



13^{ème} législature

Question N° :
118204

**de M. Giraud Joël (Socialiste, radical, citoyen et divers gauche -
Hautes-Alpes)**

**Question
écrite**

Ministère interrogé > Budget, comptes publics et réforme de l'État

Ministère attributaire > Budget, comptes publics et réforme de l'État

Rubrique > impôts et taxes

Tête d'analyse > taxe sur les conventions d'assurance

Analyse > assiette. contrats responsables et solidaires

Question publiée au JO le : **20/09/2011** page : **9970**
Réponse publiée au JO le : **21/02/2012** page : **1547**

Texte de la question

M. Joël Giraud attire l'attention de Mme la ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État sur l'annonce par le Gouvernement, le 24 août 2011, d'un nouvel alourdissement, extrêmement conséquent, de la taxation sur les complémentaires santé. Force est de constater que ce secteur a enregistré, ces trois dernières années, un accroissement considérable de la fiscalité pesant sur ses activités. En effet, depuis 2008, les taxes frappant les organismes d'assurance maladie complémentaires ont été multipliées par vingt, passant en valeur absolue de 177 millions à 3,5 milliards d'euros. Il s'ensuit mécaniquement un renchérissement du prix des contrats dont pâtissent en premier lieu les plus fragiles de nos concitoyens, financièrement ou physiquement, contraints de renoncer à toute couverture santé ou à opter pour des dispositifs moins protecteurs. Il faut souligner, d'autre part, que ce processus délibéré de précarisation des mutuelles survient alors même que le Gouvernement ne cesse de les solliciter afin de compenser les reculs de la sécurité sociale. À moyen terme, cette politique risque d'avoir des effets désastreux sur la santé publique dans notre pays. Aussi lui demande-t-il de renoncer à ce nouvel alourdissement de la pression fiscale sur les complémentaires santé, et de faire porter l'effort budgétaire requis sur d'autres secteurs de l'économie pour l'heure totalement exemptés.

Texte de la réponse

Les dispositions prises dans le cadre de la loi de finances pour 2011 et deuxième de la loi de finances rectificative pour 2011 qui ont porté successivement à 3,5 % puis 7 % les taux de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) sur les contrats santé solidaires et responsables s'inscrivent dans la politique du Gouvernement de lutte contre les déficits publics, effort qui est absolument indispensable dans le contexte de la zone euro. Cet effort, qui s'est traduit dans les lois financières et la réforme des retraites, a été poursuivi et amplifié au travers des deux plans de réduction des déficits annoncés par le Premier ministre les 24 août et 7 novembre 2011 qui représentent un effort de réduction des déficits de plus de 115 Md d'ici 2016. L'ensemble des mesures prises constituent un plan global et équilibré mettant à contribution l'ensemble des acteurs économiques et des secteurs d'activité, à la fois par une augmentation des recettes et par la réduction des dépenses.

S'agissant du volet «recettes» des mesures de réduction des déficits, le Gouvernement, plutôt que de procéder à une hausse généralisée des prélèvements qui aurait trop lourdement pesée sur la croissance, a fait le choix d'une revue systématique des dépenses fiscales et des niches sociales afin de réduire les aides publiques en les supprimant sur les dispositifs pour lesquels elles n'apparaissent plus justifiées et en les recentrant sur les dispositifs les plus efficaces. S'agissant plus spécifiquement de la mesure portant le taux de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance de 3,5

% à 7 % (dont le rendement est estimé à 100 M en 2011 et 1,1 Md en année pleine), l'incitation fiscale, qui a pris la forme d'une exonération de TSCA sur les contrats responsables puis d'un taux réduit, a produit son plein effet (plus de 90 % des contrats d'assurance santé satisfont les critères ouvrant droit au label «solidaire et responsable»). Les conséquences de cette situation doivent être tirées en matière de politique fiscale, le maintien de dispositifs dérogatoires ne se justifiant qu'au regard des aspects incitatifs qu'ils peuvent porter. En tout état de cause, un écart est maintenu entre les contrats solidaires et responsables et ceux qui ne le sont pas puisque ces derniers subissent un taux de prélèvement de 9 % (au lieu de 7 %).

Au total, en additionnant le rendement de la taxe des organismes complémentaires (OC), qui vient financer le fonds *couverture maladie universelle* (CMU), et de la TSCA, les prélèvements sur les contrats solidaires et responsables atteindraient 4,1 Md en 2012 contre 725 M en 2008.

Cette augmentation doit toutefois être relativisée : d'abord ces contrats bénéficient toujours d'autres mesures d'exonérations comme par exemple l'exclusion de l'assiette des cotisations employeurs des contributions versées pour les contrats collectifs et obligatoires. Cette exonération entraîne une perte de cotisations sociales estimée à 2 Md. Les cotisations et primes des contrats solidaires et responsables sont aussi exclues de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).

Ensuite, il convient de souligner que le report de la hausse de la taxation des contrats sur les assurés n'a rien d'automatique et que les entreprises d'assurances et les mutuelles peuvent en absorber une partie. Ainsi, les éventuelles hausses de primes sont avant tout une décision des organismes complémentaires qui ne peut être en totalité imputée à la réduction de la dépense fiscale. Certains acteurs ont en effet les moyens de ne pas répercuter la suppression d'une partie de l'avantage fiscal sur leur prix. Certains ont d'ailleurs déjà annoncé qu'ils ne répercuteraient pas la hausse sur leurs tarifs.

Cet effort des organismes complémentaires apparaît légitime à double titre. D'une part, la politique générale de maîtrise des dépenses de santé, que l'on peut mesurer au travers de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie voté chaque année au Parlement, bénéficie également aux organismes complémentaires en contribuant à la maîtrise de leurs coûts. D'autre part, il convient de rappeler que l'accroissement tendanciel de la part des malades en affections de longue durée, dont les soins sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, représente chaque année environ 1 Md d'économie pour les organismes complémentaires.

En ce qui concerne la protection complémentaire des ménages les plus modestes, le Gouvernement a procédé ces dernières années à plusieurs revalorisations importantes des paramètres de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) pour garantir l'accès aux soins du plus grand nombre. Ainsi, les montants de l'aide ont été majorés de manière très importante depuis 2005 (de 75 en 2005 à 200 en 2011 pour les 16-25 ans, de 150 à 350 pour les 50-59 ans et de 250 à 500 pour les plus de 60 ans par exemple). En outre, le plafond de ressources pour bénéficier de cette aide a été augmenté à deux reprises sur la même période et a connu une nouvelle revalorisation à compter du 1er janvier 2012. Il est égal au plafond de ressources de la CMU complémentaire majoré de 35 % (contre 26 % en 2011, 20 % en 2010, 15 % en 2005). Fin 2013, 1 million de personnes devraient bénéficier de ce dispositif auxquels il faut ajouter environ 4,5 millions de bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Ces revalorisations sont accompagnées par deux mesures qui poursuivent le même objectif de garantie de l'accès aux soins :

- d'une part, la *loi de financement de la sécurité sociale* (LFSS) pour 2012 prévoit la définition, par voie conventionnelle, d'un «label ACS», dont les critères d'éligibilité seront définis par une convention conclue entre le fonds CMU, l'Etat et l'union nationale des organismes d'assurance maladie (UNOCAM). Ces contrats devront notamment

s'efforcer d'offrir des prestations adaptées aux personnes dont les ressources sont modestes. L'existence de ce label n'empêchera pas les personnes éligibles à l'ACS de souscrire un contrat n'en bénéficiant pas, et, inversement, des personnes non éligibles à l'ACS pourront souscrire un contrat le revêtant ;

- d'autre part, afin de maximiser le taux de recours à l'ACS, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ont adressé plus de 200 000 courriers ciblés aux bénéficiaires potentiels de l'ACS détectés par les caisses d'assurance vieillesse et les caisses d'allocations familiales.