitative Gründe (eigene Lösung besser)»

- Elf Firmen verzichten auf den Abschluss einer kollektiven Krankentaggeldversicherung bzw. auf eine analoge betriebliche Lösung.



- Fünf Firmen haben kein KTG abgeschlossen, weil sie kein Versicherungsangebot erhalten haben. Dies betrifft 15 bis 90 von insgesamt rund 20‘000 bis 50‘000 Arbeitnehmenden. Das entspricht einer Quote von 0.03 bis 0.5 % der Arbeitnehmenden.

Datenerhebung Arbeitgeber
Zusammenfassung und Interpretation

- Die Umfrage bei den Arbeitgebern bestätigen die Zahlen einer Erhebung bei den Versicherern: **Über 96 Prozent der Unternehmen verfügt über eine freiwillige KTG-Versicherung**
- Wer eine **eigene betriebliche Lösung** für die Lohnfortzahlung wählt, tut dies grossmehrheitlich **freiwillig aus wirtschaftlichen Überlegungen,** nicht mangels Versicherungsangebot
- **Zwei bis drei Prozent** aller Unternehmungen verfügen **weder über eine kollektive KTG-Versicherung noch über eine analoge betriebliche Lösung. Die Hälfte** davon tut dies, weil sie auf dem Markt **kein Versicherungsangebot** findet
- Die **Quote der Arbeitnehmenden**, die bei Firmen beschäftigt sind, die **kein Versicherungsangebot finden, liegt bei 0.03 bis 0.5 %**
- Punktuelle Probleme beim Abschluss einer kollektiven Krankentaggeldversicherung treten bei **9.6% Prozent der Unternehmungen** auf
- **Hauptgründe für Probleme** beim Versicherungsabschluss sind der **Schadenverlauf und/oder laufende Schadenfälle**
- Die **Vorgaben der GAV** spielen bei Problemen beim Versicherungsabschluss eine eher **untergeordnete Rolle**

Annexe 3

Enquête de l'ASA auprès des assureurs, automne 2024 (en allemand)

ASA·SVV

Entwicklung der versicherten Lohnsummen und Kündigungsgründe in der Taggeldversicherung nach KVG und VVG (2021-2023)

Im Oktober und November 2024 hat der SVV bei den Versicherungsgesellschaften, welche dem Freizügigkeitsabkommen unter den Krankentaggeld-Versicherern beigetreten sind, eine Datenerhebung zur Versicherungsabdeckung in Krankentaggeldversicherung nach VVG und nach KVG sowie zu den Kündigungsraten aufgrund von Missbrauch, Rentabilität und Nichtbezahlen der Prämien durchgeführt. Von den 30 angeschriebenen Versicherern haben 23 an der Umfrage teilgenommen. Sie repräsentieren 98.9 Prozent des Marktes in der kollektiven Krankentaggeldversicherung nach VVG (verdiente Prämien brutto gemäss FINMA Versicherer-Report 2023) und 88.6 Prozent im Markt der kollektiven Krankentaggeldversicherung nach KVG (Prämien, gemäss BAG-Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2023, T6.03).

Die Umfrage ergab folgende Resultate .

		Eingaben Daten Versicherer		
		per 31.12.2021	per 31.12.2022	per 31.12.2023
Angaben zu den Unternehmen und Lohnsummen	Versicherte Lohnsumme Arbeitnehmende M KVG (in tsd. CHF)	6'374'787	6'269'572	6'248'071
	Versicherte Lohnsumme Arbeitnehmende F KVG (in tsd. CHF)	1'991'762	1'943'667	2'027'105
	Versicherte Lohnsumme Arbeitnehmende M VVG (in tsd. CHF)	191'729'781	200'084'465	205'339'555
	Versicherte Lohnsumme Arbeitnehmende F VVG (in tsd. CHF)	101'641'402	106'469'579	110'799'090
	Summe von versicherten festen Lohnsummen Betriebsinhaber GmbH/AG (in tsd. CHF, nur erfasst, wenn diese nicht bereits bei den Arbeitnehmenden erfasst sind)	3'109'283	3'302'899	3'323'989
	Anzahl versicherte Arbeitgeber mit Arbeitnehmenden (Unternehmen, Gemeinden, Vereine, private Haushalte etc.)	308'182	308'524	307'250
Kündigungen durch Versicherer	* Kündigungsgrund: Rentabilität	758	974	929
	* Kündigungsgrund: nicht bezahlen der Prämie	2'092	2'305	2'422
	* Kündigungsgrund: Missbrauchsverdacht	137	143	159
	** Anzahl Kündigungen KTG pro Jahr (Schnitt der jeweils letzten 3 Jahre) (Verträge, die auch effektiv aufgehoben wurden)*			

Diverse, eher kleinere Versicherer, machen keine Differenzierung zwischen "männlich" und "weiblich". Diese Zahlen wurden unter "männlich" erfasst.
Ein Versicherer hat die Zahlen nur für 2023 geliefert. Diese Zahlen wurden auch für das 2021 und 2022 übernommen.

Interpretation und Kommentare:

- Hochgerechnet auf 100% Marktanteil resultiert eine durch die freiwillige Krankentaggeldversicherung versicherte Lohnsumme von 322.6 Mrd. CHF, wobei eine Lohnsumme von 9.3 Mrd. CHF durch das KTG gemäss KVG und eine Lohnsumme von 313.3 Mrd. CHF durch das KTG gemäss VVG versichert ist.
- Stellt man dies in Relation zum AHV-pflichtigen Einkommen von Arbeitnehmenden nach Beitragsjahr im Jahr 2022 von 384.6 Mrd. CHF (Bundesamt für Sozialversicherungen, AHV-IK Daten (Stand 2025)), so sind 81.5% durch das KTG gemäss VVG und 2.4% durch das KTG gemäss KVG gedeckt. Insgesamt ist damit 83.9% des AHV-pflichtigen Einkommen durch das freiwillige KTG gedeckt.
- Es kann demnach festgehalten werden, dass 84% der Gesamtlohnsumme durch das KTG gemäss VVG und gemäss KVG gedeckt sind.
- Es ist davon auszugehen, dass ein Grossteil der verbleibenden Lohnsumme von rund 16% durch freiwillige Lösungen der jeweiligen Arbeitgeber gedeckt ist (z.B. Bundesverwaltung, Grossunternehmen wie die SBB, Kantone wie Bern, Zug, Zürich und St.Gallen).
- 308'524 Unternehmen mit Angestellten verfügen gemäss Umfrage über eine kollektive Krankentaggeldversicherung. Insgesamt gibt es gemäss BFS[1] in der Schweiz 2022 637'000 Unternehmungen in der Schweiz. Davon sind gemäss Zahlen von Avenir Suisse[2] aus dem Jahr 2020 321'000 Solo-Selbständigerwerbende. Subtrahiert man diese von der Gesamtzahl der Unternehmungen, verbleiben rund 316'000 Unternehmungen, welche über Angestellte verfügen und damit für eine kollektive Krankentaggeldversicherung relevant sind[3]. Bei insgesamt 316'000 Unternehmungen, welche über Angestellte verfügen, bedeutet dies, dass mehr als 97.6 Prozent aller Unternehmen mit Angestellten über eine kollektive Krankentaggeldversicherung verfügen.
- Bei den Kündigungen liegt die Anzahl der Kündigungen infolge Rentabilität auf tiefem Niveau. Diese liegt mit 885 im Jahre 2023 oder bei 0.3% der versicherten Unternehmen um den Faktor 2.7 tiefer als Kündigungen aufgrund nicht bezahlter Prämien.
- Die Kündigungen aufgrund von Missbrauchsverdacht liegen 2023 bei tiefen 157 Fällen.

[1] https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/industrie-dienstleistungen/unternehmen-beschaeftigte/wirtschaftsstruktur-unternehmen/groesse-rechtsform-sektoren-regionale-verteilung.html
[2] Wo bleibt der Boom der Solo-Selbständigen? - Avenir Suisse
[3] Da die Quellen der Zahlen nicht die gleichen Jahre abdecken, sind die Berechnungen zu den Unternehmungen ohne Krankentaggelddeckung als Annäherung zu betrachten.