

# Présentation de l'article 34 de la LFSS pour 2016 et de son décret d'application

L'article 34 permet de répondre à deux types de problématiques rencontrées lors de la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé instituée par la loi relative à la sécurisation de l'emploi.

Il s'agit d'une part, de créer un nouveau dispositif alternatif à la couverture collective obligatoire pour certains salariés à contrat court ou à temps partiel : « le versement santé » et d'autre part, de préciser les dispenses que peut faire valoir le salarié pour ne pas être obligatoirement couvert par la couverture collective mise en place par son entreprise.

## 1/ Instauration d'un nouveau dispositif alternatif à la participation de l'employeur au financement d'une couverture collective obligatoire : le versement santé

L'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale créé par l'article 34 de la LFSS prévoit que certains salariés peuvent obtenir de la part de leur employeur un financement (dit « versement santé ») afin de participer à la prise en charge de la couverture santé qu'ils auront souscrite à titre individuel.

Pour bénéficier du versement, le salarié devra avoir souscrit un contrat « responsable » qui ne bénéficie pas déjà d'un financement public (CMU complémentaire ou aide à la couverture santé). Il ne doit pas non plus s'agir d'une couverture collective mise en place par un autre employeur, y compris en tant qu'ayant droit.

### 1.1 Champ d'application du versement santé

Le versement santé peut intervenir dans trois cas de figure.

- **A l'initiative des partenaires sociaux**

Les partenaires sociaux peuvent prévoir que certains salariés ne relèvent pas du champ d'application du régime complémentaire santé collectif mis en place à titre obligatoire mais du versement santé.

Peuvent être concernés les salariés suivants :

- Salariés en CDD < 3 mois ;
- Salariés dont la durée de travail < 15 heures par semaine ;
- Salariés en contrat de mission < 3 mois.

Cette modalité de couverture doit être instaurée :

- par accord collectif de branche ;
- par accord d'entreprise si l'accord de branche le permet ou s'il n'existe pas d'accord de branche.

- **Par décision unilatérale de l'employeur au titre de l'année 2016**

Par exception, les employeurs auront la possibilité de décider par décision unilatérale de l'employeur, et pour l'année 2016 seulement, de mettre en place le versement santé en l'absence de couverture complémentaire santé obligatoire mise en place pour ces salariés.

- **A l'initiative du salarié**

Les salariés en CDD inférieur à 3 mois ou en contrat de mission inférieur à 3 mois pourront, à leur initiative, demander à être dispensés de la couverture collective obligatoire proposée par leur employeur et à bénéficier en contrepartie du versement santé. Ils doivent justifier bénéficier d'une couverture santé individuelle.

Ces salariés auront donc le choix : souscrire à la couverture complémentaire santé proposée par leur employeur ou bien demander à en être dispensés au bénéfice du versement santé.

Toutefois, cette possibilité n'est pas ouverte à ces salariés si la couverture collective obligatoire dont ils vont bénéficier est au moins de 3 mois, quelle que soit la durée de leur contrat (Cf. 2.2).

## **1.2 Modalités de calcul du versement santé**

Un montant de référence est calculé mensuellement.

Ce montant correspond, pour la période concernée, à la contribution que l'employeur aurait versée pour la couverture collective de la catégorie de salariés à laquelle appartient le salarié concerné.

Lorsque le montant de la contribution de l'employeur ne peut être déterminé pour la catégorie de salariés à laquelle appartient le salarié, le montant de référence est fixé à 15 €. Ce montant est de 5 € pour les salariés relevant du régime local d'assurance maladie (RLAM).

Lorsque le montant de la contribution de l'employeur est en tout ou partie forfaitaire, le montant de référence est alors calculé de la façon suivante :

$$x = \frac{\text{montant de la contribution} \times (\text{nombre d'heures mensualisées} \leq 151,67)}{151,67}$$

En tout état de cause, le montant de référence ne peut être inférieur à 15 € ou 5 € pour les salariés relevant du RLAM, ces montants étant proratisés dans les mêmes conditions que lorsque le montant de la contribution de l'employeur est en tout ou partie forfaitaire.

Il est en outre appliqué à ce montant de référence un coefficient de majoration, représentatif de la portabilité prévue à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Ce coefficient est de :

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

## **2/ Evolutions des cas de dispense**

Le décret d'application de l'article 34 modifie l'article D. 911-2 du code de la sécurité sociale relatif aux cas de dispenses d'adhésion à la couverture collective prévus à l'article L. 911-7.

Il prévoit que certains cas de dispense sont dorénavant d'ordre public. Cela signifie qu'ils peuvent être utilisés de plein droit par le salarié, même si cela n'est pas mentionné dans l'acte juridique instaurant les garanties. Seul le salarié peut décider de faire valoir un de ces cas de dispense.

Ainsi, les salariés suivants peuvent se dispenser d'adhérer à la couverture collective obligatoire :

- Salariés bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), tant qu'ils bénéficient de ces dispositifs. Cela permettra aux personnes en situation précaire de pouvoir pleinement bénéficier de l'ACS ou de la CMUc ;
- Salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du régime ou de l'embauche si celle-ci est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel. Cela évitera aux personnes de devoir s'acquitter de la cotisation au régime collectif en plus de la cotisation à leur contrat individuel, jusqu'à ce qu'ils puissent résilier leur contrat individuel ;
- Salariés qui bénéficient, même en temps qu'ayants droit, d'une couverture collective issue d'un des dispositifs suivants :
  - ✓ personne déjà couverte par une couverture collective à titre obligatoire ;
  - ✓ régime local d'Alsace-Moselle ;
  - ✓ régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
  - ✓ mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des procédures spécifiques à la fonction publique de référencement ou de labellisation (décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011) ;
  - ✓ contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » destinés aux travailleurs indépendants.

Ces facultés de dispense ne remettent pas en cause le caractère collectif et obligatoire du régime mis en place par l'entreprise et permettent ainsi à l'employeur de conserver le bénéfice des exonérations d'assiette de cotisations sociales.

Les salariés qui feront valoir ces dispenses ne seront pas éligibles au versement santé.

Par ailleurs, l'article 34 prévoit explicitement un cas de dispense d'ordre public (cf.1.1) :

Les salariés en CDD inférieur à 3 mois ou en contrat de mission inférieur à 3 mois peuvent se dispenser, de plein droit, de la couverture collective obligatoire s'ils justifient d'une couverture complémentaire santé individuelle. Ils peuvent dans ce cas demander à percevoir le versement santé.

Toutefois, cette faculté de dispense n'est pas ouverte à ces salariés s'ils peuvent bénéficier d'une couverture collective obligatoire d'une durée au moins égale à 3 mois, quelle que soit la durée de leur contrat.

Exemple : le salarié a un CDD de 2 mois. Il bénéficie d'une couverture collective obligatoire pendant 4 mois. Il n'est donc pas concerné par ce cas de dispense d'ordre public.