

Un décret vient fixer les dispenses d'adhésion de plein droit à la complémentaire santé et les modalités du "chèque santé"

(Décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015)

Pour rappel, la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 a révisé les modalités de couverture "santé" des salariés précaires, conduisant à redéfinir des dispenses d'adhésion et à créer le "chèque santé" pour les contrats très courts ou à temps très partiel au 1^{er} janvier 2016. C'est en application de cette loi qu'un décret du 30 décembre 2015 dresse la liste des salariés pouvant être dispensés de plein droit, sur simple demande de leur part, d'adhérer à la complémentaire santé obligatoire et collective d'entreprise. Toutefois, pour assurer la généralisation de la complémentaire santé à l'ensemble des salariés au 1^{er} janvier 2016, la loi prévoit pour les salariés en contrat courts (CDD ou contrat de mission) ou ceux à temps très partiel d'obtenir le versement d'une contribution patronale dédiée au financement de leur complémentaire santé individuelle. Le décret du 30 décembre 2015 détaille les modalités de ce "chèque santé".

A noter que ces deux mesures ont fait l'objet d'un document "questions-réponses" réalisé par la Direction de la sécurité sociale, présenté dans ces Informations mensuelles (voir ci-contre).

➤ Dispense de droit d'adhésion à la complémentaire santé

Conformément à l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale, les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident est inférieure à un seuil fixé à trois mois par le décret du 30 décembre 2015. Pour être dispensés, les intéressés doivent justifier qu'ils bénéficient d'une couverture complémentaire santé respectant les conditions du contrat responsable.

En dehors de ce cas de dispense, le décret liste les autres catégories de salariés pouvant se dispenser de l'obligation de couverture "eu égard à la nature et aux caractéristiques de leur contrat ou

au fait qu'ils disposent par ailleurs, d'une couverture complémentaires". Il s'agit en l'espèce des catégories suivantes :

- Les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à la complémentaire santé (ACS). La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.
- Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place du régime collectif et obligatoire ou lors de l'embauche si elle postérieure. La dispense ne s'applique que jusqu'à l'échéance du contrat individuel.
- Les salariés déjà couverts (y compris en tant qu'ayants droit), qui bénéficient, pour les mêmes risques, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :
 - un dispositif collectif et obligatoire,
 - un contrat d'assurance de groupe dit "Madelin",
 - du régime local d'Alsace Moselle,
 - du régime complémentaire de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières),
 - d'une mutuelle "fonctions publiques".

En tout état de cause, les dispenses d'adhésion relèvent toujours du libre choix du salarié. Dans son "questions-réponses", la Direction de la sécurité sociale précise qu'il incombe au salarié de demander à être dispensé de la couverture santé obligatoire. Celui-ci doit déclarer au titre de quelle dispense il effectue sa demande, indiquer son organisme assureur et la date de la fin de son contrat individuel, le cas échéant. A cet effet, un formulaire type à paraître est annoncé par la Direction de la sécurité sociale.

Le décret indique que le salarié demandeur doit justifier être couvert par un contrat d'assurance maladie complémentaire portant sur la période concernée et respectant les conditions du contrat responsable.

L'employeur devra, dans tous les cas, être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

La Direction de la sécurité sociale précise par ailleurs que la généralisation de la complémentaire santé ne remet pas en cause le régime applicable aux conjoints travaillant dans la même entreprise.

On notera ici qu'il ressort de ces nouvelles dispositions que les cas de dispense n'ont plus à figurer dans l'acte fondateur (indiqué à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale) du régime "frais de santé" comme c'était le cas jusqu'à présent.

➤ Chèque santé

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a créé un nouvel article L. 911-7-1 du Code de la sécurité sociale qui prévoit le versement par l'employeur d'une somme "représentative du financement de la complémentaire santé et du mécanisme de la portabilité des garanties de protection sociale complémentaire" pour les salariés précaires (CDD, contrat de mission, contrat à temps très partiel) ayant fait valoir une faculté de dispense. Les modalités de calcul de ce "chèque santé" sont fixées par le décret du 30 décembre 2015, à savoir notamment que le montant du versement est égal à la contribution mensuelle de l'employeur à la complémentaire santé (appelé "montant de référence" correspondant à la contribution que l'employeur aurait versé pour la catégorie à laquelle appartient le salarié) multiplié par un coefficient de :

- 105 % pour les salariés bénéficiant d'un CDI ;
- 125 % pour les salariés bénéficiant d'un CDD ou d'un contrat de mission.

A défaut de montant identifiable, le montant de référence du "chèque santé" est fixé à 15 €, au prorata temporis de la durée du contrat ou du temps de travail (5 € pour les personnes relevant à titre obligatoire du régime d'Alsace-Moselle). Par ailleurs, la Direction de la sécurité sociale précise que lorsque le montant de la contribution de l'employeur est forfaitaire, un coefficient est appliqué sur la part forfaitaire. Celui-ci est égal au produit du montant de la contribution et du nombre d'heures mensualisées rapportées à 151,67 heures sans qu'il ne puisse être inférieur à 15 € (ou 5 €).

La Direction de la sécurité sociale indique que les Urssaf feront, dans un premier temps, preuve de "souplesse et bienveillance" et ne procéderont pas à des régularisations en cas de calculs erronés des contributions versées lors du premier semestre 2016.

Elle précise également le régime social de ce chèque santé : les sommes versées au titre du versement santé sont exonérées de cotisations sociales sous certaines conditions et limites et assujetties en totalité de CSG et CRDS, ainsi

qu'au forfait social au taux de 8 % dans les entreprises d'au moins 11 salariés.

Le décret du 30 décembre indique en outre que l'employeur est dispensé de financer le "chèque santé" si la salarié bénéficie de la CMU-C, de l'ACS ou encore d'une couverture complémentaire donnant lieu à participation financière d'une collectivité publique.

Enfin, s'agissant de la mise en place de ce chèque santé, un accord de branche ou un accord d'entreprise pour-

ront le rendre obligatoire pour les salariés dont la durée du contrat ou la durée de travail est inférieure à des seuils fixés par l'accord, dans la limite de plafonds réglementaires (3 mois en cas de contrats courts et 15 heures par semaine pour les temps partiels).

A noter que jusqu'au 31 décembre 2016, l'employeur pourra, par décision unilatérale, assurer la couverture en matière de remboursement complémentaire santé des salariés précaires, via un "chèque santé". ■

Régime social

Complémentaire Santé : "questions / réponses" de la DDS

Dans un "questions-réponses", la Direction de la sécurité sociale (DSS) apporte des précisions quant aux contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de santé.

L'Administration revient notamment sur les clauses d'ancienneté, l'obligation de financement patronal et le bénéfice de la période transitoires des contrats responsables.

Pour rappel, depuis le 1^{er} janvier 2016, tout employeur doit assurer à l'ensemble de ses salariés une couverture complémentaire santé minimale. Afin que les contributions patronales finançant cette couverture bénéficient d'un régime social et fiscal de faveur, le contrat conclu avec l'organisme assureur doit être obligatoire (sauf cas de dispenses), couvrir l'ensemble des salariés (ou une catégorie objective d'entre eux), et répondre aux critères du contrat responsable. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a modifié certains éléments et notamment l'obligation de financement patronal à hauteur de 50 %.

Le "questions-réponses" du 29 décembre 2015 apporte ainsi des précisions en la matière en plus de celles évoquées dans l'article ci-dessus des Informations Mensuelles (questions-réponse découpé en 4 parties :

1) *le caractère collectif et obligatoire du régime*, 2) *le financement du régime*, 3) *le régime transitoire*, 4) *le versement santé*)

➤ Le caractère collectif et obligatoire du régime

Clause d'ancienneté

Pour rappel, l'Acof avait indiqué dans une lettre circulaire relative aux caractères collectifs et obligatoire des garanties du 12 août 2015 (n° 2015-045) que, dans le cadre de la généralisation au 1^{er} janvier 2016, aucun salarié ne peut être exclu d'une couverture santé au titre d'une clause d'ancienneté d'un contrat.

Dans son questions-réponse du 29 décembre 2015, la DSS indique que si un acte juridique instituant une couverture collective obligatoire en santé, conclu avant le 1^{er} janvier 2016, prévoit une clause d'ancienneté (dans la limite de six mois), cette clause ne pourrait être retenue comme un motif de redressement de la part des URSSAF. De la même façon, elle précise que la vérification du respect de l'obligation légale d'un financement minimal par l'employeur de l'ensemble de la couverture collective à caractère obligatoire ne relève pas de l'URSSAF.

➤ Le financement du régime

La DSS rappelle que la loi mentionne que *"l'employeur assure au minimum la moitié du financement de la couverture collective à adhésion obligatoire des salariés en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident"*, et précise donc que si la participation du comité d'entreprise peut venir en déduction de la part salariale, l'employeur doit assurer un financement minimal de 50 % de l'ensemble de la couverture collective à adhésion

obligatoire. En d'autres termes, la participation du comité d'entreprise ne peut pas venir en déduction du financement de la part patronale.

Par ailleurs, elle indique que l'employeur doit s'engager à hauteur de 50 % de la cotisation famille lorsqu'il impose la couverture obligatoire des ayants droit et que ces derniers sont couverts dans le contrat obligatoire et collectif de l'entreprise. Comme indiqué précédemment, l'administration précise que la vérification du respect de cette obligation d'un financement minimale par l'employeur ne relève pas de l'URSSAF.

➤ Le régime transitoire

Pour mémoire, la loi de financement rectificative de la sécurité sociale du 8 août 2014 a ouvert une période transitoire pour mettre en œuvre les nouvelles conditions des contrats responsables. Il apparaît que les contrats collectifs à adhésion obligatoire, dont l'acte juridique a été signé avant le 19 novembre 2014, continue d'ouvrir droit au bénéfice du régime de faveur selon les anciens critères jusqu'à l'entrée en vigueur de la prochaine modification de ces actes, et en principe au plus tard le 31 décembre 2017.

La DSS précise que les modifications de l'acte juridique ne portant pas sur les garanties ne font pas perdre le bénéfice de la période transitoire.

De même, la mise en œuvre du financement 50/50, la suppression des clauses d'ancienneté ou de l'organisme désigné ne remettent pas en cause le bénéfice de la période transitoire. ■