

DÉCRYPTAGE

N° 15
FÉVRIER 2014

ÉTUDES ET ANALYSES DU CLEISS

CENTRE DES LIAISONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE

LE RAPPORT STATISTIQUE 2012 DU CLEISS
EST EN LIGNE.
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

16

GLOSSAIRE 

17

RÉFÉRENCES

18

ÉTAT DES LIEUX DES SOINS DE SANTÉ EN 2012

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 **législation interne** .

Bilan des créances et dettes payées et présentées en 2012

TABLEAU 1

CRÉANCES ET DETTES PAYÉES ET PRÉSENTÉES EN 2012
(en millions d'euros)

	CRÉANCES PAYÉES	DETTES PAYÉES	SOLDE	CRÉANCES PRÉSENTÉES	DETTES INTRODUITES	SOLDE
UE/EEE/SUISSE	615,0	409,6	205,4	1 499,4	613,3	886,1
HORS UE/EEE/SUISSE	10,8	60,2	- 49,4	8,3	74,9	- 66,6
TOUS PAYS	625,8	469,8	156,0	1 507,7	688,1	819,5

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 2012, 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 156 millions d'euros contre 248 millions l'année précédente. En 2012, les **dettes payées** par le Cleiss ont atteint 469,8 millions d'euros contre 625,8 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 615 millions d'euros remboursés au Cleiss par les organismes de ces pays. Cela correspond à des remboursements 1,5 fois plus élevés que ceux effectués par la France à ces pays (409,6 millions d'euros).

De plus, il faut signaler que 98,3% des dépenses de soins de santé remboursées au Cleiss le sont par un pays de l'UE-EEE-Suisse tandis que 87,2% 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 49,4 millions d'euros. Les remboursements des organismes français vers les

pays situés en dehors de la zone UE-EEE-Suisse (60,2 millions d'euros) sont 5,6 fois plus élevés que ceux en provenance de ces pays (10,8 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 2012, les **créances présentées** par la France aux organismes étrangers ont atteint 1,51 milliard d'euros alors que dans le même temps les **dettes introduites** auprès de la France ont atteint 688,1 millions d'euros. 99,4% des créances présentées par la France l'ont été à un pays de l'UE-EEE-Suisse alors que 89,1% des dettes introduites l'ont été par ces pays.

Du côté français, il faut signaler qu'en 2012 les créances ont été présentées pour les prestations servies au cours des 1^{er} et 2^e semestres 2011 ainsi qu'au cours du 1^{er} semestre 2012 en raison de la mise en œuvre des règlements européens 883/04 et 987/09 et d'un changement d'application informatique. Habituellement, les créances présentées au cours d'une année n, le sont pour les prestations servies lors du 2^e semestre de l'année n-1 et au cours du 1^{er} semestre de l'année n. Les créances présentées en 2012 ont donc été bien plus élevées en raison de ce rattrapage.

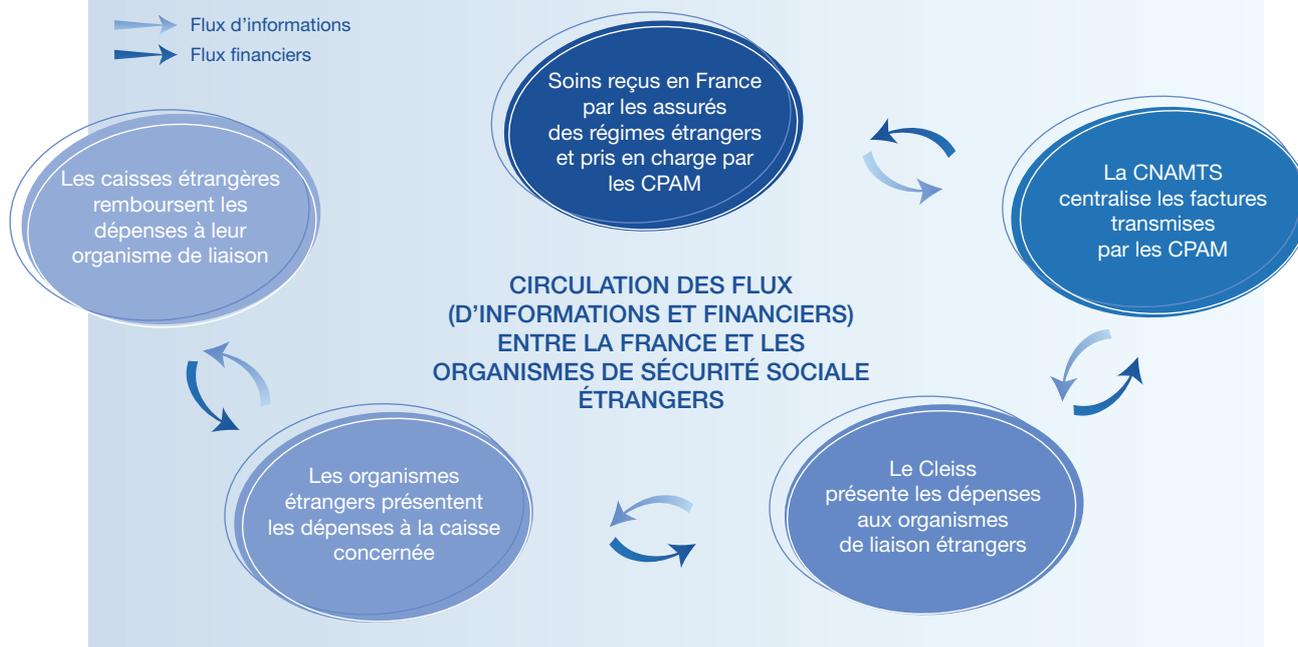
Les prestations servies sur le territoire français aux assurés des régimes étrangers dans le cadre de la coordination

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.

→ Flux d'informations
 → Flux financiers





En ce qui concerne les prestations servies en France aux assurés des régimes étrangers, ce numéro de *Décryptage* s'intéresse donc aux prestations servies au cours des 1^{er} et 2^{ème} semestres 2011 ainsi qu'au cours du 1^{er} semestre 2012 et qui ont fait l'objet de présentation de créances aux pays étrangers pendant l'année 2012. **Dans un souci de simplification, nous nous référons à ces prestations sous le terme « prestations servies en 2012 ».**

Les prestations servies en France incluent l'ensemble des données communiquées par la CNAMTS au Cleiss y compris les dépenses pour soins de santé non mises en recouvrement dans le cadre des accords de renonciation (cf. annexe) pour un montant global avoisinant les 16,4 millions d'euros. Les factures négatives (régularisations) transmises par la CNAMTS pour un montant global de 10 millions d'euros ont également été prises en compte. Les **frais de gestion**  pour un montant global de 21,1 millions d'euros ne sont, en revanche, pas pris en compte dans les prestations servies.

En 2012, un peu plus de 539 000 assurés des régimes étrangers ont bénéficié de soins sur le territoire français pour un mon-

tant de 1,49 milliard d'euros. Le montant moyen des soins s'élève à 2 769€ par bénéficiaire. Ce montant moyen est légèrement plus élevé (2 918€) pour les assurés en provenance d'un pays hors UE-EEE-Suisse lié à la France par un accord bilatéral qui couvre le risque maladie (cf. annexe).

Il est à noter que les dépenses de soins de santé sur le territoire français par des assurés des régimes étrangers sont en réalité bien plus élevées. En effet, cette 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 des régimes de l'UE-EEE-Suisse qui n'auraient pas eu en leur possession la CEAM (Carte Européenne d'Assurance Maladie) 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 reste inconnu des institutions françaises car ces assurés règlent directement 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.

TABLEAU 2

PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ SERVIES EN FRANCE EN 2012

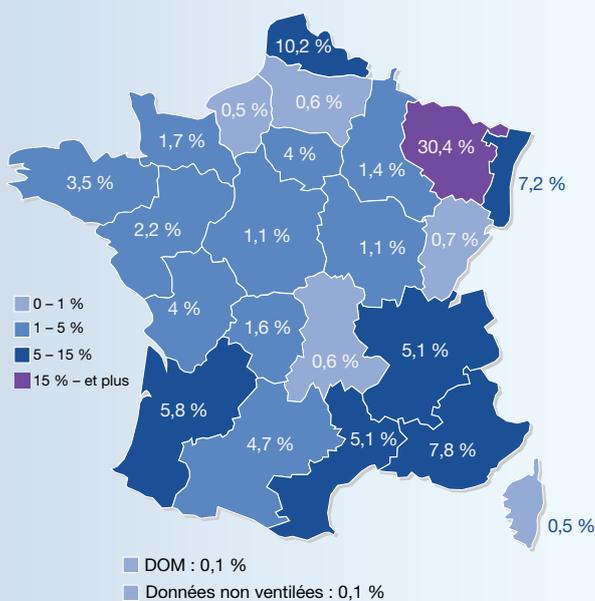
	BÉNÉFICIAIRES	DÉPENSES (en millions d'euros)	MONTANT MOYEN
UE/EEE/SUISSE	532 423	1 473,3	2 767€
HORS UE/EEE/SUISSE	6 759	19,7	2 918€
TOUS PAYS	539 182	1 493,0	2 769€

Note de lecture : Prestations servies = créances présentées + dépenses effectuées dans le cadre des accords de renonciation + factures négatives - frais de gestion.

Source : Cleiss

CARTE 1

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



Note de lecture : les données non ventilées correspondent à celles fournies par la CNMSS, la MGEN et le régime minier. Ces données ne sont pas rattachées à la caisse qui a distribué les soins mais à une caisse pivot.

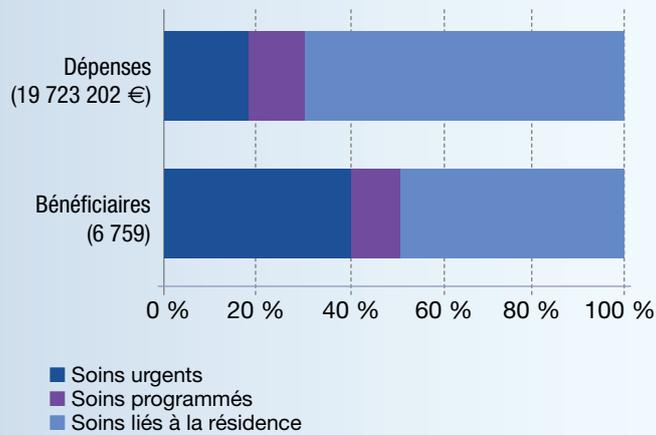
Source : Cleiss



30,4 % des assurés des régimes étrangers bénéficiaires de soins de santé sur le territoire français ont reçu des soins en Lorraine. Suivent ensuite, les régions Nord-Pas-de-Calais (10,2 %) et Provence-Alpes Côte d'Azur (7,8 %). Ces trois régions totalisent près de la moitié des bénéficiaires de soins en 2012 ce qui s'explique par la présence de nombreux **travailleurs frontaliers** . La suite du classement est composée de l'Alsace (7,2 %) puis des quatre régions du sud de la France (Aquitaine, Langue-doc-Roussillon, Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées) qui représentent près d'un bénéficiaire sur cinq. Cela s'explique essentiellement par l'afflux de retraités et de touristes. L'Île-de-France, en revanche, n'apparaît qu'en 9^e position en termes de bénéficiaires.



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 (70,2 % des cas) puis suivent les dépenses liées aux **soins urgents** dans le cadre d'un séjour temporaire (18,5 %) et celles occasionnées par des soins programmés (11,3 %).

Il faut noter cependant que la répartition des bénéficiaires est sensiblement différente. Les bénéficiaires les plus nombreux sont des résidents en France (48,2 %), suivis de près par les patients ayant reçu des soins urgents (40,2 %) et des assurés en soins programmés (11,6 %). Pour les assurés résidant en France, il s'agit essentiellement de retraités des régimes monégasque (69,6 %), calédonien (12,9 %), polynésien (5,8 %) et québécois (4,2 %).

En ce qui concerne les bénéficiaires de soins urgents au cours d'un séjour temporaire, ce sont principalement des étudiants du régime québécois (33,6 %), des travailleurs et membres de leur famille en provenance des régimes calédonien (28,1 %) et algérien (25,7 %).

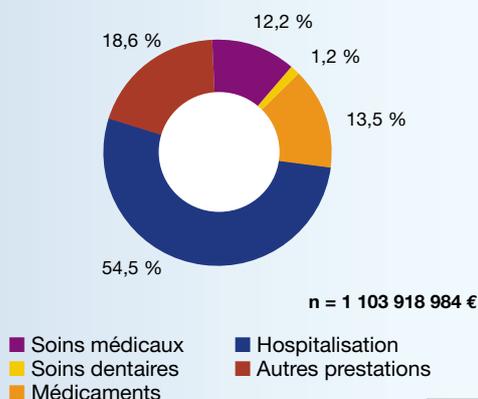
Enfin, deux pays sont à l'origine de la quasi-totalité des patients en transferts pour soins : la Nouvelle-Calédonie (54,8 %) et Andorre (37,2 %).

► La majorité des dépenses sont liées à des hospitalisations

Au global, 54,4 % des dépenses de santé des assurés des régimes étrangers en France sont liées à une hospitalisation (54,5 % si l'assuré est ressortissant de l'UE-EEE-Suisse et 48,5 % dans le cas contraire). Le 2^{ème} poste de dépense correspond aux **autres**

prestations (18,7 %) suivi de près par les médicaments (13,5 %) et les soins médicaux (12,2 %). La répartition des dépenses est quasiment identique à celle de 2011.

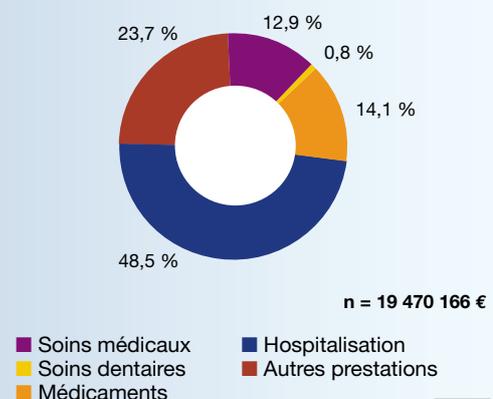
GRAPHIQUE 3

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 74,9 % des dépenses pour les assurés de l'UE-EEE-Suisse et la quasi totalité des dépenses (98,7 %) pour les assurés hors UE-EEE-Suisse. Pour l'UE-EEE-Suisse, les forfaits présentés en 2012 correspondent à la valorisation des forfaits de l'année 2009.

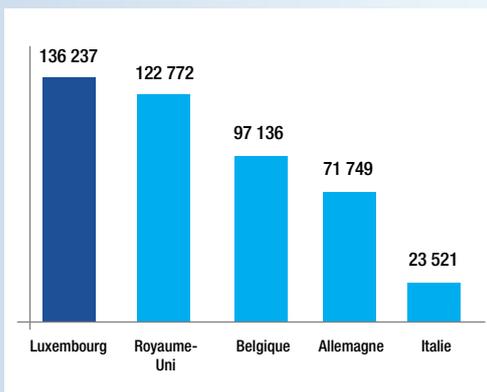


► Principaux pays d'affiliation des assurés de l'UE-EEE-Suisse selon le montant dépensé et le nombre de bénéficiaires

En ce qui concerne les prestations servies en 2012 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, le Luxembourg avec 25,6 % des effectifs, suivi du Royaume-Uni (23,1 %), de la Belgique (18,2 %), de l’Allemagne (13,5 %) et de l’Italie (4,4 %). Ces cinq pays rassemblent près de 85 % des bénéficiaires.

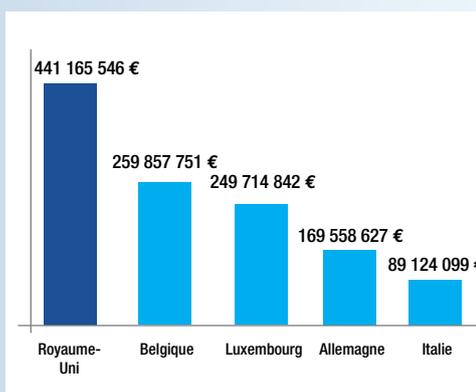
Pour l’Allemagne, la Belgique et le Luxembourg, la quasi-totalité des bénéficiaires sont des frontaliers, c’est-à-dire des travailleurs résidant en France mais occupés et affiliés dans l’un de ces trois pays. Pour le Royaume-Uni, il s’agit essentiellement de retraités installés en France. Enfin, les bénéficiaires des régimes italiens sont en grande majorité des assurés se trouvant en France pour un court séjour (tourisme, études...).

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 29,9 % des dépenses. Viennent ensuite, la Belgique (17,6 %), le Luxembourg (16,9 %), l’Allemagne (11,5 %) et l’Italie (6,0 %). Ces cinq pays représentent 83,5 % des dépenses engagées.

Depuis 2007, en matière de dépenses 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



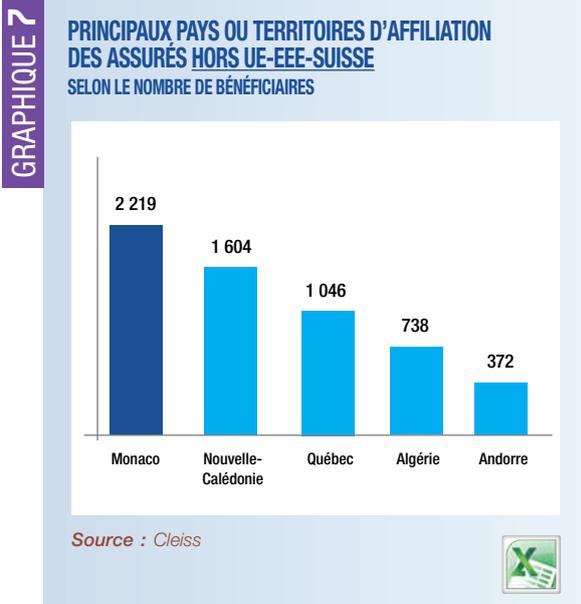
Source : Cleiss





▶ 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.



En ce qui concerne les bénéficiaires, on retrouve Monaco avec 32,8% des bénéficiaires de soins de santé sur le territoire français. Suivent ensuite la Nouvelle-Calédonie (23,7%), le Québec (15,5%), l'Algérie (10,9%) et Andorre (5,5%).

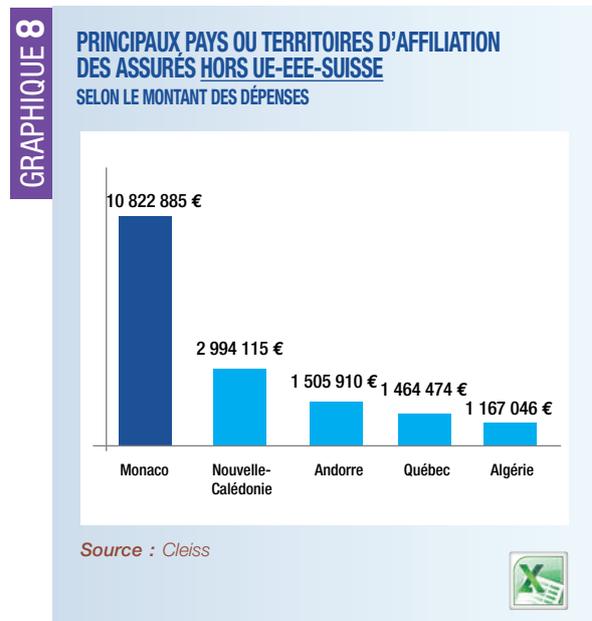
Il est à noter que la totalité des assurés du régime monégasque, qui ont reçu des soins sur le territoire, résident en France.

Près de la moitié des assurés calédoniens (47,6%) ont reçu des soins au cours d'un séjour temporaire, 25,6% résident en France et 26,8% viennent spécifiquement sur le territoire pour se faire soigner ou continuer un traitement.

12,8% des assurés québécois sont des étudiants et 87,2% ont reçu des soins au cours d'un séjour temporaire.

En ce qui concerne les dépenses des assurés des régimes hors UE-EEE-Suisse, 54,9% des dépenses ont été générées par les assurés du régime monégasque.

En termes de dépenses viennent ensuite la Nouvelle-Calédonie (15,2%), Andorre (7,6%), le Québec (7,4%) et l'Algérie (5,9%) avec des montants compris entre 1,1 et 3 millions d'euros. Les 16 autres pays se répartissent 9,0% des dépenses soit un montant global avoisinant les 1,8 million d'euros.





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 2012 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 2012 ne concernent pas nécessairement des soins qui ont eu lieu en 2012. 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

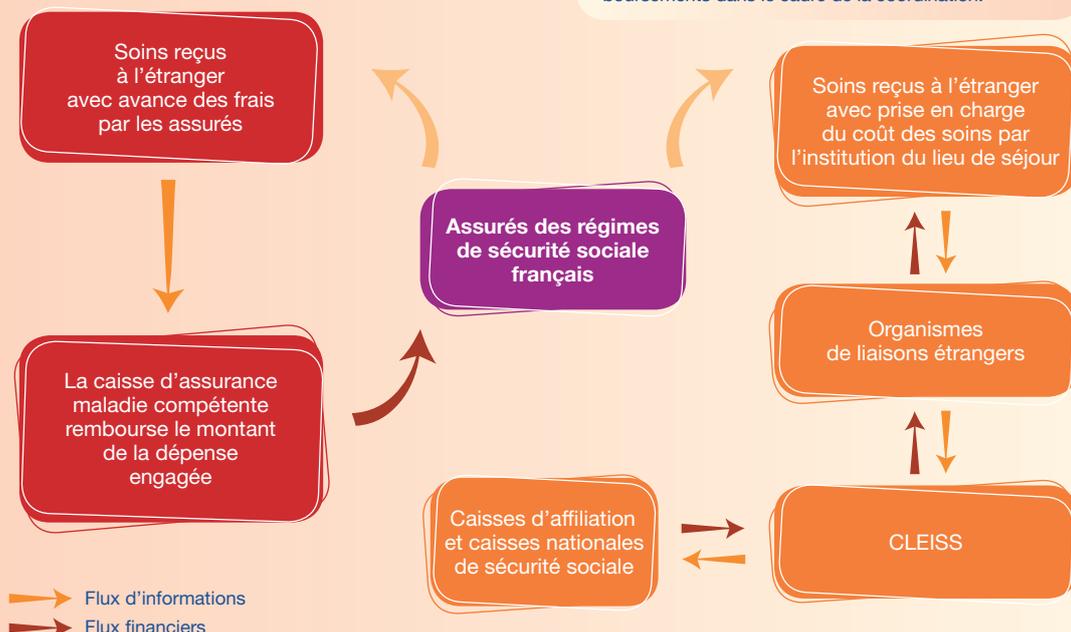
Les dépenses concernent les soins de santé reçus à l'étranger par des assurés des régimes français que ce soit dans le cadre des règlements européens, des conventions bilatérales et des décrets de coordination ou au contraire sur le territoire d'un Etat qui n'est pas lié avec la France par un quelconque 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, CCIP : Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris, CRPCEN : Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaire, 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^{ME} CIRCUIT : les soins de santé sont pris en charge par l'institution d'assurance maladie 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 2012, 1 008 110 bénéficiaires ont reçu des soins à l'étranger pour un montant remboursé de 583,1 millions d'euros. 317 537 bénéficiaires (soit 31,5 %) 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 113 millions d'euros. La moitié de ces bénéficiaires (50,8 %) ont reçu des soins au sein de l'UE-EEE-Suisse alors que

les montants remboursés atteignent, quant à eux, 63,2%. Le Cleiss, a de son côté, remboursé ses homologues pour des soins effectués et pris en charge sur leur territoire (circuit 2) : 690 573 bénéficiaires pour un montant total de 469,8 millions d'euros. 77,8 % de ces assurés avaient reçu des soins dans la zone UE-EEE-Suisse pour un coût représentant 87,2% du total.

Les remboursements effectués au titre des soins de santé à l'étranger pour les assurés des régimes français ont coûté en moyenne 579 euros (soit dix euros de plus qu'en 2010 et 2011). Les montants remboursés sont, cependant, plus de 2 fois plus élevés dans les pays de l'UE-EEE-Suisse (688 euros) que dans les pays situés en dehors de cette zone (329 euros).

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	163 827	72,4	537 266	409,6	701 093	482,0	687,5
Hors UE-EEE-Suisse	150 721	39,9	153 307	60,2	304 028	100,1	329,1
Données non ventilées	2 989	1,1	0	0,0	2 989	1,1	357,2
Total	317 537	113,3	690 573	469,8	1 008 110	583,1	578,5

Note de lecture : les données non ventilées correspondent aux données de différents régimes 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.

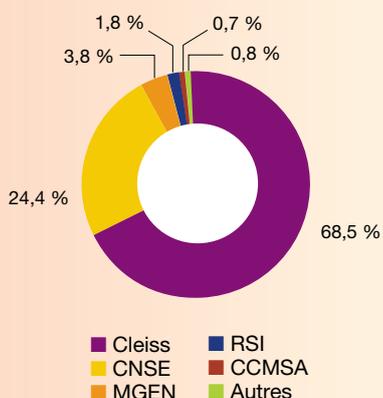
Source : Cleiss

En 2012, le Cleiss a remboursé aux organismes partenaires 81 % du montant global des dépenses effectuées par les assurés des régimes français à l'étranger, cela représente 68 % de l'ensemble des bénéficiaires. Le montant moyen des soins remboursés par le Cleiss atteint 680 euros (762 euros en moyenne pour des soins accomplis dans le cadre des règlements européens et 392 euros en moyenne pour des soins exécutés dans le cadre d'une convention bilatérale).

Le Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE) qui rembourse directement les assurés du régime général sur présentation des factures, a remboursé, quant à lui, 24 % de l'ensemble des bénéficiaires pour un montant atteignant environ 14% du montant total. Le montant moyen remboursé par le CNSE atteint 342 euros. Pour le CNSE, les soins au sein de l'UE-EEE-Suisse sont en moyenne plus coûteux (423 euros) que ceux effectués à l'extérieur de cette zone (242 euros).

GRAPHIQUE 9

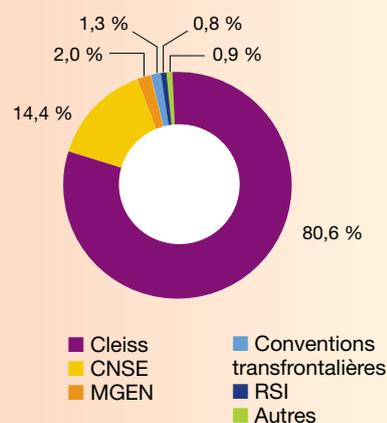
RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES SELON L'ORGANISME QUI A REMBOURSÉ LES SOINS



Source : Cleiss

GRAPHIQUE 10

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



Source : Cleiss



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

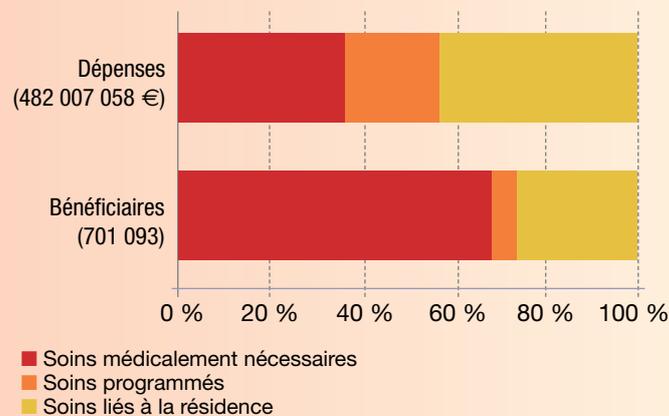
Pour les soins délivrés à l'étranger, le principal secteur de dépenses correspond aux soins liés à la résidence qui rassemblent 45,2 % du montant global dépensé pour 31,6 % des bénéficiaires. Viennent ensuite les dépenses liées à des soins médicalement nécessaires (UE-EEE-Suisse) ou soins urgents (hors UE-EEE-Suisse) au cours d'un séjour temporaire qui représentent 38,9 % de l'ensemble des dépenses pour 64,2 % des bénéficiaires. Enfin, les dépenses

dues aux soins programmés sont moindres : elles correspondent néanmoins à 15,8 % de l'ensemble des dépenses pour seulement 4,2 % 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



Note de lecture : le RSI est pour le moment dans l'incapacité de ventiler les données par type de soins, l'ensemble des soins sont par conséquent considérés comme des soins médicalement nécessaires.
Source : Cleiss

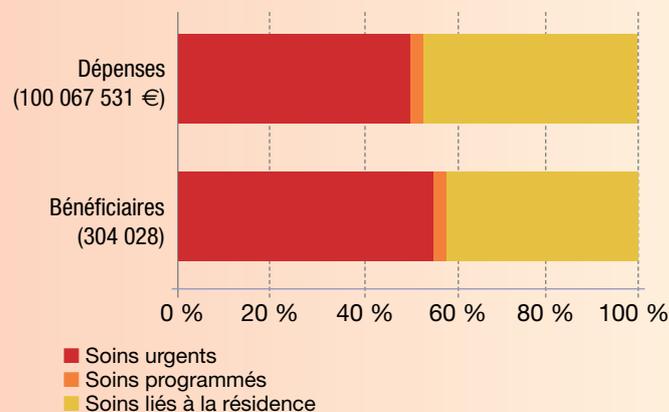


Pour les assurés des régimes français ayant eu recours à des soins au sein de l'UE-EEE-Suisse, 44,8 % des dépenses sont liées à la résidence, 36,6 % sont des soins médicalement nécessaires dispensés durant un séjour temporaire et enfin 18,6 % sont associés à des soins programmés. En revanche, la situation s'inverse si l'on considère la répartition des bénéficiaires. Ainsi, 67,9 % des bénéficiaires sont des assurés en séjours temporaires et 26,9 % résident dans le pays dans lequel ils ont reçu les soins. Enfin, seuls 5,2 % des bénéficiaires ont reçu des soins programmés. Que ce soit pour la répartition des dépenses ou des bénéficiaires, l'ordre de grandeur reste inchangé par rapport aux années précédentes.

À noter que le montant moyen des soins programmés s'élève à 2 465 euros par bénéficiaire ce qui en fait le type de soins le plus coûteux, loin devant les soins liés à la résidence (1 145 euros) et les soins médicalement nécessaires (370 euros).

GRAPHIQUE 12

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



Note de lecture : le RSI est pour le moment dans l'incapacité de ventiler les données par type de soins, l'ensemble des soins sont par conséquent considérés comme des soins urgents.
Source : Cleiss



Pour les assurés des régimes français ayant eu recours à des soins en dehors de l'UE-EEE-Suisse, 50,2 % des dépenses sont liées à des soins urgents et 47,5 % à la résidence.

S'agissant du nombre de bénéficiaires, la tendance s'accroît : 55,7 % des bénéficiaires sont en séjour temporaire tandis que 42,3 % résident dans le pays dans lequel ils ont reçu les soins. Les soins programmés sont quasiment négligeables tant du point de vue des dépenses que des bénéficiaires (un peu plus de 2 %).



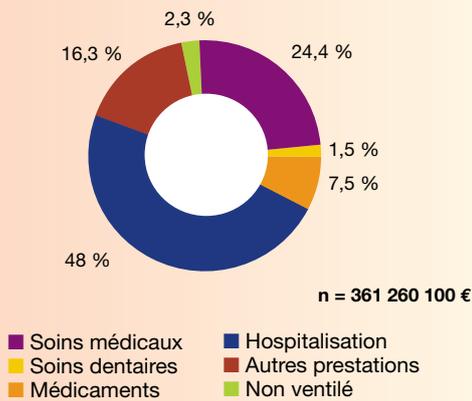
▶ La majorité des dépenses de soins sont liées à des hospitalisations

45,2 % des dépenses de santé des assurés des régimes français à l'étranger sont liées à une hospitalisation (48,0 % si les soins ont lieu au sein de l'UE-EEE-Suisse et 34,5 % en dehors de cette

zone). À l'extérieur de la zone UE-EEE-Suisse, la part des dépenses liées aux soins médicaux (27,0 %), aux médicaments (16,4 %) et aux autres prestations (19,3 %) est plus importante.

GRAPHIQUE 13

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

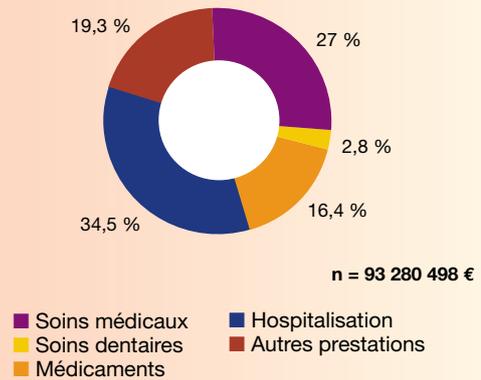


Source : Cleiss



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 respectivement 75 % des dépenses dans la zone UE-EEE-Suisse et 93 % en dehors de cette zone. Les données non ventilées correspondent aux données du Cleiss concernant le Royaume-Uni qui ne peuvent être ventilées faute de relevés individuels.

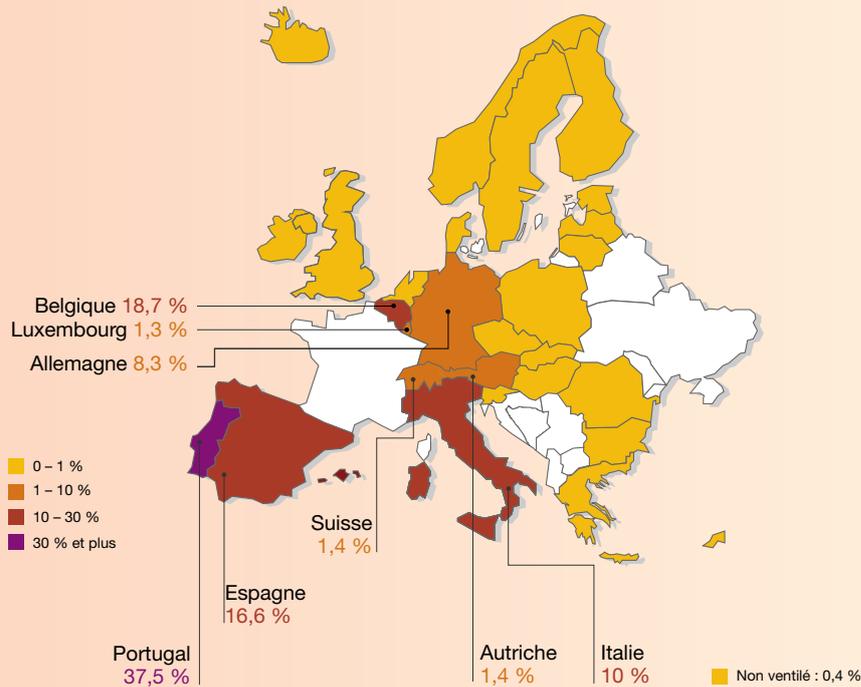


Des dépenses concentrées entre la France et ses principaux voisins frontaliers...

L'année 2012 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. Quatre pays de l'UE-EEE-Suisse totalisent 82,8% des bénéficiaires alors que 22 pays totalisent seulement 4,5% des personnes.

CARTE 3

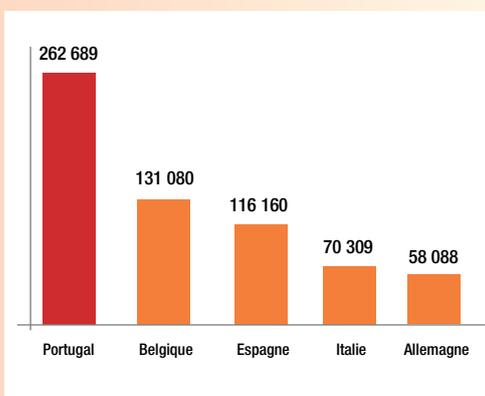
ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS BÉNÉFICIAIRES DE SOINS DE SANTÉ AU SEIN DE L'UE-EEE-SUISSE SELON LE PAYS DES SOINS



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



Note de lecture : pour 0,4% des bénéficiaires, le pays dans lequel les soins ont été réalisés n'est pas précisé.

Source : Cleiss

En 2012, tout comme les trois 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 263 000 personnes (37,5%). Viennent ensuite la Belgique (18,7%), l'Espagne (16,6%), l'Italie (10,0%) et l'Allemagne (8,3%). Ces cinq pays regroupent 91% des assurés des régimes français soignés au sein de la zone UE-EEE-Suisse.

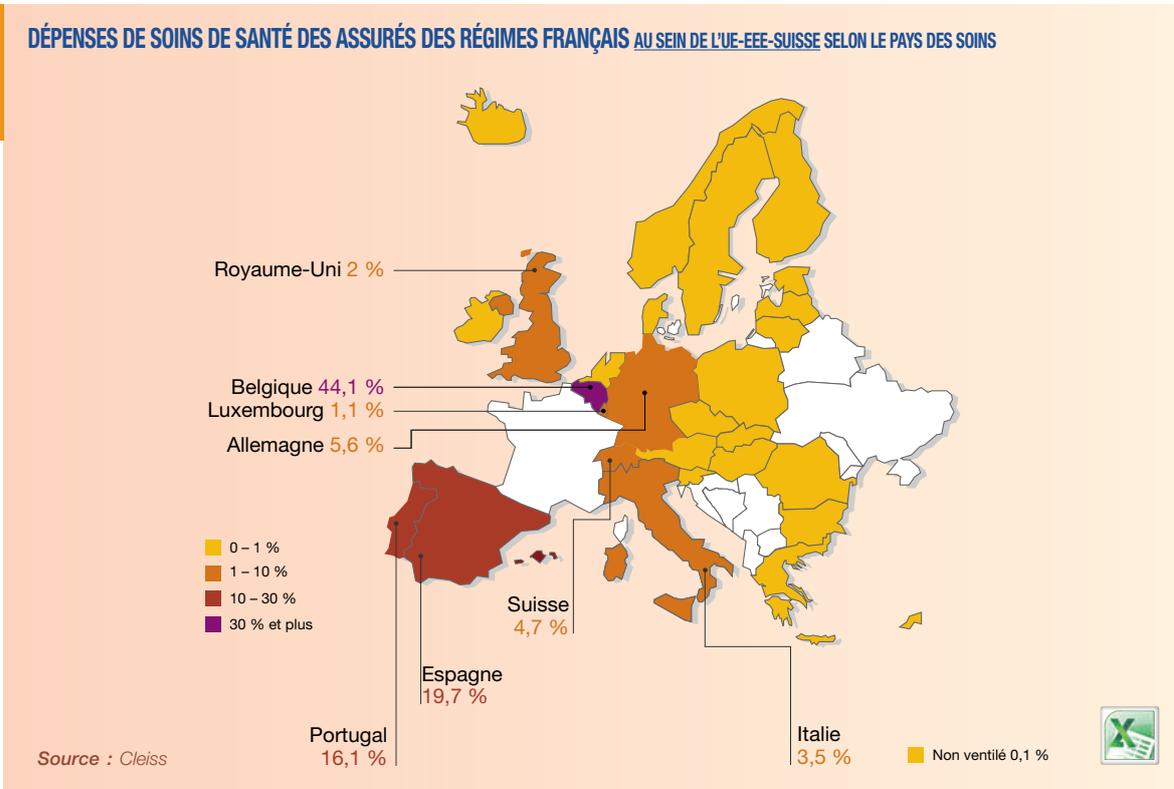
Au Portugal, en Belgique et en Espagne, la majorité des assurés des régimes français ont reçu des soins alors qu'ils étaient en séjour temporaire dans ce pays. En Italie et en Allemagne, la majorité des bénéficiaires de soins sont des résidents de ces pays.



La somme des montants remboursés au sein des 22 pays, où les montants remboursés sont les plus faibles, représente moins de 3 % des dépenses totales effectuées par les assurés des régimes français, tandis que trois pays (Belgique, Espagne et Portugal) cumulent 80,0 % des remboursements.

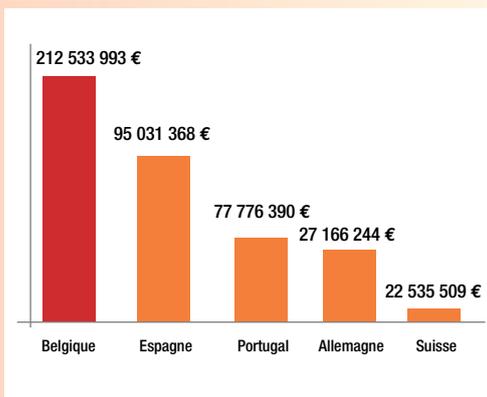
CARTE 4

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



Note de lecture : pour 0,1 % des dépenses, le pays dans lequel les soins ont été réalisés n'est pas précisé.
Source : Cleiss

Les remboursements s'échelonnent de 22,5 millions d'euros en faveur de la Suisse à 212,5 millions d'euros pour la Belgique. Les cinq principaux pays, Belgique (44,1 %), Espagne (19,7 %), Portugal (16,1 %), Allemagne (5,6 %) et Suisse (4,7 %), concentrent donc 94,8 % des dépenses engagées.

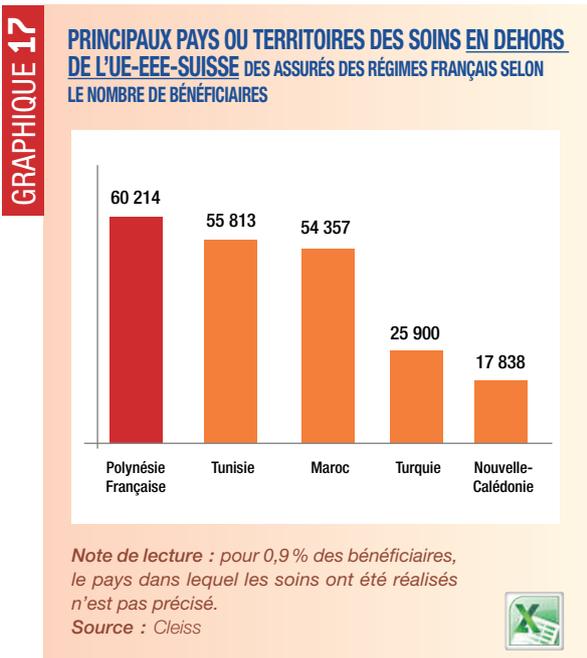
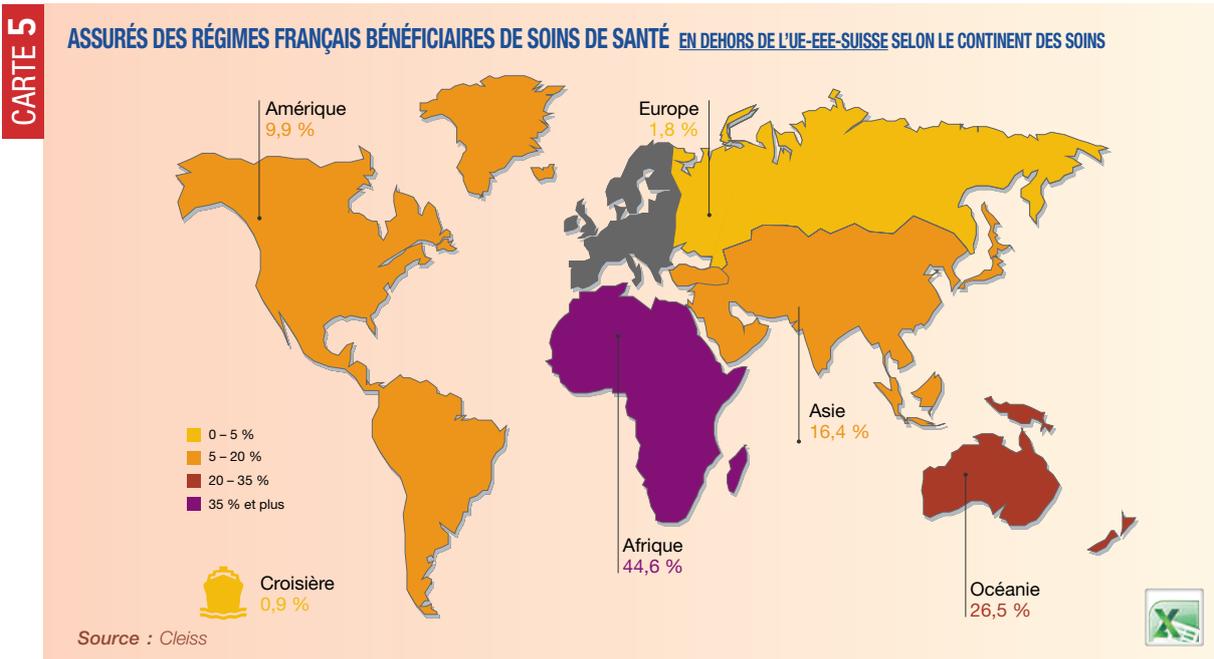


... mais aussi avec certains pays ou territoires francophones

En 2012, 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 (44,6%), en Océanie (26,5%) et en Asie (16,4%). Le nombre de bénéficiaires de soins en Amérique a augmenté par rapport à l'an dernier (+ 12 423 bénéficiaires) : ceci s'explique en grande partie car l'an dernier aucun remboursement n'avait été effectué dans le cadre de l'accord avec le Québec.

La proportion assez élevée de bénéficiaires de soins de santé en Océanie s'explique par la présence de la Polynésie Française et de la Nouvelle-Calédonie. 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.



En 2012, près de 20% des assurés des régimes français ont reçu des soins en Polynésie Française. Les assurés ont également reçu des soins en Tunisie (18,4%) et au Maroc (17,9%). Avec l'Algérie, le Maghreb représente près de 39% des bénéficiaires de soins (en nette diminution par rapport à 2011 car aucun forfait n'a été valorisé pour l'Algérie).

Enfin, 8,5% des bénéficiaires ont reçu des soins en Turquie et 5,9% en Nouvelle-Calédonie.

Ces cinq pays ou collectivités représentent 70% des effectifs.

La grande majorité des bénéficiaires (77%) de soins en Polynésie Française le sont au cours d'un séjour temporaire : ces bénéficiaires ne génèrent que 57% des dépenses. En Tunisie et au Maroc, les bénéficiaires de soins sont majoritairement des résidents du pays (respectivement 62% et 56%) : ces résidents sont responsables de 29% et 48% des dépenses.

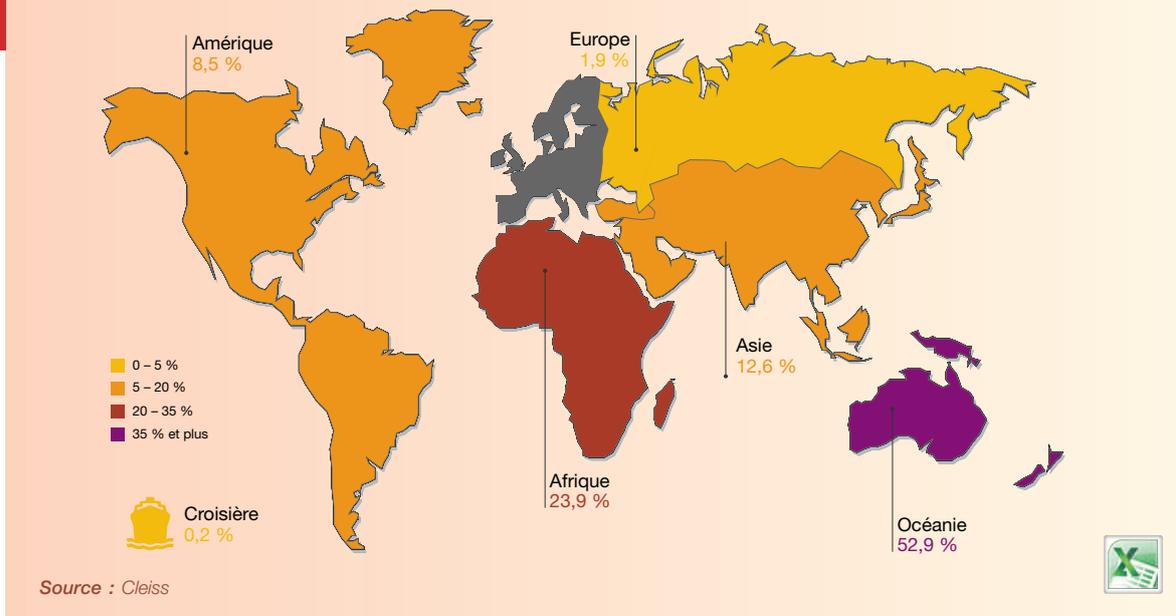


De manière globale, 52,9% du montant remboursé concerne des soins dispensés en Océanie : les remboursements effectués sur ce continent sont les plus coûteux (657 euros en moyenne par bénéficiaire). Il faut préciser que sur les soins remboursés en Océanie, 99,2% l'ont été en Polynésie Française et en Nouvelle-Calédonie.

Les soins délivrés en Afrique représentent 23,9% du coût total pour un coût moyen de 177 euros (en baisse par rapport à 2011 où le coût moyen s'établissait à 277 euros) tandis que ceux prodigués en Asie représentent 12,6% pour un coût moyen de 253 euros.

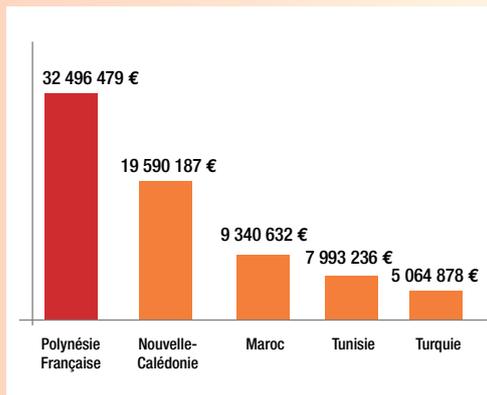
CARTE 6

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



Note de lecture : pour 0,9% des dépenses, le pays dans lequel les soins ont été réalisés n'est pas précisé.

Source : Cleiss



En 2012, 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 (32,5%) pour un montant dépassant les 32 millions d'euros. Suivent ensuite la Nouvelle-Calédonie (19,6%), le Maroc (9,3%), la Tunisie (8,0%) et la Turquie (5,1%).

Les 148 autres États (ou regroupement d'Etats) ne concentrent que 24,5% des dépenses de soins de santé soit 24,6 millions d'euros. En Polynésie Française et en Nouvelle-Calédonie, il est à noter que la majorité des dépenses (43% et 96%) sont liées à la résidence des assurés dans ce pays. Au Maroc et en Tunisie, respectivement 64% et 47% des dépenses sont liées à un soin urgent.



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 2012, les seules dépenses d'hospitalisation, tous régimes confondus, se sont élevées à 104,8 millions d'euros en légère diminution par rapport à l'année 2011 (118,2 millions d'euros). Près des trois quarts des dépenses (79,9 millions d'euros) concernent des assurés résidant dans les Alpes Maritimes. 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 2012.

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 essentiellement entre la France et les pays de la zone UE-EEE-Suisse. L'étude met surtout en évidence que, en matière de soins de santé, la France entretient un rapport mutuellement étroit 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	1 789 186,85
Irlande	2 575 025,17
Luxembourg	197 085,04
Dispositions conventionnelles spécifiques	
Jersey	187 449,09
Monaco	11 023 059,84
Québec	626 102,87
Tous pays	16 397 908,86

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, Croatie, Gabon, Guernesey, Jersey, 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.
- **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, hospitaliers, dentaires, médicaments...), 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 collectées par le Cleiss et grâce aux données communiquées par la CAMIEG, la CAVIMAC, la CCIP, la CCMSA, le CNSE, la CRPCEN, 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° 15, février 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.