TRANSPARENCE DE L'ASSURANCE-MALADIE 17.018

Rapport d'information du Conseil d'État au Grand Conseil
en réponse
à la recommandation Laurent Suter 15.174. « Assurance-maladie : la transparence » initialement déposée sous la forme d'une motion

(Du 29 mai 2017)

Monsieur le président, Mesdames et Messieurs,

RÉSUMÉ

La recommandation 15.174 du député PDC Laurent Suter demande au Conseil d'État de mettre en œuvre les moyens à disposition afin d'obtenir une plus grande transparence de la part des assureurs-maladie, notamment en ce qui concerne leurs coûts et la justification des hausses de prime.

Dans le cadre de la marge de manœuvre étroite que confère la législation fédérale sur l'assurance-maladie et la surveillance de l'assurance-maladie aux cantons, le Conseil d'État a suivi de près la situation et intensifié, dès la procédure d'approbation des primes 2016, le dialogue avec l'Office fédéral de la santé publique et les principaux assureurs-maladie actifs dans le canton.

Cela a permis au gouvernement d'avoir une vision plus claire de la situation des assureurs-maladie et de leurs coûts, mais également d'agir sur l'augmentation des primes 2016.

Cependant, le Conseil d'État relève qu'aujourd'hui, malgré l'entrée en vigueur d'un cadre fédéral plus strict en matière de surveillance des caisses, certaines lacunes liées notamment au pilotage global fédéral des coûts de la santé ont une conséquence indéniable sur la hausse de ces mêmes coûts.

En rappelant l'ensemble du contexte légal dans lequel s'inscrit la surveillance des caisses maladie, et en précisant les actions entreprises en vue d'agir sur les hausses de primes, le Conseil d'État estime avoir répondu à la recommandation 15.174 et propose de la classer.

1. CONTEXTE

En date du 30 septembre 2015, le Grand Conseil a accepté une recommandation 15.174 du député Laurent Suter intitulée «Assurance-maladie : la transparence», dont la teneur est la suivante :

> **15.174**
> 24 septembre 2015
> **Recommandation du député PDC Laurent Suter**
> **« Assurance-maladie : la transparence »**
>
> ***Contenu:***
>
> *Le PDC demande au Conseil d'État d'entreprendre immédiatement toutes démarches pour obtenir des caisses d'assurance-maladie une transparence totale, soit une justification documentée des augmentations et des surcoûts qu'elles entraîneraient.*
>
> ***Développement :***
>
> *Les cantons, et celui de Neuchâtel en particulier, doivent avoir accès aux comptes détaillés des différentes caisses d'assurance-maladie. Un État, quel qu'il soit, ne doit pas être prisonnier d'un carcan et encore moins quand celui-ci touche au bien le plus précieux, la santé. C'est pourquoi le PDC exige la transparence la plus complète de la part des caisses vis-à-vis de l'État ainsi que des citoyens payeurs.*
>
> *Signataire : Laurent Suter*

Il s'agit en préambule de relever que le dépôt de cette recommandation est intervenue à la date à laquelle le chef du Département fédéral de l'intérieur (DFI), Monsieur le Conseiller fédéral Alain Berset, et le directeur de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Monsieur Pascal Strupler ont, comme chaque année à la même période, communiqué les primes de l'assurance obligatoire des soins pour l'année suivante pour toute la Suisse, en l'occurrence l'année 2016. Il ressortait en substance de cette communication qu'en 2016, la prime standard de l'assurance obligatoire des soins augmenterait de 4% en moyenne nationale, ce qui impliquerait pour chaque assuré, des coûts supplémentaires de 16.30 francs par mois. Cependant, cette hausse variant d'un canton à un autre, celle-ci serait comprise entre 2,2% et 8,2%, le canton de Neuchâtel étant celui qui enregistrerait la hausse la plus forte de Suisse, avec 8,2% en moyenne[1].

Cette augmentation très importante pour notre canton s'expliquait pour l'essentiel par la forte hausse des primes annoncée par l'un des assureurs maladie actif dans le canton (13,4% pour les adultes et les jeunes adultes, 34.2% pour les enfants) et qui couvre à lui seul près de 46 % des assurés à Neuchâtel. Il s'agit d'une situation tout à fait particulière sur le plan suisse qui s'explique par différentes raisons, notamment historiquement par une bonne implantation de cet assureur dans le canton, mais aussi par des primes très attractives qu'il proposait et continue de proposer, même si l'écart s'est progressivement réduit en comparaison avec la concurrence.

Le Conseil d' État avait réagi le jour même à cette annonce par un communiqué de presse dénonçant la dérive du système[2]. Celui-ci relevait en substance que les primes

[1] Communiqué du 24.09.2015 de l'Office fédéral de la santé publique https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-58867.html

[2] Communiqué du Conseil d'État du 24.09.2015 « Le Conseil d'État dénonce un système à la dérive » http://www.ne.ch/medias/Pages/150924-primes-assurance-maladie-2016.aspx

connaîtraient en 2016 la plus forte hausse jamais enregistrée dans le canton, avec une progression de la prime moyenne cantonale (PMC) de 8,2% pour un montant mensuel de 458.70 francs, soit une augmentation de 35.20 francs par mois par rapport à la même prime pour 2015. Dans ce communiqué, le gouvernement soulignait également qu'il avait été mis au courant des projections de primes quelques semaines auparavant, et qu'il avait directement réagi fermement en intervenant auprès des autorités fédérales compétentes et de certains assureurs-maladie, en coordination avec d'autres cantons.
Ces démarches ont permis de limiter certaines hausses de primes excessives annoncées, mais aussi au Conseil d'État d'avoir des informations plus précises sur le calcul des hausses, ce dernier étant très opaque (cf. chapitre 5).

Le Conseil d'État avait enfin dénoncé le manque de transparence sur les dépenses réelles des assureurs maladie par canton. Il regrettait également le manque de compétence décisionnelle de l'OFSP, qui ne peut refuser des primes excessives, et appelait à la reprise en main de moyens d'actions concrets par les pouvoir publics pour contenir les hausses, notamment par « *un renforcement des instruments de régulation et de pilotage de l'offre de soins ambulatoires et de la gestion du système d'assurance-maladie (fixation et encaissement des primes, compensation des risques, comptabilité analytique) ».* Il appelait donc à la révision rapide du cadre fédéral pour octroyer ces leviers nécessaires.

Outre le traitement de la recommandation 15.174 adoptée par le Grand Conseil après la publication de ce communiqué, le présent rapport vise à apporter un peu plus de clarté sur le cadre général et légal particulièrement complexe qui régit la surveillance de l'assurance-maladie.

Ainsi, le chapitre 2 revient sur le cadre légal qui régit la surveillance des assureurs-maladie et en particulier l'approbation des primes. Le chapitre 3 détaille la marge de manœuvre des cantons dans ce domaine. Le chapitre 4 revient sur les documents et informations à disposition. Finalement, les démarches concrètes mises en œuvre par le Conseil d'État dans le processus d'approbation des primes 2016 et 2017 font l'objet du chapitre 5.

2. CADRE GÉNÉRAL

2.1 Cadre légal

L'article 117, alinéa 1 de la Constitution fédérale prescrit que la Confédération est compétente pour légiférer dans le domaine de l'assurance-maladie. Cette compétence exclusive de la Confédération est concrétisée par une législation fédérale qui s'est complétée au fil des années. Il s'agit particulièrement de relever ici, puisque c'est l'objet de la recommandation, que de nouvelles normes relatives à la surveillance de l'assurance-maladie sociale sont entrées en vigueur le 1er janvier 2016.

Le dépôt de la recommandation faisant l'objet du présent rapport ayant précédé l'entrée en vigueur de ces nouvelles normes, il paraît important de revenir ici sur l'évolution de ce cadre, sur les problèmes apparus avec l'ancienne législation et les améliorations apportées par les nouvelles dispositions. Cela permettra également de mieux comprendre les démarches entreprises par le Conseil d'État dans ces différents cadres.

2.1.1. Surveillance de l'assurance-maladie dans la LAMal

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal[3]), entrée en vigueur le 1er janvier 1996, est principalement consacrée au financement de l'assurance-maladie. Initialement, elle contenait seulement quelques dispositions concernant la surveillance de l'assurance-maladie. Le législateur estimait alors que les caisses-maladie observaient les prescriptions émises par la Confédération, et ce même en l'absence de bases légales. La question de la surveillance des caisses maladies était donc considérée comme une problématique secondaire.

La pratique a toutefois montré que tous les assureurs n'étaient pas toujours disposés à se conformer aux directives, faute de bases légales et de mesures coercitives appropriées. Partant de ce constat, le législateur a apporté une série de modifications à la LAMal et instauré, dans ce cadre, des sanctions supplémentaires (amendes d'ordre, y compris leur publication) entrées en vigueur le 1er janvier 2001.

De plus, à l'époque de l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, la plupart des assureurs-maladie étaient encore des caisses d'entreprises ou communales. Depuis, le marché de l'assurance-maladie n'a cessé de se développer et a beaucoup évolué. La plupart des caisses-maladie se sont ainsi transformées en sociétés commerciales entrant dans un jeu de concurrence entre les différents acteurs du marché. Certaines caisses se sont également associées en groupes et se sont développées en proposant d'autres services et prestations d'assurance dans d'autres branches que l'assurance-maladie sociale. L'apparition de ces nouvelles structures générant des transactions financières internes entre les entités les composants et la diversification de l'offre ont à la fois rendu nécessaire et complexifié l'activité de surveillance des caisses. La collaboration avec d'autres autorités de surveillance (telle que la FINMA) est également devenue plus importante, notamment pour le contrôle des assurances complémentaires gérées principalement par les mêmes caisses.

Par ailleurs, la situation financière tendue des caisses-maladie a montré que l'activité de surveillance ne reposait pas sur des bases légales suffisantes pour prévenir, voire empêcher la mise en faillite de certains assureurs-maladie au détriment des assurés. De même, le manque de législation appropriée empêchait de sanctionner les caisses et les organes de gestion qui ne se conformaient pas aux prescriptions de l'autorité de surveillance. Ainsi, les cas d'insolvabilité survenus au sein de plusieurs assureurs (par ex : KK Zurzach, KBV, Accorda) dans le courant des années 2000 étaient notamment imputables à l'absence de réglementation en matière de gouvernance d'entreprise.

Les réserves minimales définies en pourcentage des primes, conformément aux dispositions de l'ordonnance en vigueur, ne tenaient par ailleurs plus suffisamment compte des risques encourus. Pourtant, les difficultés financières que rencontraient plusieurs caisses-maladie montraient la nécessité de conserver des réserves minimales appropriées. Il paraissait dès lors nécessaire d'établir des prescriptions en matière de surveillance dans les domaines de la détermination des primes et du placement de la fortune, afin d'assurer la solvabilité à terme des caisses-maladie dans un contexte financier international très instable.

2.1.2. Mandat donné et décision prise par le Conseil fédéral

Au vu des raisons susmentionnées, mais aussi dans le contexte du dépôt de plusieurs interventions parlementaires au plan fédéral et de votations à venir sur la caisse-

[3] RS 832.10

maladie unique, le Conseil fédéral a reconnu la nécessité d'intervenir et de renforcer la surveillance de l'assurance-maladie sociale de manière substantielle.

Si des articles concernant directement ou indirectement les problématiques de surveillance ont bien été intégrés dans la LAMal au fil de révisions (art. 11 à 23, 60 à 66a, 80 à 91, 92 à 94 et 95a) et dans ses ordonnances d'exécution (en particulier l'ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie OAMal[4]), ceux-ci étaient bien souvent en relation avec d'autres thématiques et ne permettaient pas d'avoir une lisibilité complète des normes applicables en l'espèce. Or, il a été considéré que pour remplir sa fonction, l'autorité de surveillance avait besoin de bases légales suffisantes, à savoir des conditions légales claires, complètes et sans ambiguïté ainsi qu'une codification dans une loi spécifique. Le Conseil fédéral était d'avis qu'un acte législatif séparé créerait de la transparence pour les caisses-maladie soumises à la surveillance de l'OFSP et qu'il permettrait à celles-ci de s'appuyer sur cette loi. Par ailleurs, il permettrait aux assureurs de savoir à quelles conditions l'autorité de surveillance serait habilitée à intervenir ou y serait tenue. Enfin, une législation à part entière permettrait à l'autorité d'application de fonder ses mesures sur un instrument clair.

Ces constats ont mené le Conseil fédéral à proposer aux chambres fédérales la création d'une nouvelle loi sur la surveillance de l'assurance maladie sociale (LSAMal[5]).

Il s'agit de préciser que l'OFSP demeure toujours compétent en la matière. Il est doté de pouvoirs d'intervention un peu plus larges en termes de surveillance, mais demeurant toujours limités en termes d'impact direct sur le pilotage global, comme le démontrent les chapitres suivants.

2.1.3. Loi sur la surveillance de l'assurance maladie sociale (LSAMal)

La LSAMal a été adoptée par l'Assemblée fédérale le 26 septembre 2014 et est entrée en vigueur le 1er janvier 2016[6].

L'objectif de cette loi est d'améliorer la protection de l'assurance-maladie sociale et de ses assurés, et de rendre le système plus adaptable aux circonstances. Il s'agit aussi d'améliorer la transparence dans l'assurance-maladie sociale en inscrivant dans la loi les critères d'approbation des primes. Le LSAMal apporte en particulier des améliorations dans les domaines de la sécurité financière, de la gestion d'entreprise des caisses-maladie, des pouvoirs et des compétences de l'autorité de surveillance et des dispositions pénales.

À noter que le principe résultant de la LAMal selon lequel les primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS) doivent couvrir les coûts, s'applique toujours. La nouvelle réglementation permet toutefois aux assureurs d'inclure une partie des rendements du capital dans le calcul des primes. De plus, ils ont la possibilité, à certaines conditions, de réduire leurs réserves excédentaires. Ces deux réglementations leur permettent d'offrir des primes plus basses aux assurés. En outre, en sa qualité d'autorité de surveillance, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) peut contraindre les assureurs-maladie à adapter leurs primes si elles sont jugées trop élevées par rapport aux coûts, ce qui n'était pas le cas auparavant.

[4] RS 832.102

[5] FF 2012 1727 / RS 832.12

[6] RS 832.12

Par ailleurs, la LSAMal impose aux directions d'assurances des exigences plus strictes en matière de gestion d'entreprise. Les membres des organes dirigeants doivent ainsi publier leurs liens d'intérêts et disposer de connaissances spécifiques en matière d'assurances. En outre, les assureurs-maladie sont tenus de publier le montant global des indemnités pour leur conseil d'administration et pour leur organe de direction. Ces nouvelles réglementations induisent une plus grande transparence.

Enfin, afin de préserver les intérêts des assurés, l'autorité de surveillance peut ordonner un plan d'assainissement et charger une personne indépendante de mettre en œuvre des mesures spécifiques auprès d'un assureur.
À noter que la LSAMal durcit les sanctions applicables en cas de violation de la loi : suivant le délit, une amende de 500'000 francs au plus peut être infligée (contre 5'000 francs auparavant).

2.1.4. Processus d'approbation des primes

L'art. 16 LSAMal traite plus particulièrement du processus d'approbation des primes. Il paraît intéressant d'en restituer le contenu ci-après.

Art. 16 Approbation des tarifs de primes

[1] Les tarifs de primes de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance individuelle facultative d'indemnités journalières sont soumis à l'approbation de l'autorité de surveillance. Ils ne peuvent être rendus publics ni être appliqués avant leur approbation.

[2] L'autorité de surveillance vérifie que les tarifs garantissent la solvabilité de l'assureur et les intérêts des assurés au sens de la LAMal[1].

[3] Les primes de l'assureur couvrent les coûts spécifiques des cantons. Le lieu de résidence de l'assuré est déterminant. L'assureur tient compte notamment de la compensation des risques, des variations des provisions ainsi que de la taille et de l'évolution permanente de l'effectif des assurés dans le canton donné.

[4] L'autorité de surveillance n'approuve pas les tarifs lorsque les primes:

a. ne respectent pas les prescriptions légales;
b. ne couvrent pas les coûts au sens de l'al. 3;
c. dépassent de manière inappropriée les coûts au sens de l'al. 3;
d. entraînent des réserves excessives.

[5] Si elle n'approuve pas les tarifs, l'autorité de surveillance ordonne les mesures à prendre.

[6] Avant l'approbation des tarifs, les cantons peuvent donner leur avis aux assureurs et à l'autorité de surveillance sur l'évaluation des coûts pour leur territoire, pour autant que ces échanges ne prolongent pas la procédure d'approbation. Les cantons peuvent obtenir les informations nécessaires auprès des assureurs et de l'autorité de surveillance. Ces informations ne peuvent être rendues publiques ni transmises à des tiers.

[7] Si les tarifs sont approuvés pour une durée de moins d'une année, l'autorité de surveillance exige que l'assureur rende publique avec la publication des tarifs la durée de l'approbation des tarifs

Les dispositions d'exécution concernant l'approbation des primes figurent dans la section 5 de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie (OSAMal[7]), entrée en vigueur le 1er janvier 2016, en même temps que la LSAMal. Les articles 27 à 29 de

[7] RS 832.121

cette ordonnance régissent la procédure relative à la fixation des primes, à la réduction des réserves excessives et à l'approbation des tarifs des primes.

2.2 Compétences et pratique de l'OFSP

Lors de la procédure d'approbation des primes, l'OFSP vérifie principalement que les trois critères suivants sont bien remplis :

- primes couvrant les coûts ;
- sécurité financière des assureurs (réserves) ;
- respect des dispositions légales (réductions pour les franchises, régions de primes).

Chaque printemps, l'OFSP invite les cantons à prendre position sur l'évolution des coûts à charge de l'AOS.

Les assureurs-maladie ont quant à eux jusqu'au mois de juillet pour fixer, sur la base des coûts prévisibles, leurs primes pour l'année suivante et les soumettre pour approbation à l'OFSP. Ils y joignent les données sur les effectifs d'assurés, les extrapolations pour l'année en cours et le budget de l'année suivante.

Une fois ces éléments à disposition, l'OFSP lance la procédure d'approbation. Dans un premier temps, il contrôle les budgets dont procèdent les primes de l'année suivante (en se fondant sur des précisions de coûts, des comparaisons entre assureurs et des valeurs empiriques). Ce faisant, il pondère les facteurs de risques généraux et individuels pour chaque assureur (p.ex. évolution des effectifs d'assurés, structure de risque, évolution des coûts, budgétisation de la compensation des risques et situation financière actuelle) et en tient compte dans son analyse.

L'OFSP procède ensuite à l'examen des primes sur le plan national sur la base de budgets plausibles en vérifiant les trois critères évoqués, dont le détail est repris ci-dessous.

Couverture des coûts : Seules sont approuvées les primes couvrant les coûts, aussi bien sur l'ensemble de la Suisse que dans chacun des cantons du domaine d'activité de l'assureur. Jusqu'à l'approbation des primes 2016, l'OFSP vérifiait la capacité des primes à couvrir les coûts en se fondant sur le taux des prestations nettes et tenant compte des coûts administratifs de chaque assureur pour l'ensemble de la Suisse (appelé aussi taux de coûts nets). Si ce taux était trop élevé, l'OFSP exigeait un relèvement des primes.
Désormais avec la nouvelle législation, pour contrôler la couverture des coûts, l'OFSP procède à l'examen des primes au moyen du « combined ratio » qui décrit la relation entre, d'une part, la charge d'assurance additionnée des frais d'exploitation et, d'autre part, le produit d'assurance.

Solvabilité : Le respect par l'assureur des prescriptions concernant les réserves minimales est d'une importance capitale. Les réserves servent à garantir la solvabilité de l'assureur à long terme. Comme une entreprise ne peut faire faillite que sur l'ensemble de son domaine d'activité, les réserves doivent être disponibles pour l'ensemble de ce périmètre. C'est la raison pour laquelle la LSAMal, à l'instar de la LAMal, ne prévoit aucune base légale relative à des réserves cantonales.
Depuis 2012, le niveau minimal de réserves est déterminé individuellement pour chaque assureur en fonction des risques.

Prescription en matière de rabais : l'OFSP vérifie également que les primes présentées par les assureurs respectent les dispositions légales relatives aux rabais (rabais pour jeunes adultes et enfants, prime minimale, rabais lié à la région, rabais pour suspension

de la couverture accidents, rabais liés aux franchises à option, rabais liés aux autres modèles d'assurance).

L'OFSP approuve les primes présentées qui satisfont aux prescriptions liées aux trois critères évoqués. A défaut, l'OFSP refuse de les approuver et ordonne des mesures. Il peut aussi, dans certains cas, les approuver pour une durée de quelques mois.

Avec l'entrée en vigueur de la LSAMal au 1er janvier 2016, la loi indique dorénavant explicitement les conditions permettant un refus d'approbation des primes par l'OFSP, à savoir si celles-ci dépassent les coûts de manière inappropriée ou entraînent des réserves excessives. Jusqu'à fin 2015, la mention n'était pas si claire et une non-approbation était possible uniquement lorsque les primes ne couvraient pas les coûts ou lorsqu'elles s'opposaient aux prescriptions légales.

3. DOCUMENTS USUELS A DISPOSITION

Les assureurs-maladie, comme l'OFSP, publient une série d'informations sous forme papier et électronique, qui permettent d'exercer une surveillance sur l'assurance-maladie.

3.1 Publications des assureurs-maladie

L'art. 24, al. 1, LSAMal oblige les assureurs-maladie à établir, pour chaque exercice, un rapport de gestion qui se compose du rapport annuel et des comptes annuels sur la base des prescriptions ordinaires du code des obligations, mais également de celles plus spécifiques prévues dans la LAMal et OAMal.

Les assureurs sont tenus de publier le rapport de gestion et de le remettre à l'OFSP jusqu'au 30 avril de l'année suivante. Celui-ci est également remis à toute personne intéressée.

L'art. 31 al.2 OAMal décrit l'ensemble des données qui doivent être mentionnées dans le rapport.

En ce qui concerne les primes, l'art. 7, al. 2, LAMal, stipule que l'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'OFSP au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur. Cette communication intervient lors de la remise d'une nouvelle police d'assurance indiquant la nouvelle prime.

3.2 Publications de l'autorité de surveillance (OFSP)

3.2.1. Données de référence

Selon l'art. 28 OAMal, les assureurs fournissent à l'autorité de surveillance, conjointement à leurs rapports et comptes annuels, des données complètes servant à la surveillance de l'assurance-maladie sociale. L'OFSP les analyse et les adapte en vue d'une publication qui comprend des informations sur les formes d'assurance, les prestations d'assurance et les coûts distingués selon l'âge, le sexe et la région ainsi que selon les catégories de fournisseurs de prestations, d'établissements et de soins.

L'OFSP publie également par assureur une série d'éléments chiffrés concernant l'assurance-maladie sociale, à savoir :

- recettes et dépenses ;
- résultat par assuré ;
- réserves ;
- provisions pour cas d'assurance non liquidés ;
- coûts des soins ;
- compensation des risques ;
- frais d'administration ;
- effectif des assurés ;
- primes ;
- bilan et compte d'exploitation.

3.2.2. Diverses publications

Statistique de l'assurance-maladie obligatoire (Statistique AMal)
Dans le cadre de son activité de surveillance, l'OFSP publie chaque année dans la statistique AMal les données collectées auprès des assureurs, complétées le cas échéant par d'autres sources. Les domaines traités (les assurés et les finances, les prestations et la participation aux coûts, les tarifs de primes, la réduction des primes, les données individuelles par assureur, ainsi que des informations complémentaires en rapport avec la santé) sont présentés sous une forme comparable en permanence.

Données relatives à la surveillance de l'AOS
Chaque été, à l'issue de l'examen et de l'analyse des données livrées par les assureurs-maladie, la publication des données prévues à l'art. 31, al. 2, OAMal et servant à la surveillance est mise à disposition du public. Cette publication comprend les chiffres concernant les recettes et les dépenses, le résultat par assuré, les réserves, les provisions pour cas d'assurance non liquidés, les coûts des soins, la compensation des risques, les frais d'administration, l'effectif des assurés et les primes de tous les assureurs sont présentés clairement, offrant une bonne vue d'ensemble des résultats, de la situation financière et de l'évolution de chaque assureur et de l'AOS en général.

Bilan et compte d'exploitation de chaque assureur
Il est possible de cerner plus précisément encore la situation financière de chaque assureur depuis l'exercice 2005. En vertu de l'art. 31, al. 2, let. j, OAMal, une liste séparée indiquant le bilan et le compte d'exploitation par assureur est mise à disposition du public, dans le cadre de la publication des données servant à la surveillance.

Graphiques commentés de l'AOS
Chaque année, une fois établies les données nécessaires à la surveillance ainsi que les données entrant dans la statistique de l'assurance-maladie, un choix d'analyses statistiques représentatives pour expliquer l'évolution des coûts des années précédentes donnent lieu à la publication de graphiques commentés, à titre d'information aux médias.

Monitorage de l'évolution des coûts dans l'AOS
Depuis janvier 2006, l'OFSP représente l'évolution des coûts dans l'AOS sur Internet, dans le cadre d'un monitorage. Le but de l'opération est d'améliorer la transparence sur l'évolution des coûts dans les groupes de prestations pris en charge par l'AOS et d'informer périodiquement, à l'aide de graphiques et de tableaux, sur l'évolution des frais de soins. Ces analyses offrent une vue détaillée de l'évolution des coûts, en permettant de comparer les dépenses des assureurs par canton et par groupe de prestations. Cette présentation vise non pas à fournir des bases de décision pour la gestion à court terme des coûts, mais à instaurer la transparence parmi les acteurs de la santé et à faire mieux comprendre la structure des coûts et les composantes de l'évolution des coûts, dans l'optique d'une recherche commune d'explications et de mesures susceptibles d'atténuer les coûts ou leur évolution.

Primes approuvées
Suite à l'approbation des primes, l'OFSP publie toutes les primes approuvées, ce qui donne la possibilité à chaque assuré-e de contrôler la prime communiquée par son assureur et de la comparer avec toutes les autres offres de la même catégorie.

Prime moyenne
La prime moyenne remplit différentes fonctions dans le système actuel de l'assurance-maladie sociale. D'une part, la communication des cantons concernant l'augmentation moyenne des primes pour l'année suivante se base sur la prime moyenne calculée par l'OFSP. Après l'avoir communiquée aux cantons, il la rend publique à l'issue de l'approbation des primes, pour offrir un chiffre de comparaison par rapport aux années précédentes. D'autre part, divers autres actes relevant du droit fédéral ou cantonal se fondent sur cette prime moyenne par canton et par région. Tel est notamment le cas des bases pour le calcul des prestations complémentaires, de certaines législations cantonales relatives au droit à la réduction des primes et à ses modalités, et probablement aussi de la future disposition du droit fédéral sur le calcul des contributions fédérales à la réduction des primes dans l'assurance-maladie, dans le cadre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT).

Le calcul de la prime moyenne est effectué prospectivement, sur la base des primes approuvées pour l'année suivante dans l'assurance ordinaire avec couverture d'accident (franchise de 300 francs) et des effectifs affichés l'année précédente par chaque assureur. Si elle peut ainsi s'écarter de l'augmentation de la somme des primes annoncée pour l'année suivante, il s'agit surtout de relever qu'elle ne tient pas du tout compte des modèles particuliers.

À noter que, dans le cas du canton de Neuchâtel, 64%[8] des assuré-e-s ont opté pour des modèles particuliers d'assurance, dont les primes ne correspondent pas aux primes utilisées pour le calcul de la PMC. Dans ce contexte, la référence à cette prime moyenne est très discutable. Or, si cela ne change rien pour les assureurs ou pour l'OFSP, l'impact de cet écart est réel pour certaines charges directement supportées par le canton et sur lesquelles il n'a pas de marge de manœuvre, en particulier dans le domaine des prestations complémentaires.

4. MARGE DE MANŒUVRE DES CANTONS

4.1 Participation des cantons dans le processus d'approbation des primes

Selon l'art. 16, al. 6, LSAMal, les cantons peuvent donner leur avis aux assureurs et à l'autorité de surveillance sur l'évaluation des coûts pour leur territoire avant l'approbation des tarifs de primes par l'OFSP. Cette disposition précise toutefois que la procédure d'approbation ne doit pas être pour autant prolongée. À cet effet, l'OFSP a systématiquement fait parvenir aux cantons, au cours des dernières années, ses propres analyses des données des assureurs. Les cantons ont la possibilité de réclamer aux assureurs les documents officiels sur lesquels l'autorité fédérale se fonde pour approuver les tarifs de primes. Ils peuvent les utiliser uniquement pour élaborer un avis conformément à l'art. 16, al. 6, LSAMal ou pour justifier auprès des assurés les primes approuvées. Il leur est ainsi interdit de transmettre à des tiers les tarifs de primes non approuvés, les primes moyennes ou les budgets correspondants des assureurs.

[8] Statistiques OFSP 5.08.2016

La participation des cantons est sollicitée à double titre et à deux occasions par l'OFSP dans le cadre du processus d'approbation des primes.

Première étape - Pronostic des coûts (mi-mai- à la mi-juin) :
Chaque année, aux environs de la mi-mai, l'OFSP invite les cantons à lui communiquer, dans un délai d'un mois, leurs estimations concernant l'évolution des coûts à charge de l'AOS pour l'année en cours et l'année suivante, ceci indépendamment des assureurs. Ces informations permettent à l'OFSP de vérifier les extrapolations (prévisions) et les budgets cantonaux des assureurs.

À cette fin, l'OFSP adresse aux cantons un questionnaire assez détaillé à remplir et lui retourner jusqu'à la mi-juin portant sur l'évolution des prix (tarifs), du nombre de prestataires et du volume de prestations ainsi que des coûts dans les différents secteurs à charge de l'AOS.

Pour le remplir, les cantons s'appuient sur les informations et données qu'ils ont à leur disposition. Ces données sont, à ce stade de l'année, souvent assez limitées notamment pour tout ce qui concerne l'évolution des prestations du domaine ambulatoire financées par l'AOS (médicaments remis par les pharmaciens et les médecins, prestations ambulatoires à l'hôpital et en cabinet, prestations d'aide et de soins à domicile, physiothérapie, ergothérapies, autres) et de leurs coûts. Les principales informations et données dont disposent les cantons portent sur les prestations et coûts des hôpitaux et des EMS figurant dans les listes cantonales correspondantes.

Sur la base des réponses apportées par les cantons, et dans le cadre d'ateliers sur les prévisions se tenant à la fin juin, l'OFSP et les experts analysent et évaluent la situation dans les cantons et sur le plan national pour évaluer l'évolution des coûts durant l'année en cours et l'année suivante. Les prévisions de l'OFSP se basent donc sur les connaissances des experts, les résultats d'un modèle de pronostics des coûts élaborée par la Haute école des sciences appliquées du canton de Zürich (appelé « modèle WIG ») et sur l'enquête réalisée auprès des cantons.

Seconde étape - Prise de position des cantons (2ème semaine d'août) :
Pour permettre aux cantons d'exercer la faculté qui leur est donnée par l'art. 16, al. 6, LSAMal de donner leur avis sur l'évaluation des coûts pour leur territoire avant l'approbation des primes, l'OFSP leur fournit, lors de la seconde semaine d'août, des évaluations avec les données pour le canton (fichiers comprenant : les comptes de résultats des assureurs, l'effectif détaillé par assureur et l'évolution des primes pour les catégories adultes, jeunes adultes et enfants même si celles-ci ne portent que sur les modèles avec franchise ordinaire et risque accidents). Il leur transmet également une analyse des réserves des assureurs pour toute la Suisse et finalement un formulaire spécial permettant aux cantons de commenter les extrapolations / prévisions de l'année en cours et le budget de l'année suivante ainsi que les primes de l'année des assureurs-maladie de leur choix.

Les cantons disposent d'un délai de moins d'une semaine pour faire parvenir à l'OFSP leur prise de position.

Une séance d'échanges relative aux primes a lieu à la mi–septembre entre l'OFSP et des représentants de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS).

Enfin, les cantons reçoivent de l'OFSP les données sur les primes 24 heures avant la conférence de presse annuelle qu'il tient généralement avec le chef du DFI entre la

dernière semaine de septembre et la première semaine d'octobre et au cours de laquelle les primes de l'année suivante sont annoncées à la population.

4.2. Prise en compte de la position des cantons lors de l'approbation des primes

Lors de l'évaluation des prises de position des cantons, l'OFSP tient compte principalement des remarques concernant l'examen global de la situation cantonale, de l'évolution des coûts et dans une moindre mesure des observations portant sur les primes déposées individuellement par les assureurs.

Les remarques émises par les cantons sur l'évolution des coûts et sur les primes déposées par les assureurs sont ainsi comparées aux propres évaluations de l'OFSP. Par contre, comme l'autorité de surveillance évalue la fixation respective des primes des divers assureurs selon une approche globale (ensemble du rayon d'activité de l'assureur) de leur situation financière ainsi que des possibilités d'adapter concrètement leurs primes, l'examen que chaque canton effectue sur son propre territoire n'apporte rien à ses propres vérifications. En effet, l'OFSP estime qu'un contrôle adéquat des primes ne peut s'effectuer que sur la base d'une vue d'ensemble de la situation financière d'un assureur-maladie sur le plan suisse. Il convient également de rappeler qu'un assureur-maladie répond de ses obligations dans son domaine d'activité sur son propre capital.

5. DÉMARCHES ENTREPRISES PAR LE CONSEIL D'ÉTAT

5.1. Préambule

Selon la législation d'introduction cantonale de la LAMal, le Département de l'économie et de l'action sociale (DEAS) est chargé de l'application de la législation fédérale et cantonale en matière d'assurance-maladie obligatoire des soins. Il veille notamment à ce que les personnes soumises à l'assurance obligatoire soient affiliées auprès d'un assureur et pourvoit à la réduction des primes par les subsides des pouvoirs publics. L'office cantonal de l'assurance maladie (OCAM) est l'autorité d'exécution de ce département et entité chargée de la surveillance de l'assurance-maladie. À noter que cette mission est menée en collaboration étroite avec le service cantonal de la santé publique (SCSP), notamment en ce qui concerne l'élaboration de la prise de position relative aux nouvelles primes.

5.2. Démarches pour les primes 2016

Avant même d'avoir pris connaissance de la recommandation 15.174 et dans le cadre de la procédure d'approbation des primes 2016, le Conseil d'État a entrepris un ensemble de démarches, dans les limites légales imposées et les délais très courts qui lui étaient impartis. Ces démarches ont été menées tant auprès de l'autorité de surveillance (OFSP) qu'auprès d'assureurs et plus particulièrement de la caisse d'assurance-maladie couvrant la plus grande part d'assurés neuchâtelois.

De manière usuelle, en date du 23 juin 2015, le Conseil d'État a répondu de manière détaillée au formulaire transmis par l'OFSP portant sur le pronostic de coûts pour l'année en cours et l'année suivante

Le 7 août 2015, le Conseil d'État a reçu de l'OFSP deux tableaux, l'un faisant état de l'évolution des primes et l'autre de celle des prestations et coûts globaux et par secteurs

de coûts à charge de l'AOS pour 2016, avec un délai d'une dizaine de jours pour émettre un avis.

Les données transmises faisaient état d'une évolution moyenne des primes prévues pour l'ensemble des assureurs-maladie actifs dans le canton de Neuchâtel en 2016 de 9.5% pour les adultes, de 8.9% pour les jeunes adultes et de 15.6% pour les enfants, alors que la hausse moyenne sur le plan suisse annoncée pour les premiers était contenue à 5.4%. Cette situation était imputable pour une bonne partie à l'évolution moyenne de 16.8% des coûts à charge de l'AOS que faisait valoir le principal assureur-maladie du canton et aux primes proposées par cette assureur qui étaient annoncées en augmentation de 18.4% pour les adultes et jeunes adultes et de 40.1% pour les enfants.

Par courrier du 17 août 2015 à l'attention de l'OFSP, le gouvernement neuchâtelois a pris acte des informations reçues et a transmis une prise de position ferme et critique sur les prévisions d'évolution des primes maladie dans le canton pour l'année 2016.
Le Conseil d'État a notamment relevé que les chiffres présentés par la principale caisse - maladie active dans le canton n'étaient pas cohérents au regard des données propres dont il disposait. Ainsi, les chiffres à disposition sur les coûts globaux dans le canton pour l'année en cours et les pronostics de coûts communiqués en juin pour 2016 ne justifiaient en rien l'ampleur des hausses annoncées. Il faisait également valoir le fait que le même assureur avait renoncé à augmenter les primes pour 2013 et 2014 et que la hausse avait été relativement contenue en 2015 (3%). Par ailleurs, l'effectif d'assurés semblait stable et l'état des réserves jugé comme bon. Enfin, cette hausse semblait d'autant moins compréhensible et justifiable au regard des hausses annoncées par la plupart de ses concurrents pour l'année 2017.

Le Conseil d'État a par ailleurs souligné que les chiffres présentés par ce même assureur concernant l'évolution des coûts à charge de l'AOS n'étaient pas transparents et confus dans la mesure où ils n'étaient pas différenciés par centre de coûts (augmentation linéaire de coûts annoncée de 16.8% pour tous les centres de coûts), contrairement à la plupart des autres assureurs. Ce manque de transparence posait problème puisqu'il faussait les chiffres globaux moyens reçus par le canton pour tous les assureurs. De ce fait, cela ne permettait pas de plausibiliser sur une base solide les augmentations annoncées par cet assureur et surtout d'exercer en toute connaissance de cause et de manière sérieuse le droit du canton à se positionner.

Au vu de ce qui précède, le Conseil d'État a informé l'OFSP qu'il allait urgemment organiser une rencontre avec la direction de l'assurance maladie en question afin de lui transmettre directement ses critiques et questionnements. Il a également demandé à l'OFSP de prendre rapidement contact avec l'assureur afin, d'une part, d'obtenir une justification officielle relative aux chiffres transmis mais surtout de revoir à la baisse les augmentations de primes soumises par celui-ci pour 2016 dans le canton de Neuchâtel. Il enjoignait également l'OFSP à exiger de la caisse-maladie qu'elle lui présente, à l'avenir, une communication relative à l'évolution des coûts différenciés par secteur. Enfin, il sollicitait une entrevue de sa part.

Lors d'une rencontre qui s'est tenue le 21 août 2015 entre les chefs du DEAS et du DFS accompagnés de représentants de l'OCAM et du SCSP et la direction de la caisse-maladie, les autorités cantonales ont fait valoir à l'assureur leurs préoccupations et griefs. Elles ont demandé des informations complémentaires et ont sollicité une sensible révision à la baisse des primes proposées pour 2016. Parmi les explications apportées, il a été admis que cet assureur n'avait pas suffisamment répercuté la hausse des coûts sur les primes lors des années antérieures. L'assureur en question a, dès lors, du opérer un rattrapage important sur 2016 dont l'effet se fait encore une fois sentir pour l'année 2017. Malgré ces explications, la délégation cantonale a insisté sur la nécessaire révision de la hausse des primes pour 2016.

Suite à une relance de la part du canton, l'assureur a confirmé, en date du 18 septembre 2015, qu'il avait revu les hausses annoncées, l'augmentation de la prime de référence passant ainsi de 18.4% à 13.4%.

Le 2 septembre 2015, l'OFSP a répondu au courrier - prise de position du Conseil d'État du 17 août. Il y relevait en substance le fait que, sur cette base, il allait examiner très attentivement les propositions de primes pour le canton de Neuchâtel en particulier celles du principal assureur-maladie du canton. Il soulignait cependant que ses moyens d'intervention restaient encore, à ce moment-là, limités, la LSAMal n'entrant en vigueur que le 1er janvier 2016. Ainsi, l'OFSP ne pouvait que suggérer aux assureurs-maladie de baisser des primes qui seraient manifestement excessives, mais ne pouvait les y contraindre faute de base légale suffisante à l'époque pour ce faire. Il donnait également suite à la demande d'entrevue. Celle-ci fut organisée quelques jours plus tard au siège de l'OFSP en présence de représentants de la direction de l'unité principale assurance-maladie et accidents de l'OFSP, le canton étant représenté par les chefs des DEAS et DFS accompagnés des représentants de l'OCAM et du SCSP.

Les démarches menées par le Conseil d'État entre les mois d'août et de septembre 2015 auprès des autorités fédérales et du principal assureur-maladie du canton se sont révélées utiles, puisque les augmentations de primes finalement retenues pour l'année 2016 ont effectivement été moins élevées qu'initialement annoncées. Celles-ci sont, cependant, restées importantes.

5.3. Démarches pour les primes 2017

Considérant le fait que le présent rapport intervient au-delà du terme de la procédure d'approbation des primes 2017, il y a lieu de faire également état des démarches menées par l'État dans le cadre de celle-ci et de leurs résultats.

Afin de tenter d'éviter les problèmes et mauvaises surprises survenus en 2015, une rencontre a été organisée le 18 mai 2016 entre les chefs du DFS et du DEAS ainsi que des représentants de l'OCAM et du SCSP et la direction de celui qui demeure le principal assureur-maladie du canton. Il s'agissait d'obtenir des informations sur les prestations payées durant l'année 2015, sur les tendances pour l'année en cours ainsi que les prévisions pour l'année 2017. Ceci devait permettre de mieux anticiper les annonces de propositions de primes à venir et évaluer les champs d'action possibles. Lors de cette discussion, la caisse a fait état d'une situation financière délicate.

Tout comme les années précédentes, le Conseil d'État a participé à la procédure d'approbation des primes en deux phases pour l'année 2017. Le canton s'étonnait globalement des augmentations de coûts et de primes annoncées pour 2017 pour un certain nombre d'assureurs au regard des données dont il disposait. Malgré les rencontres organisées au printemps, le gouvernement n'a également pu qu'une nouvelle fois déplorer le manque de transparence du principal assureur-maladie qui présentait à nouveau des augmentations non différenciées par secteur de coûts. Enfin et surtout, il a appelé à contenir de manière plus importante les augmentations prévues non seulement pour cette caisse, mais pour certaines caisses dont les primes proposées en 2017 paraissaient surévaluées.

À relever qu'après avoir pris connaissance des différents documents et données transmis par l'OFSP, et avoir pris position, le Conseil d'État a organisé une nouvelle rencontre le 26 août 2017 avec la principale caisse-maladie active dans le canton. À cette occasion, cette dernière a fourni, sous formes orale et écrite, des explications et des justifications quant à l'augmentation de leurs tarifs de primes pour 2017 pour le canton de Neuchâtel. En l'occurrence, celles-ci, de l'ordre de 10%, étaient justifiées pour moitié par une importante hausse des montants dus au titre de la compensation des risques suite à

l'introduction d'un nouveau facteur lié à la consommation de médicaments dans la législation sur l'assurance-maladie au 1er janvier 2016. Cette nouvelle norme pénalise fortement cet assureur au vu de son portefeuille d'assurés. L'autre moitié s'expliquerait par une forte augmentation des coûts constatée depuis le début de l'année 2016.

Le 3 septembre 2017, le chef du DEAS , accompagné de représentants de l'OCAM et du SCSP, s'est déplacé à Berne, auprès de la direction de l'OFSP, afin de faire entendre la voix du Conseil d'État et de demander la limitation des augmentations prévues des tarifs de primes pour 2017 par certaines grandes caisses dans le canton. A cette occasion, l'OFSP a relevé que le cadre légal en vigueur ne lui permettait pas d'exiger des assureurs-maladie dont les réserves n'étaient pas excessives, des augmentations moindres de primes qu'il proposait.

Les démarches se sont révélées moins fructueuses que celles menées l'année précédente. Ainsi l'OFSP n'a pas donné suite, ou alors que de manière très réduite aux revendications exprimées. La principale raison étant que les augmentations de primes prévues sont moins importantes que celles annoncées l'année précédente, mais aussi justifiées par de très fortes évolutions des coûts à charge de l'AOS constatées depuis le début de l'année 2016 dans tous les secteurs du domaine ambulatoire. Ainsi, le monitorage sur l'évolution des coûts totaux bruts à la charge de l'AOS pour les 6 premiers mois de l'année 2016 a fait valoir une hausse moyenne sensiblement plus importante dans le canton de Neuchâtel (+5.4%) que dans la Suisse entière (+4.3%), avec une différence de coûts bruts par assuré de 130 francs, qui se manifestait dans tous les groupes de coûts relevant du domaine ambulatoire. A noter cependant, que dans les domaines dans lesquels le Conseil d'État a un pouvoir d'intervention, les coûts ont soit diminué (c'est le cas pour l'hospitalier stationnaire avec une réduction de près de 10%), soit sont restés stables (EMS).

Il convient aussi de relever qu'avec l'entrée en vigueur de la LSAMal le 1er janvier 2016, qui constitue un premier pas important en termes de renforcement de la surveillance, l'OFSP, dont les compétences ont été élargies, a adopté une approche plus prudente de l'évaluation des risques pesant sur les assureurs. Il est donc plus attentif à la situation des assureurs dont la situation financière, notamment en termes de réserves minimales, est critique, limite, ou à tout le moins pas excessive. En l'occurrence, l'OFSP ne peut légalement pas contraindre un assureur à baisser les primes qu'il lui propose lorsque ses réserves ne dépassent pas de 200% celles, minimales, exigées (plafond au-delà duquel les réserves sont jugées excessives). Plusieurs assureurs-maladie pour lesquels le Conseil d'État demandait une réduction de l'augmentation de primes pour 2017 rentraient dans ce cadre.

6. CONCLUSION

En conclusion, le Conseil d'État tient à relever que, bien que la surveillance de l'assurance-maladie ne relève pas du champ de compétence des cantons, et malgré la marge de manœuvre limitée qui est la sienne pour intervenir dans ce cadre, il fait tout son possible pour obtenir une meilleure transparence des coûts de l'assurance-maladie et défendre les intérêts des assurés neuchâtelois. Il intervient régulièrement auprès de l'autorité fédérale de surveillance, mais aussi des assureurs-maladie, avec quelques succès à la clé.

Il souligne qu'avec l'entrée en vigueur de la LSAMal le 1er janvier 2016, la surveillance et la transparence de l'assurance-maladie se sont globalement améliorées, même si la marge de manœuvre laissée aux assureurs pour la fixation de leurs primes reste très importante et le pouvoir d'intervention de l'OFSP, pour sa part, encore très limité.
Il n'en demeure pas moins que le Conseil d'État est d'avis qu'il existe encore une marge importante d'amélioration dans cette législation. Tout d'abord, dans le cadre de la relation aux réserves. Ainsi, la LSAMal ne considère pas comme excessives les réserves allant jusqu'à 200% des réserves minimales exigées par la loi. De ce fait, elle ne permet pas à l'OFSP d'exiger des baisses de primes des assureurs qui s'inscriraient dans un tel cadre. La mutualisation des réserves de tous les assureurs au sein d'un fonds fédéral éviterait aussi, par exemple, la constitution de réserves excessives liées aux changements de caisse auxquels les assurés sont par ailleurs encouragés.

Par ailleurs, certaines lacunes ont été relevées auprès de la Confédération dans le cadre de la procédure de consultation sur des révisions législatives ou réglementaires.

Ainsi, les cantons n'ont pas accès, à fortiori gratuitement, aux données sur les fournisseurs de prestations que les assureurs doivent communiquer à l'autorité fédérale (mais pas aux cantons), en application de l'article 28b OAMal. L'accès à ces données ne peut ainsi se faire que de manière très limitée, agrégée et tardive dans le cadre du monitorage sur l'évolution des coûts à charge de l'AOS établi par l'OFSP.

S'il existe bien une alternative par l'obtention directe de ces données auprès de l'organisme faîtier des assureurs-maladie, les conditions d'acquisition sont particulièrement onéreuses.

Ce manque de transparence induit une difficulté certaine pour le canton de pouvoir se prononcer en toute connaissance de cause. Cela l'empêche de peser dans le processus d'approbation des primes, mais aussi et surtout sur l'évolution des coûts à charge de l'AOS dans le canton dans le domaine ambulatoire.

Cette évolution des coûts, dont l'ampleur depuis le début de l'année 2016 est difficilement justifiable au regard des besoins sanitaires de la population, est visiblement liée à une augmentation particulièrement importante et inquiétante des prestations fournies dans des domaines qui ne sont pas directement influencés par l'État. En effet, si le Conseil d'État constate une baisse dans les domaines soumis à régulation, il en va tout autrement dans les autres domaines, notamment l'ambulatoire privé, qui eux échappent à tout mécanisme de ce type.

À cet égard, le Conseil d'État tient à relever que différents contacts directs ont été pris ou seront pris avec des acteurs du domaine (principaux assureurs actifs dans le canton, fournisseurs de prestations et/ou leurs organisations faîtières). L'objectif étant d'obtenir des explications plus pointues sur les évolutions à priori « anormales » de prestations et de coûts constatées, d'avoir une meilleure visibilité sur celles-ci à l'avenir, mais aussi et surtout d'examiner avec les acteurs concernés les mesures qui pourraient être prises pour tenter de remédier aux situations les plus problématiques.

Cela dit, le Conseil d'État se doit de souligner que si le canton devait obtenir un nombre sensiblement plus important de données et vouloir espérer peser plus dans le cadre décrit ci-dessus, il lui faudrait alors des ressources spécialisées supplémentaires, difficiles à trouver et coûteuses, pour les traiter et en tirer des informations qui lui permettent de mieux piloter le système ou de prendre les mesures et sanctions qui s'imposeraient contre certains fournisseurs de prestations.

Cependant, comme déjà évoqué lors de la conférence de presse du 24 novembre 2016 relative aux primes 2017[9], ces éléments démontrent surtout la nécessité de mettre en place, au niveau fédéral, des instruments de conduite du système de santé, dans une logique privilégiant la transparence et l'intérêt public.

Le Conseil d'État continuera donc à porter ce message auprès des autorités fédérales ainsi qu'auprès de l'ensemble des acteurs de la santé afin de trouver des solutions concrètes pour éviter que se poursuive dans la même dynamique la hausse des coûts de la santé et des primes, dont le poids, identique quel que soit le niveau de ressources des assurés, devient progressivement insupportable pour une grande partie de la population, respectivement pour les budgets cantonaux qui participent à la réduction des primes pour les assurés de condition modeste.

Au vu de ce qui précède, le Conseil d'État estime avoir donné suite à la recommandation 15.174.

Veuillez agréer, Monsieur le président, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

Neuchâtel, le 29 mai 2017

Au nom du Conseil d'État :

Le président, J-N. KARAKASH

La chancelière, S. DESPLAND

[9] Communiqué du Conseil d'État du 24.11.2016 «Subsides 2017 : priorité à la reconnaissance du travail et à la lutte contre les effets de seuil. » http://www.ne.ch/medias/Pages/161124-Subsides-2017-.aspx