

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

Décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016

NOR : AFSS1532054D

Publics concernés : salariés de droit privé ; entreprises.

Objet : modalités de versement, par l'employeur, des sommes destinées au financement du contrat d'assurance maladie complémentaire pour certains salariés en contrat court ou à temps très partiel ; détermination des catégories de salariés pouvant être dispensés de la couverture obligatoire d'entreprise.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Notice : le présent décret détermine les catégories de salariés qui peuvent être dispensés, à leur initiative, de l'adhésion à la couverture collective obligatoire en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident mise en place dans l'entreprise ou dans la branche.

Il précise également les seuils permettant aux accords de branche ou d'entreprise de faire bénéficier les salariés d'un versement destiné au financement de leur complémentaire santé individuelle, qui se substitue alors à la couverture collective et obligatoire. Il s'agit des salariés dont la durée du contrat de travail est inférieure ou égale à trois mois ou de ceux dont le temps de travail hebdomadaire est inférieur ou égal à 15 heures.

Références : le présent décret est pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016. Les dispositions du code de la sécurité sociale modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et du ministre des finances et des comptes publics,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 911-7, L. 911-7-1 et L. 911-8 ;

Vu le code du travail ;

Vu la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;

Vu la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, notamment son article 34 ;

Vu le décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières ;

Vu le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;

Vu le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en date du 18 décembre 2015,

Décète :

Art. 1^{er}. – L'article D. 911-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. D. 911-2. – Sans préjudice des dispositions du deuxième alinéa du III de l'article L. 911-7, peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'adhésion à la couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident mise en place dans leur entreprise :

« 1° Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

« 2° Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

« 3° Les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :

« a) Dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 ;

« b) Dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;

« c) Contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;

« d) Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;

« e) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946.

« Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. »

Art. 2. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre IX du même code est complété par cinq articles ainsi rédigés :

« *Art. D. 911-4.* – L'acte mentionné à l'article L. 911-1 instituant une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident peut prévoir la faculté pour les salariés relevant de certaines catégories d'être dispensés de l'adhésion au dispositif, sous réserve que ces catégories correspondent à tout ou partie de celles définies à l'article R. 242-1-6, sous les conditions définies à ce même article.

« *Art. D. 911-5.* – Les demandes de dispense mentionnées au III de l'article L. 911-7 doivent être formulées au moment de l'embauche ou, si elles sont postérieures, à la date de mise en place des garanties ou la date à laquelle prennent effet les couvertures mentionnées aux 1^o et 3^o de l'article D. 911-2.

« *Art. D. 911-6.* – La durée de la couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident mentionnée au deuxième alinéa du III de l'article L. 911-7 est fixée à trois mois.

« *Art. D. 911-7.* – Les salariés mentionnés au III de l'article L. 911-7-1 sont ceux dont la durée du contrat de travail ou du contrat de mission est inférieure ou égale à trois mois ou ceux dont la durée effective du travail prévue par ce contrat est inférieure ou égale à 15 heures par semaine.

« *Art. D. 911-8.* – I. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 911-7-1 est calculé mensuellement sur la base du montant de référence défini au II du présent article auquel est appliqué le coefficient défini au III du présent article.

« II. – Le montant de référence mentionné au I du présent article correspond à la contribution mensuelle de l'employeur au financement de la couverture mentionnée au III de l'article L. 911-7 pour la catégorie à laquelle appartient le salarié et pour la période concernée. Elle tient compte, le cas échéant, de la rémunération du salarié.

« Lorsque tout ou partie de la contribution est forfaitaire et indépendante de la durée effective de travail, il lui est appliqué un coefficient égal au rapport, dans la limite de 1, entre la durée effective de travail telle qu'elle résulte sur le mois considéré des dispositions prévues par le contrat de travail du salarié et la durée mensualisée correspondant à la durée légale du travail. Ce coefficient n'est pas applicable, le cas échéant, à la composante de la contribution proportionnelle à la rémunération.

« Le calcul du versement s'effectue, pour les salariés mis à disposition dans le cadre de l'article L. 5132-9 du code du travail, sur le fondement du nombre d'heures faisant l'objet de cette mise à disposition.

« En l'absence de montant applicable au financement de la couverture collective et obligatoire, le montant de référence est fixé à 15 euros ou, pour les personnes relevant à titre obligatoire du régime mentionné à l'article L. 325-1, à 5 euros. Il est appliqué à l'un ou l'autre de ces deux montants un coefficient égal au rapport, dans la limite de 1, entre la durée effective de travail telle qu'elle résulte sur le mois considéré des dispositions prévues par le contrat de travail du salarié et la durée mensualisée correspondant à la durée légale du travail. Ces montants sont revalorisés chaque année, au 1^{er} janvier, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, suivant l'objectif national des dépenses d'assurance maladie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année antérieure, et arrondis à la deuxième décimale la plus proche.

« L'application du présent II ne peut conduire à retenir un montant de référence inférieur à celui calculé à l'alinéa précédent.

« III. – Le coefficient mentionné au I du présent article est égal à 105 % pour les salariés bénéficiant d'un contrat à durée indéterminée et à 125 % pour les salariés bénéficiant d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission. »

Art. 3. – Le présent décret entre en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

Art. 4. – Le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le secrétaire d’Etat chargé du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l’exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 30 décembre 2015.

MANUEL VALLS

Par le Premier ministre :

*La ministre des affaires sociales,
de la santé
et des droits des femmes,*
MARISOL TOURAINE

*Le ministre des finances
et des comptes publics,*
MICHEL SAPIN

*Le secrétaire d’Etat
chargé du budget,*
CHRISTIAN ECKERT