

# Synthèse

mardi 22 mars 2016

## Petit-déjeuner débats Couvertures santé collectives : nouveau 2016

La généralisation de la complémentaire santé dans l'entreprise a mis en lumière les limites de certaines règles applicables aux systèmes de couvertures santé collectives. Dans un contexte complexe et en pleine évolution, le législateur et le pouvoir exécutif ont choisi d'agir en introduisant de nouveaux cas de dispense d'affiliation ainsi qu'un dispositif de « versement santé » destiné aux salariés en contrat court ou à temps partiel.

**Maître Charlotte Bertrand**, du cabinet Fromont Briens, **Jean-Marc Guergadic** et **Charles-Philippe Mourgues**, directeurs du Département commercial Vie chez SIACI SAINT HONORE détaillent la portée de ces dispositifs visant à la simplification du droit en matière de couverture santé collective.

### De nouvelles dispenses d'affiliation

Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016, seuls les ayants-droits du salarié couverts à titre obligatoire bénéficiaient d'une dispense d'affiliation de droit. D'autres cas de dispense pouvaient cependant être ouverts à la discrétion de l'employeur.

De nombreux cas de dispense au bénéfice du salarié sont désormais organisés par le Code du travail. Le législateur a notamment prévu le cas du salarié en CDD de moins de 3 mois justifiant d'une couverture santé responsable. Les textes réglementaires ont ajouté aux cas de dispense les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS<sup>1</sup>, les salariés couverts par une assurance individuelle (jusqu'à l'échéance annuelle), et les salariés couverts par des régimes spécifiques<sup>2</sup> (à titre principal ou

1. CMU-C : couverture maladie universelle - complémentaire  
ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé

2. Régimes Alsace-Moselle, industries électriques et gazières (IEG), travailleurs non-salariés (TNS) couverts par un régime « Loi Madelin », couverture collective de la fonction publique  
Décision unilatérale, accord référendaire, accord collectif.

## Petit-déjeuner débats

### La fonction Compensation & Benefits

comme ayant-droit). Ces cas de dispense sont dits « d'ordre public » ou « de plein droit » car l'employeur ne peut s'opposer à la volonté du salarié en la matière.

L'entreprise peut également maintenir des cas de dispense facultatifs à la condition que ces derniers soient expressément prévus par les textes organisant le régime du salarié<sup>3</sup>. L'employeur peut par exemple choisir d'élargir la dispense d'affiliation à l'ensemble des CDD de moins de 12 mois, alors qu'elle concerne en principe seulement les CDD de moins de 3 mois couverts via une couverture responsable individuelle par ailleurs.

### L'application immédiate des dispenses d'affiliation

Le régime des dispenses s'applique immédiatement au 1<sup>er</sup> janvier 2016 sans formalité d'information particulière pour l'employeur, bien que celui-ci reste libre de communiquer sur sa pratique en la matière.

Les nouveaux cas de dispense s'appliquent aux salariés nouvellement embauchés. La rétroactivité des dispositions est réservée aux cas dans lesquels se présentent des « éléments nouveaux », c'est-à-dire une évolution substantielle de la situation du salarié. Pour information, le recrutement du conjoint dans une entreprise où le régime frais de santé couvre la famille à titre obligatoire est considéré comme tel, a contrario de la simple mutation du salarié entre deux établissements de l'entreprise.

### La procédure de dispense d'affiliation

La demande de dispense est à la charge du salarié et doit impérativement être formulée lors de moments prévus par le législateur – à l'embauche ou lors d'un changement de situation. En matière de délai, il appartient en revanche à l'employeur d'établir des règles.

3. Décision unilatérale, accord référendaire, accord collectif.

La loi prévoit les diligences minimales à accomplir, avec la remise au salarié d'un formulaire de demande de dispense et d'une attestation sur l'honneur. L'entreprise est cependant libre d'exiger d'autres pièces justificatives mais un renforcement de la procédure ne sera pas sans impact sur ses processus administratifs et sa gestion RH.

### Un risque néanmoins minoré pour les entreprises

L'employeur qui dérogerait indûment aux dispositions légales s'expose à un risque prud'homal pour ne pas avoir rendu possible le bénéfice des cas de dispenses d'ordre public, en cas de démarche en ce sens des salariés et/ou de leurs représentants.

Désormais, le non-respect des cas de dispenses pourra, en cas d'audit mené par les Urssaf<sup>4</sup>, conduire à un redressement qui, le cas échéant, ne portera plus que sur les seuls individus directement concernés, et non plus sur l'assiette des contributions versées par l'ensemble des salariés.

## Le versement santé

Le versement santé, ou « chèque santé », est un dispositif d'aide individuelle à la généralisation de la complémentaire santé destiné aux salariés en contrat court ou à temps partiel. L'employeur verse directement une aide au salarié, se substituant ainsi à la couverture complémentaire obligatoire, après que le collaborateur a justifié être couvert par un contrat responsable.

### Deux cas d'application

Peuvent ainsi être « dispensés » de s'affilier à la complémentaire santé d'entreprise les salariés en CDD et contrat de mission dont la durée est inférieure ou égale à trois mois (ou travaillant 15 heures ou moins par semaine) et pouvant justifier d'une couverture non seulement responsable

4. Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

## Petit-déjeuner débats

La fonction Compensation & Benefits

mais également « non aidée » – c'est à dire sans participation de l'employeur. L'entreprise n'est pas tenue d'inscrire ce dispositif dans la déclaration préalable à l'embauche (DPAE) et le versement du chèque santé n'intervient qu'à la demande du salarié.

Un accord de branche ou, à défaut et si l'accord de branche le permet, un accord d'entreprise peuvent également prévoir l'exclusion pure et simple des salariés éligibles au « versement santé ». Dans ce cas, le « chèque santé » leur sera versé automatiquement. Pour la seule année 2016, l'entreprise peut également prévoir par dDécision uUnilatérale cette exclusion.

### Modalités de calcul

Le calcul du montant de référence du versement santé prend pour base la contribution qu'aurait versé l'employeur si le salarié avait adhéré au programme de couverture complémentaire. Ce montant de référence ne peut pas être inférieur à 15 euros pour les salariés relevant du régime général (5 euros pour les salariés relevant du régime d'Alsace-Moselle). Proratisé en fonction de la durée mensuelle de travail, il est ensuite multiplié par un coefficient majorateur compensant la perte du bénéfice de la portabilité (1,05 pour les salariés en CDI et 1,25 pour les salariés en CDD).

D'autres mesures impactant les complémentaires santé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016

La direction de la Sécurité sociale a privilégié la simplicité en limitant la contribution patronale au financement de la moitié de la couverture collective obligatoire des salariés.

La protection universelle maladie (PUMA), qui vise à simplifier les démarches administratives en matière de droits à l'Assurance maladie, entraîne la disparition du régime de CMU de base et conduit à la substitution du statut d'ayant droit « à charge au sens de la Sécurité sociale » à celle d'assuré pour tout ayant droit majeur. ■

### Contacts



#### Charles-Philippe Mourgues,

Directeur Département commercial Vie

[charles-philippe.mourgues@s2hgroup.com](mailto:charles-philippe.mourgues@s2hgroup.com)

Tél. : 01 44 20 98 04

Mobile : 06 35 42 20 05



#### Jean-Marc Guergadic,

Directeur Département commercial Vie

[jean-marc.guergadic@s2hgroup.com](mailto:jean-marc.guergadic@s2hgroup.com)

Tél. : 01 44 20 99 06

Mobile : 06 13 20 80 04

Retrouvez  
toutes nos publications  
sur [www.s2hgroup.com](http://www.s2hgroup.com)  
et notre page [Linked in](#)