

DÉCRYPTAGE

ÉTUDES ET ANALYSES DU CLEISS

CENTRE DES LIAISONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE

N° 24
MAI 2020

**BILAN DES CRÉANCES
ET DES DETTES EN 2018** 2

**CRÉANCES PRÉSENTÉES
PAR LA FRANCE** 3

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

**DETTES PAYÉES
PAR LA FRANCE** 10

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

**ANNEXE
ET CONCLUSION** 19

**GLOSSAIRE
ET RÉFÉRENCES** 20



Antonio Araujo
decryptage@cleiss.fr

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



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

LES SOINS DE SANTÉ EN 2018 DANS LE CADRE DE LA MOBILITÉ INTERNATIONALE

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

D'autre part, l'étude s'intéresse réciproquement aux soins de santé dispensés à l'étranger à des assurés des régimes français pour lesquels le coût des soins a été pris en charge par l'institution du lieu de séjour ou de résidence. Ces soins de santé sont par la suite remboursés par la France, sur

la base de factures ou de forfaits, en application des accords internationaux de sécurité sociale.

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

Bilan des créances et dettes en 2018

Tableau 1. CRÉANCES ET DETTES PAYÉES¹ ET PRÉSENTÉES EN 2018 (EN MILLIONS D'€)

Pays	Créances payées * à la France	Dettes payées * par la France	solde	Créances présentées * par la France	Dettes introduites * à la France	solde
UE-EEE-Suisse	989,18	387,71	601,47	866,94	416,44	450,50
Hors UE-EEE-Suisse	1,53	126,46	-124,93	6,52	87,15	-80,63
TOUS PAYS	990,71	514,17	476,54	873,46	503,59	369,87

Source : CNSE

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

* Voir glossaire

Au cours de l'année 2018, comme les autres années, **la France a perçu plus de remboursements de soins de santé en provenance des organismes étrangers qu'elle ne leur en a versés**. Les **dettes payées** par le CNSE s'élèvent en effet à **514,17 millions d'€ contre 990,71 millions d'€** en provenance des organismes étrangers (créances payées). Il s'ensuit un solde positif en faveur de la France de 476,54 millions d'€, contre +429,04 millions d'€ l'année précédente.

Ces remboursements concernent uniquement les soins de santé pris en charge dans le cadre des règlements européens, des conventions bilatérales et des décrets de coordination ; il s'agit des remboursements dans le cadre de la coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale. Toutefois, dans la seconde partie de la présente étude, seront également présentées, toutes dépenses de santé confondues, celles remboursées aux bénéficiaires des soins sur présentation des factures dès leur retour en France, celles payées directement par les caisses de sécurité sociale à des établissements de santé à l'étranger ; soins qui en conséquence échappent au circuit de la coordination.

La quasi-totalité des sommes remboursées à la France provient des organismes étrangers des pays membres de la zone UE-EEE-Suisse.

989,18 millions d'€ ont été en effet remboursés au CNSE par ces organismes étrangers. Cela correspond à des remboursements plus de 2,5 fois plus élevés que ceux effectués par la France à destination des pays de la même zone (387,71 millions d'€). Ainsi, 99,8% des dépenses de soins de santé remboursées au CNSE le sont par les pays de l'UE-EEE-Suisse, tandis que dans le sens inverse 75,4% des remboursements du CNSE le sont en direction des pays de cette même zone.

Les dépenses remboursées par la France aux pays hors UE-EEE-Suisse sont nettement plus importantes que celles réglées par ces mêmes pays. Le solde français des dépenses de soins de santé est donc débiteur de 124,93 millions d'€ : 126,46 millions d'€ remboursés par les organismes français aux pays situés en dehors de la zone UE-EEE-Suisse contre 1,53 million d'€ de remboursement en provenance de ces pays. Dans le cadre des conventions bilatérales et des décrets de coordination auxquels la France est partie, en matière de sécurité sociale, il s'agit d'une part, de séjours temporaires dans le pays d'origine des travailleurs occupés en France, d'autre part, des familles et pensionnés restés dans le pays d'origine. Les liens historiques entre la France et le Maghreb, et les liens très forts ainsi que les nombreux échanges entre la France métropo-

litaine et les territoires du Pacifique (Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française), expliquent majoritairement, en matière de remboursements des soins, les volumes élevés de personnes ressortissantes, respectivement, des pays d'Afrique du nord et des deux archipels d'Océanie.

Au cours de l'année 2018, les **créances présentées** par la France aux organismes étrangers atteignent 873,46 millions d'€ alors que dans le même temps les **dettes introduites** auprès de la France se montent à 503,59 millions d'€. 99,2% des créances présentées par la France concernent des soins de santé délivrés à des assurés des pays de la zone UE-EEE-Suisse. Par ailleurs, 82,7% des dettes introduites le sont par les pays de cette même zone.

Du côté français, en 2018, les créances ont été présentées, en premier lieu, pour les prestations servies au cours du 2^{ème} semestre 2017 ainsi que du 1^{er} semestre 2018, en deuxième lieu, pour la valorisation des créances forfaitaires présentées à l'Algérie, le Gabon et la Macédoine dans le cadre des apurements de comptes, enfin, pour la dotation forfaitaire annuelle versée par Wallis-et-Futuna conformément à la convention relative à la prise en charge des soins des patients lors d'évacuations sanitaires en métropole.



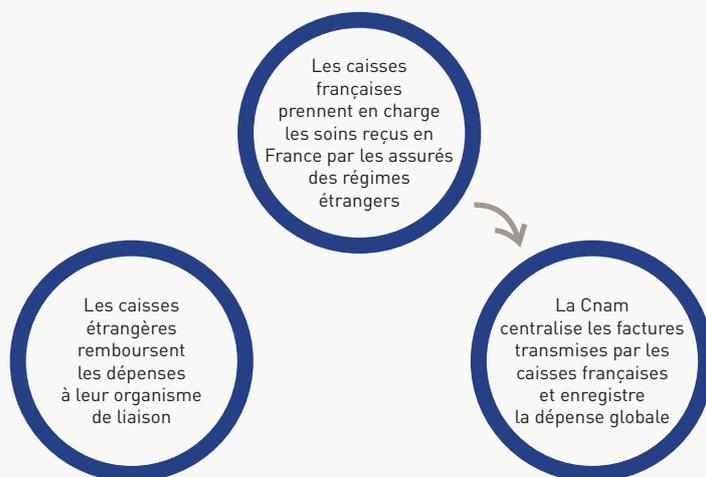
NB : CETTE ÉTUDE PORTERA EXCLUSIVEMENT SUR LES CRÉANCES PRÉSENTÉES ET LES DETTES PAYÉES PAR LA FRANCE. EN EFFET, LES DONNÉES RELATIVES AUX CRÉANCES PAYÉES ET AUX DETTES INTRODUITES PAR LES ORGANISMES ÉTRANGERS QUI SONT REMONTÉES AU CLEISS SONT UNIQUEMENT AGRÉGÉES PAR PAYS, ET N'ONT DONC PAS LE NIVEAU DE DÉTAIL (TYPOLOGIE, NATURE DES SOINS) PRÉSENTÉ CI-APRÈS.

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

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

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

 Flux financiers
 Flux d'informations



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

Les organismes de liaison étrangers :

- D'une part : présentent les créances aux caisses locales concernées
- D'autre part : remboursent les soins de santé engagés pour leurs assurés au CNSE



Le CNSE :

D'une part : présente les créances aux organismes de liaison étrangers

D'autre part : rembourse ultérieurement les soins pris en charge par les caisses françaises à la Cnam



Concernant les prestations servies en France aux assurés des régimes étrangers, ce numéro de Décryptage s'intéresse, comme précisé plus haut, aux prestations servies au cours du 2^{ème} semestre 2017 et du 1^{er} semestre 2018, et qui ont fait l'objet de présentation de créances aux pays étrangers durant l'année 2018. Dans un souci de simplification, nous nous référerons à ces prestations sous le terme « *prestations servies en 2018* ».

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

CRÉANCES PRÉSENTÉES PAR LA FRANCE EN 2018

Tableau 2. PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ SERVIES EN FRANCE EN 2018 (EN EUROS)

Pays	Créances présentées	Frais de gestion	Prestations servies		
			Dépenses	Nombre de bénéficiaires	Montant moyen
UE-EEE-Suisse	866 938 202	13 245 525	853 692 677	425 741	2 005
Hors UE-EEE-Suisse	6 517 184	96 327	6 420 857	2 173	2 955
TOUS PAYS	873 455 386	13 341 853	860 113 533	427 914	2 010

Source : CNSE

En 2018, près de 428.000 assurés des régimes étrangers ont bénéficié sur le territoire français de la prise en charge des soins, dans le cadre de la coordination, pour un montant de 860,11 millions d'€, soit par rapport à l'année précédente, une diminution de 4,5%. En 2018, comme en 2017,

seuls deux semestres de créances ont été présentés aux pays étrangers et le montant moyen des soins s'élève à 2.010€ par bénéficiaire. Dans le détail, le montant moyen pour les assurés en provenance d'un pays de l'UE-EEE-Suisse (2.005€) correspond au montant moyen global, tandis qu'au

contraire, les soins aux assurés en provenance d'un pays hors UE-EEE-Suisse lié à la France par un accord bilatéral couvrant le *risque maladie** s'élèvent en moyenne à 2.955€ par bénéficiaire (+945€). Les *frais de gestion* ⁱ représentent pour l'ensemble des pays un montant de plus de 13 millions d'€.

Tableau 3. DÉTAILS DES PRESTATIONS DE SOINS SERVIES EN FRANCE EN 2018

Pays	Factures	Forfaits	Contrôles médicaux	Prestations servies
UE-EEE-Suisse	853 683 045 €	- €	9 631 €	853 692 677 €
Hors UE-EEE-Suisse	5 920 856 €	500 000 €	- €	6 420 856 €
TOUS PAYS	859 603 901 €	500 000 €	9 631 €	860 113 532 €

Source : CNSE

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

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

ment dans le cadre des accords de renonciation et des dispositions conventionnelles spécifiques pour un montant global de 20,85 millions d'€ (Voir à la fin **Annexe : Tableau 5**).



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

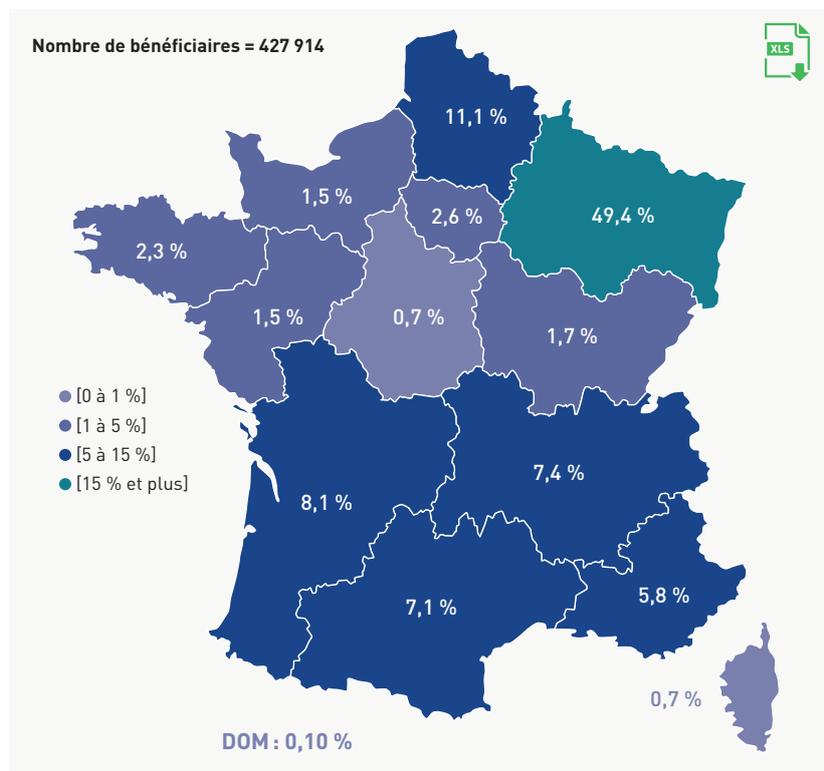


POUR PLUS DE DÉTAILS SUR LES CONVENTIONS BILATÉRALES, LES RISQUES QU'ELLES COUVRENT ET LEURS CHAMPS D'APPLICATION. [cliquez -ici](#)

Source : Cleiss

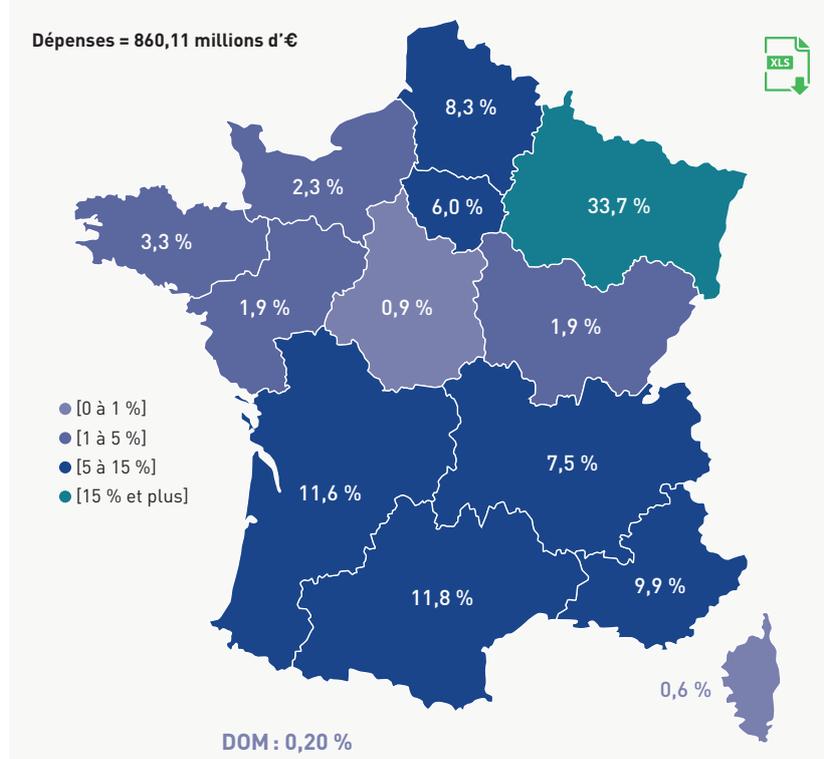
CRÉANCES PRÉSENTÉES PAR LA FRANCE EN 2018

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



Source : CNSE

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



Source : CNSE

Trois régions (Grand-Est, Hauts-de-France, Nouvelle-Aquitaine) ont concentré en 2018 plus des deux-tiers des assurés des régimes étrangers bénéficiaires de soins de santé sur le territoire français.

Près de la moitié (49,4%) des assurés des régimes étrangers bénéficiaires de soins de santé sur le territoire français ont reçu des soins dans le Grand Est.

Suivent les régions des Hauts-de-France (11,1%), et de Nouvelle-Aquitaine (8,1%). Ainsi en 2018, ces trois régions ont dispensé à elles seules des soins à 68,6% des assurés des régimes étrangers. La présence de nombreux *travailleurs frontaliers* explique une telle concentration de bénéficiaires étrangers dans les deux premières régions. La Nouvelle-Aquitaine est pour sa part plutôt concernée par les touristes et les pensionnés étrangers qui y résident. Par ordre décroissant d'importance, viennent ensuite l'Auvergne-Rhône-Alpes (7,4%), l'Occitanie (7,1%) et la Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,8%), qui accueillent dans leurs établissements de santé près d'un bénéficiaire étranger sur cinq (20,2%), parmi lesquels se trouvent essentiellement des retraités et des touristes ; la région Ile-de-France est en 7^{ème} position.

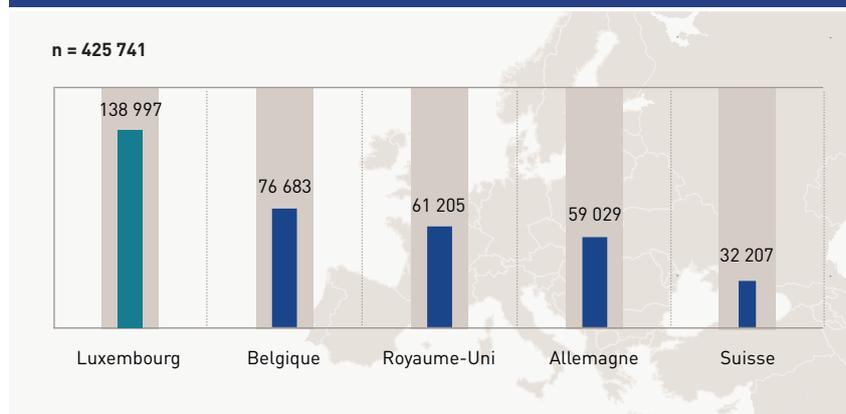
Le Grand-Est a représenté un tiers des dépenses de soins consacrées aux assurés des régimes étrangers mais c'est en Ile-de-France que le coût moyen par assuré a été le plus élevé, en raison d'un volume de soins programmés plus important.

Assez naturellement la région Grand Est, compte tenu de l'effet volume (voir ci-dessus), arrive en tête des régions françaises, avec un tiers des dépenses (33,7%) de soins de santé délivrés à des assurés soumis aux législations étrangères. Le coût moyen des soins dans cette région se chiffre à 1.368€, soit le coût moyen selon les régions le moins élevé. Arrivent ensuite en proportions quasi égales, en matière de dépenses, les régions Occitanie et Nouvelle-Aquitaine (respectivement 11,8% et 11,6%). L'Ile-de-France, bien qu'elle ne reçoive que 2,6% des bénéficiaires de soins, concentre 6% des dépenses et se positionne en 7^{ème} place des régions en termes de flux financiers. Elle est de fait le territoire administratif ayant le coût moyen le plus élevé de France métropolitaine : 4.607€. Ce dernier s'explique par l'impact des soins programmés, lesquels coûtent en moyenne pour l'ensemble des régions 6.631€ par assuré, soit un coût moyen très supérieur, d'une part, à celui des soins médicalement nécessaires ou urgents (2.504€) effectués lors d'un séjour temporaire en France, d'autre part, à celui des soins liés à la résidence en France (1.875€).

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

86,5 % des assurés des régimes étrangers de sécurité sociale qui ont bénéficié de prestations en 2018 sur le territoire français relevaient de régimes étrangers de cinq pays frontaliers de la France, dont quatre concentraient les trois-quarts de la dépense.

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



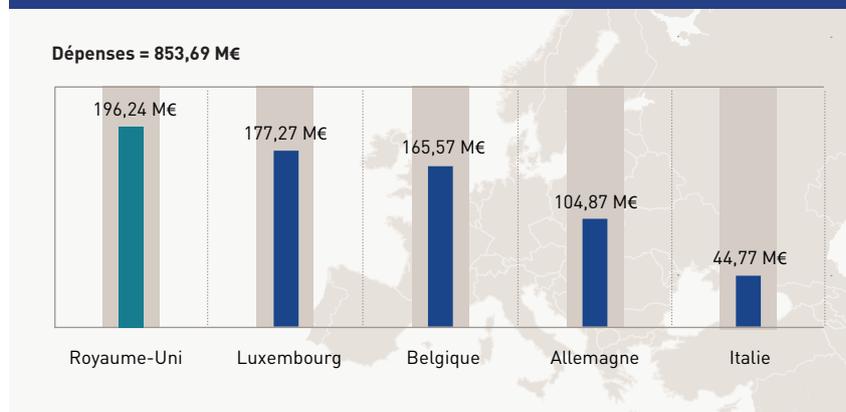
Source : CNSE



Depuis 2009, les assurés des régimes étrangers qui bénéficient de soins en France viennent des quatre mêmes pays d'affiliation : **Luxembourg, Belgique, Royaume-Uni, Allemagne**. En 2018, ils se partagent respectivement 32,6%, 18%, 14,4% et 13,9% des effectifs. La **Suisse**, avec 7,6%, apparaît pour la troisième année consécutive au 5^{ème} rang. Ces cinq pays **rassemblent 86,5% des bénéficiaires étrangers**.

Pour l'Allemagne, la Belgique, le Luxembourg et la Suisse, **les bénéficiaires sont pour la majeure partie des frontaliers**, c'est-à-dire des travailleurs ou des pensionnés résidant en France mais affiliés au système de sécurité sociale de l'un de ces quatre pays, et dans une moindre mesure, des assurés (allemands, belges et suisses) en séjour temporaire en France. Quant au Royaume-Uni, pour l'essentiel ce sont des frontaliers ou des ex-travailleurs en maintien de droits (préretraités qui transfèrent leurs droits résiduels à l'assurance britannique vers la France) ainsi que des retraités et leurs familles installés en France, et des touristes.

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



Source : CNSE



Au sujet des dépenses des assurés des régimes de l'UE-EEE-Suisse engagées en France, on retrouve logiquement, bien que dans un ordre différent, les quatre premiers pays : le Royaume-Uni étant en tête avec 23% des dépenses. Suivent le Luxembourg (20,8%), la Belgique (19,4%) et l'Allemagne (12,3%), l'Italie (5,2%) prenant ici la place de la Suisse (en 7^{ème} position pour les dépenses). Ces cinq pays regroupent près de 80,7% des dépenses engagées. Depuis 2009, aussi bien en matière de dépenses que de nombres de bénéficiaires étrangers de soins de santé en France, nous retrouvons systématiquement les quatre mêmes pays. L'Italie et les Pays-Bas alternent entre la 5^{ème} et 6^{ème} place, la Suisse venant depuis 2016 s'insérer dans le classement.

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

Pour les assurés des régimes de sécurité sociale des États de l'UE-EEE-Suisse, **les soins liés à la résidence** ① en France représentent plus des trois

quarts (77,9%) des dépenses de santé pour 83,5% de l'ensemble des bénéficiaires. **Les soins médicalement nécessaires** ①, pour leur part, **correspondent**

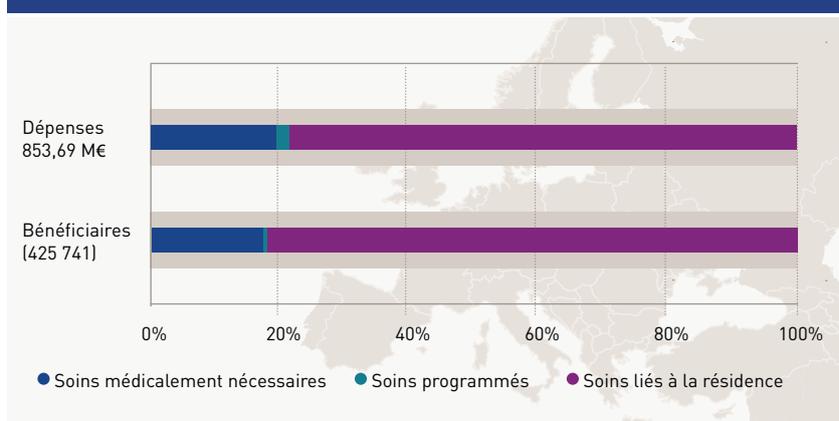
au cinquième (19,9%) des dépenses, les soins programmés ① **seulement à 2,2%**. Cette répartition est quasi identique à l'année précédente.

Pour les assurés résidant en France, les bénéficiaires de soins sont essentiellement des frontaliers travaillant au Luxembourg (38,6%), en Belgique (18,9%), en Allemagne (14,5%), au Royaume-Uni (12,7% - voir explication page précédente/Graphique 1) et en Suisse (8%).

Les assurés des régimes étrangers des États de l'UE-EEE-Suisse ayant reçu des soins en France lors d'un séjour temporaire arrivent principalement du Royaume-Uni (23,7%), d'Italie (15,1%), de Belgique (12,1%), d'Allemagne (11%) et des Pays-Bas (7,5%).

Enfin, à propos des soins programmés, trois pays envoient sur le territoire français davantage de patients que les autres pays européens : la Belgique (45,6%), le Luxembourg (22,6%) et l'Italie (17,9%). Ceux-ci totalisent 86,1% des créances correspondant à des soins programmés.

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

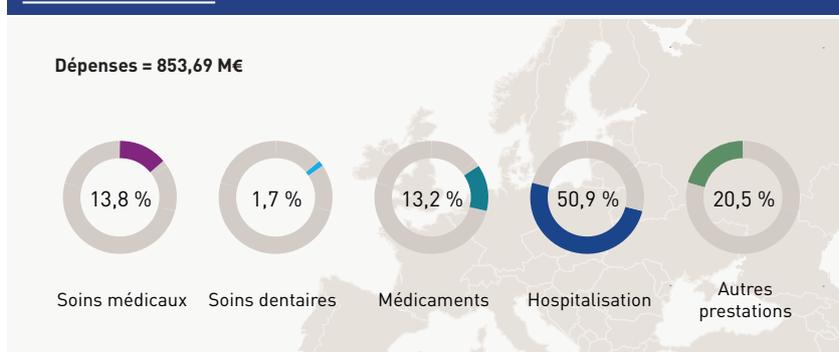


Source : CNSE



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

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



Source : CNSE



Note de lecture : la ventilation par nature de soins n'est possible que pour les remboursements sur facture, qui représentent quasiment 100% des dépenses pour les assurés de l'UE-EEE-Suisse. N'ont pu être ventilés les 9.321€ de contrôles médicaux.

De manière générale, la moitié (50,9%) des dépenses de santé des assurés des régimes étrangers des pays de l'UE-EEE-Suisse en France se rapportent à une hospitalisation. Le 2^{ème} poste de dépenses (20,5%) correspond à la catégorie « **autres prestations** ① » qui se rattachent essentiellement aux prestations liées à une hospitalisation. Suivent les soins médicaux (13,8%), les médicaments (13,2%) et pour finir les soins dentaires (1,7%). La répartition des dépenses est quasiment semblable à celle des années antérieures.

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

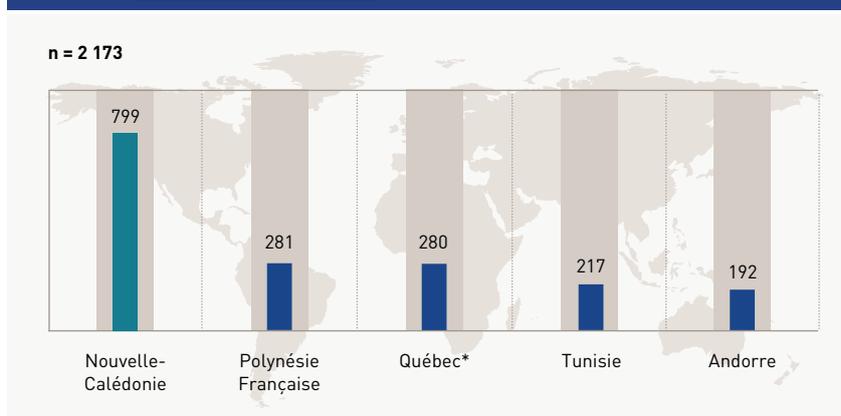
Nouvelle-Calédonie et Polynésie française concentrent quasiment la moitié (49,7%) des bénéficiaires de prestations dispensées sur le territoire métropolitain et représentent plus de

la moitié (respectivement 34,6% et 16,7%) du total des dépenses des assurés des régimes hors UE-EEE-Suisse.

Concernant les bénéficiaires, on retrouve tout d'abord la Nouvelle-Calédonie avec plus d'un tiers (36,8%) des bénéficiaires de soins de santé sur le territoire métropolitain. Suivent à égalité presque parfaite (12,9%) la Polynésie française et le Québec*, puis la Tunisie (10%) et Andorre (8,8%).

Il est à noter qu'à peu de chose près la totalité (96,8%) des assurés relevant du régime tunisien sont des résidents en France, au même titre, mais dans une moindre mesure, que les assurés du régime québécois (77,9%) et polynésien (73,3%). De leur côté, les assurés relevant du régime andorran ont très majoritairement (72,4%) programmé leurs soins en France, tandis que ceux inscrits au régime calédonien ont reçu des soins en France selon une répartition plus équilibrée : 37,8% au titre de soins urgents **i**, 11,3% au titre de soins programmés et 50,9% au titre de soins liés à la résidence.

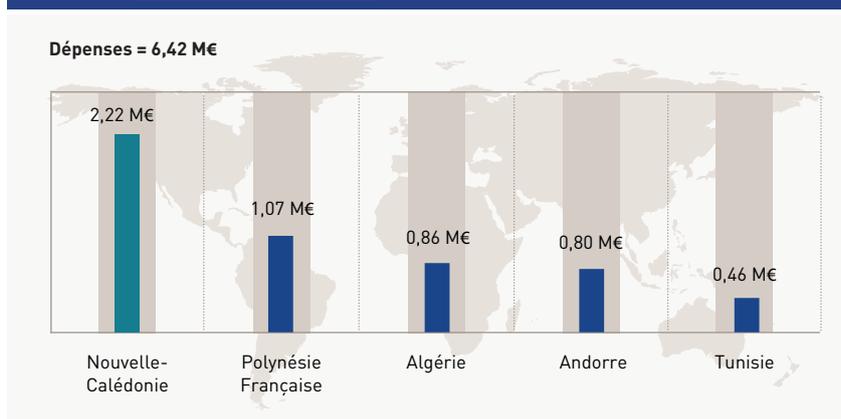
Graphique 5. PRINCIPAUX PAYS OU TERRITOIRES D'AFFILIATION DES ASSURÉS HORS UE-EEE-SUISSE SELON LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES



Source : CNSE



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



Source : CNSE



En 2018, la créance française sur les deux collectivités ultramarines de Nouvelle-Calédonie et Polynésie française représente plus de la moitié (respectivement 34,6% et 16,7%) du total des dépenses des assurés des régimes hors UE-EEE-Suisse.

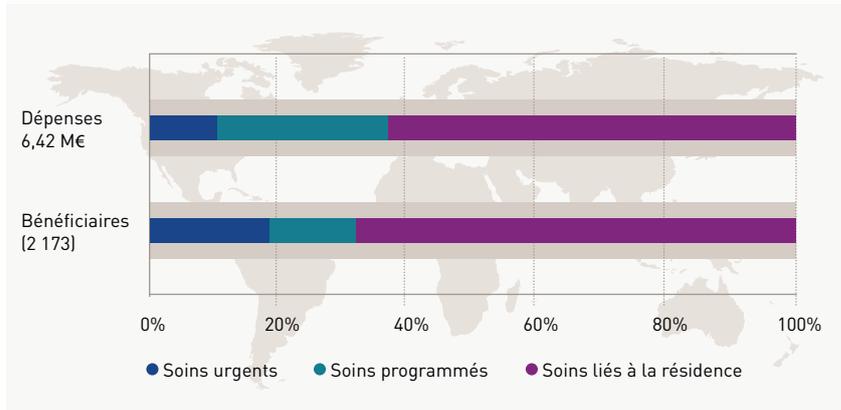
Contrairement aux années précédentes, aucune valorisation des créances forfaitaires n'a été présentée en 2018 à l'Algérie, c'est pourquoi sa créance se place en troisième position (13,4%), avant l'Andorre (12,5%) et la Tunisie (7,1%). L'ensemble des autres pays ou territoires liés à la France par un accord international de sécurité sociale globalisent, du fait d'une faible créance globale (-88,6% par rapport à 2017), tout de même 15,7% des dépenses, soit un montant totalisant 1,01 million d'€.

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

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

Pour les assurés relevant de régimes de sécurité sociale des pays hors UE-EEE-Suisse, la part des dépenses des soins de santé liées à la résidence (62,4% pour 66,8% des bénéficiaires) est en 2018 moins marquée que pour les pays européens (-15,5 points), faute de tenue cette année d'une commission mixte de sécurité sociale entre la France et l'Algérie, pays auquel la créance la plus élevée est couramment présentée (voir Graphique 6). En effet, les forfaits en question se rapportent, soit aux soins de santé aux pensionnés des régimes algériens résidant en France, soit aux soins de santé aux membres de la famille d'un travailleur occupé en Algérie ou d'un pensionné, lesquelles familles résident en France. Ainsi, les soins liés à la résidence ayant fortement baissé par rapport à 2017 (-12.890 bénéficiaires pour -49,75 millions d'€), les deux autres types de soins, qui sont demeurés plus stables en valeurs absolues, prennent par conséquent en proportion une place plus importante que les années précédentes. De ce fait, les

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



Source : CNSE

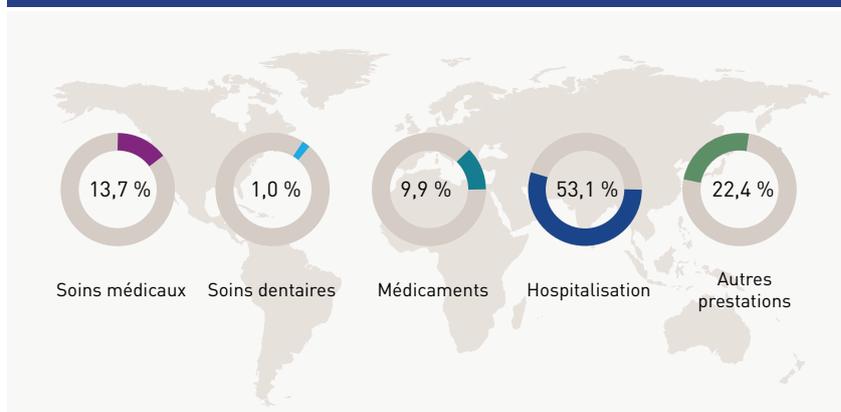


soins urgents dans le cadre d'un séjour temporaire représentent 11,3% des dépenses pour 19,3% des bénéficiaires, la majorité des patients bénéficiaires étant essentiellement partagés entre la Nouvelle-Calédonie (64,2%) et la

Polynésie française (33,3%) ; les soins programmés correspondent à 26,4% des dépenses pour 13,9% des bénéficiaires relevant des régimes andorran (38,3%), algérien (35,9%), néo-calédonien (17,7%) et québécois (5%).

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

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



Source : CNSE



Comme pour les pays européens, la ventilation des soins de santé des assurés relevant de législations de pays hors UE-EEE-Suisse est marquée par une prépondérance des dépenses liées à l'hospitalisation (53,1%). Le 2^{ème} poste des dépenses (22,4%) est également celui des « autres prestations » (principalement liées à une hospitalisation) ; suivent les soins médicaux (13,7%), les médicaments (9,9%) et les soins dentaires représentant toujours la part la plus faible des dépenses (1%).

Note de lecture : la ventilation par nature de soins n'est possible que pour les remboursements sur facture, soit 92,2% des dépenses (5,92 millions d'€) pour les assurés hors UE-EEE-Suisse. N'ont pu être ventilées les créances forfaitaires présentées par Wallis-et-Futuna (0,50 million d'€).

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

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

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

Outre les données collectées correspondant aux dépenses effectuées dans le cadre de la coordination, le

CNSE fournit également des données se rapportant à la prise en charge des prestations dans le cadre de la directive 2011/24/UE relative aux soins transfrontaliers et de la législation interne ; de même que la CCMSA (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole) et certains régimes spéciaux (Cavimac, Enim, MGEN, RATP, SNCF). Les sommes réglées dans le cadre des conventions transfrontalières de coopération sanitaire ou médico-sociale sont également prises en compte.

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

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

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

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



Source : CNSE

NB : Dans le cadre des conventions de coopération sanitaire ou médico-sociale transfrontalières, les soins sont directement payés par la caisse française au prestataire de soins, tandis que dans le 2^{ème} circuit le prestataire de soins est remboursé par l'organisme de sécurité sociale de son pays lequel, via son organisme de liaison, est ensuite remboursé par la France.

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

Pays	Circuit 1		Circuit 2		Total		
	Bénéficiaires	Dépenses	Bénéficiaires	Dépenses	Bénéficiaires	Dépenses	Montant moyen (hors frais de gestion)
UE-EEE-Suisse	262 327	110 587 730	293 720	387 711 501	556 047	498 299 231	875
Hors UE-EEE-Suisse	109 081	31 188 436	190 116	126 458 659	299 197	157 647 095	505
TOUS PAYS	371 408	141 776 166	483 836	514 170 160	855 244	655 946 326	746
dont frais de gestion UE-EEE-Suisse				11 627 784		11 627 784	
dont frais de gestion hors UE-EEE-Suisse				6 685 432		6 685 432	
Montant moyen (hors frais de gestion)		382		1 025		746	

Source : CNSE

En 2018, 855.244 assurés des régimes français ont reçu des soins à l'étranger pour un montant remboursé d'environ 656,95 millions d'€.

371.408 assurés, c'est-à-dire **plus de quatre assurés sur dix** (43,4%), **ont, soit dû avancer le coût de leurs soins, ensuite remboursés à leur retour en France, soit vu leurs soins pris en charge par leurs caisses françaises d'affiliation**, en application des conventions de coopération sanitaire ou médico-sociale transfrontalières. Ainsi, dans le cadre du « circuit 1 », les caisses françaises de sécurité sociale ont remboursé près de 141,78 millions d'€ de dépenses de soins à l'étranger, dont plus des deux tiers (70,6%) des bénéficiaires et 78% des remboursements concernent des soins reçus dans les États de l'UE-EEE-Suisse. Il est à préciser qu'en plus de ces paiements, le CNSE a remboursé en 2018 près de 157,73 millions d'€ pour des factures de placements en établissements non conventionnés, en Belgique et en Suisse, de 3.366 assurés personnes handicapées. Le CNSE considère ces frais de placements de patients à l'étranger comme appartenant à la catégorie des soins programmés en hospitalisation.

Le CNSE assure également le remboursement des soins de santé dans le cadre de la coordination, c'est-à-dire le remboursement à ses homologues étrangers des soins effectués et pris en charge sur leurs territoires (circuit 2). En 2018, il a ainsi remboursé un mon-

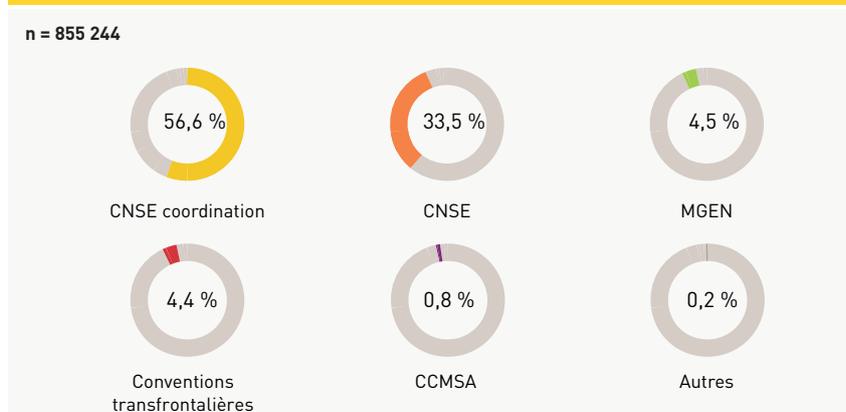
tant de 514,17 millions d'€ pour 483.836 bénéficiaires. 60,7% de ces assurés ont reçu des soins à l'étranger dans les États de l'UE-EEE-Suisse, pour un coût représentant les trois quarts (75,4%) des remboursements effectués dans le cadre de la coordination.

Les remboursements effectués au titre des soins de santé à l'étranger pour les assurés des régimes français ont coûté, hors frais de gestion, en moyenne 746€ par bénéficiaire (soit 162€ de plus qu'en 2017 qui s'expliquent, voir infra, par la forte augmentation du montant moyen « Circuit 2 »). Dans le détail, pour le « circuit 1 », le montant moyen remboursé diminue de 12,4% (-54€) par rapport à celui de 2017 (382€ en 2018 contre 436€ en 2017), tandis que pour le « circuit 2 », le montant moyen a augmenté de 55,1% (+364€) par rapport à l'année dernière (1.025€ en 2018 contre 661€ en 2017). La quotité des remboursements forfaitaires 2018 a fortement impacté la hausse de ce dernier montant moyen : en 2018, les forfaits afférents aux États de l'UE-EEE-Suisse représentaient 25% de leurs remboursements total (contre moins de 2% en 2017), en même temps que le forfait moyen est plus de trois fois supérieur au montant moyen de la zone géographique (voir supra : 875€) ; à l'inverse, pour les pays hors UE-EEE-Suisse, les forfaits représentaient 25% de leurs remboursements total (contre 44% en 2017) alors que le forfait moyen est inférieur de près de 40% au montant moyen de la zone géographique idoine (voir supra : 505€).

Il est à noter que, pour la France, la charge financière, en matière de remboursement, pèse plus pour les assurés des régimes français qui ont été soignés dans les pays de l'UE-EEE-Suisse (76% des dépenses totales) que pour ceux qui ont été soignés en dehors de l'Europe, le nombre de bénéficiaires étant à l'avenant, quoique dans des proportions moindres (UE-EEE-Suisse : 65% ; Hors UE-EEE-Suisse : 35% ; soit +256.850 bénéficiaires). Ce décalage de 11 points de pourcentage entre les nombres et montants, et cette observation vaut depuis 2009, révèle un coût moyen des dépenses de santé à l'étranger très supérieur dans l'UE-EEE-Suisse : en 2018 il représente près de 1,74 fois celui des pays hors UE-EEE-Suisse. Par ailleurs, il faut également observer que :

- le coût moyen des dépenses de santé remboursées pour les soins dispensés aux assurés des régimes français au sein des pays de l'UE-EEE-Suisse a augmenté de 10,5% en 2018 par rapport à 2017 (875€ en 2018 contre 792€ en 2017, soit +83€) ;
- le coût moyen des dépenses de santé remboursées pour les soins dispensés aux assurés des régimes français dans un pays étranger en dehors de l'UE-EEE-Suisse a quant à lui augmenté de 25,2% en 2018 par rapport à 2017 (505€ en 2018 contre 403€ en 2017, soit +102€).

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



Source : CNSE

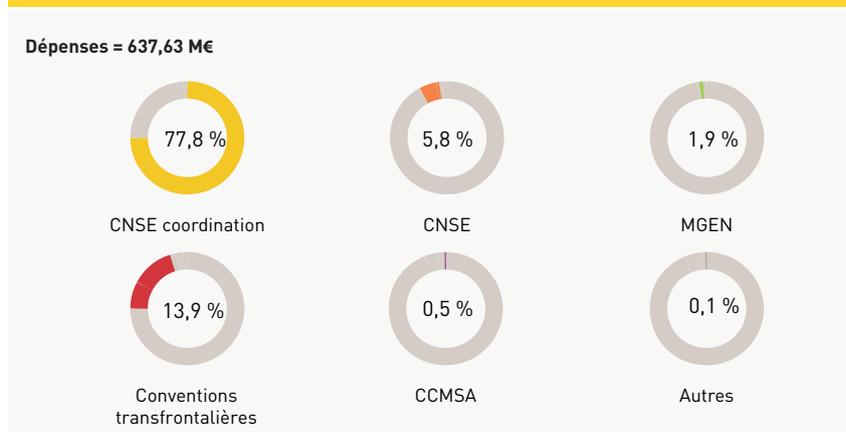


Dans le cadre de la coordination, le CNSE a remboursé aux organismes partenaires étrangers plus des trois quarts (77,8%) du montant global des remboursements effectués en 2018 pour des soins prodigués à plus de la moitié (56,6%) de l'ensemble des bénéficiaires.

Dans le cadre des règlements européens (circuit 2), le montant moyen, hors frais de gestion, des soins remboursés s'élève à 1.280€. Dans le cadre des conventions, le montant moyen remboursé, hors frais de gestion, chute de moitié à 630€.

Le CNSE qui aussi rembourse directement les assurés du régime général sur présentation des factures, a ainsi indemnisé également le tiers (33,5%) de l'ensemble des bénéficiaires pour un montant qui correspond à 5,8% du total des paiements 2018.

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



Note de lecture :

Montants hors frais de gestion

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

CNSE : Centre National des Soins à l'Étranger

MGEN : Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

Conventions transfrontalières

Autres :

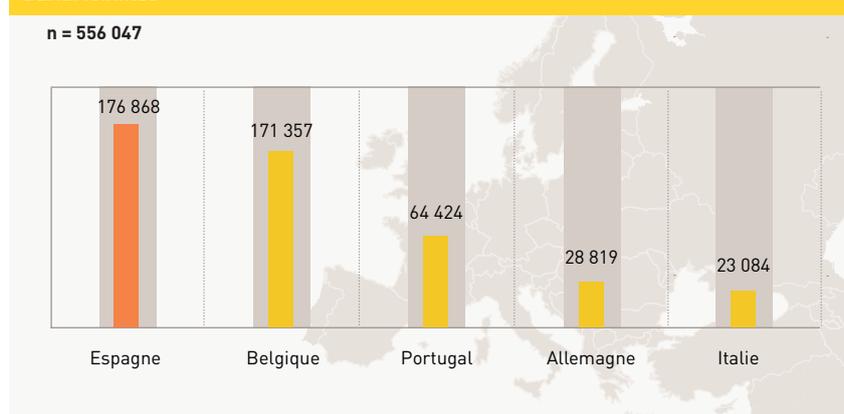
- Cavimac (Culte)
- CCMSA (Régime agricole)
- Enim (Marins)
- RATP
- SNCF

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

L'année 2018 ne fait pas exception à la règle selon laquelle les assurés des régimes français, dans le cadre de la mobilité internationale, sont bénéficiaires de soins à l'étranger essentiellement dans les pays frontaliers de la France et dans les pays avec lesquels un fort lien historique existe. Cette observation générale cache, néanmoins, d'importantes variations selon le pays ou territoire dans lequel les soins sont prodigués. Les graphiques 11 à 18 mettent en lumière la particularité des dépenses des assurés des régimes français à l'étranger.

Les dépenses de soins de santé dans les États de l'UE-EEE-Suisse pour les assurés des régimes français se concentrent pour près des trois-quarts de ces assurés en Espagne, Belgique et Portugal et trois pays (Belgique, Espagne, Suisse) représentent près de 90 % de la dépense...

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



Source : CNSE

En 2018, tout comme les neuf 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 176.868 assurés français bénéficiaires de soins de santé sur son territoire (soit 31,8%), tout juste devant la Belgique (30,8%). Suivent le Portugal (11,6%), l'Allemagne (5,2%) et l'Italie (4,2%). Ces cinq pays regroupent 83,5% des assurés des régimes français soignés hors de France au sein de la zone UE-EEE-Suisse, tandis que les 26 autres pays se partagent les 16,5% de bénéficiaires restants. Les soins aux assurés des régimes français reçus en Espagne sont pour

69,3% des soins nécessaires au cours d'un séjour temporaire, pour 6,3% des soins programmés, enfin pour un quart (24,4%) des soins à des bénéficiaires qui y résident ; la Belgique, parmi les cinq principaux pays ci-dessus, est l'État ayant la répartition des soins de santé aux assurés français la plus diversifiée (respectivement : 33%, 48,5% et 18,5%). A contrario, la quasi-totalité des soins de santé prodigués au Portugal pour la population en question ont été des soins nécessaires au cours d'un séjour temporaire (98,5%). Pour les deux autres États européens la typologie des soins est semblable à celle de l'Espagne : en Allemagne, sur les 28.819 assurés français, 69,7% ont été traités au cours d'un séjour temporaire, 1,5% dans le cadre de

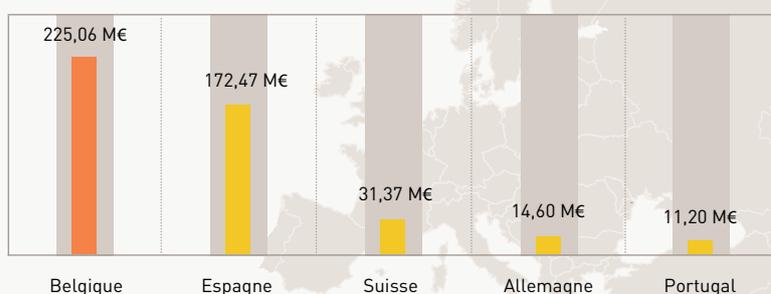
soins programmés et 28,9% des bénéficiaires au titre de leur résidence dans cet État ; et en Italie, la répartition est respectivement de 67,5%, 0,3% et 32,2%.

À noter qu'en Espagne et au Portugal résident des milliers de retraités des régimes français de sécurité sociale dont les dépenses de santé sont remboursées, dans le cadre de la coordination, sous forme de forfaits. En 2018, pour la deuxième année consécutive, le Portugal n'a présenté à la France quasiment aucune dette forfaitaire, ce qui explique la très faible part des soins liés à la résidence en nombre de bénéficiaires (voir plus haut), mais aussi en montants dépensés (voir plus bas graphique 12).



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

Dépenses = 486,67 M€



Source : CNSE

Note de lecture : montants hors frais de gestion



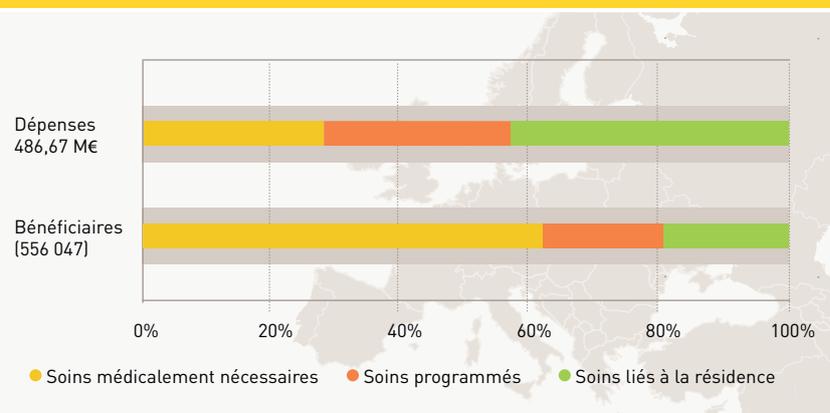
Les cinq États ci-dessus totalisent, au sein de la zone Europe, 93,4% des remboursements effectués par la France, pour des soins de santé prodigués sur leurs territoires à des assurés des régimes français de sécurité sociale. Les paiements s'échelonnent de 11,20 millions d'€ pour le Portugal à 225,06 millions d'€ pour la Belgique.

Par rapport au graphique précédent qui porte sur le nombre de bénéficiaires, à l'exception de l'Allemagne restée en 4^{ème} place des pays d'accueil, l'ordre des pays est modifié. L'Espagne et la Belgique ont interverti leurs places entre les nombres de bénéficiaires, qui étaient proches, et les dépenses, en raison d'un montant moyen global

des soins 1,35 fois plus élevé en Belgique (1.313€) qu'en Espagne (975€). Le passage du Portugal de la 3^{ème} place pour le nombre de bénéficiaires à la 5^{ème} place pour les dépenses, est le fait du recours quasi exclusif (voir commentaire graphique 11) aux soins nécessaires ou urgents, dont le coût très faible est lui-même en-dessous du coût moyen concerné pour l'ensemble des États de l'UE-EEE-Suisse (voir ci-après). Ils constituent pratiquement l'ensemble (96,9%) des dépenses des assurés français au cours de séjours temporaires dans ce pays. Bien que dans une moindre mesure, la prépondérance en Italie des dépenses en soins urgents (53,7%) explique sa sortie. Quant à l'arrivée de la Suisse directement au 3^{ème} rang des dépenses des soins de santé (en 6^{ème} place pour le nombre de bénéficiaires), elle peut s'expliquer par une typologie de soins légèrement plus différenciée que les pays précédents, et du coût des soins, particulièrement ceux liés aux soins programmés, qui y sont très importants (7.712€) et très supérieurs aux coûts moyens constatés pour l'ensemble des États de l'UE-EEE-Suisse (voir ci-après).

43,1% des dépenses de santé des assurés des régimes français dans les États de l'UE-EEE-Suisse sont liées à la résidence, alors que la plupart sont des soins liés à des soins médicalement nécessaires...

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



Source : CNSE

Note de lecture : montants hors frais de gestion



Pour les assurés sociaux français ayant eu recours, hors de France, à des soins de santé au sein des États de l'UE-EEE-

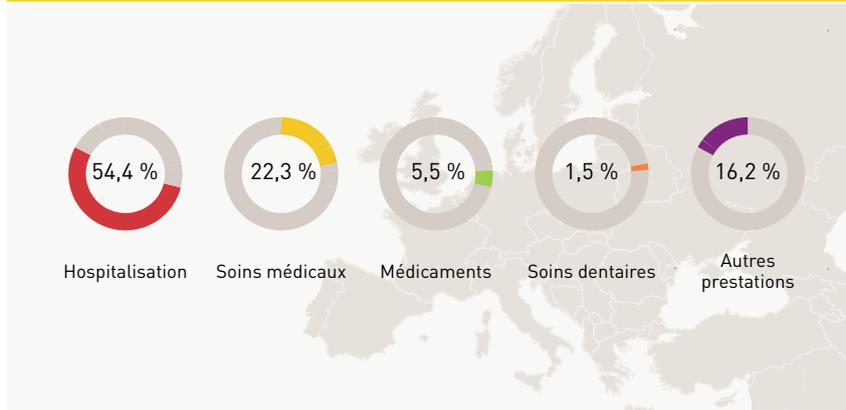
Suisse, 43,1% des dépenses se rapportent à des soins liés à la résidence pour 19% des bénéficiaires, alors que

près des deux tiers (63,5%) des bénéficiaires de soins ont généré plus d'un quart (28,7%) des remboursements qui ont trait aux soins médicalement nécessaires ou urgents dispensés durant un séjour temporaire. Quant aux soins programmés, alors que depuis deux ans ils constituaient, pour le moins en montants, le principal type de soins de santé, en 2018, ils touchent 17,5% des bénéficiaires pour 28,3% des dépenses.

À noter que le montant moyen 2018 pour les soins des assurés français dans les États de l'UE-EEE-Suisse est de 875€. Cependant, cette moyenne générale cache de grandes disparités entre les types des soins qui varient fortement, allant de 395€ pour les soins médicalement nécessaires ou urgents, à 1.416€ pour ceux programmés et à 1.985€ pour les soins liés à la résidence.

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

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



Plus de la moitié (54,4%) des dépenses de santé des assurés des régimes français ayant reçu des soins hors de France dans les États de l'UE-EEE-Suisse sont liées à une hospitalisation. Viennent ensuite les soins médicaux (22,3%) et « autres prestations » (16,2%), les médicaments et les soins dentaires totalisant à peine 7% des dépenses.

Source : CNSE

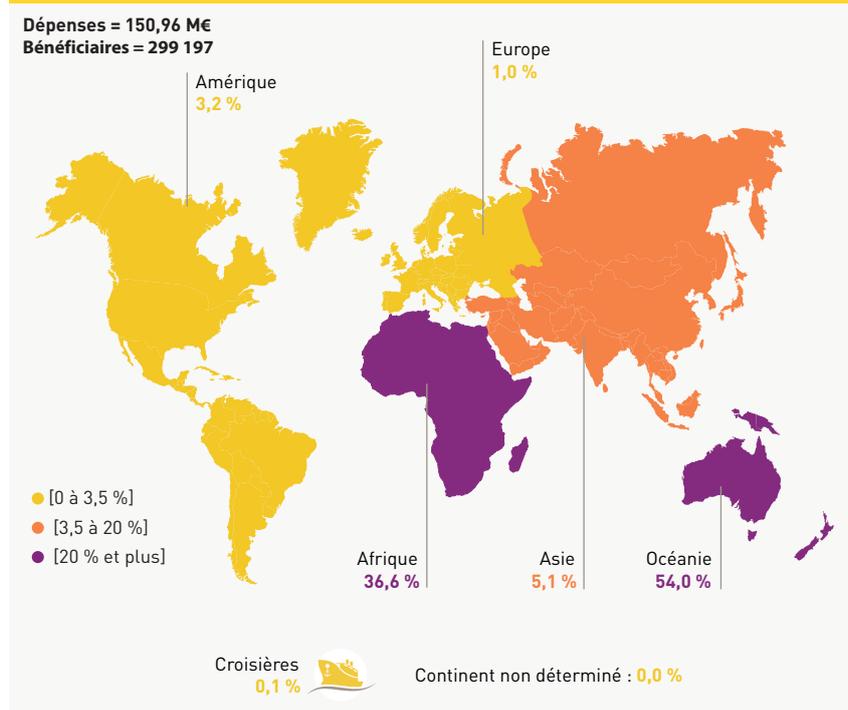


Note de lecture :

la ventilation par nature de soins n'est possible que pour les remboursements sur facture, qui représentent, hors frais de gestion, 75,0% des dépenses, soit 365,11 millions d'€, pour les assurés sociaux français se soignant dans les États de l'UE-EEE-Suisse. N'ont pu être ventilés les 121,63 millions d'€ de paiements français forfaitaires, et les 22.494€ de contrôles médicaux.

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

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



Source : CNSE

Note de lecture : Montants hors frais de gestion



En 2018, 150,96 millions d'€ ont été dépensés par 299.197 assurés des régimes français pour des soins de santé dans les pays autres que ceux de la zone UE-EEE-Suisse. En 2018, comme les années précédentes, les dépenses de santé des assurés soumis à la législation française dans ces pays s'observent particulièrement, soit dans les pays ayant un fort rapport historique avec la France, soit dans les pays ou territoires francophones.

De manière générale, si l'on considère les continents dans lesquels cette population a fait des dépenses de soins de santé en 2018, **pour la première fois depuis 2009 l'Océanie, avec plus de la moitié des dépenses de soins (54%) pour seulement 13,8% des bénéficiaires, passe devant l'Afrique où 36,6% des dépenses de soins ont pourtant concerné plus des deux tiers (68,1%) des assurés.** Ainsi, huit assurés des régimes français sur dix ont bénéficié en 2018 de soins de santé à l'étranger

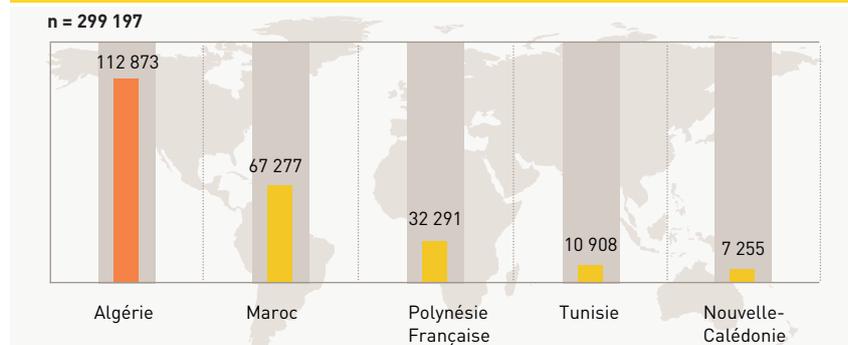
sur ces deux seuls continents, totalisant 90,6% des paiements. Viennent ensuite l'Asie (5,1% des dépenses pour 9,2% des bénéficiaires), l'Amérique (3,2% des dépenses pour 6,6% des bénéficiaires) et l'Europe hors règlements européens (1% des dépenses pour 1,4% des bénéficiaires).

Pour en revenir à l'Océanie, 17,6% des bénéficiaires ont été pris en charge en Nouvelle-Calédonie et 78,4% en Polynésie française dans le cadre des décrets de coordination qui régissent les relations entre les régimes français et ceux de ces deux territoires situés dans l'océan Pacifique, et qui ont un champ d'application personnel très large, comparés aux conventions bilatérales. Ces décrets de coordination, qui recouvrent donc, dans le cadre des dettes françaises, 96% de bénéficiaires pour la quasi-totalité des remboursements français (99,7%) en Océanie, vivent entre autres les fonctionnaires civils et militaires et les magistrats, qui y sont détachés (sauf affiliation obligatoire à la législation calédonienne en cas d'exercice d'une fonction locale supérieure à six mois), et recouvrent les mêmes situations que les règlements européens. Toutes ces spécificités, propres aux accords entre la France et ces deux territoires, et le coût local moyen des soins (voir ci-après), expliquent la forte proportion du flux financier.

Par ailleurs, il est à constater que le coût moyen des soins dispensés en Océanie est de loin le plus élevé : 1.979€ par bénéficiaire, en très légère hausse (+1,8%) par rapport à l'année précédente (1.943€, soit +36€), tandis qu'en Afrique il est de 271€ (273€ en 2017), en Asie de 281€ (262€ en 2017), en Amérique de 245€ (329€ en 2017) et de 343€ en Europe hors règlements européens (318€ en 2017).

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

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



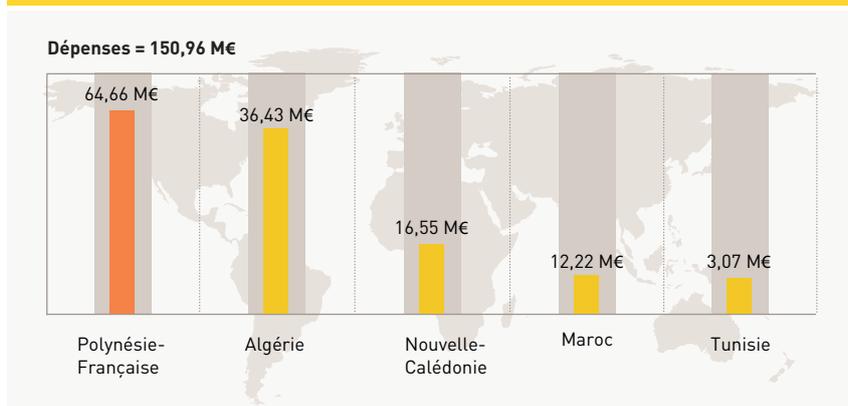
Source : CNSE



En 2018, sur l'ensemble des soins de santé à l'étranger, dans les pays hors UE-EEE-Suisse, 37,7% des assurés des régimes français ont reçu des soins en Algérie, 22,5% au Maroc, et 3,6% en Tunisie. Ces trois pays du Maghreb regroupent ainsi près des deux tiers (63,9%) des bénéficiaires de soins, la Polynésie française en ayant reçu 10,8%, la

Nouvelle-Calédonie 2,4% ; il reste 22,9% pris en charge dans les autres pays étrangers hors EU-EEE-Suisse. S'agissant de l'Algérie, la commission mixte d'apurement des comptes de sécurité sociale intervenue en décembre 2018 a été l'occasion de régulariser des montants dus au titre des exercices 2015, sur la base des coûts

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



Source : CNSE

Note de lecture :
Montants hors frais de gestion



En matière de dépenses de soins engagées en 2018 par des assurés des régimes français dans les pays ou territoires hors UE-EEE-Suisse, le classement des pays ou collectivités est totalement bouleversé en comparaison de celui du nombre de bénéficiaires (graphique précédent). Ainsi, par ordre décroissant, figurent la Polynésie française (42,8%, soit +32 points de pourcentage en volume), l'Algérie (24,1%, soit -13,6 points), la Nouvelle-Calédonie (11%, soit +8,5 points), le Maroc (8,1%, soit -14,4 points) puis la Tunisie (2%, soit

-1,6 point). Les 11,9% restants correspondent à des soins prodigués dans les autres pays étrangers hors UE-EEE-Suisse. Pour la Polynésie française, l'Algérie et la Nouvelle-Calédonie, la quasi-totalité des remboursements (près de 94%) correspondent à des soins liés à la résidence. La répartition des soins prodigués au Maroc et en Tunisie en faveur des assurés sociaux français est un peu plus diversifiée : respectivement, 26,2% et 41,8% correspondent à des soins urgents au cours d'un séjour temporaire, 20,4% et 47% à des soins programmés et enfin 53,4% et 11,2%

moyens définitifs, 2016 et 2017 (apurement provisoire), ainsi que des sommes dues en exécution de l'avance au titre de l'exercice 2019. Les assurés français ayant reçu des soins de santé en Algérie sont presque exclusivement (97,4%) des résidents du pays : il s'agit surtout de pensionnés des régimes français de retour dans le pays d'origine et des membres de la famille demeurés en Algérie des travailleurs algériens occupés en France.

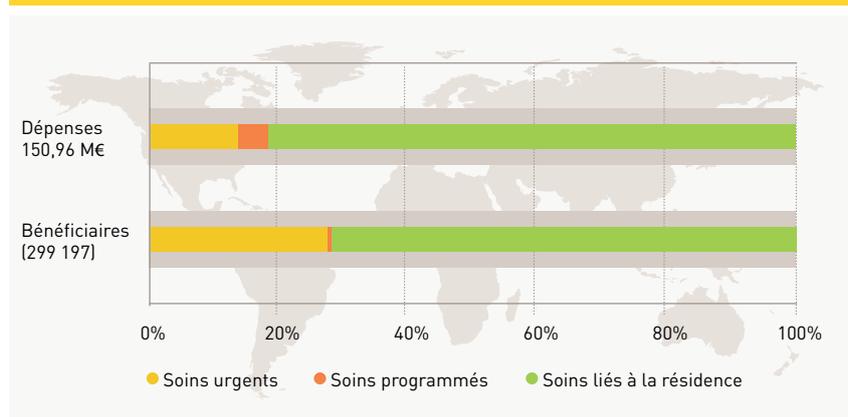
Au Maroc, les trois quarts (75,1%) des bénéficiaires sont également des résidents au Maroc et près d'un quart (23,8%) ont reçu des soins urgents au cours d'un séjour temporaire. Pour la Tunisie en 2018, la France n'a payé aucune dette valorisée sur la base de forfaits lesquels concernent généralement les résidents : c'est pourquoi les « soins à des résidents » (9,7% des bénéficiaires) sont cette année très inférieurs aux « soins urgents » (87,3% des bénéficiaires). Par ailleurs, la répartition entre « soins à des résidents » et « soins urgents » est respectivement, pour la Polynésie française, de 92% et 7,8%, et pour la Nouvelle-Calédonie, de 73,2% et 26,2%. Pour ce qui est des soins programmés, la part des bénéficiaires est peu significative puisqu'elle est, pour chacun de ces cinq pays, inférieure à 3% du nombre d'assurés français bénéficiaires de soins de santé.

concernent des résidents.

Si la Polynésie française passe de la 3^{ème} place, pour les bénéficiaires, à la 1^{ère} place, devant l'Algérie, pour les paiements, c'est en raison d'un coût moyen des soins (2.003€) entre six et onze fois plus élevé dans la collectivité d'outre-mer française que dans les trois pays d'Afrique du nord ci-dessus. Ce coût moyen dépend des types et du tarif des soins dispensés localement, mais aussi du mode de tarification qui peut être sensiblement plus élevé pour les assurés des régimes métropolitains. Cela a bien entendu une répercussion sur le montant de la dette qui est remboursée sur présentation de factures, correspondant aux dépenses réellement prises en charge par le territoire des soins. La progression du rang de la Nouvelle-Calédonie du point de vue financier a vraisemblablement la même raison, son coût moyen des soins étant le plus élevé (2.282€). Il est à signaler en outre que 93,8% des remboursements à l'Algérie (soit 34,17 millions d'€ sur les 36,43 millions d'€ - voir graphique 16 -) reposent sur des forfaits ; ces derniers sont établis à partir du coût moyen annuel des soins de santé dans le pays par catégorie de bénéficiaires. Il ressort qu'en 2018, le coût moyen des dépenses de santé des assurés des régimes français revient à 323€ en Algérie. Par ailleurs, le coût moyen par affilié français bénéficiaire de soins revient à 182€ au Maroc et 282€ en Tunisie.

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

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



Source : CNSE

Note de lecture :

Montants hors frais de gestion

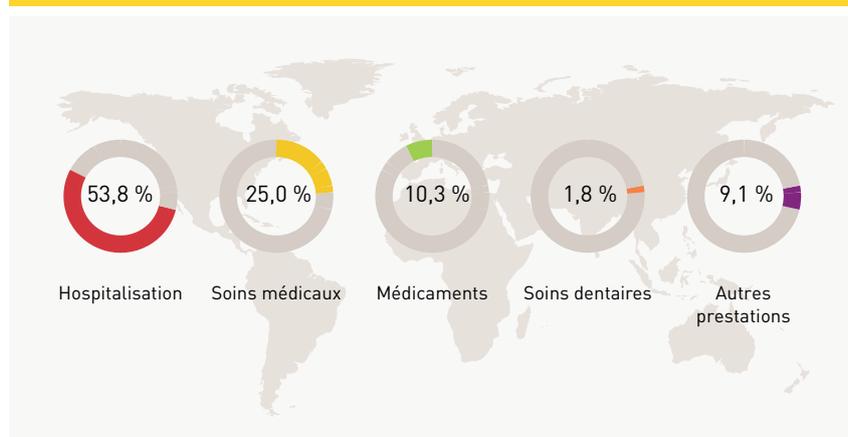


Pour les assurés des régimes français ayant eu recours à des soins en dehors de l'UE-EEE-Suisse, 81% des dépenses de soins sont liés à 70,8% des bénéficiaires résidents locaux; 14% sont des soins urgents dispensés à 28,5% des assurés en question au cours d'un séjour temporaire; enfin 5% des frais de santé sont rattachés à des soins programmés qui concernent à peine 0,7% des bénéficiaires.

La tenue de commissions mixtes en 2018 a donné lieu à la valorisation des remboursements sur base forfaitaire, entraînant mathématiquement une augmentation du nombre de bénéficiaires pour les soins liés à la résidence (Algérie).

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

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



Source : CNSE

Note de lecture : la ventilation par nature de soins n'est possible que pour les remboursements sur facture qui représentent en 2018, hors frais de gestion, 77,4% des remboursements, soit 116,79 millions d'€, pour les assurés sociaux français se soignant dans les pays en dehors de la zone UE-EEE-Suisse. N'ont pu être ventilés les 34,18 millions d'€ de paiements français forfaitaires.



Concernant les dépenses des assurés des régimes français soignés dans les pays hors UE-EEE-Suisse, plus de la moitié (53,8%) sont liées à l'hospitalisation. Arrivent ensuite les soins médicaux (25%), les médicaments (10,3%), les 10,9% restants étant partagés entre les « autres prestations » et les soins dentaires.

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 2018, les seules dépenses d'hospitalisation, tous régimes confondus, se sont élevées à 138,76 millions d'€, soit une légère augmentation de 1,1% par rapport à l'année 2017 (137,29 millions d'€). 79,9% des dépenses (110,89 millions d'€) concernent des assurés affiliés à la CPAM des Alpes Maritimes. Comme les années précédentes, Monaco se classerait donc très largement en tête des pays ou territoires étrangers, hors UE-EEE-Suisse, où les assurés des régimes français ont reçu des soins au cours de l'année 2018.



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

Source : CPAM de Nice

Conclusion

Tout comme les années précédentes, cette étude confirme une fois de plus qu'en 2018, entre les dépenses des assurés des régimes français à l'étranger et celles des assurés des régimes étrangers en France, les flux humains et les remboursements de soins de santé s'opèrent essentiellement entre la France et les pays de la zone UE-EEE-Suisse, plus particulièrement ceux qui lui sont frontaliers. L'explication est à trouver évidemment du côté de la proximité géographique et la libre circulation des personnes facilitée à l'intérieur des frontières de l'Union Européenne. Dans ce contexte, les règlements européens de sécurité sociale ont pour objectif de coordonner les différents systèmes nationaux de protection sociale et d'éviter ainsi une perte de droits lorsque les personnes passent d'une législation à une autre. Quant aux pays en dehors de l'UE-EEE-Suisse, la France a conclu avec certains d'entre eux des accords bilatéraux en matière de sécurité sociale. Les chiffres, à travers les flux humains et financiers de l'étude, semblent certes révéler des rapports moins étroits entre la France et ces derniers pays. La cause de l'éloignement géographique est une explication partielle qui doit être complétée par le fait que le champ d'application personnel des conventions bilatérales est plus réduit que celui des règlements européens. Cependant, en dehors des règlements européens, là aussi l'étude constate, d'une part, une relation privilégiée avec ses propres territoires français situés en outre-mer et qui, en raison de leurs statuts administratifs particuliers, ont des accords de sécurité sociale proches des règlements européens ; d'autre part, que la France continue d'entretenir un rapport étroit avec les pays du Maghreb eu égard au fort lien historique commun.

ANNEXE RENONCIATION Source : CNSE

Tableau 5. MONTANTS DES REMBOURSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ AUXQUELS LA FRANCE A RENONCÉ AU COURS DE L'EXERCICE 2018

Pays	Dépenses
Belgique	50 440 €
Danemark	45 €
Italie	175 €
Jersey	126 168 €
Luxembourg	571 €
Monaco	20 247 280 €
Pays-Bas	490 €
Québec	418 015 €
Royaume-Uni	4 613 €
TOTAL	20 847 797 €

La France a signé avec plusieurs pays des accords de renonciations par lesquels les autorités compétentes des deux pays renoncent à mettre en recouvrement leurs créances réciproques en matière de soins de santé. Ainsi, en 2018, la France a renoncé à la présentation de près de 20,85 millions d'€ de créances.

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

Glossaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Références

Cette étude a été réalisée à partir des données du CNSE et grâce aux données collectées auprès des CPAM, de la Cavimac, la CCMISA, le CNSE, l'Enim, la MGEN, la RATP et la SNCF.

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

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

Décryptage n° 24, mai 2020

Directeur de la publication : Armelle Beunardeau

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

Maquette : Comme un Arbre!

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

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

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