

FLASH ACTUALITÉ



NOUVELLES RÈGLES D'ADHÉSION ET DE FINANCEMENT EN SANTÉ COLLECTIVE Les impacts du décret du 30 décembre 2015



La fin d'année 2015 a fait l'objet d'un rebondissement (attendu) avec la parution au Journal Officiel du 31 décembre 2015 du **décret n°2015-1883 du 30 décembre 2015**.

Ce décret, pris en application des dispositions de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 fixe les modalités pratiques d'application des 2 mesures suivantes :

- Modification dès le 1er janvier des règles applicables aux cas de dispense en créant les **dispenses dites de droit**
- Mise en place d'un financement employeur spécifique pour la couverture frais de santé des salariés à contrat court ou à temps partiel dit « **versement santé** ».

NOUVEAUX CAS DE DISPENSES EN SANTÉ : LES DISPENSES DE DROIT

Jusqu'au 31 décembre 2015, seuls les cas de dispense inclus dans l'acte juridique de mise en place du régime pouvaient être invoqués par les salariés pour leur permettre d'être dispensés d'adhésion au régime collectif et obligatoire frais de santé.

Compte-tenu de l'entrée en vigueur de la généralisation de la complémentaire santé au 1er janvier 2016, et afin d'éviter aux salariés d'être contraints d'adhérer et de cotiser à plusieurs régimes frais de santé, l'article D.911-2 du code de la sécurité sociale issu du décret du 30 décembre 2015, créé des cas de dispense d'**ordre public**.

Ces cas de dispense, applicables **uniquement en frais de santé**, peuvent être invoqués par le salarié **même s'ils ne sont pas intégrés dans l'acte juridique de mise en place du régime**.

On recense **4 cas de dispenses de droit** au bénéfice des salariés suivants :

- Les salariés **bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS**, jusqu'à la cessation des droits,
- Les salariés couverts par une **assurance individuelle frais de santé**, jusqu'à la prochaine échéance annuelle du contrat,
- Les salariés **bénéficiant, y compris en tant qu'ayant-droit, de prestations frais de santé servies au titre d'un autre emploi** en tant que bénéficiaire d'un des dispositifs suivants :
 - › Contrat collectif et obligatoire d'entreprise
 - › Contrat Madelin
 - › Contrat mis en place par une collectivité territoriale avec participation financière de la collectivité
 - › Régime local Alsace-Moselle
 - › Régime complémentaire des IEG
- **Les salariés en CDD ou en contrat de mission inférieur à 3 mois** justifiant d'une couverture individuelle frais de santé souscrite par ailleurs, conforme au cahier des charges des contrats responsables.

Ces cas de dispense d'ordre public peuvent être invoqués par les salariés **à la date de mise en place des garanties ou à l'embauche si elle est postérieure, à l'ouverture des droits pour la CMU-C et l'ACS, ou au moment où le salarié devient bénéficiaire de prestations santé au titre d'une des couvertures citées ci-dessus (contrat collectif et obligatoire, contrat Madelin,...)**.

Les demandes doivent être accompagnées d'un **justificatif ou d'une déclaration sur l'honneur** comme l'admet, par tolérance, la direction de la sécurité sociale dans sa circulaire du 30 décembre 2015.

Ces cas de dispense sont à différencier de ceux issus du décret du 9 janvier 2012 (R.242-1-6 CSS) qui peuvent continuer à être utilisés en santé comme en prévoyance.

SALARIES PRECAIRES : NOUVEAU MODE DE FINANCEMENT DE LEUR COUVERTURE VIA LE CHEQUE SANTE

LES BENEFICIAIRES DU VERSEMENT PATRONAL SANTE SONT LES SALARIES SUIVANTS :

Les salariés en CDD ou en contrat de mission dont la durée de couverture est inférieure à 3 mois, ayant fait jouer le cas de dispense de droit issu de l'article L.911-7 du code de la sécurité sociale (voir précédemment cas de dispense de droit). Les salariés ont le choix d'en faire la demande. **Ils peuvent en bénéficier à condition de justifier d'une couverture santé responsable par ailleurs.**

- **Les salariés en CDD/CDI ou contrat de mission dont la durée du contrat est inférieure ou égale à 3 mois ou inférieure ou égale à 15 heures par semaine si un accord de branche ou un accord collectif d'entreprise le prévoit et à condition de justifier d'une couverture santé responsable.**
- Si le salarié remplit les conditions de durée du contrat et de couverture santé responsable par ailleurs, il est **exclu de facto** du régime collectif de l'entreprise.

Attention, **le cumul avec une autre aide au financement d'une complémentaire santé n'est pas possible**. Par conséquent, les salariés déjà bénéficiaires de l'ACS, de la CMU-C, d'une couverture collective et obligatoire (avec contribution de l'employeur), y compris en tant qu'ayant-droit, ou d'une couverture complémentaire avec participation financière d'une collectivité territoriale, ne peuvent prétendre au versement santé.

Exemple 1 : Un salarié en CDD d'une durée de 2 mois travaille dans une entreprise relevant d'une branche prévoyant la couverture des salariés précaires exclusivement par le biais du « versement santé ». Celui-ci est couvert par ailleurs par un contrat **individuel** responsable.

Conséquences :

Il est exclu de fait de la couverture collective de l'entreprise.

Il PEUT bénéficier du versement santé car il peut justifier d'une couverture santé individuelle responsable par ailleurs.

Exemple 2 : Un salarié en CDD d'une durée de 1 mois travaille dans une entreprise relevant d'une branche prévoyant la couverture des salariés précaires exclusivement par le biais du « versement santé ». Celui-ci est couvert par ailleurs par un contrat **collectif** et obligatoire responsable.

Conséquences :

Il est exclu de fait de la couverture collective de l'entreprise.

Il NE peut PAS bénéficier du versement santé car sa couverture santé responsable par ailleurs est un contrat collectif obligatoire, il ne peut pas cumuler le versement santé avec la contribution patronale d'au moins 50% de la cotisation de son autre couverture.

Exemple 3 : Un salarié à temps partiel de 14h par semaine travaille dans une entreprise relevant d'une branche prévoyant la couverture des salariés précaires exclusivement par le biais du « versement santé ». Celui-ci dispose d'un contrat complémentaire non responsable.

Conséquences :

Il est exclu de fait de la couverture collective de l'entreprise.

Il NE peut PAS bénéficier du versement santé car il ne peut justifier d'une couverture santé responsable.

QUEL EST LE MONTANT DU VERSEMENT SANTÉ ?

Le montant du versement santé est calculé mensuellement par application d'un coefficient de majoration sur un montant de référence.

Le montant de référence correspond pour la période concernée à la contribution que l'employeur aurait versée pour le salarié s'il avait adhéré au régime collectif d'entreprise, proratisé en fonction de la durée de travail du salarié.

$$\frac{\text{Montant de référence}}{\text{montant de la contribution employeur}} \times \frac{\text{nombre d'heures mensualisées}}{151,67}$$

Ce montant ne peut être inférieur à :

- 15€/mois pour les salariés relevant du Régime Général
- 5€/mois pour les salariés relevant du régime Alsace Moselle.

Même si ce n'est pas précisé par le texte, avant majoration, il est probable que le montant de référence ne peut être supérieur à la contribution de l'employeur.

Un **coefficient de majoration** est appliqué au montant de référence. Il est fixé à :

- **105% pour les salariés en CDI**
- **125% pour les salariés en CDD ou contrat de mission.**

Ce coefficient correspond à la participation de l'employeur au financement du dispositif de portabilité auquel le salarié aurait pu prétendre s'il avait adhéré au régime collectif mis en place dans l'entreprise.

Exemple (circulaire DSS Q/R du 29 décembre 2015) :

La contribution forfaitaire versée mensuellement par l'employeur pour chaque salarié est égale à 20€. Le salarié a un contrat de travail à durée déterminée de 15 jours à temps plein (journée de 7h).

Calcul du montant de référence :

$$20 \times ((7 \times 15) / 151,67) = 13,84\text{€}$$

Application du coefficient de majoration : Le coefficient de majoration appliqué est de 125% car le salarié est en CDD.
 $13,84 \times 125\% = 17,30\text{€}$

Le montant du versement santé sera donc de 17,30€.

Les sommes versées au titre du chèque santé sont **exonérées de cotisations sociales et d'impôt sur les sociétés** dans les mêmes conditions que les contributions aux régimes collectifs d'entreprise. S'agissant d'une contribution employeur, le montant du versement santé est **réintégré dans le net imposable du salarié.**

ARLINGTON
SOCIÉTÉ DE COURTAGE D'ASSURANCES

10 RUE DE CHÂTEAUDUN - 75009 PARIS
TÉL : 01 44 18 01 50
WWW.ARLINGTON.FR - INFO@ARLINGTON.FR

RCS PARIS B 380 497 974
SAS AU CAPITAL DE 40.000 €
N° ORIAS 07 000 849 – SITE ORIAS WWW.ORIAS.FR

ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE ET GARANTIE FINANCIÈRE CONFORMES AU CODE DES ASSURANCES