



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

mutuelles

Question écrite n° 92208

Texte de la question

M. Jean-Marc Nesme attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur les remboursements et transferts de charges prévus dans le projet de financement de la sécurité sociale pour 2011 qui risque de mettre en péril les petites mutuelles qui ne pourront puiser dans leurs fonds propres pour faire face aux taxes supplémentaires et assurer le remboursement de leurs adhérents. Il souhaite connaître son sentiment sur cette question.

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 milliards 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. Jean-Marc Nesme](#)

Circonscription : Saône-et-Loire (2^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 92208

Rubrique : Économie sociale

Ministère interrogé : Santé et sports

Ministère attributaire : Travail, emploi et santé

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 2 novembre 2010, page 11909

Réponse publiée le : 13 mars 2012, page 2328