

DÉCRYPTAGE

N° 17
SEPTEMBRE 2014

ÉTUDES ET ANALYSES DU CLEISS

CENTRE DES LIAISONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE

LES PUBLICATIONS DU CLEISS S'ENRICHISSENT
D'UN NOUVEAU SUPPORT : « REGARD SUR... ».
N'HÉSITEZ PAS À LE CONSULTER [Cliquez ici](#)

SOMMAIRE

BILAN	1
PRESTATIONS SERVIES SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS	2
PRESTATIONS SERVIES À L'ÉTRANGER	8
CONCLUSION ET ANNEXES	17
GLOSSAIRE	18
RÉFÉRENCES	19

ÉTAT DES LIEUX DES SOINS DE SANTÉ EN 2013

Cette étude traite, d'une part, les soins de santé dispensés à des assurés des régimes étrangers pris en charge par l'institution d'assurance maladie française 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 des assurés des régimes français à l'étranger, 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 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** , de l'**arrêt Vanbraekel** , des **conventions transfrontalières** ou de la **légalisation interne** .

Bilan des créances et dettes payées et présentées en 2013

TABLEAU 1
CRÉANCES ET DETTES PAYÉES ET PRÉSENTÉES EN 2013
(en millions d'euros)

	CRÉANCES PAYÉES	DETTES PAYÉES	SOLDE	CRÉANCES PRÉSENTÉES	DETTES INTRODUITES	SOLDE
UE/EEE/SUISSE	984,7	324,7	660,0	971,3	337,8	633,5
HORS UE/EEE/SUISSE	5,8	79,8	-74,0	6,1	74,8	-68,7
TOUS PAYS	990,5	404,5	586,0	977,4	412,6	564,8

Note de lecture : les créances présentées ne tiennent compte ni des dépenses effectuées mais non mises en recouvrement dans le cadre des accords de renonciation (cf. annexe tableau 4), ni des factures négatives (régularisations), cependant, des frais de gestion s'appliquent dans certains cas.

Source : Cleiss



Audrey Leseurre
decryptage@cleiss.fr

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



Au cours de l'année 2013, la France a reçu des remboursements en provenance des organismes étrangers bien plus élevés qu'elle ne leur en a versés. Le solde des dépenses de soins de santé en faveur de la France s'élève à 586 millions d'euros contre 156 millions l'année précédente. En 2013, les **dettes payées** ⓘ par le Cleiss ont atteint 404,5 millions d'euros contre 990,5 millions 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. Les principaux partenaires de la France sont les pays de l'UE-EEE-Suisse avec 984,7 millions d'euros remboursés au Cleiss par les organismes de ces pays. Cela correspond à des remboursements 3 fois plus élevés que ceux effectués par la France à ces pays (324,7 millions d'euros). De plus, il faut signaler que 99,4 % des dépenses de soins de santé remboursées au Cleiss le sont par un pays de l'UE-EEE-Suisse tandis que 80,3 % des remboursements du Cleiss le sont à destination des pays de cette zone. Les dépenses remboursées par la France à destination des pays en dehors de l'UE-EEE-Suisse sont nettement plus

importantes que celles réglées par ces mêmes pays. Ainsi, le solde des dépenses de soins de santé est débiteur de 74 millions d'euros. Les remboursements du Cleiss vers les pays situés en dehors de la zone UE-EEE-Suisse (79,8 millions d'euros) sont près de 14 fois plus élevés que ceux en provenance de ces pays (5,8 millions d'euros). L'explication réside dans le champ d'application personnel des conventions bilatérales qui est plus réduit que celui des règlements européens. Il concerne généralement les séjours temporaires dans le pays d'origine de travailleurs occupés en France ainsi que les familles et pensionnés restés dans le pays d'origine.

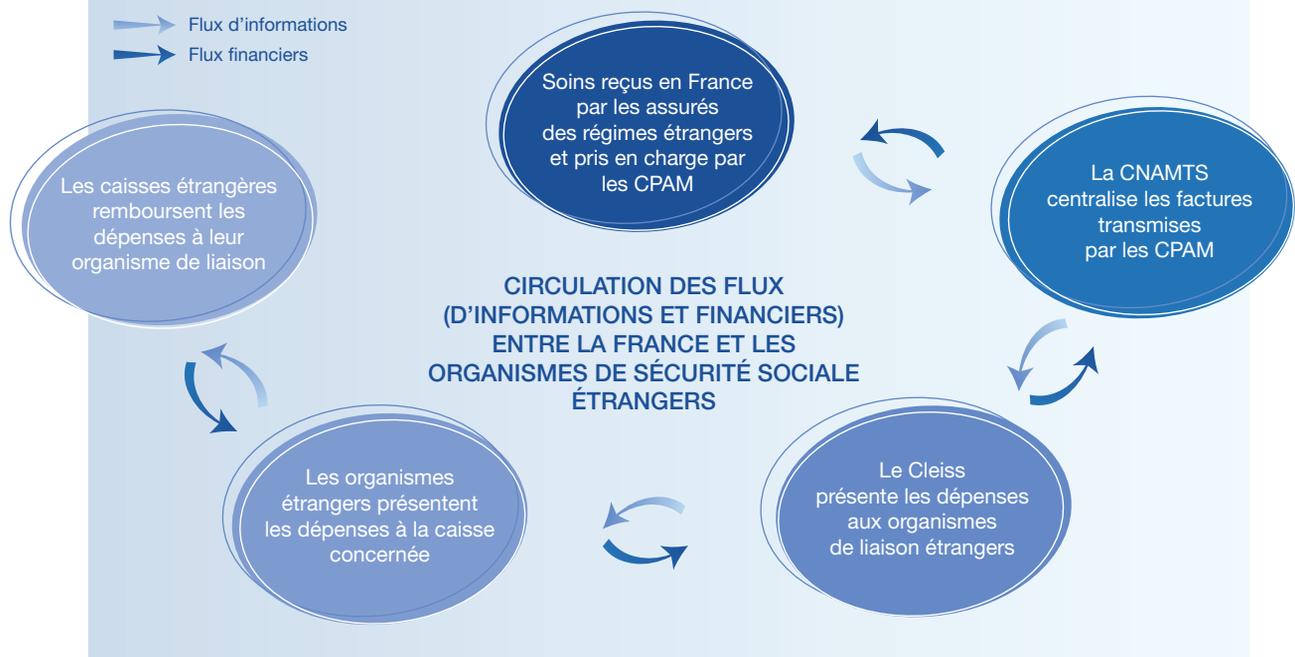
Au cours de l'année 2013, les **créances présentées** ⓘ par la France aux organismes étrangers ont atteint 977,4 millions d'euros alors que dans le même temps les **dettes introduites** ⓘ auprès de la France ont atteint 412,6 millions d'euros. 99,4 % des créances présentées par la France l'ont été à un pays de l'UE-EEE-Suisse alors que 81,9 % des dettes introduites l'ont été par ces pays. Du côté français, en 2013, les créances ont été présentées pour les prestations servies au cours du 2^{ème} semestre 2012 et du 1^{er} semestre 2013.

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

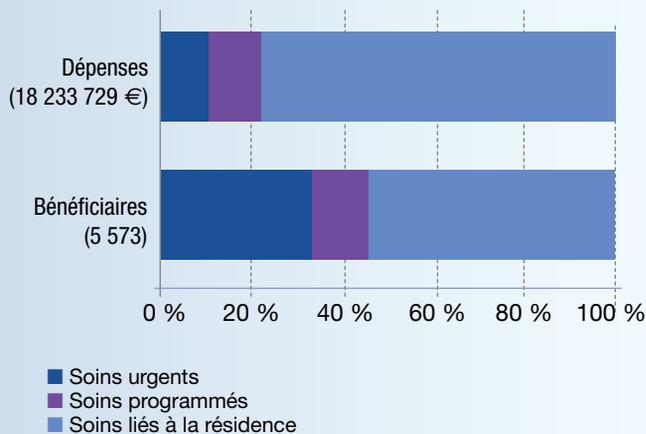
Les dépenses en France concernent les assurés des régimes étrangers qui ont reçu des soins en France pris en charge par les CPAM au titre des règlements européens, d'une convention bilatérale ou d'un décret de coordination. Le montant des dépenses de soins de santé engagées par les caisses françaises est ensuite présenté par le Cleiss à ses différents partenaires étrangers. Cela comprend également les dépenses non présentées à certains pays compte tenu des **accords de renonciation et des dispositions conventionnelles spécifiques** ⓘ en vigueur.





GRAPHIQUE 2

SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS HORS UE-EEE-SUISSE EN FRANCE SELON LE TYPE DE SITUATION



Source : Cleiss



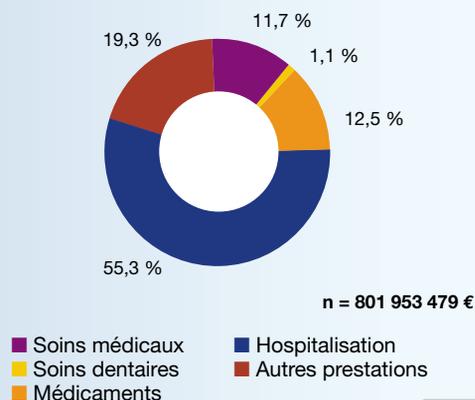
Pour les assurés venant d'un pays hors UE-EEE-Suisse, la répartition des dépenses est tout aussi marquée. Le premier poste de dépenses concerne les soins associés à la résidence (78 % des cas) puis suivent les dépenses occasionnées par des soins programmés (11 %) et celles liées aux **soins urgents** dans le cadre d'un séjour temporaire (11 %). Il faut noter cependant que la répartition des bénéficiaires est sensiblement différente. Les bénéficiaires les plus nombreux sont des résidents en France (56 %), suivis par les patients ayant reçu des soins urgents (34 %) et des assurés en soins programmés (10 %). Pour les assurés résidant en France, il s'agit essentiellement de retraités des régimes monégasque (75 %) et calédonien (11%). En ce qui concerne les bénéficiaires de soins urgents au cours d'un séjour temporaire, ce sont principalement des étudiants du régime québécois (29 %), des travailleurs et membres de leur famille en provenance des régimes calédonien (31 %) et algérien (22 %). Enfin, deux pays sont à l'origine de la quasi-totalité des patients en transferts pour soins : la Nouvelle-Calédonie (52 %) et Andorre (33 %).

La majorité des dépenses sont liées à des hospitalisations

De manière générale, 55 % des dépenses de santé des assurés des régimes étrangers en France sont liées à une hospitalisation. Le 2^{ème} poste de dépenses (19 %) correspond à la catégorie "autres prestations" qui concernent essentiellement les prestations liées à une hospitalisation. Suivent ensuite les médicaments (13 %) et les soins médicaux (12 %). La répartition des dépenses est quasiment identique à celles des années antérieures.

GRAPHIQUE 3

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

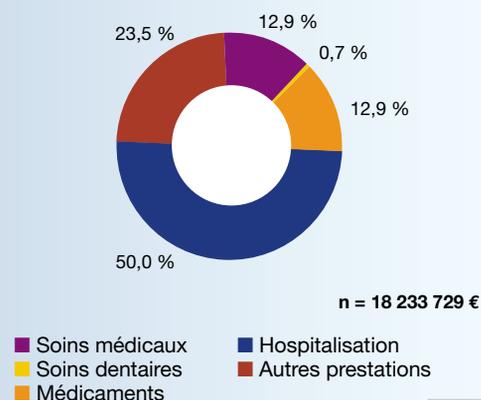


Source : Cleiss



GRAPHIQUE 4

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



Source : Cleiss



Note de lecture : la ventilation des dépenses par nature de soins est possible uniquement pour les remboursements sur facture, ce qui représente 84% des dépenses pour les assurés de l'UE-EEE-Suisse et la totalité des dépenses pour les assurés hors UE-EEE-Suisse.

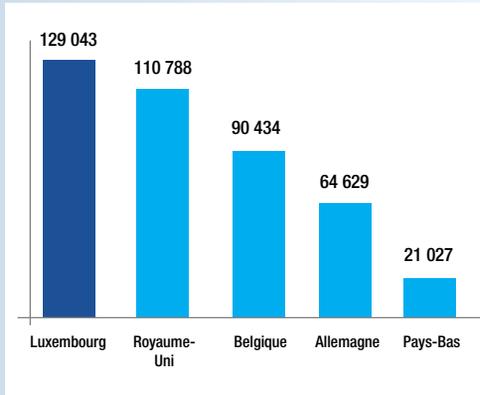


Principaux pays d'affiliation des assurés de l'UE-EEE-Suisse selon le montant dépensé et le nombre de bénéficiaires

En ce qui concerne les prestations servies en 2013 sur le territoire français à des assurés des régimes de l'UE-EEE-Suisse, que ce soit en termes de bénéficiaires ou de dépenses, les principaux flux proviennent des pays frontaliers.

GRAPHIQUE 5

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



Source : Cleiss



S’agissant du nombre de bénéficiaires, les principaux pays d’affiliation sont, comme en 2011 et 2012, le Luxembourg avec 27 % des effectifs, suivi du Royaume-Uni (23 %), de la Belgique (19 %), de l’Allemagne (13 %) et des Pays-Bas (4 %). Ces cinq pays rassemblent plus de 85 % des bénéficiaires.

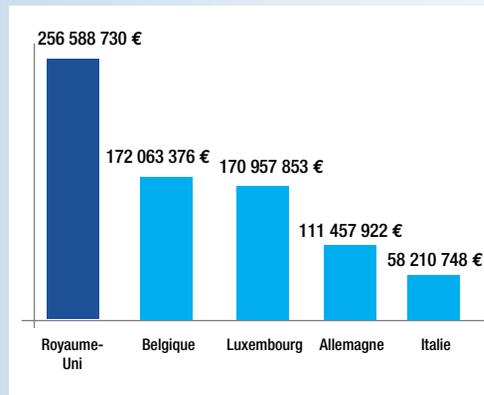
Pour l’Allemagne, la Belgique et le Luxembourg, la quasi-totalité des bénéficiaires sont des frontaliers, c’est-à-dire des travailleurs résidant en France mais occupés et affiliés dans l’un de ces trois pays. Pour le Royaume-Uni et les Pays-Bas, il s’agit essentiellement de retraités et leur famille installés en France (respectivement 78 % et 70 %).

En ce qui concerne les dépenses des assurés des régimes de l’UE-EEE-Suisse, on retrouve logiquement les mêmes pays : le Royaume-Uni arrivant en tête avec 27 % des dépenses. Viennent ensuite, la Belgique et le Luxembourg (18% chacun) puis l’Allemagne (12 %) et l’Italie (6 %). Ces cinq pays représentent 81 % des dépenses engagées. Les Pays-Bas se positionnent à la 6^{ème} place et représentent 5 % des dépenses.

Depuis 2007, en matière de dépenses et de bénéficiaires de soins de santé en France, nous retrouvons systématiquement les quatre mêmes pays dans un ordre plus ou moins différent. L’Italie et les Pays-Bas alternent en 5^{ème} et 6^{ème} place.

GRAPHIQUE 6

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



Source : Cleiss



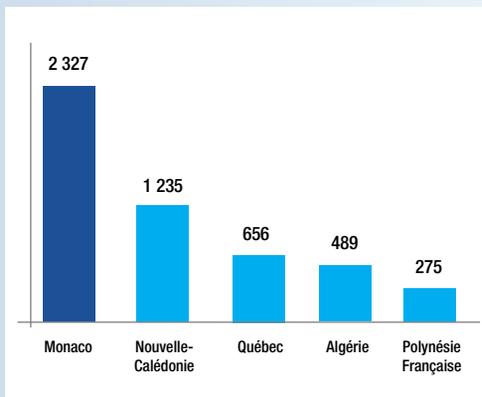


Principaux pays ou territoires d'affiliation des assurés hors UE-EEE-Suisse selon le montant dépensé et le nombre de bénéficiaires

Dans le cadre des accords de coordination, les flux humains et monétaires viennent principalement de territoires francophones.

GRAPHIQUE 7

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



Source : Cleiss



En ce qui concerne les bénéficiaires, on retrouve Monaco avec 42 % des bénéficiaires de soins de santé sur le territoire français. Suivent ensuite la Nouvelle-Calédonie (22 %), le Québec (12 %), l’Algérie (9 %) et la Polynésie-Française (5 %).

Il est à noter que la totalité des assurés du régime monégasque, qui ont reçu des soins sur le territoire, résident en France.

Près de la moitié des assurés calédoniens (47 %) ont reçu des soins urgents au cours d’un séjour temporaire, 28 % résident en France et 25 % sont venus spécifiquement sur le territoire pour se faire soigner ou continuer un traitement.

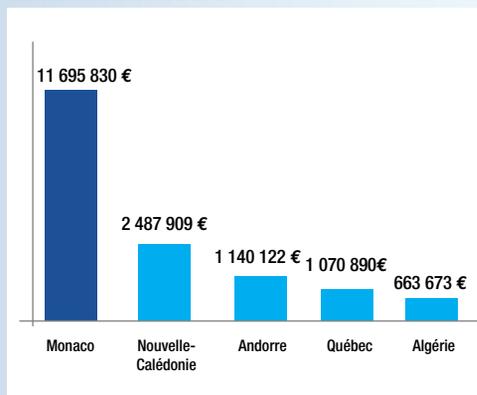
30 % des assurés québécois sont des étudiants poursuivant leurs études en France et qui ont bénéficié de soins urgents au cours de leur séjour.

En ce qui concerne les dépenses des assurés des régimes hors UE-EEE-Suisse, 64 % des dépenses (11,7 millions d’euros) ont été générées par les assurés du régime monégasque.

En termes de dépenses viennent ensuite la Nouvelle-Calédonie (14 %), Andorre (6 %), l’Algérie (6 %) et le Québec (4 %) avec des montants compris entre 0,6 et 1 million d’euros. Les 14 autres pays se répartissent 9 % des dépenses soit un montant global avoisinant les 1,8 million d’euros.

GRAPHIQUE 8

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



Source : Cleiss





Les prestations servies à l'étranger aux assurés des régimes français



Ce numéro de *Décryptage* s'intéresse exclusivement aux remboursements effectués par les organismes de sécurité sociale français en 2013 pour le compte de particuliers qui ont avancé le montant des soins ou pour le compte d'institutions étrangères qui ont pris en charge le coût des soins sur leur territoire. Dans un souci de simplification, nous engloberons sous le terme « étranger » l'ensemble des pays étrangers mais également les Collectivités d'Outre-Mer françaises (Mayotte, Polynésie Française, Saint Martin, Saint-Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna) et la Nouvelle-Calédonie. Il est à noter que les remboursements effectués au cours de l'année 2013 ne concernent pas nécessairement des soins délivrés en 2013. En effet, dans le cadre d'une procédure de remboursement entre organismes, les soins remboursés concernent quasi exclusivement des soins qui ont eu lieu au cours des années précédentes.

ENCADRÉ 2

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

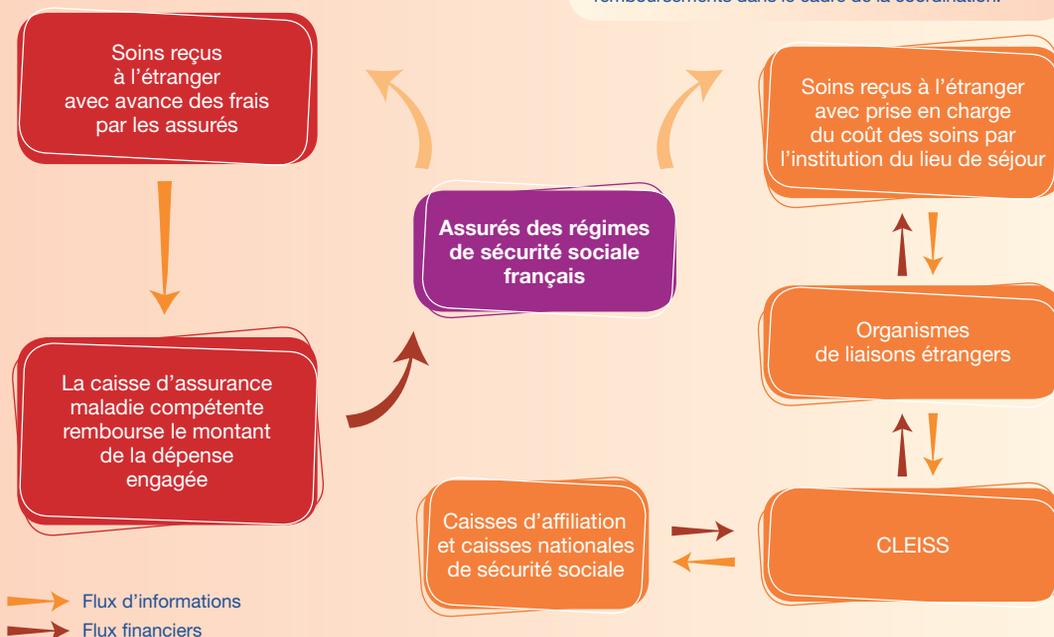
Les dépenses concernent les soins de santé reçus à l'étranger par des assurés des régimes français que ce soit dans le cadre des règlements européens, des conventions bilatérales et des décrets de coordination ou au contraire sur le territoire d'un Etat qui n'est pas lié avec la France par un quelconque accord en matière de sécurité sociale. Les assurés des régimes français peuvent, en effet, se faire rembourser à leur retour en France sur présentation des factures. Dans tous les cas, le montant remboursé ne pourra excéder celui alloué par l'institution française compétente si les soins avaient été dispensés en France.

Outre les données collectées par le Cleiss qui correspondent aux dépenses effectuées dans le cadre de la coordination, le CNSE (Centre National des Soins à l'Etranger), la CCMSA (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole), le RSI (Régime Social des Indépendants), le régime minier et certains régimes spéciaux (CAMIEG : Caisse d'Assurance Maladie des Industries Gazières et Electriques, CAVIMAC : Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes, CRPCEN : Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaire, ENIM : Etablissement National des Invalides de la Marine, MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale, RATP, SNCF) fournissent des données plus ou moins détaillées en ce qui concerne la prise en charge des prestations dans le cadre de la directive soins de santé et de la législation interne. Les sommes réglées au titre de l'arrêt Vanbraekel et dans le cadre des conventions transfrontalières sont également prises en compte.

Circulation des flux (d'informations et financiers) entre l'étranger et les institutions de sécurité sociale françaises

1^{ER} CIRCUIT : remboursements dans le cadre de la directive soins de santé, de l'arrêt Vanbraekel, des conventions transfrontalières et de la législation interne (pays non lié à la France par un accord de sécurité sociale).

2^{EME} CIRCUIT : les soins de santé sont pris en charge par l'institution d'assurance du lieu de séjour et sont ensuite remboursés 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.





En 2013, 699 352 bénéficiaires des régimes français ont reçu des soins à l'étranger pour un montant remboursé d'environ 525,2 millions d'euros.

280 734 bénéficiaires (soit 40 %) avaient avancé le coût de leurs soins (circuit 1) et ont été remboursés par les caisses françaises de sécurité sociale pour un montant d'environ 121 millions d'euros. La moitié de ces bénéficiaires (54 %) ont reçu des soins au sein de l'UE-EEE-Suisse alors que les montants remboursés atteignent, quant à eux, 72 %.

Le Cleiss, a de son côté, remboursé ses homologues étrangers pour des soins effectués et pris en charge sur leur territoire (circuit 2) : 418 618 bénéficiaires pour un montant remboursé de 404,3 millions d'euros. 86 % de ces assurés avaient reçu des soins dans la zone UE-EEE-Suisse pour un coût représentant 80% des remboursements effectués par le Cleiss.

Les remboursements effectués au titre des soins de santé à l'étranger pour les assurés des régimes français ont coûté en moyenne 751 euros (soit une augmentation de 30 % par rapport aux années précédentes). Le montant moyen remboursé a augmenté aussi bien pour le circuit 1 (+ 20 % par rapport à 2012) que pour le circuit 2 (+42 %).

La forte augmentation du montant moyen remboursé par le Cleiss s'explique de plusieurs façons :

→ en 2013, les autorités compétentes ne se sont pas réunies en commission mixte pour régulariser les comptes avec les pays liés à la France par une convention bilatérale. Cela entraîne donc l'absence de remboursements sur forfaits en 2013. Or, le montant moyen remboursé sur la base d'un forfait en 2012 était de seulement 90€ par bénéficiaire. Cela entraîne donc mathématiquement une augmentation du coût moyen remboursé pour les pays hors UE-EEE-Suisse.

→ très forte augmentation du coût moyen des dépenses de santé remboursées sur factures pour des soins réalisés dans un pays lié à la France par une convention bilatérale (+103 % ; 687 euros en 2012 contre 1 394 euros en 2013). Cette hausse importante du coût moyen remboursé s'explique par le fait que les montants remboursés sont en très nette augmentation pour les soins effectués en Polynésie Française et en Nouvelle-Calédonie alors même que le nombre de bénéficiaires a diminué.

→ enfin, le coût moyen des dépenses de santé remboursées sur factures pour des soins réalisées au sein de l'UE-EEE-Suisse a également augmenté de 26 % par rapport à 2012 (657 euros en 2012 contre 826 euros en 2013).

TABLEAU 3

REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTÉ REÇUS À L'ÉTRANGER PAR DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS (en millions d'euros)

	CIRCUIT 1		CIRCUIT 2		TOTAL		
	Bénéficiaires	Dépenses	Bénéficiaires	Dépenses	Bénéficiaires	Dépenses	Montant moyen (en euros)
UE-EEE-Suisse	151 918	87 150 882	361 369	324 561 703	513 287	411 712 585	802
Hors UE-EEE-Suisse	126 517	33 394 694	57 249	79 786 351	183 766	113 181 044	616
Données non ventilées	2 299	262 849	0	0	2 299	262 849	114
Total	280 734	120 808 425	418 618	404 348 053	699 352	525 156 478	751
Montant moyen (en euros)	430		966		751		

Note de lecture : les données non ventilées correspondent aux données de la CAMIEG et de la CRPCEN qui sont pour le moment dans l'incapacité de fournir des données détaillées par pays, type et nature de soins. Ces données non ventilées n'apparaîtront pas dans le reste de l'étude car elles ne peuvent être rattachées à aucune des deux zones géographiques étudiées.

Source : Cleiss

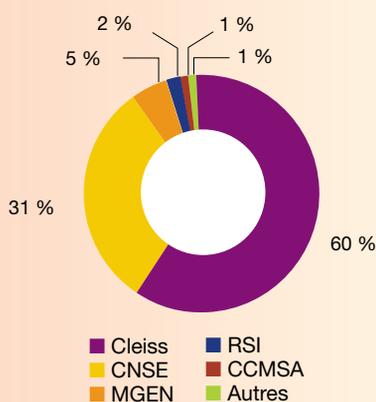


En 2013, le Cleiss a remboursé aux organismes partenaires 77 % du montant global des remboursements, cela représente 60 % de l'ensemble des bénéficiaires. Le montant moyen des soins remboursés par le Cleiss atteint 966 euros (soit une augmentation de 42 % par rapport à 2012). Les soins accomplis dans le cadre des règlements européens s'élèvent en moyenne à 898 euros tandis que ceux effectués dans un pays liés à la France par une convention bilatérale grimpe à 1 394 euros en moyenne. Le Centre National des Soins à l'Étranger (CNSE) qui rembourse directement les assurés du régime général sur présentation des

factures, a remboursé, quant à lui, 18% du montant total ce qui représente 31% de l'ensemble des bénéficiaires. Le montant moyen remboursé par le CNSE atteint 342 euros (soit une augmentation de 25 % par rapport à l'année précédente). Pour le CNSE, les soins au sein de l'UE-EEE-Suisse sont en moyenne plus coûteux (571 euros) que ceux effectués à l'extérieur de cette zone (224 euros). Le coût moyen pour des soins effectués au sein de la zone UE-EEE-Suisse a progressé de 35 % par rapport à 2012 tandis que le coût moyen pour des soins en dehors de cette zone a diminué de 7 %.

GRAPHIQUE 9

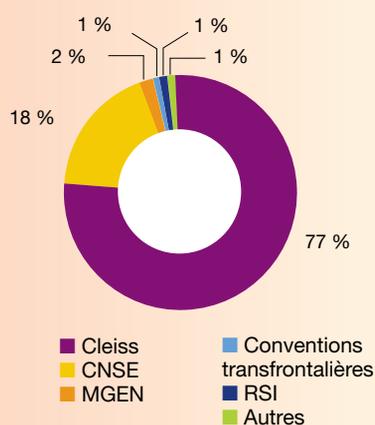
RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES SELON L'ORGANISME QUI A REMBOURSÉ LES SOINS



Source : Cleiss

GRAPHIQUE 10

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



Source : Cleiss

Note de lecture : Cleiss : assurés de tous les régimes dans le cadre de la coordination; CNSE : assurés du régime général; MGEN : fonctionnaires et assimilés; RSI : assurés du régime des indépendants; CCMSA : assurés du régime agricole.

La majorité des bénéficiaires sont des assurés en séjour temporaire mais la plupart des dépenses concernent des soins liés à la résidence

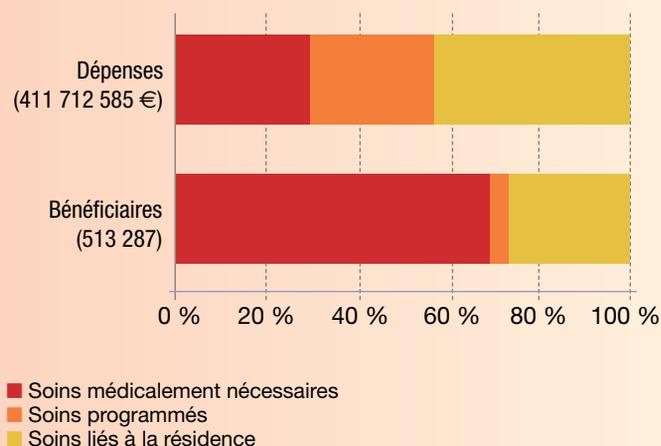
Pour les soins à l'étranger remboursés en 2013, le principal secteur de dépenses correspond aux soins liés à la résidence qui rassemblent 44 % du montant global remboursé pour 28 % des bénéficiaires. Viennent ensuite les dépenses liées à des soins programmés qui représentent 29 % de l'ensemble des dépenses pour seulement 9 % des bénéficiaires. Enfin, les soins effectués au cours d'un séjour temporaire (soins médicalement

nécessaires dans la zone UE-EEE-Suisse ou soins urgents en dehors de cette zone) représentent 28 % de l'ensemble des remboursements pour 63 % des bénéficiaires. Cette tendance générale cache néanmoins d'importantes variations selon le pays où se rend l'assuré. Les graphiques 11 à 18 mettent en lumière la particularité des dépenses des assurés des régimes français à l'étranger.



GRAPHIQUE 11

SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS
AU SEIN DE L'UE-EEE-SUISSE SELON LE TYPE DE SITUATION



Source : Cleiss



Pour les assurés des régimes français ayant eu recours à des soins au sein de l'UE-EEE-Suisse, 42 % des dépenses sont liées à la résidence, 29 % sont des soins médicalement nécessaires dispensés durant un séjour temporaire et 29 % sont associés à des soins programmés. En revanche, la situation s'inverse si l'on considère la répartition des bénéficiaires. Ainsi, 66 % des bénéficiaires sont des assurés en séjour temporaire et 27 % résident dans le pays dans lequel ils ont reçu les soins. Enfin, seuls 7 % des bénéficiaires ont reçu des soins programmés. Que ce soit pour la répartition des dépenses ou des bénéficiaires, l'ordre de grandeur reste quasiment inchangé par rapport aux années précédentes.

A noter que le montant moyen des soins programmés s'élève à 3 085 euros par bénéficiaire ce qui en fait le type de soins le plus coûteux, loin devant les soins liés à la résidence (1 262 euros) et les soins médicalement nécessaires (354 euros).

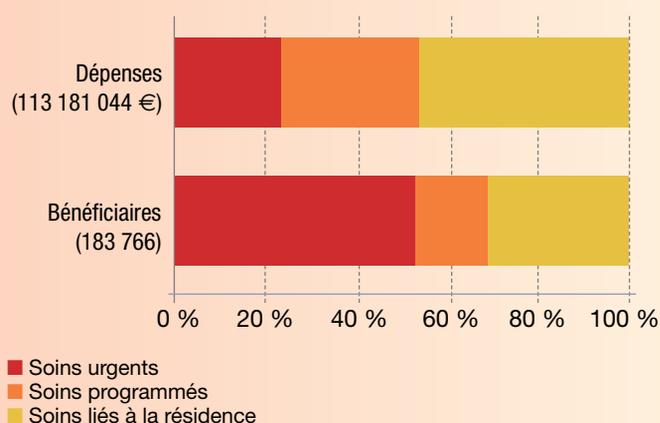
Pour les assurés des régimes français ayant eu recours à des soins en dehors de l'UE-EEE-Suisse, 48 % des dépenses sont liées à des soins liés à la résidence, 29 % sont associés à des soins programmés et enfin 23 % sont des soins urgents dispensés au cours d'un séjour temporaire.

S'agissant du nombre de bénéficiaires, la tendance s'inverse : 55 % des bénéficiaires sont en séjour temporaire tandis que 31 % résident dans le pays dans lequel ils ont reçu les soins. Les soins programmés représentent, quant à eux, 14 % des bénéficiaires.

L'absence de commission mixte en 2013 et par conséquent de remboursement sur base forfaitaire, entraîne mathématiquement une diminution du nombre de bénéficiaires et du montant remboursé pour les soins liés à la résidence.

GRAPHIQUE 12

SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS
EN DEHORS DE L'UE-EEE-SUISSE SELON LE TYPE DE SITUATION



Source : Cleiss



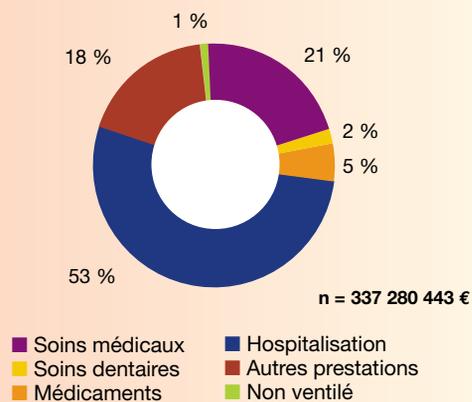


▶ La majorité des dépenses de soins sont liées à des hospitalisations

De manière générale, 51 % des dépenses de santé des assurés des régimes français à l'étranger sont liées à une hospitalisation. Viennent ensuite les soins médicaux (22 %) et les autres prestations (17 %).

GRAPHIQUE 13

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

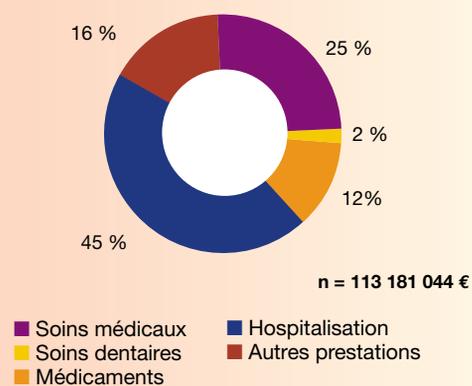


Source : Cleiss



GRAPHIQUE 14

RÉPARTITION DES DÉPENSES DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS EN DEHORS DE L'UE-EEE-SUISSE PAR NATURE DE SOINS



Source : Cleiss



Note de lecture : la ventilation des dépenses par nature de soins est possible uniquement pour les remboursements sur facture qui représentent, cette année, 82% des remboursements dans la zone UE-EEE-Suisse et la totalité des remboursements en dehors de cette zone.

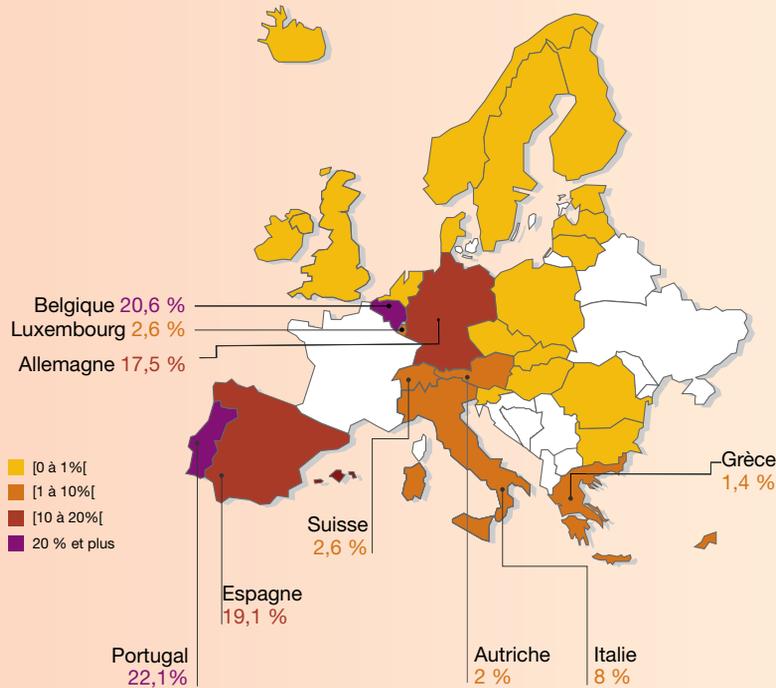


Des dépenses concentrées entre la France et ses principaux voisins frontaliers...

L'année 2013 ne fait pas exception à la règle avec une concentration des mouvements de dépenses ainsi que des flux de bénéficiaires entre la France et les pays frontaliers ou avec lesquels des migrations importantes ont eu lieu par le passé. Cinq pays de l'UE-EEE-Suisse totalisent 87 % des bénéficiaires alors que 23 pays en totalisent seulement 4 %.

CARTE 3

ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS BÉNÉFICIAIRES DE SOINS DE SANTÉ AU SEIN DE L'UE-EEE-SUISSE SELON LE PAYS DES SOINS



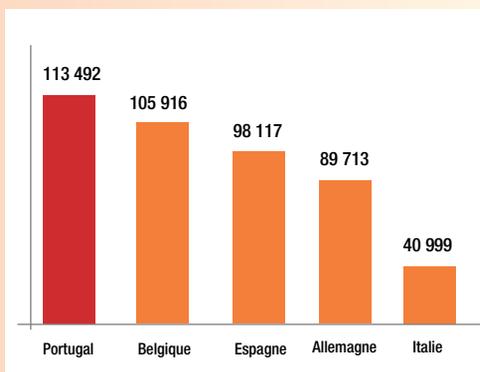
Note de lecture : le Royaume-Uni ne fournit pas les relevés individuels au Cleiss. Le nombre d'assurés des régimes français ayant bénéficié de soins de santé sur le territoire britannique reste donc inconnu. Néanmoins, au regard des 5 millions d'euros remboursés par le Cleiss en 2013, on peut supposer que le Royaume-Uni n'apparaîtrait pas dans la catégorie des pays avec moins de 1% de bénéficiaires.

Source : Cleiss



GRAPHIQUE 15

PRINCIPAUX PAYS DES SOINS AU SEIN DE L'UE-EEE-SUISSE DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS SELON LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES



Source : Cleiss



En 2013, tout comme les quatre 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. Le Portugal totalise ainsi un nombre de bénéficiaires avoisinant les 113 500 personnes (22 %). Viennent ensuite la Belgique (21 %), l'Espagne (19 %), l'Allemagne (17 %) et l'Italie (8 %). Ces cinq pays regroupent 87 % des assurés des régimes français soignés au sein de la zone UE-EEE-Suisse pour 83 % des montants remboursés.

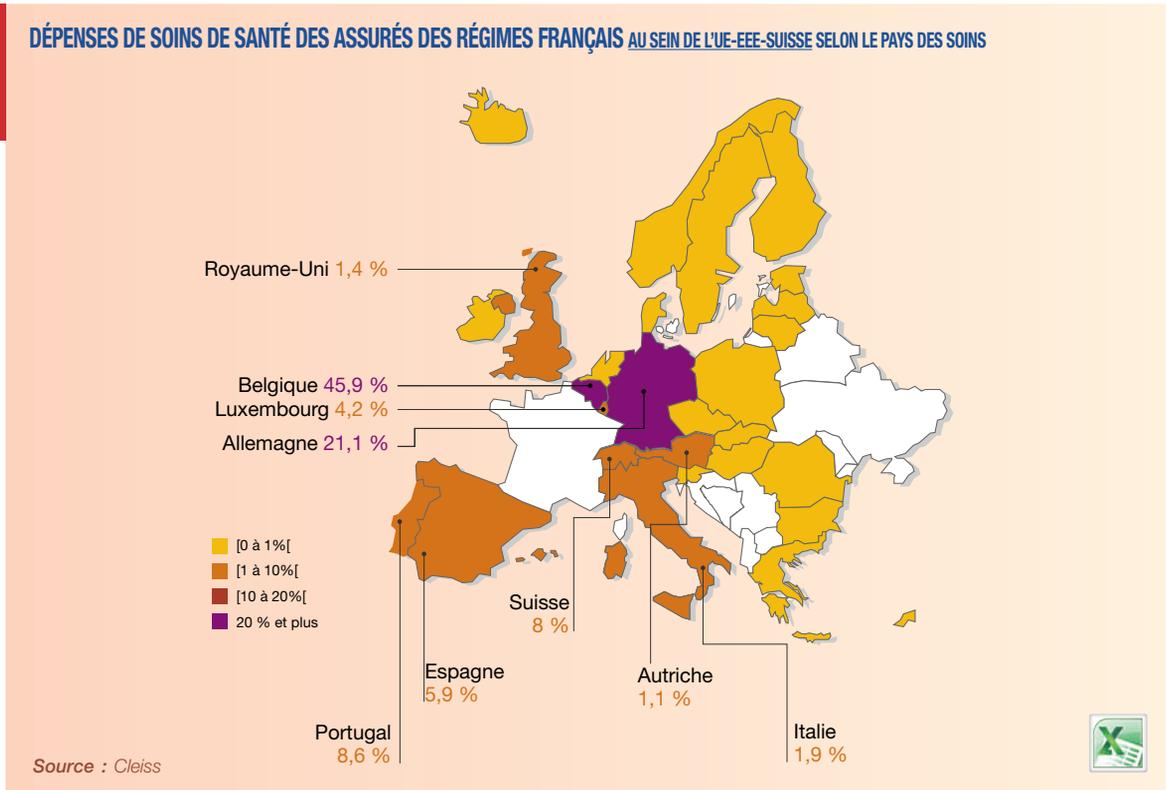
Au Portugal, la majorité des assurés des régimes français ont reçu des soins au cours d'un séjour temporaire (85 %) tandis que 14 % résident dans ce pays. En Belgique, la répartition est plus équilibrée : 44 % des assurés ont eu recours à des soins nécessaires au cours d'un séjour temporaire, 30 % résident en Belgique et 26 % y ont effectué des soins programmés. En Espagne, 95 % des assurés des régimes français ont reçu des soins nécessaires alors qu'ils étaient en séjour temporaire dans ce pays. Cette donnée est surestimée car en 2013 la France n'a quasiment pas remboursé de soins sur forfaits pour les résidents. En Allemagne, 51 % des bénéficiaires de soins sont des résidents et 46 % sont des assurés en séjour temporaire. Enfin, en Italie, les assurés sont en majorité des résidents du pays (66 %) suivi par des assurés en séjour temporaire (33 %).



La somme des montants remboursés au sein des 23 pays, où les montants remboursés sont les plus faibles, représente moins de 2% des dépenses totales effectuées par les assurés des régimes français, tandis que la Belgique, à elle seule, représente 46% des remboursements.

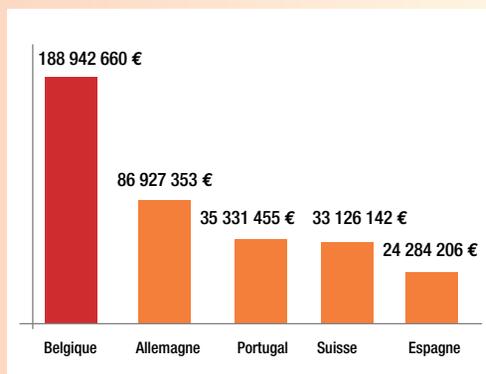
CARTE 4

DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS AU SEIN DE L'UE-EEE-SUISSE SELON LE PAYS DES SOINS



GRAPHIQUE 16

PRINCIPAUX PAYS DES SOINS AU SEIN DE L'UE-EEE-SUISSE DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS SELON LE MONTANT DES DÉPENSES



Source : Cleiss

Parmi les cinq pays présentant les remboursements les plus élevés, les remboursements s'échelonnent de 24,3 millions d'euros en faveur de l'Espagne à 188,9 millions d'euros pour la Belgique. Les cinq principaux pays en termes de montants remboursés sont les mêmes qu'en 2012 mais dans des proportions différentes. On retrouve la Belgique (46 %), l'Allemagne (21 %), le Portugal (9 %), la Suisse (8 %) et l'Espagne (6 %) qui concentrent donc 90 % des montants remboursés.

Les 26 autres Etats de l'UE-EEE-Suisse concentrent 10 % seulement des remboursements soit 43 millions d'euros.



... mais aussi avec certains pays ou territoires francophones

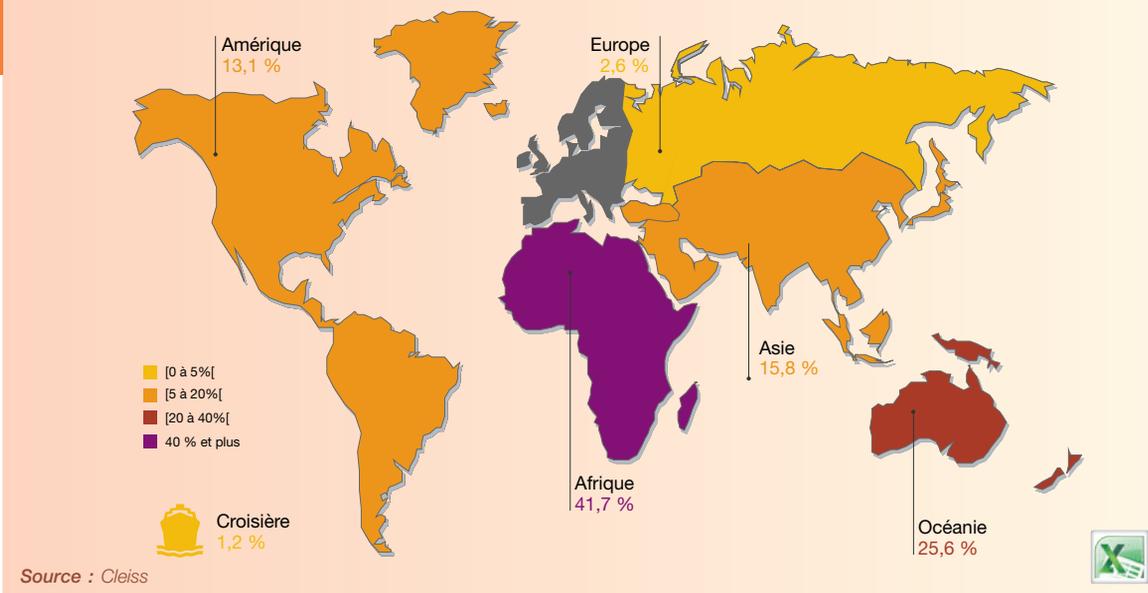
En 2013, les principaux mouvements de dépenses ainsi que les flux de bénéficiaires se concentrent entre la France et des pays ou territoires francophones.

De manière générale, les assurés des régimes français ont eu recours à des soins de santé principalement en Afrique (42 %) et en Océanie (26 %). Viennent ensuite l'Asie (16 %) et l'Amérique (13 %).

En Océanie, plus de ¾ des bénéficiaires ont été pris en charge en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie Française dans le cadre des décrets de coordination. Les décrets de coordination entre la France et ces deux entités visent des champs matériel et personnel très larges. Ils concernent toutes sortes de personnes et recouvrent les mêmes situations que les règlements européens. Ces décrets de coordination visent entre autres les fonctionnaires : enseignants, magistrats, militaires.

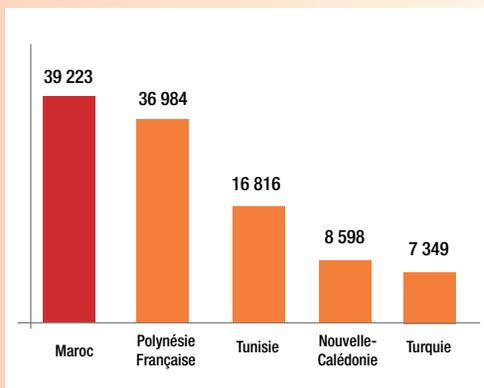
CARTE 5

ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS BÉNÉFICIAIRES DE SOINS DE SANTÉ EN DEHORS DE L'UE-EEE-SUISSE SELON LE CONTINENT DES SOINS



GRAPHIQUE 17

PRINCIPAUX PAYS OU TERRITOIRES DES SOINS EN DEHORS DE L'UE-EEE-SUISSE DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS SELON LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES



En 2013, 21 % des assurés des régimes français ont reçu des soins au Maroc et 20 % en Polynésie Française. Les assurés ont également reçu des soins en Tunisie (9 %) : le nombre de bénéficiaires en Tunisie a diminué de 39 000 personnes par rapport à l'année précédente. Ceci s'explique essentiellement par l'absence de commission mixte aucun remboursement sur forfait n'a été effectué en 2013. Avec l'Algérie, le Maghreb représente un tiers des bénéficiaires de soins.

Enfin, 5 % des bénéficiaires ont reçu des soins en Nouvelle-Calédonie et 4 % en Turquie.

Les cinq pays ou collectivités avec le plus de bénéficiaires reste inchangée par rapport aux années précédentes (même si les ordres de grandeur varient). Ces pays représentent 59 % des effectifs. Au Maroc, les bénéficiaires de soins de santé sont pour moitié des assurés en séjour temporaire et pour moitié des résidents du pays. En Polynésie-Française, plus de la moitié des bénéficiaires a subi des soins programmés (59 %) et un tiers des bénéficiaires sont des résidents (37 %). En Nouvelle-Calédonie, les deux tiers des bénéficiaires sont des résidents et le tiers restant a effectué des soins urgents au cours d'un séjour temporaire. En Tunisie et Turquie, les bénéficiaires de soins sont en grande majorité (respectivement 86 % et 90 %) des assurés en séjour temporaire.

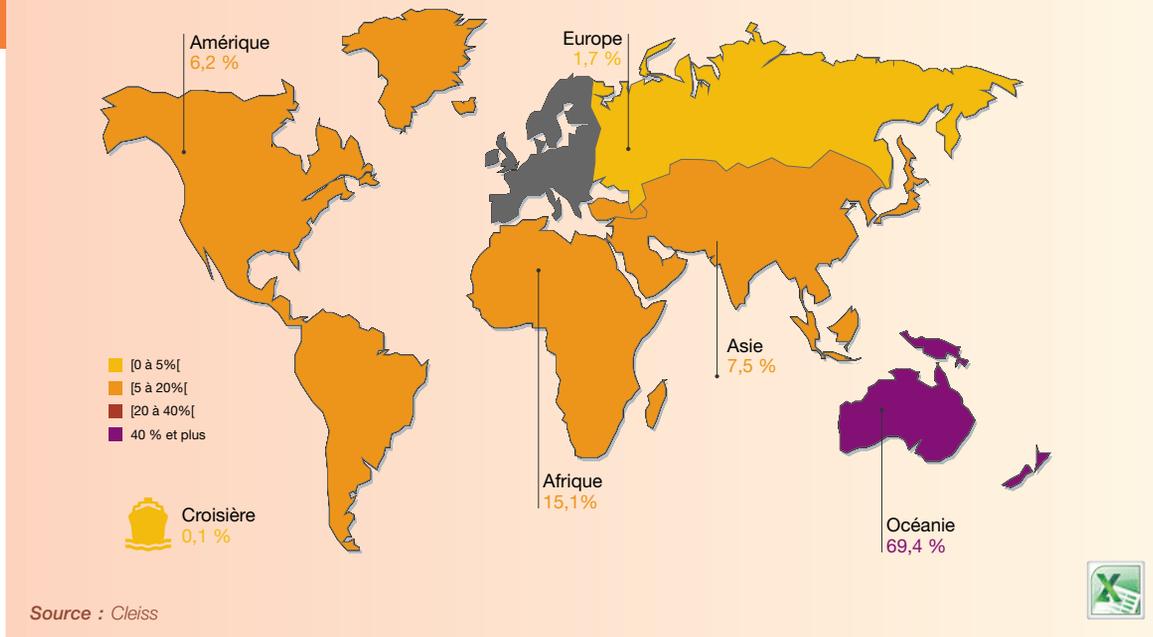


De manière globale, 69 % du montant remboursé concerne des soins dispensés en Océanie : les remboursements effectués sur ce continent sont les plus coûteux (1 666 euros en moyenne par bénéficiaire, en très nette augmentation par rapport à l'année précédente avec un coût moyen de 657 euros). Il faut préciser

que sur les soins remboursés en Océanie, 78 % l'ont été en Polynésie Française et 22 % en Nouvelle-Calédonie. Les soins délivrés en Afrique représentent 15 % du coût total pour un coût moyen de 223 euros tandis que ceux prodigués en Asie représentent 8 % du total pour un coût moyen de 293 euros.

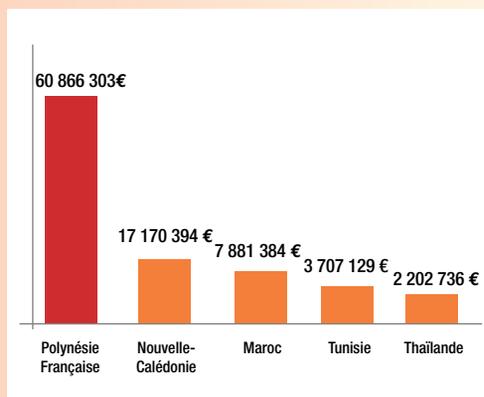
CARTE 6

DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS EN DEHORS DE L'UE-EEE-SUISSE SELON LE CONTINENT DES SOINS



GRAPHIQUE 18

PRINCIPAUX PAYS OU TERRITOIRES DES SOINS EN DEHORS DE L'UE-EEE-SUISSE DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS SELON LE MONTANT DES DÉPENSES



En 2013, les dépenses des assurés des régimes français dans les pays ou collectivités en dehors de l'UE-EEE-Suisse ont eu lieu principalement en Polynésie Française (54 %) pour un montant dépassant les 60 millions d'euros. Suivent ensuite la Nouvelle-Calédonie (15 %), le Maroc (7 %), la Tunisie (3 %) et la Thaïlande (2 %). C'est la première fois qu'un Etat avec lequel la France n'a pas signé de convention bilatérale entre dans le top 5 des dépenses.

Les 155 autres Etats (ou regroupement d'Etats) ne concentrent que 19 % des dépenses de soins de santé soit 21,4 millions d'euros.

En Polynésie Française, la moitié des remboursements concernent des soins liés à la résidence et l'autre moitié des soins programmés. En Nouvelle-Calédonie, il est à noter que la majorité des dépenses (95 %) sont liées à la résidence des assurés dans cette collectivité. Au Maroc, en Tunisie et en Thaïlande, respectivement 61 %, 76 % et 84 % des remboursements sont liés à des soins urgents dispensés au cours d'un séjour temporaire.



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 2013, les seules dépenses d'hospitalisation, tous régimes confondus, se sont élevées à 114,8 millions d'euros en augmentation de 9,5 % par rapport à l'année 2012 (104,8 millions d'euros). Plus de trois quart des dépenses (87,6 millions d'euros) concernent des assurés résidant dans les Alpes Maritimes. Comme les années précédentes, Monaco se classerait donc très largement en tête des pays où les assurés des régimes français ont reçu des soins au cours de l'année 2013.

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

Cette étude, entre les dépenses des assurés des régimes français à l'étranger et celles des assurés des régimes étrangers en France, permet de confirmer que le flux des bénéficiaires et celui des remboursements de soins de santé s'opèrent essen-

tiellement entre la France et les pays de la zone UE-EEE-Suisse. L'étude met surtout en évidence qu'en matière de soins de santé, la France entretient un rapport privilégié avec les pays frontaliers ou francophones.

Annexes

TABLEAU 4

MONTANTS DES REMBOURSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ AUXQUELS LA FRANCE A RENONCÉ AU COURS DE L'ANNÉE 2012

	DÉPENSES (en euros)
Accords de renonciation	
Danemark	472 732,49
Irlande	1 012 154,16
Luxembourg	55 565,93
Dispositions conventionnelles spécifiques	
Jersey	205 997,24
Monaco	11 695 829,97
Québec	410 432,16
Tous pays	13 852 711,95

Source : Cleiss

Dans le cas du Danemark, de l'Irlande et du Luxembourg, on parle « d'accords de renonciation » car la décision de ne pas mettre en recouvrement les créances a été négociée après l'entrée en vigueur des règlements communautaires.

En revanche, en ce qui concerne Jersey, Monaco et le Québec, on parle 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 territoires.

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, 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 chaque convention bilatérale, les risques qu'elles couvrent et leurs champs d'application.





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.
- **Arrêt Vanbraekel** : Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la jurisprudence. [Cliquez ici](#)
- **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 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** 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** par la France : dépenses engagées sur le territoire français par les assurés des Etats 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 lesquels la France demande le remboursement aux Etats concernés.
- **Dettes introduites** par les organismes étrangers : dépenses engagées à l'étranger par les assurés des régimes français de sécurité sociale sur le territoire d'un Etat avec lequel 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).
- **Dettes payées** 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](#) permet aux assurés des régimes français la possibilité de se faire soigner sur le territoire d'un Etat membre de l'UE-EEE en dehors des règlements européens. 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 de résidence.
- **Frais de gestion** : ils sont calculés en appliquant un taux qui est variable selon les pays (Algérie : 6,5 %, Belgique : 8 %, Maroc : 8 %, Polynésie Française : 5,25 %, Turquie : 7 %) aux montants des créances présentées afin de tenir compte des frais d'administration.
- **Législation interne** : un assuré des régimes français, qui reçoit des soins dans un pays en dehors de l'UE-EEE-Suisse avec lequel la France n'a pas signé d'accord bilatéral couvrant le risque maladie, peut dans des cas bien précis (articles R332-2 [Cliquez ici](#), R761-1 à R761-6 [Cliquez ici](#) et L761-1 [Cliquez ici](#) du Code de la Sécurité Sociale) obtenir de sa caisse d'assurance maladie française le remboursement de ces soins sur la base des tarifs de la sécurité sociale.
- **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 Etat autre que l'Etat d'emploi ou que l'Etat 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 Etat membre et qui réside dans un autre Etat 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 Cleiss et grâce aux données collectées auprès de la CAMIEG, la CAVIMAC, la CCMSA, le CNSE, la CRPCEN, l'ENIM, la MGEN, la RATP, le RSI, la SNCF et le régime minier.

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° 17, septembre 2014.

Directeur de la publication : Philippe SANSON – Maquette : Starting Block
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
Email publication : decryptage@cleiss.fr

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