

DÉCRYPTAGE

ÉTUDES ET ANALYSES DU CLEISS

CENTRE DES LIAISONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE

N° 23
MAI 2019

**BILAN DES CRÉANCES
ET DES DETTES EN 2017** 2

**CRÉANCES PRÉSENTÉES
PAR LA FRANCE** 3

Aux pays de l'UE-EEE-Suisse 6
Aux pays hors UE-EEE-Suisse 8

**DETTES PAYÉES
PAR LA FRANCE** 10

Aux pays de l'UE-EEE-Suisse 13
Aux pays hors UE-EEE-Suisse 16

**ANNEXE
ET CONCLUSION** 19

**GLOSSAIRE
ET RÉFÉRENCES** 20








Antonio Araujo
decryptage@cleiss.fr

CLEISS
11, rue de la Tour des Dames
75436 Paris Cedex 09
www.cleiss.fr






POUR CONSULTER OU DÉCOUVRIR
LES AUTRES PUBLICATIONS DU CLEISS :
RAPPORTS STATISTIQUES [cliquez -ici](#) 
REGARD SUR [cliquez -ici](#) 

LES SOINS DE SANTÉ EN 2017 DANS LE CADRE DE LA MOBILITÉ INTERNATIONALE

Cette étude traite, d'une part, des soins de santé dispensés à des assurés des régimes étrangers pris en charge par les caisses françaises d'assurance maladie en application des accords internationaux de sécurité sociale (**règlements européens** , **conventions bilatérales**  ou **décrets de coordination** ). Ces soins sont ensuite remboursés par les pays compétents soit sur la base de **factures**  soit sur la base de **forfaits** .

D'autre part, l'étude s'intéresse aux soins de santé dispensés à l'étranger à des assurés des régimes français qui sont pris en charge par l'institution du lieu de séjour ou de résidence dans le cadre des accords internationaux de sécurité sociale, et qui sont ensuite

remboursés par la France aux organismes partenaires.

Dans le cas où les assurés des régimes français ont procédé à l'avance des frais, la caisse d'assurance maladie française peut leur rembourser les soins au titre de la **directive sur les soins de santé transfrontaliers**  ou de la **législation interne** . Par ailleurs, lorsque les personnes sont bénéficiaires de soins dans le cadre de **conventions de coopération sanitaire ou médico-sociale transfrontalières**  les soins sont pris en charge par les caisses de sécurité sociale françaises. Ainsi les personnes soignées n'ont pas à faire l'avance des frais puisque lesdites conventions ont généralisé le système du tiers payant.

Bilan des créances et dettes en 2017

Tableau 1. CRÉANCES ET DETTES PAYÉES¹ ET PRÉSENTÉES EN 2017 (EN MILLIONS D'€)

Pays	Créances payées * à la France	Dettes payées * par la France	solde	Créances présentées * par la France	Dettes introduites * à la France	solde
UE-EEE-Suisse	828,48	260,69	567,79	857,37	384,98	472,39
Hors UE-EEE-Suisse	50,00	188,75	-138,75	59,47	243,81	-184,34
TOUS PAYS	878,48	449,44	429,04	916,84	628,79	288,05



Source : CNSE

¹créances et dettes payées dans le cadre de la coordination, c'est-à-dire dans le cadre des règlements européens, des conventions bilatérales ou des décrets de coordination.

* Voir glossaire

Pour rappel, depuis le 1^{er} janvier 2015, le Centre National des Soins à l'Étranger (CNSE) a été désigné par la Cnam pour assurer la mission de remboursement des soins de santé dans le cadre de la coordination ; mission précédemment confiée au Cleiss. (Décret n°2015-223 du 26 février 2015)

[cliquez-ici](#)



Au cours de l'année 2017, la France a perçu plus de remboursements de soins de santé en provenance des organismes étrangers qu'elle ne leur en a versés. Le solde positif en faveur de la France s'élève à 429,04 millions d'€, contre +642,73 millions d'€ l'année précédente. En 2017, les **dettes payées**  par le CNSE s'élèvent à 449,44 millions d'€ contre 878,48 millions d'€ en provenance des organismes étrangers (**créances payées** ). Ces remboursements concernent uniquement les soins de santé pris en charge dans le cadre des règlements européens, des conventions bilatérales et des décrets de coordination ; il s'agit des remboursements dans le cadre de la coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale. **Toutefois, dans la deuxième partie de la présente étude, seront également présentées, toutes dépenses de santé confondues, celles remboursées aux bénéficiaires des soins sur présentation des factures dès leur retour en France, celles payées directement par les caisses de sécurité sociale à des établisse-**

ments de santé à l'étranger ; soins qui en conséquence échappent au circuit de la coordination.

Avec 828,48 millions d'€ remboursés au CNSE par les organismes étrangers, les principaux pays payeurs appartiennent à la zone UE-EEE-Suisse. Cela correspond à des remboursements plus de 3 fois plus élevés que ceux effectués par la France à destination des pays de la même zone (260,69 millions d'€). Ainsi, 94,3% des dépenses de soins de santé remboursées au CNSE le sont par les pays de l'UE-EEE-Suisse, tandis que dans le sens inverse 58,0% des remboursements du CNSE le sont en direction des pays de cette même zone.

Les dépenses remboursées par la France aux pays hors UE-EEE-Suisse sont nettement plus importantes que celles réglées par ces mêmes pays. De fait, le solde français des dépenses de soins de santé est débiteur de 138,75 millions d'€. Les remboursements des organismes français vers les pays situés en dehors de la zone UE-EEE-Suisse (188,75 millions d'€) sont près de 4 fois plus élevés que ceux en provenance de ces pays (50 millions d'€). Dans le cadre des conventions bilatérales de sécurité sociale auxquelles la France est partie, il s'agit d'une part, de séjours temporaires dans le pays d'origine des travailleurs occupés en France, d'autre part, des familles

et pensionnés restés dans le pays d'origine. Les liens historiques entre la France et le Maghreb expliquent majoritairement les volumes élevés de personnes ressortissantes des pays d'Afrique du nord concernées par les remboursements de soins.

Au cours de l'année 2017, les **créances présentées**  par la France aux organismes étrangers atteignent 916,84 millions d'€ alors que dans le même temps les **dettes introduites**  auprès de la France se montent à 628,79 millions d'€. 93,5% des créances présentées par la France concernent des soins de santé délivrés à des assurés des pays de la zone UE-EEE-Suisse. Par ailleurs, 61,2% des dettes introduites le sont par les pays de cette même zone.

Du côté français, en 2017, les créances ont été présentées, en premier lieu, pour les prestations servies au cours du 2^{ème} semestre 2016 ainsi que du 1^{er} semestre 2017, en deuxième lieu, pour la valorisation des créances forfaitaires présentées à l'Algérie, la Serbie et la Turquie dans le cadre des apurements de comptes, enfin, pour une partie de la dotation forfaitaire annuelle versée par Wallis-et-Futuna conformément à la convention relative à la prise en charge des soins des patients lors d'évacuations sanitaires en métropole.





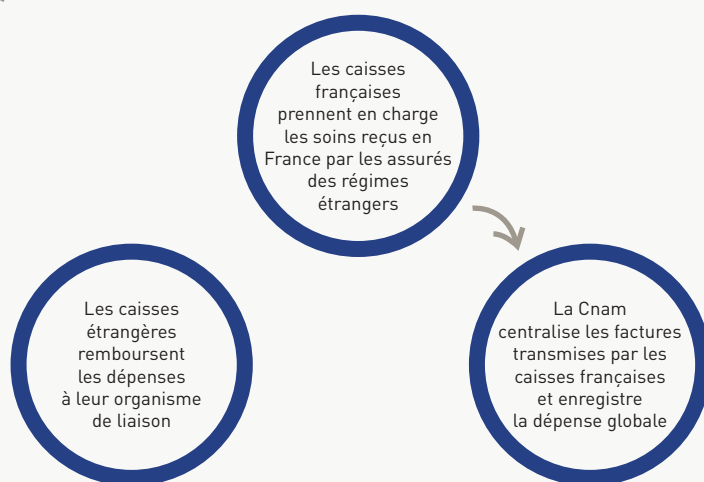
NB : CETTE ÉTUDE PORTERA EXCLUSIVEMENT SUR LES CRÉANCES PRÉSENTÉES ET LES DETTES PAYÉES PAR LA FRANCE. EN EFFET, NOUS NE DISPOSONS PAS DE DONNÉES CHIFFRÉES SUFFISAMMENT DÉTAILLÉES SUR LES CRÉANCES PAYÉES ET LES DETTES INTRODUITES PAR LES ORGANISMES ÉTRANGERS.

Dans cette partie, seront analysées les prestations servies sur le territoire français aux assurés des régimes étrangers dans le cadre de la coordination

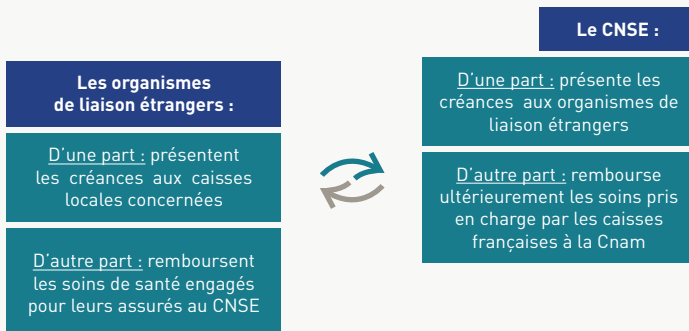
Encadré 1. DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ EN FRANCE DES ASSURÉS DES RÉGIMES ÉTRANGERS

Les dépenses en France concernent les assurés des régimes étrangers qui ont reçu des soins en France pris en charge par les caisses françaises en application des règlements européens, d'une convention bilatérale ou d'un décret de coordination. Les créances correspondant au montant des dépenses de soins de santé engagées par les caisses françaises sont ensuite présentées par le CNSE à ses différents partenaires étrangers. Sont écartées, néanmoins, les dépenses non présentées à certains pays compte tenu des **accords de renonciation et des dispositions conventionnelles spécifiques**  en vigueur.

 Flux financiers
 Flux d'informations



Circulation des flux
(d'informations et financiers)
entre la France et les organismes
de sécurité sociale étrangers



Concernant les prestations servies en France aux assurés des régimes étrangers, ce numéro de Décryptage s'intéresse, comme précisé plus haut, aux prestations servies au cours du 2^{ème} semestre 2016 et du 1^{er} semestre 2017, et qui ont fait l'objet de présentation de créances aux pays étrangers durant l'année 2017. Dans un souci de simplification, nous nous référerons à ces prestations sous le terme « **prestations servies en 2017** ».

Il est à noter que les dépenses de soins de santé engagées sur le territoire français par des assurés des régimes étrangers, sont en réalité bien plus élevées. En effet, cette partie de l'étude ne reprend que les prestations dont le coût a été supporté par les institutions françaises dans le cadre de la coordination. Ainsi, les dépenses effectuées par des assurés affiliés aux régimes des États de l'UE-EEE-Suisse autres que la France et qui n'auraient pas demandé l'application des règlements ou conventions en France ne sont pas prises en compte, tout comme les dépenses effectuées par des assurés dont le pays n'est lié avec la France par aucun accord de sécurité sociale. **L'ensemble de ces prestations en question reste inconnu des institutions françaises car ces assurés règlent immédiatement le coût des soins qui leur sont, le cas échéant, directement remboursés par leur institution d'affiliation à leur retour dans leur pays d'origine.**

CRÉANCES PRÉSENTÉES PAR LA FRANCE EN 2017

Tableau 2. PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ SERVIES EN FRANCE EN 2017 (EN EUROS)

Pays	Créances présentées	-	Frais de gestion	=	Prestations servies		
					Dépenses	Nombre de bénéficiaires	Montant moyen
UE-EEE-Suisse	857 367 074		12 813 268		844 553 806	424 523	1 989
Hors UE-EEE-Suisse	59 468 158		3 298 382		56 169 776	15 063	3 729
TOUS PAYS	916 835 232		16 111 650		900 723 581	439 586	2 049

Source : CNSE

En 2017, plus de 439.500 assurés des régimes étrangers ont bénéficié sur le territoire français de la prise en charge des soins, dans le cadre de la coordination, pour un montant de 900,72 millions d'€, soit par rapport à l'année précédente, une diminution de 27,0% qui s'explique par la présentation exceptionnelle l'an dernier de

trois semestres de créances contre, ce qui est la norme, deux en 2017. Le montant moyen des soins s'élève à 2.049€ par bénéficiaire. Cependant, dans le détail, le montant moyen pour les assurés en provenance d'un pays de l'UE-EEE-Suisse (1.989€) est relativement inférieur au montant moyen global (- 60€), tandis qu'au contraire,


les soins aux assurés en provenance d'un pays hors UE-EEE-Suisse lié à la France par un accord bilatéral couvrant le **risque maladie*** s'élèvent en moyenne à 3.729€ par bénéficiaire (+1.680€). Les **frais de gestion**  représentent pour l'ensemble des pays un montant de plus de 16 millions d'€.

Tableau 3. DÉTAILS DES PRESTATIONS DE SOINS SERVIES EN FRANCE EN 2017

Pays	Factures	+	Forfaits	+	Contrôles médicaux	=	Prestations servies
UE-EEE-Suisse	844 536 545 €		- €		17 261 €		844 553 806 €
Hors UE-EEE-Suisse	6 320 794 €		49 848 418 €		564 €		56 169 776 €
TOUS PAYS	850 857 339 €		49 848 418 €		17 825 €		900 723 581 €

Source : CNSE

Note de lecture : prestations servies = Factures + Forfaits + Contrôles médicaux

Les prestations servies en France incluent l'ensemble des données communiquées par la Cnam au CNSE, tandis que sont exclues les dépenses pour soins de santé non mises en recouvre-

ment dans le cadre des accords de renonciation et des dispositions conventionnelles spécifiques pour un montant global de 20,35 millions d'€ (Voir à la fin **Annexe : Tableau 5**).



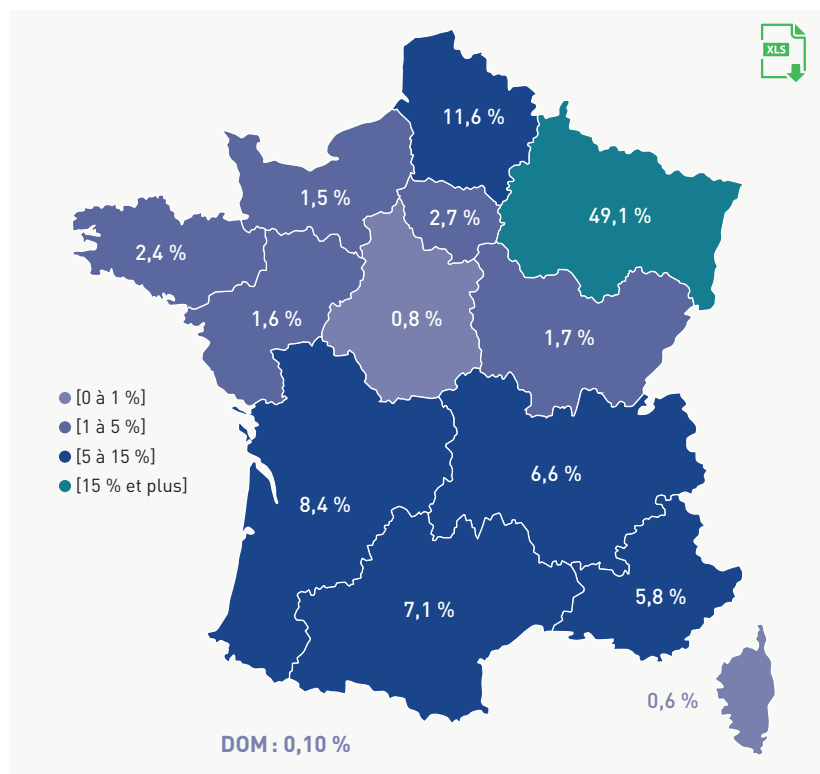
* **Pays signataires d'un accord de sécurité sociale avec la France qui couvre de manière plus ou moins élargie les risques maladie, maternité, accidents du travail-maladies professionnelles :** Algérie, Andorre, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Israël, Jersey, Kosovo, Macédoine du Nord, Madagascar, Mali, Maroc, Mauritanie, Monaco, Monténégro, Niger, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Québec, Saint-Pierre-et-Miquelon, Sénégal, Serbie, Togo, Tunisie et Turquie.



POUR PLUS DE DÉTAILS SUR LES CONVENTIONS BILATÉRALES, LES RISQUES QU'ELLES COUVRENT ET LEURS CHAMPS D'APPLICATION. [cliquez -ici](#) 

Source : Cleiss

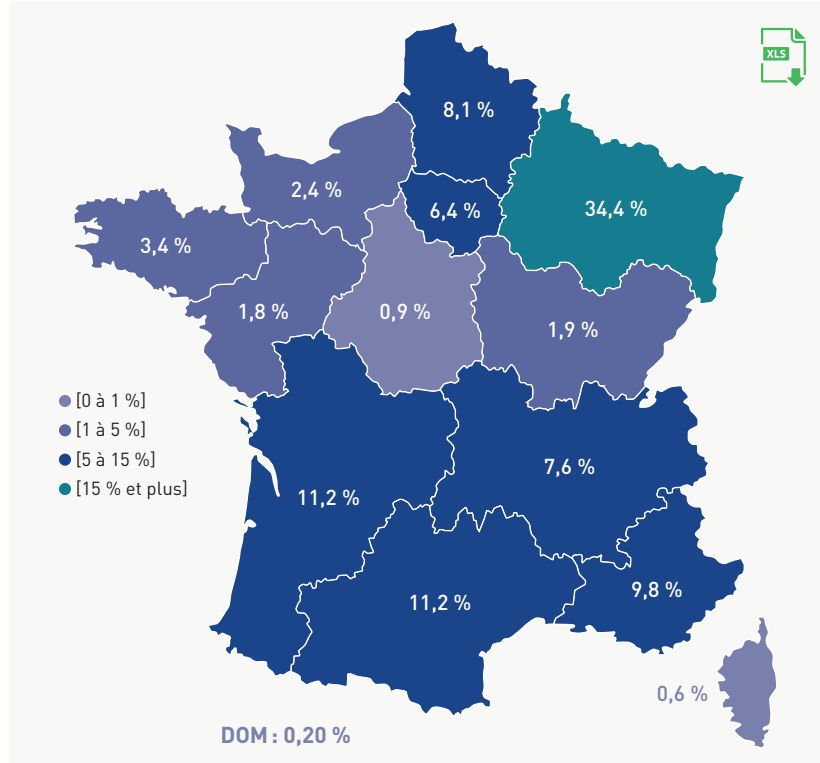
Carte 1. ASSURÉS DES RÉGIMES ÉTRANGERS BÉNÉFICIAIRES DE SOINS DE SANTÉ EN FRANCE SELON LA RÉGION DES SOINS



Source : CNSE

Près de la moitié (49,1%) des assurés des régimes étrangers bénéficiaires de soins de santé sur le territoire français ont reçu des soins dans le Grand Est. Suivent les régions des Hauts-de-France (11,6%), et de Nouvelle-Aquitaine (8,4%). Ainsi en 2017, ces trois régions ont dispensé à elles seules des soins à 69,1% des assurés des régimes étrangers, la présence de nombreux **travailleurs frontaliers** expliquant une telle concentration de bénéficiaires étrangers dans les deux premières régions. La Nouvelle-Aquitaine est pour sa part plutôt concernée par les touristes et les pensionnés étrangers qui y résident. Par ordre décroissant d'importance, viennent ensuite l'Occitanie (7,1%), l'Auvergne-Rhône-Alpes (6,6%) et la Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,8%), qui accueillent dans leurs établissements de santé près d'un bénéficiaire étranger sur cinq (19,5%), parmi lesquels se trouvent essentiellement des retraités et des touristes ; la région Ile-de-France étant en 7^{ème} position.

Carte 2. DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES ÉTRANGERS EN FRANCE SELON LA RÉGION DES SOINS



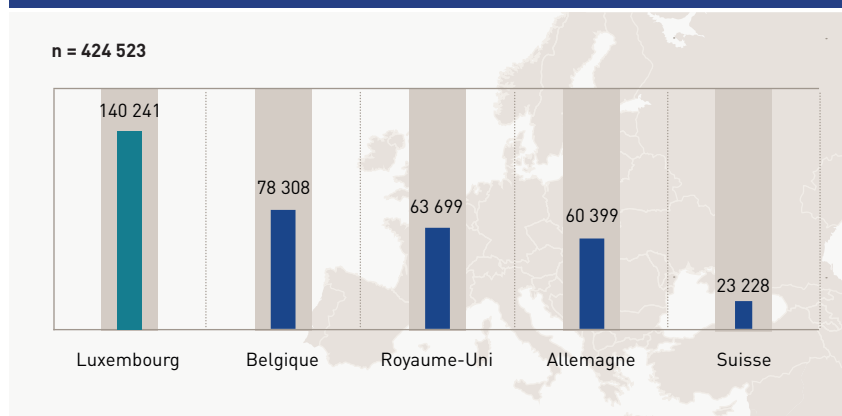
Source : CNSE

Assez naturellement la région Grand Est, compte tenu de l'effet volume (voir ci-dessus), arrive en tête des régions françaises, avec plus d'un tiers des dépenses (34,4%) de soins de santé délivrés à des assurés soumis aux législations étrangères. Le coût moyen des soins dans cette région se chiffre à 1.395€, soit le coût moyen selon les régions le moins élevé. Arrivent ensuite en proportions égales, en matière de dépenses, les régions Nouvelle-Aquitaine et Occitanie (11,2% chacune). L'Ile-de-France, bien qu'elle ne reçoive que 2,7% des bénéficiaires de soins, concentre 6,4% des dépenses et se positionne en 7^{ème} place des régions en termes de flux financiers. Elle est de fait le territoire administratif ayant le coût moyen le plus élevé de France métropolitaine : 4.660€. Ce dernier s'explique par l'impact des soins programmés, lesquels coûtent en moyenne pour l'ensemble des régions 6.628€ par assuré, soit un coût moyen très supérieur, d'une part, à celui des soins médicalement nécessaires ou urgents (2.403€) effectués lors d'un séjour temporaire en France, d'autre part, à celui des soins liés à la résidence en France (1.936€).

Prestations servies en France aux assurés affiliés aux régimes de sécurité sociale des principaux pays de l'UE-EEE-Suisse

La majorité des personnes qui ont bénéficié de prestations en 2017 sur le territoire français relèvent de régimes étrangers de sécurité sociale de pays frontaliers de la France.

Graphique 1. PRINCIPAUX PAYS D’AFFILIATION DES ASSURÉS DE L’UE-EEE-SUISSE SELON LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES

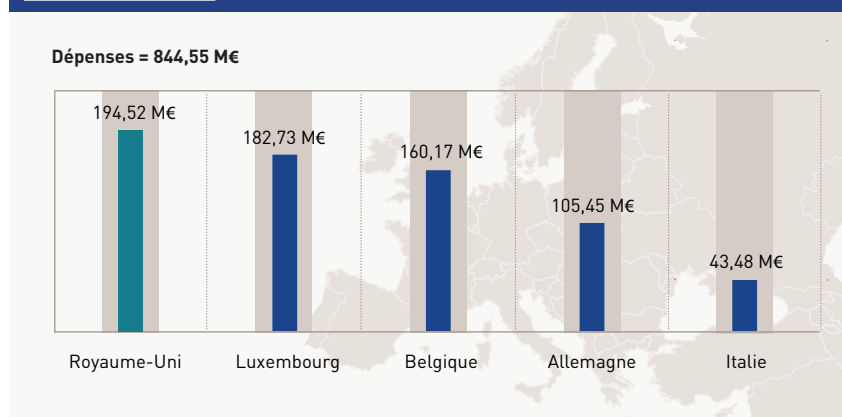


Source : CNSE



Depuis 2009, les assurés des régimes étrangers qui bénéficient de soins en France viennent des quatre mêmes pays d'affiliation : Luxembourg, Belgique, Royaume-Uni et Allemagne. En 2017, ils se partagent respectivement 33,0%, 18,4%, 15,0% et 14,2% des effectifs. La Suisse, avec 5,5%, apparaît pour la deuxième année consécutive au 5^{ème} rang. Ces cinq pays rassemblent 86,2% des bénéficiaires étrangers. Pour l'Allemagne, la Belgique, le Luxembourg et la Suisse, la majeure partie des bénéficiaires sont des frontaliers, c'est-à-dire des travailleurs ou des pensionnés résidant en France mais affiliés au système de sécurité sociale de l'un de ces quatre pays, ainsi que dans une moindre mesure, des assurés (allemands, belges et suisses) en séjour temporaire en France. Quant au Royaume-Uni, pour l'essentiel ce sont des frontaliers ou des ex-travailleurs en maintien de droits, ainsi que des retraités et leurs familles installés en France, et des touristes.

Graphique 2. PRINCIPAUX PAYS D’AFFILIATION DES ASSURÉS DE L’UE-EEE-SUISSE SELON LE MONTANT DES DÉPENSES



Source : CNSE



Au sujet des dépenses des assurés des régimes de l'UE-EEE-Suisse engagées en France, on retrouve logiquement, bien que dans un ordre différent, les quatre premiers pays : le Royaume-Uni étant en tête avec 23,0% des dépenses. Suivent le Luxembourg (21,6%), la Belgique (19,0%) et l'Allemagne (12,5%), l'Italie (5,2%) prenant ici la place de la Suisse (en 7^{ème} position pour les dépenses). Ces cinq pays regroupent près de 81,3% des dépenses engagées. Depuis 2009, aussi bien en matière de dépenses que de bénéficiaires étrangers de soins de santé en France, nous retrouvons systématiquement les quatre mêmes pays. L'Italie et les Pays-Bas alternent entre la 5^{ème} et 6^{ème} place, la Suisse venant depuis 2016 s'insérer dans le classement.

Pour les assurés des pays de l'UE-EEE-Suisse, la majorité des dépenses en France concernent des soins liés à la résidence...

Pour les assurés des régimes de sécurité sociale des États de l'UE-EEE-Suisse, **les soins liés à la résidence** ❶ en France représentent plus des trois

quarts (77,7%) des dépenses de santé pour 82,9% de l'ensemble des bénéficiaires. Quant aux **soins médicalement nécessaires** ❶, ils correspondent au

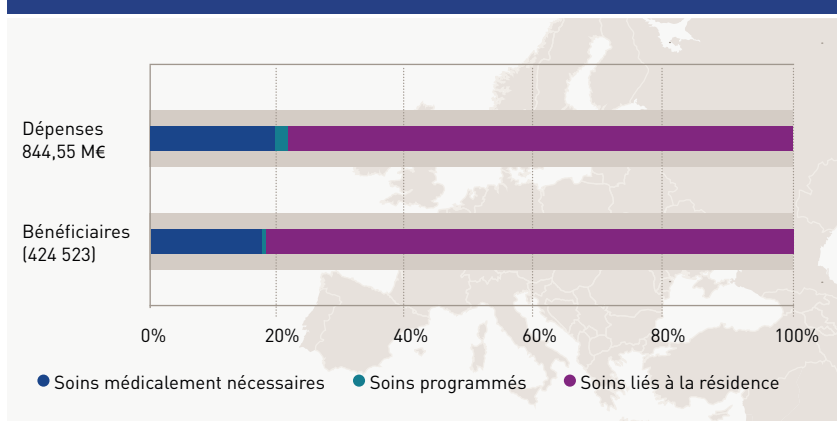
cinquième (19,7%) des dépenses, **les soins programmés** ❶ seulement à 2,7%. Cette répartition est quasi identique à l'année précédente.

Pour les assurés résidant en France, les bénéficiaires de soins sont essentiellement des frontaliers travaillant au Luxembourg (39,2%), en Belgique (19,4%), en Allemagne (15,1%), au Royaume-Uni (13,2% - voir explication page précédente/Graphique 1) et en Suisse (5,6%).

Les assurés des régimes étrangers des États de l'UE-EEE-Suisse ayant reçu des soins en France lors d'un séjour temporaire arrivent principalement du Royaume-Uni (24,9%), d'Italie (15,1%), de Belgique (12,2%), d'Allemagne (10,5%) et des Pays-Bas (7,2%).

Enfin, à propos des soins programmés, trois pays envoient sur le territoire français davantage de patients que les autres pays européens : la Belgique (45,5%), le Luxembourg (23,7%) et l'Italie (17,6%). Ceux-ci totalisent 86,8% des créances correspondant à des soins programmés.

Graphique 3. SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DE L'UE-EEE-SUISSE EN FRANCE SELON LA TYPOLOGIE DES SOINS

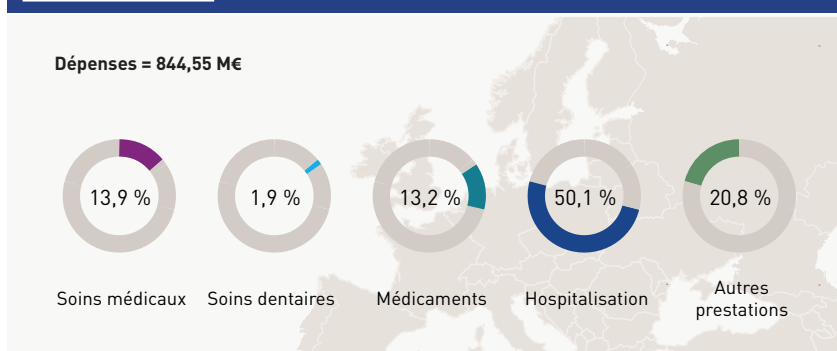


Source : CNSE



... et les dépenses sont majoritairement liées à des hospitalisations.

Graphique 4. RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ DES ASSURÉS DE L'UE-EEE-SUISSE EN FRANCE PAR NATURE DE SOINS



Source : CNSE



Note de lecture : la ventilation par nature de soins n'est possible que pour les remboursements sur facture, qui représentent quasiment 100% des dépenses pour les assurés de l'UE-EEE-Suisse. N'ont pu être ventilés les 17.261€ de contrôles médicaux.

De manière générale, la moitié (50,1%) des dépenses de santé des assurés des régimes étrangers des pays de l'UE-EEE-Suisse en France se rapportent à une hospitalisation. Le 2^{ème} poste de dépenses (20,8%) correspond à la catégorie « **autres prestations** ❶ » qui se rattachent essentiellement aux prestations liées à une hospitalisation. Suivent les soins médicaux (13,9%), les médicaments (13,2%) et pour finir les soins dentaires (1,9%). Sauf la permutation des soins médicaux et des médicaments, la répartition des dépenses est quasiment semblable à celle des années antérieures.

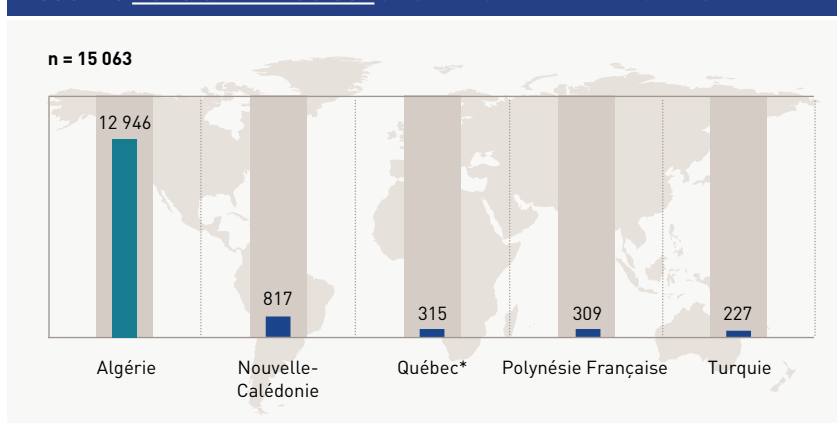
Prestations servies en France aux assurés affiliés aux régimes de sécurité sociale des principaux pays hors UE-EEE-Suisse

Concernant les bénéficiaires, on retrouve essentiellement l'Algérie avec près de 86,0% des bénéficiaires de soins de santé sur le territoire français. Suivent

la Nouvelle-Calédonie (5,4%), le Québec* (2,1%), la Polynésie française (2,1%) et la Turquie (1,5%). Il est à noter que 99,7% des assurés

relevant du régime algérien et la totalité des assurés du régime turc sont des résidents en France, au même titre, mais dans une moindre mesure, que les assurés du régime québécois (81,6%) et polynésiens (66,7%). De leur côté, les assurés relevant du régime calédonien ont reçu des soins en France selon une répartition plus équilibrée : 42,2% au titre de **soins urgents** **i**, 14,0% au titre de soins programmés et 43,8% au titre de soins liés à la résidence.

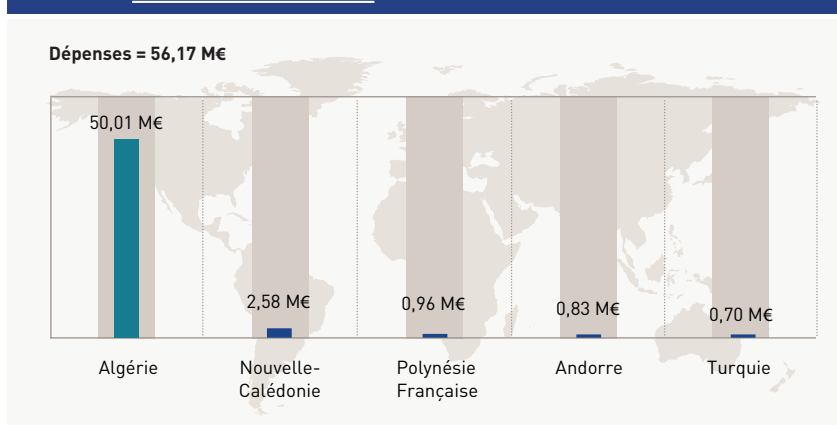
Graphique 5. PRINCIPAUX PAYS OU TERRITOIRES D’AFFILIATION DES ASSURÉS HORS UE-EEE-SUISSE SELON LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES



Source : CNSE



Graphique 6. PRINCIPAUX PAYS OU TERRITOIRES D’AFFILIATION DES ASSURÉS HORS UE-EEE-SUISSE SELON LE MONTANT DES DÉPENSES



Source : CNSE



La créance française sur l'Algérie représente 89,0% du total des dépenses des assurés des régimes hors UE-EEE-Suisse. Presque la totalité de celle-ci (97,7%), soit près de 49 millions d'€, résulte de la valorisation des créances forfaitaires présentées à l'Algérie pour les années 2014 et 2015.

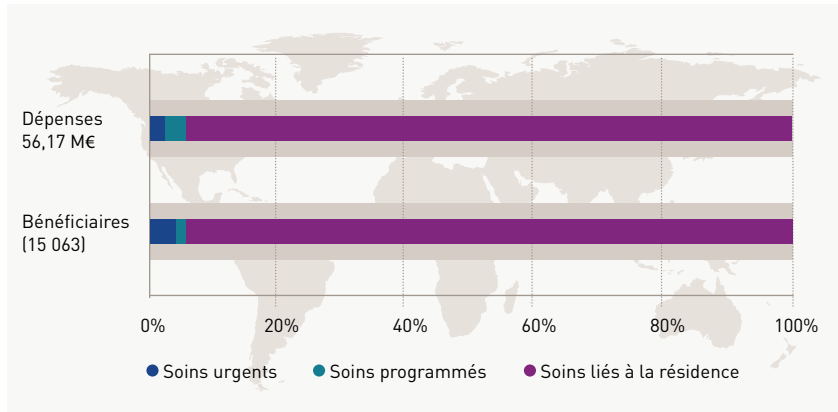
Viennent ensuite la Nouvelle-Calédonie (4,6%), la Polynésie française (1,7%), Andorre (1,5%) et la Turquie (1,2%). L'ensemble des autres pays ou territoires liés à la France par un accord international de sécurité sociale globalisent à peine 2,0% des dépenses, soit un montant totalisant 1,10 million d'€.

* Y compris le protocole d'entente du 19 décembre 1998 entre la France et le Québec relatif à la protection sociale des élèves et étudiants et des participants à la coopération

Pour les assurés des pays hors UE-EEE-Suisse, la majorité des dépenses en France concernent aussi les soins liés à la résidence...

Pour les assurés relevant de régimes de sécurité sociale des pays hors UE-EEE-Suisse, la part des dépenses des soins de santé liées à la résidence est encore plus marquée que pour les pays européens, car supérieure à cette dernière de 16,6 points, ce qui représente 94,3% des flux financiers pour 94,7% des bénéficiaires. Pour l'essentiel, il s'agit d'assurés du régime algérien (90,5%). En revanche, les soins urgents dans le cadre d'un séjour temporaire, soit 2,2% des dépenses et 3,3% des bénéficiaires, prennent en l'espèce une proportion plus relative que celle constatée pour la zone Europe ; la majorité des patients bénéficiaires de ce type de soins se partage quasi totalement entre la Nouvelle-Calédonie (70,4%), la Polynésie française (15,9%) et le Québec (8,6%). De même, dans des proportions également réduites, les soins programmés correspondent à 3,5% des dépenses pour 2,0% des bénéficiaires relevant des régimes andorran (38,0%), néo-calédonien (37,4%), algérien (10,8%) et polynésien (7,2%).

Graphique 7. SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS HORS UE-EEE-SUISSE EN FRANCE SELON LA TYPOLOGIE DES SOINS

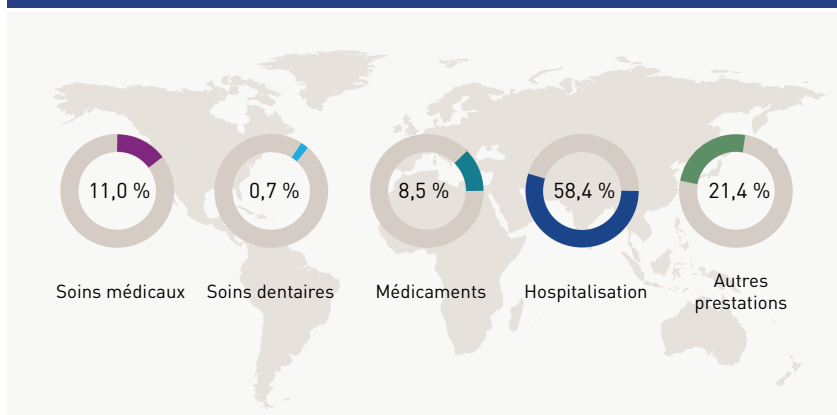


Source : CNSE



... et les dépenses sont, à l'instar des pays européens, majoritairement liées à des hospitalisations.

Graphique 8. RÉPARTITION DES DÉPENSES DES ASSURÉS HORS UE-EEE-SUISSE EN FRANCE PAR NATURE DE SOINS



Source : CNSE



Comme pour les pays européens, la ventilation des soins de santé des assurés relevant de législations de pays hors UE-EEE-Suisse est marquée par une prépondérance des dépenses liées à l'hospitalisation (58,4%). Le 2^{ème} poste des dépenses (21,4%) est également celui des « autres prestations » (principalement liées à une hospitalisation) ; suivent les soins médicaux (11,0%), les médicaments (8,5%) et les soins dentaires représentant toujours la part la plus faible des dépenses (0,7%).

Note de lecture : la ventilation par nature de soins n'est possible que pour les remboursements sur facture, soit 11,3% des dépenses (6,32 millions d'€) pour les assurés hors UE-EEE-Suisse. N'ont pu être ventilés les 563,50€ de contrôles médicaux et les 49,85 millions d'€ de créances forfaitaires présentées par l'Algérie (48,85 millions d'€), la Serbie (0,09 million d'€), la Turquie (0,54 million d'€) et Wallis-et-Futuna (0,38 million d'€).

Dans ce chapitre, l'analyse portera sur les prestations servies par les caisses étrangères aux assurés des régimes français de sécurité sociale, et, prises en charge par la France dans le cadre de la coordination ou de la législation française interne

Les dépenses concernent les soins de santé reçus à l'étranger par des assurés des régimes français, que ce soit dans le cadre des règlements européens, des conventions bilatérales et des décrets de coordination, ou encore sur le territoire d'un État qui n'est pas lié avec la France par un quelconque accord en matière de sécurité sociale. Si les textes le prévoient, les dépenses des assurés des régimes français sont supportées par le pays des soins puis remboursées par la France aux pays étrangers. Dans le cas contraire, les soins sont rembour-

sés directement aux assurés par les caisses d'affiliation, sur présentation des factures, lorsqu'ils reviennent en France. Dans cette seconde hypothèse, le montant remboursé ne pourra excéder celui qui aurait été alloué par l'institution française compétente si les soins avaient été dispensés en France.

Outre les données collectées correspondant aux dépenses effectuées dans le cadre de la coordination, le CNSE fournit également des données se rapportant à la prise en charge des

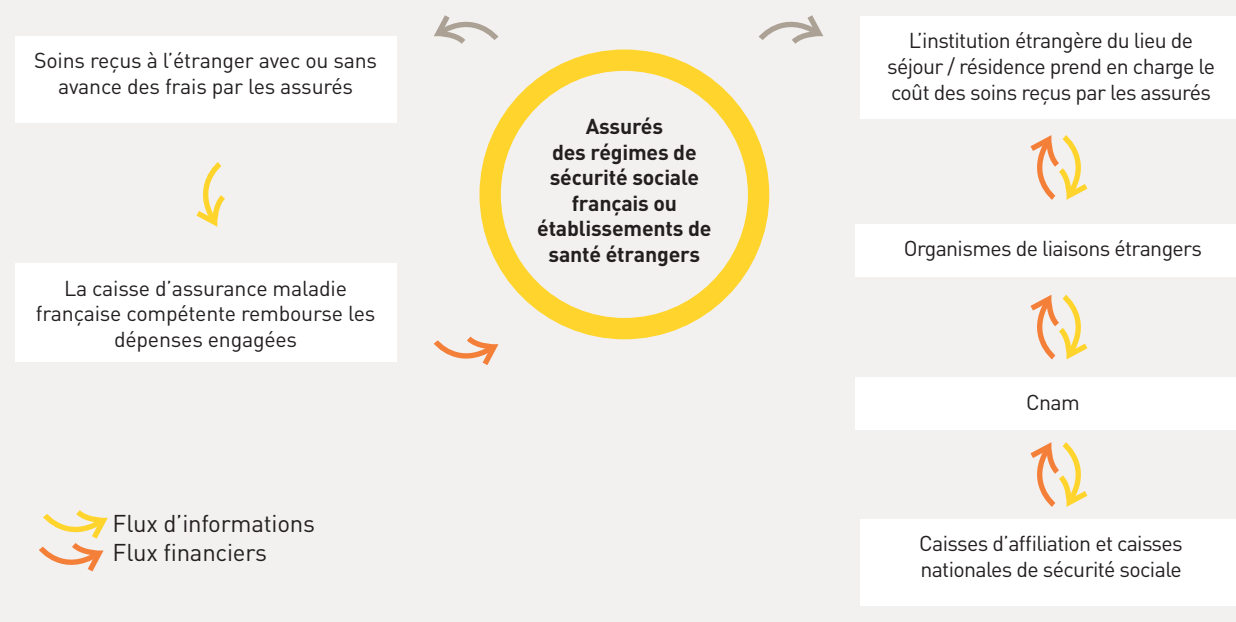
prestations dans le cadre de la directive 2011/24/UE relative aux soins transfrontaliers et de la législation interne ; de même que la CCMSA (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole), la Sécurité sociale des indépendants (ex-RSI), et certains régimes spéciaux (Cavimac, Enim, MGEN, Chemins de fer secondaires, Clercs de notaire, RATP, SNCF). Les sommes réglées dans le cadre des conventions transfrontalières sont également prises en compte.

Encadré 2. DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ À L'ÉTRANGER DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS

CIRCULATION DES FLUX (D'INFORMATIONS ET FINANCIERS) ENTRE L'ÉTRANGER ET LES INSTITUTIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISES

1^{er} circuit : remboursements au titre de la législation interne lorsque la coordination n'a pas été appliquée, lorsque les pays ne sont pas liés à la France par un accord de sécurité sociale et en cas d'application des conventions de coopération sanitaire ou médico-sociale, ou de la directive 2011/24/UE (soins ambulatoires).

2^e circuit : les prestations sont servies pour des soins de santé par l'institution de sécurité sociale du lieu de séjour ou de résidence et sont ensuite remboursées par la France, sur la base de factures ou de forfaits, en application des accords internationaux de sécurité sociale. Il s'agit des remboursements dans le cadre de la coordination.



Source : CNSE

Tableau 4. REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTÉ REÇUS À L'ÉTRANGER PAR DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS (EN EUROS)

Pays	Circuit 1		Circuit 2		Total		Montant moyen (hors frais de gestion)
	Bénéficiaires	Dépenses	Bénéficiaires	Dépenses	Bénéficiaires	Dépenses	
UE-EEE-Suisse	224 996	112 794 689	233 906	260 685 122	458 902	373 479 811	792
Hors UE-EEE-Suisse	110 276	33 533 541	414 525	188 746 088	524 801	222 279 629	403
TOUS PAYS	335 272	146 328 230	648 431	449 431 210	983 703	595 759 440	584
dont frais de gestion UE-EEE-Suisse				10 114 908		10 114 908	
dont frais de gestion hors UE-EEE-Suisse				10 699 023		10 699 023	
Montant moyen (hors frais de gestion)		436		661		584	

Source : CNSE

En 2017, 983.703 assurés des régimes français ont reçu des soins à l'étranger pour un montant remboursé d'environ 595,76 millions d'€.

335.272 assurés, c'est-à-dire plus d'un tiers de l'effectif (34,1%), ont, soit dû avancer le coût de leurs soins, ensuite remboursés à leur retour en France, soit vu leurs soins pris en charge par leurs caisses françaises d'affiliation, en application des conventions de coopération sanitaire ou médico-sociale transfrontalières. Ainsi, dans le cadre du « circuit 1 », les caisses françaises de sécurité sociale ont remboursé près de 146,33 millions d'€ de dépenses de soins à l'étranger, dont plus des deux tiers (67,1%) des bénéficiaires et 77,1% des remboursements concernent des soins reçus dans les États de l'UE-EEE-Suisse. Il est à préciser qu'en plus de ces paiements, le CNSE a remboursé en 2017 près de 136,70 millions d'€ pour des factures de placements en établissements non conventionnés, en Belgique et en Suisse, de 2.974 assurés personnes handicapées. Pour l'heure, le CNSE enregistre à tort ces frais de placements de patients à l'étranger dans la catégorie des soins programmés en hospitalisation.

Le CNSE assure également le remboursement des soins de santé dans le cadre de la coordination, c'est-à-dire le remboursement à ses homologues étrangers des soins effectués et pris en charge sur

leurs territoires (circuit 2). En 2017, il a ainsi remboursé un montant de 449,43 millions d'€ pour 648.431 bénéficiaires. 36,1% de ces assurés ont reçu des soins à l'étranger dans les États de l'UE-EEE-Suisse, pour un coût représentant 58,0% des remboursements effectués dans le cadre de la coordination.

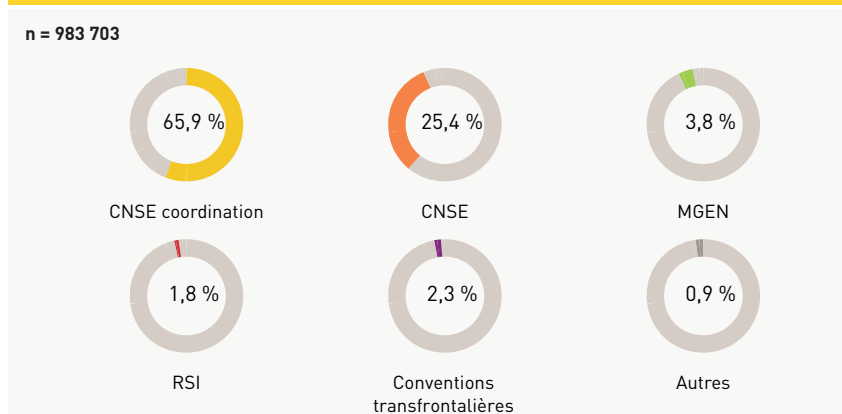
Les remboursements effectués au titre des soins de santé à l'étranger pour les assurés des régimes français ont coûté, hors frais de gestion, en moyenne 584€ par bénéficiaire (soit 60€ de plus qu'en 2016). Dans le détail, pour le « circuit 1 », le montant moyen remboursé augmente de 90,9% (+207€) par rapport à celui de 2016 (436€ en 2017 contre 229€ en 2016), tandis que pour le « circuit 2 », le montant moyen a diminué de 5,7% (-40€) par rapport à l'année dernière (661€ en 2017 contre 701€ en 2016).

Il est à noter que, pour la France, la charge financière, en matière de remboursement, pèse plus pour les assurés des régimes français qui ont été soignés dans les pays de l'UE-EEE-Suisse (62,7% des dépenses totales) que pour ceux qui ont été soignés en dehors de l'Europe, et ce, malgré un nombre de bénéficiaires plus important hors Europe (UE-EEE-Suisse : 46,7% ; Hors UE-EEE-Suisse : 53,3% ; soit +65.899 bénéficiaires). En conséquence, et cette observation vaut depuis 2009, le coût moyen des dépenses de santé à l'étranger est très supérieur

dans l'UE-EEE-Suisse : en 2017 il représente près de 2 fois celui des pays hors UE-EEE-Suisse. Par ailleurs, il faut également observer que :

- le coût moyen des dépenses de santé remboursées pour les soins dispensés aux assurés des régimes français au sein des pays de l'UE-EEE-Suisse a augmenté de 31,2% en 2017 par rapport à 2016 (792€ en 2017 contre 603€ en 2016, soit +189€) ;
- le coût moyen des dépenses de santé remboursées pour les soins dispensés aux assurés des régimes français dans un pays étranger en dehors de l'UE-EEE-Suisse a diminué de 7,6% en 2017 par rapport à 2016 (403€ en 2017 contre 436€ en 2016, soit -33€).

Graphique 9. RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES SELON L'ORGANISME QUI A REMBOURSÉ LES SOINS



Source : CNSE

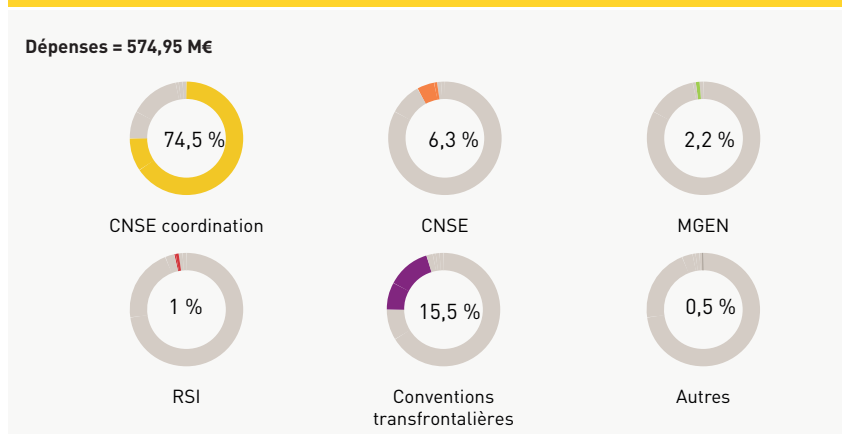


Dans le cadre de la coordination, le CNSE a remboursé aux organismes partenaires étrangers les trois quarts (74,5%) du montant global des remboursements effectués en 2017 pour des soins prodigués à près des deux tiers (65,9%) de l'ensemble des bénéficiaires.

Dans le cadre des règlements européens (circuit 2), le montant moyen, hors frais de gestion, des soins remboursés s'élève à 1.071€. Dans le cadre des conventions, le montant moyen remboursé, hors frais de gestion, chute à 430€.

Le CNSE qui aussi rembourse directement les assurés du régime général sur présentation des factures, a ainsi indemnisé 25,4% de l'ensemble des bénéficiaires pour un montant qui correspond à 6,3% du total des paiements 2017.

Graphique 10. RÉPARTITION DES DÉPENSES SELON L'ORGANISME QUI A REMBOURSÉ LES SOINS



Note de lecture :

Montants hors frais de gestion

CNSE Coordination : remboursement par le CNSE dans le cadre de la coordination

CNSE : Centre National des Soins à l'Étranger

MGEN : Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

Sécurité sociale des indépendants (ex- RSI)

Conventions transfrontalières

Autres :

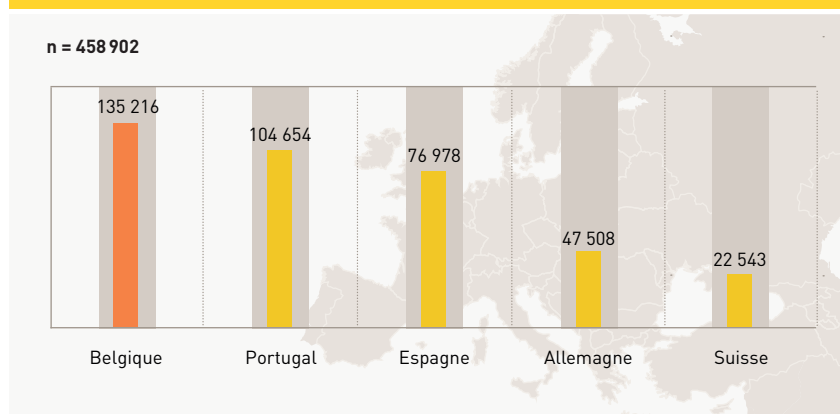
- Cavimac (Culte)
- CCMSA (Régime agricole)
- Enim (Marins)
- RATP
- SNCF

Prestations servies dans les principaux pays de l'UE-EEE-Suisse aux assurés des régimes français

L'année 2017 ne fait pas exception à la règle selon laquelle les assurés des régimes français, dans le cadre de la mobilité internationale, sont bénéficiaires de soins à l'étranger essentiellement dans les pays frontaliers de la France et dans les pays avec lesquels un fort lien historique existe, ou encore dans les territoires francophones localisés en outre-mer. Cette observation générale cache, néanmoins, d'importantes variations selon le pays ou territoire dans lequel les soins sont prodigués. Les graphiques 11 à 18 mettent en lumière la particularité des dépenses des assurés des régimes français à l'étranger.

Les dépenses de soins de santé dans les États de l'UE-EEE-Suisse pour les assurés des régimes français sont essentiellement engagées dans les principaux pays voisins et frontaliers de la France...

Graphique 11. PRINCIPAUX PAYS DE L'UE-EEE-SUISSE D'ACCUEIL DES SOINS DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS SELON LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES



Source : CNSE



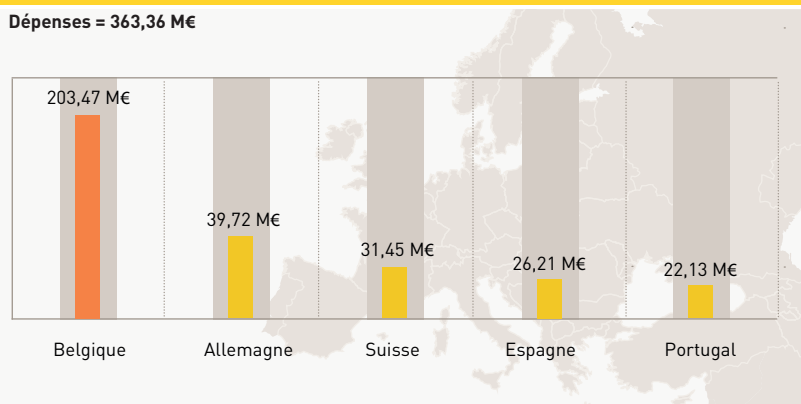
En 2017, tout comme les huit années précédentes, les assurés des régimes français ont été nombreux à recevoir des soins dans les pays frontaliers et dans les pays avec lesquels des migrations importantes ont eu lieu par le passé. La Belgique totalise ainsi un nombre de 135.216 assurés français bénéficiaires de soins de santé sur son territoire (soit 29,5%). Suivent le Portugal (22,8%), l'Espagne (16,8%), l'Allemagne (10,4%) et la Suisse (4,9%). Ces cinq pays regroupent 84,3% des assurés des régimes français soignés hors de France au sein de la zone UE-EEE-Suisse, tandis que les 26 autres pays se partagent les 15,7% de bénéficiaires restants.

Les soins aux assurés des régimes français reçus en Belgique sont pour plus

d'un tiers (34,6%) des soins nécessaires au cours d'un séjour temporaire, pour 44,6% des soins programmés, enfin pour un cinquième (20,8%) des soins à des bénéficiaires qui y résident ; ce qui fait de la Belgique, parmi les cinq principaux pays ci-dessus, l'État ayant la répartition des soins de santé aux assurés français la plus diversifiée. A contrario, la quasi-totalité des soins de santé prodigués au Portugal pour la population en question ont été des soins nécessaires au cours d'un séjour temporaire (99,2%). Pour les trois autres États européens la typologie des soins reste marquée mais à un niveau moins important : en Espagne, sur les 76.978 assurés français, 83,7% ont été traités au cours d'un séjour temporaire, 13,6% dans le cadre

de soins programmés et 2,7% des bénéficiaires au titre de leur résidence dans cet État ; en Allemagne, la répartition est respectivement de 62,2%, 2,7%, 35,2%, et pour la Suisse, 83,3%, 5,2% et 11,5%. À noter qu'en Espagne et au Portugal y résident des milliers de retraités des régimes français de sécurité sociale dont les dépenses de santé sont remboursées, dans le cadre de la coordination, sous forme de forfaits. En 2017, contrairement aux années antérieures, ces deux pays n'ont présenté à la France quasiment aucune dette forfaitaire, ce qui explique la très faible part des soins liés à la résidence en nombre de bénéficiaires (voir plus haut), mais aussi en montants dépensés (voir graphique 12).

Graphique 12. PRINCIPAUX PAYS DE L'UE-EEE-SUISSE D'ACCUEIL DES SOINS DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS SELON LE MONTANT DES DÉPENSES



Source : CNSE

Note de lecture : montants hors frais de gestion



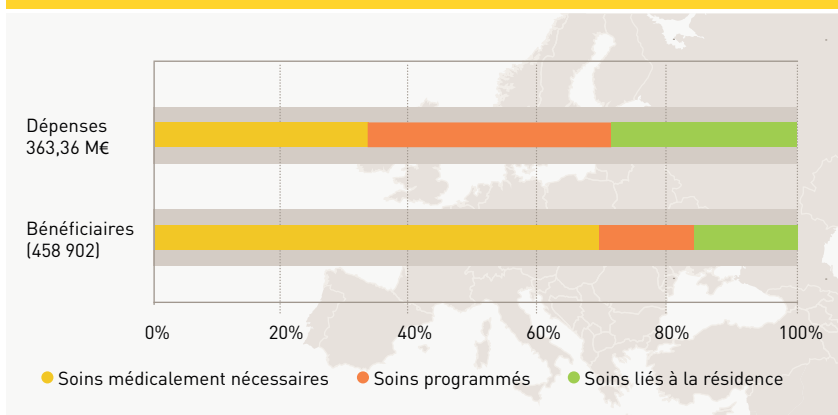
Les cinq États ci-dessus totalisent, au sein de la zone Europe, 88,9% des remboursements effectués par la France, pour des soins de santé prodigués sur leurs territoires à des assurés des régimes français de sécurité sociale. Les paiements s'échelonnent de 22,13 millions d'€ pour le Portugal à 203,47

millions d'€ pour la Belgique. Par rapport au graphique précédent qui porte sur le nombre de bénéficiaires, à l'exception de la Belgique restée en première place des pays d'accueil, l'ordre des pays est modifié. Si le Portugal passe de la 2^{ème} place pour le nombre de bénéficiaires à la 5^{ème} place pour les

dépenses, c'est en raison du recours quasi exclusif (voir commentaire graphique 11) aux soins nécessaires ou urgents, dont le coût très faible est lui-même en-dessous du coût moyen concerné pour l'ensemble des États de l'UE-EEE-Suisse (voir ci-après). Ils constituent pratiquement l'ensemble (98,6%) des dépenses des assurés français au cours de séjours temporaires dans ce pays. Le recul moins prononcé de l'Espagne est dû aux mêmes phénomènes. Quant à l'avancement de rang de l'Allemagne et de la Suisse, il peut s'expliquer en raison d'une typologie de soins légèrement plus différenciée que celle des deux pays précédents, et du coût des soins, particulièrement ceux liés aux soins programmés, qui y sont très importants (réciproquement 5.784€ et 9.793€), et pour la plupart (excepté pour l'Allemagne, les soins liés à la résidence : 1.195€) très supérieurs aux coûts moyens constatés pour l'ensemble des États de l'UE-EEE-Suisse (voir ci-après).

La majorité des dépenses de santé des assurés des régimes français dans les États de l'UE-EEE-Suisse sont liées à des soins programmés, alors que la plupart des actes sont liés à des soins médicalement nécessaires...

Graphique 13. SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DANS LES ÉTATS DE L'UE-EEE-SUISSE SELON LA TYPOLOGIE DES SOINS



Source : CNSE

Note de lecture : montants hors frais de gestion



Pour les assurés sociaux français ayant eu recours, hors de France, à des soins de santé au sein des États de l'UE-EEE-Suisse, 38,4% des dépenses se rapportent à des soins programmés

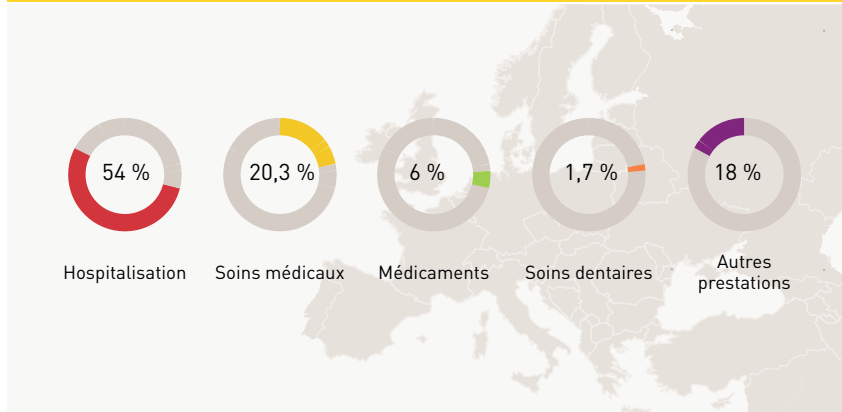
pour 16,3% des bénéficiaires, alors que plus des deux tiers (70,4%) des bénéficiaires de soins ont généré plus d'un tiers (33,9%) des remboursements qui ont trait aux soins médicalement

nécessaires ou urgents dispensés durant un séjour temporaire. Quant aux soins liés à la résidence, alors qu'il y a encore deux ans et les années précédentes, ils constituaient, pour le moins en montants, le principal type de soins de santé, en 2017, ils ne touchent que 13,2% des bénéficiaires pour 27,7% des dépenses.

A noter que le montant moyen 2017 pour les soins des assurés français dans les États de l'UE-EEE-Suisse est de 792€. Cependant, cette moyenne générale cache de grandes disparités entre les types des soins qui varient fortement, allant de 381€ pour les soins médicalement nécessaires ou urgents, à 1.655€ pour ceux liés à la résidence et à 1.862€ pour les soins programmés, ces derniers étant en moyenne les plus coûteux.

... et les dépenses sont principalement engagées pour des soins hospitaliers.

Graphique 14. RÉPARTITION DES DÉPENSES DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS AU SEIN DE L'UE-EEE-SUISSE PAR NATURE DE SOINS



Plus de la moitié (54,0%) des dépenses de santé des assurés des régimes français ayant reçu des soins hors de France dans les États de l'UE-EEE-Suisse sont liées à une hospitalisation. Viennent ensuite les soins médicaux (20,3%) et « autres prestations » (18,0%), les médicaments et les soins dentaires totalisant à peine 7,7% des dépenses.

Source : CNSE

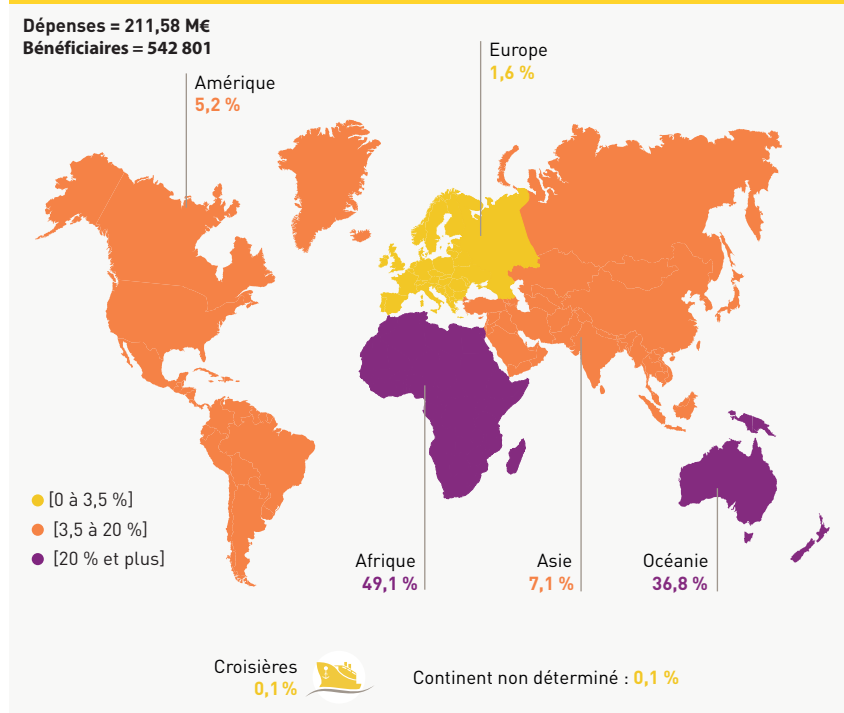


Note de lecture :

la ventilation par nature de soins n'est possible que pour les remboursements sur facture, qui représentent, hors frais de gestion, 98,2% des dépenses, soit 356,64 millions d'€, pour les assurés sociaux français se soignant dans les États de l'UE-EEE-Suisse. N'ont pu être ventilés les 6,54 millions d'€ de paiements français forfaitaires, et les 182.924€ de contrôles médicaux.

Prestations servies dans les principaux pays hors de l'UE-EEE-Suisse aux assurés des régimes français

Carte 3. DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DANS LES PAYS HORS EU-EEE-SUISSE SELON LE CONTINENT DES SOINS



Source : CNSE

Note de lecture : Montants hors frais de gestion



En 2017, 211,58 millions d'€ ont été dépensés par 524.801 assurés des régimes français pour des soins de santé dans les pays autres que ceux de la zone UE-EEE-Suisse. En 2017, comme les années précédentes, les dépenses de santé des assurés soumis à la législation française dans ces pays s'observent particulièrement, soit dans les pays ayant un fort rapport historique avec la France, soit dans les pays ou territoires francophones.

De manière générale, si l'on considère les continents dans lesquels cette population a fait des dépenses de soins de santé en 2017, c'est en Afrique que la moitié des soins (49,1%) ont été dispensés pour près des trois quarts (72,4%) des bénéficiaires. En Océanie 36,8% des soins ont concerné seulement 7,6% des assurés. Ainsi, huit assurés des régimes français sur dix ont bénéficié en 2017 de soins de santé à l'étranger sur ces deux seuls continents, totalisant 85,9% des

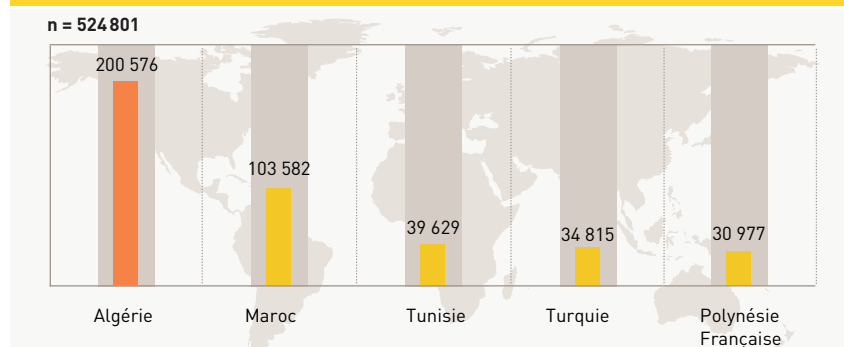
paiements. Viennent ensuite l'Asie (7,1% des dépenses pour 10,9% des bénéficiaires), l'Amérique (5,2% des dépenses pour 6,4% des bénéficiaires) et l'Europe hors règlements européens (1,6% des dépenses pour 2,0% des bénéficiaires).

Pour en revenir à l'Océanie, 18,3% des bénéficiaires ont été pris en charge en Nouvelle-Calédonie et 77,3% en Polynésie française dans le cadre des décrets de coordination signés entre la France et ces deux territoires situés dans l'océan Pacifique, et qui ont un champ d'application personnel très large, comparés aux conventions bilatérales. Ces décrets de coordination, qui recouvrent donc, dans le cadre des dettes françaises, 95,7% de bénéficiaires en Océanie pour 99,5% des remboursements français, visent entre autres les fonctionnaires civils et militaires, et les magistrats, qui y sont détachés (sauf affiliation obligatoire à la législation calédonienne en cas d'exercice d'une fonction locale supérieure à six mois), et recouvrent les mêmes situations que les règlements européens. Toutes ces spécificités, propres aux accords entre la France et ces deux territoires, et le coût local moyen des soins (voir ci-après), expliquent la forte proportion du flux financier.

Par ailleurs, il est à constater que le coût moyen des soins dispensés en Océanie est de loin le plus élevé : 1.943€ par bénéficiaire, en légère baisse (-6,4%) par rapport à l'année précédente (2.076€, soit -133€), tandis qu'en Afrique il est de 273€ (283€ en 2016), en Asie de 262€ (276€ en 2016), en Amérique de 329€ (292€ en 2016) et de 318€ en Europe hors règlements européens (309€ en 2016).

La majeure partie des dépenses de soins dans les pays hors UE-EEE-Suisse pour les assurés des régimes français est engagée dans les pays d'Afrique du nord et les pays ou territoires francophones...

Graphique 15. PRINCIPAUX PAYS OU TERRITOIRES HORS UE-EEE-SUISSE D'ACCUEIL DES SOINS DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS SELON LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES



Source : CNSE



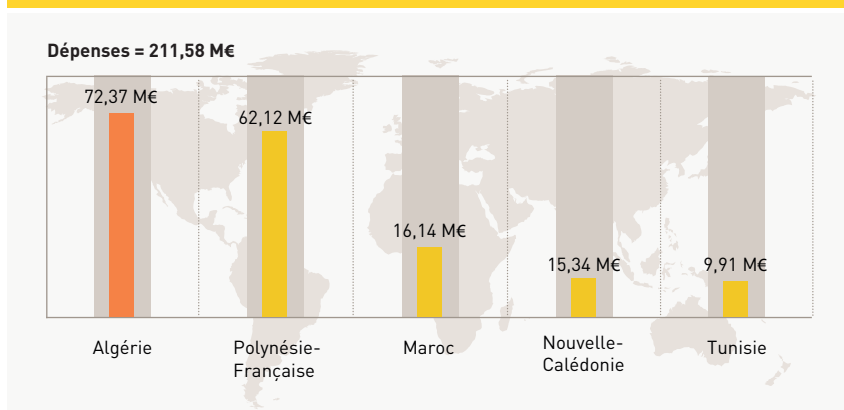
En 2017, sur l'ensemble des soins de santé à l'étranger, dans les pays hors UE-EEE-Suisse, 38,2% des assurés des régimes français ont reçu des soins en Algérie, près d'un assuré sur cinq (19,7%) au Maroc, et 7,6% en Tunisie. Ces trois pays du Maghreb regroupent ainsi près des deux tiers (65,5%)

des bénéficiaires de soins, la Turquie en ayant reçu 6,6%, la Polynésie française 5,9% ; il reste 22,0% pris en charge dans les autres pays étrangers hors EU-EEE-Suisse. S'agissant de l'Algérie, l'augmentation significative du nombre de bénéficiaires (180.170 en 2016, soit +11,3%) résulte de la

commission mixte d'apurement des comptes de sécurité sociale intervenue en avril 2017 qui a été l'occasion de régler des montants dus au titre des exercices 2016 et 2017, ainsi que des sommes dues en exécution des avances au titre des exercices 2017 et 2018. Les assurés français ayant reçu des soins de santé en Algérie sont presque exclusivement (98,4%) des résidents du pays : il s'agit surtout de pensionnés des régimes français de retour dans le pays d'origine et des membres de la famille demeurés en Algérie des travailleurs algériens occupés en France.

Au Maroc, 83,8% des bénéficiaires sont également des résidents au Maroc et 15,5% ont reçu des soins urgents au cours d'un séjour temporaire. La répartition soins à des résidents et soins urgents correspond pour la Tunisie respectivement à 76,9% et 22,2% ; pour la Turquie à 72,2% et 26,5%, et pour la Polynésie française à 91,7% et 8,1%. Pour ce qui est des soins programmés, la part des bénéficiaires est peu significative puisqu'elle est, pour chacun de ces cinq pays, inférieure à 1,3% du nombre d'assurés français bénéficiaires de soins de santé.

Graphique 16. PRINCIPAUX PAYS OU TERRITOIRES HORS UE-EEE-SUISSE D'ACCUEIL DES SOINS DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS SELON LE MONTANT DES DÉPENSES



Source : CNSE

Note de lecture :

Montants hors frais de gestion



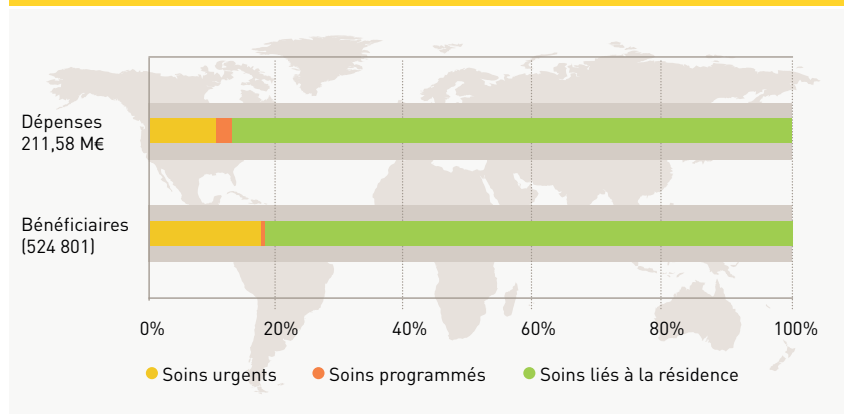
En matière de dépenses de soins, l'Algérie garde sa première position. En effet, plus d'un tiers des dépenses de santé (34,2%) ont été engagées par des assurés des régimes français dans ce pays. Mais ensuite pour les dépenses engagées, le classement des pays ou collectivités change en comparaison de celui du nombre de bénéficiaires (graphique précédent) : par ordre décroissant, figurent la Polynésie française (29,4%), le Maroc (7,6%), la Nouvelle-Calédonie (7,3%, alors qu'elle ne figurait en termes de bénéficiaires qu'en 8^{ème} place), puis la Tunisie (4,7%). Les

16,9% restants correspondent à des soins prodigués dans les autres pays étrangers hors EU-EEE-Suisse. Pour l'Algérie, la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie la quasi-totalité des remboursements (95,0% et plus) correspondent à des soins liés à la résidence. La répartition des soins prodigués au Maroc et en Tunisie en faveur des assurés sociaux français est un peu plus diversifiée : respectivement, 21,6% et 14,1% correspondent à des soins urgents au cours d'un séjour temporaire, 16,8% et 15,2% à des soins programmés et enfin 61,6% et 70,7%

concernent des résidents. Si la Polynésie française passe de la 5^{ème} place, pour les bénéficiaires, à la 2^{ème} place, derrière l'Algérie, pour les paiements, c'est en raison d'un coût moyen des soins (2.005,51€) entre cinq et treize fois plus élevé dans la collectivité d'outre-mer française que dans les autres principaux pays. Ce coût moyen dépend des types et du tarif des soins dispensés localement, mais aussi du mode de tarification qui peut être sensiblement plus élevé pour les assurés des régimes métropolitains. Cela a bien entendu une répercussion sur le montant de la dette qui est remboursée sur présentation de factures, correspondant aux dépenses réellement prises en charge par le territoire des soins. Pour la même raison, la Nouvelle-Calédonie qui a le coût moyen des soins le plus élevé (2.090,22€), peut expliquer son rang parmi les premiers pays du point de vue financier. Il est à signaler en outre que 96,5% des remboursements à l'Algérie (soit 69,81 millions d'€ sur les 72,37 millions d'€ - voir graphique 16 -) et 66,6% à la Tunisie (soit 6,60 millions d'€ sur les 9,91 millions d'€ - voir graphique 16 -) reposent sur des forfaits ; ces derniers étant établis à partir du coût moyen annuel des soins de santé dans le pays par catégorie de bénéficiaires. Il ressort qu'en 2017, le coût moyen des dépenses de santé des assurés des régimes français revient à 360,81€ en Algérie, et à 250,13€ en Tunisie. Par ailleurs, le coût moyen au Maroc revient à 155,78€ par affilié français bénéficiaire de soins.

Les dépenses de santé des assurés des régimes français dans les pays ou territoires autres que les États de l'UE-EEE-Suisse sont pour l'essentiel des soins liés à la résidence...

Graphique 17. SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DANS LES PAYS HORS DE L'UE-EEE-SUISSE SELON LA TYPOLOGIE DES SOINS



Source : CNSE

Note de lecture :

Montants hors frais de gestion

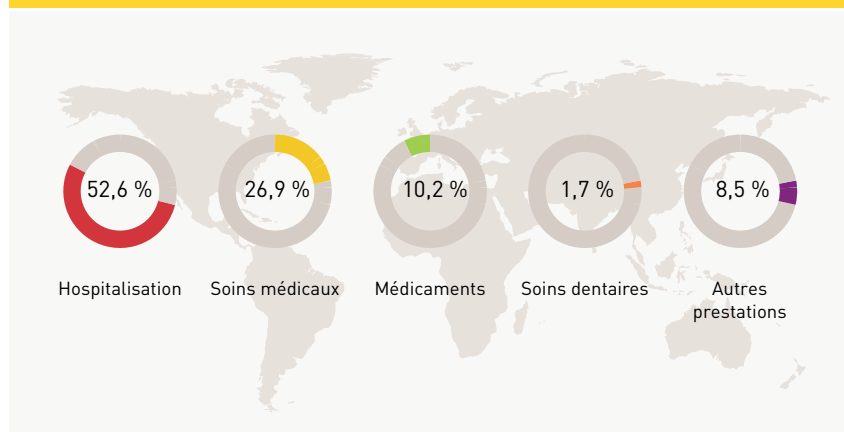


Pour les assurés des régimes français ayant eu recours à des soins en dehors de l'UE-EEE-Suisse, 86,2% des dépenses de soins sont liés à la résidence pour 82,3% des bénéficiaires ; 10,1% sont des soins urgents dispensés à 17,2% des assurés en question au cours d'un séjour temporaire ; enfin 3,8% des frais de santé sont rattachés à des soins programmés qui concernent à peine 0,5% des bénéficiaires.

La tenue de commissions mixtes en 2017 a donné lieu à la valorisation des remboursements sur base forfaitaire, entraînant mathématiquement une augmentation du nombre de bénéficiaires pour les soins liés à la résidence (Algérie, Tunisie et Turquie).

...et les dépenses de soins de santé liées à l'hospitalisation restent toujours prédominantes.

Graphique 18. RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DANS LES PAYS HORS DE L'UE-EEE-SUISSE PAR NATURE DE SOINS



Source : CNSE

Note de lecture : la ventilation par nature de soins n'est possible que pour les remboursements sur facture qui représentent en 2017, hors frais de gestion, 58,7% des remboursements, soit 124,13 millions d'€, pour les assurés sociaux français se soignant dans les pays en dehors de la zone UE-EEE-Suisse. N'ont pu être ventilés les 87,45 millions d'€ de paiements français forfaitaires et les 338€ de contrôles médicaux.



Encadré 3. LES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS À MONACO

Cette étude ne comprend aucune donnée relative aux soins dispensés à Monaco à des assurés des régimes français, alors que les dépenses sont particulièrement importantes. Ainsi, en 2017, les seules dépenses d'hospitalisation, tous régimes confondus, se sont élevées à 137,29 millions d'€, soit une diminution de 11,2% par rapport à l'année 2016 (154,62 millions d'€). 79,6% des dépenses (109,28 millions d'€) concernent des assurés affiliés à la CPAM des Alpes Maritimes. Comme les années précédentes, Monaco se classerait donc très largement en tête des pays ou territoires étrangers, hors UE-EEE-Suisse, où les assurés des régimes français ont reçu des soins au cours de l'année 2017.



La convention franco-monégasque conclue en 1952, modifiée par l'avenant de 1998, offre la particularité de permettre l'application directe de la législation du régime d'affiliation de l'assuré pour les soins reçus à Monaco. Le principe retenu par l'article 11 de la convention modifiée est celui du remboursement dans les mêmes conditions, selon les mêmes taux de remboursement et dans les mêmes limites que si les soins avaient été délivrés en France. **En conséquence, les modalités de remboursement des soins dispensés à l'étranger ne s'appliquent pas au remboursement des soins à Monaco.** Les différents organismes d'affiliation procèdent au règlement des frais d'hospitalisation, mais au lieu de rembourser directement les établissements monégasques, ils adressent leurs règlements à la CPAM de Nice qui en sa qualité de Caisse de Liaison règle ensuite les établissements hospitaliers.

Source : CPAM de Nice

Conclusion

Tout comme les années précédentes, cette étude confirme qu'en 2017, entre les dépenses des assurés des régimes français à l'étranger et celles des assurés des régimes étrangers en France, les flux humains et les remboursements de soins de santé s'opèrent essentiellement entre la France et les pays de la zone UE-EEE-Suisse, plus particulièrement ceux qui lui sont frontaliers. L'explication est à trouver évidemment du côté de la proximité géographique et la libre circulation des personnes facilitée à l'intérieur des frontières de l'Union Européenne. Dans ce contexte, les règlements européens de sécurité sociale ont pour objectif de coordonner les différents systèmes nationaux de protection sociale et d'éviter ainsi une perte de droits lorsque les personnes passent d'une législation à une autre. Quant aux pays en dehors de l'UE-EEE-Suisse, la France a conclu avec certains d'entre eux des accords bilatéraux en matière de sécurité sociale. Si les chiffres en l'espèce révèlent une moindre prédominance dans les rapports entre la France et ces pays, au-delà de l'éloignement géographique, l'explication peut également se voir dans le fait que le champ d'application personnel des conventions bilatérales est plus réduit que celui des règlements européens. Cependant, parmi les accords bilatéraux, là aussi l'étude constate, d'une part, une relation privilégiée avec ses propres territoires français situés en outre-mer et qui, en raison de leurs statuts administratifs particuliers, ont des accords de sécurité sociale proches des règlements européens ; d'autre part, que la France continue d'entretenir un rapport étroit avec les pays du Maghreb eu égard au fort lien historique commun.

ANNEXE RENONCIATION Source : CNSE

Tableau 5. MONTANTS DES REMBOURSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ AUXQUELS LA FRANCE A RENONCÉ AU COURS DE L'EXERCICE 2017

Pays	Dépenses
Belgique	11 757 €
Danemark	250 €
Irlande	3 930 €
Italie	483 €
Jersey	176 299 €
Luxembourg	81 €
Monaco	19 801 818 €
Pays-Bas	490 €
Québec	354 310 €
Royaume-Uni	3 000 €
Turquie	81 €
TOTAL	20 352 499 €

La France a signé avec plusieurs pays des accords de renonciations par lesquels les autorités compétentes des deux pays renoncent à mettre en recouvrement leurs créances réciproques en matière de soins de santé. Ainsi, en 2017, la France a renoncé à la présentation de près de 20,35 millions d'€ de créances.

Il est à noter qu'au sujet de Jersey, Monaco et du Québec, on parlera plutôt de « dispositions conventionnelles spécifiques » car la décision de ne pas mettre en recouvrement les créances a été stipulée directement dans la convention bilatérale qui lie la France et ces pays.

Glossaire

- **Accord de renonciation / disposition conventionnelle spécifique** : accord spécifique liant deux pays par lequel les autorités compétentes de ces deux pays renoncent à mettre en recouvrement leurs créances réciproques en matière de soins de santé.

- **Autres prestations** : cela inclut les soins paramédicaux, les analyses biologiques, l'optique médicale, les prothèses dentaires et l'orthodontie, la chimiothérapie, la radiothérapie, les cures thermales, les frais de transport et de déplacement, le petit et le grand appareillage, la réadaptation fonctionnelle, les séjours en instituts spécialisés et les contrôles médicaux.

- **Conventions bilatérales de sécurité sociale** [cliquez-ici](#) : Elles ont pour but de coordonner les législations de deux États ou territoires afin de garantir la continuité des droits à la protection sociale aux personnes en situation de mobilité. Actuellement la France a signé des conventions de sécurité sociale avec les 38 pays : Algérie, Andorre, Argentine, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Brésil, Cameroun, Canada, Cap-Vert, Chili, Congo, Corée, Côte d'Ivoire, États-Unis, Gabon, Guernesey-Aurigny-Herm-Jéthou, Inde, Israël, Japon, Jersey, Kosovo, Macédoine du Nord, Madagascar, Mali, Maroc, Mauritanie, Monaco, Monténégro, Niger, Philippines, Québec, Saint-Marin, Sénégal, Serbie, Togo, Tunisie, Turquie et Uruguay.

- **Conventions de coopération sanitaire ou médico-sociale transfrontalières** : accords signés entre les caisses françaises de sécurité sociale et des établissements de soins se situant dans des régions frontalières de la France.

- **Créances payées (dans le cadre de la coordination) par les organismes étrangers** : remboursement des dépenses engagées sur le territoire français par les assurés des régimes étrangers. Les créances payées une année correspondent généralement à des créances présentées par la France les années précédentes.

- **Créances présentées (dans le cadre de la coordination) par la France** : dépenses engagées sur le territoire français par les assurés des États avec lesquels des accords de sécurité sociale visant le risque maladie-maternité-paternité ou accidents du travail-maladies professionnelles ont été conclus (que ce soit dans le cadre des règlements européens, des conventions bilatérales ou des décrets de coordination) et pour lesquelles la France demande le remboursement aux États concernés.

- **Décrets de coordination** [cliquez-ici](#) : entre les régimes de sécurité sociale de France métropolitaine et des départements d'outre-mer et ceux en vigueur sur les territoires de la Nouvelle-Calédonie, de la Polynésie française et de Saint-Pierre-et-Miquelon : comme les conventions bilatérales, ces décrets ont pour objectif de coordonner les législations entre la France et les territoires en question en vue de garantir la continuité des droits à la protection sociale aux personnes en mobilité ; la principale différence étant, concernant les décrets de coordination, des champs matériel et personnel plus larges.

- **Dettes introduites (dans le cadre de la coordination) par les organismes étrangers** : dépenses engagées à l'étranger par les assurés des régimes français de sécurité sociale sur le territoire d'un État avec lequel un accord de sécurité sociale visant le risque maladie-maternité-paternité ou accidents du travail-maladies professionnelles a été conclu (que ce soit dans le cadre des règlements européens, des conventions bilatérales ou des décrets de coordination) et pour lesquelles l'État concerné demande le remboursement à la France.

- **Dettes payées (dans le cadre de la coordination) par la France** : remboursement des dépenses engagées hors du territoire français par les assurés des régimes français de sécurité sociale. Les dettes payées une année correspondent généralement à des dettes introduites par les organismes étrangers les années précédentes.

- **Directive sur les soins de santé transfrontaliers (Directive 2011/24/UE)** [cliquez-ici](#) : elle permet aux assurés des régimes français la possibilité de se faire soigner sur le territoire d'un État membre de l'UE-EEE en application des règlements européens, s'ils ont reçu une autorisation préalable

(formulaire S2) pour les soins nécessitant une hospitalisation ou le recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux spécialisés et coûteux. Dans ce cas, ils sont pris en charge dans le cadre de la coordination. S'ils ont dû faire l'avance des frais ou s'il s'agit de soins ambulatoires non soumis à autorisation préalable, dans ce cas, le remboursement est fait directement par la caisse française sur la base des tarifs de la sécurité sociale.

- **Facture (dépense réelle)** : montant des prestations en nature (soins médicaux, dentaires, médicaments, hospitalisations et autres prestations) tel qu'il ressort de la comptabilité des institutions financières, et remboursé par l'institution compétente à l'institution qui a servi des prestations.

- **Forfait** : montant des prestations en nature remboursé par les institutions compétentes aux institutions du lieu de résidence qui ont servi des prestations sur la base d'un forfait aussi proche que possible des dépenses réelles. Ce forfait est établi, pour chaque année civile, à partir du coût moyen annuel des soins de santé dans le pays.

- **Frais de gestion** : ils sont calculés en appliquant un taux qui est variable selon les pays [Algérie : 6,5% (crédit) et 8,5% (débit), Belgique : 8%, Maroc : 8%, Polynésie française : 5,25%, Turquie : 7% (crédit) et 9% (débit)] aux montants des créances présentées afin de tenir compte des frais d'administration.

- **Législation interne** : Les articles R160-1 [cliquez-ici](#), R160-2 [cliquez-ici](#) et R160-4 [cliquez-ici](#) prévoient le remboursement des soins médicalement nécessaires ou programmés dans le cadre des règlements européens ou les conventions bilatérales et les accords internationaux. L'article R761-4 [cliquez-ici](#) vise le cas particulier des détachés à l'étranger selon la législation interne et non dans le cadre des accords internationaux.

- **Règlements européens sur la coordination des systèmes de sécurité sociale** : Règlement (CE) n° 883/2004 [cliquez-ici](#) et 987/2009 [cliquez-ici](#) qui établissent les règles communes pour protéger les droits en matière de sécurité sociale des personnes se déplaçant dans les États de l'UE-EEE-Suisse, sans pour autant remplacer les systèmes nationaux par un système européen unique. L'objectif de la coordination étant de faciliter la libre circulation des personnes et d'éviter la perte de leurs droits lors de leurs déplacements en Europe, et d'assurer ainsi une forme de continuité de leur protection sociale lorsque ces personnes passent d'une législation à une autre.

- **Soins médicalement nécessaires** : prestations servies aux assurés des régimes français (touristes, pensionnés, travailleurs détachés ou étudiants) qui ont eu besoin de se faire soigner lors d'un séjour temporaire au sein d'un pays de l'UE-EEE-Suisse ou aux assurés des régimes de l'UE-EEE-Suisse qui ont eu besoin de se faire soigner lors d'un séjour temporaire sur le territoire français.

- **Soins programmés** : prestations servies aux assurés des régimes français qui se rendent à l'étranger ou aux assurés des régimes étrangers qui se rendent en France afin d'entreprendre ou de poursuivre des soins prévus. Une autorisation est alors délivrée par l'institution compétente, à savoir celle qui prendra les frais à sa charge.

- **Soins liés à la résidence** : prestations servies aux travailleurs ou retraités résidant dans un État autre que l'État d'emploi ou que l'État débiteur de la pension.

- **Soins urgents** : prestations servies aux assurés des régimes français (touristes, pensionnés, travailleurs détachés ou étudiants) qui ont eu besoin de se faire soigner lors d'un séjour temporaire en dehors de la zone UE-EEE-Suisse ou aux assurés des régimes hors UE-EEE-Suisse qui ont eu besoin de se faire soigner lors d'un séjour temporaire sur le territoire français.

- **Travailleur frontalier** : toute personne qui exerce une activité salariée ou non salariée dans un État membre et qui réside dans un autre État membre où elle retourne en principe chaque jour ou au moins une fois par semaine.

Références

Cette étude a été réalisée à partir des données du CNSE et grâce aux données collectées auprès des CPAM, de la Cavimac, la CCMSA, le CNSE, l'Enim, la MGEN, la RATP, la Sécurité sociale des indépendants (ex-RSI) et la SNCF.

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter les études réalisées sur les années antérieures. [cliquez-ici](#)

Tous les numéros de Décryptage peuvent être consultés sur le site internet du Cleiss à la rubrique « Documentation - Études et analyses »

Décryptage n° 23, mai 2019

Directeur de la publication : Philippe SANSON

Réalisation : Direction des Études Financières et Statistiques (decryptage@cleiss.fr)

Maquette : Comme un Arbre!

Cleiss - 11, rue de la Tour des Dames 75436 Paris Cedex 09 - www.cleiss.fr

Téléphone : (33) (0)1 45 26 33 41 Fax : (33) (0)1 49 95 06 50

Reproduction autorisée sauf à des fins commerciales, moyennant mention de la source.