

# L'assurance-maladie en Suisse :

du cycle des primes à la question structurelle



## 1. Le marché de l'assurance-maladie en Suisse atteint un point d'inflexion structurel

Chaque automne, la Suisse entre dans un rituel bien connu : l'annonce du niveau des primes d'assurance-maladie pour l'année suivante. Les ménages s'attendent à des hausses, les responsables politiques se mobilisent et les assureurs maladie se préparent à une nouvelle saison de changements de caisses pour une partie des assurés. Mais derrière ce cycle annuel se cache une tension plus profonde : le marché lui-même s'approche d'un point d'inflexion critique.

### Du bruit saisonnier au signal d'alerte structurel

Les augmentations annuelles de primes ne relèvent plus d'une fluctuation conjoncturelle ; elles traduisent désormais un déséquilibre structurel du système de santé suisse.

En 2024, la Suisse consacre environ **98.5 milliards CHF** aux dépenses de santé. **38.6 milliards CHF** relèvent de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et **8.8 milliards** de l'assurance complémentaire régie par la LCA. L'Etat (confédération, cantons, communes) prend en charge **20.1 milliards CHF**, les paiements directs représentent **21.6 milliards CHF** et les prestations résiduelles **9.4 milliards CHF**. Depuis 1995, les dépenses de santé progressent à un taux de croissance annuel moyen d'environ **3%**, dépassant durablement la croissance des salaires et l'inflation. D'ici 2027, les dépenses totales devraient atteindre **110 milliards CHF**, exerçant une pression soutenue sur les ménages et les finances publiques en l'absence de réformes structurelles.<sup>1</sup>

À première vue, la répartition des coûts semble avoir évolué progressivement :

- La part relative supportée par les ménages a diminué
- La part de l'État, principalement via le financement cantonal, a augmenté
- La contribution des employeurs a légèrement reculé

| Contribution 2004-2024              | Ménages  | Pouvoirs publics | Employeurs |
|-------------------------------------|----------|------------------|------------|
| En CHF (milliards)                  | +27 Mrd. | +15 Mrd.         | +2 Mrd.    |
| Part relative du total des dépenses | -2%      | +3%              | -0.5%      |

<sup>1</sup> KOF Prévision des dépenses de santé – KOF Institut | ETH Zurich

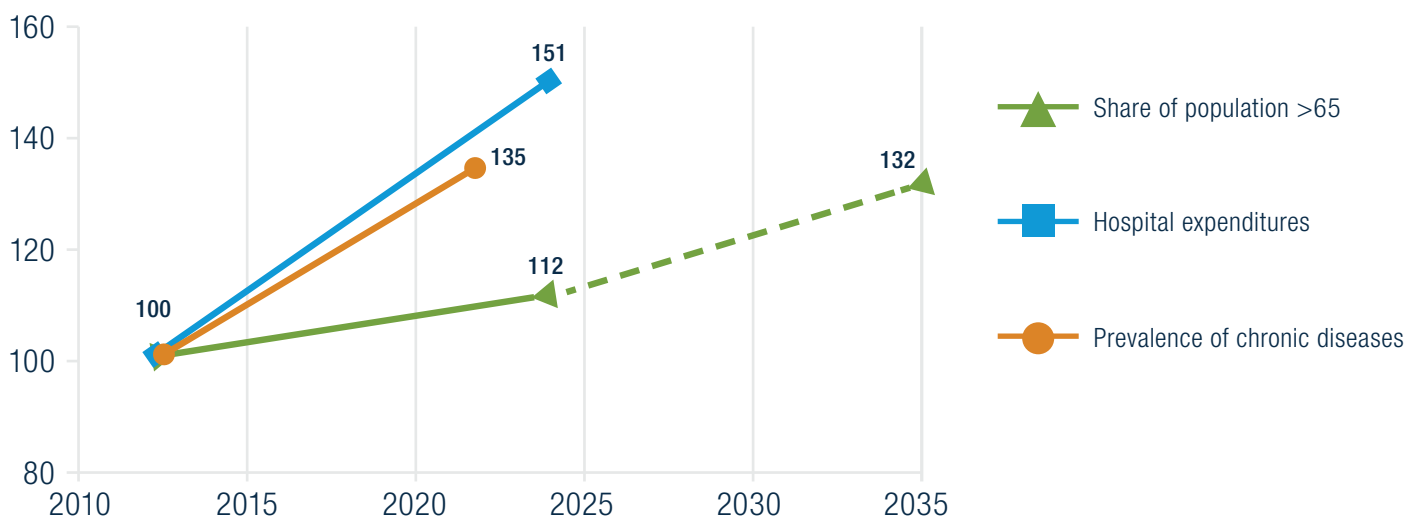


Ces évolutions masquent toutefois des dynamiques plus fondamentales. Bien que la part relative des ménages ait diminué, leurs **primes AOS en valeur absolue continuent d'augmenter**. La participation individuelle aux coûts a reculé, tandis que les cantons – à la fois propriétaires d'hôpitaux et financeurs – assument une part croissante de la charge financière. La complexité du marché, répartie entre niveaux fédéral, cantonal et assurantiel, limite la transparence des coûts et rend les réformes de plus en plus difficiles.

Le débat public lié au cycle annuel des primes se concentre souvent sur les assureurs maladie. Pourtant, les principaux moteurs de la hausse des primes sont ailleurs :

- Vieillesse démographique et augmentation des maladies chroniques
- Dépenses hospitalières et coûts d'infrastructure
- Innovation médicale et adoption technologique
- Fragmentation de l'offre de soins et parcours patients complexes

**2012 = Base 100**



Source : OFSP, OFS

Le phénomène annuel des ajustements de primes et les changements de caisses qui en résultent masquent les signaux d'alerte structurels.

**Implication:** Le marché de l'assurance-maladie en Suisse fait face à des enjeux croissants, à des inefficiences structurelles et à des préoccupations accrues d'accessibilité financière – avec des implications directes pour les modèles opérationnels, la pertinence stratégique et la viabilité à long terme des assureurs maladie.



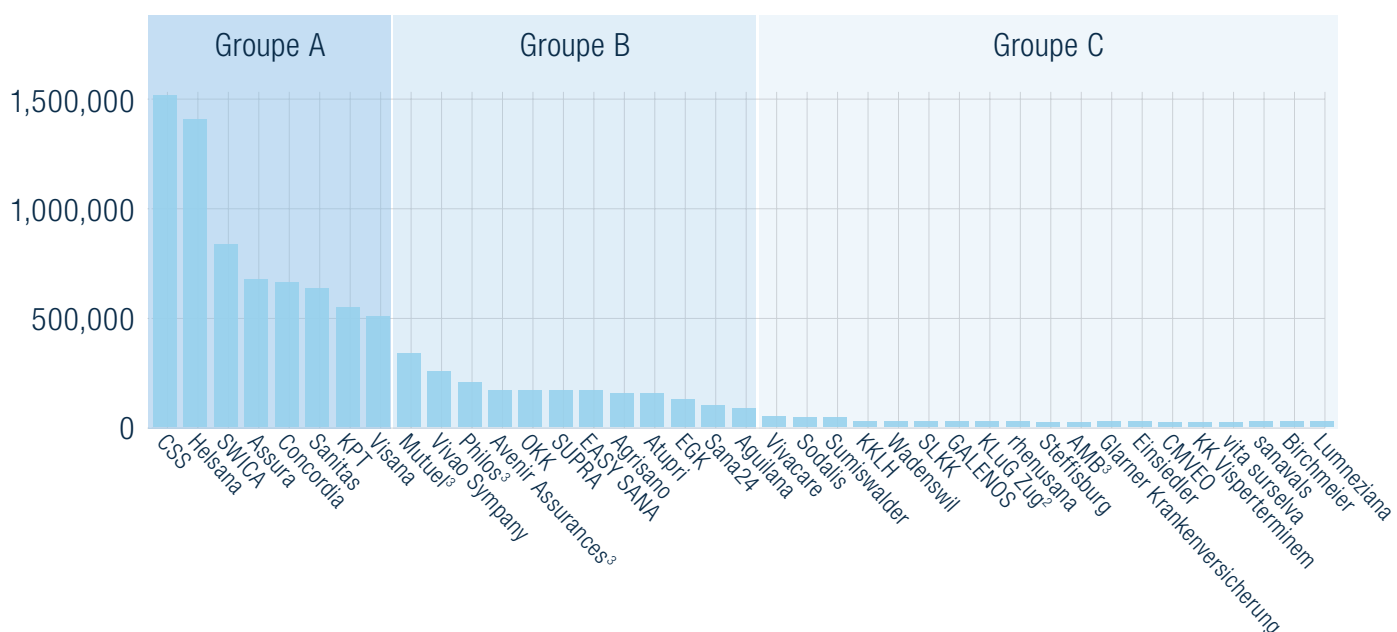
## 2. Le marché de l'assurance se scinde en trois groupes divergents

Près de 40 assureurs maladie opèrent sur le marché de l'AOS, mais l'apparente intensité concurrentielle est trompeuse. Plus de la moitié des assureurs-maladie comptent moins de 50 000 assurés par caisse d'assurance, tandis qu'un petit nombre concentre l'essentiel du marché. La mobilité annuelle des assurés donne une impression de dynamisme, mais masque une fragilité sous-jacente : seuls **15 à 20 acteurs** influencent réellement le marché, et plusieurs acteurs pourraient rencontrer des difficultés durant la prochaine décennie.

### Concurrence perçue vs réalité structurelle

Bien que près de 40 assureurs maladie soient actifs sur le marché de l'AOS, seuls 15 à 20 en façonnent réellement l'évolution.

### Population assurée par assureur maladie (2024)



| Catégorie                 | A – Grands assureur | B – Assureurs de taille moyenne | C – Petits assureurs |
|---------------------------|---------------------|---------------------------------|----------------------|
| # assurés                 | >500 000            | 500 000 à 50 000                | <50 000              |
| # assureurs maladie       | 8                   | 12                              | 18                   |
| Part du total des assurés | 74%                 | 23%                             | 3%                   |

<sup>2</sup> L'assureur santé KLuG a déposé le bilan en 2025.

<sup>3</sup> Le Groupe Mutuel comprend en réalité 4 assureurs et, ensemble, ils figureraient parmi les 5 premiers.



## Caractéristiques des segments

### Assureurs de grande et moyenne taille (A et B)

- Présence nationale ou multirégionale
- Capacité d'investissement dans la digitalisation, la modernisation et l'expérience client
- Offre d'assurances complémentaires (LCA)
- Pouvoir de négociation croissant vis-à-vis des prestataires et réseaux de soins
- Résilience accrue face aux évolutions démographiques et au mécanisme de compensation des risques (**RCC**)

### Petits assureurs (C)

- Ancrage principalement local ou régional
- Faible échelle et pertinence nationale limitée
- Rarement actifs en assurance complémentaire, limitant la diversification
- Infrastructures peu adaptées à des flux importants de nouveaux assurés
- Difficultés croissantes à financer la conformité réglementaire, la transformation digitale et la modernisation des systèmes informatiques

**Implication:** La concentration du marché est loin d'être achevée. Les écarts de capacités s'accroissent et la consolidation – stratégique ou contrainte – façonnera de plus en plus le paysage de l'assurance-maladie suisse.

## 3. Des défis stratégiques croissants pour les assureurs maladie

### La taille et la pertinence deviennent des prérequis stratégiques

La taille conditionne l'efficacité opérationnelle, les investissements digitaux, la stabilité face au RCC et la confiance des assurés. Sans masse critique, les assureurs maladie risquent un décrochage progressif ou brutal.

#### Atteindre une taille critique est devenu indispensable

La taille constitue désormais le socle de l'efficacité opérationnelle, des investissements digitaux et de la résilience face aux pressions réglementaires et démographiques.



## Une transformation digitale indispensable mais inégalement accessible

Automatisation des processus, architectures IT modernes, pilotage par la donnée et parcours clients digitaux ne sont plus des facteurs de différenciation : ce sont des prérequis. De nombreux petits acteurs ne disposent pas des ressources nécessaires pour investir à l'échelle requise.

## Des attentes politiques et réglementaires en constante augmentation

Le cadre est hautement prescriptif :

- L'AOS est strictement non lucrative (principe de couverture des coûts) et les tarifs sont soumis à l'approbation de l'OFSP
- Les données des assurés issues de l'AOS ne peuvent être utilisées pour la promotion de produits LCA
- L'extension des prestations accroît les exigences en matière de réserves et de solvabilité, malgré un discours politique parfois critique à l'égard de marges de sécurité élevées

## Les débats sur les réformes structurelles s'intensifient

La récurrence du débat sur une caisse unique nationale alimente une incertitude stratégique de long terme. Quel qu'en soit l'issue, elle oblige les assureurs maladie à démontrer clairement leur valeur ajoutée, leur efficacité et leur légitimité au-delà de simples fonctions administratives.

## L'assurance complémentaire n'est pas un pilier stratégique suffisant

Environ la moitié des assureurs maladie proposent des assurances complémentaires (LCA), dans lesquelles la réalisation des bénéfices est admise. Toutefois, les tarifs sont soumis à l'approbation de la **FINMA**, et les adaptations de primes sont strictement contrôlées. En pratique, la rentabilité reste plafonnée ; les ratios combinés se situent fréquemment autour de **90%**, voire au-delà.

Même si les assurances complémentaires apportent une certaine diversification de revenus, dans un scénario de caisse unique, les assureurs maladie perdraient **environ 75%** de leurs revenus de primes.

**Implication:** Les assureurs maladie évoluent dans un environnement où les attentes augmentent alors que la liberté commerciale demeure restreinte. Une clarté stratégique forte devient indispensable.

<sup>4</sup> LCA, volume de primes y compris. « Assurance maladie collective »



## 4. Une agenda stratégique différencié pour les acteurs intermédiaires et majeurs

Deux trajectoires stratégiques se dessinent :

### 1<sup>er</sup> axe

#### Consolider pour gagner en efficience / masse critique et pertinence

- Opérations de M&A stratégiques afin de renforcer la présence et la taille critique au niveau national
- Fondation renforcée pour la transformation digitale et l'excellence opérationnelle
- Pouvoir de négociation et leviers opérationnels accrus
- Alignement culturel et rigueur d'intégration comme facteurs clés de succès

### 2<sup>ème</sup> axe

#### Utiliser la consolidation pour renforcer les capacités et diversifier

- Développement des activités LCA et d'assurances adjacentes lorsque possible
- Augmentation de la valeur vie client (CLV) grâce à une palette de produits élargie
- Propositions de valeur au-delà de l'assurance de base
- Renforcement des partenariats avec les réseaux de soins
- Développement de compétences en services et gestion des soins en anticipation de futures évolutions réglementaires

#### Implication:

Le maintien du status quo n'est pas une option. La combinaison entre inflation des coûts, exigences réglementaires, surveillance politique et disruption digitale rend toute inaction intenable.

L'avenir stratégique du paysage suisse de l'assurance-maladie sera largement façonné par les décisions et les actions des assureurs maladie de plus grande taille.

#### L'inertie stratégique n'est plus viable

L'inflation des coûts, la surveillance politique, la pression réglementaire et la disruption digitale réduisent considérablement la fenêtre d'opportunité disponible pour une action décisive.



## 5. Pourquoi la caisse unique n'est pas la solution

L'idée d'une caisse nationale unique revient régulièrement, présentée comme un moyen de réduire les primes, d'éliminer les redondances et d'accroître le pouvoir d'achat. L'expérience internationale montre toutefois que ces promesses se concrétisent rarement.

### Évolution plutôt que révolution

Les systèmes centralisés échangent souvent des gains d'efficacité contre des restrictions d'accès et une moindre liberté de choix.

### Inadéquation avec la gouvernance et l'organisation suisses

La fourniture des soins en Suisse repose fortement sur les cantons, avec une articulation fine entre acteurs publics et privés. Une caisse d'assurance maladie unique et centralisée au niveau fédéral introduirait des désalignements systémiques, une complexité accrue et des inefficiences supplémentaires.

### Enseignements internationaux récurrents

Les systèmes centralisés (France, Royaume-Uni, Suède) se caractérisent fréquemment par :



Des délais d'attente prolongés pour les soins courants et spécialisés



Un rationnement implicite, notamment pour les traitements coûteux



Un recours croissant aux assurances complémentaires pour contourner les limitations d'accès



Une liberté de choix réduite et une concurrence limitée



Une charge administrative et budgétaire croissante



L'émergence de dynamiques de système à deux vitesses

Une caisse unique suisse risquerait de reproduire ces arbitrages.



## Une voie plus pragmatique

Plutôt que de remplacer le système, la Suisse pourrait le renforcer en favorisant :

- Un nombre réduit mais plus résilient d'assureurs maladie capables de mieux répondre aux défis futurs
- Une efficacité digitale et opérationnelle accrue
- Une meilleure coordination avec l'organisation cantonale des soins
- Des incitations plus claires à la prévention et à la maîtrise des coûts

**Implication:** La Suisse a besoin d'évolution, non de révolution et les assureurs maladie ont un rôle central à jouer.

## 6. Conclusion : un secteur à la croisée des chemins

La combinaison de coûts en hausse, de complexité politique, de liberté opérationnelle restreinte et de capacités divergentes place le marché de l'assurance-maladie en Suisse face à des défis structurels majeurs.

La prochaine décennie déterminera si les assureurs maladie se contentent de réagir aux pressions externes ou s'ils façonnent activement leur rôle futur au sein d'un marché de l'assurance-maladie pérenne et modernisé.

Réussiront ceux qui sauront :



Croître, se consolider, innover – ou risquer de devenir insignifiant à terme.



## 7. Comment Alvarez & Marsal accompagne les assureurs maladie à ce tournant

Les assureurs maladie doivent aujourd'hui opérer des choix stratégiques dans un environnement marqué par une forte complexité opérationnelle, financière et réglementaire. **Alvarez & Marsal** les accompagne dans la définition et l'exécution de ces décisions avec rapidité et précision.

A&M intervient sur l'ensemble du cycle transactionnel, notamment pour :



Identifier les partenaires pertinents et évaluer l'adéquation stratégique



Réaliser des due diligences commerciales, opérationnelles, financières et IT approfondies



Évaluer les synergies et concevoir des plans d'intégration



Fournir un accompagnement opérationnel lors de la phase post-acquisition

Par ailleurs, A&M aide les assureurs maladie à renforcer leur résilience financière et opérationnelle, à accélérer leur modernisation digitale et à soutenir leur croissance et leur diversification.

Dans l'ensemble de ses interventions, A&M adopte une approche pragmatique et orientée résultats, permettant aux assureurs maladie de bâtir l'échelle, l'efficacité et la pertinence nécessaires pour réussir dans un marché en profonde mutation.

### Contact:



**Silvan Schriber**  
Managing Director

sschriber@alvarezandmarsal.com



**Jan-Hendrik Mueller**  
Senior Director

jan-hendrik.mueller@alvarezandmarsal.com



**Philippe Stolz**  
Director

pstolz@alvarezandmarsal.com

### À PROPOS D'ALVAREZ & MARSAL

Alvarez & Marsal est un cabinet de services professionnels d'envergure mondiale, fondé en 1983. Reconnu pour son leadership, ses actions concrètes et ses résultats, Alvarez & Marsal propose des prestations de conseil, d'amélioration des performances opérationnelles et de gestion du retournement en offrant des solutions pratiques aux enjeux spécifiques de sa clientèle. Grâce à un réseau mondial de professionnels expérimentés, de consultants de premier ordre, d'anciens agents de réglementation et d'experts sectoriels, Alvarez & Marsal aide les entreprises, conseils d'administration, fonds de capital-investissement, cabinets d'avocats et les agences gouvernementales dans leurs efforts de transformation, de gestion des risques et de création de valeur à chaque étape de leur croissance.

A&M Folgen:



© Copyright 2026 Alvarez & Marsal Holdings, LLC.  
All Rights Reserved.  
480511\_57203\_CH0101639A/Feb26

Pour en savoir plus : **AlvarezandMarsal.com**.