Rentabilité des cliniques privées et droits des patients

Ce que rapporte un séjour à la clinique et ce que la complémentaire apporte à l’assuré

L’équipe de droit-et-sante.ch · Novembre 2026

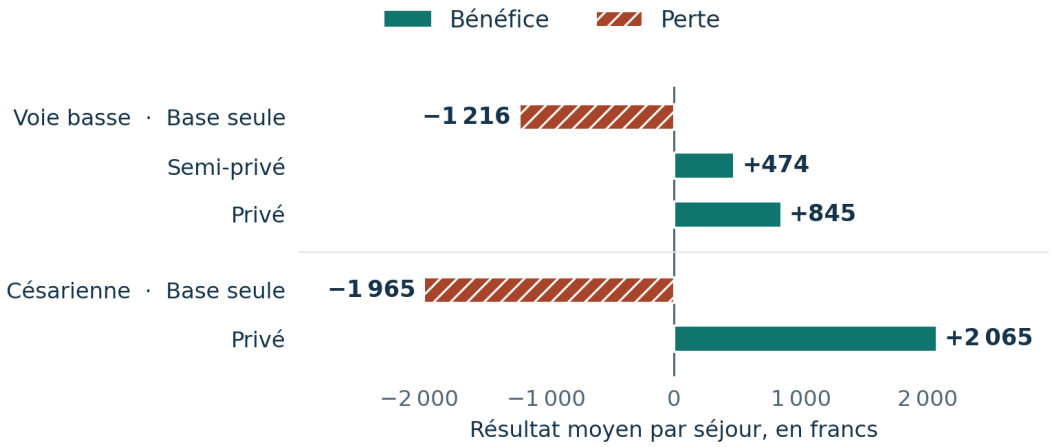
En Suisse, une césarienne a représenté en 2024 une perte moyenne de 1 965 francs pour l’hôpital lorsque la patiente disposait de la seule assurance de base, et un gain de 2 065 francs lorsqu’elle était assurée en privé. Entre les deux, 4 030 francs d’écart. Ce chiffre concerne l’ensemble hospitalier étudié par l’Office fédéral de la statistique (OFS). Il mesure le résultat moyen de l’établissement pour un séjour. Que permet-il de dire sur les intérêts d’une clinique privée et sur les droits de la personne à qui l’on propose une intervention ? [1]

Une différence de rentabilité peut naître d’un service que le patient a choisi, d’une organisation plus économe ou d’un tarif qui couvre inégalement les coûts. Elle prend une portée juridique lorsqu’elle touche une décision précise : admettre un patient, lui recommander un acte ou lui facturer un supplément. À chacune correspondent une règle, un responsable et des pièces différentes. Pour l’assuré qui finance cette différence par ses primes, la question prend une autre forme. Combien coûte, sur dix ans, la faculté de choisir son médecin, sa clinique ou sa chambre, et quelle part de cette promesse peut-on vérifier après le séjour ?

Ce que révèle le prix d’un accouchement

L’obstétrique permet de comparer deux choses souvent confondues. À mode d’accouchement identique, le résultat moyen change avec la classe d’assurance. À classe identique, il change aussi avec le mode d’accouchement. Pour la voie basse, le passage de l’assurance de base seule à la division privée correspond à un écart moyen de 2 061 francs. Pour la césarienne, cet écart atteint 4 030 francs. [1]

Figure 1. Résultat d’un accouchement selon la classe d’assurance



Vert, à droite de zéro : bénéfice. Rouge hachuré, à gauche : perte. Suisse, 2024. Le communiqué de l’OFS ne chiffre pas la césarienne en semi-privé. Montants par cas, tous statuts hospitaliers étudiés confondus. [1]

Ces chiffres donnent à voir une incitation économique. Pour savoir ce qui a conduit à une césarienne particulière, il faudrait connaître, entre autres, les antécédents obstétricaux, la présentation du fœtus, l’évolution du travail et la préférence de la patiente après information. Le résultat comptable d’un groupe de séjours ne contient aucune de ces réponses. [1] [12]

Comment une clinique gagne de l’argent sur un séjour

Une clinique privée peut soigner aux frais de l’assurance obligatoire des soins (AOS). Pour un traitement stationnaire de soins aigus couvert par son mandat, un hôpital répertorié est en principe rémunéré au forfait. Le système SwissDRG classe le cas selon le diagnostic, les interventions et d’autres caractéristiques. Son poids relatif est multiplié par un prix de base. Des corrections peuvent notamment intervenir pour la durée du séjour ou un transfert. Les coûts effectifs d’une personne donnée peuvent donc se situer au-dessus ou au-dessous de la rémunération. La jurisprudence admet qu’un établissement efficient puisse dégager un gain dans ce système. [3] [4] [5] [27]

Qui reçoit l’argent d’un séjour ?

Flux	Ce qu’il rémunère	Qui paie ou perçoit
Forfait AOS	Soins stationnaires et séjour répondant aux conditions légales, y compris les soins médicaux couverts.	Canton et assureur AOS selon la clé légale. L’hôpital reçoit le forfait. [3] [4]
Supplément convenu	Par exemple, chambre individuelle ou faculté de choisir le médecin, pour autant qu’une prestation additionnelle soit convenue.	Assureur complémentaire selon la police, ou patient engagé à la payer. La répartition dépend des contrats. [6] [23]
Honoraires du médecin agréé	Rémunération du praticien indépendant. Le modèle contractuel détermine la part qui lui revient.	La clinique peut encaisser pour le médecin. Des honoraires complémentaires exigent un fondement propre. [6] [7] [21]

Les honoraires du médecin peuvent constituer une part du supplément déjà compté. Les additionner une seconde fois gonflerait artificiellement la recette. D’autres sommes encore obéissent à un régime distinct. L’art. 49, al. 3, LAMal exclut de la rémunération forfaitaire les parts de coûts des prestations d’intérêt général, dont la recherche et la formation universitaire. [3] [7]

Si le bloc est déjà équipé et qu’une salle est disponible, un séjour supplémentaire peut contribuer au paiement de charges fixes comme les locaux et les équipements, une fois couverts les coûts qu’il occasionne. Si la capacité est saturée, il faut en outre considérer le séjour auquel l’établissement renonce ou les moyens supplémentaires à engager. C’est une explication économique de l’intérêt porté au volume, aux spécialités et à la composition de la patientèle. Calculer ce que rapporte réellement un cas exigerait de connaître les recettes revenant à la clinique, les coûts directs et la part de frais communs qui lui est imputée.

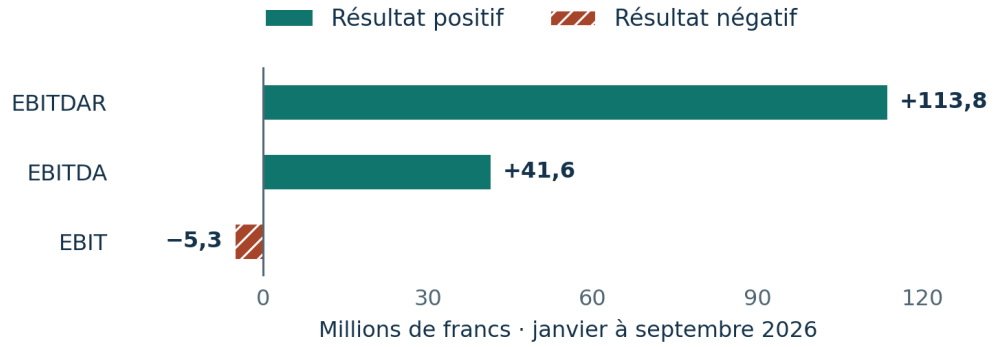
Le mandat compte autant que l’adresse

En 2026, pour un séjour couvert dans un hôpital répertorié, le canton de résidence finance au moins 55 % de la rémunération et l’assureur AOS au plus 45 %, sous réserve de la participation ordinaire de l’assuré. Un choix hors canton sans raison médicale peut laisser un écart avec le tarif de référence. Dans un hôpital seulement conventionné avec l’assureur pour cette prestation, la part cantonale tombe. Avant une admission programmée, la question utile porte donc sur le mandat pour l’intervention précise et sur la couverture confirmée par l’assureur. [3] [4]

Ce que disent les comptes d’un groupe privé

En 2025, Swiss Medical Network a publié 988,5 millions de francs de chiffre d’affaires brut et 835,1 millions de chiffre d’affaires net, après exclusion des honoraires médicaux. L’écart de 153,4 millions illustre une particularité du modèle du médecin indépendant. Un montant qui figure dans le chiffre d’affaires brut peut correspondre à des honoraires destinés aux médecins. Le traiter comme un revenu disponible pour la clinique fausserait l’analyse de sa rentabilité. [7]

Figure 2. Trois mesures de la rentabilité de Swiss Medical Network



Vert : résultat positif. Rouge hachuré : résultat négatif. Groupe consolidé, sur 620,9 millions de francs de chiffre d’affaires net. L’EBITDAR est calculé avant loyers, amortissements, intérêts et impôts. L’EBITDA intègre les loyers. L’EBIT inclut aussi les amortissements, avant intérêts et impôts. [8]

Sur neuf mois en 2026, un même groupe annonce ainsi une marge de 18,3 % avant loyers et amortissements, tout en présentant un résultat d’exploitation négatif après amortissements. Dans sa seule division hospitalière, l’EBIT atteint au contraire +1,3 million. Le groupe comprend aussi d’autres activités. Ses chiffres fluctuent avec les acquisitions, le périmètre et la période. Le changement de présentation des honoraires indépendants explique, selon AEVIS, l’essentiel de la progression du chiffre d’affaires brut. [8]

Une clinique peut donc dégager un excédent sur certains séjours, payer des loyers importants et terminer l’exercice en perte. Le résultat final renseigne encore moins sur l’affectation d’un franc d’assurance complémentaire. Pour établir qu’un supplément finance effectivement une activité déficitaire donnée, il faudrait suivre, dans le même établissement, les produits, les charges et les règles de répartition entre activités. La présence simultanée de pertes et de marges autorise l’hypothèse d’un financement croisé. Seule une comptabilité analytique appropriée permettrait de la vérifier.

À l’échelle nationale, 37 % des hôpitaux privés et 62 % des hôpitaux publics ont affiché une perte en 2024. Ces pourcentages comptent des établissements, quelle que soit leur taille. Pour 2025, l’OFS annonce, tous statuts confondus, 38,2 milliards de francs de recettes et 37,7 milliards de charges, après trois exercices déficitaires. Missions d’urgence, enseignement, éventail des cas et taille diffèrent d’un établissement à l’autre. Un classement des performances à partir du seul statut de propriété serait trompeur. [1] [2] [3]

Sept cliniques vaudoises à l’épreuve des comptes

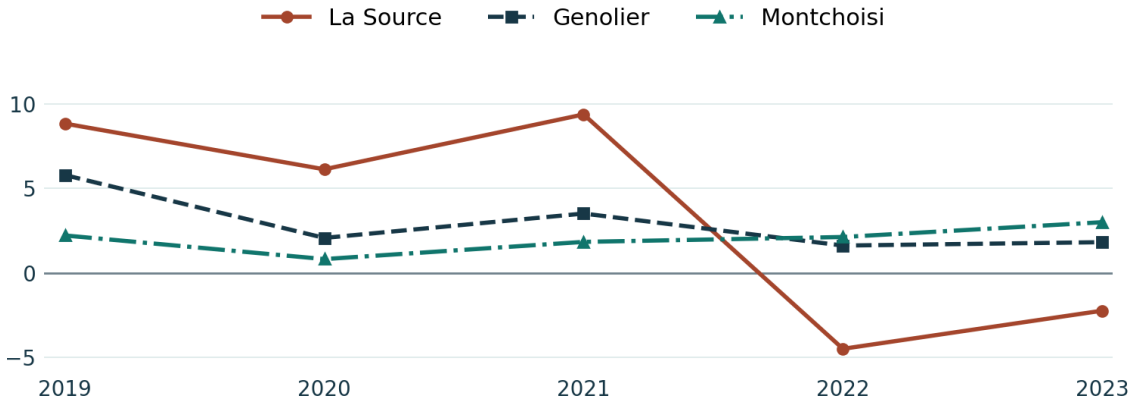
À La Source, trois exercices bénéficiaires de 2019 à 2021 ont précédé deux exercices déficitaires. À Genolier, chacun de ces cinq exercices s’est soldé par un bénéfice, dont le montant a varié de 1,61 à 5,79 millions de francs. Montchoisi est également restée bénéficiaire sur la période. Ces trajectoires ressortent de la comptabilité financière déclarée pour chaque établissement et publiée par l’OFSP. L’indicateur retenu, le « résultat annuel » (FiErg), correspond au bénéfice net ou à la perte nette, avant une éventuelle couverture du déficit. [29] [30]

Résultat annuel de 2019 à 2023, en millions de francs

Établissement	2019	2020	2021	2022	2023
Genolier	+5,79	+2,06	+3,51	+1,61	+1,81
Montchoisi	+2,21	+0,81	+1,83	+2,12	+2,99
La Source	+8,84	+6,13	+9,38	−4,50	−2,25
CIC Riviera	+0,28	+0,20	−1,06	−13,45	−2,11
La Prairie	+4,63	−8,56	+6,14	+5,12	+0,87
Hirslanden Lausanne SA	+2,99	−6,33	−7,68	—	—
Cecil	—	—	—	−11,89	−8,81
Bois-Cerf	—	—	—	−0,40	−0,22

Le tiret signale une unité qui n’est pas présentée séparément cette année-là. De 2019 à 2021, la ligne Hirslanden Lausanne SA réunit Cecil et Bois-Cerf. Dès 2022, l’OFSP distingue les deux cliniques. Partager rétrospectivement le bénéfice ou la perte entre les deux sites introduirait un chiffre que les comptes ne donnent pas. [29]

Figure 3. Trois trajectoires bénéficiaires ou déficitaires avant 2024



Ronds rouges : La Source. Carrés bleus : Genolier. Triangles verts : Montchoisi. Les couleurs identifient les cliniques. Seule la position par rapport à zéro indique un bénéfice ou une perte. Résultat net avant couverture du déficit, en millions de francs. Sélection de trois des cliniques figurant au tableau. [29] [30]

L’amplitude compte autant que le signe. La Prairie passe de +4,63 millions en 2019 à −8,56 millions en 2020, puis à +6,14 millions en 2021. Pour CIC Riviera, la perte atteint 13,45 millions en 2022. L’OFSP relève cette même année une couverture du déficit de 13,45 millions. La perte de l’exercice et la manière dont elle est absorbée répondent à deux questions comptables distinctes. [29] [30]

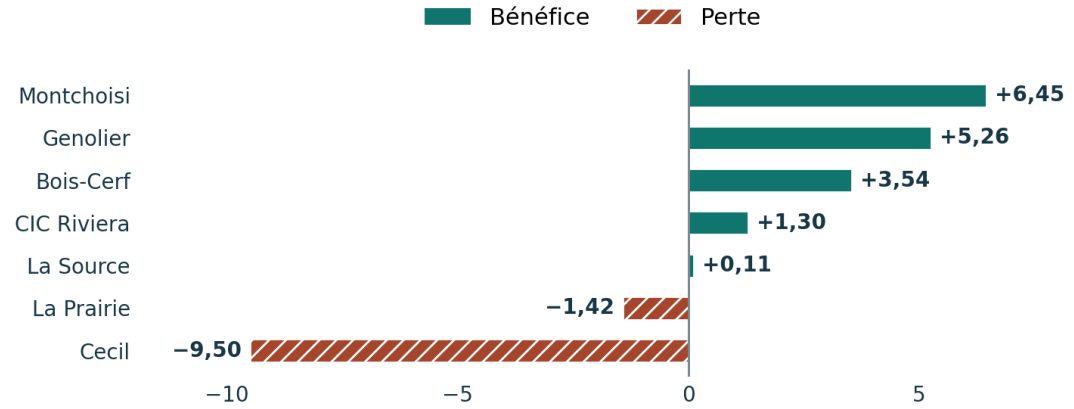
Ce que laissent 100 francs de produits en 2024

Un bénéfice de trois millions prend un sens différent selon la taille de la clinique. En 2024, Bois-Cerf et Montchoisi déclarent des résultats voisins, respectivement 2,99 et 3,19 millions de francs. Bois-Cerf les réalise sur 84,55 millions de produits et Montchoisi sur 49,48 millions. Le résultat pour 100 francs de produits est donc de 3,54 francs à Bois-Cerf et de 6,45 francs à Montchoisi. [29] [30]

Établissement	Produits	Charges	Résultat net	Couv. déficit	Marge nette
Montchoisi	49,48	46,29	+3,19	0,00	+6,45 %
Genolier	105,94	100,37	+5,57	0,00	+5,26 %
Bois-Cerf	84,55	81,56	+2,99	0,00	+3,54 %
CIC Riviera	39,11	38,61	+0,51	0,00	+1,30 %
La Source	121,72	121,58	+0,14	0,00	+0,11 %
La Prairie	73,25	74,29	−1,04	0,00	−1,42 %
Cecil	104,37	114,28	−9,91	9,91	−9,50 %

Les produits, les charges, le résultat net et la couverture du déficit sont exprimés en millions de francs. La dernière colonne rapporte le résultat annuel aux produits totaux de la même année (100 × FiErg / EtT). Le calcul utilise les montants en francs avant arrondi. Une couverture inscrite séparément peut provenir, entre autres, de réserves ou de contributions publiques ou privées. Cette rubrique agrégée n’identifie pas à elle seule le financeur. [29] [30]

Figure 4. Résultat net pour 100 francs de produits en 2024



Vert, à droite de zéro : bénéfice. Rouge hachuré, à gauche : perte. Même dénominateur pour les sept cliniques : les produits totaux de l’établissement déclarant. Une valeur sous zéro représente une perte. [29] [30]

La Source se trouve près de l’équilibre avec un bénéfice de 136 854 francs pour 121,72 millions de produits. Cecil déclare une perte de 9 913 154 francs et une couverture de déficit exactement égale. Ces montants ne permettent pas d’attribuer la perte aux tarifs de l’AOS, de déterminer le rendement des chambres privées ou de conclure que le canton l’a comblée. Il faudrait notamment les conventions, les coûts par activité et le détail de la couverture. La composition de la patientèle, examinée ci-après, fournit un élément de contexte supplémentaire. [10] [11] [29] [30]

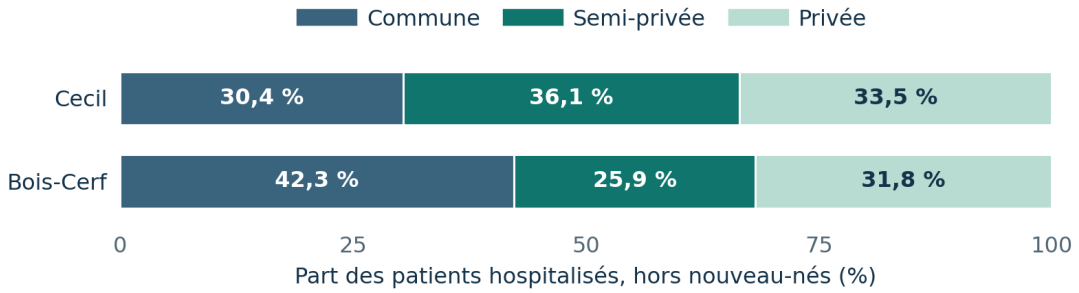
Pourquoi 2024 figure à part

Lors de l’introduction du nouveau relevé SpiGes, l’OFSP a signalé des données manquantes et des incohérences. Il a publié les indicateurs financiers retenus, mais a renoncé dans son édition 2024 à comparer les établissements avec 2023. Les valeurs de 2024 sont donc présentées comme une photographie distincte. Les résultats hospitaliers nationaux de 2025 et les comptes consolidés d’un groupe couvrent encore d’autres périmètres. [2] [7] [29] [31]

À Lausanne, qui entre dans une clinique privée ?

La propriété, la mission de soins et la classe d'assurance décrivent trois réalités distinctes. À Lausanne, la Clinique de La Source appartient à une fondation privée à but non lucratif. Les statistiques de deux autres établissements lausannois permettent d'observer une autre différence : sous une même enseigne, la répartition des patients entre divisions peut varier sensiblement. [9] [10] [11]

Figure 5. Deux cliniques lausannoises, trois classes d'assurance



De gauche à droite : bleu foncé pour la division commune, vert pour la semi-privée, vert clair pour la privée. Du 1er avril 2023 au 31 mars 2024. Même période et même définition dans les deux publications. [10] [11]

Au cours de cet exercice, Cecil comptait 4 667 patients hospitalisés, hors nouveau-nés, et Bois-Cerf 3 693. La part cumulée privée et semi-privée atteignait respectivement 69,6 % et 57,7 %. Ce sont des parts de patients. Elles renseignent sur l'exposition potentielle des établissements aux conventions complémentaires. Elles laissent ouvertes la valeur de ces conventions, la gravité des cas et l'identité de la personne qui perçoit les honoraires. Elles ne documentent pas non plus les personnes qui auraient demandé une admission et n'auraient pas été retenues. [10] [11]

Quand un lit est disponible

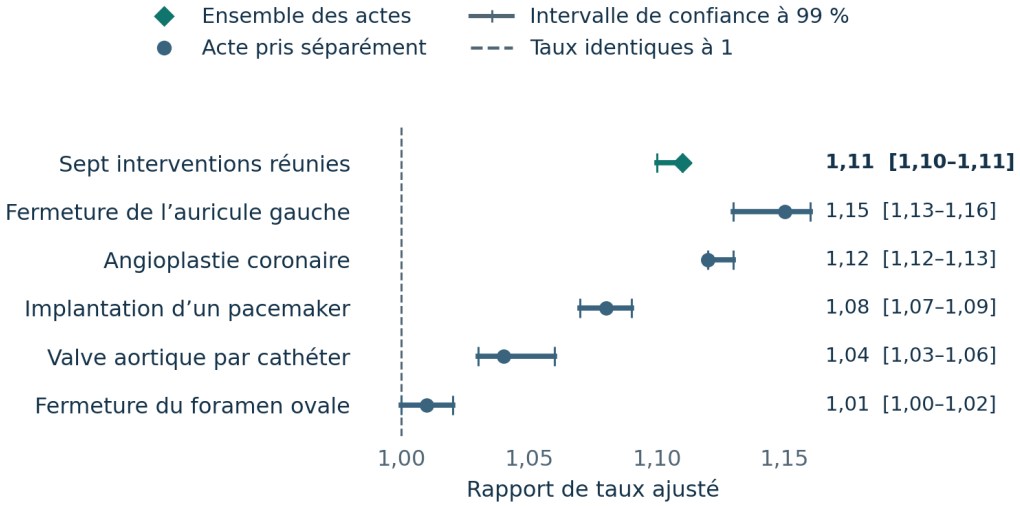
L'art. 41a, al. 1, LAMal impose à l'hôpital répertorié, dans les limites de son mandat et de ses capacités, de prendre en charge tous les assurés qui résident dans son canton d'implantation. Pour les résidents d'autres cantons, l'obligation dépend des mandats et vaut également en cas d'urgence. Les cantons en surveillent le respect. Écarter un résident au seul motif qu'il n'a pas de complémentaire, alors que la prestation entre dans le mandat et que l'établissement dispose de la capacité requise, se heurte à cette obligation. [3]

Un patient auquel on répond « nous intervenons ici uniquement si vous avez une complémentaire » a donc intérêt à faire préciser à qui et à quoi la réponse se rapporte. S'agit-il de réserver personnellement un chirurgien, de financer une intervention hors mandat ou de refuser l'admission en division commune pour une intervention couverte ? Le mandat, le motif du refus, la capacité annoncée et la date de la demande permettent d'examiner ces trois situations séparément. [3] [4] [6]

L’assurance peut-elle peser sur l’indication médicale ?

L’« indication » désigne les raisons médicales de proposer un acte à cette personne, à ce moment de son parcours. Les données suisses permettent d’étudier les différences de recours aux soins selon l’assurance. Dans une étude nationale, Struja et ses collègues ont analysé 590 919 admissions et 105 159 interventions cardiovasculaires hospitalières non urgentes, entre 2012 et 2020. Après pondération, le taux des sept interventions considérées ensemble était supérieur de 11 % chez les assurés en privé ou semi-privé. Un écart relatif de 11 % n’équivaut pas à onze interventions injustifiées pour cent patients. [13]

Figure 6. Fréquence des actes selon la couverture hospitalière



Losange vert : ensemble des actes. Rond bleu : acte individuel. Trait horizontal : incertitude de l’estimation. Ligne verticale pointillée à 1 : même taux. Suisse, 2012–2020. Ensemble des sept actes et cinq exemples. Valeur 1 = même taux dans les deux groupes. Chaque trait représente l’intervalle de confiance à 99 %. Référence : assurance de base seule. [13]

La base ne renseignait pas complètement la sévérité clinique, le revenu, les préférences, le statut de propriété de l’hôpital ni les gestes effectués en ambulatoire. Une couverture privée peut modifier le recours au spécialiste, le lieu du traitement ou la possibilité de programmer un geste. Une analyse de cinq enquêtes suisses sur la santé a d’ailleurs mis en évidence des liens entre complémentaire hospitalière, formation, revenu et préférence pour le libre choix du spécialiste. L’étude cardiovasculaire porte sur des classes d’assurance dans l’ensemble des hôpitaux étudiés : elle ne mesure pas un effet propre aux cliniques privées. [13] [14]

Deux autres travaux éclairent cette limite. L’OFSP a identifié un excédent de certains séjours chez les assurés complémentaires, particulièrement en orthopédie, et juge plausible une offre excédentaire pour certains gestes programmables. L’Obsan a examiné plus de 740 000 naissances de 2015 à 2023. Les antécédents de césarienne, la présentation du fœtus et d’autres caractéristiques expliquent une partie des variations géographiques, qui persistent après ajustement. Pris ensemble, ces travaux justifient d’examiner comment une indication est posée. Ils n’attribuent aucun motif financier à un médecin déterminé. [12] [15]

La règle suisse qui vise les mauvaises incitations

Le droit fédéral intervient en amont de la consultation. L'art. 58f, al. 7, OAMal oblige les cantons à inscrire dans les mandats hospitaliers une charge interdisant les systèmes d'incitations économiques qui entraînent une augmentation des prestations médicalement injustifiées à la charge de l'AOS ou permettent de contourner l'obligation d'admission. Ce second volet a une portée propre. Un système peut poser problème parce qu'il influe sur les personnes admises, même si les actes pratiqués sur celles qui le sont restent médicalement justifiés. [3] [16]

Jusqu'où un canton peut-il agir sur les salaires ?

Dans son arrêt du 30 juin 2026 sur la planification vaudoise, le Tribunal administratif fédéral (TAF) s'est penché sur deux exigences cantonales : une part fixe représentant au moins 45 % du salaire annuel effectif des médecins et un plafonnement renvoyant aux rémunérations pratiquées au CHUV. Le Tribunal reconnaît que prévenir les rémunérations excessives et l'augmentation injustifiée des volumes relève des objectifs de la LAMal. Son objection précise vise la justification du plafond. Le canton devait établir pourquoi la référence au CHUV convenait aux objectifs fédéraux de qualité et d'économicité, compte tenu également de la concurrence. Le simple renvoi était insuffisant. La cause a été renvoyée au canton dans la mesure précisée au dispositif. [17]

La nuance importe pour le patient. Un médecin rémunéré en partie à l'acte peut recommander une intervention parfaitement indiquée. Inversement, un salaire fixe ne garantit à lui seul ni l'accès de tous les assurés ni la pertinence de chaque acte. Pour apprécier un système concret, il faut regarder ce qu'il récompense, la capacité qu'a le médecin d'influencer la décision et la façon dont l'établissement en contrôle les effets. Le droit de la planification répond à une question d'organisation. Pour apprécier le consentement individuel, il faut notamment établir quelle information la personne a reçue. [16] [17] [19]

À la consultation, quel intérêt le médecin doit-il défendre ?

Les médecins exerçant sous leur propre responsabilité professionnelle doivent agir avec soin et garantir les droits des patients. Dans leur collaboration avec les autres professions de la santé, l'art. 40, let. e, LPMéd leur impose de défendre exclusivement les intérêts des patients, indépendamment des avantages financiers. Pour les prestations à charge de l'AOS, les art. 32 et 56 LAMal exigent notamment une prestation appropriée et économique, limitée à ce qui est nécessaire dans l'intérêt de l'assuré et pour le but du traitement. [3] [18]

Ce que la division privée peut réellement promettre

Une chambre individuelle garantie selon les conditions convenues, la faculté de choisir son médecin ou un service hôtelier défini peuvent avoir une valeur propre. L'art. 44 LAMal protège l'assuré contre une rémunération supplémentaire exigée pour une prestation déjà due au tarif obligatoire. Dans l'ATF 130 I 306, relatif au tarif des hôpitaux publics bâlois, le Tribunal fédéral a admis qu'un supplément stationnaire puisse rémunérer une véritable prestation additionnelle, notamment en matière de confort ou de choix du médecin. Cette protection tarifaire s'apprécie par rapport à ce que l'AOS couvre déjà pour ce séjour. [3] [6]

Le bon point de comparaison est l'offre ordinaire du lieu. Si toutes les chambres d'un établissement comptent deux lits, cette caractéristique, prise isolément, explique mal un supplément semi-privé. Pour le choix du médecin, il faut distinguer la garantie contractuelle de pouvoir choisir, le choix effectivement offert et la fonction des intervenants. Un spécialiste de garde, un médecin expressément choisi et un remplaçant prévu par la convention ne correspondent pas nécessairement à la même promesse. [6] [21] [22] [23]

Ce que la FINMA a trouvé dans les contrats

Les contrôles ciblés de 2020 ont notamment relevé, pour des opérations simples de prothèse de hanche, des suppléments allant de 1 500 à 25 000 francs au-delà d'environ 16 000 francs de rémunération forfaitaire de base. En 2025, la FINMA a décrit un autre cas : un assureur évaluait à 191 francs la nuitée hôtelière supplémentaire en division semi-privée dans un hôpital, puis avait accepté un prix de 855 francs. Le premier chiffre est une référence interne de l'assureur. L'écart avec le prix négocié ne mesure ni le coût réel de la nuitée, ni le bénéfice de la clinique. La sélection des cas contrôlés ne permet pas d'estimer la fréquence nationale de tels écarts. [21] [22]

En septembre 2026, l'Association Suisse d'Assurances a publié son bilan sectoriel. Dans le périmètre de son relevé d'avril, couvrant 96 % du marché, elle classe 94,1 % des conventions comme conformes aux exigences de la branche et 5,9 % comme des situations sans convention valable. Ces pourcentages portent sur les conventions examinées. Pour savoir ce qu'un assuré pouvait attendre le jour de son admission, les pièces déterminantes restent sa police, les conditions applicables, la description des prestations et la confirmation de couverture pour la clinique et les médecins concernés. [23]

Un accouchement et 1 222 francs d'honoraires contestés

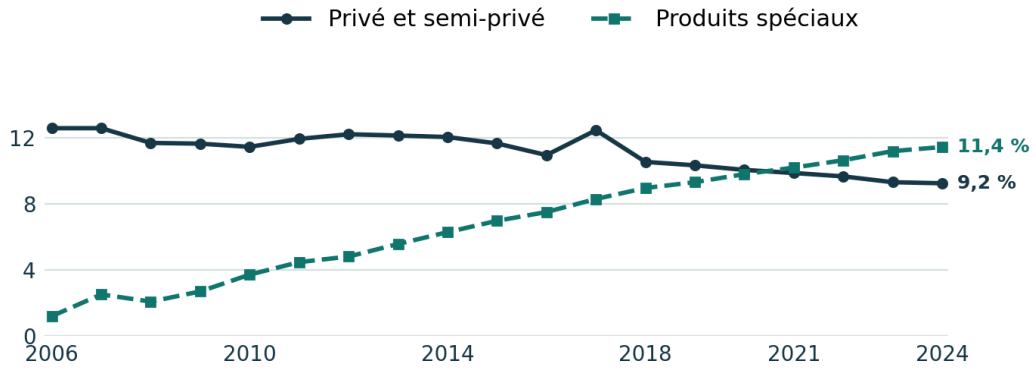
La portée de la garantie a déjà été jugée. Une patiente assurée en division mi-privée réclamait 1 222 francs à son assureur après un accouchement dans une clinique genevoise. L'assureur l'avait avertie avant le séjour que sa garantie était plafonnée pour les honoraires médicaux. Le Tribunal fédéral a rejeté le recours. Le résultat tient au libellé des conditions complémentaires, à leur interprétation et à l'avis préalable donné dans ce cas. Pour l'assuré, la mention d'une classe d'hospitalisation gagne donc à être lue avec les limites écrites de la garantie délivrée pour le séjour. [28]

Les jeunes renoncent-ils à la complémentaire hospitalière ?

La complémentaire hospitalière relève de la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Pour comprendre son avenir, trois observations différentes comptent : la couverture que l'on détient à un âge donné, l'évolution des produits en portefeuille et la décision de signer une nouvelle police. Les sources suisses éclairent bien les deux premières. [32] [33] [48]

En 2017, l'Obsan estimait que 21 % environ des 15–34 ans étaient couverts en privé ou semi-privé, contre 28 % des 35–64 ans et près de 40 % des 65 ans ou plus. Une partie des aînés avait conservé des contrats antérieurs à l'assurance obligatoire de 1996. L'enquête porte sur les ménages privés, donc exclut notamment les résidents d'EMS. Près d'une personne interrogée sur dix ignorait sa division, les jeunes y étant surreprésentés. L'Obsan répartit proportionnellement les réponses inconnues et les autres modèles pour son estimation générale de 28,9 %. [32]

Figure 7. Les couvertures classiques reculent, les produits spéciaux progressent



Ronds bleus, trait plein : divisions classiques. Carrés verts, trait interrompu : produits spéciaux. Parts rapportées à l'effectif total AOS, en %. Numérateur limité aux offres déclarées par les assureurs LAMal. Tous âges confondus. [33]

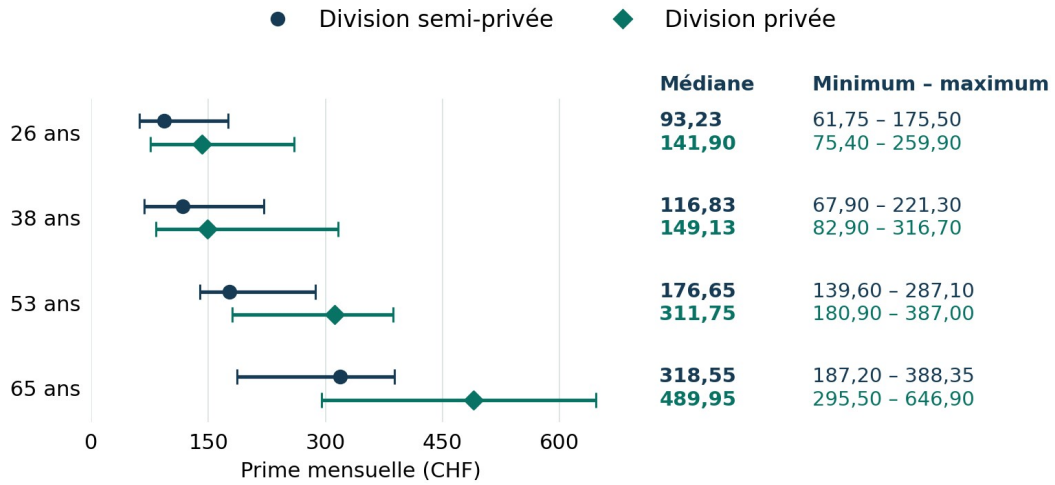
Dans la statistique administrative de l'OFSP, le privé et le semi-privé classiques reculent ensemble de 12,6 % en 2006 à 9,2 % en 2024, tandis que les produits spéciaux passent de 1,2 % à 11,4 %. Cette dernière rubrique réunit notamment le flex, la chambre seule et les indemnités journalières. Ces parts ont pour dénominateur tous les assurés AOS, alors que le numérateur ne couvre que les offres recensées auprès des assureurs LAMal, y compris certaines offres distribuées via des tiers. Il serait erroné de les lire comme la prévalence totale mesurée par l'Obsan ou comme des passages individuels d'un produit à un autre. [33]

En mai 2026, parmi les 1 033 adultes interrogés par Innofact pour Comparis, 53,6 % des 18–35 ans se disaient intéressés par une complémentaire pour certaines prestations, contre 48,2 % dans l'ensemble de l'échantillon. La question englobait aussi l'ambulatoire. Tous âges confondus, 17,3 % envisageaient de souscrire ou d'étendre une complémentaire dans les douze mois. En Suisse romande, 71,9 % citaient le niveau des primes comme obstacle. Pour établir que les jeunes souscrivent moins qu'autrefois, il faudrait des séries de nouveaux contrats hospitaliers par âge et par produit, rapportées à la population du même âge, avec les changements de formule identifiés. Les données consultées établissent une moindre couverture classique chez les jeunes et une transformation de l'offre souscrite, sans chiffrer ce flux. [32] [33] [34]

Les primes que l’on rencontre à Lausanne

À Lausanne, à 65 ans, la prime médiane relevée pour une assurance hospitalière privée classique est de 489,95 francs par mois, soit 5 879,40 francs par an. Au même âge et dans la même localité, la médiane en semi-privé est de 318,55 francs par mois, soit 3 822,60 francs par an. Ces valeurs portent sur les tarifs affichés aux profils testés en août 2026. Elles permettent de situer un budget pour une nouvelle souscription. [49] [56]

Figure 8. Ce que coûte une couverture fixe à Lausanne selon l’âge



Rond bleu : semi-privé. Losange vert : privé. Le symbole marque la médiane, les extrémités les prix minimum et maximum. De haut en bas, 7, 7, 6 et 6 assureurs, deux profils de sexe par assureur et par division. CHF par mois. [49] [56]

À 65 ans, en privé, la fourchette va de 295,50 à 646,90 francs par mois. Aux deux extrémités, le budget annuel va de 3 546 à 7 762,80 francs. L’écart annuel de 4 216,80 francs invite à comparer les cliniques et médecins reconnus, la participation aux frais, la couverture accident et l’étendue géographique avant de retenir le contrat le moins cher. Le barème publié par Aquilana confirme directement la borne basse pour la classe 61–65 ans, sans participation complémentaire. [49] [50] [56]

Pourquoi la moyenne suisse est plus basse

Dans son rapport annuel 2025, la FINMA publie, pour l’exercice 2024, une moyenne de 1 460 francs par assuré et par an en semi-privé et de 1 953 francs en privé, soit 121,67 et 162,75 francs par mois. Elle précise que la structure des contrats et des effectifs influence cette moyenne. Sa statistique ne donne pas le prix d’une nouvelle police privée pour un Lausannois de 53 ou de 65 ans. Inversement, les tarifs des calculateurs ne permettent pas de déduire la prime moyenne payée par les personnes déjà assurées à ces âges. [36] [49]

Le relevé exploité ici vient d’un intermédiaire commercial qui publie ses observations brutes. Pour le NPA 1003, chaque tarif disponible pour les deux profils de sexe reçoit le même poids. Les formules flex, y compris CSS myFlex, sont exclues. Sept assureurs restent à 26 et 38 ans, six à 53 et 65 ans. À 80 ans, seul un calculateur donnait encore un prix dans ce relevé, ce qui rendrait une comparaison entre assureurs trompeuse. Les produits et les rabais varient. Certains calculateurs proposaient déjà une prise d’effet ultérieure. Sanitas ne figure pas dans ce panel. L’admission définitive dépend notamment de l’examen du risque. [48] [49] [56]

Ce que la prime peut coûter sur dix ans

Le barème 2026 d'Aquilana permet de suivre le vieillissement dans un même produit. Pour une couverture privée sans participation complémentaire, le tarif mensuel est de 220,40 francs à 51–55 ans, 258 francs à 56–60 ans, 295,50 francs à 61–65 ans et 403,40 francs à partir de 66 ans. Ce dernier tarif concerne la poursuite d'une couverture existante au-delà de l'âge limite de souscription. [50]

Classe d'âge	Semi-privé 2026	Privé 2026	Privé 2027
51–55 ans	139,60 CHF	220,40 CHF	207,20 CHF
56–60 ans	163,40 CHF	258,00 CHF	242,50 CHF
61–65 ans	187,20 CHF	295,50 CHF	277,80 CHF
Dès 66 ans	232,20 CHF	403,40 CHF	379,20 CHF

Pour une personne déjà assurée qui traverse cinq années tarifaires de 61 à 65 ans puis cinq de 66 à 70 ans, le barème 2026 maintenu constant donne 41 934 francs de primes en privé (60 × 295,50 + 60 × 403,40), contre 25 164 francs en semi-privé. La différence cumulée entre les deux divisions est de 16 770 francs. Le même calcul avec le barème annoncé au 1er janvier 2027 donne 39 420 francs en privé. Ce sont deux scénarios à tarifs constants. Les révisions futures, rabais et modifications de police changeront la somme effectivement payée. [50] [51]

Que coûterait uniquement la chambre ?

À Bienne, pour une personne assurée en division commune, le Centre hospitalier facture 400 francs la nuit en chambre individuelle et la Clinique des Tilleuls 550 francs. Quatre nuits représentent ainsi 1 600 ou 2 200 francs. À titre d'échelle, la prime privée médiane relevée à Lausanne à 65 ans, pour une seule année, représente environ 15 nuits au premier tarif ou 11 au second. Cette comparaison a un sens pour une personne qui cherche avant tout de l'intimité. La chambre à la demande dépend des disponibilités et, aux Tilleuls, ce surclassement laisse la couverture médicale inchangée. Le choix contractuel d'un opérateur doit être évalué séparément. [38] [39] [49] [56]

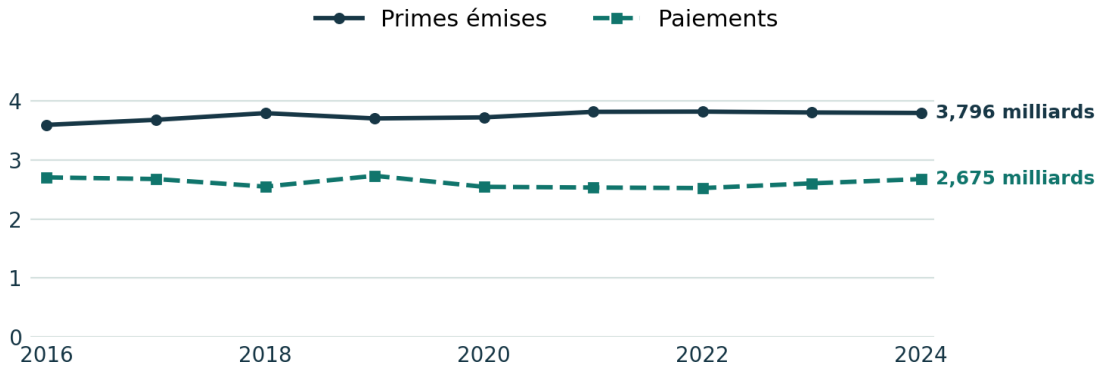
Combien reste-t-il à financer avec le flex ?

En septembre 2024, moneyland relevait 82 francs par mois en moyenne dans son échantillon d'offres flex, toutes formules étudiées confondues. Le chiffre doit être complété par la participation prévue au contrat. Par exemple, chez Helsana, FLEX 2 laisse à charge 20 % en semi-privé jusqu'à 2 000 francs par année civile, ou 35 % en privé jusqu'à 4 000 francs. Au premier séjour de l'année, 5 000 francs de frais additionnels privés reconnus entraînent donc 1 750 francs de participation, en plus de la prime propre à la police et de la participation AOS éventuellement due. [37] [40]

Où va la prime d’hospitalisation ?

En 2024, pour la branche des soins stationnaires de l’assurance-maladie complémentaire individuelle, l’Association Suisse d’Assurances (ASA) recense 3,796 milliards de francs de primes brutes émises et 2,675 milliards de paiements bruts pour cas d’assurance. Cela représente environ 70,5 francs de paiements pour 100 francs de primes émises dans l’année. En 2019, le même calcul donnait 73,8 francs et en 2022, 66,1 francs. [35]

Figure 9. Primes et paiements pour les soins stationnaires



Ronds bleus, trait plein : primes émises. Carrés verts, trait interrompu : paiements pour cas d’assurance. Assurance complémentaire individuelle, en milliards de francs courants. Primes brutes émises et paiements bruts de l’année. [35]

La différence arithmétique de 1,121 milliard en 2024 est parfois la partie la plus tentante à interpréter. Or la prime est émise pendant un exercice et les paiements de cet exercice peuvent concerner d’autres périodes. Pour déterminer le bénéfice technique, il faudrait notamment les primes acquises, les variations de provisions et les frais. Pour savoir ce que gagne la clinique, il faudrait ses propres coûts. Attribuer les 29,5 francs restants à l’un ou l’autre acteur confondrait ces comptes. L’ASA fournissait en juin 2026 une extrapolation des primes stationnaires de 3,811 milliards pour 2025, fondée sur 75 % de parts de marché pour la série individuelle. Le graphique s’arrête au dernier exercice commun de primes et de paiements dans cette publication. [29] [30] [35]

Ce que vaut une garantie, même lorsqu’on ne s’en sert pas

Au moment de conclure, un assuré peut vouloir s’épargner un supplément qu’il aurait de la peine à absorber ou s’assurer la possibilité de choisir un opérateur pour une intervention rare. L’avantage existe avant même le sinistre. Il dépend de l’établissement, des médecins reconnus et de la portée exacte de la police. Une facture de 20 000 francs payée par l’assureur n’implique d’ailleurs pas que la personne aurait voulu acheter la même prestation à ce prix. [6] [20] [22] [28] [40]

La possibilité de souscrire à nouveau mérite d’être examinée avant toute résiliation. En complémentaire, l’assureur peut examiner l’état de santé, émettre une réserve ou refuser une proposition. La possibilité de revenir plus tard au même niveau de garantie a donc une valeur, particulièrement si l’état de santé a changé. Une admission écrite précise les réserves de la nouvelle offre. Un régime particulier protège les assurés dont l’ancien portefeuille a été fermé. [34] [40] [48] [54]

Si une ancienne police devient trop chère

La surveillance des primes et le droit au changement de portefeuille répondent à deux difficultés différentes. Pour le tarif, l'art. 38 de la loi sur la surveillance des assurances (LSA) charge la FINMA d'examiner si les primes préservent la solvabilité de l'entreprise et protègent les assurés contre les abus. La FINMA examine aussi les conditions du produit avant sa mise sur le marché. Cette approbation porte sur le tarif d'assurance. La question de savoir si une chambre ou des honoraires ont été facturés à bon droit se résout notamment à partir de la police et des prestations dues pour le séjour. [6] [21] [22] [28] [52] [53]

Une prime de 636 francs par mois déjà invoquée en 2007

Une assurée genevoise, née en 1936 et couverte en demi-privé depuis au moins 1981, avait été transférée dans un autre produit de son assureur. Elle a soutenu en justice que sa prime atteignait 636 francs par mois en 2007, tandis qu'une autre couverture de la même caisse était environ moitié moins chère. Le montant figure dans l'arrêt au titre des allégations de l'assurée. Le droit au transfert a, lui, été reconnu. Le tribunal cantonal a ordonné le passage dans l'autre produit et le remboursement du trop-perçu depuis le 1er janvier 2008. Le Tribunal fédéral a laissé cette décision subsister et confirmé la validité de l'art. 156 OS. [55]

Le droit de passage et ses conditions

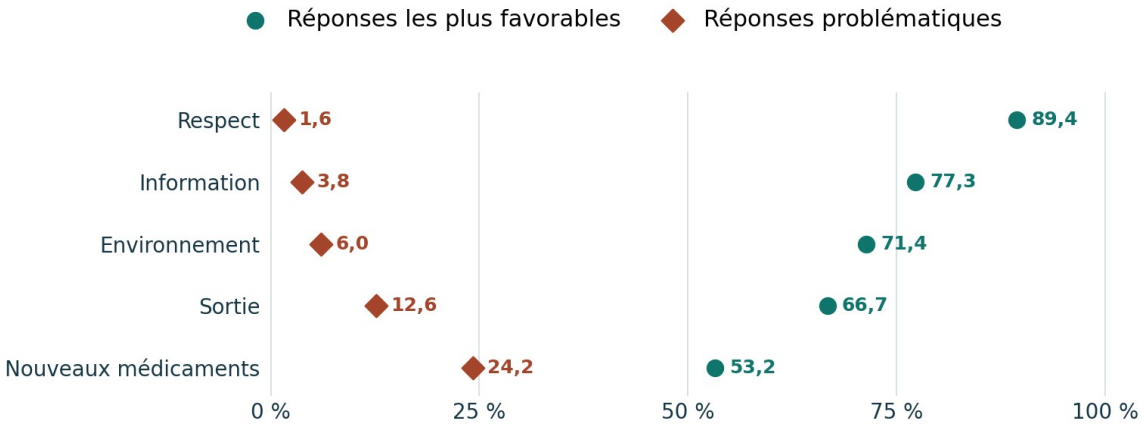
Lorsqu'une entreprise cesse d'admettre de nouveaux contrats dans un portefeuille, l'art. 156 de l'ordonnance sur la surveillance (OS) ouvre un droit à remplacer la police par un contrat aussi équivalent que possible dans un portefeuille ouvert, si l'assureur ou une entreprise de son groupe en exploite un. L'assureur doit informer sans délai les preneurs concernés de ce droit et des couvertures ouvertes. Pour le passage, l'âge et l'état de santé déterminants sont ceux de la conclusion du contrat en cours. Ce mécanisme vise une situation précise. Un simple changement d'assureur, hors de ces conditions, reste soumis aux règles ordinaires d'admission. [48] [54] [55]

Si une prime augmente fortement, l'assuré peut donc demander par écrit quels facteurs expliquent l'augmentation, si le portefeuille accueille encore de nouveaux contrats et quels produits comparables sont ouverts. Les réponses utiles sont une prime chiffrée, les différences de prestations et la date d'effet du passage proposé. Le niveau de la prime, pris isolément, ne suffit pas à établir que le portefeuille est fermé. [52] [53] [54] [55]

L’assuré privé est-il mieux écouté ou mieux soigné ?

La première enquête nationale Swiss PREMs en soins aigus de 2025 a envoyé 166 594 questionnaires et obtenu un taux de réponse de 28,2 %. Environ un tiers des répondants avaient une assurance privée ou semi-privée. Invités à décrire leur expérience, les patients donnent des réponses différentes selon que l’on parle de respect, de sortie de l’hôpital ou de nouveaux médicaments. [41]

Figure 10. L’expérience des patients selon cinq dimensions du séjour



Rond vert : réponses les plus favorables. Losange rouge : réponses problématiques. Un même répondant peut apprécier différemment plusieurs dimensions du séjour. Soins aigus, Suisse, 2025. Parts nationales des réponses les plus favorables et des réponses problématiques. Les réponses intermédiaires ne sont pas représentées. [41]

Le chiffre de 76,5 % de recommandations les plus favorables, toutes divisions confondues, ne chiffre pas ce qu’apporte le supplément. En réadaptation, l’ANQ avait publié en 2017 une comparaison directe entre 4 300 répondants en base et 2 169 en privé ou semi-privé. Les seconds se disaient légèrement plus satisfaits pour les cinq questions. Les écarts ressortaient surtout pour la clarté de l’information et pour le respect et la dignité. Ces moyennes n’étaient pas ajustées. La population, le type de séjour et le questionnaire diffèrent de l’enquête de soins aigus de 2025. [41] [47]

Une réclamation permet de vérifier un engagement précis

Hirslanden publie un indicateur de recommandation, un canal de retour après séjour et la politique de réclamation de Mediclinic. Celle-ci prévoit, pour une réclamation écrite ou téléphonique après la sortie, un accusé de réception verbal dans les 24 heures des jours ouvrables et un calendrier de suivi. Elle prévoit une enquête dans les sept jours, avec retour verbal le cas échéant, puis des nouvelles selon le calendrier convenu si l’affaire reste ouverte. La personne qui a demandé à être rappelée peut ainsi vérifier la date, le contenu de la réponse et la suite donnée. Il s’agit d’un engagement interne de traitement des réclamations, distinct d’une garantie de remboursement. Un simple questionnaire anonyme ne permet évidemment pas le même suivi. [42] [43]

Sur le plan clinique, une étude suisse de 3 173 opérations abdominales, thoraciques et vasculaires a comparé deux groupes appariés de 591 patients. Elle n’a pas mis en évidence de différence statistiquement significative de complications à 30 jours selon la couverture (rapport de cotes 0,97, intervalle de confiance à 95 % de 0,77 à 1,23). L’intervalle reste compatible avec un avantage ou un désavantage et l’étude porte sur un seul centre. Le choix personnel du médecin peut avoir de la valeur sans qu’une réduction générale du risque opératoire par la prime soit démontrée. [44]

Ce que les cliniques apportent et ce que la collectivité paie

En 2024, les sept cliniques vaudoises étudiées totalisaient 1 972,88 équivalents plein temps, 197,34 millions de francs de charges de personnel et 18 735 sorties hospitalières. Les charges de personnel comprennent notamment les charges sociales et certains honoraires médicaux. Les sorties correspondent à des cas clos, une même personne pouvant compter plusieurs fois. Ces chiffres mesurent une activité de soins et des emplois bien réels, y compris pour des patients en division commune. Les comptes ne disent pas combien de ces emplois ou traitements auraient disparu en l'absence de complémentaire. [29] [30] [31]

Pour les hôpitaux suisses, EY, dans une étude réalisée pour l'ASA, évalue à environ 2,5 milliards de francs le volume annuel moyen des prestations que la complémentaire prend en charge dans son analyse historique. Ces paiements peuvent contribuer aux coûts fixes d'un bloc ou soutenir une capacité de traitement utilisée par plusieurs divisions. Pour mesurer une économie pour l'AOS ou le canton, il faudrait identifier la capacité rendue disponible, qui l'utilise, et combien aurait coûté la même prise en charge ailleurs. Compter simultanément comme bénéfices la prime payée, le revenu de l'hôpital et les salaires qu'il verse compterait plusieurs fois une même dépense. [3] [29] [46]

Des signaux de surconsommation, différents selon les actes

Pour certaines interventions complexes du genou, l'OFSP a estimé en 2017 un taux standardisé de 192,82 séjours pour 100 000 personnes en privé ou semi-privé contre 123,18 en division commune. Appliqué à la population complémentaire, l'écart correspond à 1 392 séjours théoriques pour cette catégorie précise (SwissDRG I30B). Ce chiffre compare des taux corrigés pour l'âge. Il ne résulte pas d'un examen des indications individuelles. [15]

Une étude nationale publiée en 2026 retrouve, parmi près de 1,95 million d'admissions chirurgicales de 2012 à 2020, un taux relatif supérieur de 7 % pour un ensemble de gestes de chirurgie viscérale programmée (rapport de taux 1,07, intervalle de confiance à 99 % de 1,06 à 1,07). En revanche, l'Obsan ne relève pas de probabilité globalement supérieure d'avoir été hospitalisé dans l'année dans l'enquête auprès des ménages. Les deux constats sont compatibles : la différence peut porter sur le geste choisi ou sur le lieu de traitement. [32] [45]

Si une nuit privée améliore seulement le confort d'une hospitalisation déjà indiquée, la dépense supplémentaire achète une prestation hôtelière. Si l'incitation conduit à une hospitalisation additionnelle, le forfait de base mobilise aussi des primes AOS, des recettes fiscales et du temps soignant. Le résultat collectif change encore si une place libère effectivement une capacité publique ou évite un délai préjudiciable. Le bilan net exigerait des comparaisons à gravité comparable portant sur les indications, le coût complet des alternatives, l'accès et les résultats de santé. Les données disponibles établissent l'activité économique et un risque de volumes supplémentaires dans certaines indications. Le solde pour la Suisse demeure indéterminé. [3] [4] [13] [15] [29] [44] [45]

Dans quels cas la complémentaire vaut-elle son prix ?

À une personne qui veut surtout être respectée, informée et associée aux décisions, une prime privée achète peu de droits nouveaux sur ces points. À une personne pour qui le choix d'un médecin donné est décisif et financièrement inaccessible en paiement direct, la même prime peut acheter une liberté réelle. La première question à poser est donc concrète : « Si je devais renoncer à un seul avantage de ma police, lequel me manquerait réellement ? » [3] [6] [19] [28] [40]

Priorité de l'assuré	Option à comparer et point à vérifier
Intimité ponctuelle	AOS et chambre payée selon disponibilité. Demander le prix total pour la durée plausible, les circonstances d'un relogement et les conditions de réservation. [38] [39]
Choix occasionnel de la division	Formule flex. Vérifier auprès de l'assureur la reconnaissance du lieu et du médecin ainsi que la participation maximale en privé sur une année. [40]
Continuité avec un spécialiste choisi	Contrat fixe semi-privé ou privé selon la garantie écrite. Si les deux couvrent le même médecin et son intervention, chiffrer ce que la seule différence de chambre justifie. Préciser qui intervient en cas de garde ou de remplacement. [6] [23] [28] [40]
Accès à un établissement précis	Vérifier d'abord son mandat pour l'acte, le tarif de référence et ce que couvre déjà l'AOS. Demander la garantie écrite du complément pour l'éventuel écart. [3] [4] [20]
Police ancienne à prime élevée	Demander si le portefeuille est fermé et si l'art. 156 OS permet un passage. Avant de réduire la couverture, faire confirmer les réserves et les conditions d'un retour à la division initiale. [34] [48] [54] [55]

Savoir ce que l'on paie quand le séjour se déroule autrement

Le cas d'une chambre qui reste réservée pendant un transfert aux soins intensifs illustre la difficulté. Il faut distinguer les dates d'occupation, une éventuelle prestation de mise à disposition et les soins effectivement délivrés dans l'unité spécialisée. Sur quelle clause repose le maintien de la chambre ? Quelle prestation additionnelle l'assureur a-t-il reconnue pour ces dates ? La réponse dépend de la police, de la convention applicable et du séjour. Un montant global estampillé « prestations supplémentaires » renseigne peu sur ces trois éléments. [6] [21] [22] [23]

Pour apprécier le juste prix d'une police, trois montants peuvent finalement être placés côte à côte : les primes que le ménage peut soutenir sur dix ans, sa dépense maximale l'année d'un séjour et le prix de l'alternative qu'il achèterait réellement. À ces montants s'ajoutent deux questions difficiles à convertir en francs : la valeur de pouvoir choisir au moment voulu et la possibilité de retrouver la couverture après une résiliation. Le déficit d'une clinique n'entre dans aucun de ces cinq éléments. Il appartient à l'établissement d'expliquer son financement et à l'assureur de montrer ce que sa prime permet d'obtenir. [28] [29] [35] [36] [38] [39] [40] [48]

Comment le patient peut vérifier sa propre situation

Avant un acte programmé, trois questions ont une grande valeur : « Que me conseillez-vous médicalement et pourquoi maintenant ? Quelles options raisonnables ai-je ? Que change ma division d'assurance pour ce séjour et quel montant pourrait me revenir ? » Dans le canton de Vaud, l'art. 21 LSP inclut les aspects financiers, les traitements envisageables, leurs risques et leurs conséquences dans l'information due. Il prévoit la possibilité d'un deuxième avis extérieur et, lors de l'admission, une information écrite sur les conditions du séjour. L'art. 23 protège le consentement libre et éclairé. [19]

Dans l'ATF 119 II 456, une patiente avait précisément demandé si l'opération serait remboursée. La réponse rassurante de son médecin s'était révélée inexacte. Le Tribunal fédéral retient un devoir minimal d'information économique : le médecin doit attirer l'attention sur un défaut de couverture qu'il connaît ou sur lequel il a, ou devrait avoir, un doute. L'exigence est d'autant plus stricte que le montant est important. Lorsque la couverture dépend de conditions particulières, une confirmation écrite de l'assureur éclaire une décision que l'équipe soignante ne maîtrise pas entièrement. [20]

Question concrète	Pièces à demander et interlocuteur
Mon intervention est-elle indiquée ?	Au médecin, demander l'objectif, les alternatives, les conséquences d'un délai et les motifs du choix proposé. Un deuxième avis extérieur est possible. [19]
Que couvre la division privée ?	À la clinique, demander le descriptif applicable à la date du séjour, les conditions du choix du médecin et la conduite prévue en cas de remplacement. À l'assureur, demander une confirmation écrite et les éventuels frais personnels. [6] [20] [23]
Qui a facturé quoi ?	Demander le détail à l'émetteur et rapprocher les décomptes de la police. En tiers payant AOS, le fournisseur doit transmettre une copie de la facture au patient. L'accès au dossier médical permet de vérifier les actes consignés. [3] [19] [25]
Une prise en charge complémentaire est contestée	Demander la motivation et la clause appliquée à l'assureur. Une médiation peut être sollicitée. Les tribunaux tranchent les prétentions privées, tandis que la FINMA surveille les assureurs. [26]

Conclusion. Rentabilité des cliniques et droits des patients

La recherche d'une marge par une clinique privée est compatible avec les droits des patients. La limite juridique est franchie lorsque la perspective d'une recette supplémentaire conduit à écarter une personne que la clinique est tenue d'admettre, à recommander un acte sans justification médicale ou à facturer une seconde fois un soin déjà rémunéré par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Cette limite s'applique aussi à une clinique déficitaire. [3] [6] [16] [19] [27]

Pour la clinique, une marge possible et des obligations précises

En 2024, pour une césarienne, les hôpitaux suisses enregistraient en moyenne une perte de 1 965 francs en assurance de base et un gain de 2 065 francs en division privée. Les 4 030 francs d'écart rendent tangible l'intérêt économique de la classe d'assurance pour l'établissement. Ils ne disent pas pourquoi une patiente a été opérée. De même, la perte de 9,91 millions de francs de Cecil et le bénéfice de 2,99 millions de Bois-Cerf renseignent sur les deux établissements dans leur ensemble. La marge propre à leurs séjours privés dépend des recettes qui leur reviennent, des honoraires versés à des tiers et du coût des prestations supplémentaires. [1] [13] [29] [30]

Le droit intervient aussi avant qu'un patient subisse un préjudice. L'art. 58f, al. 7, OAMal impose aux cantons d'interdire, dans les mandats hospitaliers, les systèmes d'incitation qui augmentent le volume d'actes médicalement injustifiés à charge de l'AOS ou permettent de contourner l'obligation d'admission. Pour une clinique répertoriée, la question porte donc aussi sur la manière dont elle rémunère les médecins et attribue les places disponibles. [3] [16] [17]

Pour le patient, trois décisions qui peuvent être vérifiées

À l'admission, une clinique répertoriée qui a le mandat et la capacité de traiter un résident du canton où elle se situe doit le prendre en charge même s'il n'a que l'assurance de base (art. 41a LAMal). Au moment de décider d'une intervention, l'indication doit pouvoir s'expliquer par la situation du patient. Dans le canton de Vaud, celui-ci a droit à une information sur les traitements envisageables, leurs risques et leurs aspects financiers, et peut refuser l'acte proposé (art. 21 et 23 LSP). À la facturation, l'art. 44 LAMal protège le patient contre un supplément pour un soin déjà couvert au tarif obligatoire. Un véritable choix du médecin ou une chambre individuelle peuvent en revanche constituer une prestation distincte (ATF 130 I 306). [3] [6] [18] [19] [20]

La distinction a une conséquence pratique. Une Lausannoise assurée en division commune peut avoir droit à l'admission pour une opération à laquelle s'étend le mandat de la clinique, tout en devant payer un supplément si elle tient à choisir personnellement son chirurgien. Si le semi-privé lui garantit déjà ce choix, c'est le prix du confort supplémentaire qui mérite examen. À 65 ans, l'écart entre les primes médianes du privé et du semi-privé relevées à Lausanne représente 2 056,80 francs par an. [3] [6] [28] [49] [56]

Pour la collectivité, le bilan dépend des soins utiles rendus possibles par la capacité privée et des actes évitables que certaines incitations peuvent favoriser. Pour le patient qui conteste un refus, une intervention ou un supplément, la discussion peut être bien plus précise. Elle porte sur le motif du refus, les raisons médicales de l'acte et l'information reçue, ou la prestation distincte qui justifie la facture. Le bénéfice comme le déficit de la clinique laissent chacune de ces questions ouverte. [3] [6] [13] [15] [19] [21] [22]

Sources et méthode

Cette analyse documentaire porte principalement sur les soins somatiques aigus stationnaires en Suisse, avec une application au canton de Vaud. Recherches arrêtées au 24 novembre 2026. Les données de l'OFS et de l'Obsan, des études cliniques et économiques évaluées par les pairs, un travail de l'OFSP, des décisions judiciaires, les publications de la surveillance et celles des opérateurs ont été rapprochés selon la question à laquelle chacun pouvait répondre. Il s'agit d'une revue ciblée.

Les graphiques ont été composés à partir des valeurs publiées. Les écarts en francs sont calculés sur des moyennes par cas. Les ratios de taux sont ceux de l'étude citée. La composition de la patientèle des deux cliniques lausannoises est présentée pour un même exercice clos. Pour les comptes, sept cliniques privées vaudoises ont été choisies comme études de cas, dont les deux cliniques Hirslanden citées. La sélection illustre plusieurs modèles et n'est pas représentative du canton ou de la Suisse. Les montants FiErg et, pour 2024, les produits EtT, charges AwT et couvertures de déficit EtDef ont été vérifiés dans la série temporelle de l'OFSP et les classeurs annuels correspondants. Les valeurs concernent l'ensemble des activités comptabilisées par l'établissement déclarant. [29] [30] [31] Aucune extrapolation à une clinique, à un médecin ou à une facture individuelle n'a été appliquée.

Pour les primes lausannoises, la sélection porte sur le NPA 1003, les deux profils de sexe, les divisions fixes et les prix disponibles. Chaque couple produit–sexe a le même poids, y compris lorsque l'assureur applique un tarif unisexe. Les médianes, minima et maxima sont calculés séparément pour chaque âge et division. Montants nominaux en francs, avant examen individuel du risque. [49] [50] [56]

Les graphiques sur la couverture, les paiements et l'expérience ont des dénominateurs différents. Pour le tableau 9.03 de l'OFSP, les catégories auprès du même assureur et d'un autre assureur ont été additionnées au sein de chaque produit. Pour l'ASA, le ratio porte sur les flux bruts de la même année. Pour les prix de chambre, les exemples incluent uniquement le supplément publié à la nuit depuis la division commune. Pour le personnel et les sorties des sept cliniques, les champs additionnés sont PersT, AwBesold et AustritteT. [29] [30] [33] [35] [38] [39] [41]

Portée temporelle

Le partage du financement présenté ici est celui applicable en 2026. Le financement uniforme des prestations (EFAS) prévoit une première étape en 2028 pour l'ambulatoire et le stationnaire, puis l'intégration des prestations de soins en 2032. Cette réforme porte sur l'AOS. La question de la prestation additionnelle promise dans un contrat complémentaire demeure distincte. [24]

Références

[1] OFS. Statistique des établissements hospitaliers 2024. 25 novembre 2025, p. 1–2. Résultats d'exercice et résultats moyens des accouchements par classe.

[2] OFS. Statistique des services de santé 2025. 23 novembre 2026. Recettes, charges et activité hospitalière.

[3] Confédération suisse. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), RS 832.10. Art. 32, 39, 41, 41a, 42, 44, 49, 49a et 56.

[4] OFSP. Traitements hospitaliers. Choix de l'hôpital et financement du séjour selon son statut.

[5] SwissDRG SA. Catalogue des forfaits par cas, version 15.0. Version de tarification 2026/2026. Coûts relatifs et bornes de durée de séjour.

[6] Tribunal fédéral. ATF 130 I 306, 5P.74/2004. 31 août 2004, consid. 2.1–2.2. Suppléments hospitaliers.

[7] Swiss Medical Network Holding SA. Résultats annuels 2025. 27 mars 2026. Comptes consolidés et division hospitalière.

[8] AEVIS VICTORIA SA. Swiss Medical Network Holding, résultats des neuf premiers mois de 2026. 4 novembre 2026. Indicateurs consolidés et résultats par division.

[9] Clinique de La Source. La Clinique de La Source. Présentation institutionnelle et statut de la fondation propriétaire.

[10] Hirslanden, Clinique Cecil. Statistique des cliniques, exercice 2023/24. Répartition des assurés et note 5.

[11] Hirslanden, Clinique Bois-Cerf. Statistique des cliniques, exercice 2023/24. Répartition des assurés et note 5.

[12] F. Stempfel, R. Jörg et J. Zufferey. Les césariennes en Suisse. Différences régionales et causes possibles. Observatoire suisse de la santé, Bulletin 04/2026, 11 août 2026.

[13] T. Struja et al.. Comparison of Cardiovascular Procedure Rates in Patients With Supplementary vs Basic Insurance in Switzerland. JAMA Network Open, 2023, 6(1), e2251965. DOI 10.1001/jamanetworkopen.2022.51965.

[14] S. Altwicker-Hámori et M. Stucki. Factors associated with the choice of supplementary hospital insurance in Switzerland – an analysis of the Swiss Health Survey. BMC Health Services Research, 2023, 23, 264. DOI 10.1186/s12913-023-09221-0.

[15] K. Haslebacher, T. Maillard-Bjedov et C. Vuffray. Les assurances complémentaires contribuent à augmenter les cas d'hospitalisations. OFSP, août 2023, tableau 2 et discussion des limites.

[16] Conseil fédéral. Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), RS 832.102. Art. 58f, al. 7. Charges à inscrire dans les mandats de prestations.

[17] Tribunal administratif fédéral. Arrêt C-6172/2023. 30 juin 2026, consid. 9.2.2 et 9.3, dispositif, ch. 1. Planification vaudoise.

[18] Confédération suisse. Loi sur les professions médicales (LPMéd), RS 811.11. Art. 40, let. a, c et e. Devoirs professionnels.

[19] Canton de Vaud. Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP), BLV 800.01. Art. 21, 23 et 24. Information, consentement et dossier.

[20] Tribunal fédéral. ATF 119 II 456. Consid. 2d et 3. Devoir minimal d'information économique.

[21] FINMA. Contrôles des décomptes en assurance complémentaire d'hospitalisation. 17 décembre 2020. Étendue des contrôles et exemples de facturation.

[22] FINMA. Assureurs-maladie complémentaire : progrès et défis des décomptes des prestations. 16 janvier 2025. Prix de référence et prix négociés.

[23] Association Suisse d'Assurances. Transparence accrue en complémentaire d'hospitalisation. 3 septembre 2026. Bilan sectoriel d'avril 2026.

[24] OFSP. Modification de la LAMal : financement uniforme des prestations. Étapes 2028 et 2032 et financement des prestations AOS.

[25] État de Vaud. Accès au dossier. Explications cantonales sur le contenu, la consultation et la remise du dossier.

[26] FINMA. Vous avez un problème avec votre assurance. Surveillance, médiation et litiges de droit privé.

[27] Tribunal administratif fédéral. ATAF 2014/3, arrêt C-1698/2013. 7 avril 2014, consid. 2.8–2.9. Tarifs hospitaliers et gains d'efficience.

[28] Tribunal fédéral. Arrêt 4A_477/2022. 6 février 2024, faits A et consid. 5–7. Limite de remboursement d'honoraires en division mi-privée.

[29] OFSP. Chiffres-clés des hôpitaux suisses. Série temporelle et classeurs annuels 2019 à 2024. Fichier de série temporelle depuis 2008, feuille « KZ ab - CC dès - CC dal 2008 », canton VD. Contrôle dans les feuilles KZ2019_KZP19 à KZ2024_KZP24 et les tables de sites.

[30] OFSP. Description des chiffres-clés des hôpitaux suisses 2024. Section finances et exploitation. Définitions des indicateurs AwT, EtT, EtDef et FiErg.

[31] OFSP. Information sur la publication réduite des chiffres-clés 2024. Note méthodologique, p. 1–2. Limites de la comparaison avec 2023 et indicateurs financiers retenus.

[32] S. Roth, J. Zufferey et S. Pellegrini (Obsan). Personnes avec et sans assurance complémentaire d'hospitalisation. Bulletin 02/2021, p. 2–3 et 5–7. Enquête suisse sur la santé, Panel suisse des ménages et statistique hospitalière.

[33] OFSP. Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2024. ZIP complet, T 9.03, fichier KV903N_KVSTAT2024, onglet 903f, lignes 19–37 et notes 1 à 5. Calculs sur les colonnes D, E, H et I pour les divisions classiques, F et J pour les produits spéciaux.

[34] Comparis / Innofact. Près de 40 % des adultes en Suisse perçoivent des lacunes dans l'assurance de base. Enquête de mai 2026 auprès de 1 033 adultes, publiée en juillet 2026. Question sur l'intérêt général pour les compléments à l'AOS.

[35] Association Suisse d'Assurances. Insurance Compass Switzerland 2026. Juin 2026, p. 42, graphiques du bas. Données FINMA, assurance individuelle, branche soins stationnaires.

[36] FINMA. Rapport annuel 2025. Évolution du marché de l'assurance. Tableau « Évolution des primes de l'assurance-maladie complémentaire entre 2015 et 2024 ». Primes annuelles moyennes par personne.

[37] D. Dreier, moneyland.ch. Les coûts de l'assurance-maladie complémentaire en Suisse. 25 septembre 2024. Moyennes des offres retenues dans le comparatif.

[38] Centre hospitalier Bienne. Questions financières. Tarifs de janvier 2026, supplément Confort Plus en chambre individuelle, disponibilité et possibilité de relogement.

[39] Hirslanden, Clinique des Tilleuls. Votre surclassement. Formulaire 03/26, Bienne. Supplément hôtelier par nuit et limites.

[40] Helsana. HOSPITAL FLEX. Participation personnelle et plafonds des variantes FLEX 1 et 2, hôpitaux reconnus et conditions d'admission.

[41] ANQ. Expérience des patientes et patients en soins aigus en 2025. Résumé des résultats nationaux, septembre 2026, p. 3–7, figures 1 et 2. Nouvel instrument Swiss PREMs.

[42] Hirslanden. Satisfaction des patients. Valeurs du groupe, taux de recommandation, retours après séjour et processus de réclamation.

[43] Mediclinic Group Services. Gestion des réclamations des clients. Politique du groupe. En vigueur dès le 18 juillet 2024. Normes et délais, p. 6–7. Document diffusé par Hirslanden.

[44] M. Bley et al.. Does health insurance status influence surgical complications?. Swiss Medical Weekly, 2025, 155, 4179. Étude monocentrique avec appariement, DOI 10.57187/s.4179.

[45] K. Rafaisz et al.. Association between health care insurance type and rates of visceral surgical procedures in Switzerland. BMC Public Health, 2026, 26, 2840. Cohorte nationale pondérée, DOI 10.1186/s12889-026-28164-9.

[46] EY, sur mandat de l'Association Suisse d'Assurances. Importance de l'assurance-maladie complémentaire pour le secteur de la santé. 2024, p. 13–15. Financement et comptes hospitaliers.

[47] ANQ. Satisfaction des patients en réadaptation. Rapport comparatif national 2017. Section 3.4.3, p. 20, figure 13. Résultats non ajustés selon la classe d'assurance.

[48] OFSP. Obligation de s'assurer pour les assurés domiciliés en Suisse. Question sur le questionnaire de santé. Régimes d'admission, réserves et refus en complémentaire.

[49] ThatDay. Spitalzusatzversicherung Prämien 2026. Relevé commercial d'août 2026. Méthode, NPA de référence, produits, options et limites des observations.

[50] Aquilana. Prämientarif für die nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) geführten Zusatzversicherungen. Tarif dès le 1er janvier 2026, p. 1, rubrique Spitalpflege-Versicherung. Âge atteint, divisions HP et P et participation choisie.

[51] Aquilana. Spitalpflege-Versicherung. Tarife gültig ab 01.01.2027. Brochure du produit. Barème mensuel des divisions hospitalières et options de participation volontaire.

[52] Confédération suisse. Loi sur la surveillance des assurances (LSA), RS 961.01. Art. 38, examen des tarifs soumis à approbation.

[53] FINMA. Approbation des tarifs en assurance-maladie. Tarification initiale, examen des conditions d'assurance et adaptations tarifaires en assurance-maladie complémentaire.

[54] Confédération suisse. Ordonnance sur la surveillance (OS), RS 961.011. Art. 156, al. 1 à 3. Portefeuilles fermés, information et droit de passage.

[55] Tribunal fédéral. ATF 136 I 197, arrêt 4A_18/2010 du 15 mars 2010. Faits A à C et consid. 4.3 à 4.6. Validité de l'art. 156 OS et transfert du portefeuille fermé.

[56] ThatDay. Spitalzusatzversicherung Prämien 2026 – observations brutes. Fichier CSV. Extraction pour Lausanne (1003), profils âgés de 26, 38, 53 et 65 ans, division semi-privée et privée classique. Calculs de la rédaction.

Sur droit-et-sante.ch Hospitalisation privée et prestations supplémentaires · Planification hospitalière vaudoise