

L'instant clé

La lettre d'information - Contrat Collectif Santé

Repères et Fonctionnement



SOMMAIRE

p.2 et 3 - Repères

- > Contrat collectif santé : les principes de financement.
- > Précisions sur les dispenses d'affiliation.

p.4 - Comprendre

Le versement santé.

08/07/2016

Contrat collectif santé : les principes de financement



Les obligations de l'entreprise

La loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2016 précise l'obligation de prise en charge par l'employeur d'une partie des cotisations liées au contrat santé collectif de son entreprise. La Direction de la Sécurité sociale indique 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* ». Il est donc admis que l'employeur doit financer au minimum 50 % des cotisations, voire davantage s'il le décide. Le solde restant est à la charge du salarié.

Les contributions de l'employeur au contrat santé collectif doivent avoir un taux ou un montant uniforme pour l'ensemble des salariés ou pour tous les salariés d'une même catégorie professionnelle.

Le contrat santé collectif peut également proposer aux salariés une option : en y adhérant, ils peuvent améliorer la prise en charge de certaines dépenses de santé. Cette option est souvent entièrement à la charge du salarié.

La participation du Comité d'entreprise

S'il est admis que le financement du Comité d'entreprise soit assimilé à une contribution de l'employeur au sens de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale, il n'en va pas de même pour l'obligation des 50 %.

Celle-ci est une obligation pesant uniquement sur l'employeur.

Le Comité d'entreprise peut participer au financement du contrat collectif en déduction de la participation du salarié.

Les salariés à faible revenu

Par exception, l'employeur peut, s'il le souhaite ou si un accord de branche lui impose, prendre en charge l'intégralité des contributions des salariés à temps partiel ou des apprentis dès lors que l'absence d'une telle prise en charge conduirait ses salariés à s'acquitter d'une contribution au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Le saviez-vous ?

Les accords négociés par les branches professionnelles peuvent prendre des engagements plus importants que ceux imposés par la loi. Ce sont alors eux qui s'imposent. Ainsi, un accord de branche instaurant une couverture santé peut imposer à l'employeur une prise en charge supérieure à 50 %.



Aucun salarié adhérant à la complémentaire santé d'entreprise ne peut refuser de participer au financement du contrat, sauf mise en œuvre d'une dispense d'affiliation légalement ou conventionnellement prévue. Les salariés peuvent donc se voir imposer une part de cotisation dont le taux ou le montant dépend de la part acquittée par l'employeur.



Précisions sur les dispenses d'affiliation

Qui est concerné ?

La généralisation de la complémentaire santé doit permettre à tous les salariés d'accéder à une couverture complémentaire. Les salariés qui ne souhaitent pas en bénéficier peuvent la refuser s'ils remplissent l'un des cas de dispenses, prévus par la loi ou dans l'acte instituant le régime frais de santé.

Les dispenses d'affiliation ne remettent pas en cause les exonérations sociales et fiscales du régime de l'entreprise.

Cas de dispense de droit

Ces cas de dispense sont invocables par le salarié, même si l'acte de mise en place ne les prévoit pas. Sont concernés :

- ▶ Les salariés titulaires d'un CDD ou contrat de mission dont la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire est inférieure à 3 mois et qui justifient par ailleurs d'une couverture frais de santé responsable ;
- ▶ les salariés employés avant la mise en place d'une couverture complémentaire santé par DUE (Décision Unilatérale de l'Employeur), s'il leur est demandé de participer à la cotisation ;
- ▶ les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C ;
- ▶ les salariés bénéficiaires d'un contrat individuel frais de santé, jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- ▶ les salariés bénéficiaires de prestations y compris en tant qu'ayant droit d'un contrat collectif et obligatoire, Madelin, régime local, CAMIEG, agents publics ou collectivités territoriales.

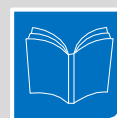
Le décret encadre les moments où le salarié peut demander à bénéficier de la dispense d'affiliation de droit. La demande peut être faite au moment de l'embauche ou lors de la mise en place des garanties.

Elle peut également intervenir à la date à laquelle prennent effet les bénéfices de la CMU-C, de l'ACS ou de la couverture frais de santé du conjoint avec laquelle le salarié bénéficie, des mêmes garanties, y compris en tant qu'ayant droit.

Cas de dispense simple

Ces cas de dispense doivent être prévus par l'acte de mise en place pour être valables. Sont concernés :

- ▶ les salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour la même garantie ;
- ▶ les salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- ▶ les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération.



A savoir

Les dispenses d'affiliation relèvent du libre choix du salarié. L'employeur doit donc porter à sa connaissance les conséquences pour le salarié de ne pas être affilié au régime.



Cas particulier : les conjoints salariés de la même entreprise

Si la couverture de l'ayant droit est obligatoire, l'un des deux membres du couple doit être affilié en propre, l'autre pouvant l'être en tant qu'ayant droit. Si la couverture de l'ayant droit est facultative, les salariés ont le choix de s'affilier ensemble ou séparément.

LE VERSEMENT SANTÉ

Une aide financière individuelle

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la généralisation de la complémentaire santé est mise en place dans le but de protéger tous les salariés. Cependant, certaines personnes sont dispensées du contrat collectif de leur entreprise. Si elles remplissent les conditions imposées, elles peuvent percevoir un versement santé de la part de leur employeur, c'est-à-dire une contribution financière pour financer leur couverture santé individuelle.

Ce financement se substitue à la participation de l'employeur pour le régime obligatoire mais bénéficie du même traitement social et fiscal.

13 %

des salariés sont en contrats précaires* et susceptibles d'être concernés par ce dispositif.

*Source : édition 2014 de « *Emploi et salaires* » - Insee

Le versement santé peut être :

Demandé par les salariés :

- dont la durée d'affiliation au régime est inférieure à 3 mois. Cette durée s'apprécie à compter de la date de prise d'effet du contrat de travail et sans prise en compte de la période de portabilité,
- qui justifient de la souscription d'une couverture santé individuelle responsable,
- et qui ont fait valoir à ce titre une dispense d'affiliation au régime collectif et obligatoire de leur entreprise.

Prévu par l'accord de branche ou d'entreprise

- pour les salariés dont la durée du contrat de travail ou du contrat de mission est inférieure ou égale à 3 mois,
- pour les salariés dont la durée effective du travail est inférieure ou égale à 15 heures par semaine.

Dans tous les cas, les salariés doivent justifier du bénéfice d'un contrat frais de santé individuel.

> Montant mensuel du versement santé

Montant de référence

Il s'agit de la contribution mensuelle de l'employeur au financement de la couverture santé collective et obligatoire des salariés.

Il est au minimum de 15 € pour le régime général, 5 € pour le régime Alsace-Moselle.

x

Coefficient de majoration

Il sert à compenser l'absence de portabilité dans les contrats individuels et s'élève à :

- 105 % du montant de référence pour les salariés en CDI,
- 125 % du montant de référence pour les salariés en CDD ou les contrats de mission.

Exemple : Jeanne a signé un CDD de deux mois à temps plein.

Le montant de référence, c'est-à-dire la participation mensuelle de l'employeur au régime collectif, est de 25 €.

Elle est en CDD, son coefficient de majoration est donc de 125 %.

Chaque mois, elle touche donc un versement santé de :

$$25 \text{ €} \times 125 \% = 31,25 \text{ €}$$

Règle de non-cumul

Le salarié ne peut pas bénéficier dans le même temps du versement santé et de la couverture Maladie Univer- selle Complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). L'affiliation à un autre

contrat collectif et obligatoire (y compris en tant qu'ayant droit) ou à tout autre contrat donnant lieu au versement d'une participation par une collectivité publique (contrats labellisés de la fonction publique territoriale ou référencés de la fonction publique d'État) interdisent également l'accès à ce dispositif.