



Le Premium
131 Boulevard Stalingrad
69624 Villeurbanne cedex

Tél. : +33 (0)4 26 84 67 67
Fax : +33 (0)4 26 84 67 60

www.renaud-avocats.com

#48

La complémentaire santé dans la Loi de financement de la sécurité sociale - Partie 1

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 (L. n° 2015-1702 du 21/12/2015) comporte des mesures en matière de complémentaire santé apportant des ajustements ayant une portée pratique notable.

- Financement patronal de 50 %

La loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 a prévu l'instauration, pour toutes les entreprises, d'une couverture complémentaire santé collective obligatoire minimale (« panier de soins minimal »).

Elle a également introduit l'obligation pour l'employeur d'assurer au minimum la moitié du financement de « cette couverture ».

Un débat s'était ouvert sur le niveau de prise en charge obligatoire : s'agissait-il de 50 % du niveau actuel de cotisations appliqué dans l'entreprise ou seulement 50 % des cotisations correspondant à la seule couverture minimale obligatoire.

Le législateur clôt ce débat en réécrivant l'article 911-7 pour prévoir désormais que l'employeur finance 50% de la couverture collective obligatoire des salariés mise en place au sein de l'entreprise, même si elle est supérieure au panier de soins minimal.

Les employeurs ayant mis en place un régime finançant uniquement 50% du panier de soins minimal sont ainsi invités à revoir leur financement.

- Dispense d'adhésion

Certaines catégories de salariés, définies aux articles D. 911-2 et R. 242-1-6 CSS, peuvent être dispensés de l'obligation d'affiliation au régime de complémentaire santé, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du régime et partant, le bénéfice de l'exclusion d'assiette.

La LFSS complète la liste en prévoyant un nouveau cas de dispense d'adhésion pour les salariés en CDD ou contrat de mission dont la durée de couverture collective obligatoire est inférieure à 3 mois et pouvant justifier d'être couverts par un contrat conforme aux contrats responsables.

Cette dispense est « de droit », n'ayant pas à figurer dans l'acte instituant le régime.

La LFSS a également prévu la transformation en dispense de droit de certains cas de dispenses qui n'étaient utilisables que s'ils étaient expressément visés par l'accord collectif ou la décision unilatérale mettant en place le régime.

Il s'agit notamment des salariés déjà couverts par une assurance individuelle de frais de santé lors de la mise en place du régime, des salariés bénéficiaires de la CMU complémentaire, d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, ou de prestations servies au titre d'un régime spécifique (Alsace-Moselle, mutuelle des agents de l'Etat, CAMIEG,...).

Voici une simplification bienvenue.



Le Premium
131 Boulevard Stalingrad
69624 Villeurbanne cedex

Tél. : +33 (0)4 26 84 67 67
Fax : +33 (0)4 26 84 67 60

www.renaud-avocats.com

#48

La complémentaire santé dans la Loi de financement de la sécurité sociale - Partie 2

- Le « versement santé »

Le versement santé permet à certains salariés d'obtenir une participation financière de leur employeur à la couverture santé qu'ils souscrivent à titre individuel.

Le versement santé concerne les salariés dit « précaires », c'est-à-dire sous CDD/contrat de mission d'intérim dont la durée est inférieure ou égale à 3 mois ou ceux dont la durée effective du travail est inférieure ou égale à 15 heures hebdomadaires.

Un accord de branche et, sous certaines conditions, un accord d'entreprise ou l'employeur devra avoir prévu cette possibilité de substituer, pour les salariés précités, le versement santé à la couverture collective obligatoire.

Ce versement sera toutefois de droit pour les salariés ayant fait valoir la faculté de dispense d'affiliation en raison de la durée insuffisante de la couverture obligatoire (Cf. *flash info* #48).

Pour bénéficier de ce versement santé, le salarié devra en outre justifier qu'il est couvert par un contrat d'assurance maladie complémentaire respectant les exigences des contrats responsables.

Le montant du versement sera calculé mensuellement sur la base d'un montant de référence correspondant à la contribution de l'employeur au financement de la couverture collective et obligatoire pour la catégorie à laquelle appartient le salarié (des règles

particulières sont prévues si la détermination de cette contribution est impossible).

Le montant de référence devra en outre être majoré d'un coefficient « portabilité » fixé à 105% pour les salariés en CDI et 125% pour les salariés en CDD.

Ce versement bénéficiera du même régime d'exonération que la contribution de l'employeur à la couverture obligatoire.

- Modulation des redressements

La LFSS prévoit que les redressements concernant les manquements de l'employeur au caractère collectif et obligatoire du régime « frais de santé » seront désormais proportionnés à la gravité de l'erreur constatée.

Jusqu'ici, lorsque le régime ne répondait pas aux conditions fixées par la loi, l'ensemble des contributions employeur étaient réintégrées dans l'assiette de cotisations.

Désormais, sauf méconnaissance d'une particulière gravité, les redressements seront opérés sur la base des seuls versements correspondant aux salariés qui auraient dû être inclus au régime et en fonction de la nature du non-respect des règles (1,5 fois en cas de dispenses (ou tout autre document utiles à l'appréciation du caractère collectif et obligatoire) non produites et 3 fois dans les autres cas).

Compte tenu de la complexité des règles et conditions d'exonération, cet effort est à saluer.