

Dernière mise à jour le 08 mars 2018

Nouvelles valeurs pour le versement santé en 2018

Depuis la publication de la LFSS pour 2016, existe un dispositif d'aide employeur au financement d'une complémentaire santé individuelle pour certains salariés. Cette aide est versée par l'employeur à certains ...

Sommaire

- Salariés concernés
- Rappel
- Principe de détermination du montant de l'aide
- Contribution qui ne peut être déterminée
- Montant de la contribution en tout ou partie forfaitaire
- Valeur minimale contribution
- Montant du coefficient
- Valeurs 2018
- Autres infos concernant le versement santé
- Régime social
- Régime fiscal
- Références

Depuis la publication de la LFSS pour 2016, existe un dispositif d'aide employeur au financement d'une complémentaire santé individuelle pour certains salariés.

Cette aide est versée par l'employeur à certains salariés, en vue de financer une couverture santé individuelle « responsable » par ailleurs.

Un arrêté publié au JO du 22 février 2018 modifie les valeurs applicables en 2018.

Salariés concernés

Ne sont concernés que les salariés titulaires d'un CDD ou d'un contrat de mission dont la durée de la couverture « frais de santé » collective et obligatoire est inférieure à 3 mois (non comprise la période de portabilité après la fin du contrat).

Sont ainsi concernés les salariés qui **bénéficient d'une dispense de droit** à l'affiliation couverture collective et obligatoire **mutuelle** (ou frais de santé), sous réserve qu'ils justifient d'un contrat d'assurance maladie complémentaire dit « responsable » par ailleurs.

Rappel

Ce cas de dispense se réfère à la durée de la couverture collective, et non à la durée effective du contrat.

Un exemple concret est proposé au sein de la circulaire de la DSS « questions/réponses » du 29 décembre 2015 comme suit :

- Un salarié est recruté sous contrat CDD de 2 mois ;
- L'accord de branche prévoit qu'il bénéficiera d'une couverture collective obligatoire pendant 4 mois ;
- Le salarié n'est alors pas concerné par ce cas de dispense d'ordre public.

Peuvent également bénéficier du dispositif « versement santé », les salariés à temps très partiels et les salariés sous contrats « très courts ».

Pour cela un accord de branche ou, en l'absence de ce dernier, un accord d'entreprise peut imposer le « versement santé » comme unique modalité de mise en œuvre de l'obligation d'assurer une couverture « santé » collective et obligatoire des salariés à temps partiel ou dont la durée du contrat de travail est inférieure ou égale à des seuils fixés par l'accord.

L'accord déterminera alors les salariés concernés, en fixant :

- Un plafond d'activité de 15h/semaine ;
- Ou une durée de contrat de 3 mois (sous contrat CDD ou de mission).

Principe de détermination du montant de l'aide

L'aide est calculée mensuellement (le montant versé tenant compte de la durée du contrat) en déterminant un montant de référence auquel est appliqué un coefficient (105% ou 125%) correspondant au dispositif de portabilité prévu à l'article L 911-8 du code de la sécurité sociale.

Le montant de référence mentionné correspond à la contribution mensuelle de l'employeur au financement de la couverture pour la catégorie à laquelle appartient le salarié et pour la période concernée.

Il tient compte, le cas échéant, de la rémunération du salarié.

Contribution qui ne peut être déterminée

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 selon une valeur revalorisée par arrêté.

Montant de la contribution en tout ou partie forfaitaire

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

- $x = (\text{montant de la contribution} * \text{nombre d'heures mensualisées inférieures ou égales à } 151,67\text{h}) / 151,67 \text{ h}$.

Le coefficient obtenu ne pouvant jamais être supérieur à 1.

Valeur minimale contribution

En tout état de cause, le montant de référence ne peut être inférieur à la valeur fixée par arrêté, proratisé dans les mêmes conditions que celles appliquées en cas de contribution en tout ou partie forfaitaire.

Montant du coefficient

Le montant du coefficient, correspondant au dispositif de portabilité prévu à l'article L 911-8 du code de la sécurité sociale est fixé à :

- 105% pour les salariés en CDI (mais à temps partiel) ;
- 125% pour les salariés sous contrat CDD ou de mission.

Valeurs 2018

Ces valeurs sont fixées par l'arrêté du 16 février 2018, publié au JO du 22 février 2018 à :

- 15,58 € ;
- 5,20 € pour les assurés du régime local d'Alsace-Moselle.

Arrêté du 16 février 2018 portant revalorisation du versement mentionné à l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale, JO du 22 février 2018

Article 1

Pour l'année 2018, le montant de référence servant au calcul du versement mentionné à l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 15,58 € ou, pour les personnes relevant à titre obligatoire du régime mentionné à l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale, à 5,20 €.

Article L911-7-1

Créé par LOI n°2015-1702 du 21 décembre 2015 - art. 34 (V)

Modifié par LOI n°2016-1827 du 23 décembre 2016 - art. 33

I.-La couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés en contrat à durée déterminée, en contrat de mission ou à temps partiel mentionnés au présent article est assurée, dans les cas prévus aux II et III, par le biais d'un versement, par leur employeur, d'une somme représentative du financement résultant de l'application des articles L. 911-7 et L. 911-8, et qui s'y substitue alors.

II.-Ce versement est conditionné à la couverture de l'intéressé par un contrat d'assurance maladie complémentaire portant sur la période concernée et respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1. Le salarié justifie de cette couverture. Ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice d'une couverture complémentaire au titre de l'article L. 861-3, d'une aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé au titre de l'article L. 863-1, d'une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Un décret détermine les modalités selon lesquelles est fixé le montant de ce versement, en fonction du financement mis en œuvre en application des articles L. 911-7 et L. 911-8, de la durée du contrat et de la durée de travail prévue par celui-ci.

III.-Un accord de branche peut prévoir que l'obligation de couverture des risques mentionnée au I du présent article et, le cas échéant, l'obligation mentionnée à l'article L. 911-8 sont assurées selon les seules modalités mentionnées au II du présent article pour les salariés dont la durée du contrat ou la durée du travail prévue par celui-ci est inférieure à des seuils fixés par cet accord, dans la limite de plafonds fixés par décret.

En l'absence d'accord de branche relatif à la couverture mentionnée au I de l'article L. 911-7 ou lorsque celui-ci le permet, un accord d'entreprise peut également comporter les dispositions mentionnées au premier alinéa du présent III.

L'employeur peut, par décision unilatérale, assurer la couverture en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés mentionnés au premier alinéa du présent III, dans les conditions prévues au II du présent article.

L'avant-dernier alinéa du présent III n'est pas applicable lorsque les salariés mentionnés au présent III sont déjà couverts à titre collectif et obligatoire en application de l'article L. 911-1.

IV.-Les salariés ayant fait valoir la faculté de dispense prévue au deuxième alinéa du III de l'article L. 911-7 ont droit au versement mentionné au I du présent article.

Autres infos concernant le versement santé

Régime social

Selon la circulaire DSS « questions/réponses » du 29 décembre 2015, l'aide versée par l'employeur est :

- Exonérée de cotisations sociale ;
- Soumise aux contributions CSG et CRDS, sans abattement ;
- Soumise au forfait social, si l'entreprise justifie d'un effectif de 11 salariés et plus.

Régime fiscal

Concernant les contributions patronales de prévoyance, dans le cas où le salarié n'a pas souhaité bénéficier d'une dispense, celles-ci sont ajoutées au net imposable du salarié par application de l'article 83 du CGI (1^{er}quater).

Cet alinéa de l'article 83 du CGI renvoie vers l'article L 242-1 du code de la sécurité sociale, notamment au 2^o qui confirme que « le sixième et le présent alinéas sont applicables aux versements de l'employeur mentionnés à l'article L. 911-7-1).

Il ne serait donc pas surprenant selon nous, que l'aide versée par l'employeur dans le cadre du financement d'une complémentaire santé individuelle soit également soumise à l'impôt sur le revenu, une précision de l'administration est attendue à ce sujet.

Références

Arrêté du 16 février 2018 portant revalorisation du versement mentionné à l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale, JO du 22 février 2018