

qwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwerty
uiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopas
dfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjkl
zxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbn
mqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwer
tyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopa
sdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjk
l zxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbn
mqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwer
tyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopa
sdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxc
vbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmq
wertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyui

**Des chiffres sur le non-recours dans
la presse.**

Juin 2012

Catherine Chauveaud - Odenore -

LesEchos

Complémentaire santé : les assurés anticipent une nouvelle hausse des tarifs

Laurent Thevenin 26 juin 2012.

Sur les 86 assureurs interrogés, 90 % anticipent une hausse d'au moins 4 % en 2012. Ils sont même 20 % à redouter que certains assurés ne **renoncent** purement et simplement à souscrire un contrat.



/Rubriques/Economie

« Il faut augmenter la CSG

Daniel Rosenweg , Etienne Caniard | président de la Mutualité française.

Etienne Caniard nous dévoile le « projet de résolution politique » qu'il présente aujourd'hui devant l'assemblée générale de la Mutualité française (fédération de 500 mutuelles qui protège 38 millions de Français). Un cahier de doléances destiné à la ministre de la Santé, Marisol Touraine, en pleine préparation du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2013.

Vous tirez la sonnette d'alarme sur l'accès aux soins. Y a-t-il péril en la demeure? ETIENNE CANIARD. Oui, car le taux de **renoncement** aux **soins** ne cesse d'augmenter. Avec la réduction des remboursements des **soins** courants, l'assurance maladie mène une politique dangereuse. Pour faciliter l'accès aux **soins**, nous voulons revenir à des tarifs transparents et supprimer le reste à charge des patients. Cela passe-t-il par l'interdiction des dépassements d'honoraires? Il faut mettre fin aux abus. Et tendre à supprimer le secteur 2, où les dépassements sont autorisés. A côté, des revalorisations sont indispensables. Les médecins généralistes sont dégoûtés par l'exercice libéral. Leur revenu moyen est de 5567 € par mois contre 17000 € pour les radiologues! Nous sommes prêts à contribuer à cette revalorisation. Vous réclamez la suppression des franchises médicales*, mais elles rapportent 1,1 Md€... Les franchises sont un vrai motif de **renoncement** aux **soins**. Pour les compenser il y a des solutions. Par exemple, le Haut Conseil pour l'assurance maladie estime que trois millions d'hospitalisations de personnes âgées par an sont « inappropriées » et coûtent à l'assurance maladie 2 Mds€.

On n'est pas collecteur d'impôts! Nous demandons toujours la suppression de cette taxe. Le total des taxes atteint 13,27% du chiffre d'affaires. Et nous nous engageons à tout reverser sous forme de prestations à nos adhérents.

* La franchise médicale, c'est 0,50 € sur chaque boîte de médicaments et sur chaque acte paramédical, 2 € par transport sanitaire, qui restent à la charge du patient.



Les maires de banlieue sonnent "l'alerte sanitaire en banlieue"

4 juin 2012

Agence France Presse. AFPFR. Copyright Agence France-Presse, 2012 All reproduction and presentation rights reserved.

Les maires de banlieue s'alarment "de la désertification progressive des quartiers populaires en matière de médecins et de diversité de l'offre de **soins**, des dépassements d'honoraires insupportables, des **refus** de plus en plus fréquents de traiter les bénéficiaires de la CMU", qui permet aux plus démunis de recevoir des **soins**.

Selon l'association, "en 2010, près d'un habitant sur quatre a **renoncé** à des **soins** pour des raisons financières, un adulte sur six n'a aucune couverture maladie et un jeune de moins de 18 ans sur trois est couvert par la CMU complémentaire".

LE FIGARO

FIGARO ECONOMIE économie

Allocations familiales : 1,6 milliard d'euros d'irrégularités

Anne-Hélène Pommier; ahpommier@lefigaro.fr 29 juin 2012 (c) Copyright 2012 Le Figaro.

La Cour des comptes a refusé de certifier les comptes 2011.

SOCIAL Après deux années de « certifications avec réserve » pour 2009 et 2010, la Cour des comptes a refusé ce jeudi d'avaliser les comptes 2011 de la Caisse nationale d'**allocations** familiales (Cnaf). « Dans le cadre de l'audit des comptes de l'exercice 2011, la Cour a constaté une importante dégradation de la qualité des comptes de la branche famille, sous l'effet de l'augmentation du montant des erreurs de portée financière qui affectent les **prestations** légales », affirment les auteurs du rapport.

Le montant des erreurs dans le versement des **allocations** familiales, le revenu de solidarité active et les **allocations** logements est estimé à... 1,6 milliard d'euros. Un niveau supérieur à celui de 2010 (1,2 milliard) déjà jugé « très élevé ». En 2011 comme en 2010, un cinquième des dossiers comportait au moins une erreur. Le nombre de dossiers sur lesquels les erreurs ont eu un impact financier est passé de 4,85 % à 6,02 %.

Les erreurs sont constatées aussi bien en faveur des allocataires qu'à leur détriment. Sur l'échantillon de 4 732 dossiers examinés, la Cour des comptes a recensé 190 de trop-perçus (160 en 2010) et 95 de rappels (70 en 2010). Au total, les erreurs représentent 2,4 % des **prestations** versées, contre 1,9 % en 2010. « Ce taux recouvre de grandes disparités selon les **prestations** concernées », souligne le rapport. Les erreurs consécutives au versement du RSA ont l'impact financier le plus important (18,4 %). Viennent ensuite les **allocations** logement (12 à 16 %) et les **allocations** familiales (0,36 %).

La Cour des comptes, qui n'aborde pas dans son rapport l'incidence financière de la **fraude**, dénonce

en revanche « l'incapacité du dispositif de contrôle interne de la branche à maîtriser effectivement les risques d'erreur affectant l'attribution des **prestations** légales » . Outre la procédure de récupération des données - notamment les conditions de ressources, surtout lorsque l'assuré bénéficie de plusieurs **prestations** - et le système informatique nébuleux, les magistrats critiquent la trop grande autonomie accordée aux caisses d'**allocations** familiales pour réaliser les contrôles, en raison « d'insuffisances de conception et de pilotage par la Cnaf » .



Les comptes retraite certifiés avec réserve

Des reproches adressés également à la branche vieillesse, dont la Cour a certifié les comptes avec réserve : entre 7 % et 7,5 % des dossiers de liquidation des droits à la retraite comportent des erreurs. L'objectif fixé par l'État en 2013 est de revenir à un taux de 6 %.

La direction de la Cnaf s'est défendue par communiqué en rappelant que « la branche est confrontée à un risque inhérent élevé d'erreurs dans la liquidation des **prestations** » à cause du caractère déclaratif des informations fournies par les assurés sociaux.

LesEchos

Allocations familiales, aides au logement, RSA : les erreurs sur le versement des prestations atteignent 1,6 milliard d'euros

VINCENT COLLEN 28 juin 2012

Les erreurs en faveur ou au détriment des assurés concernent 2,4 % du montant des **prestations** versées par les caisses d'**allocations** familiales. La plupart des **prestations** sont attribuées sous condition de ressources, ce qui explique un risque d'erreur élevé et la difficulté des contrôles.

La Cour des comptes l'annonce ce matin : elle refuse de certifier les comptes de la Caisse nationale d'**allocations** familiales, l'une des quatre branches de la **Sécurité sociale**. Les sages déplorent une « augmentation du montant des erreurs » dans les **prestations** versées par les caisses. Elles sont évaluées à 1,6 milliard d'euros l'an dernier, beaucoup plus que le 1,2 milliard de 2010, un niveau « déjà très élevé », souligne le rapport. Attention, les erreurs sont constatées dans les deux sens : en faveur des assurés ou à leur détriment. Les trop-perçus par les allocataires sont majoritaires. Au total, les erreurs représentent 2,4 % du montant des **prestations** versées. Ces chiffrages sont des extrapolations calculées à partir de tests réalisés sur un échantillon représentatif de près de 5.000 dossiers.

Le risque d'erreur est particulièrement élevé dans la branche famille, qui verse les **allocations** familiales elles-mêmes mais aussi toutes les aides au logement, le RSA ou encore l'**allocation** aux adultes handicapés. La plupart de ces **prestations** sont soumises à des conditions de ressources. Il faut donc vérifier à chaque fois « les informations fournies par les allocataires sur la base de déclarations ». Ce qui s'avère parfois difficile, les revenus pouvant varier d'un mois à l'autre, provoquant des décalages. Sans parler des véritables **fraudes**, une question que la Cour des comptes n'aborde pas ici. Le taux d'erreur est relativement faible pour les **allocations** familiales (0,4 %). Il est beaucoup plus élevé pour les aides au logement (de 12 à 16 %) et pour le RSA activité (18 %), le complément de revenu alloué depuis 2009 aux travailleurs pauvres.

« Le dispositif de contrôle interne en vigueur ne permet pas de couvrir ces risques avec une efficacité suffisante », déplore le rapport. Et les 102 caisses d'**allocations** familiales « bénéficient d'une excessive autonomie » pour ces contrôles.

Pour la branche retraites de la **Sécurité sociale**, la Cour des comptes constate « des progrès » et certifie les comptes « avec réserves ». Les erreurs dans les dossiers de liquidation des droits à la retraite, en faveur ou au détriment des assurés, restent nombreuses toutefois. Elles concernent entre 7 et 7,5 % des dossiers. L'objectif fixé dans la convention avec l'Etat -6 % d'erreurs en 2013 - n'est pas encore atteint. Les magistrats ont également certifié avec réserves les comptes de l'assurance-maladie. Le rapport pointe des erreurs dans l'attribution des indemnités journalières versées au titre des arrêts maladie. Elles restent faibles néanmoins : 0,8 % des dossiers.

Le Monde

Dialogues, mardi, 19 juin 2012, p. 24

Décryptages Le grand Débat

L'échec du revenu de solidarité active

Désolant paradoxe : en ouvrant l'assistance aux travailleurs modestes, le RSA a fait apparaître en pleine lumière que la fraude souvent dénoncée avait pour envers un non-recours massif aux prestations sociales.

Plus des deux tiers des personnes préfèrent se tenir à l'écart des prestations qui leur sont destinées. Un manque à distribuer important en résulte pour l'Etat ! Seuls 70 000 foyers (150 000 individus) sont sortis de la zone des bas revenus grâce au RSA. Rien n'a changé pour les autres.

Etant donné l'augmentation des dépenses contraintes, cela signifie qu'ils ont continué à s'appauvrir. Le RSA n'a pas seulement échoué en raison de son contexte d'application, il a également échoué parce que son principe directeur (les individus choisissent de ne pas travailler parce qu'ils n'y ont pas d'intérêt financier) est, à quelques exceptions près, sans fondement dans la réalité.