



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

taxe sur les conventions d'assurance

Question écrite n° 117721

Texte de la question

M. Hervé Féron attire l'attention de Mme la secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé, sur les mesures d'austérité économique souhaitées par le Président de la République et annoncées le 24 août 2011 par le Premier ministre. À l'occasion de sa conférence de presse, le Premier ministre a annoncé une nouvelle augmentation de la taxation des contrats d'assurance maladie complémentaire de 1,1 milliard d'euros en 2012, laquelle fait suite à une hausse de même montant en 2011. Il lui rappelle, comme cela a été fait par de nombreux observateurs, que depuis le début du quinquennat du Président de la République, en tenant compte de cette charge supplémentaire, les taxes frappant les organismes d'assurance-maladie complémentaires auront été multipliées par 20. En valeur absolue, leur montant était de 177 millions en 2008. Il passera à 3,5 milliards d'euros en 2012. Or ce sont les ménages, qui une fois de plus verront augmenter leurs tarifs de cotisations ; ce sont tous nos concitoyens qui vont contribuer à cet impôt, non pas en fonction de leur revenu, mais de leur besoin de santé. Les classes moyennes et populaires ainsi que les familles seront ainsi les plus touchées. Cet alourdissement de la pression fiscale aura parfois pour conséquence de contraindre des malades à renoncer, pour des raisons financières, à une couverture complémentaire santé ou à choisir des garanties moins protectrices. Il lui demande pourquoi le Gouvernement n'a pas tenu compte de ces effets attendus, dont les conséquences sont graves pour les plus modestes de nos concitoyens, puisque c'est l'accès aux soins d'un grand nombre de nos concitoyens qui est directement menacé.

Texte de la réponse

Les dispositions prises dans le cadre de la loi de finances pour 2011 et de la loi de finances rectificative « Grèce » 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 crise des dettes publiques que traversent les pays de la zone euro. Cet effort, qui s'est traduit dans les lois financières pour 2011 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 derniers qui représentent une diminution de l'endettement de plus de 113 milliard d'euros 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 millions d'euros en 2011 et 1,1 milliard d'euros 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 sur les organismes complémentaires, qui vient financer le fonds CMU, et la TSCA, les prélèvements sur les contrats solidaires et responsables atteindraient 4,1 milliards d'euros en 2012 contre 725 millions d'euros 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 milliards d'euros. 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, notamment en se servant dans leurs fonds de réserve. Certains ont d'ailleurs déjà annoncé qu'ils ne répercuteraient pas la hausse sur leurs tarifs. Cet effort des organismes complémentaires apparaît d'ailleurs 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 500 millions d'euros 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 connaîtra une nouvelle revalorisation à compter du 1er janvier 2012. Il sera égal au plafond de ressources de la CMU complémentaire majoré de 30 % (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 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'État 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.

Données clés

Auteur : [M. Hervé Féron](#)

Circonscription : Meurthe-et-Moselle (2^e circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 117721

Rubrique : Impôts et taxes

Ministère interrogé : Santé

Ministère attributaire : Santé

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 13 septembre 2011, page 9721

Réponse publiée le : 1er mai 2012, page 3296