

Disposition à payer pour l'accès aux médicaments innovants

RAPPORT FINAL

Dr Urs Trinkner
Prof. Dr Martin Lutzenberger
Nicolas Oderbolz
Leah Meyer de Stadelhofen

Prof. Dr Tilman Slembeck

01.09.2026

IMPRESSUM

Disposition à payer pour l'accès aux médicaments innovants, 01.09.2026

Statut : Rapport final

Mandant : Interpharma

Groupe de suivi : Simon Fry, Markus Ziegler, Manuel Ackermann

Mandataire : © Swiss Economics SE AG, Ottikerstrasse 7, 8006 Zürich, ISSN 2235-1868

Auteur/ices : Nicolas Oderbolz, Dr Urs Trinkner, Prof. Dr Martin Lutzenberger, Prof. Dr Tilman Slembeck, Leah Meyer de Stadelhofen

Contact : Urs Trinkner, +41 79 830 14 32, urs.trinkner@swiss-economics.ch

Disclaimer : Cette étude a été réalisée par Swiss Economics SE SA sur mandat de Interpharma. Bien que Swiss Economics s'efforce de n'utiliser que des informations véridiques et correctes et de formuler ses déclarations et constatations avec rigueur, aucune garantie ni responsabilité ne peut être assumée en ce qui concerne la véracité, l'actualité, l'exactitude, la fiabilité, l'exhaustivité et l'utilisabilité des informations présentées dans ce document. Swiss Economics ne peut en aucun cas être tenue pour responsable de dommages de quelque nature que ce soit, liés d'une manière ou d'une autre aux informations fournies ci-après. En outre, les informations présentées ne constituent pas un conseil juridique.

Résumé

Les médicaments innovants contribuent de manière déterminante à l'amélioration continue des soins de santé. En Suisse, l'accès à ces médicaments via l'assurance obligatoire des soins (AOS) est toutefois de plus en plus difficile : la part des médicaments innovants remboursés de façon régulière et à égalité d'accès via la liste des spécialités (LS) est passée de 64 à 50 % depuis 2018, et le délai entre l'autorisation de mise sur le marché par Swissmedic et la décision de remboursement s'est nettement allongé. À titre de comparaison, le taux de remboursement atteint plus de 90 % en Allemagne. Savoir si un meilleur accès aux médicaments innovants en Suisse vaut son prix ne peut s'apprécier qu'en connaissant la valeur qu'un accès amélioré représente pour la population suisse. Une telle base de données probantes fait aujourd'hui défaut. La présente étude comble cette lacune en mesurant la disposition à payer des assurées et assurés suisses pour un accès large et rapide aux médicaments innovants via l'assurance obligatoire des soins.

L'étude repose sur une expérience de choix discret (Discrete Choice Experiment, DCE) menée auprès d'un échantillon représentatif de 1'318 assurées et assurés suisses de l'assurance de base. Au total, 15'816 tâches de décision ont été analysées. Les personnes interrogées devaient arbitrer de manière répétée entre différentes configurations hypothétiques de l'assurance de base – disponibilité des médicaments innovants dans l'AOS, délai entre l'autorisation et le remboursement régulier via l'AOS, montant de la franchise minimale et prime mensuelle. L'analyse empirique livre les résultats suivants :

- La disposition à payer pour une **augmentation du taux de disponibilité des médicaments innovants** de 50 à 90 % s'élève en moyenne à **CHF 33 par mois**, soit CHF 394 par an.¹ La valeur de 90 % correspond à la disponibilité observée en Allemagne.
- Pour un **accès immédiat**, au lieu du délai actuel d'environ sept mois entre l'autorisation et la décision de remboursement, les assurées et assurés seraient prêts à payer en moyenne **CHF 17 par mois**.
- **Les détériorations de l'accès pèsent plus lourd que les améliorations** : pour une réduction de la disponibilité à 30 %, les payeuses et payeurs de primes exigeraient une compensation moyenne de CHF 58 par mois, et de CHF 64 pour un délai porté à 24 mois.

¹ En raison des arrondis, les sommes des valeurs présentées dans ce rapport peuvent différer légèrement des totaux correspondants.

- La disposition à payer pour un accès amélioré aux médicaments innovants via l'AOS est **significativement positive dans tous les groupes de population étudiés**.

Les données recueillies permettent également d'évaluer, pour le débat de politique de santé, des paquets de réforme concrets combinant une modification simultanée de la disponibilité et de la rapidité de remboursement des médicaments innovants. À cette fin, les préférences estimées sont traduites en variations compensatoires. Celles-ci correspondent à la modification de la prime mensuelle qui rendrait les assurées et les assurés indifférents entre le statu quo et le scénario de réforme considéré. Dans le scénario de réforme « **accès complet** », **combinant une disponibilité de 90 % et un remboursement immédiat**, cette variation s'élève à environ **CHF 50 par mois**, soit CHF 600 par an. Cette hausse de prime correspond à environ 14 % de la prime moyenne des adultes en 2024.

Table des matières

Résumé	3
1 Introduction	8
1.1 Contexte	8
1.2 Question de recherche	10
1.3 Démarche	10
1.4 Structure du rapport	10
2 Bases	12
2.1 Situation actuelle en Suisse	12
2.2 Littérature sur la disposition à payer	14
3 Méthodologie	17
3.1 Bases théoriques	17
3.2 Conception de l'expérience	18
4 Résultats	27
4.1 Estimation empirique	27
4.2 Dispositions à payer estimées	29
4.3 Hétérogénéité des dispositions à payer	30
4.4 Variation compensatoire pour des scénarios de réforme	33
4.5 Robustesse	34
5 Discussion	37
5.1 Mise en perspective par rapport aux données probantes existantes	37
5.2 Mise en perspective dans le débat de politique de santé	38
6 Conclusion	40
7 Références	41
A Annexe études empiriques	44
A.1 Questionnaire	44
A.2 Comportement de réponse	47
A.3 Échantillon	49
A.4 Résultats d'estimation empiriques	53

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Attributs et modalités	20
Tableau 2 :	Modalités de l'attribut de prime dans la littérature	22
Tableau 3 :	Résultats d'estimation du modèle de base	28
Tableau 4 :	Variation compensatoire de scénarios de réforme sélectionnés	34
Tableau 5 :	Dispositions à payer estimées selon les restrictions d'échantillon	35
Tableau 6 :	Dispositions à payer et dépenses de l'AOS	39
Tableau 7 :	Comportement de réponse selon la compréhension des attributs	49
Tableau 8 :	Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	50
Tableau 9 :	Revenu et caractéristiques d'assurance de l'échantillon	52
Tableau 10 :	Estimations du logit conditionnel	53

Liste des figures

Figure 1 :	Retards d'accès aux médicaments innovants	8
Figure 2 :	Processus d'autorisation et de remboursement des médicaments innovants	13
Figure 3 :	Part des médicaments ambulatoires dans les coûts bruts de l'AOS	23
Figure 4 :	Exemple de scénario de décision	24
Figure 5 :	Dispositions à payer pour les changements examinés	29
Figure 6 :	Dispositions à payer par groupe, attributs d'accès	32
Figure 7 :	Dispositions à payer par groupe, franchise minimale	32
Figure 8 :	Répartition des temps de traitement	48
Figure 9 :	Compréhension autodéclarée des attributs	48
Figure 10 :	Difficulté perçue des choice-tasks	48

Abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
CDF	Contrôle fédéral des finances
CV	Variation compensatoire (Compensating Variation)
DCE	Expérience de choix discret (Discrete Choice Experiment)
EFPIA	European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations
EMA	Agence européenne des médicaments
FDA	Food and Drug Administration
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LS	Liste des spécialités
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins

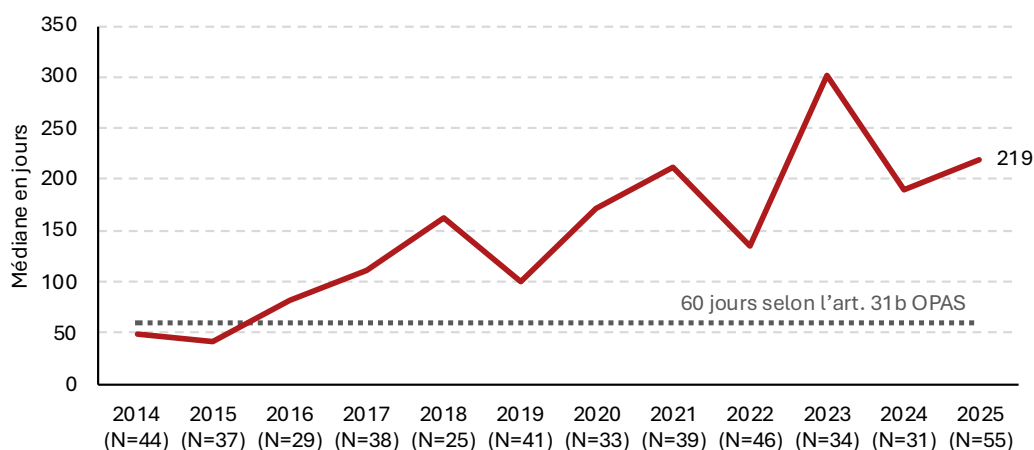
1 Introduction

1.1 Contexte

Les médicaments innovants contribuent de manière déterminante à l'amélioration des soins de santé. Selon certaines estimations, 73 % de la hausse de l'espérance de vie observée entre 2006 et 2016 dans les pays à revenu élevé serait attribuable aux nouvelles méthodes de traitement pharmaceutique (Lichtenberg, 2022). En Suisse également, l'introduction de médicaments innovants est associée à des gains substantiels en années de vie ajustées sur la qualité (Pavic et al., 2014). Au-delà de leur bénéfice médical direct, les thérapies innovantes représentent aussi, pour les personnes assurées, une valeur d'option qui élargit leurs possibilités de traitement futures (Lakdawalla et al., 2017).

Depuis 2020, Swissmedic a autorisé chaque année entre 40 et 47 médicaments contenant de nouveaux principes actifs (Swissmedic, 2023 ; 2026). L'accès à égalité à ces médicaments innovants via l'assurance obligatoire des soins (AOS) est toutefois de plus en plus difficile. Comme le montre la Figure 1, le délai entre l'autorisation par Swissmedic et l'admission dans la liste des spécialités (LS) s'est nettement allongé ces dernières années. Le délai légal de 60 jours (art. 31b OPAS) est désormais régulièrement dépassé, parfois de manière importante.

Figure 1 : Retards d'accès aux médicaments innovants



Remarque : La figure représente le délai entre l'autorisation de mise sur le marché et l'admission dans la LS pour les nouvelles substances actives et les nouvelles indications, 2014-2025.

Source : Interpharma, sur la base de la LS et de Swissmedic. Nouvelles substances actives et nouvelles indications 2014-2025, avec préavis d'approbation de Swissmedic (N=452).

Selon le Contrôle fédéral des finances (CDF), ce sont surtout les négociations prolongées sur les prix de liste des médicaments nouvellement autorisés, entre l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et les fabricants, qui expliquent l'essentiel de ces retards (CDF, 2023). Pour satisfaire à l'exigence d'économicité, l'OFSP vise des prix de

liste aussi avantageux que possible. Les médicaments innovants doivent être remboursés à des conditions garantissant un rapport coût-bénéfice adéquat et, partant, la viabilité financière de l'assurance de base.

À l'inverse, les fabricants de médicaments innovants doivent couvrir leurs coûts de recherche et développement ainsi que de production, tout en tenant compte d'implications tarifaires internationales croissantes. Les États-Unis, en tant que plus grand marché de vente, se sont jusqu'ici largement passés d'une régulation étatique des prix. Ils introduisent toutefois désormais progressivement, avec l'approche « Most-Favored-Nation », des éléments d'un modèle de prix de référence, dans lequel le prix autorisé s'aligne sur les prix pratiqués dans des pays de comparaison. La Suisse y est explicitement incluse comme pays de référence.² Une concession de prix accordée en Suisse ne réduit donc plus seulement le chiffre d'affaires local, mais peut aussi faire baisser les prix sur le marché américain, nettement plus vaste. Les négociations de prix avec l'OFSP pourraient s'en trouver ralenties, ou les fabricants pourraient renoncer à commercialiser leurs produits en Suisse, afin d'éviter une baisse de leurs prix de référence internationaux.³

Globalement, le système suisse de remboursement accepte des retards dans l'accès régulier aux médicaments innovants, dans le but d'obtenir des prix supportables pour l'assurance obligatoire des soins. La comparaison avec d'autres pays industrialisés montre que cet arbitrage entre rapidité d'accès et maîtrise des coûts peut être résolu de différentes manières. En Allemagne, par exemple, les médicaments innovants peuvent être remboursés immédiatement après leur autorisation, à un prix fixé librement par le fabricant, la régulation des prix n'intervenant qu'a posteriori (Wasem et al., 2021). En Suisse, la fixation des prix des médicaments est actuellement débattue dans le cadre de la mise en œuvre du 2e volet de mesures visant à maîtriser les coûts. Les propositions de l'administration visent en partie à freiner les coûts des médicaments et font l'objet d'appréciations controversées de la part d'Interpharma et d'autres parties prenantes.

La manière de trancher ce conflit d'objectifs ne peut être déterminée sur une base purement technique. Juger si les coûts d'un meilleur accès aux médicaments innovants en valent le prix suppose de connaître la valeur d'un accès amélioré. Cette valeur ne se limite pas aux seules personnes assurées ayant un besoin immédiat d'un médicament innovant nouvellement autorisé. Les retards d'accès réduisent la valeur de la

² Cf. [ISPOR - International Reference Pricing Comes to America: The MFN Policies Explained](#) [26.08.2026]

³ Cf. [Communiqué de presse : Accès aux médicaments innovants sous pression : un nouveau médicament innovant sur trois n'est pas soumis pour prise en charge par les caisses-maladie - Interpharma](#) [26.08.2026]

couverture d'assurance pour l'ensemble des payeuses et payeurs de primes. Cette valeur n'a jusqu'ici pas été mesurée de manière systématique.

1.2 Question de recherche

La présente étude comble cette lacune en examinant la valeur que les assurées et assurés accordent à l'accès aux médicaments innovants. Cette valeur constitue la grandeur déterminante pour l'évaluation des réformes de politique de santé, et il n'existe à ce jour, pour la Suisse, aucune donnée probante représentative de la population à ce sujet. La présente étude répond donc à la question de recherche suivante :

Quelle est la disposition à payer des assurées et assurés suisses pour un accès large et rapide aux médicaments innovants via l'assurance obligatoire des soins ?

Du point de vue de l'économie du bien-être, la disposition à payer ne reflète pas seulement le bénéfice attendu d'un recours effectif au traitement, mais aussi la valeur d'option d'un accès amélioré aux thérapies innovantes. Cette disposition à payer pourrait en outre être répartie de manière hétérogène au sein de la population suisse. Les réformes de la régulation de l'accès produiraient donc des bénéfices différents selon les groupes de population. L'étude examine par conséquent aussi, dans la suite du rapport, comment la disposition à payer varie selon des caractéristiques sociodémographiques et propres à l'assurance.

1.3 Démarche

Pour répondre à la question de recherche, une expérience de choix discret (Discrete Choice Experiment, DCE) a été mise en œuvre. Cette approche est particulièrement adaptée car, dans le système actuel, les personnes assurées n'ont pas le choix entre différentes configurations d'accès aux médicaments innovants, si bien que les préférences pertinentes ne sont pas observables dans le comportement de marché. Dans le cadre d'un DCE, les participantes et participants se voient au contraire soumis de manière répétée à des situations de décision hypothétiques, dans lesquelles différentes configurations de l'accès aux médicaments innovants via l'assurance de base sont comparées à des variations hypothétiques de la prime d'assurance. La variation systématique de ces attributs permet de quantifier les préférences individuelles et leur importance relative, et notamment d'estimer la disposition à payer des personnes interrogées.

1.4 Structure du rapport

- Le **chapitre 2** donne un aperçu des bases pertinentes, notamment du cadre réglementaire actuel en Suisse et de la littérature pertinente.

- Le **chapitre 3** décrit la conception et la mise en œuvre du DCE, ainsi que les méthodes statistiques utilisées pour l'analyse des données d'enquête.
- Le **chapitre 4** présente les résultats empiriques du DCE. En particulier, la disposition à payer pour différentes dimensions de l'accès aux médicaments innovants via l'assurance obligatoire des soins y sont estimés.
- Le **chapitre 5** met en perspective les résultats du DCE. Leur lien avec la littérature existante, la portée des différences de préférences observées pour la conception de la régulation de l'accès, ainsi que la mise en relation des dispositions à payer estimées avec la charge de primes actuelle y sont discutés.
- Le **chapitre 6** résume les principaux résultats et répond à la question de recherche formulée en introduction.
- L'**annexe A** documente le questionnaire utilisé dans le DCE, les caractéristiques de l'échantillon, la qualité des réponses, ainsi que l'ensemble des résultats d'estimation.

2 Bases

Ce chapitre pose les bases nécessaires à la conception et à la mise en perspective de l'expérience. La section 2.1 décrit le processus institutionnel d'accès en Suisse et en dégage les deux dimensions qui permettent de caractériser, du point de vue des personnes assurées, l'accès aux médicaments innovants via l'assurance de base. Ces dimensions constituent les deux attributs centraux de l'expérience, et les valeurs présentées ici servent à calibrer leurs modalités. La section 2.2 résume la littérature existante sur la disposition à payer, à laquelle nos propres estimations seront comparées.

2.1 Situation actuelle en Suisse

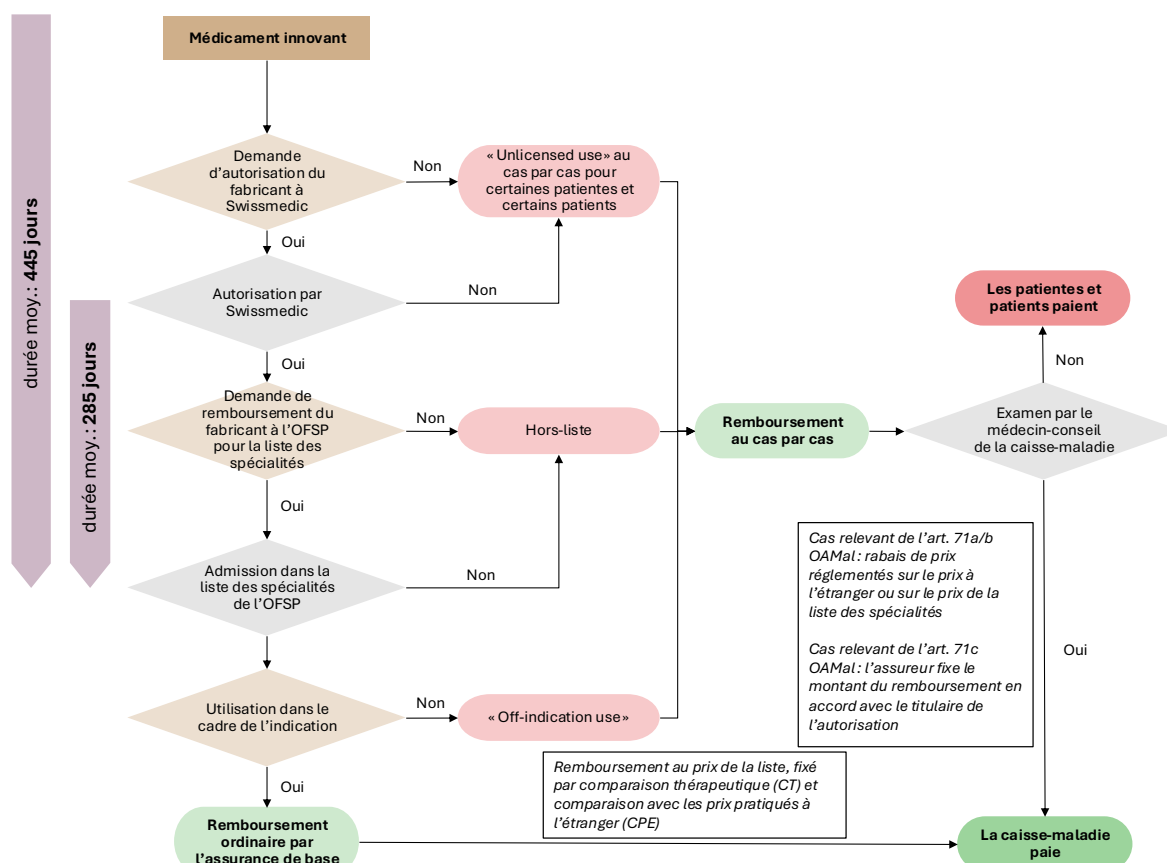
En Suisse, l'accès aux médicaments innovants passe par plusieurs étapes institutionnelles (voir Figure 2). La commercialisation d'un médicament suppose d'abord une autorisation de mise sur le marché par Swissmedic. Les fabricants déposent leurs demandes d'autorisation auprès des autorités de différents pays de manière échelonnée, en donnant généralement la priorité aux autorités étrangères, en particulier à la Food and Drug Administration (FDA) américaine. En 2024, 75 % des médicaments contenant de nouveaux principes actifs ont été autorisés en premier lieu par la FDA à l'échelle mondiale, contre seulement 6 % des cas où Swissmedic a été la première autorité à délivrer une autorisation (Lara et al., 2025). C'est cet échelonnement des dépôts (« submission gap »), et non la durée de la procédure auprès de Swissmedic, qui explique l'écart de délai par rapport à la première autorisation à l'étranger. La taille du marché suisse, ainsi que, de plus en plus, le besoin de sécurité de planification, sont avancés comme raisons de cet échelonnement. Selon l'appréciation du secteur, les incertitudes entourant la procédure de remboursement auprès de l'OFSP pèsent en outre négativement sur le moment du dépôt de la demande en Suisse.

Après l'autorisation par Swissmedic, un remboursement régulier via l'assurance de base obligatoire nécessite en outre un examen par l'OFSP, qui décide de l'admission dans la LS. Une fois cette admission acquise, les coûts peuvent être remboursés par l'AOS. Une fois la franchise individuelle de la personne assurée atteinte, l'assureur prend en charge les coûts du médicament, sous réserve d'une quote-part de 10 % à la charge de l'assurée ou de l'assuré (art. 64 LAMal).

Les médicaments non autorisés par Swissmedic, non-inscrits sur la LS (hors liste) ou utilisés en dehors des indications prévues par la LS ne sont en principe pas remboursés par l'AOS. Des exceptions sont possibles dans le cadre du remboursement au cas par cas (art. 71a à 71c OAMal). Les médecins prescripteurs peuvent déposer une demande de remboursement, soumise à l'examen du médecin-conseil de l'assureur-maladie. Selon les statistiques de la Confédération, le nombre de ces demandes a nettement augmenté ces derniers temps. Environ 80 % d'entre elles sont acceptées (OFSP,

2023). Le système de remboursement au cas par cas s'accompagne ainsi d'une charge administrative croissante pour les patientes et patients, les fournisseurs de prestations et les assureurs. S'y ajoutent, pour les patientes et patients concernés, des incertitudes quant à la prise en charge des coûts par l'AOS.

Figure 2 : Processus d'autorisation et de remboursement des médicaments innovants



Source : Swiss Economics, sur la base d'IQVIA (2026)

En complément de l'AOS, les personnes assurées en Suisse peuvent souscrire des assurances complémentaires ambulatoires facultatives, qui peuvent, sous certaines conditions, prendre en charge des médicaments autorisés par Swissmedic mais non-inscrits sur la LS. La couverture effective des médicaments innovants varie toutefois selon les assureurs et reste souvent limitée en pratique. Certains assureurs conditionnent la prise en charge à une décision positive de remboursement au cas par cas.⁴ D'autres assureurs complémentaires ne disposent d'aucune règle explicite et statuent au cas par cas sur les cas de prestations correspondants, en tenant compte de leurs listes d'exclusion. Même en cas de souscription d'une assurance complémentaire ambulatoire, le remboursement des médicaments innovants reste donc entaché d'une

⁴ Cf. p. ex. Préparations figurant sur la liste d'exclusion de AXA Assurances SA [04.03.2026]

incertitude considérable. En outre, le marché des assurances complémentaires n'est soumis à aucune obligation d'admission des personnes assurées sans discrimination.

En résumé, du point de vue de la population suisse, l'accès aux médicaments innovants via l'assurance de base peut être caractérisé à l'aide de deux dimensions :

DÉLAI JUSQU'AU REMBOURSEMENT RÉGULIER

Les retards d'accès aux médicaments innovants proviennent principalement de la procédure de remboursement auprès de l'OFSP, avant qu'un médicament puisse être facturé de façon régulière via l'AOS. Le délai entre l'autorisation par Swissmedic et l'admission dans la LS s'est élevé en moyenne à 219 jours en 2025.

ÉTENDUE DU REMBOURSEMENT RÉGULIER

Au-delà des retards, l'accès dépend aussi de l'étendue des médicaments innovants disponibles de façon régulière via l'AOS. Selon le Patients W.A.I.T. Indicator de la European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA), environ 50 % des médicaments innovants autorisés entre 2021 et 2024 par l'Agence européenne des médicaments (EMA) étaient, en 2025, disponibles de façon régulière via la LS en Suisse (IQVIA, 2026). Par rapport à l'Allemagne, seule la moitié environ des nouveaux médicaments innovants qui y sont remboursés est donc disponible en Suisse, de la même façon pour toutes les patientes et tous les patients, via l'AOS. Cet accès s'est détérioré au fil du temps : la part des médicaments remboursés de façon régulière via la LS est passée de 64 à 50 % depuis 2018.⁵

2.2 Littérature sur la disposition à payer

Le fait qu'un accès amélioré aux médicaments innovants ait une valeur économique ne découle pas uniquement du bénéfice pour les patientes et patients actuellement traités. Lakdawalla et al. (2017) montrent que l'innovation médicale crée une valeur assurantielle : elle réduit le risque de se retrouver, en cas de maladie, sans option de traitement efficace, et augmente ainsi l'utilité espérée même pour les personnes assurées actuellement en bonne santé. La valeur d'un accès amélioré comprend donc, outre le bénéfice thérapeutique attendu, une valeur d'option dont l'ampleur dépend du risque individuellement anticipé d'être concerné. Le fait que l'innovation pharmaceutique génère des gains de santé mesurables est bien établi empiriquement (Lichtenberg, 2019 ; 2022).

La littérature en économie de la santé a étudié la disposition à payer pour l'accès aux médicaments innovants à deux niveaux : d'une part celui de thérapies et

⁵ Cf. Accès aux médicaments innovants : la Suisse continue de stagner derrière l'Allemagne - Interpharma [03.08.2026]

d'interventions spécifiques, d'autre part celui de la configuration institutionnelle des systèmes d'assurance-maladie.

Une partie de la littérature se concentre sur des thérapies spécifiques ou des interventions médicales clairement définies. Ainsi, Neumann-Böhme et al. (2023) utilisent un DCE pour estimer, dans sept pays européens, la disposition à payer pour un accès plus rapide à un vaccin hypothétique contre le COVID-19. Les résultats font apparaître une disposition à payer substantielle pour un accès immédiat, tout en révélant une forte hétérogénéité selon des caractéristiques individuelles telles que l'âge, le revenu et la perception du risque.

De telles études fournissent des données probantes importantes montrant que la disponibilité rapide d'innovations médicales concrètes peut générer un bénéfice mesurable en termes monétaires. Elles portent toutefois généralement sur des prestations médicales clairement circonscrites, dans des contextes thérapeutiques spécifiques. Elles ne permettent donc que des conclusions limitées sur la configuration institutionnelle des processus d'autorisation et de remboursement des médicaments innovants. En particulier, la question reste ouverte de savoir quelle valeur la population accorde à une accélération systématique de l'accès aux innovations dans le cadre d'un système de santé, indépendamment d'une indication concrète.

Un second courant de la littérature étudiée, au moyen de DCE, les préférences relatives à la configuration institutionnelle des systèmes d'assurance-maladie. Aux Pays-Bas, Kerssens et Groenewegen (2005) ont examiné les préférences des consommatrices et consommateurs pour des contrats d'assurance-maladie présentant différents attributs, et montrent que les personnes assurées ont des préférences cohérentes et systématiquement ordonnées pour les attributs d'assurance. Leukert-Becker et Zweifel (2014) comparent les préférences pour les attributs d'assurance-maladie en Allemagne et aux Pays-Bas, et constatent qu'elles dépendent fortement du contexte et varient d'un pays à l'autre. Ces résultats soulignent la nécessité de données probantes spécifiques à chaque pays et limitent la transposabilité directe d'études internationales au contexte suisse.

L'une des rares études adoptant une perspective systémique pour la Suisse est celle de Becker et Zweifel (2008). L'étude repose sur un DCE auprès d'un échantillon représentatif de la population suisse, dans lequel différentes configurations d'un contrat d'assurance de base sont comparées entre elles. L'un des attributs du contrat porte sur l'accès aux innovations médicales. Concrètement, un accès immédiat aux nouvelles méthodes de traitement est comparé à un scénario dans lequel les thérapies innovantes ne sont intégrées dans l'assurance de base que trois ans après leur introduction.

Les résultats montrent que les personnes interrogées exigent, en moyenne, une réduction de prime mensuelle d'environ CHF 38 pour accepter un tel délai de trois ans. L'accès aux innovations y est valorisé plus fortement que d'autres attributs contractuels étudiés, comme une prise en charge élargie de la médecine alternative ou le libre choix de préparations de marque. L'étude montre en outre une forte variation de la disposition à payer implicite selon l'âge des personnes interrogées, les cohortes plus jeunes accordant une valeur particulièrement élevée à un accès immédiat aux médicaments innovants via l'assurance de base.

La littérature existante présente trois lacunes que la présente étude entend combler. Premièrement, tant Becker et Zweifel (2008) que Neumann-Böhme et al. (2023) ne font varier que la dimension temporelle de l'accès. L'étendue des médicaments remboursés de façon régulière n'a jusqu'ici pas été évaluée, alors même que c'est cette dimension qui distingue le plus nettement la Suisse de pays comme l'Allemagne (voir section 2.1). Deuxièmement, Becker et Zweifel (2008) est la seule étude représentative de la population à quantifier les préférences pour l'accès aux innovations médicales dans le cadre de l'assurance de base suisse. Les dispositions à payer estimées ont toutefois près de vingt ans. Depuis lors, tant le cadre réglementaire de l'accès que la charge financière pesant sur les personnes assurées du fait de la hausse des primes de l'assurance de base obligatoire ont sensiblement évolué. Troisièmement, les études existantes utilisent des modalités qui ne se rapportent pas directement à la situation actuelle. La présente étude calibre au contraire ses modalités sur les données documentées à la section 2.1, ce qui permet d'utiliser directement les résultats pour évaluer des options de réforme concrètes.

3 Méthodologie

Ce chapitre décrit la démarche méthodologique. La section 3.1 présente les bases théoriques de l'analyse des DCE, la section 3.2 la conception de l'expérience et la spécification de l'estimation empirique.

3.1 Bases théoriques

Dans le cadre d'un DCE, les individus sont confrontés de manière répétée à des alternatives de décision hypothétiques, caractérisées par différents attributs. L'analyse des choix qui en résultent repose sur la théorie de l'utilité aléatoire (Random Utility Theory, Louviere et al., 2000).

Selon cette théorie, l'utilité U_{ijt} que l'individu i tire de l'alternative j dans le l'ensemble de choix (« choice-set ») t se compose d'une composante observable (déterministe) V_{ijt} et d'une composante non observable (stochastique) ε_{ijt} . Dans le cas présent, la composante déterministe est spécifiée de façon linéaire dans les attributs, avec le vecteur des modalités d'attributs X de l'alternative et le vecteur de coefficients β qui reflète l'utilité marginale des attributs :

$$U_{ijt} = V_{ijt} + \varepsilon_{ijt} = \beta'X_{ijt} + \varepsilon_{ijt} \quad (1)$$

Les individus choisissent l'alternative j lorsque son utilité est supérieure à celle de toutes les autres alternatives de l'ensemble de choix. La probabilité que l'individu i choisisse l'alternative j dans le choice-set t s'obtient comme suit :

$$\pi_{ijt} = P(U_{ijt} > U_{ikt}) = P(V_{ijt} - V_{ikt} > \varepsilon_{ikt} - \varepsilon_{ijt}), \forall k \neq j \quad (2)$$

Dans le cas présent, les coefficients de la composante déterministe de l'utilité sont spécifiés comme homogènes entre les personnes interrogées. Sous l'hypothèse que les composantes stochastiques ε_{ijt} suivent une distribution des valeurs extrêmes indépendante et identique, la probabilité de choix s'obtient sous la forme d'un modèle logit conditionnel (conditional logit), où J_{it} désigne l'ensemble de choix soumis à la personne i dans le choice-set t (McFadden, 1974 ; Train, 2009) :

$$\pi_{ijt} = \frac{e^{V_{ijt}}}{\sum_{j' \in J_{it}} e^{V_{ij't}}} \quad (3)$$

Lorsque le prix c est spécifié comme attribut des alternatives, la disposition à payer (willingness-to-pay, WTP) marginale pour une variation marginale d'un autre attribut k peut être déduite directement du rapport des coefficients correspondants de la fonction d'utilité V_{ijt} (Lancsar & Savage, 2004) :

$$WTP_k = -\frac{\beta_k}{\beta_c} \quad (4)$$

Pour évaluer des changements discrets d'attributs, on peut recourir à la variation compensatoire (compensating variation, CV). Elle mesure le montant monétaire qu'il faudrait donner à un individu, ou lui retirer, après une modification des alternatives, pour le ramener à son niveau d'utilité initial. La variation compensatoire permet ainsi une interprétation en termes d'économie du bien-être des comparaisons de réformes ou de scénarios. Sous les hypothèses formulées ci-dessus, la variation compensatoire peut être définie de façon générale comme suit (Lancsar & Savage, 2004) :

$$CV = -\frac{1}{\beta_c} \left[\ln \left(\sum_{j \in J^1} e^{V_{jt}^1} \right) - \ln \left(\sum_{j \in J^0} e^{V_{jt}^0} \right) \right] \quad (5)$$

Comme l'assurance de base obligatoire s'applique à toutes les personnes assurées et qu'il n'existe pas d'ensemble de choix, l'état initial et l'état de réforme ne comportent chacun qu'une seule alternative. La formule de log-somme se réduit dans ce cas à la différence d'utilité, divisée par la valeur absolue du coefficient de prix.

3.2 Conception de l'expérience

Dans le présent DCE, les personnes interrogées effectuent de manière répétée des choix entre différentes configurations de l'assurance de base obligatoire. Chaque scénario de décision comprend trois alternatives : le statu quo, représentant l'étendue actuelle des prestations de l'assurance de base obligatoire, ainsi que deux configurations alternatives de cette étendue. Les arbitrages que les personnes interrogées effectuent entre les différents attributs de l'assurance de base obligatoire permettent d'estimer leur fonction d'utilité V_{ij} et d'en déduire les dispositions à payer correspondantes. La conception de l'expérience est décrite en détail ci-après.

3.2.1 Attributs

Déoulant de la question de recherche et des dimensions de l'accès décrites à la section 2.1, les attributs suivants sont au cœur de l'expérience :

- Premièrement, le montant de la **prime mensuelle de l'assurance de base**. Cet attribut représente la charge financière pesant sur les personnes assurées et sert d'attribut de prix, permettant d'identifier la disposition à payer pour des variations des autres attributs.
- Deuxièmement, la **part des médicaments innovants disponibles via l'AOS**. Cet attribut représente l'étendue de l'accès aux médicaments innovants via l'assurance de base. Il capture ainsi l'*ampleur* du catalogue de prestations de l'assurance de base à un moment donné.
- Troisièmement, le **délai** entre l'autorisation d'un médicament innovant en Suisse et son remboursement régulier via l'assurance de base obligatoire. Combiné à l'attribut de prix, cet attribut permet d'estimer la disposition à payer des personnes interrogées pour un accès régulier accéléré aux médicaments innovants via l'assurance de base.
- Finalement, la **franchise minimale** est prise en compte comme attribut. Les personnes assurées en Suisse peuvent choisir entre différents paliers de franchise, la franchise minimale légale s'élevant actuellement à CHF 300 (art. 103 ss OAMal). Une augmentation de cette franchise minimale a été discutée à plusieurs reprises par le passé, et une hausse est actuellement en consultation.⁶ Cet attribut permet de replacer la disposition à payer pour l'accès aux médicaments innovants dans le contexte de celle relative à d'autres dimensions de prestations de l'assurance de base obligatoire. La question centrale concernant la franchise minimale est de savoir dans quelle mesure les coûts du catalogue de prestations de l'assurance de base – par exemple l'accès aux médicaments innovants – sont pris en charge de façon solidaire, et dans quelle mesure les personnes assurées assument elles-mêmes leur risque de coût. La franchise minimale permet en outre d'évaluer des paquets de réforme dans lesquels un accès élargi aux médicaments innovants est financé en contrepartie par une participation aux coûts plus élevée.

Les options représentées dans l'expérience sont donc caractérisées par quatre attributs. Ce nombre se situe dans la fourchette habituelle des applications de DCE en économie de la santé. Les revues empiriques montrent que la plupart des études utilisent entre quatre et neuf attributs (Soekhai et al., 2018). Il a été volontairement renoncé à des attributs supplémentaires. Un nombre plus élevé accroît la charge cognitive des personnes interrogées et favorise des stratégies de décision simplificatrices, dans lesquelles certaines caractéristiques sont ignorées. Les quatre attributs retenus couvrent les dimensions au cœur de la présente question de recherche.

⁶ Cf. Le Conseil fédéral met en consultation l'augmentation de la franchise minimale [12.05.2025]

3.2.2 Modalités

Les modalités de chaque attribut sont définies ci-après (voir le Tableau 1 pour une vue d'ensemble). La littérature recommande de limiter le nombre de modalités par attribut à trois ou quatre (Bridges et al., 2011). Pour l'attribut de prime, il a été volontairement dérogé à cette recommandation en utilisant une gradation plus fine, la précision des dispositions à payer estimées dépendant directement de la variation de l'attribut de prix.

Tableau 1 : Attributs et modalités

Attribut	Modalités
Disponibilité : part des médicaments innovants pris en charge par l'assurance de base	Statu quo : 50 % de tous les médicaments innovants sont remboursés de façon régulière par l'assurance de base. Alternatives : 30 % ou 90 % de tous les médicaments innovants sont remboursés de façon régulière par l'assurance de base.
Délai : délai entre l'autorisation d'un médicament innovant et son remboursement régulier par l'assurance de base	Statu quo : régulation actuelle du remboursement, avec un accès retardé de 7 mois en médiane après l'autorisation Alternative 1 : accès immédiat après l'autorisation Alternative 2 : accès retardé de 24 mois après l'autorisation
Franchise minimale : valeur minimale de la franchise annuelle dans l'assurance de base	Statu quo : franchise minimale de CHF 300 Alternative 1 : franchise minimale de CHF 400 Alternative 2 : franchise minimale de CHF 600
Variation de prime : variation de la prime mensuelle de l'assurance de base par rapport au statu quo	Statu quo : aucune variation de la prime mensuelle Alternatives : augmentation ou réduction de la prime mensuelle de CHF 20, 40, 80

Source : Swiss Economics

Il convient tout d'abord de relever que les modalités des attributs du présent DCE comportent chacune une **option de statu quo**. Il s'agit de modalités reflétant la configuration actuelle de l'AOS, qui permettent de formuler les modalités alternatives des attributs comme des variations relatives par rapport à la configuration existante de l'assurance de base obligatoire. Cette approche est particulièrement importante pour l'attribut de prix. En Suisse, les primes mensuelles de l'assurance de base obligatoire varient selon le lieu de domicile et le modèle d'assurance choisi. L'utilisation de valeurs de prime absolues risquerait donc de faire apparaître certaines alternatives comme irréalistes pour certaines personnes interrogées. Formuler l'attribut de prix comme une variation relative par rapport à la prime actuelle garantit ainsi que les alternatives sont comparables et réalistes pour l'ensemble des personnes interrogées. Cela permet d'éviter de contraindre les personnes interrogées à choisir entre des alternatives qu'elles ne pourraient pas choisir dans la réalité, ce qui pourrait biaiser l'estimation des préférences et des dispositions à payer correspondantes (Campbell & Erdem, 2019).

L'attribut « **disponibilité** » décrit la part des médicaments innovants disponibles en Suisse via l'assurance de base à un moment donné, indépendamment de la rapidité avec laquelle l'admission au catalogue de prestations intervient. La modalité de statu quo reflète la situation d'approvisionnement actuelle. Selon IQVIA (2026), dans l'échantillon des médicaments autorisés par l'EMA entre 2021 et 2024, environ 50 % étaient remboursés de façon régulière via la LS en janvier 2026. Des modalités alternatives, reflétant des écarts par rapport à cette valeur de statu quo, sont également spécifiées. Une première alternative représente le scénario d'une disponibilité réduite à 30 %, ce qui correspond, selon IQVIA (2026), approximativement à la disponibilité moyenne dans les pays de l'UE. Une seconde alternative représente une disponibilité plus large. L'Allemagne sert de valeur de référence : selon IQVIA (2026), dans l'échantillon des médicaments autorisés par l'EMA entre 2021 et 2024, environ 90 % y étaient remboursés de façon régulière en janvier 2026.

L'attribut « **délai** » décrit le délai entre l'autorisation d'un médicament par Swissmedic et son remboursement régulier via l'assurance de base obligatoire. La modalité de statu quo reflète la régulation actuelle du remboursement, qui s'accompagne actuellement d'un délai médian d'environ sept mois entre l'autorisation et la décision de remboursement (IQVIA, 2026). Des modalités alternatives sont également spécifiées. Premièrement, un remboursement régulier immédiat des médicaments innovants par l'assurance de base après l'autorisation. Cette modalité permet d'estimer la disposition à payer des personnes assurées pour un accès immédiat aux thérapies innovantes, par rapport au statu quo. Elle permet en même temps d'approximer, du point de vue des personnes assurées, le bénéfice perçu de la mesure de « remboursement provisoire dès le jour 0 » prévue dans le cadre du 2e volet de mesures visant à maîtriser les coûts. Deuxièmement, des délais supplémentaires dans l'accès aux médicaments innovants sont représentés comme attribut. Concrètement, une régulation du remboursement avec un délai de 24 mois entre l'autorisation et le remboursement régulier est spécifiée à cet effet. Cette modalité permet d'identifier la disposition à payer des personnes assurées pour éviter des délais supplémentaires.

Pour l'attribut « **franchise minimale** », trois modalités sont utilisées : CHF 300 (statu quo), CHF 400 et CHF 600. Le montant minimal légal actuel de la franchise dans l'assurance obligatoire des soins s'élève à CHF 300.⁷ Le mécanisme d'adaptation automatique prévu dans le cadre de la consultation en cours sur la modification de la LAMal conduirait, selon le rapport explicatif du Conseil fédéral, à relever la franchise minimale à CHF 400.⁸ Le choix de cette modalité permet de représenter dans l'expérience une option de réforme réaliste et politiquement débattue. Une hausse plus marquée de la

⁷ Cf. art. 103 al. 1 OAMal

⁸ Cf. [Modification de la LAMal : Adaptation de la franchise](#) [24.03.2026]

franchise minimale, à CHF 600, est également prise en compte. La combinaison de ces trois modalités permet ainsi d'évaluer tant des adaptations modérées que plus marquées de la franchise minimale dans le cadre de l'assurance de base obligatoire.

Pour calibrer les modalités de l'attribut « **variation de prime** », on peut d'abord s'appuyer sur des repères tirés de la littérature. Plusieurs DCE ont déjà été menés en Suisse pour recueillir la disposition à payer des personnes assurées pour différentes configurations de l'assurance de base (voir aussi section 2.2). Dans ces DCE, l'attribut de prime a été spécifié, comme dans le présent design, comme une variation de la prime mensuelle de l'assurance de base (voir Tableau 2).

Tableau 2 : Modalités de l’attribut de prime dans la littérature

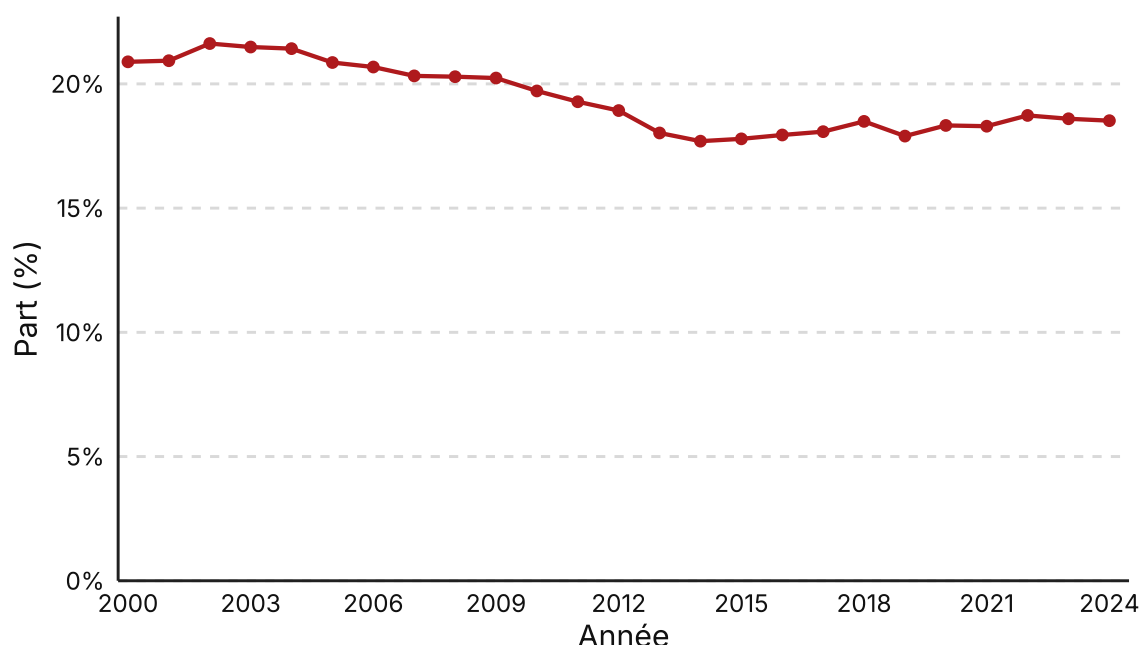
Source	Modalités	Prime moyenne	Modalités en pourcentage
Becker & Zweifel (2008)	CHF ±10/25/50 de la prime mensuelle	CHF 240 (dans l'échantillon)	±10–20% (calcul Swiss Economics)
Nicolet et al. (2022)	CHF ±40/80 de la prime mensuelle	CHF 350 (selon l'OFSP)	±10–20% (selon l'étude)

Source : Swiss Economics

Ces études portaient chacune sur un large éventail de configurations possibles de l'assurance de base obligatoire. Le présent design de DCE est en revanche davantage centré sur les médicaments innovants. En 2024, les médicaments du secteur ambulatoire (cabinets médicaux et pharmacies) représentaient environ 18 à 19 % des coûts bruts de l'AOS (Figure 3). Les modalités de prime de ±10 à 20 % utilisées dans les études précitées doivent donc être questionnées pour le présent design, centré sur les médicaments. Une variation de prime de cet ordre de grandeur, si elle était attribuée isolément au seul secteur ambulatoire des médicaments, impliquerait une variation disproportionnée par rapport à la part réelle des coûts des médicaments dans l'AOS.

Parallèlement, il est établi que le choix du contrat d'assurance de base est marqué par un fort biais de statu quo. Les personnes assurées ont tendance à préférer leur contrat existant et nécessitent des incitations au changement relativement fortes. Becker et Zweifel (2008) estiment ce biais de statu quo à environ CHF 50 (20 % de la prime moyenne de l'époque). Les participantes et participants à leur DCE nécessitaient en moyenne une réduction de prime de cette ampleur pour préférer un changement de contrat d'assurance de base au statu quo. Un biais de statu quo comparable est également attendu dans le cas présent.

Figure 3 : Part des médicaments ambulatoires dans les coûts bruts de l'AOS



Remarque : postes de coûts Medikamente Arztpraxis et Apotheken combinés.

Source : Obsan, SASIS

La prime mensuelle moyenne de l'assurance de base s'élève actuellement à environ CHF 393.⁹ Compte tenu des deux considérations précédentes – d'une part la part des médicaments dans les coûts de l'AOS, qui plaide pour une fourchette de prime plus resserrée que celle habituellement utilisée dans la littérature, d'autre part le biais de statu quo, qui exige une certaine largeur minimale de la fourchette afin de pouvoir le distinguer de la disposition à payer pour l'accès aux médicaments – la modalité de prime du présent DCE est fixée à $\pm$ CHF 20/40/80.

3.2.3 Choice-sets

Afin de générer une sélection statistiquement efficiente de choice-sets, un plan fractionnaire (fractional design) est fourni par le prestataire de panel YouGov (Bridges et al., 2011). Il s'agit de constituer un sous-ensemble aussi informatif que possible de toutes les alternatives envisageables, permettant une estimation efficiente des paramètres de préférence. Au total, 300 choice-sets différents ont ainsi été générés.

Chaque personne interrogée se voit soumettre au total 12 choice-tasks, comprenant chacun une option de statu quo et deux options alternatives d'assurance de base. Ce nombre de choice-tasks correspond à la pratique courante dans la littérature en économie de la santé (Soekhai et al., 2018). La Figure 4 présente un exemple de choice-

⁹ Cf. Les primes d'assurance-maladie augmentent de 4,4 % en moyenne : la maîtrise des coûts reste une tâche permanente [28.07.2026]

set possible. Pour un contrôle de cohérence, un choice-task est en outre répété au cours de l'enquête, afin de vérifier la stabilité des préférences individuelles. L'ordre des deux alternatives de réforme est par ailleurs inversé dans une partie des versions du design.

Afin de garantir davantage que les alternatives soumises aux personnes interrogées représentent des situations de décision plausibles et pertinentes sur le fond, une prohibition a été implémentée, excluant du design les alternatives strictement dominées par le statu quo. Une alternative est considérée comme strictement dominée lorsqu'elle présente simultanément, par rapport au statu quo, une disponibilité plus faible, un délai d'attente plus long et une augmentation de prime (ou une absence de variation de prime).

Figure 4 : Exemple de scénario de décision

	Statu quo	Option A	Option B
Disponibilité <i>Part des médicaments innovants pris en charge par l'assurance de base (en pourcentage)</i>	50 %	90 %	30 %
Délai <i>Délai entre l'autorisation d'un médicament innovant et son remboursement ordinaire par l'assurance de base (en mois)</i>	7 mois	0 mois	24 mois
Franchise minimale <i>Montant minimal de la franchise annuelle dans l'assurance de base (en CHF)</i>	CHF 300	CHF 400	CHF 600
Variation de la prime <i>Variation de votre prime mensuelle d'assurance de base par rapport au statu quo (en CHF)</i>	CHF 0 (aucun changement)	CHF + 40	CHF - 40
Je choisis	☐ Statu quo	☐ Option A	☐ Option B

Source : Swiss Economics

3.2.4 Enquête complémentaire

L'estimation différenciée des dispositions à payer pour l'accès aux médicaments innovants selon les groupes de population constitue un élément central de la présente question de recherche. À cette fin, le prestataire de panel fournit les caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées (notamment l'âge, le sexe, le niveau de formation, la région linguistique et le revenu), de sorte qu'il n'est pas nécessaire de les recueillir à nouveau dans le cadre de l'expérience.

De plus, les participantes et participants sont interrogés en début de DCE sur les principales caractéristiques de leur assurance-maladie actuelle, à savoir le montant de leur

prime mensuelle d'assurance de base, la franchise choisie et la détention d'une assurance complémentaire ambulatoire.

Enfin, une question de priorisation est soumise aux personnes interrogées à l'issue du DCE, leur demandant de classer par ordre de priorité les attributs examinés dans le DCE. Cette question sert ainsi de vérification complémentaire de la plausibilité des dispositions à payer estimées dans le DCE.

3.2.5 Estimation

La composante déterministe de l'utilité V_{ijt} pour l'alternative j soumise à la personne i dans le choice-task t est spécifiée comme suit dans le modèle de base (voir aussi les explications de la section 3.1), et estimée au moyen d'un modèle logit conditionnel :

$$V_{ijt} = \beta_1 Disponibilite1_{ijt} + \beta_2 Disponibilite2_{ijt} + \beta_3 Delai1_{ijt} + \beta_4 Delai2_{ijt} + \beta_5 Franchise_{ijt} + \beta_6 Prime_{ijt} + \beta_7 SQ_{ijt} \quad (6)$$

Les variables sont définies comme suit :

- $Disponibilite1_{ijt}$: variable indicatrice (dummy) pour une disponibilité de 30 % des médicaments innovants
- $Disponibilite2_{ijt}$: variable indicatrice pour une disponibilité de 90 % des médicaments innovants
- $Delai1_{ijt}$: variable indicatrice pour un accès immédiat aux médicaments innovants
- $Delai2_{ijt}$: variable indicatrice pour un accès retardé de 24 mois après l'autorisation
- $Franchise_{ijt}$: écart de la franchise minimale par rapport au statu quo (en CHF)
- $Prime_{ijt}$: variation de la prime d'assurance mensuelle par rapport au statu quo (en CHF)
- SQ_{ijt} : variable indicatrice pour l'option de statu quo (capture le biais de statu quo)

Dans un **modèle étendu**, l'hétérogénéité observable est également modélisée par interaction des coefficients du modèle de base avec les caractéristiques sociodémographiques et propres à l'assurance des personnes interrogées. Cela permet d'identifier des différences systématiques dans les dispositions à payer selon les groupes de population, et de répondre à la question de recherche sur l'hétérogénéité des préférences décrite à la section 1.2. Sont prises en compte comme covariables : l'âge, le niveau de formation, la région linguistique (Suisse alémanique, Suisse romande et Suisse italienne), ainsi que la franchise choisie par les personnes interrogées elles-mêmes.

La disposition à payer s'obtient alors comme le rapport de deux estimateurs ponctuels (voir section 3.1). Les intervalles de confiance des dispositions à payer sont construits

selon la méthode de Krinsky et Robb (1986 ; 1990). À partir de la distribution normale asymptotique des estimateurs, 10'000 vecteurs de paramètres sont tirés. Pour chaque vecteur, le rapport est calculé, et les percentiles de la distribution résultante forment l'intervalle. Le numérateur et le dénominateur proviennent du même tirage, ce qui permet de tenir compte de la corrélation entre les estimateurs. Par rapport à la méthode delta, cette approche a l'avantage de ne pas supposer de symétrie dans la distribution du quotient (Hole, 2007).

4 Résultats

Ce chapitre présente les résultats du DCE. Il décrit les estimations empiriques, en déduit les dispositions à payer estimées, en examine les différences entre groupes de population, en calcule la variation compensatoire pour des scénarios de réforme sélectionnés, et vérifie la robustesse des résultats. En raison des arrondis, les sommes des valeurs présentées peuvent différer légèrement des totaux correspondants.

4.1 Estimation empirique

CONTRÔLE DES DONNÉES ET ANALYSE DU COMPORTEMENT DE RÉPONSE

Les dispositions à payer estimées ne sont fiables qu'à la mesure des données sur lesquelles elles reposent.

Dans un premier temps, on vérifie, à l'aide de la durée de traitement, de la cohérence des réponses et de la compréhension déclarée des choice-tasks, si les choix effectués témoignent d'un traitement attentif de l'expérience. Dans l'ensemble, le comportement de réponse observé montre que la grande majorité des personnes interrogées a soigneusement répondu aux questions de l'expérience. La durée de traitement correspond aux attentes, la concordance dans le choice-set répété est élevée compte tenu de la complexité relativement importante des choice-tasks, et la compréhension auto-déclarée des attributs est également élevée (détails, cf. annexe A.2). Les anomalies se limitent à un sous-groupe relativement restreint de personnes qui n'ont pas du tout compris les attributs, ou qui ont terminé l'enquête très rapidement (en moins d'une minute). En conséquence, l'échantillon est ajusté en excluant ces 39 personnes. Il en résulte un échantillon principal de 1'279 répondantes et répondants. L'effet de cette restriction d'échantillon sur les résultats d'estimation est très faible ; il est présenté à la section 4.5 dans le cadre du contrôle de robustesse.

Pour vérifier la validité des données, la composition de l'échantillon est ensuite comparée aux statistiques de référence de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et de l'OFSP, afin d'en évaluer la représentativité. Dans l'ensemble, l'échantillon reflète très bien la population résidente suisse sur les caractéristiques centrales pour la question de recherche que sont l'âge, le sexe, le niveau de prime et le revenu. Les primes d'assurance de base et les franchises choisies par les participantes et participants à l'étude reproduisent les schémas connus à partir des données individuelles de l'OFSP. Les détails à ce sujet figurent à l'annexe A.3.

RÉSULTATS D'ESTIMATION

Le Tableau 3 présente les résultats d'estimation du modèle de base sur l'échantillon principal des 1'279 personnes interrogées. L'analyse du modèle étendu avec termes d'interaction est effectuée à la section 4.3.

Les sept coefficients sont tous **hautement significatifs** au seuil de 1 % et présentent le signe attendu. Les améliorations de l'accès aux médicaments innovants par rapport au statu quo sont associées à une utilité positive pour les personnes interrogées, tandis que les détériorations de l'accès sont associées à une réduction d'utilité par rapport au statu quo.

Tableau 3 : Résultats d'estimation du modèle de base

Variable	Coefficient	Erreur-type
Disponibilité 30 % (réf. 50 %)	-0.7486***	0.0476
Disponibilité 90 % (réf. 50 %)	0.4280***	0.0376
Accès immédiat (réf. 7 mois)	0.2269***	0.0351
Délai 24 mois (réf. 7 mois)	-0.8391***	0.0491
Franchise minimale (CHF au-dessus de 300)	-0.00197***	0.00015
Variation de prime (CHF par mois)	-0.01302***	0.00051
Constante de statu quo	0.3444***	0.0453
Statistiques du modèle		
Paramètres	7	
Observations (alternatives)	46'044	
Choice-sets	15'348	
Personnes interrogées	1'279	
Pseudo-R ² (McFadden)	0.146	

Remarque : les erreurs-types robustes au niveau des grappes (personnes interrogées, cluster-robust) sont indiquées. Niveaux de significativité : *** p < 0.01, ** p < 0.05, * p < 0.10. Le niveau absolu des coefficients n'est pas directement interprétable, car l'échelle de la fonction d'utilité n'est pas identifiée. Ce sont les rapports entre les coefficients qui sont interprétables.

Source : Swiss Economics

Les coefficients montrent ceci :

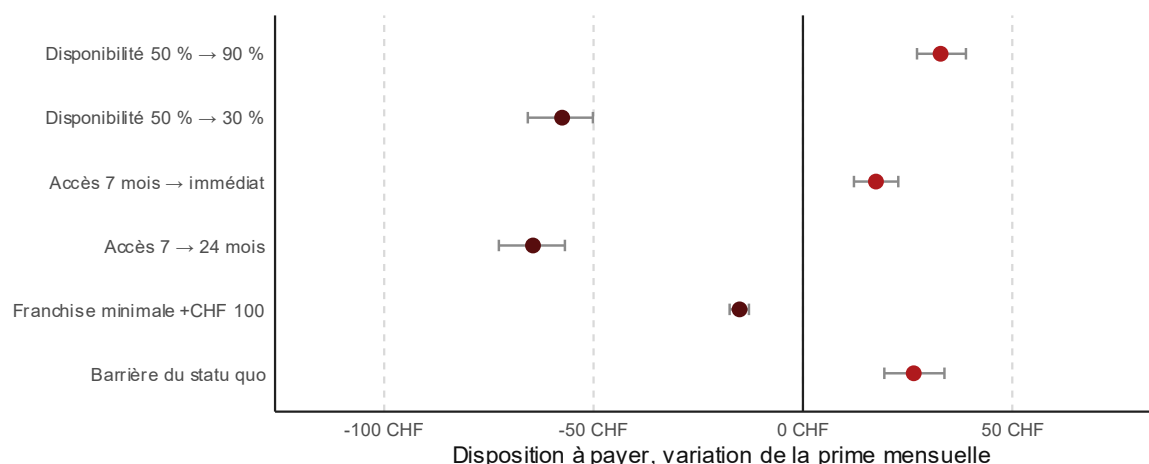
- **Disponibilité** : une augmentation de la part des médicaments innovants remboursés de façon régulière par l'AOS de 50 à 90 % accroît l'utilité en moyenne de 0.43 unité ; une réduction à 30 % la diminue de 0.75 unité.
- **Délai** : un accès immédiat aux médicaments innovants via l'AOS, au lieu du délai médian actuel de sept mois, accroît l'utilité en moyenne de 0.23 unité ; un délai de 24 mois la diminue en moyenne de 0.84 unité.

- **Franchise minimale** : chaque franc de franchise minimale supplémentaire au-delà de CHF 300 réduit l'utilité en moyenne de 0.002 unité, c'est-à-dire qu'une augmentation de CHF 100 réduirait l'utilité de 0.2 unité.
- **Variation de prime** : chaque franc de prime mensuelle supplémentaire réduit l'utilité en moyenne de 0.013 unité.
- **Constante de statu quo** : le maintien dans le statu quo est associé, en moyenne, à une augmentation de l'utilité de 0.34 unité, indépendamment des modalités des attributs.

4.2 Dispositions à payer estimées

La Figure 5 présente les dispositions à payer déduites de l'estimation du modèle de base.¹⁰ Le calcul de la disposition à payer suit la formule (4) de la section 3.1.

Figure 5 : Dispositions à payer pour les changements examinés



Remarque : intervalles de confiance à 95 % selon la méthode de Krinsky-Robb avec 10'000 tirages. Interprétation comme variation de la prime mensuelle de l'assurance de base rendant les personnes interrogées indifférentes.

Source : Swiss Economics

On peut en tirer les conclusions suivantes :

- Pour une augmentation de la **disponibilité** des médicaments innovants de 50 à 90 %, la disposition à payer s'élève en moyenne à **CHF 33 par mois**, soit CHF 394 par an. Les personnes interrogées sont donc prêtes à accepter une augmentation de la prime mensuelle de l'assurance de base de CHF 33 pour cette disponibilité élargie des médicaments innovants. Pour une réduction de la disponibilité à 30 %, une compensation moyenne de CHF 58 par mois serait nécessaire.

¹⁰ Celles-ci correspondent à la variation de la prime mensuelle d'assurance de base qui rend les personnes interrogées indifférentes, compte tenu de leur évaluation des avantages ; cf. les explications de la section 3.1.

- Pour l'**accès immédiat**, au lieu du délai médian actuel de sept mois, la disposition à payer s'élève en moyenne à **CHF 17 par mois**. Pour un délai de 24 mois par rapport au délai médian actuel de sept mois, une compensation moyenne de CHF 64 serait nécessaire.
- Pour une **franchise minimale** supérieure de CHF 100, la disposition à payer négative s'élève en moyenne à **CHF 15 par mois**. Cela correspond en moyenne à CHF 180 par an, ce qui dépasse ainsi l'augmentation effective de la franchise.
- La constante de l'estimation peut elle aussi être traduite en équivalent de prime et correspond à la « **barrière du statu quo** ». Elle s'élève à **CHF 26 par mois**. Ce montant est la réduction de prime que les personnes interrogées exigent en moyenne, en supplément, pour choisir une configuration alternative de l'assurance de base plutôt que le statu quo, indépendamment de la façon dont les attributs de l'assurance de base évoluent par ailleurs.

On observe à nouveau une asymétrie dans l'évaluation. Les détériorations de l'accès pèsent nettement plus lourd que les améliorations. Pour une réduction de la disponibilité à 30 %, la compensation exigée représente 1.7 fois la disposition à payer pour une augmentation à 90 %. Bien que les améliorations de l'accès aux médicaments innovants via l'AOS génèrent de l'utilité et que des dispositions à payer substantielles puissent être identifiées à cet égard, les personnes interrogées réagissent plus fortement à une détérioration de l'état actuel qu'à une amélioration de même ampleur en sens inverse. Cette asymétrie correspond aux constats de l'économie comportementale sur l'aversion aux pertes, selon laquelle les individus évaluent les changements par rapport à un point de référence et pondèrent les pertes plus fortement que des gains de même ampleur (Kahneman & Tversky, 1979 ; Tversky & Kahneman, 1991). À cet égard, l'asymétrie constatée renforce la validité des résultats. La « barrière du statu quo » identifiée ici, soit une propension à privilégier l'état existant, est elle aussi bien documentée en économie comportementale. Les personnes interrogées utilisent l'état actuel comme point de référence, et les écarts par rapport à celui-ci ne sont pas évalués de façon neutre (Samuelson & Zeckhauser, 1988 ; Tversky & Kahneman, 1991).

4.3 Hétérogénéité des dispositions à payer

Les dispositions à payer présentées jusqu'ici correspondent à des valeurs moyennes pour l'échantillon total. Afin de vérifier si les dispositions à payer diffèrent selon les groupes de population, tous les coefficients d'attributs sont ensuite mis en interaction avec des caractéristiques des personnes interrogées. Le Tableau 10 en annexe A.4 présente l'estimation du modèle avec termes d'interaction pour l'âge, le niveau de formation, la région linguistique et la franchise choisie.

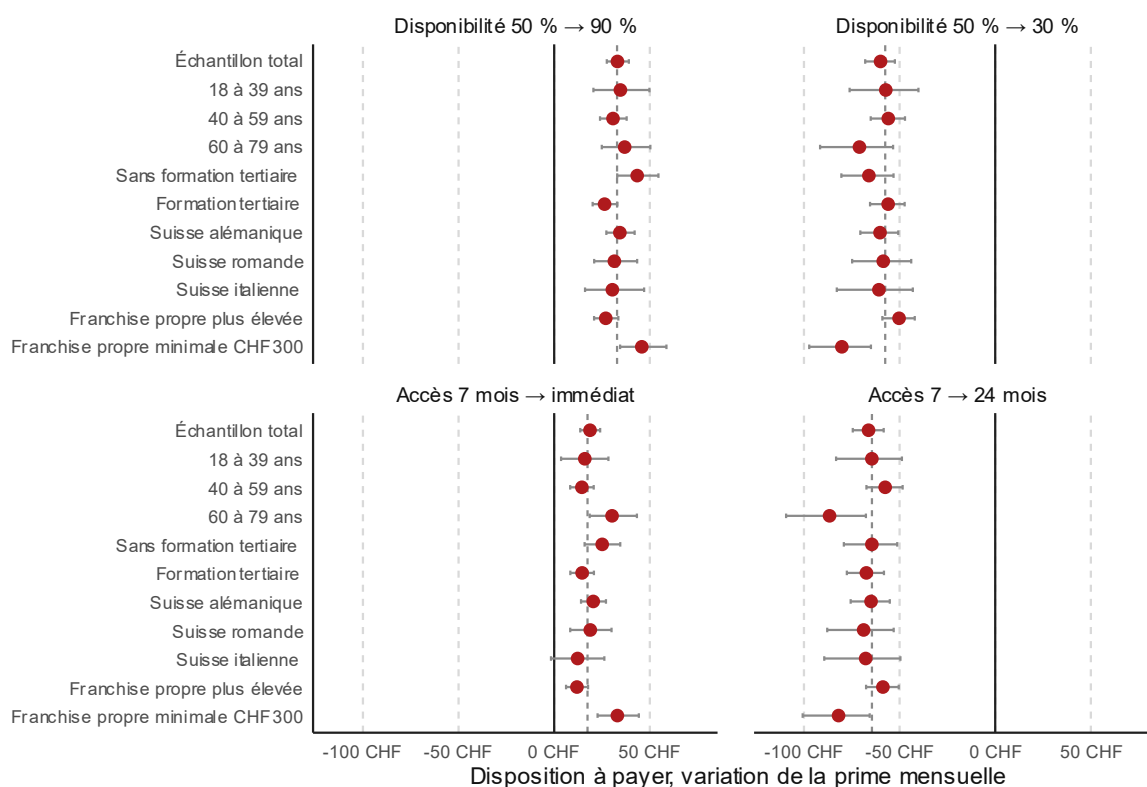
Sur la base de ces estimations, des dispositions à payer peuvent à nouveau être déduites pour les différents groupes de population, en évaluant le modèle d'interaction aux caractéristiques moyennes effectives de chaque groupe. La Figure 6 et la Figure 7 présentent les dispositions à payer correspondantes. On peut notamment en tirer ce qui suit :

- **Franchise minimale** : la **disposition à payer la plus élevée** pour un accès élargi aux médicaments innovants via l'assurance de base est observée chez les personnes interrogées qui détiennent aujourd'hui la **franchise minimale de CHF 300**. Ce groupe présente en moyenne une disposition à payer de CHF 46 par mois pour une disponibilité élargie et de CHF 33 pour un accès immédiat.
- **Formation** : les personnes interrogées **sans formation tertiaire** affichent elles aussi une **disposition à payer relativement élevée** pour un élargissement de la disponibilité des médicaments innovants à 90 % – CHF 43, contre CHF 26 dans le groupe avec formation tertiaire.
- **Âge** : entre les groupes d'âge, la disposition à payer pour une disponibilité élargie des médicaments innovants est relativement similaire, à CHF 35, 31 et 37. Cela masque toutefois des différences importantes dans la composition des dispositions à payer. Selon le Tableau 10, le groupe d'âge intermédiaire valorise nettement plus une disponibilité élargie que le groupe le plus jeune, mais réagit en même temps plus fortement aux variations de prime. Dans le quotient, ces deux effets s'annulent presque. Pour l'**accès immédiat**, les **personnes de 60 à 79 ans se situent nettement au-dessus des deux groupes plus jeunes avec CHF 30** (contre CHF 14 et 15). Ici, c'est la différence d'évaluation de l'utilité de l'attribut qui prédomine.
- **Régions linguistiques** : conformément aux coefficients estimés du modèle d'interaction, les dispositions à payer moyennes pour les deux attributs d'accès en Suisse alémanique, en Suisse romande et en Suisse italienne, ne s'écartent pas sensiblement de celles de l'échantillon total.

Les deux hétérogénéités les plus marquées, selon la formation et la franchise choisie, sont en principe plausibles. Le choix volontaire de la franchise minimale de CHF 300 signale une utilisation attendue élevée des prestations médicales. Qui anticipe un besoin futur de prestations médicales pourrait aussi valoriser davantage l'accès aux médicaments innovants. Dans l'ensemble, ce résultat conforte donc la validité des estimations, les préférences observées correspondant au comportement attendu. La disposition à payer plus élevée des personnes interrogées sans formation tertiaire, par rapport à celles avec formation tertiaire, s'explique moins directement. Une interprétation possible est une demande plus forte de sécurité financière via l'assurance de base, ce groupe disposant généralement d'une marge de manœuvre plus restreinte pour financer des thérapies innovantes à titre privé. Une analyse de l'hétérogénéité selon le

revenu n'a pas été réalisée ici, ces informations faisant défaut pour une part importante des personnes interrogées et nécessitant des restrictions d'échantillon qui auraient fortement limité la robustesse de l'analyse d'hétérogénéité.

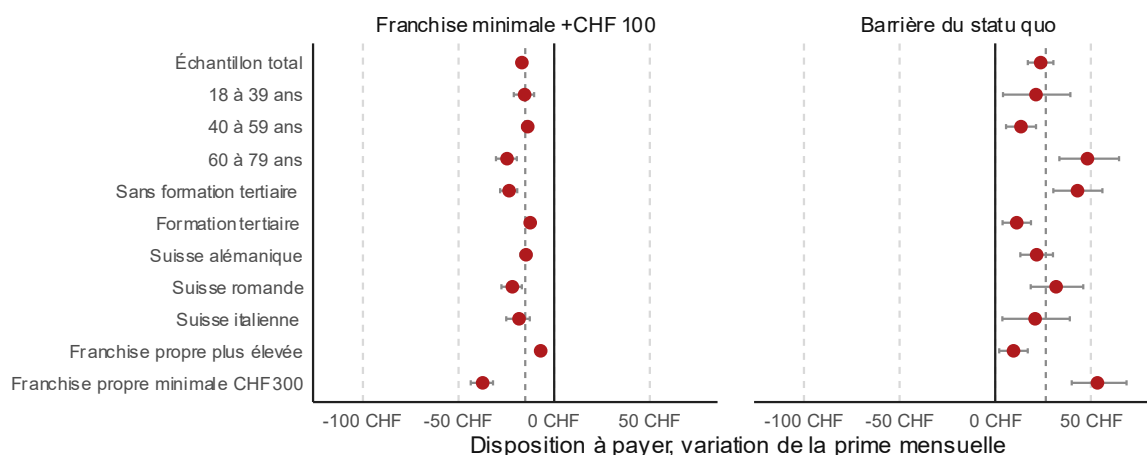
Figure 6 : Dispositions à payer par groupe, attributs d'accès



Remarque : la figure présente la disposition à payer moyenne des groupes respectifs, le modèle d'interaction étant évalué sur la base des caractéristiques moyennes effectives de chaque groupe. Intervalles de confiance à 95 % selon la méthode de Krinsky-Robb avec 10'000 tirages.

Source : Swiss Economics

Figure 7 : Dispositions à payer par groupe, franchise minimale



Remarque : la figure présente la disposition à payer moyenne des groupes respectifs, le modèle d'interaction étant évalué sur la base des caractéristiques moyennes effectives de chaque groupe. Intervalles de confiance à 95 % selon la méthode de Krinsky-Robb avec 10'000 tirages.

Source : Swiss Economics

4.4 Variation compensatoire pour des scénarios de réforme

Les dispositions à payer estimées se rapportent à la modification d'attributs pris individuellement. Les réformes de la régulation de l'accès modifient en revanche généralement plusieurs attributs simultanément. Pour évaluer de tels paquets de réforme, six scénarios sont donc définis, s'appuyant sur la situation de départ documentée à la section 2.1 et sur le débat de réforme en cours.

Le scénario central est l'accès complet, avec une disponibilité des médicaments innovants de 90 % et une suppression du délai entre l'autorisation d'un médicament innovant et son remboursement régulier. Les deux composantes de ce scénario sont en outre présentées séparément, afin de rendre visible leur contribution au résultat global. Deux scénarios supplémentaires combinent l'accès complet avec une augmentation de la franchise minimale à CHF 400, respectivement CHF 600, représentant ainsi un financement compensatoire par une participation aux coûts plus élevée.

La variation compensatoire transpose les préférences estimées à ces paquets de réforme. Elle correspond à la modification de la prime mensuelle qui rend les personnes assurées indifférentes entre le statu quo et le scénario de réforme considéré.

Le Tableau 4 présente la variation compensatoire sans prise en compte de la constante de statu quo. Dans ce cas, la variation compensatoire correspond à la somme des dispositions à payer pour les attributs modifiés dans le cadre du scénario de réforme. La raison principale en est qu'une réforme hypothétique serait décidée collectivement et s'appliquerait à l'ensemble des personnes assurées. Au niveau d'une personne assurée individuelle, l'option de statu quo disparaît alors. Pour un choix individuel entre modèles d'assurance, la prise en compte de la constante de statu quo serait en revanche appropriée.

Pour le scénario d'accès complet, la variation compensatoire s'élève en moyenne à CHF 50 par mois, soit CHF 598 par an. Le scénario d'une augmentation simultanée de la franchise minimale est particulièrement notable. Une augmentation à CHF 400 laisse subsister une variation compensatoire de CHF 35 par mois ; une augmentation à CHF 600 la réduit à seulement CHF 5. Un doublement simultané de la franchise minimale annulerait donc presque entièrement le gain d'utilité de l'accès complet. À titre de référence pour une détérioration, un scénario avec une disponibilité de 30 % et un délai de 24 mois est présenté. Il correspond à une perte de bien-être de CHF 121 par mois.

Tableau 4 : Variation compensatoire de scénarios de réforme sélectionnés

Scénario	Variation compensatoire
Accès complet (90 %, immédiat)	50.31 [41.87; 59.17]
Accès immédiat	17.43 [12.18; 22.77]
Disponibilité élargie (90 %)	32.88 [27.25; 38.93]
Accès complet, franchise minimale CHF 400	35.18 [26.86; 43.86]
Accès complet, franchise minimale CHF 600	4.92 [-5.20; 15.16]
Accès réduit (30 %, 24 mois)	-121.98 [-135.51; -109.66]

Remarque : CHF par mois, modèle de base, intervalles de confiance à 95 % selon Krinsky-Robb. La variante avec terme de statu quo suppose que la constante de statu quo reflète une préférence réelle pour l'état existant, qui doit être surmontée par la réforme.

Source : Swiss Economics

4.5 Robustesse

Les estimations reposent sur l'échantillon défini à la section 4.1, qui exclut les 39 personnes ayant répondu à l'enquête en moins d'une minute, ou déclarant ne pas avoir compris les caractéristiques en général. La suite de l'analyse vérifie dans quelle mesure les dispositions à payer estimées dépendent de cette délimitation. Le Tableau 5 compare l'estimation principale (dernière ligne) et les estimations correspondantes basées sur l'échantillon complet, ainsi que d'autres restrictions d'échantillon écartées.

Sur l'ensemble des restrictions testées, la disposition à payer pour une disponibilité élargie se situe entre CHF 31 et 33, celle pour un accès immédiat entre CHF 17 et 19. Les écarts par rapport à l'échantillon complet sont globalement faibles. La barrière du statu quo varie en revanche nettement plus fortement, entre CHF 21 et 31. Cette configuration est cohérente avec le constat de l'annexe A.2, selon lequel une grande partie des personnes interrogées sans compréhension des attributs a systématiquement choisi l'option de statu quo dans les choice-tasks. Sans restriction d'échantillon correspondante, la constante de statu quo contient donc une part mesurable qui ne relève pas d'une préférence pour l'état existant, mais d'une incompréhension des scénarios de décision. L'estimation de la barrière du statu quo serait dans ce cas biaisée à la hausse. La restriction d'échantillon retenue réduit donc la part d'artefact dans la barrière du statu quo, sans modifier les dispositions à payer estimées pour l'accès aux médicaments innovants.

Tableau 5 : Dispositions à payer estimées selon les restrictions d'échantillon

	N	Disponibilité 90%	Accès immédiat	Barrière du statu quo
Échantillon complet (toutes les données)	1'318	32.8	17.0	28.8
Restrictions (exclusion si...)				
Aucun attribut compris	1'284	32.9	17.3	26.6
Certains attributs non compris	1'133	31.8	18.1	20.8
Speeder (< 3 min.)	1'146	31.0	18.7	23.5
Hyperspeeder (< 1 min.)	1'313	32.8	17.1	28.7
Choice-tasks inconsistants	978	31.5	17.2	30.8
Échantillon principal (sans hyperspeeder ni incompréhension des attributs)	1'279	32.9	17.4	26.5

Remarque : disposition à payer en CHF par mois, modèle de base. « Aucun attribut compris » correspond, au quatrième choix de réponse de la question 10 (Q10). « Certains attributs non compris » correspond au troisième choix de réponse, cf. annexe A.1. La délimitation des « speeders » et « hyperspeeders » est choisie sur la base de la Figure 8 en annexe A.2 relative au comportement de réponse.

Source : Swiss Economics

Une restriction d'échantillon supplémentaire, fondée sur l'incohérence observée entre les choice-tasks répétés, est ici écartée. Ce critère conditionne sur le comportement de choix des personnes interrogées elles-mêmes et est donc inapproprié comme motif d'exclusion (Lancsar et Louviere, 2006). Par ailleurs, un certain degré d'incohérence entre choice-tasks pris individuellement est à attendre : il ne constitue pas uniquement un signe d'inattention, mais peut aussi résulter d'une évaluation indifférente des alternatives d'un choice-task. De telles indifférences dans l'évaluation de l'utilité doivent impérativement être prises en compte dans l'estimation des dispositions à payer pour les différents attributs.

Par ailleurs, l'indication des personnes interrogées selon laquelle elles n'auraient pas bien compris « certains attributs » des choice-tasks n'est pas utilisée comme critère d'exclusion pour l'échantillon principal. Cette indication est une déclaration prudente, que des personnes interrogées attentives peuvent également faire face à une expérience comportant plusieurs attributs. Exclure ce groupe risquerait donc d'écarter des observations qui contiennent en partie des informations sur les préférences réelles des personnes interrogées. Chez les personnes ayant indiqué n'avoir compris aucun des attributs, cela n'est pas à attendre. Pour ce groupe, la restriction est donc appliquée dans l'échantillon principal.

Dans l'échantillon principal, les personnes ayant terminé l'enquête en moins d'une minute ont également été exclues. Une telle durée de traitement est incompatible avec un traitement attentif de l'expérience. Il s'agit donc d'un critère d'exclusion valide, fondé exclusivement sur des caractéristiques de processus de l'enquête, sans

hypothèse supplémentaire sur le comportement de réponse concret des personnes interrogées.

5 Discussion

Les dispositions à payer estimées au chapitre 4 sont mises en perspective ci-après. Les résultats sont d'abord rapportés à la littérature existante et comparés à d'autres constats sur les préférences de la population suisse. Ils sont ensuite replacés dans le débat de politique de santé, et leur portée pour la discussion actuelle sur l'accès aux médicaments innovants via l'assurance de base est discutée.

5.1 Mise en perspective par rapport aux données probantes existantes

Les résultats s'inscrivent dans les données probantes existantes sur la disposition à payer pour l'accès aux médicaments innovants via l'AOS, et les complètent sur plusieurs dimensions. Pour la Suisse, seuls Becker et Zweifel (2008) avaient jusqu'ici établi, au moyen d'un DCE, une réduction de prime exigée d'environ CHF 38 par mois à l'époque pour que les personnes assurées acceptent un délai de trois ans dans l'accès aux médicaments innovants. La présente étude confirme ce constat. Les personnes interrogées exigent en moyenne une réduction de prime substantielle d'environ CHF 60 pour accepter un délai dans l'accès aux médicaments innovants via l'AOS. Que la disposition à payer estimée ici soit plus élevée est plausible : depuis 2008, la charge de primes a nettement augmenté, et les retards d'accès sont devenus plus perceptibles et plus présents dans le débat public, ce qui accroît la valeur accordée à l'accès. Par ailleurs, la présente étude évalue pour la première fois également l'ampleur de l'offre d'innovations remboursées de façon régulière, et identifie également, pour cette dimension, une disposition à payer substantielle.

De façon cohérente avec les résultats présentés ici, le « Moniteur de la santé 2025 », réalisé par gfs.bern, fait également état d'un large soutien en faveur d'un meilleur accès aux thérapies innovantes. Selon cette même enquête, 83 % des personnes interrogées se disent favorables à un accès amélioré aux thérapies innovantes, à condition que son utilité pour l'ensemble du système de santé soit démontrée. Par ailleurs, 79 % se prononcent en faveur d'un accès à égalité aux médicaments innovants via l'assurance de base (gfs.bern, 2025). La présente étude complète ces données probantes en associant aux préférences exprimées une valeur monétaire concrète, calibrée sur la situation actuelle. Le « Moniteur de la santé 2025 » montre en outre que la population rejette majoritairement les mécanismes de rationnement uniformes. Ce rejet marqué des restrictions d'accès reflète l'aversion aux pertes mesurée dans le présent DCE, selon laquelle les détériorations de l'accès pèsent plus lourd que des améliorations de même ampleur.

5.2 Mise en perspective dans le débat de politique de santé

Les résultats présentés au chapitre 4 permettent tout d'abord de replacer les évolutions actuelles de l'accès aux médicaments innovants via l'assurance de base en Suisse au regard de leur effet sur le bien-être de l'ensemble de la population. La part des médicaments innovants remboursés de façon régulière via la liste des spécialités est passée de 64 à 50 % depuis 2018, tandis que le délai entre l'autorisation et la décision de remboursement s'est sensiblement allongé. Ces évolutions vont exactement dans la direction que la population suisse rejette le plus fortement, selon les présents résultats.

L'ampleur des pertes de bien-être associées peut être chiffrée, et elle est considérable. Les détériorations de l'accès pèsent plus lourd que les améliorations. Pour une réduction de la disponibilité à 30 %, les personnes interrogées exigent une compensation moyenne de CHF 58 par mois, et de CHF 64 pour un délai de 24 mois. Si les deux détériorations surviennent ensemble, la compensation requise s'élève à CHF 122 par mois.

Ce résultat est particulièrement pertinent au vu de l'évolution du contexte international. Comme exposé à la section 1.1, l'éventuel arrimage des prix américains aux prix pratiqués dans des pays de référence tels que la Suisse renchérit considérablement, pour les fabricants, le coût des concessions de prix consenties à l'OFSP. Les incitations à retenir les demandes de remboursement, voire à renoncer à une commercialisation en Suisse, augmentent en conséquence. De premiers indices que ce mécanisme opère sont déjà disponibles.¹¹ Si cette évolution devait se poursuivre, des pertes de bien-être substantielles sont à attendre sur la base des présentes estimations. Si la disponibilité recule de 50 à 30 % aujourd'hui, les personnes assurées exigent pour cela une compensation moyenne de CHF 58 par mois. Un délai de 24 mois est évalué à CHF 64 par mois.

Les résultats présentés dans ce rapport permettent qui plus est de conclure que les dispositions à payer pour un accès plus large et plus rapide aux médicaments innovants via l'assurance de base sont significativement positives dans l'ensemble des groupes de population étudiés (voir aussi Figure 6). Favoriser un accès rapide aux médicaments innovants via l'assurance de base devrait donc générer de l'utilité pour une large part de la population suisse. Du point de vue de l'utilité, les personnes choisissant la franchise minimale de CHF 300 devraient en profiter le plus fortement. Cela n'a rien de surprenant : le choix d'une franchise basse signale une utilisation attendue élevée des prestations médicales, et qui s'attend à dépendre davantage, à l'avenir, de thérapies innovantes valorise plus fortement leur disponibilité.

¹¹ Cf. Accès aux médicaments innovants: la Suisse continue de stagner derrière l'Allemagne - Interpharma [03.08.2026]

Pour l'appréciation politique, il en résulte qu'une amélioration de l'accès aux médicaments innovants via l'assurance de base profite potentiellement à l'ensemble des assurées et assurés, et non à un seul sous-groupe particulier. La question de savoir si une réforme visant à améliorer l'accès aux médicaments innovants accroît globalement le bien-être dépend toutefois des coûts qu'elle engendre et de la manière dont ces coûts sont financés. Pour le scénario d'un accès complet, avec une disponibilité de 90 % et un remboursement immédiat, la variation compensatoire est estimée à CHF 50 par mois pour l'ensemble de la population. Une réforme élargissant l'accès en conséquence serait donc, du point de vue des personnes assurées, bénéfique pour le bien-être si son coût reste inférieur à environ CHF 50 par personne assurée et par mois. Comme le montre le Tableau 6, ce montant représente un peu plus de la moitié de ce que l'assurance obligatoire des soins dépense chaque mois, par personne assurée, pour les médicaments en 2024. Il représente en même temps environ 14 % de la prime mensuelle moyenne des adultes en 2024.

Tableau 6 : Dispositions à payer et dépenses de l'AOS

Grandeur de référence	Valeur
Total des prestations brutes de l'AOS (2024)	CHF 42.2 md
– dont médicaments	CHF 9.2 md
– dont prix de fabrique nets pour les nouveaux médicaments sous brevet	CHF 3.2 md
Coûts des médicaments pris en charge par l'AOS, par personne assurée et par mois	CHF 85
Coûts nets des nouveaux médicaments innovants par personne assurée et par mois	CHF 37
Prime moyenne de l'assurance de base par mois (adultes, 2024)	CHF 356
Disposition à payer, accès complet, par mois	CHF 50

Source : Interpharma, sur la base de données accessibles au public : Office fédéral de la santé publique (2026), statistique de l'assurance maladie obligatoire ; IQVIA AG (2025) ; Santésuisse et Interpharma (2024), comparaison conjointe des prix à l'étranger, mai 2024.

6 Conclusion

L'accès aux médicaments innovants via l'assurance de base obligatoire s'est progressivement détérioré ces dernières années. La part des médicaments innovants remboursés de façon régulière a diminué, et le délai entre l'autorisation et le remboursement régulier s'est allongé. Savoir si favoriser un remboursement plus rapide et plus large des médicaments innovants en vaut le prix, du point de vue des personnes assurées suisses, n'a en revanche pas pu être évalué jusqu'ici. Il n'existait jusqu'à présent, en Suisse, aucune donnée probante représentative de la population pour évaluer un accès amélioré du point de vue des assurées et assurés suisses. La présente étude comble cette lacune et répond, au moyen d'une expérience de choix discret menée auprès d'un échantillon représentatif, à la question de savoir à combien s'élève la disposition à payer des assurées et assurés suisses pour un accès large et rapide aux médicaments innovants via l'assurance de base obligatoire.

Les résultats font apparaître une disposition à payer substantielle et positive dans l'ensemble des groupes de population étudiés. Pour une augmentation de la disponibilité des médicaments innovants des 50 % actuels à 90 %, les personnes assurées sont prêtes, en moyenne, à payer CHF 33 par mois de primes d'assurance de base supplémentaires, et CHF 17 par mois de plus pour un accès immédiat au lieu du délai actuel. Les détériorations de l'accès pèsent alors nettement plus lourd que des améliorations de même ampleur. Traduite en un scénario de réforme concret, la disposition à payer pour un accès complet, avec une disponibilité de 90 % et un remboursement immédiat, s'élève donc à environ CHF 50 par mois. Ce scénario reflète pour l'essentiel l'accès aux médicaments innovants dans le système de remboursement allemand, où les médicaments innovants sont remboursés immédiatement après leur autorisation et où une part nettement plus élevée des innovations nouvellement autorisées est disponible de façon régulière. Une réforme qui élargirait l'accès aux médicaments innovants en Suisse dans cette mesure serait donc, du point de vue des personnes assurées, source d'un gain net de bien-être, pour autant que son coût supplémentaire pour la personne assurée moyenne reste inférieur à CHF 50.

7 Références

- Becker Karolin, Zweifel Peter (2008). «Age and choice in health insurance: evidence from a discrete choice experiment». *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*. 1(1), pp. 27–40.
- Bridges John F. P., Hauber A. Brett, Marshall Deborah, Lloyd Andrew, Prosser Lisa A., Regier Dean A., Johnson F. Reed, Mauskopf Josephine (2011). «Conjoint Analysis Applications in Health—a Checklist: A Report of the ISPOR Good Research Practices for Conjoint Analysis Task Force». *Value in Health*. 14(3), pp. 403–413.
- Campbell Danny, Erdem Seda (2019). «Including Opt-Out Options in Discrete Choice Experiments: Issues to Consider». *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*. 12(1), pp. 1–14.
- Contrôle fédéral des finances (CDF) (2023). *Audit du processus d'autorisation et de prise en charge des médicaments*. Rapport CDF n° 22608.
- gfs.bern (2025). « Moniteur de la santé 2025 ». Berne.
- Hole Arne Risa (2007). «A Comparison of Approaches to Estimating Confidence Intervals for Willingness to Pay Measures». *Health Economics*. 16(8), pp. 827–840.
- Institut suisse des produits thérapeutiques (swissmedic) (2023). *Autorisations de médicaments à usage humain contenant un nouveau principe actif et d'extensions d'indications : 2022*. Berne.
- Institut suisse des produits thérapeutiques (swissmedic) (2026). *Autorisations de médicaments à usage humain contenant un nouveau principe actif et d'extensions d'indications : Rapport annuel 2025*. Berne.
- IQVIA (2026). «EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2025 Survey». Brüssel: European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations.
- Kahneman Daniel, Tversky Amos (1979). «Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk». *Econometrica*. 47(2), pp. 263–291.
- Kerssens Jan J., Groenewegen Peter P. (2005). «Consumer preferences in social health insurance». *European Journal of Health Economics*, 6(1), pp. 8–15.
- Krinsky Itzhak, Robb A. Leslie (1986). «On Approximating the Statistical Properties of Elasticities». *The Review of Economics and Statistics*. 68(4), pp. 715–719.
- Krinsky Itzhak, Robb A. Leslie (1990). «On Approximating the Statistical Properties of Elasticities: A Correction». *The Review of Economics and Statistics*. 72(1), pp. 189–190.
- Lakdawalla Darius, Malani Anup, Reif Julian (2017). «The insurance value of medical innovation». *Journal of Public Economics*. 145, pp. 94–102.

- Lancsar Emily, Louviere Jordan J. (2006). «Deleting 'irrational' responses from discrete choice experiments: a case of investigating or imposing preferences?». *Health Economics*, 15(8), pp. 797–811.
- Lancsar Emily, Savage Elizabeth (2004). «Deriving welfare measures from discrete choice experiments: inconsistency between current methods and random utility and welfare theory». *Health Economics*. 13(9), pp. 901–907.
- Lara Juan, Kermad Adem, Bujar Magda, McAuslane Neil (2025). R&D Briefing 101: New drug approvals in six major authorities 2015–2024: Trends in an evolving regulatory landscape. Centre for Innovation in Regulatory Science (CIRS), London, UK.
- Leukert-Becker Katharina, Zweifel Peter (2014). «Preferences for health insurance in Germany and the Netherlands – a tale of two countries». *The European Journal of Health Economics*, 16(1), pp. 71–80.
- Lichtenberg Frank R. (2019). «The impact of pharmaceutical innovation on the burden of disease in Canada, 2000–2016». *SSM-Population Health*. 8, 100457.
- Lichtenberg Frank R. (2022). «The effect of pharmaceutical innovation on longevity: Evidence from the US and 26 high-income countries». *Economics & Human Biology*. 46, 101124.
- Louviere Jordan J., Hensher David A., Swait Joffre D. (2000). «Stated Choice Methods: Analysis and Applications». Cambridge University Press.
- McFadden Daniel (1974). «Conditional Logit Analysis of Qualitative Choice Behavior». In: Zarembka Paul (Hrsg.), *Frontiers in Econometrics*. New York: Academic Press, pp. 105–142.
- Neumann-Böhme Sebastian, Sabat Iryna, Brinkmann Claudia, Attema Arthur E., Stargardt Tom, Schreyögg Jonas, Brouwer Werner (2023). «Jumping the queue: Willingness to pay for faster access to COVID-19 vaccines in seven European countries». *Pharmacoeconomics*. 41(10), pp. 1389–1402.
- Nicolet Anna, Perraudin Clémence, Wagner Joël, Gilles Ingrid, Krucien Nicolas, Peytremann-Bridevaux Isabelle, Marti Joachim (2022). «Patient and Public Preferences for Coordinated Care in Switzerland: Development of a Discrete Choice Experiment». *The Patient – Patient-Centered Outcomes Research*. 15(4), pp. 485–496.
- Observatoire suisse de la santé (Obsan) (2024). «Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich». Obsan Bericht 18/2024.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2023). *Fiche d'information – Mesures relatives aux médicaments*. Berne.

- Samuelson William, Zeckhauser Richard (1988). «Status Quo Bias in Decision Making». *Journal of Risk and Uncertainty*. 1(1), pp. 7–59.
- Soekhai Vikas, de Bekker-Grob Esther W., Ellis Alan R., Vass Caroline M. (2018). «Discrete Choice Experiments in Health Economics: Past, Present and Future». *Pharmacoeconomics*. 37, pp. 201–226.
- Train Kenneth E. (2009). *Discrete Choice Methods with Simulation*. University Press, Cambridge.
- Tversky Amos, Kahneman Daniel (1991). «Loss Aversion in Riskless Choice: A Reference-Dependent Model». *The Quarterly Journal of Economics*. 106(4), pp. 1039–1061.
- Wasem Jürgen, Hüer Theresa, Abels Carina (2021). «Gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Sicht auf die (zukünftige) Finanzierbarkeit von Arzneimitteln» In: *Arzneimittel-Kompass 2021: Hochpreisige Arzneimittel – Herausforderung und Perspektiven*. Springer Nature, Berlin, pp. 20–34.

A Annexe études empiriques

A.1 Questionnaire

Introduction et objectif de l'étude

Introduction

Cette enquête est réalisée par YouGov pour le compte de Swiss Economics SE AG. Elle examine la manière dont les assurés suisses évaluent les différentes modalités de l'assurance-maladie obligatoire (assurance de base).

Dans ce qui suit, nous souhaitons connaître vos préférences personnelles concernant différents aspects de l'assurance de base. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Il est important que vous indiquiez vos préférences personnelles de la manière la plus honnête possible. Toutes vos réponses seront traitées de manière totalement anonyme.

Ce sondage prendra environ 7 minutes. Merci de remplir l'intégralité du questionnaire.

Généralités

Q1 Prime

À combien s'élève actuellement votre prime mensuelle d'assurance de base?

Remarque: La prime est le montant mensuel que vous versez à votre caisse d'assurance-maladie, que vous ayez ou non recours à des prestations médicales.

1	Moins de 300 CHF
2	Entre 300 et 349 CHF
3	Entre 350 et 399 CHF
4	Entre 400 et 449 CHF
5	Entre 450 et 499 CHF
6	Entre 500 et 549 CHF
7	Entre 550 et 599 CHF
8	Entre 600 et 649 CHF
9	Plus de 650 CHF
99	Je ne sais pas / pas de réponse

Q2 Franchise

Quelle franchise avez-vous actuellement choisie dans le cadre de votre assurance de base?

Remarque: La franchise correspond au montant que vous devez d'abord payer vous-même en cas de maladie avant que la caisse d'assurance-maladie ne prenne en charge les frais.

1	300 CHF (franchise minimale)
2	500 CHF
3	1'000 CHF
4	1'500 CHF
5	2'000 CHF
6	2'500 CHF (franchise maximale)

99 Je ne sais pas / pas de réponse

Q3 LCA

Avez-vous une assurance complémentaire pour les soins ambulatoires?

Remarque: L'assurance de base ne couvre que certaines prestations prévues par la loi. Une assurance complémentaire ambulatoire peut être souscrite à titre facultatif et prend en charge les frais supplémentaires hors de l'hôpital, notamment ceux liés aux médicaments, aux lunettes ou aux traitements de médecine complémentaire. Cela ne concerne pas les assurances complémentaires d'hospitalisation (p. ex. en semi-privé ou en privé).

1 Oui

2 Non

99 Je ne sais pas / pas de réponse

Explication des attributs de l'étude // DCE

Q4 Médicaments innovants

Dans la partie principale de ce questionnaire, vous devrez choisir à plusieurs reprises entre trois versions de l'assurance de base: la version actuelle (statu quo) et deux alternatives. Ces versions se distinguent par quatre caractéristiques que nous vous expliquons ci-après. Deux de ces caractéristiques concernent les «médicaments innovants». Sont considérés comme innovants les médicaments contenant un nouveau principe actif et pouvant être utilisés pour la première fois dans le traitement d'une maladie.

Caractéristique n° 1: Part des médicaments innovants pris en charge par l'assurance de base

Tous les médicaments innovants ne sont pas pris en charge par l'assurance de base. À l'heure actuelle, environ la moitié des médicaments innovants mis sur le marché depuis 2021 sont pris en charge par l'assurance de base. Cela signifie que l'autre moitié ne peut pas être prise en charge normalement par l'assurance de base.

Caractéristique n° 2: Délai d'accès aux médicaments innovants pris en charge par l'assurance de base

Une fois qu'un médicament innovant a été autorisé en Suisse, il faut généralement compter 7 mois avant qu'il puisse être remboursé normalement par l'assurance de base. Avant cela, la prise en charge des frais n'est possible que dans des cas exceptionnels et sur demande individuelle.

Caractéristique n° 3: Franchise minimale

La franchise minimale correspond au montant minimum que tous les assurés doivent prendre en charge eux-mêmes en cas de maladie avant que l'assurance de base ne prenne le relais. Elle s'élève actuellement à 300 CHF. Les personnes qui le souhaitent peuvent choisir une franchise plus élevée.

Caractéristique n° 4: Modification de la prime d'assurance de base

La prime mensuelle d'assurance de base correspond au montant que vous versez chaque mois au titre de votre assurance de base. Dans les scénarios suivants, la prime est indiquée sous forme de variation mensuelle par rapport à votre prime actuelle (p. ex. -40 CHF ou +80 CHF).

Q5 Exercice conjoint

Avant de passer aux scénarios proprement dits, voici un exercice pratique. À chaque étape de votre choix, trois formules différentes d'assurance de base vous sont proposées:

- Statu quo: les modalités actuelles de l'assurance de base
- Option A et option B: autres formules d'assurance de base

Veuillez lire attentivement le tableau et choisir l'option que vous préféreriez si vous aviez le choix entre ces différentes options.

Remarque: La modification de prime indiquée se rapporte à votre prime mensuelle actuelle d'assurance de base (p. ex. -40 CHF correspond à une économie mensuelle de 40 CHF).

	Statu quo	Option A	Option B
Disponibilité <i>Part des médicaments innovants pris en charge par l'assurance de base (en pourcentage)</i>	50 %	90 %	30 %
Délai <i>Délai entre l'autorisation d'un médicament innovant et son remboursement ordinaire par l'assurance de base (en mois)</i>	7 mois	0 mois	24 mois
Franchise minimale <i>Montant minimal de la franchise annuelle dans l'assurance de base (en CHF)</i>	CHF 300	CHF 400	CHF 600
Variation de la prime <i>Variation de votre prime mensuelle d'assurance de base par rapport au statu quo (en CHF)</i>	CHF 0 (aucun changement)	CHF + 40	CHF - 40
<i>Je choisis</i>	☐ Statu quo	☐ Option A	☐ Option B

Q6 Introduction conjoint

Vous trouverez ci-dessous 12 scénarios de décision. Dans chaque scénario, trois formules différentes de l'assurance de base obligatoire sont décrites. Veuillez choisir l'option que vous préféreriez dans chacun de ces scénarios. Merci de considérer chaque décision indépendamment des autres scénarios.

Q7 Priorisation

Parmi les aspects suivants de l'assurance de base obligatoire, lesquels sont importants pour vous à titre personnel? Veuillez sélectionner toutes les aspects qui s'appliquent.

1	Accès rapide à des médicaments innovants dans le cadre de l'assurance de base
2	Large accès à des médicaments innovants dans le cadre de l'assurance de base
3	Franchise minimale élevée
4	Limitation du montant des primes
99	Aucun des aspects mentionnés

Q8 Priorisation – classement

Veuillez maintenant classer tous les aspects de l'assurance de base obligatoire présentés précédemment par ordre d'importance pour vous. Classez ces aspects de 1 (le plus important) à 4 (le moins important).

Merci de classer chaque aspect, même si certains vous paraissent tout aussi importants ou tout aussi peu importants les uns que les autres.

1	Accès rapide à des médicaments innovants dans le cadre de l'assurance de base
2	Large accès à des médicaments innovants dans le cadre de l'assurance de base
3	Franchise minimale élevée
4	Limitation du montant des primes

Q9 Difficulté

Dans l'ensemble, comment avez-vous trouvé la prise de décisions dans ces scénarios?

1	Très difficile
2	Plutôt difficile
3	Ni facile ni difficile
4	Plutôt facile
5	Très facile
99	Je ne sais pas / pas de réponse

Q10 Compréhension

Dans quelle mesure avez-vous bien compris les quatre caractéristiques de l'assurance de base décrites précédemment?

1	J'ai très bien compris toutes les caractéristiques
2	J'ai compris la plupart des caractéristiques
3	Je n'ai pas bien compris certaines caractéristiques
4	Je n'ai pas du tout compris les caractéristiques.

11 Remarques

Avez-vous des remarques ou des commentaires supplémentaires concernant cette enquête?

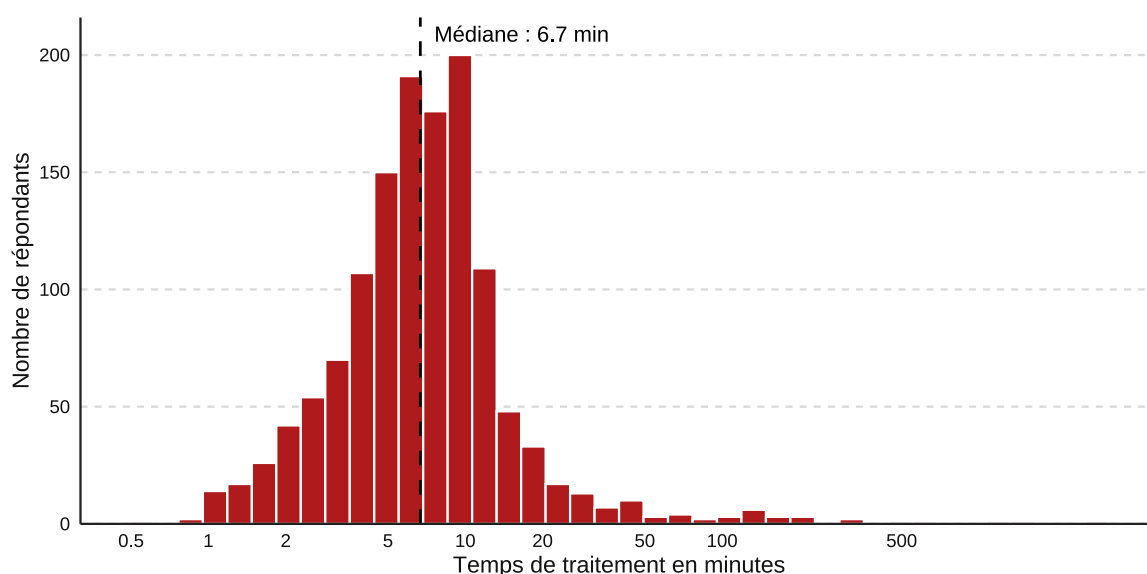
A.2 Comportement de réponse

Cette section vérifie si les choix effectués témoignent d'un traitement attentif des scénarios de décision. Sont évaluées la durée de traitement, la cohérence des choix dans le choice-set répété, ainsi que la compréhension autodéclarée des attributs.

La Figure 8 présente la répartition des temps de traitement. Le temps de traitement médian est de 6.7 minutes. Entre le 10e et le 90e percentile, la fourchette s'étend de 2.6 à 14.8 minutes. 5 personnes ont eu un temps de traitement inférieur à une minute.

Un choice-task identique a été répété dans chaque enquête. La cohérence entre les tâches répétées peut donc être évaluée. 978 personnes, soit 74.2 % des personnes interrogées, ont répondu de façon cohérente aux deux choice-tasks au contenu identique.

Figure 8 : Répartition des temps de traitement

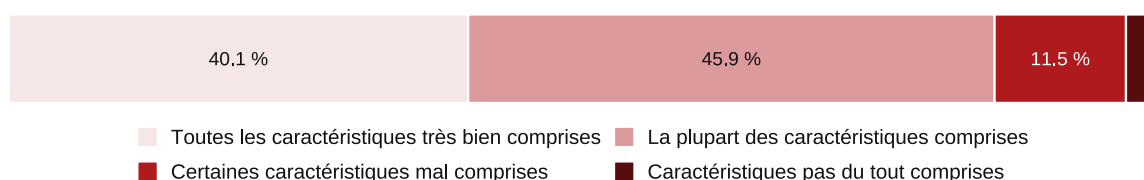


Remarque : taille de l'échantillon = 1'318. Échelle logarithmique pour la durée de traitement en minutes.

Source : Swiss Economics

À l'issue de l'expérience, les personnes interrogées ont été questionnées sur leur compréhension des quatre caractéristiques de l'assurance de base (Figure 9) et sur la difficulté perçue des décisions dans leur ensemble (Figure 10).

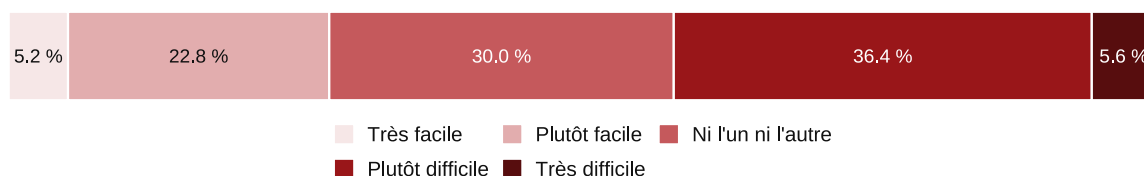
Figure 9 : Compréhension autodéclarée des attributs



Remarque : N = 1'318.

Source : Swiss Economics

Figure 10 : Difficulté perçue des choice-tasks



Remarque : N = 1'295.

Source : Swiss Economics

86.0 % des personnes interrogées indiquent avoir compris tous les attributs ou la plupart d'entre eux. Les décisions elles-mêmes ont en revanche été perçues comme exigeantes : 42.0 % des personnes interrogées qualifient les choice-tasks de plutôt ou très difficiles.

L'analyse de la durée de traitement et de la cohérence des réponses selon la compréhension autodéclarée des attributs fait apparaître deux profils distincts (voir Tableau 7). Les personnes n'ayant pas compris les attributs en général ont traité le questionnaire de façon notablement rapide et ont majoritairement choisi le statu quo. Le taux de cohérence formellement le plus élevé de ce groupe ne doit donc pas être lu comme l'expression de préférences stables, mais comme la conséquence d'un schéma de réponse uniforme. Les personnes n'ayant pas bien compris certains attributs ont, à l'inverse, consacré nettement plus de temps, mais atteignent le taux de cohérence le plus faible de tous les groupes.

Tableau 7 : Comportement de réponse selon la compréhension des attributs

Modalités Q10	N	Part (%)	Durée médiane (min)	Cohérence (%)
J'ai très bien compris toutes les caractéristiques	528	40.1	7.6	76.5
J'ai compris la plupart des caractéristiques	605	45.9	6.4	73.9
Je n'ai pas bien compris certaines caractéristiques	151	11.5	6.1	64.9
Je n'ai pas du tout compris les caractéristiques.	34	2.6	4.0	85.3

Source : Swiss Economics

Dans l'ensemble, le comportement de réponse observé indique que la grande majorité des personnes interrogées a pris l'expérience au sérieux. La durée de traitement correspond aux attentes, la concordance dans le choice-set répété est élevée compte tenu de la complexité relativement importante des choice-tasks, et la compréhension autodéclarée des attributs est également élevée. Les anomalies se limitent à un sous-groupe relativement restreint de personnes qui n'ont pas du tout compris les attributs, ou qui ont terminé l'enquête très rapidement (< 1 minute). L'échantillon a été ajusté en excluant ces personnes. Il en résulte un échantillon principal de 1'279 personnes. Les effets de cette restriction d'échantillon sur les résultats d'estimation sont présentés à la section 4.5 dans le cadre du contrôle de robustesse.

A.3 Échantillon

L'enquête a été réalisée en juillet 2026 au sein du panel de YouGov et comprend 1'318 entretiens entièrement exploitables, menés auprès de personnes âgées de 18 à 79 ans dans les trois grandes régions linguistiques de Suisse.¹² Compte tenu des critères d'exclusion décrits à l'annexe A.2, l'échantillon ajusté comprend au total 1'279 personnes.

Pour la présente question de recherche, la validité externe de l'échantillon revêt une importance centrale. Comme il s'agit d'estimer ici une disposition à payer représentative de la population pour les assurées et assurés suisses, il faut pouvoir démontrer de

¹² Cf. [Panels suisses et gestion des panels de clients](#) [24.03.2026]

façon convaincante que l'échantillon reflète suffisamment bien les caractéristiques pertinentes de la population suisse. À cette fin, les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon sont d'abord comparées aux statistiques de population correspondantes de l'OFS (voir Tableau 8).

Tableau 8 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Caractéristique		Échantillon (N)	Échantillon (%)	Population (%)	Écart (pp)
Sexe	Femme	646	50.5	50.0	+0.6
	Homme	633	49.5	50.0	-0.6
Âge	18–29	190	14.9	17.6	-2.8
	30–39	183	14.3	18.9	-4.6
	40–49	296	23.1	18.3	+4.9
	50–59	251	19.6	18.4	+1.2
	60–69	213	16.7	15.7	+1.0
	70–79	146	11.4	11.1	+0.4
	80+ ans	107	8.4	10.3	-1.9
Formation	Élevée (tertiaire)	608 (487)	51.9 (54.9)	46.2	+5.7
	Moyenne (sec. II)	514 (367)	43.9 (41.4)	39.9	+4.0
	Faible (scol. oblig.)	49 (33)	4.2 (3.7)	13.9	-9.7
	<i>Sans indication</i>	<i>108 (83)</i>	<i>8.4 (8.6)</i>	-	-
Région linguistique	Suisse alémanique	792	61.9	69.9	-8.0
	Suisse romande	270	21.1	26.0	-4.9
	Suisse italienne	217	17.0	4.2	+12.8

Remarque : parts des catégories calculées sur la base des réponses valides. Pour le niveau de formation, les valeurs entre parenthèses indiquent le sous-échantillon comparable des 25-64 ans, la référence SAKE portant sur ce groupe d'âge.

Source : OFS STATPOP (sexe, âge, région linguistique, année 2024), OFS SAKE (niveau de formation, année 2025).

La répartition par sexe de l'échantillon, avec 50.5 % de femmes et 49.5 % d'hommes, correspond presque exactement à la population suisse totale. La structure par âge est elle aussi bien représentée. Les écarts se situent entre -4.6 et +4.9 points de pourcentage, les 30-39 ans étant légèrement sous-représentés et les 40-49 ans légèrement surreprésentés. Pour les groupes d'âge à partir de 60 ans, l'écart est d'un point de pourcentage au maximum. Des écarts plus marqués apparaissent en ce qui concerne le niveau de formation. L'échantillon a formellement un niveau de formation plus élevé que la population suisse totale. La part de personnes titulaires d'un diplôme tertiaire est supérieure de 5.7 points de pourcentage, et la part de personnes n'ayant suivi que la scolarité obligatoire est inférieure de 9.7 points de pourcentage par rapport à la population totale. Il s'agit d'un groupe de population relativement restreint.

La répartition entre régions linguistiques (61.9 % Suisse alémanique, 21.1 % Suisse romande, 17.0 % suisse italienne) résulte des quotas disproportionnés appliqués lors de

l'enquête. La région italophone a été surreprésentée dans l'échantillon afin de permettre des conclusions statistiquement robustes pour cette région linguistique.

Outre les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques relatives au revenu et à l'assurance des personnes interrogées sont particulièrement importantes pour la présente question de recherche, car elles déterminent le contexte financier dans lequel s'inscrivent les variations de prime et de franchise testées dans l'expérience (voir Tableau 9).

Les primes mensuelles d'assurance de base déclarées dans l'échantillon peuvent être comparées à la prime moyenne d'assurance de base publiée par l'OFSP pour la population suisse.¹³ Pour l'année 2026, elle s'élève à CHF 393 par mois pour l'ensemble des assurées et assurés, à CHF 465 pour les adultes à partir de 26 ans et à CHF 326 pour les jeunes adultes entre 19 et 25 ans. La répartition des primes déclarées dans l'échantillon est cohérente avec ces valeurs de référence.

La répartition des franchises dans l'échantillon est, comme attendu, bimodale. 39.9 % des personnes interrogées indiquent la franchise minimale de CHF 300, et 42.9 % la franchise maximale de CHF 2'500, tandis que les paliers intermédiaires représentent ensemble 17.4 %. Ce schéma correspond aux constats de l'OFSP tirés des données individuelles anonymisées de l'assurance-maladie, selon lesquels les franchises intermédiaires de CHF 1'000, 1'500 et 2'000 sont rarement choisies par les adultes, la franchise minimale et la franchise maximale constituant les choix les plus fréquents.

Selon l'enquête sur le budget des ménages de l'OFS, le revenu disponible moyen des ménages privés après dépenses obligatoires s'élevait à CHF 7'186 par mois.¹⁴ Cette valeur de référence se situe dans la tranche de CHF 6'001 à 8'000, qui est la classe la plus fréquente dans l'échantillon (22.2 %). La répartition observée est donc bien compatible avec celle de la population suisse totale.

Dans l'ensemble, l'échantillon reflète très bien la population résidente suisse sur les caractéristiques centrales pour la question de recherche que sont l'âge, le sexe, le niveau de prime et le revenu, et le choix de la franchise reproduit les schémas connus à partir des données individuelles de l'OFSP. La représentation sur-proportionnelle de la Suisse italienne est une caractéristique volontaire du plan d'enquête.

¹³ Cf. Les primes d'assurance-maladie augmentent de 4,4 % en moyenne : la maîtrise des coûts reste une tâche permanente [28.07.2026]

¹⁴ Cf. Enquête sur le budget des ménages: résultats 2023 - GNP Diffusion [28.07.2026]

Tableau 9 : Revenu et caractéristiques d'assurance de l'échantillon

Caractéristique		Échantillon (N)	Échantillon (%)
Revenu du ménage (net, par mois)	Moins de CHF 2'000	28	2.7
	CHF 2'001 – 4'000	107	10.4
	CHF 4'001 – 6'000	181	17.6
	CHF 6'001 – 8'000	229	22.2
	CHF 8'001 – 10'000	187	18.1
	CHF 10'001 – 15'000	188	18.2
	CHF 15'001 – 20'000	70	6.8
	CHF 20'001 – 25'000	22	2.1
	CHF 25'000 ou plus	19	1.8
	<i>Sans indication</i>	<i>248</i>	<i>19.4</i>
Prime mensuelle d'assurance de base	Moins de 300 CHF	68	5.6
	300 – 349 CHF	177	14.7
	350 – 399 CHF	164	13.6
	400 – 449 CHF	219	18.2
	450 – 499 CHF	184	15.3
	500 – 549 CHF	157	13.0
	550 – 599 CHF	87	7.2
	600 – 649 CHF	61	5.1
	650 CHF ou plus	89	7.4
	<i>Sans indication</i>	<i>73</i>	<i>5.7</i>
Franchise	300 CHF (minimum)	501	39.9
	500 CHF	90	7.2
	1'000 CHF	48	3.8
	1'500 CHF	49	3.9
	2'000 CHF	29	2.3
	2'500 CHF (maximum)	538	42.9
	<i>Sans indication</i>	<i>24</i>	<i>1.9</i>
Assurance complémentaire ambulatoire	Oui	924	74.8
	Non	312	25.2
	<i>Sans indication</i>	<i>43</i>	<i>3.4</i>

Remarque : parts des catégories calculées sur la base des réponses valides ; part des « sans indication » calculée sur la base de l'ensemble des personnes interrogées.

Source : Swiss Economics

A.4 Résultats d'estimation empiriques

Tableau 10 : Estimations du logit conditionnel

Variable	Modèle de base	Modèle d'interaction
Effets principaux		
Disponibilité 30% (réf. 50%)	-0.7486*** (0.0476)	-0.3887*** (0.0976)
Disponibilité 90% (réf. 50%)	0.4280*** (0.0376)	0.3125*** (0.0853)
Accès immédiat (réf. 7 mois)	0.2269*** (0.0351)	0.1235 (0.0751)
Délai 24 mois (réf. 7 mois)	-0.8391*** (0.0491)	-0.3817*** (0.0965)
Franchise minimale (CHF au-dessus de 300)	-0.00197*** (0.00015)	-0.00028 (0.00029)
Variation de prime (CHF par mois)	-0.01302*** (0.00051)	-0.00790*** (0.00105)
Constante de statu quo	0.3444*** (0.0453)	0.1444 (0.1026)
Interactions avec dummy 40 à 59 ans		
Disponibilité 30% (réf. 50%)	–	-0.3817*** (0.1141)
Disponibilité 90% (réf. 50%)	–	0.2008** (0.0921)
Accès immédiat (réf. 7 mois)	–	0.0846 (0.0812)
Délai 24 mois (réf. 7 mois)	–	-0.3198*** (0.1114)
Franchise minimale (CHF au-dessus de 300)	–	-0.00074** (0.00035)
Variation de prime (CHF par mois)	–	-0.00741*** (0.00119)
Constante de statu quo	–	0.0398 (0.1093)
Interactions avec dummy 60 à 79 ans		
Disponibilité 30% (réf. 50%)	–	-0.2680** (0.1303)

Variable	Modèle de base	Modèle d'interaction
Disponibilité 90% (réf. 50%)	–	0.0941 (0.1055)
Accès immédiat (réf. 7 mois)	–	0.1719* (0.0982)
Délai 24 mois (réf. 7 mois)	–	-0.4117*** (0.1309)
Franchise minimale (CHF au-dessus de 300)	–	-0.00076* (0.00040)
Variation de prime (CHF par mois)	–	-0.00334*** (0.00127)
Constante de statu quo	–	0.3066** (0.1284)
Interactions avec dummy formation tertiaire		
Disponibilité 30% (réf. 50%)	–	-0.2768*** (0.0988)
Disponibilité 90% (réf. 50%)	–	0.0045 (0.0770)
Accès immédiat (réf. 7 mois)	–	0.0127 (0.0719)
Délai 24 mois (réf. 7 mois)	–	-0.4866*** (0.1019)
Franchise minimale (CHF au-dessus de 300)	–	-0.00011 (0.00030)
Variation de prime (CHF par mois)	–	-0.00584*** (0.00104)
Constante de statu quo	–	-0.1938** (0.0928)
Interactions avec dummy Suisse romande		
Disponibilité 30% (réf. 50%)	–	-0.0161 (0.1233)
Disponibilité 90% (réf. 50%)	–	-0.0201 (0.0923)
Accès immédiat (réf. 7 mois)	–	-0.0139 (0.0887)
Délai 24 mois (réf. 7 mois)	–	-0.1077 (0.1244)

Variable	Modèle de base	Modèle d'interaction
Franchise minimale (CHF au-dessus de 300)	–	-0.00094** (0.00039)
Variation de prime (CHF par mois)	–	-0.00104 (0.00125)
Constante de statu quo	–	0.1449 (0.1127)
Interactions avec dummy Suisse italienne		
Disponibilité 30% (réf. 50%)	–	0.0059 (0.1287)
Disponibilité 90% (réf. 50%)	–	-0.0609 (0.1080)
Accès immédiat (réf. 7 mois)	–	-0.1183 (0.1028)
Délai 24 mois (réf. 7 mois)	–	-0.0222 (0.1408)
Franchise minimale (CHF au-dessus de 300)	–	-0.00038 (0.00041)
Variation de prime (CHF par mois)	–	0.00005 (0.00140)
Constante de statu quo	–	-0.0291 (0.1295)
Interactions avec dummy franchise CHF 300		
Disponibilité 30% (réf. 50%)	–	-0.1516 (0.1104)
Disponibilité 90% (réf. 50%)	–	0.1027 (0.0840)
Accès immédiat (réf. 7 mois)	–	0.1673** (0.0765)
Délai 24 mois (réf. 7 mois)	–	-0.0376 (0.1103)
Franchise minimale (CHF au-dessus de 300)	–	-0.00302*** (0.00035)
Variation de prime (CHF par mois)	–	0.00333*** (0.00103)
Constante de statu quo	–	0.3682*** (0.0998)

Variable	Modèle de base	Modèle d'interaction
Statistiques du modèle		
Paramètres	7	49
Observations (alternatives)	46'044	46'044
Choice-sets	15'348	15'348
Personnes interrogées	1'279	1'279
Pseudo-R ² (McFadden)	0.146	0.181

Remarque : les erreurs-types indiquées sont robustes au niveau des grappes (personnes interrogées, cluster-robust). Niveaux de significativité : *** p < 0.01, ** p < 0.05, * p < 0.10. Le niveau absolu des coefficients n'est pas directement interprétable, car l'échelle de la fonction d'utilité n'est pas identifiée. Seuls les rapports entre les coefficients sont interprétables.

Source : Swiss Economics