

## **FICHE 2 : LE « VERSEMENT SANTÉ »**

La LFSS pour 2016 et le décret du 30 décembre 2015 instaurent, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, un « versement santé » pour les salariés précaires ayant fait valoir leur faculté d'être dispensés de l'obligation d'adhésion au contrat collectif « frais de santé ». Ce versement devrait leur permettre de financer en partie la complémentaire santé dont ils disposent par ailleurs.

### **1 – Bénéficiaires**

- **Au titre de la loi**

Le versement santé est destiné aux salariés en **CDD ou contrat de mission** dont la durée est inférieure ou égale à **trois mois**.

Ce versement est de droit lorsque les salariés concernés ont fait valoir leur faculté d'être dispensés de l'obligation d'adhésion au contrat collectif « frais de santé » (cf. Fiche 1).

Pour prétendre au « versement santé », les salariés concernés doivent en outre justifier qu'ils sont couverts par un contrat complémentaire santé portant sur la période concernée et respectant les conditions du contrat responsable.

- **Au titre des dispositions conventionnelles**

Un accord collectif peut rendre obligatoire le « versement santé » en prévoyant que le dit versement se substitue à l'affiliation au régime conventionnel pour les salariés dont la durée du contrat de travail ou la durée du temps de travail sont inférieures à des seuils déterminés par l'accord.

Ainsi, peuvent être concernés les salariés :

- dont le CDD ou le contrat de mission est d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

ou

- dont la durée effective de travail inférieure ou égale à 15 heures par semaine.

Dans ce cas, la dispense ne sera plus une simple faculté pour le salarié précaire, mais sera imposée par l'accord.

**Au sein des organismes de Sécurité sociale, à défaut d'accord prévoyant de telles dispositions, seuls les bénéficiaires au titre de la loi peuvent prétendre au versement santé.**

- **Exclusion du dispositif**

L'article L. 911-7-1 du Code de la Sécurité sociale précise que ce versement patronal ne pourra être cumulé avec :

– le bénéfice de la CMU complémentaire ;

– l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé) ;

– une couverture collective obligatoire « santé », y compris en tant qu'ayant droit ;

– une couverture complémentaire donnant lieu à participation financière d'une collectivité publique.

## 2 – Montant du versement

---

Selon le décret du 30 décembre 2015, le montant du versement doit être égal à la contribution mensuelle de l'employeur à la complémentaire santé, c'est-à-dire la somme qu'il aurait dû verser pour la couverture collective de la catégorie de salariés à laquelle appartient le salarié concerné.

Ce montant est calculé mensuellement en déterminant un montant de référence auquel est appliqué un coefficient correspondant au dispositif de portabilité.

- **Montant de référence**

Le montant correspond, pour la période concernée, à la contribution que l'employeur aurait versée pour la couverture collective du salarié.

Lorsque le montant de la contribution de l'employeur ne peut être déterminé, le montant de référence est fixé à 15€. Ce montant est de 5€ pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle.

Par ailleurs, lorsque le montant de la contribution de l'employeur est en tout ou partie forfaitaire, il est appliqué le coefficient suivant sur la part forfaitaire :

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

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

- **Coefficient de majoration**

Pour déterminer le montant du versement santé, le montant de référence doit être multiplié par un coefficient correspondant au dispositif de portabilité.

Ce coefficient est de 125 % pour les salariés bénéficiant d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission.

- **Régime social**

Le versement de l'employeur bénéficie de l'exonération plafonnée des cotisations de sécurité sociale applicable aux contributions patronales de prévoyance complémentaire. Il est soumis à la CSG et à la CRDS et au forfait social dans les organismes d'au moins 11 salariés.

- **Exemples de calcul**

Au sein de notre régime complémentaire de frais de santé, la cotisation est en partie forfaitaire et en partie assise sur le salaire perçu par le salarié.

Pour l'année 2016, s'agissant d'un salarié cotisant en isolé (hors Alsace-Moselle), la partie forfaitaire (qui correspond à un pourcentage du plafond de Sécurité sociale) est égale à 21,12 € et la partie fixée en pourcentage à 1,582% du salaire (dans la limite du plafond de Sécurité sociale soit 3218 € pour 2016).

La cotisation est à la charge pour moitié de l'employeur et pour moitié du salarié.

Le versement santé est déterminé par rapport à la part patronale de la cotisation, c'est-à-dire par rapport à la moitié des montants rappelés ci-dessus (10,56 € pour la partie forfaitaire et 0,791% pour la partie en pourcentage).

➤ **Salarié travaillant à temps plein tout le mois**

Pour un salarié recruté en contrat à durée déterminée de moins de 3 mois à temps plein.

La part patronale de la cotisation au régime représente la moitié du montant forfaitaire + la moitié de la part en pourcentage, soit, si ce salarié a un salaire brut de 2 000€ :

$$10,56€ + (2\ 000 \times 0,791\%) = 10,56 + 15,82 = 26,38 \text{ €}$$

Il convient ensuite d'appliquer sur ce montant de référence, le coefficient de majoration correspondant au dispositif de portabilité :

$$26,38 \times 125\% = 32,98 \text{ €}$$

Ce salarié pourra donc bénéficier pour un mois plein de travail à un versement santé de **32,98€**

➤ **Salarié ne travaillant qu'une partie du mois ou travaillant à temps partiel**

Pour un salarié recruté en contrat à durée déterminée de moins de 3 mois à temps partiel ou ne travaillant pas un mois complet.

Si ce salarié est rémunéré pour 73 heures et 30 minutes au cours du mois correspondant à un salaire de 1 000€ brut, il y a lieu de procéder au calcul suivant :

1) S'agissant de la partie forfaitaire, le salarié n'ayant pas travaillé un mois complet, il convient d'appliquer la formule de proratisation exposée précédemment :

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

Ce qui en l'espèce correspond à :

$$\frac{10,56 \times 73,5}{151,67}$$

Soit un montant de 5,12 €.

2) la partie en pourcentage est assise sur le salaire brut. Elle correspond donc à :

$$1\ 000 \times 0,791\% = 7,91 \text{ €}$$

3) L'addition de la part forfaitaire et de la part en pourcentage donne donc un montant de 13,03€ auquel il convient d'appliquer le coefficient de majoration :

$$13,03 \times 125\% = 16,29 \text{ €}$$

Ce salarié pourra donc prétendre à un versement santé de **16,29 €** pour ce mois donné.