

DÉCRYPTAGE

N° 19
AVRIL 2016

ÉTUDES ET ANALYSES DU CLEISS

CENTRE DES LIAISONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE

BILAN	2
PRESTATIONS SERVIES SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS	3
PRESTATIONS SERVIES À L'ÉTRANGER	10
CONCLUSION	19
GLOSSAIRE ET RÉFÉRENCES	20

SOMMAIRE



LES PUBLICATIONS DU CLEISS S'ENRICHISSENT
D'UN NOUVEAU SUPPORT : « REGARD SUR... »

n'hésitez pas à le consulter 

ÉTAT DES LIEUX DES SOINS DE SANTÉ EN 2014

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

D'autre part, l'étude s'intéresse aux soins de santé dispensés à l'étranger

à des assurés des régimes français, qui sont pris en charge par l'institution du lieu de séjour ou de résidence dans le cadre des accords internationaux de sécurité sociale, et qui sont ensuite remboursés par la France aux organismes partenaires.

Dans le cas où les assurés 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** .



Newten Dumanoir
decryptage@cleiss.fr

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

Bilan des créances et dettes payées et présentées en 2014

Tableau 1 | CRÉANCES ET DETTES PAYÉES ET PRÉSENTÉES EN 2014 (EN MILLIONS D'EUROS)

Pays	Créances payées*	Dettes payées*	Solde	Créances présentées*	Dettes introduites*	Solde
UE-EEE-Suisse	529,7	441,5	88,2	432,3	315,5	116,8
Hors UE-EEE-Suisse	70,0	239,7	-169,7	57,6	231,1	-173,5
TOUS PAYS	599,7	681,2	-81,5	489,9	546,6	-56,7

Source : Cleiss
* Voir Glossaire

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.

Au cours de l'année 2014, la France a reçu des remboursements en provenance des organismes étrangers moins élevés qu'elle ne leur en a versés. Le solde négatif des dépenses de soins de santé en défaveur de la France s'élève à 81,5 millions d'euros contre un solde positif de 586 millions l'année précédente. En effet, un seul semestre de créances a été présenté aux pays étrangers en 2014, le Cleiss n'ayant reçu qu'en septembre 2014, les relevés des dépenses du second semestre 2013.

De ce fait, des fonds correspondant à 280 millions d'euros n'ont pu être encaissés avant la fin de l'année 2014. En 2014, les **dettes payées**  par le Cleiss ont atteint 681,2 millions d'euros contre 599,7 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 529,7 millions d'euros remboursés au Cleiss par les organismes de ces pays. Cela correspond à des remboursements 1,2 fois plus élevés que ceux effectués par la France à ces pays (441,5 millions d'euros).

Soit 88,3% des dépenses de soins de santé remboursées au Cleiss le sont par les pays de l'UE-EEE-Suisse tandis que 64,8% 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 169,7 millions d'euros. Les remboursements des organismes français vers les pays situés en dehors de la zone UE-EEE-Suisse (239,7 millions d'euros) sont près de 3,5 fois plus élevés que ceux en provenance de ces pays (70 millions d'euros). En effet, la réunion de la Commission mixte franco-algérienne

en 2014 a permis à la France de régulariser 3 exercices (2009 à 2011) de forfaits concernant en grande majorité des résidents en Algérie. 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 2014, les **créances présentées**  par la France aux organismes étrangers ont atteint 489,9 millions d'euros alors que dans le même temps les **dettes introduites**  auprès de la France ont atteint 546,6 millions d'euros. 88,2% des créances présentées par la France l'ont été aux pays de l'UE-EEE-Suisse alors que 57,7% des dettes introduites l'ont été par ces pays. Du côté français, en 2014, les créances ont été présentées uniquement pour les prestations servies au cours du 2^e semestre 2013, comme rappelé ci-dessus.



NB : L'ACTIVITÉ DE GESTION DES CRÉANCES ET DES DETTES INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE A ÉTÉ CONFIEE À LA CNAMTS À COMPTER DU 01/01/2015 (DÉCRET N°2015-223 DU 26 FÉVRIER 2015).

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

Encadré 1

DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ EN FRANCE DES ASSURÉS DES RÉGIMES ÉTRANGERS

Les dépenses en France concernent les assurés des régimes étrangers qui ont reçu des soins en France pris en charge par les caisses françaises 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 financiers
 Flux d'informations



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 du 2^e semestre 2013 uniquement et qui ont fait l'objet de présentation de créances aux pays étrangers pendant l'année 2014. Dans un souci de simplification, nous nous référerons à ces prestations sous le terme « prestations servies en 2014 ».

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.

En 2014, un peu plus de 734 000 assurés des régimes étrangers ont bénéficié de la prise en charge des soins, sur le territoire français, dans le cadre de la coordination pour un montant de 480 millions d'euros. Le montant moyen des soins s'élève à 653 euros par bénéficiaire. Ce montant moyen est nettement plus élevé pour les assurés en provenance d'un pays de l'UE-EEE-Suisse (1 244 €) que pour les pays hors UE-EEE-Suisse (146 €) liés à la France par un accord bilatéral couvrant le risque maladie.

PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ SERVIES EN FRANCE EN 2014

Tableau 2

Pays	Bénéficiaires	Dépenses (en millions €)	Montant moyen (en €)
UE-EEE-Suisse	339 326	422,1	1 243,9
Hors UE-EEE-Suisse	394 940	57,6	145,8
TOUS PAYS	734 266	479,7	653,3

Source : Cleiss

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

MONTANTS DES REMBOURSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ AUXQUELS LA FRANCE A RENONCÉ AU COURS DE L'ANNÉE 2014

Tableau 3

Dispositions conventionnelles spécifiques

Pays	Dépenses (en €)
Jersey	144 064,20
Monaco	7 033 805,63
Québec	213 443,38
TOUS PAYS	7 391 313,21

Source : Cleiss

Les prestations servies en France incluent l'ensemble des données communiquées par la CNAMTS au Cleiss y compris les dépenses pour les soins de santé non mises en recouvrement dans le cadre des accords de renonciation pour un montant global avoisinant les 7,4 millions d'euros (hors UE). Les factures négatives (régularisations) transmises par la CNAMTS pour un montant global de 5,1 millions d'euros ont également été prises en compte.

Les **frais de gestion**  pour un montant global de près de 6,2 millions d'euros ne sont, en revanche, pas pris en compte dans les prestations servies.

Dans le cas de 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.



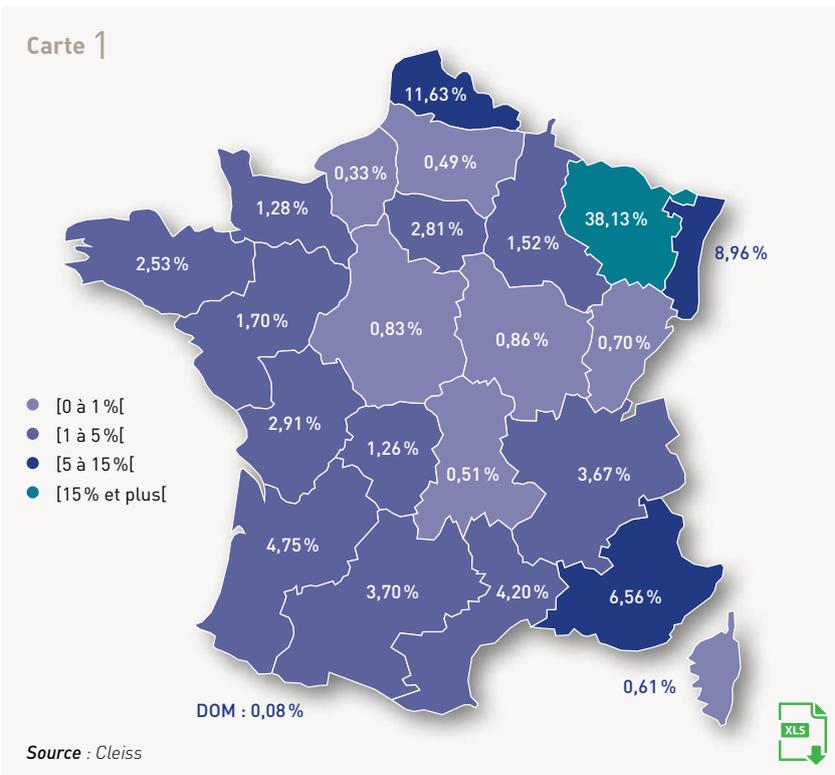
Pays signataires d'un accord de sécurité sociale avec la France qui couvre de manière plus ou moins élargie les risques maladie, maternité, accidents du travail-maladies professionnelles : Algérie, Andorre, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Israël, Jersey, Kosovo, 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.

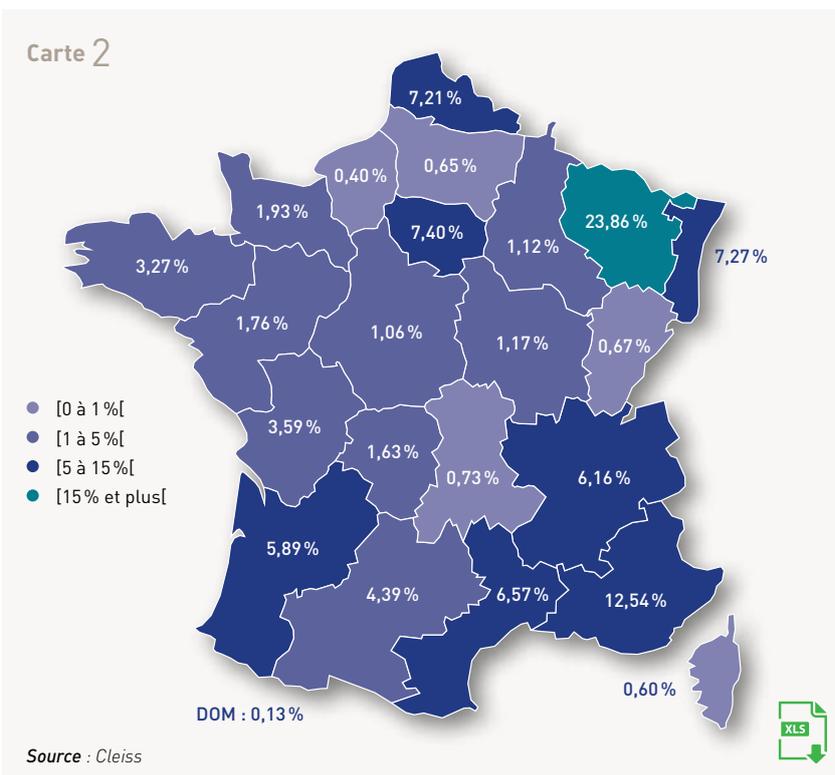
Source : Cleiss

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



Environ 38% 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 (un peu plus de 11,5%), Alsace (près de 9%) et Provence-Alpes Côte d'Azur (un peu plus de 6,5%). En 2014, ces trois régions totalisent plus d'un quart des bénéficiaires de soins, ce qui s'explique par la présence de nombreux **travailleurs frontaliers** ⁱ. La suite du classement est composée de l'Aquitaine (proche des 5%), puis de quatre régions de la moitié sud de la France (Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes et Poitou-Charentes) qui représentent 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 10^e position en termes de bénéficiaires.

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



Comme par le passé, la Lorraine reste en tête des régions françaises et concentre près de 24% des dépenses. Le coût moyen des soins dans cette région s'élève donc à 785 euros soit un des coûts moyens les moins élevés. Suit ensuite la région PACA avec un peu plus de 12,5% des dépenses. L'Île-de-France, en 3^e position, rassemble 7,4% des dépenses pour seulement 2,81% des bénéficiaires ce qui en fait la région avec le coût moyen le plus élevé (3 306 euros) : ceci s'explique principalement par l'impact du coût des soins programmés.

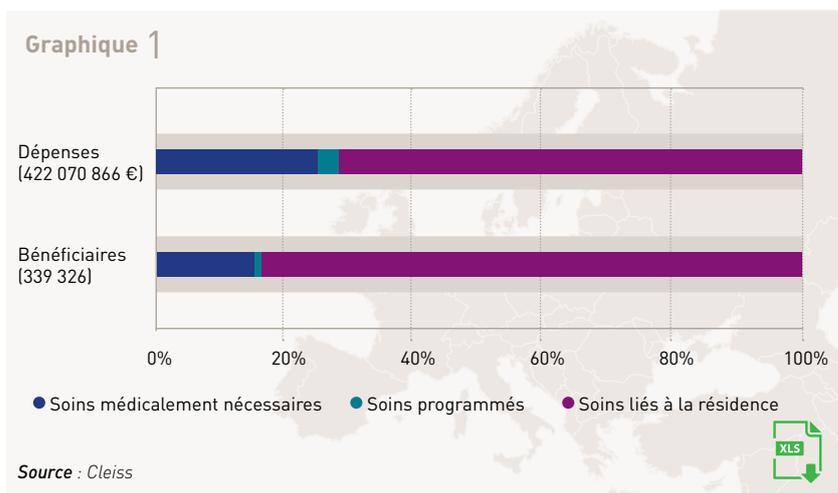
La majorité des dépenses concernent des soins liés à la résidence

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

Pour les assurés de l'UE-EEE-Suisse, **les soins liés à la résidence** ⁱ en France représentent 73 % des dépenses. Suivent ensuite les dépenses liées aux **soins médicalement nécessaires** ⁱ (24%) et enfin les dépenses associées aux **soins programmés** ⁱ (3%). La répartition des bénéficiaires accentue davantage la prépondérance des soins liés à la résidence (85%).

Pour les assurés résidant en France, les bénéficiaires de soins sont essentiellement des frontaliers travaillant au Luxembourg (33%), en Belgique (19%), en Allemagne (15%) et les retraités du Royaume-Uni (17%).

Les assurés de l'UE-EEE-Suisse qui ont reçu des soins en France lors d'un séjour temporaire viennent principalement du Royaume-Uni (24%), d'Italie (16%) et de Belgique (13%).



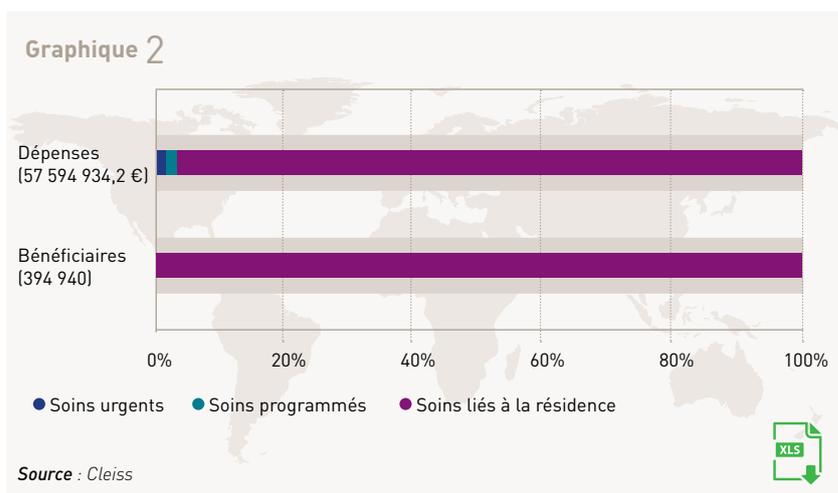
Enfin, en ce qui concerne les soins programmés, trois pays envoient davantage de patients que les autres sur le territoire français : la Belgique

(44%), l'Italie (24%), le Luxembourg (18%) et représentent plus de 86 % de l'ensemble des transferts pour soins.

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

Pour les assurés venant d'un pays hors UE-EEE-Suisse, la répartition des dépenses est encore plus marquée. Le premier poste de dépenses concerne les soins associés à la résidence (97% des cas) puis suivent les dépenses occasionnées par des soins programmés (1,5%) et celles liées aux **soins urgents** ⁱ dans le cadre d'un séjour temporaire (1,4%). La répartition des bénéficiaires donne les mêmes résultats puisque les résidents en France représentent 99,7% des bénéficiaires, les soins urgents 0,2% et les soins programmés 0,1%. Pour les assurés résidant en France, il s'agit essentiellement d'assurés du régime algérien (99,6%).

En dehors des assurés algériens, les bénéficiaires les plus nombreux sont les patients ayant reçu des soins urgents (54%), ceux résidants en France (30%) et les assurés en soins programmés (16%). En ce qui concerne les bénéficiaires de soins urgents au cours d'un séjour



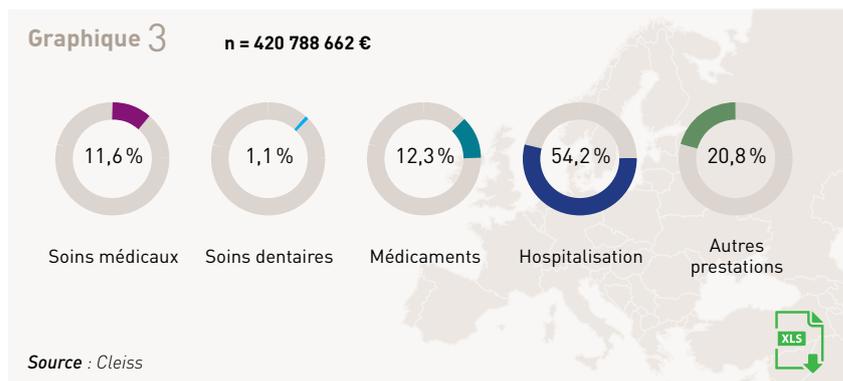
temporaire, ce sont principalement des étudiants ou coopérants du régime québécois (33%), des travailleurs et membres de leur famille en provenance du régime calédonien (28%) et ceux qui relèvent du régime algérien (20%),

venus essentiellement dans le cadre du protocole annexe à la convention. Enfin, deux pays sont à l'origine de la quasi-totalité des patients en transferts pour soins : la Nouvelle-Calédonie (60%) et Andorre (30%).

La majorité des dépenses sont liées à des hospitalisations

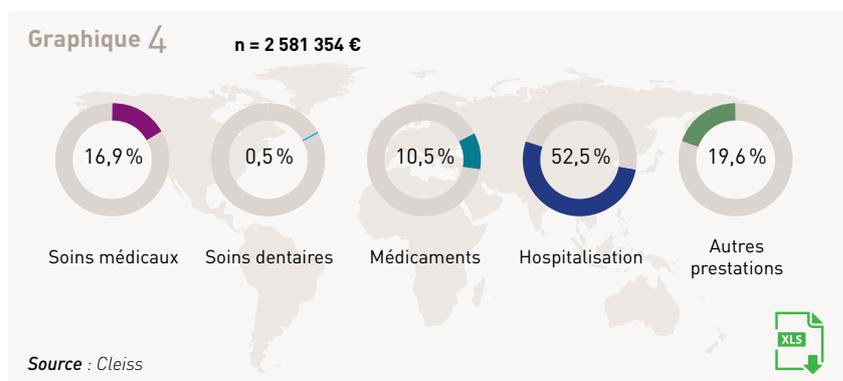
RÉPARTITION DES DÉPENSES DES ASSURÉS DE L'UE-EEE-SUISSE EN FRANCE PAR NATURE DE SOINS

De manière générale, environ 54 % des dépenses de santé des assurés des régimes étrangers en France sont liées à une hospitalisation. Le 2^e poste de dépenses (près de 21 %) correspond à la catégorie "autres prestations"  qui concernent essentiellement les prestations liées à une hospitalisation. Suivent ensuite les médicaments (un peu plus de 12 %) et les soins médicaux (presque 12 %). La répartition des dépenses est quasiment identique à celles des années antérieures.



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

La tendance est similaire pour les assurés en provenance d'un pays hors UE-EEE-Suisse. 53 % des dépenses de santé sont liées à une hospitalisation. Le 2^e poste de dépenses (20 %) correspond à la catégorie « autres prestations » (principalement liées à une hospitalisation) ; suivent ensuite les soins médicaux et les médicaments (quasiment 17 % et 11 % respectivement).



Note de lecture : La ventilation des dépenses par nature de soins est possible uniquement pour les remboursements sur facture, ce qui représente 99,7 % des dépenses pour les assurés de l'UE-EEE-Suisse mais seulement 4,5 % pour les assurés hors UE-EEE-Suisse. Pour les pays de l'UE-EEE-Suisse, les créances forfaitaires présentées en 2014 correspondent à la valorisation des forfaits de l'exercice 2012 et concernent deux pays seulement : le Liechtenstein et la Norvège. En ce qui concerne les pays hors UE-EEE-Suisse, les créances forfaitaires présentées concernent les exercices 2009 à 2011 pour l'Algérie, les années 2009 et 2010 pour la Serbie et l'année 2011 pour le Maroc.

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

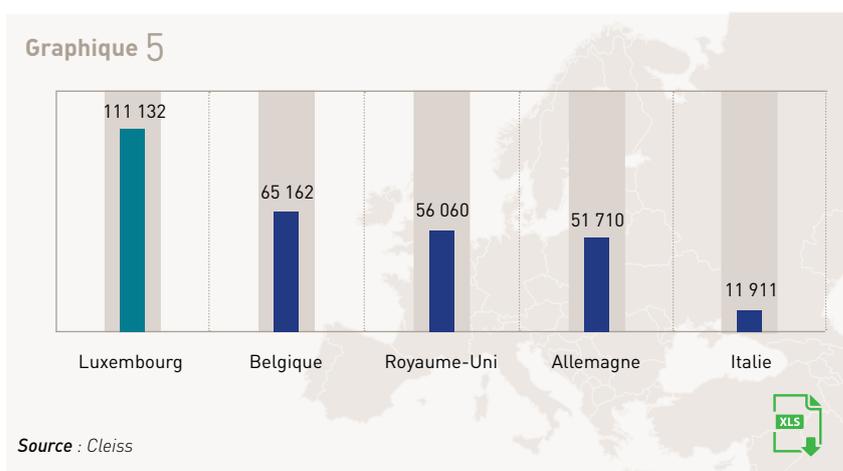
En ce qui concerne les prestations servies en 2014 sur le territoire français à des assurés des régimes de l'UE-EEE-Suisse, que ce soit en termes de bénéficiaires ou de dépenses, les principaux flux proviennent des pays frontaliers.

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

S'agissant du nombre de bénéficiaires, les principaux pays d'affiliation sont, comme en 2011 et 2012, le Luxembourg avec 33 % des effectifs, suivi de la Belgique (19 %), du Royaume-Uni (17 %), de l'Allemagne (15 %) et de l'Italie (4 %). Ces cinq pays rassemblent plus de 87 % des bénéficiaires.

Pour l'Allemagne, la Belgique et le Luxembourg, la grande majorité 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 mais aussi des assurés en séjour temporaire en France.

Pour le Royaume-Uni, il s'agit essentiellement de travailleurs en maintien de droits ainsi que des retraités et leur famille installés en France.

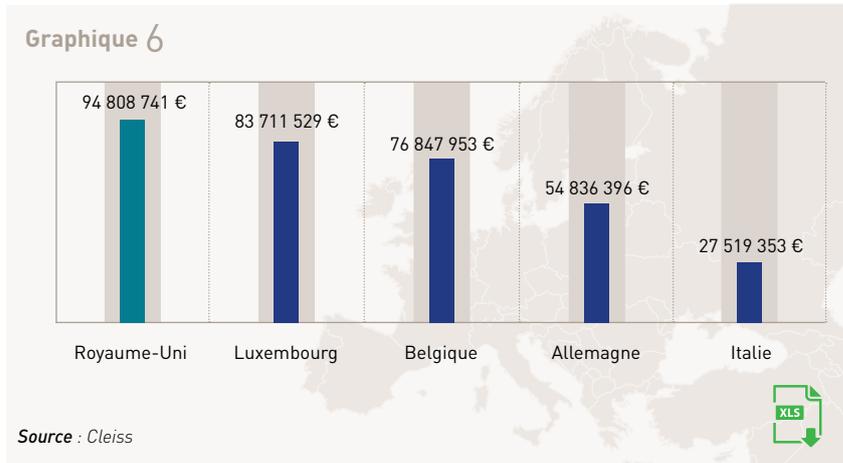


Pour l'Italie, plusieurs catégories sont concernées, d'abord les assurés en séjour en France, puis les travailleurs ou retraités résidant en France et enfin les assurés venus en France dans le cadre des soins programmés.

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

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 près de 23 % des dépenses. Viennent ensuite, le Luxembourg (presque 20 %), la Belgique (un peu plus de 18 %), l'Allemagne (13 %) et l'Italie (presque 7 %). Ces cinq pays représentent 81 % des dépenses engagées. Les Pays-Bas se positionnent à la 6^e 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^e et 6^e place.



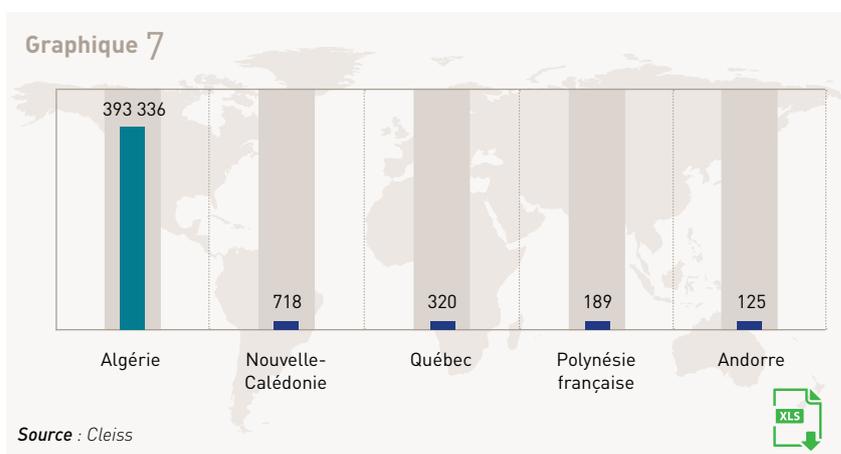
Principaux pays ou territoires d'affiliation des assurés hors UE-EEE-Suisse selon le montant dépensé et le nombre de bénéficiaires

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

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

En ce qui concerne les bénéficiaires, on retrouve l'Algérie avec 99,6 % des bénéficiaires de soins de santé sur le territoire français. Suivent ensuite la Nouvelle-Calédonie (0,2%), le Québec (0,1%), la Polynésie française (0,05%) et Andorre avec 0,03%.

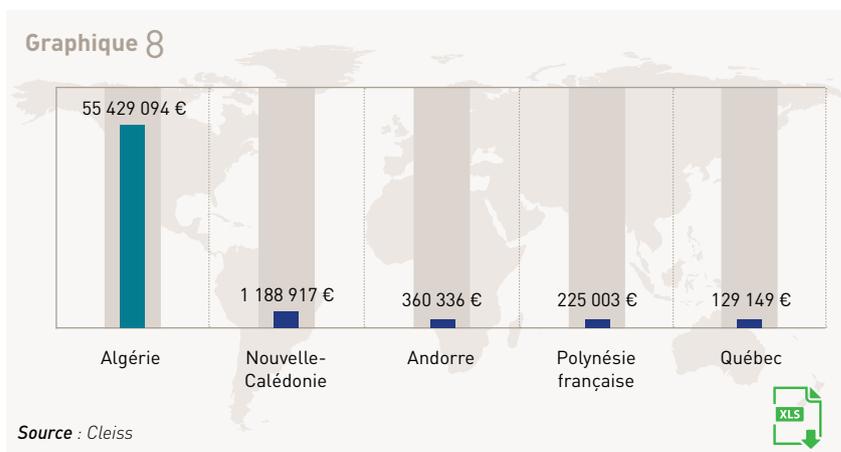
Il est à noter que 99,6% des assurés relevant du régime algérien étaient des résidents en France. En matière de soins urgents, étaient surtout concernés le Québec (33%), puis la Nouvelle Calédonie (28%) et enfin l'Algérie (20%). Les soins programmés concernaient la Nouvelle Calédonie (60%) et Andorre (30%).



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

En ce qui concerne les dépenses des assurés des régimes hors UE-EEE-Suisse, 96% des dépenses (plus de 55 millions d'euros) résulte principalement du paiement par l'Algérie de créances qui correspondent aux trois exercices 2009 à 2011.

En termes de dépenses, viennent ensuite la Nouvelle-Calédonie (2,1%), Andorre (0,6%), la Polynésie française (0,4%) et le Québec (0,2%) avec des montants compris entre 0,1 et 1,1 million d'euros. Les 12 autres pays se répartissent 0,9% des dépenses soit un montant global d'un peu plus de 262 000 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 2014 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 (Polynésie Française, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon) et la Nouvelle-Calédonie. Il est à noter que les remboursements effectués au cours de l'année 2014 ne concernent pas nécessairement des soins délivrés en 2014.

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

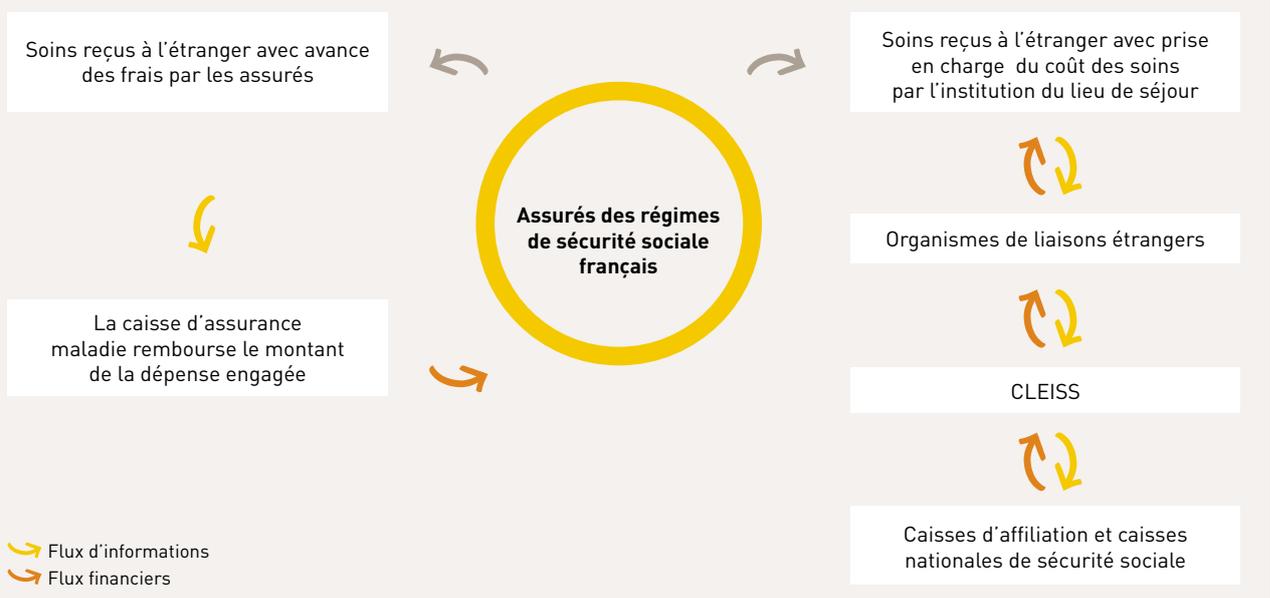
CIRCULATION DES FLUX (D'INFORMATION ET FINANCIERS) ENTRE L'ÉTRANGER ET LES INSTITUTIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE

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^e 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.



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 État 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'Étranger), 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 Électriques, 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'Éducation 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.

REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTÉ REÇUS À L'ÉTRANGER PAR DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS

Tableau 4

Pays	Circuit 1		Circuit 2		Total		
	Bénéficiaires	Dépenses (en €)	Bénéficiaires	Dépenses (en €)	Bénéficiaires	Dépenses (en €)	Montant moyen (en €)
UE-EEE-Suisse	170 757	109 785 449	352 248	441 530 234	523 005	551 315 683	1 054
Hors UE-EEE-Suisse	123 724	33 665 180	455 252	239 659 466	578 976	273 324 646	472
TOTAL	294 481	143 450 629	807 500	681 189 700	1 101 981	824 640 329	748
Montant moyen (en €)	487		844		748		

Source : Cleiss

En 2014, 1 101 981 bénéficiaires des régimes français ont reçu des soins à l'étranger pour un montant remboursé d'environ 824,6 millions d'euros. 294 481 bénéficiaires (soit 26,7 %) avaient avancé le coût de leurs soins (**circuit 1**) et ont été remboursés par les caisses françaises de sécurité sociale pour un montant de 143,4 millions d'euros. Un peu plus de la moitié de ces bénéficiaires (58 %) ont reçu des soins au sein de l'UE-EEE-Suisse alors que les montants remboursés atteignent, quant à eux, 76,5 %. Le Cleiss, de son côté, rembourse ses homologues étrangers pour des soins effectués et pris en charge sur leur territoire (**circuit 2**) : 807 500 bénéficiaires pour un montant remboursé de 681,2 millions d'euros. 43,6 % de ces assurés avaient reçu des soins dans la zone UE-EEE-Suisse pour un coût représentant 64,8 % 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 748 euros (soit 3 euros de

moins qu'en 2013). Pour le circuit 1, le montant moyen remboursé a augmenté de 13,2 % par rapport à 2013 (487 euros en 2014 contre 430 euros en 2013). Pour le circuit 2, ce montant a diminué de 12,6 % par rapport à l'année précédente (844 euros en 2014 contre 966 euros en 2013).

Il faut également noter que :

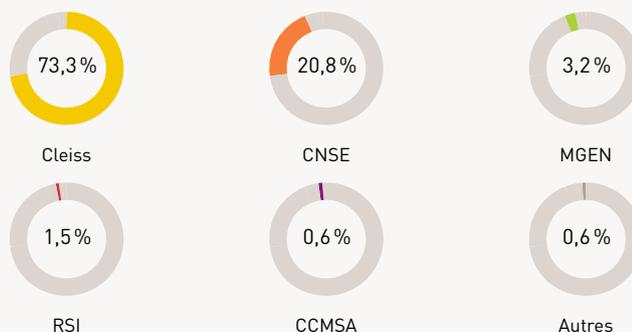
- Dans le rapport statistique, dans le cadre des règlements européens, les remboursements effectués par le Cleiss, en 2014, sont presque équivalents à ceux réalisés par les organismes européens puisqu'ils représentent près de 83,4 % de ces derniers.
- Par ailleurs, l'Espagne a bénéficié de paiements plus importants en 2014, compte tenu des retards de paiements enregistrés en 2013.
- Qu'un seul semestre de facturation a été adressé aux partenaires étrangers en 2014 d'une part, et, d'autre part, que les comptes ont été arrêtés au 30/11/2014 et que des créances estimées à 280 millions d'euros n'ont pu être comptabilisées.

- Dans le cadre des accords internationaux, sur les 10 dernières années, les remboursements effectués par le Cleiss ont toujours été largement supérieurs à ceux effectués par les organismes étrangers compte tenu du champ personnel des conventions qui se rapportent surtout à des familles de travailleurs ou de pensionnés installés dans leur pays d'origine. Le solde négatif le plus important a été atteint cette dernière année 2014, du fait de la réunion de la commission mixte franco-algérienne qui a permis de régulariser les comptes de 3 exercices (2009 à 2011).
- Le coût moyen des dépenses de santé remboursées pour les soins réalisés au sein de l'UE-EEE-Suisse a augmenté pour 2014 par rapport à 2013 (+31,4 % ; 802 euros pour 2013 contre 1054 euros en 2014).
- Le coût moyen des dépenses de santé remboursées pour les soins réalisés dans un pays lié à la France par une convention bilatérale a connu une diminution (-23,4 % ; 616 euros en 2013 contre 472 euros en 2014).

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

Le Cleiss a remboursé aux organismes partenaires 83 % du montant global des remboursements, cela représente 73,2 % de l'ensemble des bénéficiaires. Le montant moyen des soins remboursés par personne par le Cleiss atteint 844 euros (soit une diminution de 12,6 % par rapport à 2013). Les soins reçus dans le cadre des règlements européens s'élèvent en moyenne à 1253 euros tandis que ceux effectués dans un pays lié à la France par une convention bilatérale chutent à 526 euros en moyenne.

Graphique 9



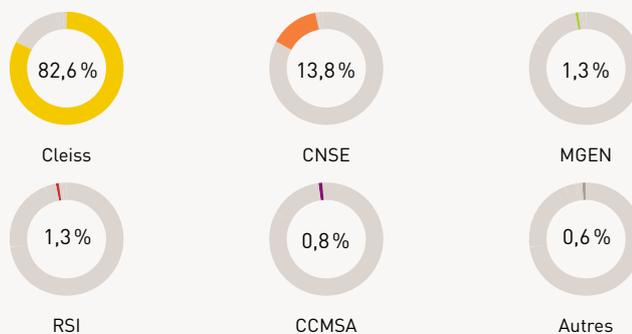
Source : Cleiss



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

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, 21 % de l'ensemble des bénéficiaires pour un montant atteignant environ 14 % du montant total. Le montant moyen remboursé par le CNSE atteint 498 euros (soit une augmentation de 17 % par rapport à l'année précédente). Pour le CNSE, les soins au sein de l'UE-EEE-Suisse sont en moyenne plus coûteux (682 euros) que ceux effectués à l'extérieur de cette zone (198 euros). Le coût moyen pour des soins effectués au sein de la zone UE-EEE-Suisse a augmenté de 19,4 % par rapport à 2013 contrairement au coût moyen pour des soins en dehors de cette zone qui a diminué de 11,6 %.

Graphique 10



Source : Cleiss



Note de lecture :

Cleiss : Centre de Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale

CNSE : Centre Nationale des Soins à l'Étranger

MGEN : Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

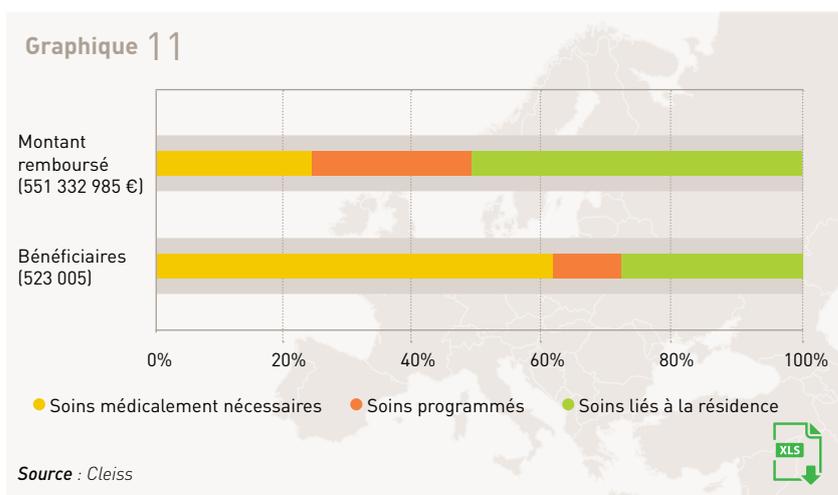
RSI : Régime Social des Indépendants

CCMSA : Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole

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

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

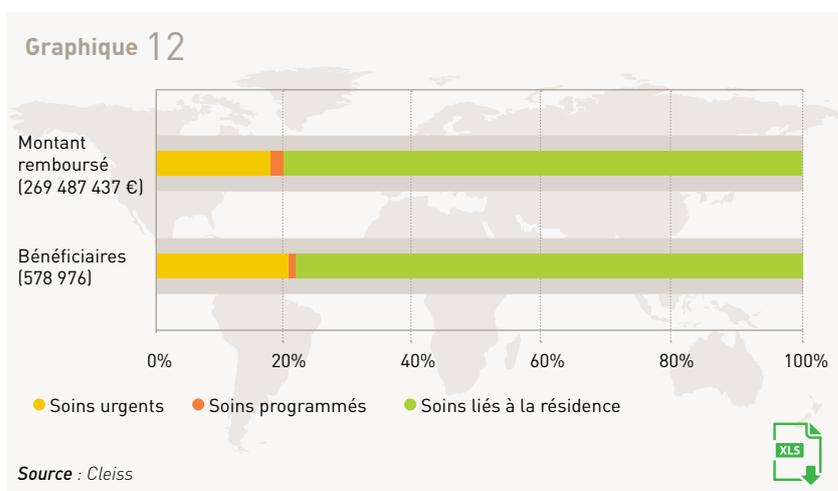
Pour les assurés des régimes français ayant eu recours à des soins au sein de l'UE-EEE-Suisse, 51 % des dépenses sont liées à la résidence, 24,5 % sont des soins médicalement nécessaires dispensés durant un séjour temporaire et enfin 24 % sont associés à des soins programmés. En revanche, la situation diffère si l'on considère la répartition des bénéficiaires. Ainsi, 61 % des bénéficiaires sont des assurés en séjours temporaires et 29 % résident dans le pays dans lequel ils ont reçu les soins. Enfin, seuls 10 % 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. À noter que le montant moyen des soins programmés s'élève à 2 508



euros par bénéficiaire ce qui en fait le type de soins le plus coûteux, loin devant les soins liés à la résidence (1 870 euros) et les soins médicalement nécessaires (424 euros).

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

Pour les assurés des régimes français ayant eu recours à des soins en dehors de l'UE-EEE-Suisse, 80 % des dépenses sont liées à des soins liés à la résidence, 18 % sont des soins urgents dispensés au cours d'un séjour temporaire et enfin 2 % sont associés à des soins programmés. S'agissant du nombre de bénéficiaires, la tendance est la même : 78,5 % des bénéficiaires sont des résidents à l'étranger tandis que 21 % étaient en séjour à l'étranger. Les soins programmés représentent, quant à eux, moins de 1 % des bénéficiaires. La tenue de commissions mixtes en 2014 et par conséquent de remboursements sur base forfaitaire, entraîne mathématiquement une augmentation



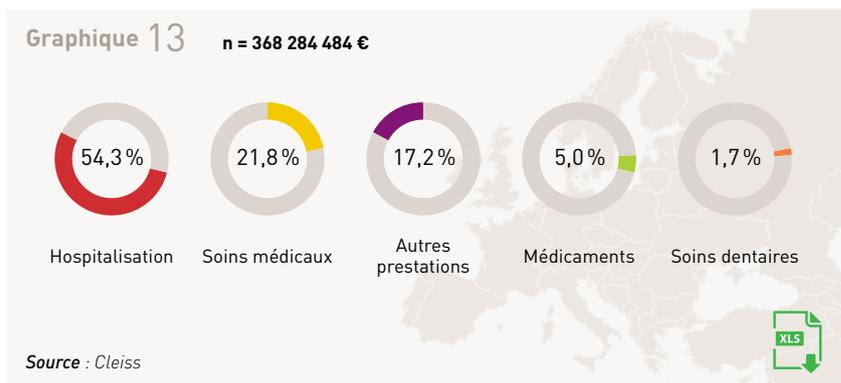
du nombre de bénéficiaires pour les soins liés à la résidence.

La majorité des dépenses de soins sont liées à des hospitalisations

RÉPARTITION DES DÉPENSES DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS

AU SEIN DE L'UE-EEE-SUISSE PAR NATURE DE SOINS

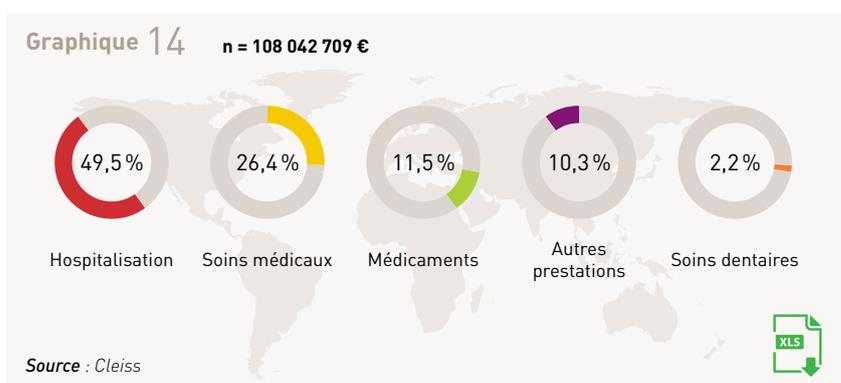
54 % des dépenses de santé des assurés des régimes français ayant reçu des soins dans l'UE/EEE/Suisse sont liées à une hospitalisation. Viennent ensuite les soins médicaux (22 %) et les autres prestations (17 %).



RÉPARTITION DES DÉPENSES DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS

EN DEHORS DE L'UE-EEE-SUISSE PAR NATURE DE SOINS

Pour les bénéficiaires hors UE-EEE-Suisse, la moitié des dépenses sont liées à l'hospitalisation, 26 % à des soins médicaux ; viennent ensuite les médicaments (12 %).



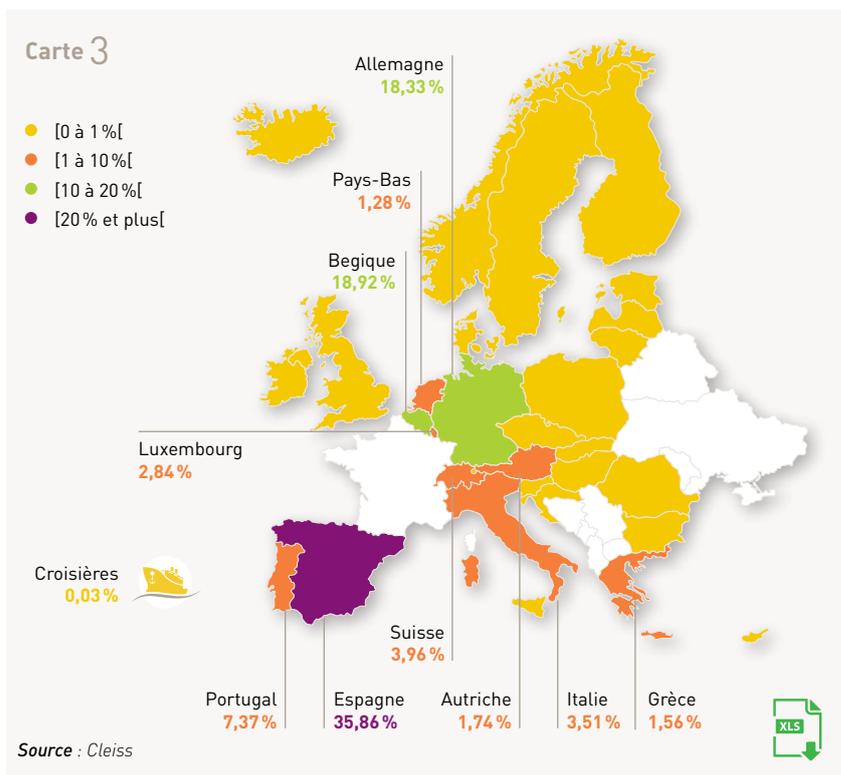
Note de lecture : La ventilation des dépenses par nature de soins est possible uniquement pour les remboursements sur facture qui représentent pour 2014, 67 % des remboursements dans la zone UE-EEE-Suisse et 40 % pour les pays en dehors de cette zone.

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

L'année 2014 ne fait pas exception à la règle avec une concentration des mouvements de dépenses et des flux de bénéficiaires entre la France et les pays frontaliers ou avec lesquels des migrations importantes ont eu lieu par le passé.

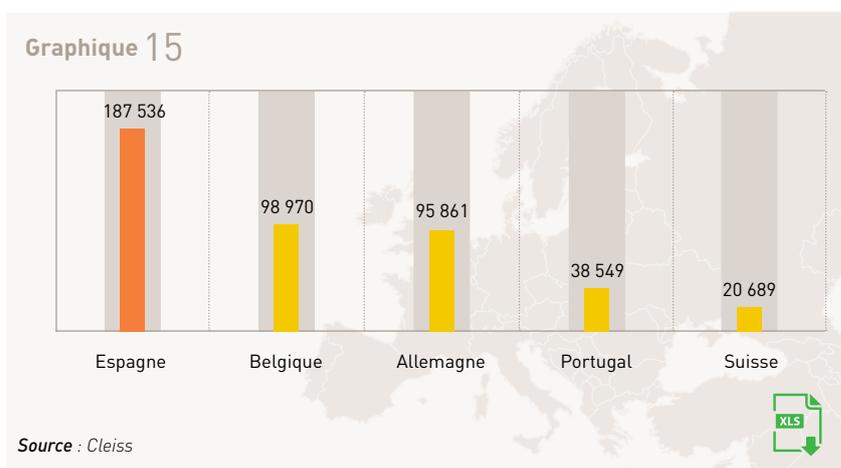
En 2014, tout comme les cinq années précédentes, les assurés des régimes français ont été nombreux à recevoir des soins dans les pays frontaliers et dans les pays avec lesquels des migrations importantes ont eu lieu par le passé. L'Espagne totalise ainsi un nombre de bénéficiaires de 187 536 personnes (36 %). Viennent ensuite la Belgique (19 %), l'Allemagne (18 %), le Portugal (7 %) et la Suisse (4 %). Ces cinq pays regroupent un peu plus de 84 % des assurés des régimes français soignés au sein de la zone UE-EEE-Suisse tandis que les 25 autres pays ne représentent que 16 % de ces montants.

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

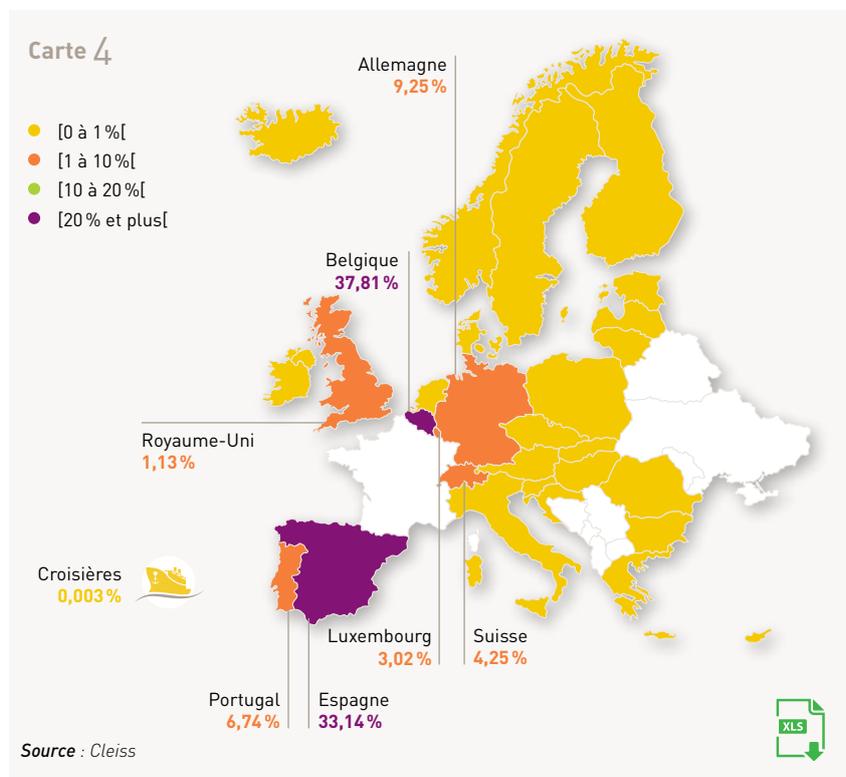


En Espagne, la majorité des assurés des régimes français ont reçu des soins au cours d'un séjour temporaire (70 %) tandis que 28 % résident dans ce pays. En Belgique, la répartition est plus équilibrée: 43 % des assurés ont eu recours à des soins nécessaires au cours d'un séjour temporaire, 31 % résident en Belgique et 26 % y ont effectué des soins programmés. Cette répartition est identique à l'année précédente. En Allemagne, 40,5 % des assurés des régimes français ont reçu des soins nécessaires alors qu'ils étaient en séjour temporaire dans ce pays. Au Portugal, 95 % des bénéficiaires ont eu recours de soins nécessaires au cours d'un séjour temporaire. Enfin, en Suisse, les bénéficiaires sont en majorité des assurés en séjour temporaire (56 %) suivi par ceux qui y résident (24 %).

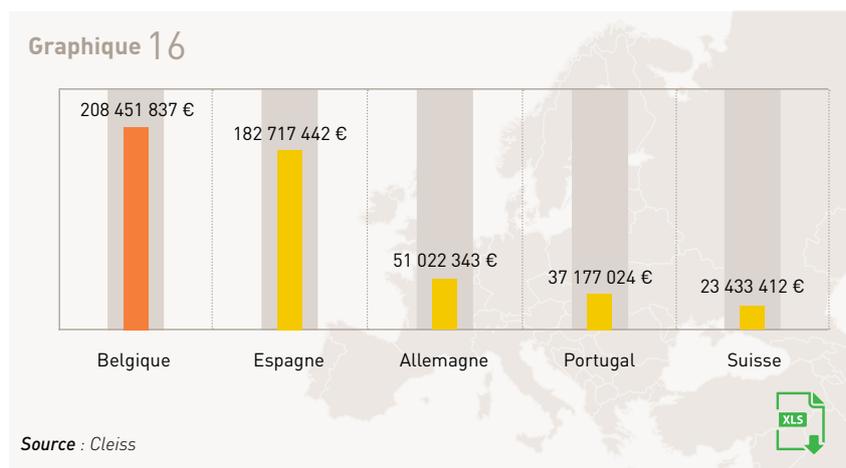
PRINCIPAUX PAYS DES SOINS AU SEIN DE L'UE-EEE-SUISSE DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS SELON LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES



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



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



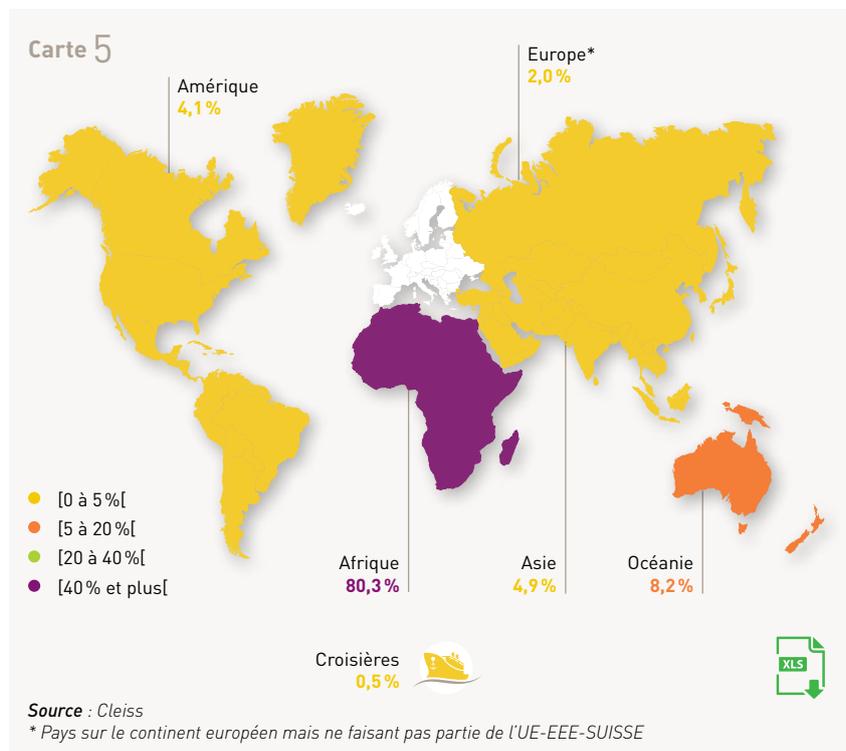
Cinq pays présentent les remboursements les plus élevés, qui s'échelonnent de 23,4 millions d'euros en faveur de la Suisse à 208,4 millions d'euros pour la Belgique. Les cinq principaux pays en termes de montants remboursés sont les mêmes qu'en 2012 et 2013 mais dans des proportions différentes. On retrouve la Belgique (38 %), l'Espagne (33 %), l'Allemagne (9 %) le Portugal (7 %) et la Suisse (4 %) qui concentrent donc 91 % des montants remboursés.

Les 25 autres États de l'UE-EEE-Suisse concentrent 9 % seulement des remboursements soit 48,5 millions d'euros.

...mais aussi avec certains pays ou territoires francophones

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

SELON LE CONTINENT DES SOINS



En 2014, 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 (80%) et en Océanie (8%). Viennent ensuite l'Asie (5%) et l'Amérique (4%).

En Océanie, 97% 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. Ces décrets de coordination visent entre autres les fonctionnaires (enseignants, magistrats, militaires) et recouvrent les mêmes situations que les règlements européens.

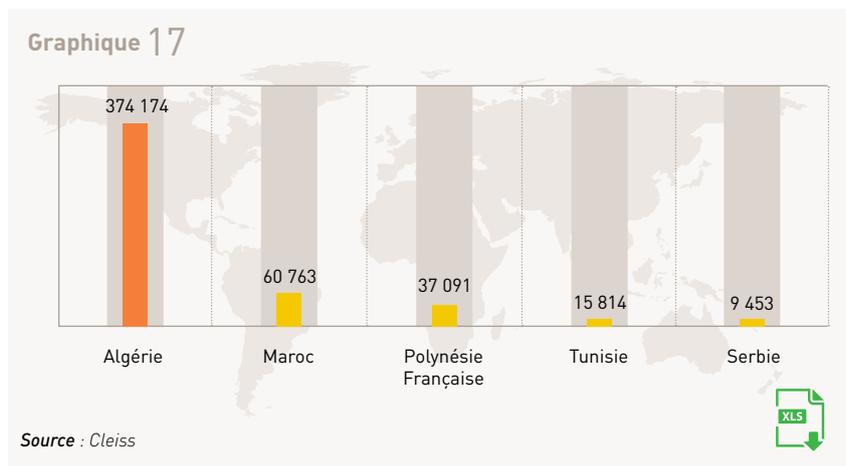
PRINCIPAUX PAYS OU TERRITOIRES DES SOINS EN DEHORS DE L'UE-EEE-SUISSE DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS SELON LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES

En 2014, 64% des assurés des régimes français ont reçu des soins en Algérie et 10% au Maroc. Les assurés ont également reçu des soins en Polynésie française (6%). Pour l'Algérie, la forte augmentation du nombre de bénéficiaires résulte des commissions mixtes

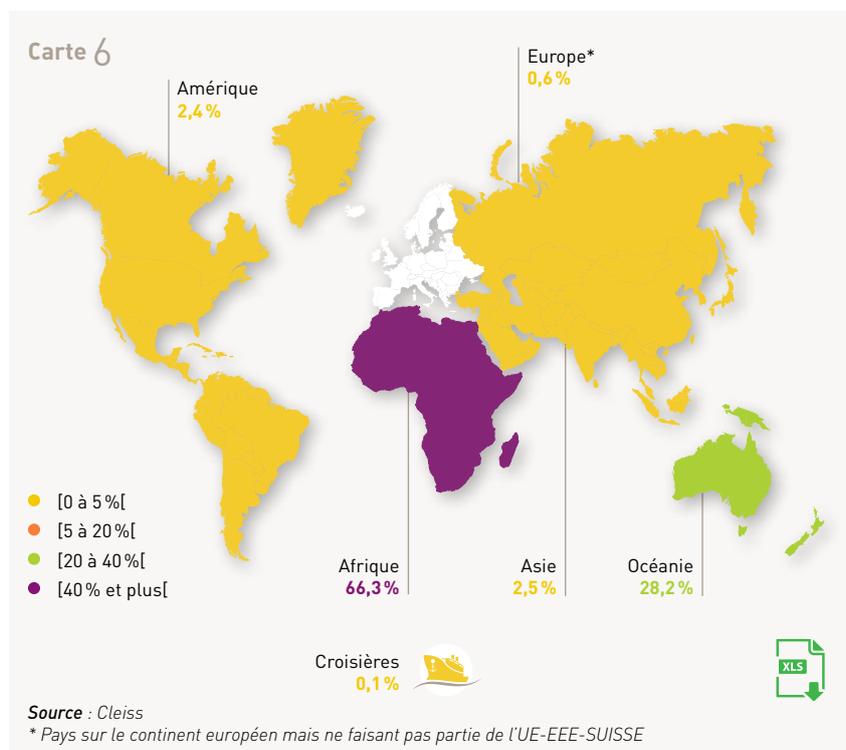
intervenues en 2014 (avec la Serbie et surtout l'Algérie). Le nombre de bénéficiaires au Maroc a augmenté de 55% (soit 21 540 personnes de plus qu'en 2013). Ce phénomène est dû à l'application de la nouvelle convention de 2007 qui est entrée en vigueur le 01/06/2011.

Les pays du Maghreb représentent 77% des bénéficiaires de soins : 64% pour l'Algérie, 10% pour le Maroc et 3% pour la Tunisie. En Algérie, les bénéficiaires de soins de santé sont quasi exclusivement (99%) des résidents du pays.

Au Maroc, près des deux tiers des bénéficiaires des soins de santé sont des résidents et plus du tiers restant a effectué des soins urgents au cours d'un séjour temporaire. En Polynésie française, plus de la moitié des bénéficiaires (60%) a effectué des soins urgents au cours d'un séjour temporaire et 40% des bénéficiaires sont des résidents. En Tunisie, les bénéficiaires de soins sont en grande majorité (88%) des assurés en séjour temporaire, aucune créance n'ayant été réglée dans le cadre de la convention et seul le CNSE a pris en charge des dépenses dans le cadre du circuit 1. Pour la Serbie, 95% des bénéficiaires sont des résidents (régularisation de créances forfaitaires pour les exercices 2009 et 2010).



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



De manière globale, 66 % du montant remboursé concerne des soins dispensés en Afrique : les remboursements effectués sur ce continent ne sont pas pour autant les plus coûteux (384 euros en moyenne par bénéficiaire, en augmentation par rapport à l'année précédente avec un coût moyen de 223 euros). Il faut préciser que sur les soins remboursés en Afrique, 91 % l'ont été pour des soins dispensés en Algérie et 5 % pour des soins dispensés au Maroc. Les soins prodigués en Océanie représentent 28 % pour un coût moyen de 1 593 euros (1 666 euros en 2013). Sont principalement concernés les soins dispensés dans le cadre des décrets de coordination afférents à la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie qui ont un champ matériel et personnel d'application très large.

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

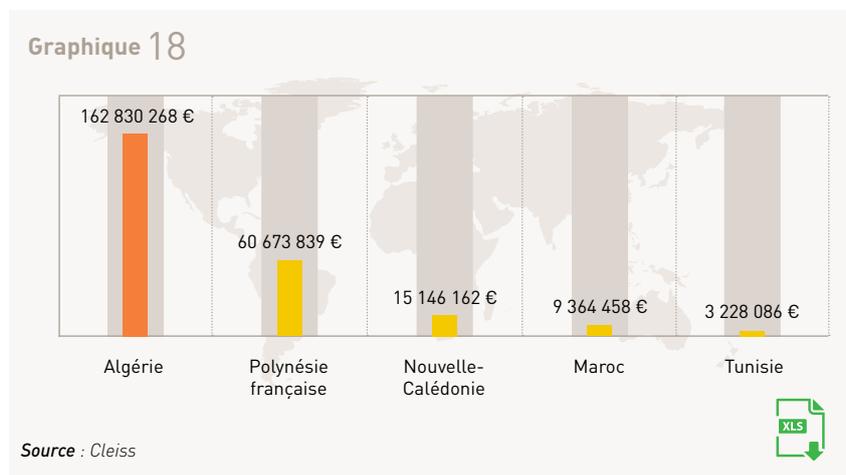
En 2014, les dépenses des assurés des régimes français dans les pays ou collectivités en dehors de l'UE-EEE-Suisse ont eu lieu principalement en Algérie (60 %) pour un montant dépassant les 162 millions d'euros.

Suivent ensuite la Polynésie française (22,5 %), la Nouvelle Calédonie (6 %), le Maroc (3,5 %) et la Tunisie (1 %). Pour l'Algérie, la régularisation des comptes au titre

des exercices 2009 à 2011 a entraîné le paiement de 160,4 millions d'euros ainsi que des avances au titre des années 2012 à 2014.

Les 154 autres États (ou regroupement d'États) ne concentrent que 7 % des dépenses de soins de santé soit 18,2 millions d'euros.

En Algérie, la quasi-totalité des remboursements (98,5 %) concernent des soins liés à la résidence. En Polynésie française, plus de la moitié des remboursements concernent des soins liés à la résidence et l'autre moitié à des soins urgents dispensés au cours d'un séjour temporaire. En Nouvelle-Calédonie, il est à noter que la majorité des dépenses (91 %) sont liées à la résidence des assurés dans cette collectivité. Au Maroc et en Tunisie, respectivement 46 % et 70 % 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 2014, les seules dépenses d'hospitalisation, tous régimes confondus, se sont élevées à 132,6 millions d'euros en augmentation de 15,6% par rapport à l'année 2013 (114,8 millions d'euros). Près de 79% des dépenses (104,9 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 2014.

Source : CPAM de Nice



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.

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 qu'en matière de soins de santé, la France entretient un rapport privilégié avec les pays frontaliers ou francophones. Compte tenu de l'arrêt des opérations financières au 30/11/2014 dans le cadre du transfert de l'activité à la CNAMTS, les chiffres communiqués n'intègrent donc pas les dettes présentées ainsi que les fonds qui seraient parvenus au Cleiss au mois de décembre 2014.

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 États avec lesquels des accords de sécurité sociale visant le risque maladie-maternité-paternité ou accidents du travail-maladies professionnelles ont été conclus (que ce soit dans le cadre des règlements européens, des conventions bilatérales ou des décrets de coordination) et pour lesquels la France demande le remboursement aux États 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 État 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 État 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.
- **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 État autre que l'État d'emploi ou que l'État débiteur de la pension.
- **Soins urgents** : prestations servies aux assurés des régimes français (touristes, pensionnés, travailleurs détachés ou étudiants) qui ont eu besoin de se faire soigner lors d'un séjour temporaire en dehors de la zone UE-EEE-Suisse ou aux assurés des régimes hors UE-EEE-Suisse qui ont eu besoin de se faire soigner lors d'un séjour temporaire sur le territoire français.
- **Travailleur frontalier** : toute personne qui exerce une activité salariée ou non salariée dans un État membre et qui réside dans un autre État membre où elle retourne en principe chaque jour ou au moins une fois par semaine.

Références

Cette étude a été réalisée à partir des données du Cleiss et grâce aux données collectées auprès de la CAVIMAC, la CCMSA, le CNSE, 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°19, avril 2016

Directeur de la publication : Philippe SANSON - Maquette : additiv • Groupe R9

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.

