

Rapport de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) du 5 avril 2024 à l'intention de la CSSS-E

1 Mandat

Le 29 janvier 2024, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E) a prié l'OFSP de répondre à un catalogue de questions.

2 Questions

2.1

Quelles informations et estimations à jour avons-nous au sujet du pourcentage de salariés pour qui une assurance perte de gain en cas de maladie (assurance facultative d'indemnités journalières [AIJ]) a été conclue ?

Nous ne disposons que des données relatives aux primes et aux prestations en 2022 (Statistique OFSP T9.07)

LAMal : primes 241 millions / prestations nettes 212,5 millions

LCA : primes 5086 millions / prestations nettes 4313,3 millions

L'OFSP et la FINMA ne relèvent pas de données sur les effectifs assurés, ni sur le nombre d'assurés ni sur la branche économique. Tant pour le domaine LAMal que pour le domaine LCA, il faut savoir que les entreprises d'assurance ne connaissent généralement pas le nombre d'assurés concernés par le contrat d'assurance collective. La valeur de référence pour le tarif appliqué est en général la somme totale des gains assurés. De manière générale, on observe dans le domaine LCA une augmentation régulière du volume des primes et des charges de sinistre, laquelle peut toutefois dépendre de divers facteurs : augmentation du nombre d'assurés, augmentation des gains assurés individuels, ou encore tendance au raccourcissement des délais d'attente.

Combien d'AIJ excluent-elles de la couverture d'assurance et donc de l'obligation de prestation, dans leurs conditions d'assurance, l'incapacité de travail due à des maladies préexistantes ?

LAMal

Sur 44 assureurs-maladie pratiquant l'assurance-maladie sociale au 1^{er} janvier 2024, 23 d'entre eux proposent une assurance collective d'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal. La plupart (19 sur 23) prévoient dans leurs conditions générales d'assurance ou dans leurs règlements la possibilité de faire remplir aux nouveaux assurés un questionnaire de santé et, le cas échéant, de grever leur couverture d'assurance d'une réserve pour une durée maximale de 5 ans conformément à l'art. 69 LAMal. Les contrats ou propositions peuvent cependant, dans certains cas, faire une exception et admettre des collectifs d'assurés déterminés sans questionnaire de santé et donc sans réserve d'assurance.

LCA

La FINMA ne dispose pas d'une telle vue d'ensemble, étant donné que, dans le domaine de l'assurance collective d'indemnités journalières, les conditions d'assurance ne sont pas soumises à l'obligation de présenter une demande et d'obtenir l'autorisation en vertu de l'art. 4, al. 2, let. r, LSA.

En ce qui concerne les assurances individuelles d'indemnités journalières, l'exclusion des maladies préexistantes est la plupart du temps convenue dans le contrat lui-même, car elle ne doit pas être obligatoirement réglée dans les conditions générales.

Le droit de passage à l'assurance individuelle est toujours inscrit dans les conditions de l'assurance collective, mais il est généralement étendu dans les contrats au-delà du champ d'application de l'art. 100, al. 2, LCA (par exemple pour tenir compte des CCT).

S'agissant de la conclusion de nouveaux contrats d'assurance collectifs, une convention de libre passage existe depuis relativement longtemps entre l'ASA et santésuisse. Les compagnies d'assurance s'engagent par celle-ci à intégrer sans exception, lors de la reprise d'un effectif, tous les assurés compris dans le contrat d'assurance collectif précédent (sans nouvelles réserves ni exclusions).

De quelles information et estimations dispose-t-on outre sur les indépendants ?

L'OFSP ne dispose pas de données sur l'AIJ distinctes selon le statut (salarié ou indépendant).

La FINMA ne dispose pas non plus d'une telle vue d'ensemble. Il est certes possible de connaître l'ordre de grandeur du nombre d'assurés ayant conclu une assurance individuelle (env. 80 000), mais non de distinguer entre indépendants, assurés passés de l'assurance collective à l'assurance individuelle et autres assurés.

2.2

Comment se présente aujourd'hui le rapport entre le total des recettes de primes et des prestations de l'AIJ (LCA et LAMal) comparé à l'ensemble des salaires maintenus en cas de maladie (chiffres plus anciens in : Gabriela Riemer-Kafka, *Vereinfachungen im System der schweizerischen Sozialversicherungen. Problemfelder und Lösungsvorschläge*, Berne 2014, pp. 230-244) ?

Voir à ce propos la réponse à la question 1. Les recettes de primes doivent aussi couvrir, outre les prestations, les frais d'administration et l'adaptation des provisions.

Comment se présentent ces chiffres par rapport aux indemnités journalières en cas d'accident et (pour le rapport primes/prestations) dans le régime des APG ?

L'OFSP ne connaît pas la somme totale des salaires dont le versement est maintenu. Selon la FINMA, il n'est pas possible de répondre à cette question, car l'assurance d'indemnités journalières selon la LCA ne fait pas la distinction entre prestations en cas d'accident et prestations en cas de maladie. De plus, la LAA offre aussi une couverture similaire.

Pour les APG, nous n'avons pas obtenu d'indications.

2.3

Quel est le pourcentage des salariés travaillant déjà pour le même employeur (et depuis combien de temps) qui ont droit à la poursuite du versement du salaire (et pendant combien de semaines) lorsqu'aucune AIJ n'a été conclue ?

L'obligation de verser le salaire est régie par l'art. 324a CO, dont l'al. 1 prévoit que l'employeur verse le salaire au travailleur pour un temps limité si ce dernier est empêché de travailler sans faute de sa part pour une cause inhérente à sa personne, notamment la maladie. Cette disposition concerne tous les empêchements de travailler et non uniquement la maladie. L'art. 324a, al. 2, fixe une durée totale de 3 semaines pour le versement du salaire pendant la première année de service et prévoit que, par la suite, cette durée sera plus longue et doit être fixée équitablement compte tenu de la durée des rapports de travail et des circonstances particulières. Les tribunaux de différents cantons ont établi des échelles qui concrétisent cette prescription. L'échelle bernoise prévoit par exemple le versement du salaire pendant un mois la 2^e année de service, 2 mois les 3^e et 4^e années, 3 mois de la 5^e à la 9^e année, pendant 4 mois dès la 10^e année et pendant un mois de plus tous les 5 ans par la suite. Voir, pour le reste, le tableau sous le lien suivant sur le site du SECO: https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Arbeit/Personenfreizugigkeit_Arbeitsbeziehungen/Arbeitsrecht/FAQ_zum_privaten_Arbeitsrecht/verhinderung-des-arbeitnehmers-an-der-arbeitsleistung.html.

La question ne peut trouver de réponse générale, la durée dépendra de la durée des rapports de service de chaque employé dans l'entreprise en question. Elle change donc d'une entreprise à l'autre et au sein de chaque entreprise. Il n'est pas non plus possible d'isoler un droit propre aux absences en cas de maladie. Il se peut en effet que le droit au salaire ait été utilisé en raison d'autres empêchements. Il se peut toutefois que la maladie soit de fait le motif d'absence prépondérant, vu que d'autres sont couverts par une assurance sociale obligatoire qui prévaut sur l'obligation de l'employeur aux conditions de l'art. 324b CO. C'est par exemple le cas de l'accident.

Comment l'AIJ et la poursuite du versement du salaire en cas d'incapacité de travail due à la maladie sont-elles réglementées dans les États voisins ?

Voir annexe 1

Il ressort de la réponse à la question précédente et de la comparaison du tableau figurant à l'annexe 1 que le droit en vigueur en Suisse comprend l'obligation de verser le salaire pendant une certaine période et qu'une solution facultative d'assurance d'indemnités journalières (durée des prestations au minimum 720 jours sur une période de 900 jours) existe.

2.4

Jusqu'à quelle taille et quelle configuration des cas de maladie une entreprise doit-elle typiquement s'attendre à une résiliation du contrat d'assurance sans obtenir d'offres plus avantageuses de compagnies concurrentes ? Pour quelle taille et dans quelles configurations des cas de maladie doit-elle typiquement s'attendre à des suppléments de primes de plus de 50 % sans obtenir d'offres plus avantageuses de compagnies concurrentes ? (Base : cas portés à la connaissance de l'émission « Kassensturz » et informations émanant de courtiers ayant prospecté ce marché.)

Selon la FINMA, l'on ne dispose pas de données concrètes à ce sujet faute de contrôle tarifaire et l'on ne peut formuler que des hypothèses.

S'agissant des assurances collectives d'indemnités journalières, il faut savoir qu'au lieu d'une prime fixe convenue, la tarification empirique (prise en compte du cours des sinistres pour le contrat concerné) peut aussi s'appliquer. La prime peut donc augmenter pendant la période d'assurance suivant le cours (défavorable) des sinistres pour le contrat en question. Pour la tarification empirique, les dispositions de l'art. 123 de l'ordonnance sur la surveillance (OS,

RS 961.011) sont applicables (en vertu de l'art. 157 OS). Ces normes prévoient en particulier que la fixation des primes doit tenir dûment compte non seulement du cours individuel des sinistres du contrat concerné, mais aussi du cours collectif des sinistres du portefeuille sous-tendant la tarification empirique. Cette règle permet de freiner l'évolution des primes.

Pour ce qui est de l'ampleur de l'augmentation des primes, la tarification empirique touche fortement surtout les PME car, pour celles-ci, un nombre modeste de sinistres (vu le petit nombre d'assurés) impacte déjà fortement la charge de sinistre du contrat collectif. Si un grand nombre d'assurés sont couverts par le même contrat (grandes entreprises), les sinistres individuels ont un effet moindre.

La FINMA n'est pas plus informée des cas dans lesquels le contrat est résilié. La résiliation d'un contrat en raison d'un cours défavorable des sinistres est par principe une question qui relève de la politique de gestion des risques de chaque entreprise. Il faut enfin souligner que, dans l'assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA, le Parlement a affaibli la position du preneur d'assurance en ouvrant à l'entreprise d'assurance la possibilité de résilier le contrat (art. 35a, al. 4, LCA).

3 Questions

3.1

Combien de travailleurs et d'entreprises n'ont pas d'assurance perte de gain maladie ?

Voir réponse à la question 2.1. Sur 626 222 entreprises (chiffre 2021), moins de 15 000 (soit moins de 2,5%) étaient couvertes par une assurance d'indemnités journalières selon la LA-Mal.

3.2

Combien d'indépendant-e-s n'ont pas d'assurance perte de gain maladie, quelle est leur proportion en regard du nombre total d'indépendants ?

Voir réponse à la question 2.1

3.3

Peut-on évaluer le nombre de personnes forcées d'avoir recours à l'aide sociale faute d'assurance perte de gain maladie durant des laps de temps de maladie de courtes périodes (< 310 jours) ?

Selon la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS), la statistique des bénéficiaires d'aide sociale et les indicateurs relatifs aux parcours dans le système de sécurité sociale (SHIVALV) ne permettent pas de répondre à cette question.

3.4

Si l'assurance perte de gain maladie de la LAMAL est en perte de vitesse, l'administration a précisé que cela n'était pas le cas des assurances perte de gain maladie issues de la LCA. Le motionnaire, de même que de nombreux professeurs d'université dans une note citée à la séance, pointe du doigt que des PME se voient refuser des assurances perte de gain maladie LCA parce qu'elles ont eu un cas ou plusieurs cas lourds. Pouvez-vous globalement indiquer si la couverture des travailleurs et indépendants en Suisse en

assurance perte de gain - que ce soit LAMAL ou LCA - est en augmentation ou en baisse ?

Voir annexe 2

3.5

Peut-on dresser le profil des entreprises qui se voient refuser des assurances perte de gain maladie LCA?

Voir réponse à la question 2.4

Les employeurs acceptant d'engager des personnes en situation de handicap sont-ils particulièrement touchés ?

En matière d'assurance-invalidité (AI), les mesures de réadaptation sont prioritaires. Elles ont pour objectif de rétablir, améliorer ou maintenir la capacité de gain. On ne dispose toutefois d'aucune information sur les personnes qui ont perdu leur emploi en raison d'un handicap.

Selon l'OFAS, l'AI ne relève pas, lorsque l'assuré dépose sa demande, si le dernier employeur ou l'employeur actuel dispose d'une AIJ maladie et quels sont les effets de l'incapacité de travail sur cette assurance.

Si l'assuré a droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel et qu'il peut continuer de travailler chez le même employeur ou être placé chez un autre employeur, il a droit, dans le cadre des mesures de placement, à une « indemnité en cas d'augmentation des cotisations » octroyée par l'AI (art. 18c LAI).

Cette prestation indemnise financièrement l'employeur pour les augmentations éventuelles des cotisations à la prévoyance professionnelle obligatoire et des primes d'AIJ maladie si, après le placement, l'assuré est en incapacité de travail pour cause de maladie. Le droit à cette indemnité s'applique en cas de nouvelle relation de travail, lors de l'adaptation du poste de travail existant et en cas de remplacement à l'intérieur de l'entreprise, si le poste est obtenu moyennant l'aide au placement de l'AI.

3.6

Sans rendre obligatoire l'assurance perte de gain maladie, comme pourrait-on envisager un système avec une obligation de contracter pour l'assureur et un mécanisme de péréquation des risques ? Ce modèle permettrait-il de ne pas discriminer les employeurs ?

Dans le domaine de la LAA, la caisse supplétive a été créée par tous les assureurs, à l'exception de la CNA, sous la forme d'une fondation. Son objectif est de protéger tous les employés en termes d'assurance accident obligatoire, notamment en versant des prestations aux travailleurs victimes d'un accident et qui n'ont pas été assurés par leur employeur ou dont l'assureur est devenu insolvable. Les assureurs sont tenus de virer à la caisse supplétive une part des primes d'assurance-accidents, afin qu'elle puisse financer toutes ses dépenses. Lorsqu'un employeur désireux de conclure un contrat d'assurance pour son personnel essuie trois refus d'assureurs, la Caisse supplétive attribue d'office l'entreprise à un assureur. Il ne s'agit alors plus d'un processus d'offre. La compagnie d'assurance désignée fournira une police d'assurance selon ses conditions et ses tarifs. En outre, la caisse supplétive LAA a pour mission statutaire de garantir une répartition équilibrée des risques sur le marché suisse.

On pourrait imaginer un système similaire pour l'assurance d'indemnités journalières. Les assureurs auraient l'obligation de créer une « institution » chargée d'attribuer à un assureur une personne ou une entreprise qui a essuyé trois refus d'affiliation.

3.7

Quelle est la situation pour les personnes employées à temps partiel, avec différents employeurs?

L'art. 324a CO couvre les personnes employées à temps partiel de la même manière que celles employées à plein temps. Les personnes ayant plusieurs employeurs sont liées à chacun d'eux par un contrat de travail et disposent d'un droit au versement du salaire vis-à-vis de chacun d'eux.

4 Questions

4.1

Combien de CCT, de CCT déclarées de force obligatoire et de CTT prévoient aujourd'hui l'obligation pour l'employeur de conclure une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie pour ses salariés ?

Selon le SECO, l'OFS chiffre, dans le cadre de son Enquête sur les conventions collectives de travail (ECS), le nombre de conventions collectives de travail (CCT) dont les dispositions sont normatives à 562 (état au 1^{er} mars 2021). Celles-ci règlent les conditions de travail et de salaire de 1 970 300 personnes occupées. Cela dit, l'ECS ne fournit pas d'indications statistiques sûres concernant le nombre de ces CCT qui comprennent des dispositions relatives aux AIJ maladie.

Selon l'OFS, à la date de référence de 2021, 51 % des personnes soumises à une CCT l'étaient à une CCT de force obligatoire. Les CCT de ce type peuvent donc fournir certains éléments de réponse.

Les textes des conventions doivent être soumis au SECO ou aux autorités cantonales LECCT. Le SECO a procédé à une analyse des textes des CCT de force obligatoire, d'où il ressort que, sur celles qui contiennent des dispositions normatives au niveau fédéral, toutes, à une exception près, prévoient l'obligation de conclure une assurance facultative d'indemnités journalières (32 sur 33, soit 96 % ; état au 1^{er} février 2024). Quant aux CCT cantonales déclarées de force obligatoire, elles sont 32 sur 34 (94 %) à prévoir une telle obligation. Les deux CCT cantonales de force obligatoire qui ne comprennent pas cette obligation prévoient en revanche une obligation de maintenir le versement du salaire plus généreuse que celle prévue par le Code des obligations.

Pour ce qui est des CTT conclus au niveau cantonal, le SECO ne dispose d'aucune information, mais il importe de souligner que, même si le CTT prescrit la conclusion d'une assurance facultative d'indemnités journalières, il est possible d'y déroger par un contrat de travail individuel, les dispositions en question étant dispositives et non impératives.

Et combien obligent l'employeur à maintenir le versement du salaire de façon similaire ?

Selon le SECO, deux CCT cantonales de force obligatoire ne prévoient pas l'obligation de conclure une AIJ maladie, mais prévoient celle de maintenir le versement du salaire. En ce qui concerne les CTT et les CCT non déclarées de force obligatoire, le SECO ne dispose d'aucun chiffre.

Pour combien d'entreprises et de personnes salariées les CCT applicables sont-elles déterminantes ?

Au 1^{er} février 2024, quelque 74 000 entreprises et 1,1 million de salariés étaient soumis à des CCT de force obligatoire prévoyant de telles dispositions. Nous savons ainsi avec certitude qu'en Suisse, pour la moitié environ des personnes soumises à une CCT, celle-ci prévoit l'obligation pour l'employeur de conclure une assurance facultative d'indemnités journalières pour ses salariés ; la proportion pourrait même être plus importante. Comme indiqué plus haut, ce n'est que pour les CCT déclarées de force obligatoire qu'il est possible de se prononcer sur leur contenu.

4.2

Quel est aujourd'hui le volume total des dépenses d'aide sociale en Suisse (pour les personnes qui auparavant étaient salariées et pour celles qui étaient ou sont indépendantes) la première année après la perte de leur emploi, et quel est-il la deuxième année ?

Selon la CSIAS, la qualité des informations relatives à la situation financière et aux prestations d'aide sociale perçues que donne la statistique des bénéficiaires de l'aide sociale n'est pas partout garantie. L'OFS ne publie pas d'indicateurs financiers à partir de cette statistique, car les cantons ne procèdent pas tous de la même manière pour recueillir ces informations. Par ailleurs, les indicateurs financiers sont relevés pour un mois de référence ou une année civile ; une analyse à partir du mois de la perte d'emploi pour les 12 ou 24 mois qui suivent, comme le demande l'auteur de la question, est impossible pour des raisons méthodologiques. Une approximation est possible à partir de la [statistique financière des prestations sociales](#), qui calcule la moyenne annuelle des [dépenses nettes d'aide sociale économique par bénéficiaire](#), selon les cantons (après déduction des montants remboursés, par exemple, par les assurances sociales). En moyenne suisse, elles étaient de 10 419 francs en 2021. Ces dépenses nettes moyennes comprennent l'ensemble des facteurs tels que revenus (d'une activité lucrative, de contributions d'entretien, etc., accroissement de fortune), entrées à l'aide sociale et sorties de l'aide sociale en cours d'année, et différences en fonction de la taille du ménage.

Sait-on quelle part de ces dépenses est liée à une incapacité de travail (estimation, si aucune donnée fiable n'est disponible) ?

Selon la CSIAS, la statistique des bénéficiaires de l'aide sociale et les indicateurs relatifs aux parcours dans le système de sécurité sociale (SHIVALV) ne peuvent fournir d'indications plus précises à ce sujet sans un investissement considérable.

Une analyse de la situation professionnelle des bénéficiaires de l'aide sociale selon les diverses catégories (entachée au demeurant d'une relativement grande incertitude en raison du nombre important de valeurs indéterminées ou manquantes) donne toutefois les résultats suivants : en 2022, sur l'ensemble des bénéficiaires de l'aide sociale âgés de 15 à 64 ans (187 225 personnes), 12 % environ étaient en incapacité temporaire de travail, 4 % en situation d'invalidité durable et 3 % inaptes au placement (sans aucune chance sur le marché du travail) et donc réputées personnes non actives (ensemble des personnes non actives : 37 % ;

ce pourcentage comprend aussi des personnes en formation, à la retraite ou ne pouvant exercer d'activité lucrative en raison d'obligations de prise en charge, et d'autres encore). Ces pourcentages se réfèrent à toutes les personnes de cette tranche d'âge qui bénéficient d'un soutien, peu importe depuis quand elles perçoivent déjà des prestations d'aide sociale ou si elles sont tributaires de ces prestations parce qu'elles ont perdu leur emploi.

Les résultats de la statistique des bénéficiaires de l'aide sociale montrent aussi qu'en 2022, sur tous les nouveaux bénéficiaires âgés de 15 à 64 ans, 11 % environ étaient arrivés en fin de droits à l'assurance-chômage au cours des deux années précédant l'entrée à l'aide sociale. Les indicateurs SHIVALV montrent en outre qu'en 2020, sur les personnes de 18 à 64/65 ans entrant à l'aide sociale, 36 % environ exerçaient auparavant une activité lucrative, 7 % touchaient des indemnités de chômage et 11 % des indemnités de chômage et une rente AI, ou une de ces deux prestations combinée avec l'exercice d'une activité lucrative.

4.3

La littérature fournit-elle d'autres justifications solides que des raisons historiques expliquant pourquoi des accidents non professionnels tels qu'un accident de VTT ou une infection due à une morsure de tique sont obligatoirement couverts par des indemnités journalières alors que des maladies telles qu'un cancer du sein ou une infection des voies respiratoires ne l'est pas ?

Le législateur a décidé de distinguer la maladie (art. 3 LPGA) de l'accident (art. 4 LPGA) et de les soumettre à des régimes juridiques différents. Seules les personnes soumises à la LAA ont droit aux prestations prévues par cette loi, notamment en ce qui concerne le risque d'accidents non professionnels. Le risque d'accidents pour les autres personnes est couvert par la LAMal (art. 1a al. 2 let. b LAMal).

21.4209 Motion Romano

Assurance perte de gain obligatoire en cas de maladie

Annexe 1

	Allemagne	France	Italie	Autriche
Assurés	Salariés et groupes assimilés	Toutes les personnes actives (à l'exception de certaines catégories d'indépendants)	Les salariés ont droit à la poursuite du versement du salaire par l'employeur	Tous les salariés
Jours de carence	Aucun, si l'incapacité de travail est assortie d'un droit à la poursuite du versement du salaire en vertu des dispositions du droit du travail, ou si la maladie est la conséquence d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, ou si des mesures d'hospitalisation s'imposent.	Régime général d'assurance maladie des travailleurs salariés (RGAMTS) : 3 jours	3 jours	Indemnité journalière de maladie : 3 jours.
Prestations de l'employeur	Poursuite du versement du salaire pour les travailleurs et les employés : 6 semaines.	Suivant la convention nationale des partenaires sociaux concernant le paiement mensuel du salaire ou la convention tarifaire en vigueur, l'employeur paie l'intégralité du salaire ou la différence entre le salaire et les indemnités journalières de maladie du RGAMTS.	Droit légal à la poursuite du versement du salaire jusqu'à concurrence de 180 jours par année	Travailleurs et employés ont, suivant la durée des rapports de travail, droit au versement de l'intégralité du salaire durant six à douze semaines, puis durant quatre semaines à la moitié du salaire.
Hauteur des prestations d'assurance	Indemnité journalière de maladie : 70 % du salaire régulier, mais pas plus de 90 % du salaire net.	RGAMTS : le montant est égal à une fraction des revenus d'activité antérieurs soumis à cotisations à la date de l'interruption de travail (article L321.-4) (50 % du salaire journalier / 66,66 % du salaire journalier	50 % du salaire effectif. A partir du 21 ^e jour : 66,66 %.	L'indemnité pécuniaire de maladie est accordée à titre de prestation minimale légale à hauteur de 50 % de la base de calcul par jour civil. À partir du 43 ^e jour d'une maladie entraînant une incapacité

		pour les ayants droit ayant trois enfants)		de travail, cette indemnité est portée à 60 % de la base de calcul par jour civil
Durée des prestations d'assurance	Les indemnités allouées pour une seule et même maladie sont limitées à 78 semaines en l'espace de trois ans.	Article R313-3 du code de sécurité sociale : six mois	Six mois (180 jours) au maximum en l'espace d'une année.	Indemnité journalière de maladie : En règle générale, durée minimale légale de 26 semaines. Durée portée à 52 semaines si la personne était assurée pendant 6 mois durant les 12 derniers mois.

21.4209 Motion Romano

Assurance perte de gain obligatoire en cas de maladie

Annexe 2

Assurance indemnités journalières LAMal / LCA en millions de francs depuis 1996 (statistique de l'assurance-maladie T9.07)

Année	Primes				Prestations nettes			
	Assureurs LAMal		Assureurs privés	Total	Assureurs LAMal		Assureurs privés	Total
	Assurance facultative LAMal	Assurance selon la LCA	Assurance selon la LCA		Assurance facultative LAMal	Assurance selon la LCA	Assurance selon la LCA	
1996	834.3	180.9	978.3	1'993.5	872.5	116.7	846.1	1'835.3
2000	439.2	339.7	1'636.2	2'415.1	381.6	299.2	1'334.1	2'014.9
2005	342.3	497.8	2'145.0	2'985.1	251.1	268.0	1'547.5	2'066.6
2010	248.8	635.5	2'210.9	3'095.1	191.6	422.6	1'869.4	2'483.6
2011	239.8	609.7	2'324.8	3'174.3	188.2	541.7	1'827.6	2'557.5
2012	252.7	663.4	2'402.9	3'319.0	188.3	575.4	1'956.4	2'720.1
2013	248.2	605.0	2'547.6	3'400.7	191.2	530.8	2'198.2	2'920.2

2014	247.5	647.4	2'587.1	3'482.0	194.1	585.3	2'319.5	3'098.9
2015	248.8	662.2	2'715.7	3'626.7	201.5	546.9	2'471.6	3'219.9
2016	267.1	698.8	2'836.5	3'802.4	210.5	575.2	2'550.6	3'336.3
2017	272.6	741.4	3'062.2	4'076.2	213.6	578.4	2'640.4	3'432.4
2018	260.3	762.0	3'215.2	4'237.5	198.6	593.9	2'726.5	3'518.9
2019	247.8	852.8	3'435.9	4'536.4	209.8	638.7	2'837.5	3'686.0
2020	242.5	849.7	3'635.5	4'727.6	215.4	727.7	2'969.4	3'912.5
2021	240.4	923.5	3'786.6	4'950.5	213.3	739.0	3'058.5	4'010.9
2022	241.0	1'022.8	4'063.2	5'327.0	212.5	926.7	3'386.6	4'525.8