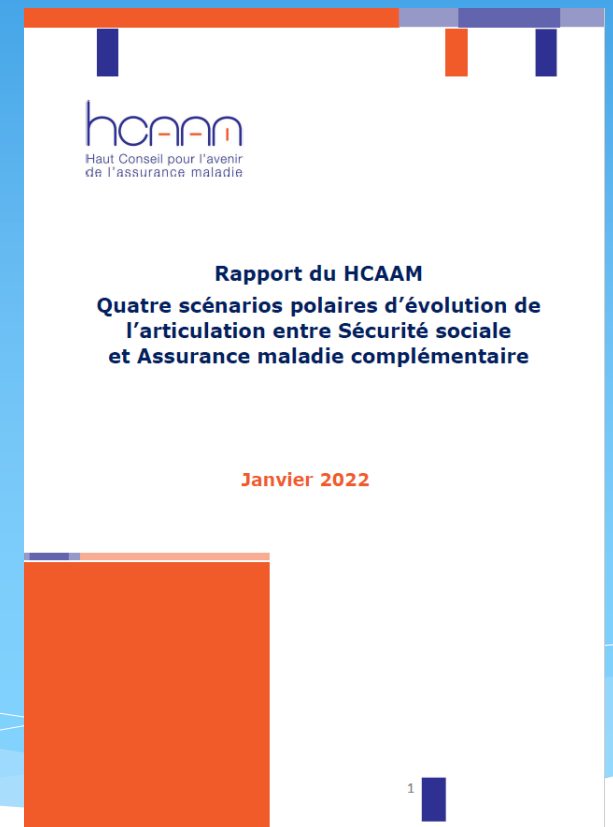


Audition du HCAAM

Mission d'information du Sénat sur les complémentaires santé

Mercredi 3 avril 2024



Caractéristiques générales des prises en charge

- * **2 canaux de remboursement pour les consommations de santé**

- AMO, PUMA depuis 2016 ; AMC, CMUC (2000), C2S (fin 2019)

- * **Très forte couverture AMC : 96% de la population, 13% soins santé**

- L'AMC complète le financement public, y compris sur les prestations essentielles. C'est une condition nécessaire de l'accès aux soins.

- * **Inéquités en matière de reste à charge :**

- RAC moyen (après AMO et AMC) est le plus faible des pays de l'OCDE.

- RAC individuels parfois très élevés (RAC catastrophiques, RAC hospitaliers, dépassements d'honoraires)

- Taux de couverture complémentaires : 96% mais 13% des chômeurs n'ont pas de complémentaire

- Taux d'effort ((RAC + prime) / revenu) très inégalitaire

- 2,7% [30-39 ans];

- 8,2% [> 80 ans];

- 3,9% pour les 20% des retraités les plus riches vs 9,9% pour les 20% les plus pauvres

- Inégalités entre actifs (ANI, contrats collectifs aidés, etc.) et inactifs (prime fonction du risque)

3 grands défis pour notre système de prise en charge

- * **Le défi de la régulation :**

- La soutenabilité des dépenses de santé
- Les limites de l'utilisation des couvertures complémentaire santé comme relais de financement de la Sécurité sociale
- Promouvoir l'innovation et la prévention

- * **Le défi de l'équité :**

- Des populations non couvertes qui sont souvent en situation sociale fragile
- Des disparités liées au statut professionnel en matière de financement et d'aides publiques

- * **Le défi de la couverture des risques les plus lourds**

4 scénarios et des propositions transversales sur la prévoyance

- * **Scénario 1** : Améliorations dans le cadre de l'architecture actuelle
- * **Scénario 2** : Une assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée
- * **Scénario 3** : Augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale
- * **Scénario 4** : Décroisement entre les domaines d'intervention de la Sécurité sociale et des assurances complémentaires
- * Propositions transversales relatives au développement de la prévoyance

Scénario 1 : Améliorations dans le cadre de l'architecture actuelle

Exposé des motifs

- * Apporter des correctifs à certaines limites connues de longue date du système actuel :
 - Complexité des règles de remboursement ;
 - Inégalités et incertitude fortes devant les restes à charge ;
 - Risque d'être exposé à de gros restes à charge du côté de la Sécurité sociale ;
 - Soutenabilité financière des primes d'assurance complémentaire en particulier pour les retraités modestes ;
 - Défauts de couverture sur le versant de l'AMC, notamment pour les salariés précaires et les jeunes.
- * Sans modifier l'économie générale du système, notamment :
 - Sans revenir sur les réformes qui ont été conduites depuis 2013.
 - Sans viser une généralisation complète de la couverture complémentaire

Modifier les règles de remboursement de l'AMO pour les simplifier et améliorer l'accessibilité financière des soins

- * Modifier les taux de ticket modérateur afin de mieux répartir les Reste à charge après AMO entre les assurés sociaux, notamment selon l'âge.
- * Pour le médicament, éventuellement réduire la diversité des taux de remboursement qui sont 0%, 15%, 30%, 65% et 100%
- * Participation des patients aux dépenses hospitalières : sans porter les taux de remboursement à 100 %, envisager la possibilité d'une forfaitisation :
 - * Forfaits par séjour *versus* forfaits par bénéficiaire ;
 - * Montant unique *versus* montants différents en ambulatoire et en hospitalisation complète
 - * Modulation du montant en fonction de la durée de séjour avec éventuellement un mécanisme de plafonnement.

Propositions visant à améliorer la situation des personnes âgées

- * Modifier l'économie générale de l'article 4 de la loi Évin en changeant la nature de l'obligation qui s'impose aux organismes complémentaires : une piste à instruire
- * Modifier le seuil d'éligibilité à la C2S pour élargir son champ d'application

Propositions visant à améliorer la situation des salariés précaires

* **Situation actuelle :**

- * Aujourd'hui, les salariés à temps partiel < 15h/semaine et les CDD < 3 mois peuvent faire jouer une dispense de droit (la dispense donne droit au versement santé si le salarié justifie d'une couverture santé)
- * Par accord de branche, accord d'entreprise ou décision unilatérale de l'employeur, ces catégories peuvent être exclues des contrats collectifs (un versement de santé peut alors être prévu, mais ce n'est pas obligatoire et indépendamment du fait que le salarié ait souscrit une couverture santé).
- * **Proposition :** Elargir le bénéfice de la couverture collective :
 - A tous les CDI, quelle que soit leur quotité de travail ;
 - A tous les CDD en contrat de plus d'1 mois.
- * **Possibilités d'exclusion groupée du contrat collectif ouvertes par la loi :**
 - Les réserver au seul niveau de la branche (aujourd'hui, possible au niveau de l'entreprise) ;
 - Circonscrire les secteurs d'activité pouvant mobiliser ce mécanisme.

Propositions visant à améliorer la situation des salariés précaires

- * Imposer une prise en charge de la part salariale par l'employeur chaque fois que celle-ci représente plus de 10 % de la rémunération
- * Systématiser le financement patronal des couvertures individuelles pour les exclus de la couverture collective et le fixer à un montant adéquat :
 - Aujourd'hui pour les CDD, montant financement patronale = 125 % * contribution mensuelle de l'employeur au financement de la couverture collective
 - Proposition : substituer à ce montant un barème « adossé » aux réalités tarifaires du marché des contrats de couverture individuelle.

Autres propositions

- * Encourager la souscription d'une couverture complémentaire santé pour les micro-entrepreneurs et les exploitants agricoles :
 - Instaurer un mécanisme de déduction du bénéfice imposable des sommes affectées à l'achat d'un contrat santé responsable ;
 - Leur ouvrir l'accès aux contrats Madelin
- * Donner la capacité à l'UNOCAM d'engager les organismes complémentaires (*cf.* les syndicats représentatifs des professionnels libéraux de santé qui ont la capacité d'engager ces professionnels dans le cadre de conventions avec l'UNCAM)
- * Réduire les dépenses de gouvernance du système de santé.
- * Réduire la charge administrative, pour les professionnels de santé, liée au remboursement des soins; libérer ainsi du temps médical.

Simulation de boucliers sanitaires par la Drees

Tableau 21 : Coût financier et impact sur les restes à charge de différents boucliers sanitaires

Champ	Plafond	Coût (Mds €)	Ratio de RAC opposable (+70 ans/20-39 ans)
Hôpital	2 100 €	0,6	3,9
Hôpital	1 100 €	1	3,8
Hôpital	630 €	1,5	3,7
Hôpital	330 €	2	3,6
Ville et hôpital	1 400 €	2	3,5
Ville et hôpital	720 €	4,2	3
Ville et hôpital	400 €	7,2	2,5

Ratio actuel : 4,1

Source : Ines-Omar 2017, calculs DREES

Simulation de boucliers sanitaires par la Drees

Bouclier I : bouclier Intégral {ville + hôpital} avec plafond de 1 400 € (coût=2Mds)

Bouclier H : bouclier Hôpital avec plafond de 1 100 € (coût=1 Md)

Réduction moyenne de la prime annuelle permise par le BS

Sous l'hypothèse que la baisse de RAC se traduit par une baisse à due proportion de leurs primes

- Bouclier I : - 225 € pour les plus de 80 ans et -150 € par an 70-79 ans ;
- Bouclier H : - 110 € pour les plus de 80 ans et -95 € par an 70-79 ans.

Tableau 22 : Proportion de la population impactée par les boucliers sanitaires en fonction de l'âge

Classe d'âge	0-9 ans	10-19 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	+ 80 ans
Bouclier I	0,6%	0,4%	0,7%	1,3%	1,4%	1,9%	2,7%	7,4%	13,5%
Bouclier H	0,6%	0,2%	0,3%	0,6%	0,4%	0,8%	1,0%	4,2%	6,0%

Source : Ines-Omar 2017, calculs DREES

**Scénario 2 : Une assurance complémentaire
obligatoire, universelle et mutualisée**

Exposé des motifs

- * Pousser à son terme la logique de généralisation de la couverture complémentaire en matière de santé
- * Consacrer le couple AMO/ AMC comme étant le socle de la protection sociale en matière de santé
- * Offrir à tous un socle commun de garanties permettant de couvrir les soins dont on veut garantir l'accessibilité financière pour tous dans un cadre mutualisé : « *deuxième étage* »
- * Augmenter les solidarités entre classes d'âge selon un degré qui dépendra de la tarification retenue sur le deuxième étage
- * Permettre la possibilité de compléter ce socle commun par des garanties supplémentaires : « *troisième étage* »
- * Ce scénario maintient une certaine complexité et le double remboursement des actes

La reconnaissance de la complémentaire santé comme service d'intérêt économique général (SIEG)

* **Définition :**

SIEG = activité économique remplissant des missions d'intérêt général qui - en l'absence d'une intervention de l'État - ne serait pas exécutée par le marché ou serait exécutée à des conditions différentes en termes de qualité, de sécurité, d'accessibilité, d'égalité de traitement ou d'accès universel.

* **Objectifs d'intérêt général poursuivis ici :**

- Accès aux soins de l'ensemble de la population ;
- Mise en œuvre d'un degré élevé de solidarité dans la couverture assurantielle (notamment déconnexion entre prime et risque individuel).

* **Mandat attribué aux opérateurs du SIEG :**

- * Obligation d'offrir à toute personne en faisant la demande les garanties définies par la puissance publique.
- * En contrepartie, droit exclusif de proposer les garanties couvertes par le SIEG et mécanisme de péréquation des risques.

Autres caractéristiques du schéma

- * **Obligation d'assurance** : Le système proposé implique une obligation généralisée d'adhésion pour éviter les phénomènes d'anti-sélection qui mettraient en péril l'équilibre financier du système.
- * Permet de limiter les potentielles pratiques d'écrémage par les assureurs
- * **Socle de garanties** :
 - **Contenu** :
 - A *minima*, le panier minimal ANI (TM, frais d'hospitalisation, biologie médicale, médicaments, dispositifs médicaux, transports médicaux, lunettes, audioprothèses et soins prothétiques dentaires relevant du «100% santé »)
 - Modulation possible du panier
 - **Définition** : Par un conseil d'administration composé de responsables syndicaux représentant la population couverte (*cf.* Régime Local d'Alsace Moselle).

Les retraités seraient les grands bénéficiaires d'un tarif unique

Tableau 6 : primes (yc charges de gestion et TSA) et restes à charge dans la situation avant réforme et dans le scénario 2 en fonction de la classe d'âge

Classe d'âge	Avant réforme		Scénario 2				Effet de la réforme
	Primes AMC	RAC AMC	Prime socle étage 2	Prime suppl	Prime totale	RAC AMC	
20-29 ans	370 €	80 €	310 €	170 €	470 €	60 €	- 90 €
30-39 ans	650 €	120 €	570 €	300 €	870 €	90 €	- 190 €
40-49 ans	830 €	170 €	620 €	400 €	1 020 €	130 €	- 150 €
50-59 ans	800 €	170 €	550 €	390 €	930 €	130 €	- 100 €
60-69 ans	910 €	220 €	540 €	380 €	920 €	160 €	+ 40 €
70-79 ans	1 240 €	280 €	580 €	460 €	1 050 €	200 €	+ 280 €
+ 80 ans	1 340 €	290 €	600 €	440 €	1 030 €	200 €	+ 400 €

Source : Ines-Omar 2017, traitements DREES.

Champ : Ensemble des personnes résidant en ménages ordinaires de France métropolitaine.

Note : L'effet de la réforme est la différence entre le solde (prestations AMO et AMC – financements AMO et AMC) avant et après réforme. Les prestations et les financements AMO étant inchangés dans ce scénario, l'effet de la réforme est ici plus simplement l'évolution avant et après réforme de la somme du reste à charge après AMC et des primes AMC. Les primes tiennent compte le cas échéant des financements des employeurs privés et publics pour la couverture complémentaire de leurs salariés.

Scénario 3 : Augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale

Exposé des motifs

- * Renforcer l'équité verticale dans le financement
- * Garantir l'accès financier aux soins à l'ensemble de la population
- * Restituer aux ménages, sous forme d'augmentation de leur pouvoir d'achat, une fraction importante des charges de gestion des complémentaires
- * Simplifier le système et le rendre plus lisible et plus transparent
- * Accroître les exigences de régulation des dépenses de santé par l'AMO
- * Faciliter les réformes des modes de rémunération des professionnels et des établissements

Dépenses remboursées par la Sécurité sociale

- * La suppression des tickets modérateurs
- * Les autres formes de participations financières des patients
- * Les secteurs de l'optique, du dentaire et des audioprothèses
- * La prise en charge des dispositifs médicaux de la liste des produits et prestations remboursables
- * Suppression des dispositifs d'exonération et évolution de la C2S

Conditions nécessaires à la mise en œuvre de ce scénario

Panier de soins :

- * Garantir une gestion dynamique et réactive du panier
- * Impliquer davantage les acteurs du système de santé et les représentants des usagers dans sa gouvernance.

Gouvernance de l'AMO :

- * Démocratiser la gouvernance de l'AMO
- * Mobiliser toutes les composantes de la démocratie politique, sociale et sanitaire, au niveau national et territorial, pour déterminer la trajectoire des objectifs, activités et ressources humaines, matérielles et financières du système de santé et assurer sa mise en œuvre.

Conditions nécessaires à la mise en œuvre de ce scénario

- * Le renforcement, dans la durée, de la régulation des dépenses de santé par l'AMO
- * L'évolution de la politique conventionnelle : la question des dépassements
- * Poursuivre la rénovation des actions de gestion du risque et la transformation de l'organisation des soins

Evolution du rôle des complémentaires et de leur réglementation

- * Champ d'intervention potentiel réduit aux dépenses hors du panier couvert par la Sécurité sociale et aux dépassements.
- * Davantage des assurances *supplémentaires* que *complémentaires*.
- * Possibilité d'alléger largement leur réglementation :
 - * Suppression de l'obligation de souscription des employeurs,
 - * Suppression des mécanismes spécifiques pour la fonction publique et les travailleurs indépendants,
 - * Suppression des exonérations socio-fiscales des contrats collectifs.

Le devenir des salariés des organismes complémentaires

- * Nombre de salariés concernés important (30 000 à 100 000);
- * La réforme devrait s'accompagner d'un plan complet d'accompagnement (reclassement interne par l'organisme concerné, reprise volontaire par les organismes de sécurité sociale, reconversion dans d'autres métiers);
- * Une partie des frais de gestion économisés par la réforme pourrait être, lors des premières années, mobilisée pour le financer.

Principaux résultats des simulations de la Drees

- * Une augmentation des remboursements de l'AMO de près de 19 Mds d'euros
- * Un transfert de financement par les finances publiques de 22,5 Mds d'euros
 - dont 3,6 Mds d'euros de perte de rendement de la taxe de solidarité additionnelle
- * Une contraction importante du marché de la complémentaire santé estimée à 27 Mds d'euros, soit 70 % du marché.
 - $\frac{3}{4}$ liés à l'augmentation des remboursements AMO
 - $\frac{1}{4}$ lié à la désaffiliation de 50% des assurés

Principaux résultats des simulations de la Drees

- * Baisse des primes croissante avec l'âge (jusqu'à 1100€ pour les 80 ans et plus)
- * Des gains pour toutes les catégories d'acteurs (salariés, indépendants, inactifs, retraités) : jusqu'à 260 € /an pour les retraités
- * La réforme profiterait à tout âge, mais davantage aux personnes âgées : gain moyen de 450 €/an pour les plus de 80 ans
- * La réforme profiterait aux 8 premiers déciles de niveau de vie : entre 60 et 300€ euros par an selon les déciles et les scénarios
- * L'impact de la réforme sur les employeurs serait limité : $\pm 30\text{€}$ / an

Une augmentation des remboursements de l'AMO de près de 19 Mds d'euros

Tableau 10 : Décomposition du coût total de l'augmentation du taux de prise en charge par la Sécurité sociale simulée

Segments de prise en charge	Coût associé (Mds d'€)
RAC opposable en ville*	8,9
RAC opposable à l'hôpital	3,3
RAC opposable sur les médicaments à 65 %	3,1
RAC opposable sur les médicaments à 15 % et 30 %	1,5
100 % AMO sur optique et audioprothèses du 100% santé	0,5
RAC opposable sur les soins conservateurs dentaires	0,7
100 % AMO sur le 100 % santé : prothèses dentaires	0,8
Total	18,8

* Tout ambulatoire, hors médicaments, optique, dentaire et audioprothèses, y compris ici avec la suppression des franchises et participations forfaitaires en ville.

Source : Ines-Omar 2017, calculs DREES.

Baisse des primes croissante avec l'âge

Tableau 11 : Baisse moyenne annuelle des primes et augmentation moyenne des RAC après AMC en fonction de l'âge compte tenu des hypothèses de désaffiliation retenues

Classe d'âge	Prime	RAC après AMC
20-29 ans	- 250 €	+ 20 €
30-39 ans	- 440 €	+ 40 €
40-49 ans	- 550 €	+ 50 €
50-59 ans	- 500 €	+ 30 €
60-69 ans	- 710 €	+ 60 €
70-79 ans	- 1 050 €	+ 120 €
80 ans et plus	- 1 110 €	+90 €

Source : Ines-Omar 2017, traitements DREES.

Champ : Ensemble des personnes résidant en ménages ordinaires de France métropolitaine.

Note : Les montants présentés ici sont des montants moyens calculés sur l'ensemble des personnes, qu'elles se soient désaffiliées ou non. Les montants sur le seul champ des désaffiliés seraient supérieurs : baisses de primes plus fortes, augmentations du RAC après AMC plus élevées.

Scénario 4 : Décroisement entre les domaines d'intervention de la Sécurité sociale et des assurances complémentaires

Exposé des motifs

Séparer les paniers d'intervention de l'AMO et des AMC permettrait de :

- * Clarifier les rôles de la Sécurité sociale et des organismes d'assurance privés
- * Faciliter les évolutions organisationnelles et tarifaires qui peuvent parfois être freinées par la juxtaposition de deux payeurs différents
- * Simplifier radicalement la régulation actuelle
- * Redonner des marges de liberté :
 - Pour les organismes privés de construire leur offre de contrat, de contractualiser avec les professionnels de santé sur leur panier de soin ;
 - Pour les assurés de choisir leur contrat d'assurance privée en fonction de leurs besoins et de leurs préférences

Partage du panier de soins entre panier public et panier privé

Panier privé :

- * L'optique ;
- * Les soins et prothèses dentaires ;
- * Les audioprothèses ;
- * Les médicaments à SMR faible ou modéré.
- * Automédication, soins de podologue, ostéopathe, médecines douces...

Panier public :

- * Remboursement à 100 % sur la base des tarifs de responsabilité avec suppression de l'ensemble des Co paiements actuels...

Adapter le panier de soins selon une approche populationnelle

- * Dans un objectif d'équité d'accès aux soins, les bénéficiaires de la C2S conserveraient leur panier de soins actuel et les notions de tarifs opposables pour les professionnels de santé.
- * Dans un objectif de santé publique et de promotion de l'égalité des chances, le panier de soins pourrait aussi être élargi sous condition d'âge, par exemple aux moins de 18 ans, sur les mêmes principes que le panier de soins C2S.

Cadre de régulation de l'assurance santé privée

Ce qui pourrait être assoupli

- * Allègement de la notion de contrat responsable
- * Possibilité de préserver certains éléments de la réforme 100 % santé
- * Suppression de la prise en charge des TM et de l'encadrement des garanties.
- * La régulation des dépassements d'honoraires n'aurait pas vocation comme aujourd'hui (avec l'optam et les contrats responsables) à s'appuyer sur les assurances complémentaires.
- * Obligation des employeurs de fournir une CC remplacée par l'obligation de souscrire des menus de garanties à choisir parmi la couverture santé et/ou prévoyance

Ce qui devrait être maintenu

- * Eventuellement maintien d'un taux allégé de TSA pour les contrats couvrant un panier de soins défini
- * Maintien de la loi Evin et des contrats « solidaires » pour favoriser un minimum de mutualisation du risque sur le marché de l'assurance privée
- * Eventuellement incitations fiscales à couvrir certains soins déremboursés (soins conservateurs dentaires, médicaments...) pourraient être envisagées, dans un objectif d'accès à la santé

Refonder la régulation des secteurs financés au 1er euro par l'assurance privée

- * Renforcement de la contractualisation des assureurs privés avec les professionnels de santé (optique, dentaire, audioprothèse)
- * Plusieurs modalités possibles :
 - *Via* un cadre global fixé au niveau de l'UNOCAM (supposerait de donner à l'UNOCAM la capacité d'engager ses membres) ;
 - Décentralisation au niveau des réseaux de soins ;
 - Décentralisation directement au niveau de chaque assureur
 - Le rôle des réseaux de soins mis en place à l'initiative des organismes d'assurance privés se trouverait donc particulièrement accru.
- * Dans tous les cas, forts enjeux de régulation
- * Plusieurs modalités possibles :
 - S'appuyer sur l'autorité de la concurrence pour les enjeux de régulation économiques et d'intégration verticale et sur la Haute Autorité de Santé pour les enjeux de qualité et de sécurité des soins
 - Confier l'ensemble de ces missions à une autorité publique à créer, sur le modèle d'autorité de régulation existantes dans d'autres secteurs (énergie, transport...).

Conséquences sur l'accès à l'assurance et l'accès aux soins

- * Baisse probable du taux de personnes couvertes par une assurance privée et donc du marché de l'assurance privée
 - * Notamment désaffiliation attendue des assurés ayant de faibles besoins en optique/dentaire/audio/médicaments à faible SMR
 - * Les contrats proposés par les OC probablement plus différenciateurs
- => Diminution probable de la mutualisation sur le champ des soins remboursés au premier euro par les organismes d'assurance privés.
- ⇒ Risque de renforcement des inégalités d'accès aux soins
- ⇒ Pour atténuer ce risque, nécessité de conserver des politiques incitatives à la souscription d'assurance et des mécanismes spécifiques sous condition de ressources, type C2S.

Principaux résultats des simulations de la Drees

- * Une augmentation des remboursements AMO de 2,7 Mds d'euros
- * Une diminution des RAC après AMO qui bénéficierait au plus de 70 ans et surtout aux plus de 80 ans
- * Une aggravation des restes à charge les plus lourds et une évolution de leurs compositions
- * Effets redistributifs :
 - Des gains surtout après 80 ans
 - Une réforme légèrement progressive en fonction du niveau de vie

Une augmentation des remboursements AMO de 2,7 Mds d'euros

Tableau 16 : Scénario de décroissement simulé et impact financier pour l'AMO

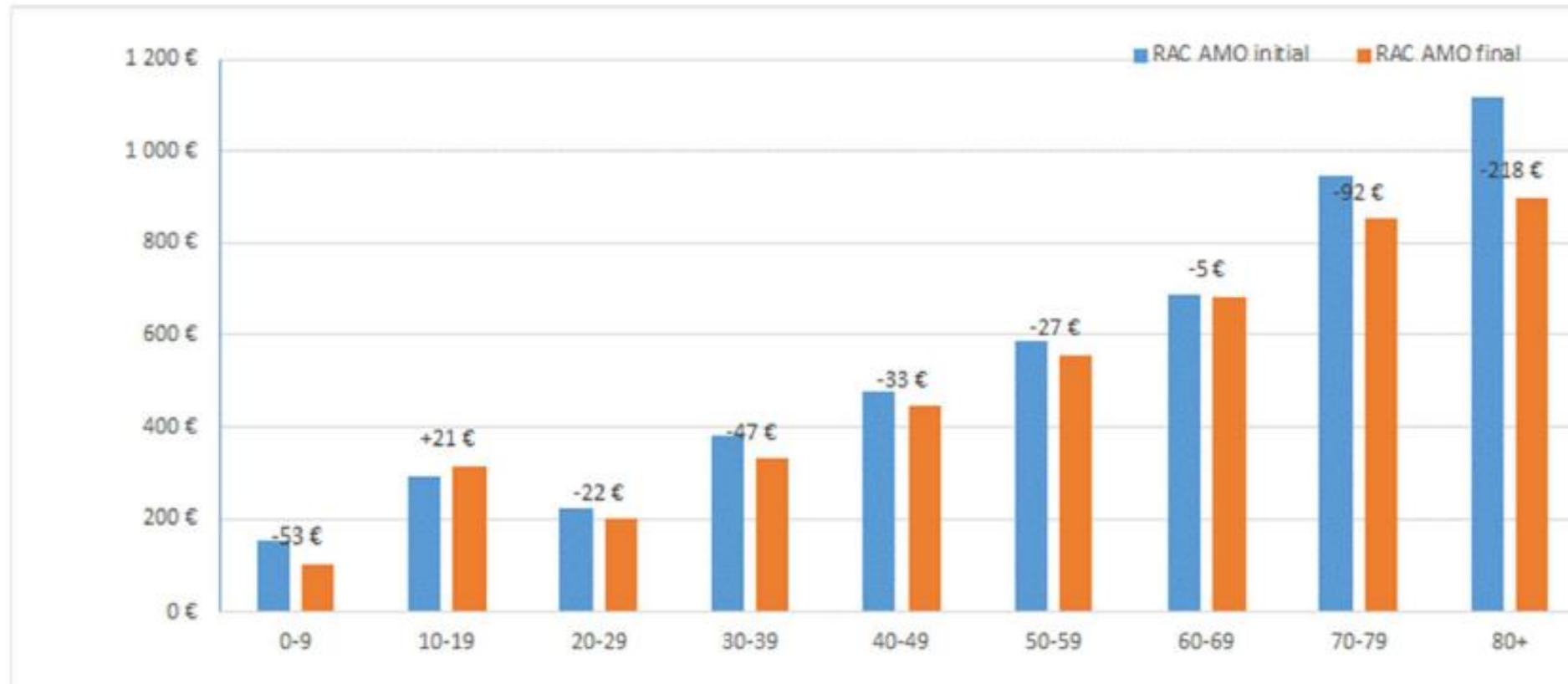
Segments de prise en charge	Impact financier pour l'AMO (Mds d'€)
RAC opposable en ville*	+ 9,0
RAC opposable à l'hôpital	+ 3,3
Déremboursement intégral des médicaments à 65 % sauf ALD	-5,3
Déremboursement intégral des médicaments à 15 % et 30 % y.c. ALD	-0,8
Déremboursement des soins dentaires conservateurs	-2,0
Déremboursement des prothèses dentaires	-1,2
Déremboursement optique/audio	-0,3
Total	+2,7

* Tout ambulatoire, hors médicaments, optique, dentaire et audioprothèses.

Source : Ines-Omar 2017, calculs DREES

Une baisse des RAC après AMO qui bénéficierait aux > 70 ans et surtout aux > 80 ans

Graphique 6 : Effet du scénario de décroissement simulé sur les restes à charge après AMO moyens



Source : Ines-Omar 2017, calculs DREES

Une aggravation des RAC les plus lourds et une évolution de leurs compositions

- * Pour les 5 % des personnes qui subissent les restes à charge après AMO les plus lourds :
 - le RAC moyen s'alourdirait, passant de 3000 euros dans la situation initiale à 3500 euros dans ce scénario.
 - Surtout, la nature de ce RAC serait modifiée, avec la quasi-suppression des RAC hospitaliers, la hausse des RAC dentaires et audio, et la très forte hausse des RAC médicaments.

Propositions transversales relatives au développement de la prévoyance

Exposé des motifs

- * La prévoyance ne s'est pas développée à la hauteur des enjeux qu'elle porte
 - Seuls 1,2 million de salariés disposent d'un socle complet les protégeant simultanément contre l'incapacité, l'invalidité et le décès.
- * Fortement corrélée à l'emploi, la prévoyance a fait l'objet de développements très variables selon la taille de l'entreprise, les secteurs d'activité et les classifications professionnelles.
 - Notamment, adossement historique à la distinction cadres/non cadres.
- * **Objectif de la proposition** : encourager le déploiement de la prévoyance
- * **Champ de la réflexion**
 - La réflexion se limite au cadre des relations de travail subordonnées.
 - L'idée d'une couverture prévoyance pour toutes les catégories d'actifs n'a pas été instruite.

Propositions pour le déploiement de la prévoyance dans le cadre salarial

* **Situation actuelle**

- Une obligation générale de négocier annuellement existe mais elle se situe au niveau de l'entreprise (loi Rebsamen de 2015) et ne comporte pas d'obligation de résultat.
- Il existe aussi une obligation de financement, mais qui concerne uniquement les cadres et assimilés (pour qui les employeurs sont tenus de financer une couverture « prévoyance » et d'y consacrer a minima 1,5 % de la tranche du salaire des bénéficiaires pour sa partie inférieure au plafond de la sécurité sociale)

* **Proposition**

- Instaurer une obligation thématique de négocier au niveau de la branche
- A défaut et si la négociation échoue, créer une obligation subsidiaire de financement à la charge des employeurs

Propositions pour le déploiement de la prévoyance dans le cadre salarial

- * Développer ou aménager des mécanismes de mutualisation dans les accords de branche
 - Envisager le retour du mécanisme des clauses de désignation pour la prévoyance lourde
 - A défaut, envisager en cas de clauses de recommandation, un taux de forfait social minoré pour le contrat recommandé
- * A défaut d'accord de branche, faciliter l'accès au marché de l'assurance prévoyance en créant un mécanisme d'aide à l'assurance pour les entreprises qui sont « peu attractives » sur le marché de la prévoyance
- * Rendre lisibles et effectives les garanties dans les contrats de prévoyance
- * Développer l'information des personnes sur leurs garanties en matière de prévoyance