

DÉCRYPTAGE

N°27
Juillet 2022

ÉTUDES ET ANALYSES DU CLEISS

CENTRE DES LIAISONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE

SYNTHÈSE DES FLUX
FINANCIERS EN 2020 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 15

ANNEXE ET CONCLUSION 19

GLOSSAIRE ET RÉFÉRENCES 20



POUR CONSULTER OU
DÉCOUVRIR LES AUTRES
PUBLICATIONS DU CLEISS :
> RAPPORTS STATISTIQUES

> REGARD SUR



Antonio Araujo
decryptage@cleiss.fr

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

LES DÉPENSES RELATIVES AUX SOINS DE SANTÉ EN 2020 DANS LE CADRE DE LA MOBILITÉ INTERNATIONALE

Le contexte sanitaire de l'année 2020 a eu un impact direct tout au long de l'année sur la mobilité internationale des personnes, particulièrement hors de l'Union Européenne. Cet impact s'est répercuté sur les données de soins de santé enregistrées en 2020. Ces dernières, pour partie, reflètent le ralentissement brutal des flux transfrontaliers de soins de santé ; pour partie et plus incidemment, elles reflètent également les difficultés administratives propres à cette période, par exemple la non-présentation de certaines dépenses de soins, en particulier celles basées sur des forfaits, en raison de l'absence de commissions mixtes en 2020 entre la France et certains pays étrangers.

L'objet de cette étude est de détailler les dépenses de santé traitées en 2020 par les caisses françaises d'assurance maladie en application des accords internationaux de sécurité sociale (règlements européens, conventions bilatérales ou décrets de coordination).

Elle débute par une synthèse financière avant d'aborder, en premier lieu, les dépenses résultant des soins dits « de santé » (soins médicaux, dentaires, médicaments, hospitalisation, autres prestations) dispensés, en France, à des assurés des régimes étrangers. Ces dépenses ont vocation à être remboursées par ces régimes aux caisses françaises, soit sur la base de **factures**, soit sur la base de **forfaits**. Sont cependant mises à l'écart les dépenses pour soins de santé non présentées à certains pays en raison des **accords de renonciation et des dispositions conventionnelles spécifiques** en vigueur.

Elle s'intéresse, en second lieu, aux dépenses résultant des soins de santé dispensés à l'étranger aux assurés des régimes français, dépenses qui correspondent à plusieurs situations :

- le coût de ces soins a d'abord été pris en charge par les régimes étrangers, qui doivent, par la suite, être remboursés par la France, sur la base de factures ou de forfaits, en application des accords internationaux de sécurité sociale ;
- les assurés des régimes français ont procédé à l'avance des frais : la caisse d'assurance maladie française peut alors leur rembourser les soins au titre de la **directive sur les soins de santé transfrontaliers** ou de la **légalisation interne** ;
- ils sont bénéficiaires de soins dans le cadre de **conventions de coopération sanitaire ou médico-sociale transfrontalières** : les soins sont alors pris en charge directement par les caisses de sécurité sociale françaises sans que ces assurés n'aient à faire l'avance des frais puisque ces conventions ont généralisé le système du tiers payant.

SYNTHÈSE FINANCIÈRE

En 2020, le bilan des créances et dettes révèle deux soldes positifs en faveur de la France : un net « payé » de +135,86 M€ et un net « présenté » de +442,61 M€

Tableau 1. CRÉANCES ET DETTES PAYÉES ET PRÉSENTÉES EN 2020 (EN MILLIONS D'€)

Pays	Créances payées à la France	Dettes payées par la France	Soldes	Créances présentées par la France	Dettes introduites par les régimes étrangers	Soldes
UE-EEE-Suisse	527,62	369,45	158,17	854,31	345,51	508,80
Hors UE-EEE-Suisse	2,23	24,54	-22,31	6,04	72,23	-66,19
Tous pays	529,85	393,99	135,86	860,35	417,74	442,61

Source : Cnam

Au cours de l'année 2020, 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 la France s'élevaient en effet à **393,99 M€** (dont 258,70 M€ par le régime général dans le cadre de la coordination, voir partie III ci-après) contre **529,85 M€** en provenance des organismes étrangers (créances payées) et uniquement dans le cadre de la coordination. Il s'ensuit un solde positif en faveur de la France de 135,86 M€, contre +326,46 M€ l'année précédente, sachant que le périmètre des remboursements n'est pas le même pour les créances et les dettes payées. En effet, d'un point de vue purement comptable, les remboursements « hors coordination » des organismes de sécurité sociale étrangers, c'est-à-dire les remboursements à leurs assurés sur présentation des factures de soins dès leur retour au pays, n'ont aucune incidence sur le montant de la créance française puisque ces opérations sont de l'ordre de la législation interne à chaque pays et que les soins ont déjà été payés en France.

Dans le détail, les remboursements réglés par la France concernent, d'une part, les soins de santé pris en charge dans le cadre des règlements européens, des conventions bilatérales et des décrets de coordination, c'est-à-dire dans le cadre de la coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale. D'autre part (voir la partie III de la présente étude), toutes les dépenses de santé remboursées par les régimes français à leurs assurés qui ont bénéficié de soins à l'étranger, sur présentation des factures dès leur retour en France ; ainsi que 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. 527,62 M€ ont été en effet remboursés au régime général par ces organismes étrangers. Cela correspond à des remboursements près de 1,5 fois plus élevé que ceux effectués par la France à destination des pays de la même zone ou par les caisses d'assurance maladie françaises aux assurés des régimes français qui y ont bénéficié de soins (369,45 M€). Ainsi, 99,6% des dépenses de soins de santé remboursées à la Cnam le sont par les pays de l'UE-EEE-Suisse. En parallèle, dans le sens inverse, 93,8% des remboursements de la Cnam ou des caisses d'assurance maladie françaises le sont en direction des pays de cette même zone ou pour les assurés français qui s'y sont vus dispensés des soins de santé.

Les dépenses remboursées par la France aux pays hors UE-EEE-Suisse sont 11 fois plus importantes que celles réglées par ces mêmes pays. Le solde français des dépenses de soins de santé est donc débiteur de 22,31 M€ : 24,54 M€ remboursés par les organismes français aux pays situés en dehors de la zone UE-EEE-Suisse, ou aux assurés français qui y ont eu des soins de santé, contre 2,23 M€ de remboursements 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 résidant dans le pays d'origine. Les liens historiques entre la France et le Maghreb ainsi que les nombreux échanges entre la France métropolitaine et les territoires du Pacifique (Nouvelle-Calédonie et Polynésie française), expliquent majoritairement, en matière de remboursements des soins, les volumes élevés de personnes bénéficiaires ressortissantes, respectivement, des pays d'Afrique du nord et des deux archipels d'Océanie.

Au cours de l'année 2020, les créances présentées par la France aux organismes étrangers atteignent 860,35 M€ alors que dans le même temps les dettes introduites par les régimes étrangers se montent à 417,74 M€. **99,3% des créances présentées par la France concernent des soins de santé délivrés à des assurés des pays de la zone UE-EEE-Suisse.** De l'autre côté, 82,7% des dettes introduites le sont par les pays de cette même zone.

Toutefois, il est à préciser que la charge financière supportée réellement par les régimes de sécurité sociale français, pour les soins de santé servis en 2020 aux assurés des régimes étrangers, ne se limite pas à 860,35 M€ (voir tableau 1). Effectivement, la France ne met pas en recouvrement un montant de 20,56 M€ en application des accords de renonciation et des dispositions conventionnelles spécifiques en vigueur (Voir Annexe : Tableau 5). Ainsi, la charge financière en question s'élève en réalité à **860,35 + 20,56 = 880,91 M€.**

Du côté français, en 2020, les créances ont été présentées pour les prestations servies au cours du 2^{ème} semestre 2019 ainsi que du 1^{er} semestre 2020, et 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. Cependant en 2020, en raison du contexte pandémique, aucune commission mixte ne s'est tenue. C'est pourquoi aucune créance forfaitaire n'a pu être présentée à l'un des pays ayant signé avec la France, en matière de sécurité sociale, une convention bilatérale.



N.B. : dans la suite de cette étude, il sera question exclusivement des créances présentées et des dettes payées¹ 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.

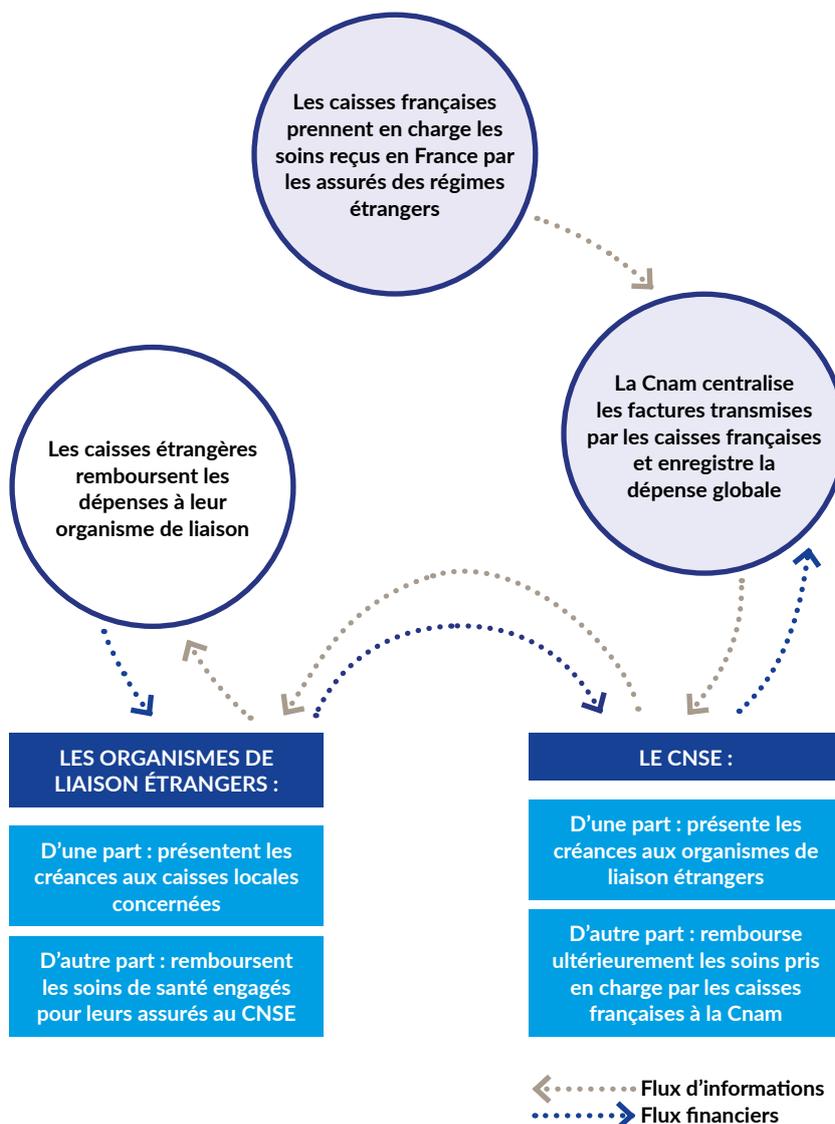
1. Rapport statistique 2020 du Cleiss (pages 14 à 22)

LES DÉPENSES DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE AU TITRE DES SOINS DE SANTÉ DISPENSÉS AUX ASSURÉS DES RÉGIMES ÉTRANGERS DANS LE CADRE DE LA COORDINATION SONT EN DIMINUTION DE 6%

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 la Cnam, via le Centre national des soins à l'étranger (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.

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



Concernant les prestations servies en France aux assurés des régimes étrangers, ce numéro de Décryptage s'intéresse, comme précisé plus haut, aux prestations servies au cours du 2^e semestre 2019 et du 1^{er} semestre 2020 et qui ont fait l'objet de présentation de créances aux pays étrangers durant l'année 2020. Dans un souci de simplification, nous nous référons à ces prestations sous le terme « prestations servies en 2020 ».

Il est à noter que le nombre d'actes de soins accomplis sur le territoire français pour les assurés des régimes étrangers est en réalité plus important que ceux dont les dépenses de soins feront uniquement l'objet d'un remboursement par les caisses étrangères de sécurité sociale. 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 liés à la France par un accord international de sécurité sociale et qui n'auraient pas demandé l'application des règlements, conventions ou décrets de coordination ne sont pas prises en compte, tout comme les dépenses effectuées par des assurés étrangers 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, ensuite remboursés par leur assurance maladie à leur retour dans leur pays d'origine ; ce qui, par conséquent, constitue une opération neutre en termes de coût pour l'assurance maladie française.

Tableau 2.
PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ SERVIES EN FRANCE EN 2020 (EN EUROS)

Pays	Créances présentées	-	Frais de gestion	=	Prestations servies		
					Dépenses	Nombre de bénéficiaires	Montant moyen
UE-EEE-Suisse	854 309 408		12 487 610		841 821 798	428 537	1 964
Hors UE-EEE-Suisse	6 036 262		81 661		5 954 600	1 941	3 068
Tous pays	860 345 670		12 569 271		847 776 398	430 478	1 969

Source : Cnam

En 2020, près de 430 500 assurés de 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 847,78 M€, soit par rapport à l'année précédente, une diminution de 6,1%. En 2020, comme en 2019, deux semestres de créances ont été présentés aux pays étrangers et le montant moyen des soins s'élève à 1 969€ par bénéficiaire. Dans le détail, le poids des pays de l'UE-EEE-Suisse étant très élevé (plus de 99% des 430 500 assurés précités et des dépenses), le montant moyen pour les assurés en provenance de ces pays (1 964€) est presque le même que le montant moyen global ; au contraire, les soins aux assurés en provenance d'un pays hors UE-EEE-Suisse lié à la France par un accord bilatéral couvrant le risque maladie* s'élèvent en moyenne à 3 068€ par bénéficiaire (+1 098€). Les frais de gestion représentent pour l'ensemble des pays un montant de près de 12,57 M€.

1 969€

C'est, en 2020, dans le cadre de la coordination, le montant moyen des prestations de soins de santé servies en France par bénéficiaire assuré des régimes étrangers.



Pour plus de détails sur les conventions bilatérales, les risques qu'elles couvrent et leurs champs d'application.



* Pays signataires d'un accord de sécurité sociale avec la France qui couvre de manière plus ou moins élargie les risques maladie, maternité et 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.

Tableau 3.
DÉTAILS DES PRESTATIONS DE SOINS SERVIES EN FRANCE EN 2020 (en euros)

Pays	Factures	+	Forfaits	+	Contrôles médicaux	=	Prestations servies
UE-EEE-Suisse	841 813 699		-		8 100		841 821 798
Hors UE-EEE-Suisse	5 454 513		500 000		88		5 954 600
Tous pays	847 268 211		500 000		8 187		847 776 398

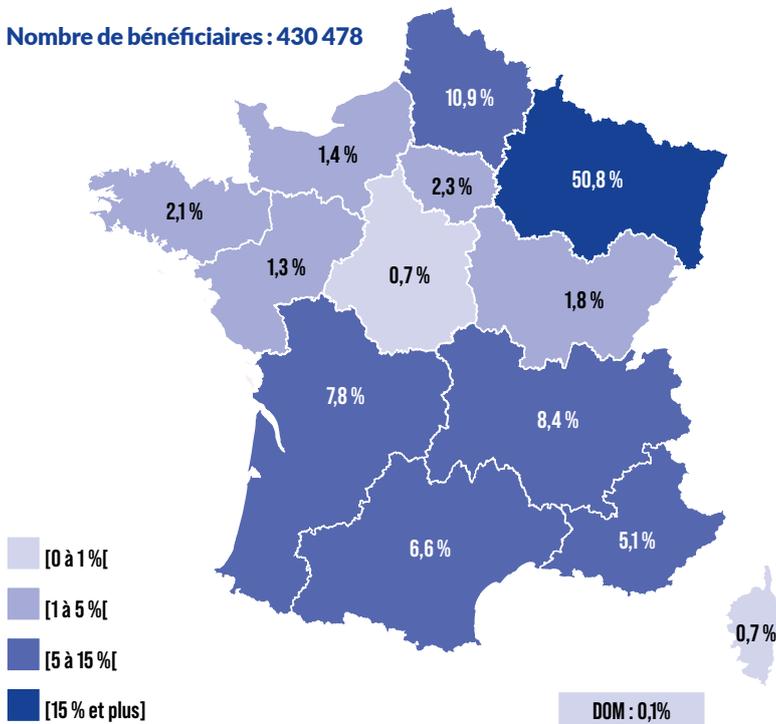
Source : Cnam - Note de lecture : Prestations servies = Factures + Forfaits + Contrôles médicaux

Les prestations servies en France incluent l'ensemble des données communiquées par la Cnam¹ au CNSE, tandis que sont exclues les dépenses pour soins de santé non mises en recouvrement dans le cadre des accords de renonciation et des dispositions conventionnelles spécifiques pour un montant global de 20,56 M€ (Voir Annexe : Tableau 5).

1. La Cnam centralise les factures pour l'ensemble des régimes français, et dans le cadre des conventions, seul le régime général est concerné et a été désigné comme régime d'accueil, à l'exclusion de tout autre régime

Carte 1. ASSURÉS DES RÉGIMES ÉTRANGERS BÉNÉFICIAIRES DE SOINS DE SANTÉ EN FRANCE selon la région des soins

Nombre de bénéficiaires : 430 478



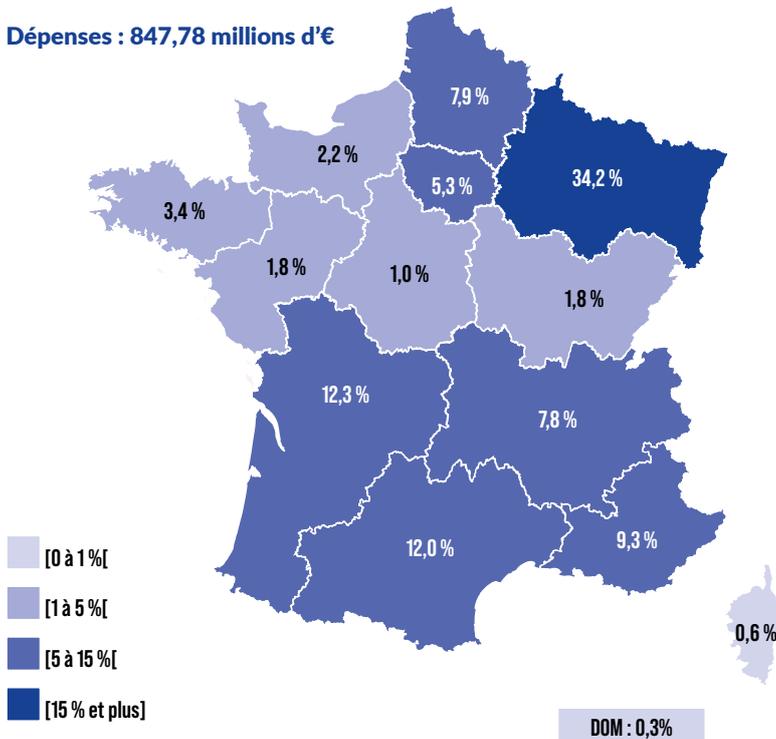
Source : Cnam

Quatre régions (Grand-Est, Hauts-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine) ont concentré en 2020 plus des trois-quarts des assurés des régimes étrangers bénéficiaires de soins de santé sur le territoire français.

La moitié (50,8%) des assurés des régimes étrangers bénéficiaires de soins de santé sur le territoire français ont reçu ces soins dans le Grand Est. Suivent les régions des Hauts-de-France (10,9%), d'Auvergne-Rhône-Alpes (8,4%) et de Nouvelle-Aquitaine (7,8%). Ainsi en 2020, ces quatre régions ont dispensé à elles seules des soins à 77,9% des assurés des régimes étrangers. La présence de nombreux travailleurs frontaliers explique la concentration de bénéficiaires étrangers dans les trois premières régions. La Nouvelle-Aquitaine est pour sa part plutôt concernée par les touristes et les pensionnés étrangers qui y résident. Par ordre décroissant d'importance, viennent ensuite l'Occitanie (6,6%) et la Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,1%), qui accueillent dans leurs établissements de santé près d'un bénéficiaire étranger sur neuf (11,7%), parmi lesquels se trouvent essentiellement des retraités et des touristes ; sur les 13 régions métropolitaines et ultramarines, l'Île-de-France est en 7^{ème} position.

Carte 2. DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES ÉTRANGERS EN FRANCE selon la région des soins

Dépenses : 847,78 millions d'€



Source : Cnam

Le Grand-Est a représenté plus d'un tiers des dépenses de soins consacrées aux assurés de régimes étrangers mais c'est dans les DOM et en Île-de-France que le coût moyen par assuré a été le plus élevé.

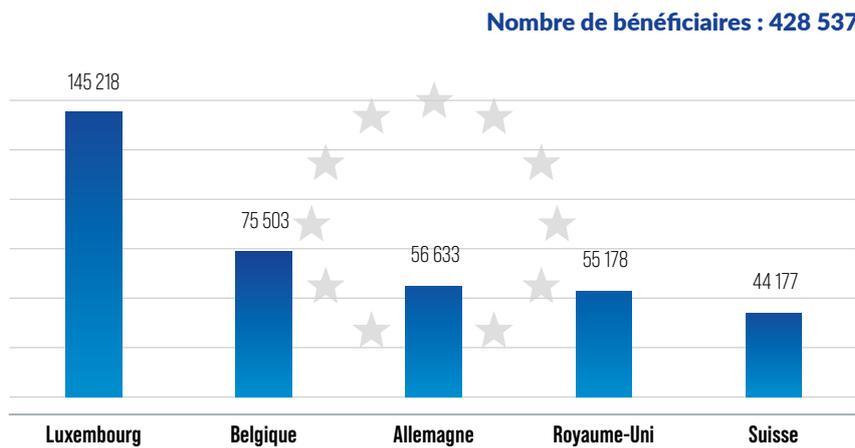
NB : Seuls 846,95 M€ des dépenses de santé des assurés des régimes étrangers ont pu être ventilés par région des soins en France.

Assez naturellement la région Grand Est, compte tenu de l'effet volume (voir ci-dessus), arrive en tête des régions françaises, avec plus d'un tiers des dépenses (34,2%) des soins de santé délivrés à des assurés soumis aux législations étrangères. Le coût moyen des soins dans cette région se chiffre à 1 322€ par bénéficiaire, soit le coût moyen le moins élevé de France. Arrivent ensuite en proportions quasi égales les régions Nouvelle-Aquitaine et Occitanie (respectivement 12,3% et 12,0%). L'Île-de-France, par ailleurs, bien qu'elle ne reçoive que 2,3% des bénéficiaires de soins, concentre 5,3% des dépenses et conserve le même rang des régions que la carte 1. Elle est, derrière les DOM, le territoire ayant le coût moyen le plus élevé de France : 4 450€ (5 628€ dans les DOM). Ce dernier s'explique probablement par l'impact des soins programmés, lesquels coûtent en moyenne pour l'ensemble des régions 7 378€ par assuré, soit un coût moyen très supérieur, d'une part, à celui des soins urgents (2 597€) effectués lors d'un séjour temporaire en France, d'autre part, à celui des soins liés à la résidence en France (1 836€).

Prestations servies en France aux assurés affiliés aux régimes de sécurité sociale des pays européens

88 % des assurés des régimes étrangers de sécurité sociale qui ont bénéficié de prestations en 2020 sur le territoire français relevaient de régimes de cinq pays frontaliers de la France qui concentraient 80 % de la dépense.

Graphique 1.
PRINCIPAUX PAYS D’AFFILIATION DES ASSURÉS DE L’UE-EEE-SUISSE selon le nombre de bénéficiaires



Source : Cnam

Un droit d’option pour les travailleurs frontaliers avec la Suisse

Les ressortissants communautaires ou suisses qui travaillent en Suisse et résident en France bénéficient d’un droit d’option entre l’assurance maladie suisse et l’assurance maladie française, s’agissant des prestations en nature.

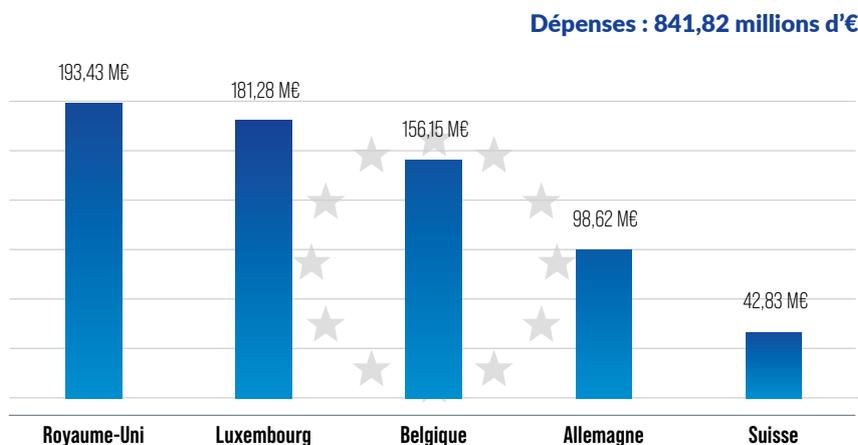
Ce droit d’option est prévu par l’accord sur la libre circulation des personnes entre l’UE et la Suisse qui est entré en vigueur le 1/6/2002, tel que complété par le règlement (CE) n°883/2004 applicable dans les relations entre la Suisse et les États membres de l’UE depuis le 1/4/2012. L’option ne vaut que pour la couverture maladie.

De fait, les données citées pour la Suisse se rapportent uniquement aux personnes qui ont opté pour le régime suisse.

Depuis 2009, les assurés des régimes étrangers qui bénéficient de soins en France viennent très majoritairement des quatre mêmes pays d’affiliation : **Luxembourg, Belgique, Allemagne, Royaume-Uni**. En 2020, ils se partagent respectivement 33,9%, 17,6%, 13,2% et 12,9% des effectifs. La Suisse, avec 10,3%, apparaît pour la cinquième année consécutive au 5^{ème} rang. Ces cinq pays rassemblent **87,9% 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 (au sens du règlement (CE) n° 883/2004, à savoir des travailleurs au Royaume-Uni qui résident en France où ils « retournent en principe chaque jour ou au moins une fois par semaine ») 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 pour plus de 22% des bénéficiaires britanniques, des touristes.

Graphique 2.
PRINCIPAUX PAYS D’AFFILIATION DES ASSURÉS DE L’UE-EEE-SUISSE selon le montant des dépenses



Source : Cnam

Au sujet des dépenses des assurés des régimes étrangers de l’UE-EEE-Suisse engagées en France, on retrouve assez naturellement, bien que dans un ordre différent, les cinq pays cités supra. Le Royaume-Uni prend la tête avec 23% des dépenses. Suivent le Luxembourg (21,5%), la Belgique (18,5%), l’Allemagne (11,7%), enfin la Suisse restée à la 5^{ème} place (5,1%). Ces cinq pays regroupent 79,9% des dépenses engagées.

Depuis 2009, aussi bien en matière de dépenses que de nombres de bénéficiaires étrangers de soins de santé en France, on retrouve systématiquement les quatre mêmes premiers pays. L’Italie et les Pays-Bas alternent entre la 5^{ème}, 6^{ème} et 7^{ème} place, la Suisse venant depuis 2016 s’insérer dans le top 5 de ce classement.

Pour les assurés des pays européens, plus de 80% des dépenses en France concernent des soins liés à la résidence ...

Graphique 3.
SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DE L'UE-EEE-SUISSE EN FRANCE selon la typologie des soins



Source : Cnam

Les soins liés à la résidence en France représentent 80,1% des dépenses engagées par les caisses françaises pour les assurés des régimes étrangers de sécurité sociale des États de l'UE-EEE-Suisse. Ces mêmes soins correspondent, en termes de bénéficiaires, à 85,9% de cas d'assurés ayant leur résidence en France. **Les soins urgents**, pour leur part, **correspondent à près du cinquième** (18,1%) des dépenses, **les soins programmés seulement à 1,8%**. Cette répartition est quasi identique à l'année précédente.

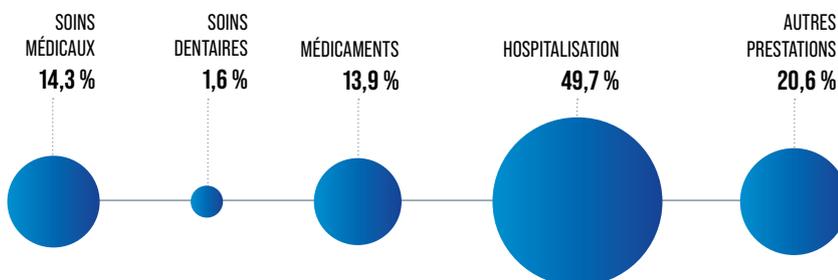
Parmi les assurés résidant en France, les bénéficiaires de soins sont essentiellement des frontaliers travaillant au Luxembourg (39%), en Belgique (18,2%), en Allemagne (13,4%), au Royaume-Uni (11,6% - voir explication page précédente/Graphique 1) et en Suisse (11,1%).

Les assurés des États de l'UE-EEE-Suisse ayant reçu des soins en France lors d'un séjour temporaire arrivent principalement du Royaume-Uni (21%), d'Italie (14,7%), de Belgique (12,9%), d'Allemagne (12,4%) et des Pays-Bas (7,6%).

Enfin, trois pays concentrent 84,5% des bénéficiaires des soins programmés : la Belgique (43,1%), le Luxembourg (23,7%) et l'Italie (17,7%). À noter la Bulgarie et la Roumanie qui totalisent 16,5% de la créance française qui correspond à des soins programmés pour seulement 3,9% de leurs assurés sociaux autorisés à bénéficier de soins prévus en France.

... 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



De manière générale, la moitié des dépenses de santé des assurés des régimes des pays de l'UE-EEE-Suisse en France se rapporte à une hospitalisation. Le 2^{ème} poste de dépenses (20,6%) correspond à la catégorie « **autres prestations** » qui comportent essentiellement des prestations liées à une hospitalisation. Suivent les soins médicaux (14,3%), les médicaments (13,9%) et, pour finir, les soins dentaires (1,6%) qui en 2020 n'ont fait l'objet d'aucun soin programmé, contrairement aux années précédentes. La répartition des dépenses est quasiment semblable à celle des années antérieures.

Dépenses : 841,82 millions d'€

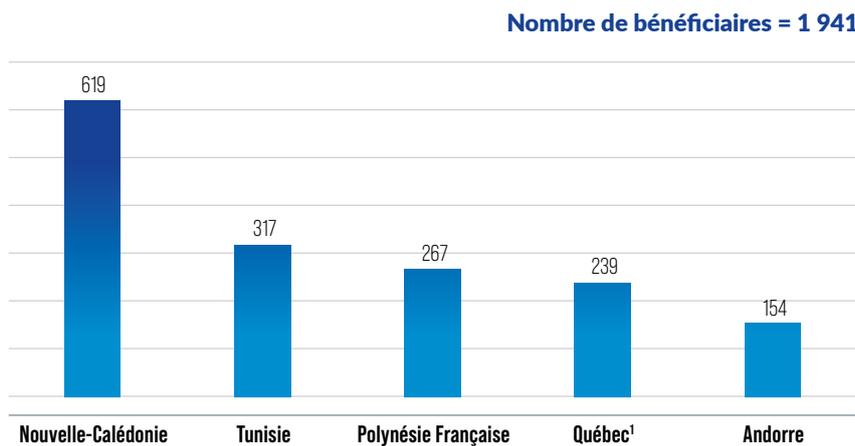
Source : Cnam

NB : 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 selon la nature des soins les 8 100€ de contrôles médicaux.

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

En 2020, les territoires ultramarins de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française concentrent 45,6% des bénéficiaires de prestations dispensées sur le territoire métropolitain pour plus de la moitié (51,4%) du total des dépenses des assurés des régimes hors UE-EEE-Suisse.

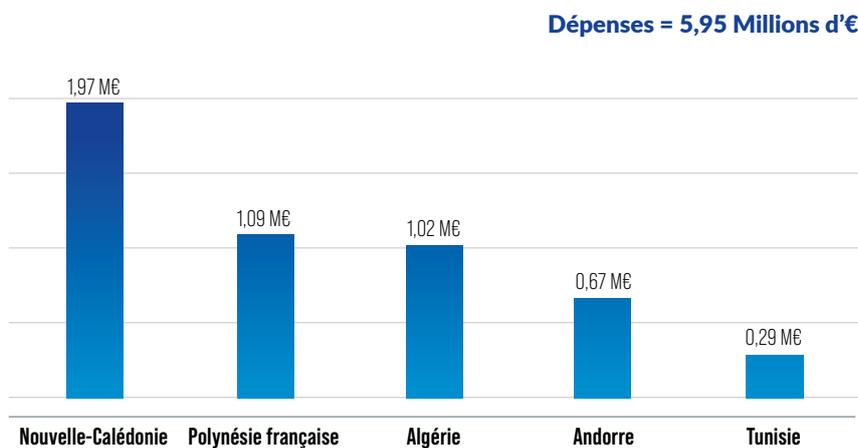
Graphique 5.
PRINCIPAUX PAYS OU TERRITOIRES D’AFFILIATION DES ASSURÉS HORS UE-EEE-SUISSE selon le nombre de bénéficiaires



Source : Cnam

Concernant les bénéficiaires, on retrouve tout d’abord la Nouvelle-Calédonie avec près d’un tiers (31,9%) des bénéficiaires de soins de santé sur le territoire métropolitain. Suivent la Tunisie (16,3%), la Polynésie française (13,8%), le Québec¹ (12,3%) et Andorre (7,9%). La très grande majorité des assurés relevant des régimes calédonien, polynésien et québécois réside en France ; respectivement : 69,3%, 79% et 78,2% des assurés ressortissants. Plus encore, la quasi-totalité (99,1%) des assurés rattachés aux régimes tunisiens demeure également en France. De leur côté, 71,4% des assurés appartenant au régime andorran ont été autorisés pour des soins programmés en France pendant que 8,4% ont reçu des soins urgents dans un établissement français lors d’un séjour temporaire et 20,1% des assurés andorrans soignés en France y résident.

Graphique 6.
PRINCIPAUX PAYS OU TERRITOIRES D’AFFILIATION DES ASSURÉS HORS UE-EEE-SUISSE selon le montant des dépenses



Source : Cnam

Par rapport à l’exercice 2019, la créance globale des pays hors UE-EEE-Suisse a été divisée par 7 passant de 41,98 M€ à 5,95 M€ en 2020. Cette chute de la créance est artificielle et provient essentiellement de l’absence de tenue de commissions mixtes en 2020, ce qui a empêché ainsi la valorisation des forfaits à présenter, notamment à l’Algérie (voir infra), d’où un certain effet yoyo du montant de la créance entre 2019 et 2020, de même qu’entre 2017 et 2018.

Par ailleurs, en 2020, la créance de la sécurité sociale française sur les deux collectivités ultramarines de Nouvelle-Calédonie et Polynésie française représente plus de la moitié (respectivement 33,2% et 18,3%) du total des dépenses des assurés des régimes hors UE-EEE-Suisse.

Comme précisé ci-dessus à propos de l’Algérie, aucune valorisation des créances forfaitaires ne lui a été présentée en 2020 ; comme ce fut le cas il y a deux ans (exercice 2018),

NOUVELLE-CALÉDONIE

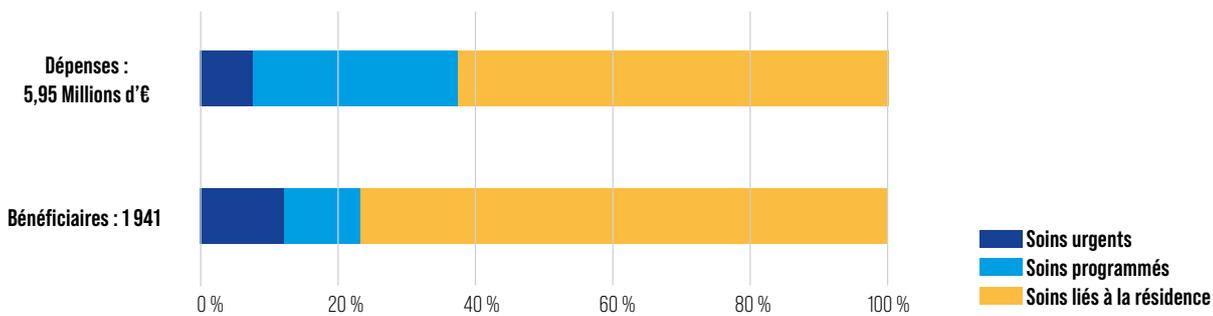
1^{er} des territoires et pays hors UE-EEE-Suisse du point de vue du nombre de bénéficiaires et des dépenses de soins de santé en France en 2020 dans le cadre de la coordination

et contrairement aux années précédentes. C’est pourquoi la créance française envers l’Algérie, basée sur les seuls frais réels, la place en troisième position (17,1% des dépenses), avant l’Andorre (11,2%) et la Tunisie (4,9%). L’ensemble des autres pays ou territoires liés à la France par un accord bilatéral de sécurité sociale rassemblent 15,4% des dépenses, soit un montant de 0,92 M€.

1. 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, les dépenses en France concernent en grande majorité des soins liés à la résidence, mais dans une moindre proportion que d'habitude ...

Graphique 7.
SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS HORS UE-EEE-SUISSE EN FRANCE selon la typologie des soins



Source : Cnam

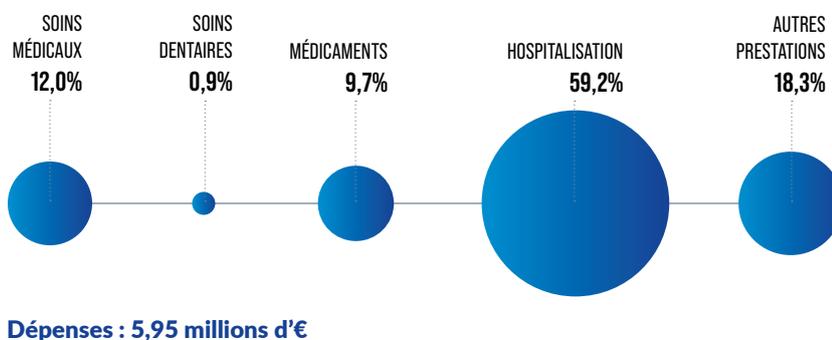
Pour les assurés relevant de régimes de sécurité sociale des pays hors UE-EEE-Suisse, les soins de santé liés à la résidence (62,8% des dépenses pour 76,8% des bénéficiaires) sont en 2020 en nette diminution (-17,3 points pour les dépenses ; -9 points pour les nombres de bénéficiaires), faute de tenue en 2020 d'une commission mixte de sécurité sociale entre notamment la France et l'Algérie, pays auquel la créance la plus élevée est couramment présentée (voir Graphique 6). En effet, cette créance est presque en totalité constituée de forfaits qui se rapportent, soit

aux soins de santé dispensés aux pensionnés des régimes algériens résidant en France, soit aux soins de santé dispensés 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 2019 (-9.255 bénéficiaires pour -36,03 M€, dont pour l'Algérie : -9.024 bénéficiaires pour -35,43 M€), les deux autres types de soins, qui sont demeurés plus stables en valeurs absolues, prennent par conséquent une place en proportion plus importante. De fait,

les soins urgents dans le cadre d'un séjour temporaire représentent 7,5% des dépenses pour 11,8% des bénéficiaires, la plupart des patients bénéficiaires étant essentiellement partagés entre la Nouvelle-Calédonie (59,1%), la Polynésie française (18,7%) et le Québec (14,3%) ; les soins programmés correspondent à 29,7% des dépenses pour 11,3% des bénéficiaires relevant pour moitié (50%) des régimes andorran, néo-calédonien (24,5%), algérien (9,5%) et québécois (8,6%).

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

Graphique 8.
RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ DES ASSURÉS HORS UE-EEE-SUISSE EN FRANCE par nature de soins



Source : Cnam

De façon plus accusée que 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 (59,2%). Le 2^{ème} poste des dépenses (18,2%) est également celui des « autres prestations » (principalement liées à une hospitalisation) ; suivent les soins médicaux (12%), les médicaments (9,7%) et les soins dentaires représentant toujours la part la plus faible des dépenses (0,9%).

NB : la ventilation par nature de soins n'est possible que pour les remboursements sur facture, qui représentent 91,6% des dépenses (5,45 M€) pour les assurés hors UE-EEE-Suisse. N'ont pu être ventilés selon la nature des soins les créances forfaitaires présentées à Wallis-et-Futuna (500 K€), et 87,5€ de contrôles médicaux (Bosnie-Herzégovine).

DÉPENSES ENGAGÉES PAR LES CAISSES ÉTRANGÈRES POUR LES 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

Ces 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 à celui-ci. 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 mêmes soins avaient été dispensés en France.

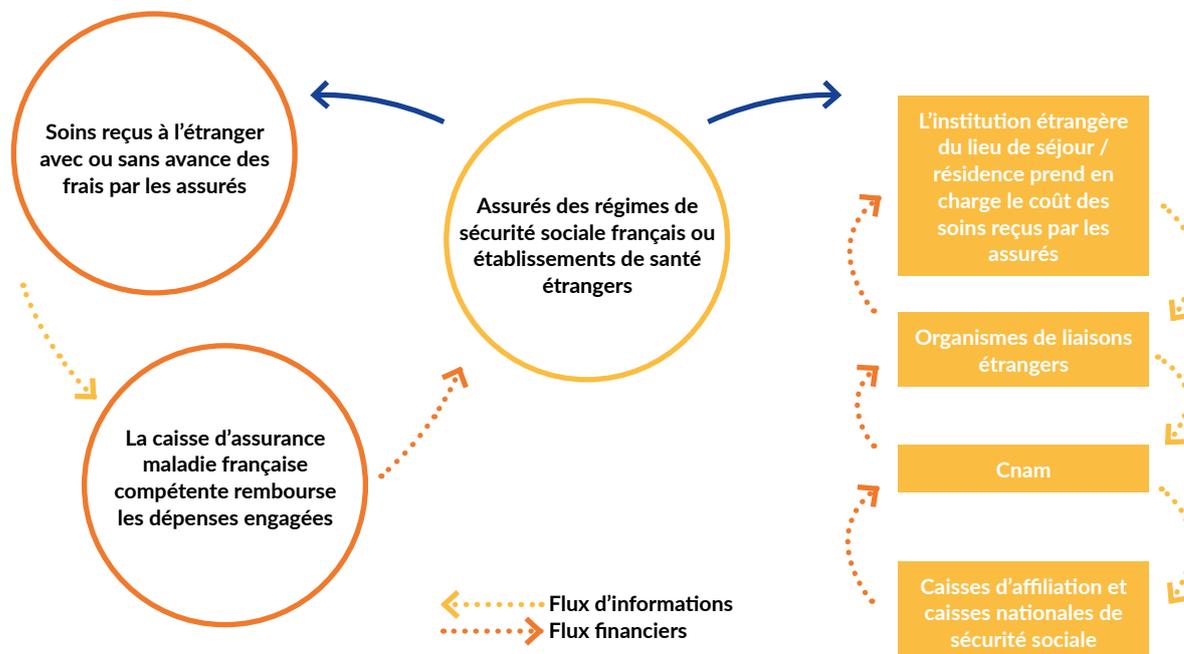
Outre les données collectées correspondant aux dépenses effectuées dans le cadre de la coordination, la Cnam, via le CNSE, fournit également des données se rapportant à la prise en charge des prestations dans le cadre de la directive 2011/24/UE relative aux soins transfrontaliers et de la législation interne ; de même que la CCMSA (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole) et certains régimes spéciaux (Cavimac, Enim, MGEN, RATP, SNCF, les Chemins de fer secondaires). 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.



N.B. : 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		Montant moyen (hors frais de gestion)
	Bénéficiaires	Dépenses	Bénéficiaires	Dépenses	Bénéficiaires	Dépenses	
UE-EEE-Suisse	171 936	113 274 482	176 826	250 111 583	348 762	363 386 065	1 042
Hors UE-EEE-Suisse	62 814	22 010 483	1 775	1 864 752	64 589	23 875 235	370
TOUS PAYS	234 750	135 284 965	178 601	251 976 335	413 351	387 261 300	937
Frais de gestion UE-EEE-Suisse				6 059 510		6 059 510	
Frais de gestion hors UE-EEE-Suisse				667 912		667 912	
Montant moyen (hors frais de gestion)	576		1 411		937		

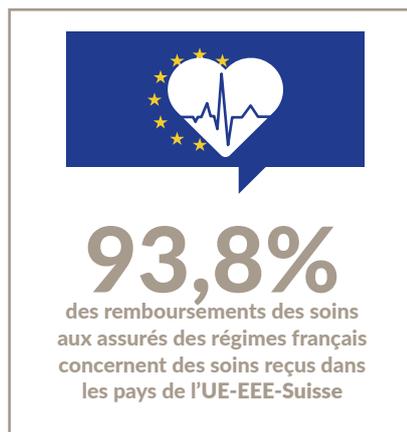
Source : Cnam

0,19%* est la part que représentent les 394 M€ (frais de gestion compris) de remboursements des soins de santé reçus à l'étranger par les assurés français, en 2020, par rapport au total des dépenses de santé en France liées aux prestations en nature
 *Drees : « Les dépenses de santé en 2020 »

En 2020, 413.351 assurés des régimes français ont reçu des soins à l'étranger pour un montant remboursé de près de 394 M€ (frais de gestion compris). 234.750 assurés, c'est-à-dire près de trois assurés sur cinq (56,8%), ont, soit avancé 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 plus de 135 M€ de dépenses de soins à l'étranger, dont près des trois quarts (73,2%) des bénéficiaires et 83,7% des remboursements concernent des soins reçus dans les États de l'UE-EEE-Suisse. Il est à préciser qu'en plus de ces paiements, la Cnam en 2020 a remboursé 193,6 M€ pour des factures de placements en établissements non conventionnés, en Belgique et en Suisse, de 3.927 assurés personnes handicapées. La Cnam considère ces frais de placements de patients à l'étranger comme appartenant à la catégorie des soins programmés en hospitalisation.

La Cnam 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 2020, elle a ainsi remboursé un montant de 258,7 M€ (frais de gestion compris) pour 178.601 bénéficiaires. La quasi-totalité (99%) de ces assurés ont reçu des soins dans les États de l'UE-EEE-Suisse, pour un coût représentant, peu s'en faut (99%), la totalité des remboursements effectués dans

le cadre de la coordination. En 2020, les soins dans les pays hors UE-EEE-Suisse sont sous-représentés car l'impact de la pandémie sur les mobilités a été plus important à destination de ces pays que vers les pays européens. De surcroît, le contexte sanitaire a empêché la tenue de commissions mixtes, particulièrement entre la France et l'Algérie dont la valorisation des remboursements forfaitaires pèse très fortement sur les dépenses en question.



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 937€ par bénéficiaire (soit 311€ de plus qu'en 2019 qui s'expliquent, voir infra, en grande partie par la forte augmentation du montant moyen « Circuit 2 »). Dans le détail, pour le « circuit 1 », le montant moyen remboursé augmente de 52,8% (+199€) par rapport à

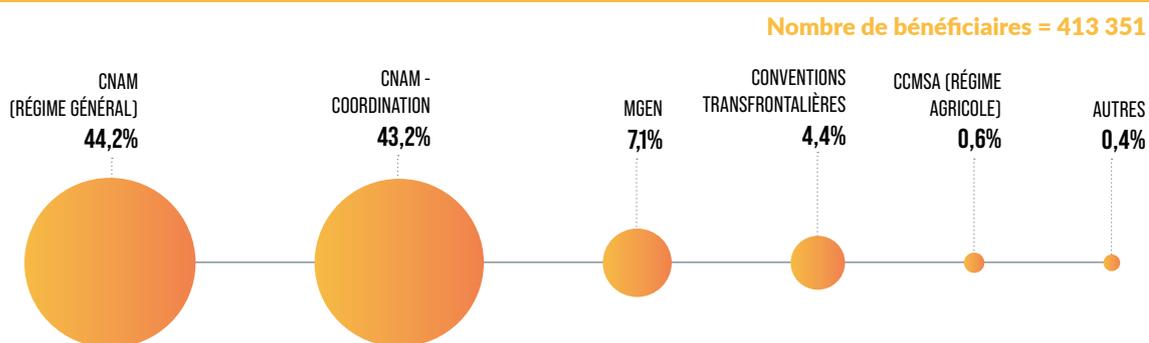
celui de 2019 (576€ en 2020 contre 377€ en 2019), tandis que pour le « circuit 2 », le montant moyen s'est accru de 81,2% (+635€) par rapport à l'année dernière (1.411€ en 2020 contre 776€ en 2019). L'explication de la forte augmentation de ce dernier montant moyen semble due particulièrement aux forfaits qui sont l'une des modalités de remboursement des soins du « Circuit 2 » en plus du remboursement basé sur les factures. En effet, ce montant moyen est tiré vers le haut en 2020 par une double pression des remboursements forfaitaires : d'une part, les forfaits afférents aux États de l'UE-EEE-Suisse sont en proportion plus importante en 2020 (20,4% des remboursements totaux, soit +4,7 points par rapport à 2019) et ce forfait moyen (3.121€) est 3 fois supérieur au montant moyen de la zone géographique (voir Tableau 4 : 1.042€) ; d'autre part, le montant moyen du « Circuit 2 » est doublement tiré vers le haut, parce qu'aucun remboursement forfaitaire n'a été effectué en 2020 aux pays hors UE-EEE-Suisse, tandis que les forfaits représentaient 29% des paiements en question en 2019, et qu'habituellement le forfait moyen est très inférieur (de 16% en 2019 par exemple) au montant moyen de la zone géographique correspondante (voir Tableau 4 : 370€).

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 (93,8% des dépenses totales) que pour ceux qui ont été soignés en dehors de l'Europe. En parallèle, le pourcentage de bénéficiaires de soins dans ces mêmes pays de l'UE-EEE-Suisse est de 84,4%. Il est rappelé qu'en 2020, l'incidence de la pandémie sur les

mobilités, particulièrement hors Europe, conjuguée à l'absence de commissions mixtes ont pour effet de surreprésenter les parts des nombre et montant des pays de l'UE-EEE-Suisse. Toutefois, le décalage de 9,4 points de pourcentage entre les nombres et montants ci-dessus, 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 2020 il représente près de 2,8 fois celui des pays hors UE-EEE-Suisse. Par ailleurs, il faut également observer que :

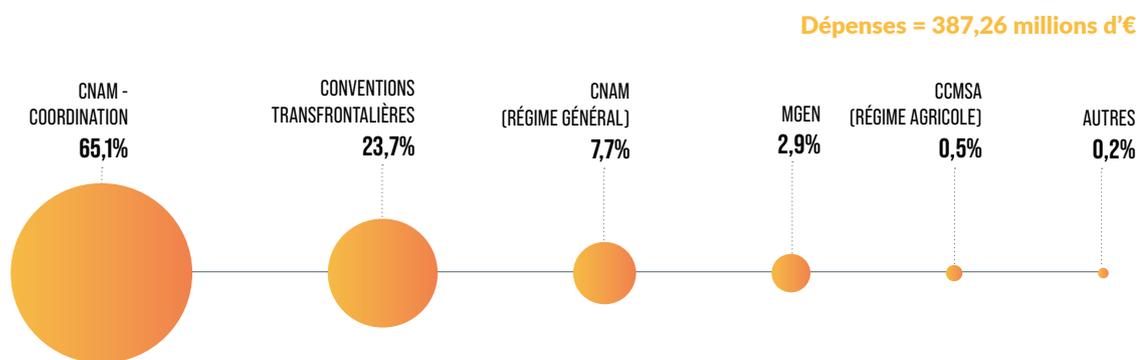
- le coût moyen des dépenses de santé remboursées pour les soins dispensés aux assurés des régimes français au sein des pays de l'UE-EEE-Suisse a augmenté de 22,4% en 2020 par rapport à 2019 (1 042€ en 2020 contre 851€ en 2019, soit +191€), toujours sous la pression d'une part plus importante des remboursements forfaitaires, plus coûteux que les remboursements sur factures (voir explications ci-dessus) dont les soins programmés en 2020 ont dans le même temps fortement augmenté (+48%, passant de 1 149€ en 2019 à 1 703 en 2020) ;
- 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 légèrement diminué de 2,9% en 2020 par rapport à 2019 (370€ en 2020 contre 381€ en 2019, soit -11€).

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



Source : Cnam

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



Source : Cnam

NB :
Montants hors frais de gestion

Cnam - Coordination : remboursement par la Cnam dans le cadre de la coordination

MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale

Conventions transfrontalières : Organismes en charge de l'application des conventions

CCMSA (Régimes agricoles)

- Autres :
- Cavimac (Cultes)
 - Enim (Marins)
 - RATP
 - SNCF
 - Chemins de fer secondaires

Dans le cadre de la coordination, la Cnam, via le CNSE, a remboursé aux organismes partenaires étrangers près des deux tiers (65,1%) du montant global des remboursements effectués en 2020, hors frais de gestion, pour des soins prodigués à 43,2% 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 1 414€. Dans le cadre des conventions, le montant moyen remboursé, hors frais de gestion, est égal à 1 051€.

Le CNSE, qui rembourse aussi directement les assurés du régime général sur présentation des factures, a en outre remboursé 44,2% de l'ensemble des bénéficiaires pour un montant qui correspond à 7,7% du montant global des remboursements effectués en 2020 (voir graphiques 9 et 10 ci-dessus).

Prestations servies dans les pays européens aux assurés des régimes français

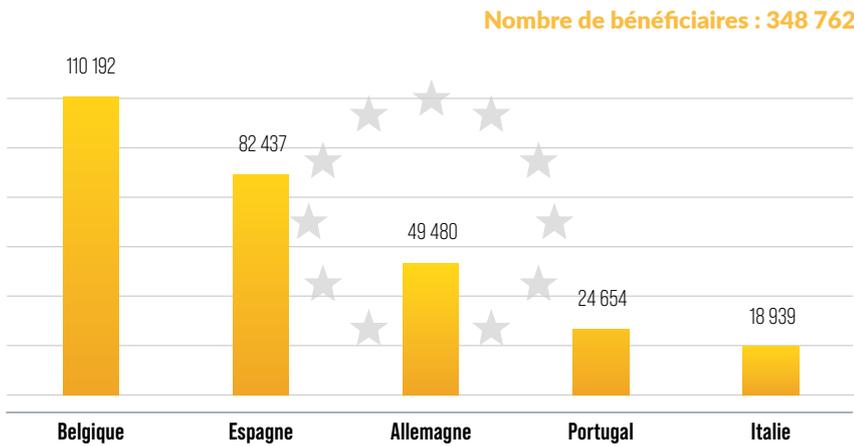
L'année 2020 a été particulièrement marquée par la pandémie de Covid-19 qui a entravé fortement la mobilité internationale des personnes, particulièrement vers les pays hors de l'Europe. Néanmoins, 2020 laisse toujours apparaître que les assurés des

régimes français qui ont pu se déplacer, lors d'un déplacement à l'étranger, ont été bénéficiaires de soins essentiellement dans les pays frontaliers de la France et dans les pays avec lesquels un fort lien historique existe. Cette observation générale cache,

toutefois, 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 européens pour les assurés des régimes français se concentrent pour plus des deux tiers de ces assurés en Belgique, Espagne et Allemagne qui représentent près de 85 % de la dépense...

Graphique 11. PRINCIPAUX PAYS DE L'UE-EEE-SUISSE D'ACCUEIL DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS RECEVANT DES SOINS selon le nombre de bénéficiaires



Source : Cnam

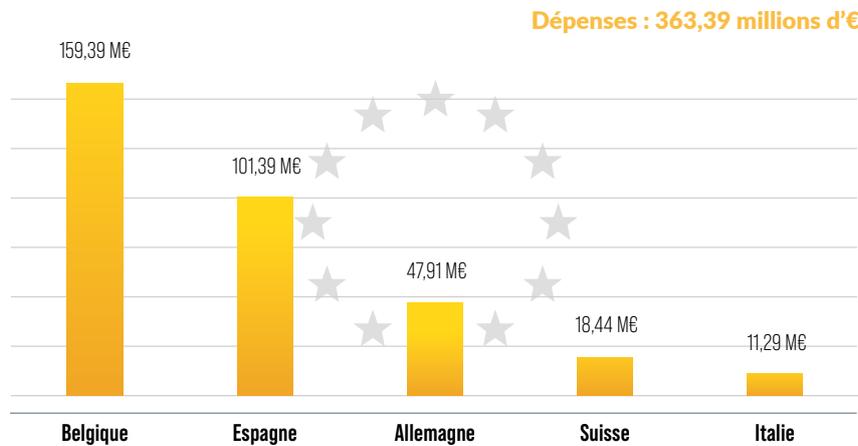


En 2020, tout comme les onze années précédentes, les assurés des régimes français ont pour le plus grand nombre reçu des soins dans les pays frontaliers et dans les pays avec lesquels des migrations importantes ont eu lieu par le passé. La Belgique totalise ainsi 110 192 assurés français bénéficiaires de soins de santé sur son territoire (soit 31,6%) devant l'Espagne (23,6%). Suivent l'Allemagne (14,2%), le Portugal (7,1%), et l'Italie (5,4%). Ces cinq pays regroupent 81,9% 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 18,1% de bénéficiaires restants.

Les soins aux assurés des régimes français reçus en Belgique, qui parmi les cinq principaux pays ci-dessus est l'État ayant la répartition des soins de santé la plus diversifiée, sont pour 29,7% des soins urgents au cours d'un séjour temporaire, pour 56,6% des soins programmés, enfin pour 13,7% des soins à des bénéficiaires qui y résident ; en Espagne, sur 82 437 assurés français, 56,9% ont été traités au cours d'un séjour temporaire, 12,7% dans le cadre de soins programmés et 30,5% des bénéficiaires au titre de leur résidence dans cet État. Pour l'Allemagne et l'Italie, la typologie des soins est principalement divisée entre ceux urgents reçus au cours d'un séjour temporaire et ceux liés à la résidence (chacun en ce qui le concerne : 57,6% - 40,2% et 60,3% - 39,4%). A contrario, la quasi-totalité des soins de santé prodigués au Portugal pour la population en question ont été des soins urgents au cours d'un séjour temporaire (97,3%).

À noter qu'en Espagne et au Portugal résident des dizaines de 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 2020, pour la quatrième année consécutive, le Portugal n'a présenté à la France aucune créance forfaitaire, ce qui explique la très faible part de 2,1% des soins liés à la résidence en nombre de bénéficiaires (voir plus haut), mais aussi en montants dépensés (7,6%).

Graphique 12.
PRINCIPAUX PAYS DE L'UE-EEE-SUISSE D'ACCUEIL DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS RECEVANT DES SOINS selon le montant des dépenses



Source : Cnam

NB : Montants hors frais de gestion

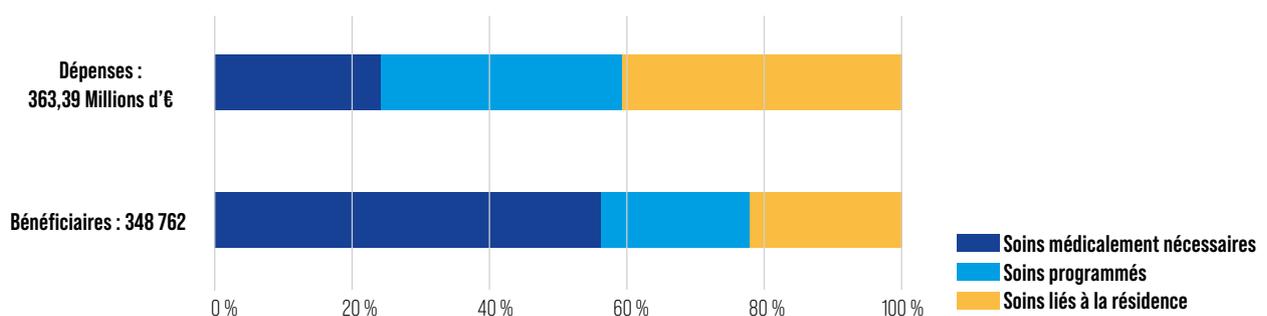
Les cinq États ci-contre totalisent, au sein de la zone Europe, 93,1% des remboursements effectués par la France, pour des soins de

santé prodigués sur leurs territoires à des assurés des régimes français de sécurité sociale. Les paiements s'échelonnent de 11,3 M€ pour l'Italie à 159,4 M€ pour la Belgique. Par rapport au graphique précédent, qui porte sur le nombre de bénéficiaires, seul

le pays de la quatrième place a changé : la Suisse s'est substituée au Portugal. La sortie du Portugal de ce top 5, en dépit de son nombre de bénéficiaires, résulte de son coût moyen des prestations servies le plus faible d'Europe en 2020 : 99€ ; bien en-dessous du coût moyen concerné pour l'ensemble des États de l'UE-EEE-Suisse (1 042€), et particulièrement de celui de la Suisse : 1 283€. Pour le Portugal, ce coût modique est essentiellement dû au recours quasi exclusif¹ aux soins urgents, dont le coût (84€) est par ailleurs très en-dessous de la moyenne des États de l'UE-EEE-Suisse (voir ci-après). Ils constituent 83,5% des dépenses des assurés français au cours de séjours temporaires dans ce pays. Quant à l'arrivée de la Suisse au 4^{ème} rang des dépenses des soins de santé, elle s'explique par la combinaison d'une part, d'un coût moyen des soins en 2020 (voir plus haut) 13 fois supérieur à celui du Portugal, d'autre part, la 6^{ème} place qu'elle occupait déjà concernant le nombre de bénéficiaires français de soins à l'étranger.

40% des dépenses de santé des assurés des régimes français en Europe sont liées à la résidence, alors que plus de la moitié (56%) sont des soins urgents lors d'un séjour temporaire ...

Graphique 13.
SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DANS LES ÉTATS DE L'UE-EEE-SUISSE selon la typologie des soins



Source : Cnam

NB : Montants hors frais de gestion

40,4% des dépenses des assurés français en Europe se rapportent à des soins liés à la résidence pour 22,3% des bénéficiaires, alors qu'une très grande moitié (56,2%) des bénéficiaires de soins a généré un quart (24,3%) des remboursements qui ont trait aux soins urgents dispensés durant un séjour temporaire. Quant aux soins programmés, en 2020, ils touchent plus d'un bénéficiaire sur cinq (21,6%) pour plus d'un tiers (35,3%) des dépenses.

Le montant moyen 2020 pour les soins des assurés français dans les États de l'UE-EEE-Suisse est de 1 042€. Cependant, cette moyenne générale cache de grandes disparités entre les types des soins qui varient fortement, allant de 451€ pour les soins urgents, à 1 703€ pour ceux programmés et 1 891€ pour les soins liés à la résidence. Ces derniers, pour le calcul de leur montant moyen, tiennent compte des remboursements basés sur 23 732 forfaits (dont 99% concernent

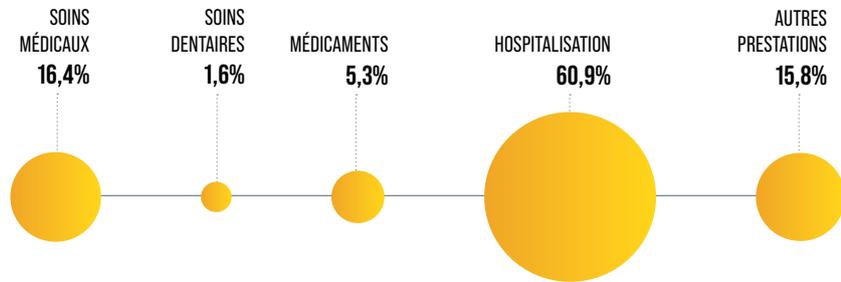
l'Espagne) qui totalisent 74,07 M€ (voir la note de lecture du Graphique 14), soit un coût unitaire moyen de 3 121€. Ces forfaits pèsent pour moitié (50,5%) dans les dépenses de soins liés à la résidence, ce qui tire très fortement vers le haut le coût moyen de ce type de soin, lequel, si l'on neutralise les forfaits en question et si l'on ne tient compte que des seuls remboursements sur factures, chute à 1 357€.

1. Voir commentaire graphique 11 qui précise que le Portugal n'a porté à la France aucune créance forfaitaire pour les résidents de son pays

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

Graphique 14.
RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DANS LES ÉTATS DE L'UE-EEE-SUISSE par nature de soins

60,9% des dépenses de santé des assurés français ayant reçu des soins dans les États de l'UE-EEE-Suisse sont liées à une hospitalisation. Viennent ensuite les soins médicaux (16,4%) et « autres prestations » (15,8%), les médicaments et les soins dentaires réunissant légèrement moins de 7% des dépenses.



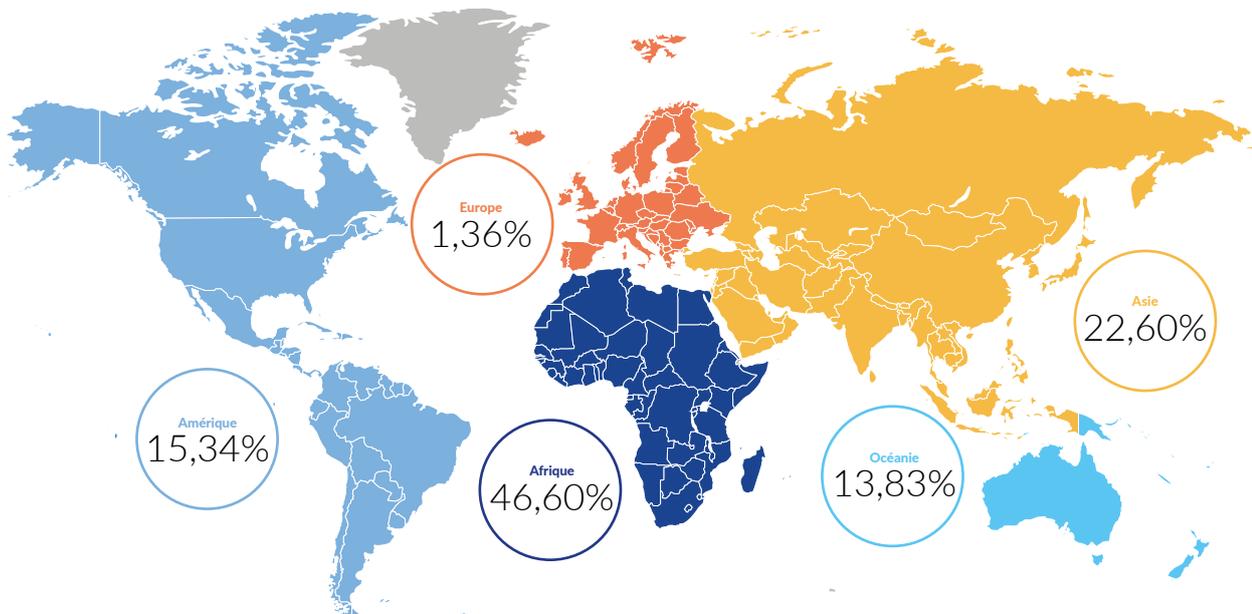
Source : Cnam

NB : la ventilation par nature de soins n'est possible que pour les remboursements sur facture, qui représentent, hors frais de gestion, 79,6% des dépenses, soit 289,24 M€, pour les assurés sociaux français se soignant dans les États de l'UE-EEE-Suisse. N'ont pu être ventilés selon la nature des soins les 74,07 M€ de paiements français sur base forfaitaire et les 67 567€ de contrôles médicaux.

Des prestations servies dans les territoires et pays hors UE-EEE-Suisse aux assurés des régimes français qui chutent de 87% en 2020 en lien avec la crise sanitaire

Carte 3.
DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DANS LES TERRITOIRES ET PAYS HORS UE-EEE-SUISSE selon le continent des soins

Dépenses = 23,88 millions d'€
Bénéficiaires = 64 589



Source : Cnam

NB : Montants hors frais de gestion

En 2020, 23,88 M€ ont été dépensés pour 64 589 assurés des régimes français dans les pays autres que ceux de la zone UE-EEE-Suisse. Jamais depuis que sont collectées ces données en 2009, le nombre d'assurés français bénéficiaires de soins dans les pays hors Europe et le montant y afférent n'avaient été à un si bas niveau qu'en 2020 ; respectivement : -420 410 bénéficiaires et -161 M€ par rapport à 2019. En 2020, le contexte sanitaire a affecté de façon plus notable les déplacements internationaux vers les pays et territoires hors Europe que les déplacements intracommunautaires. A cela s'ajoute l'absence de présentation en 2020 de remboursements forfaitaires, en particulier ceux relatifs à l'Algérie qui se montent habituellement à plusieurs dizaines de millions d'€. Une telle conjoncture confirme cependant qu'en 2020, comme les années précédentes, les dépenses de santé des assurés soumis à la législation française dans les pays hors UE-EEE-Suisse s'observent principalement, soit dans les pays ayant un fort rapport historique avec la France, soit dans les pays ou territoires francophones. De manière générale, le principal continent dans lequel cette population a fait des dépenses de soins de santé en 2020 est **l'Afrique où 46,6% des dépenses de soins ont concerné**



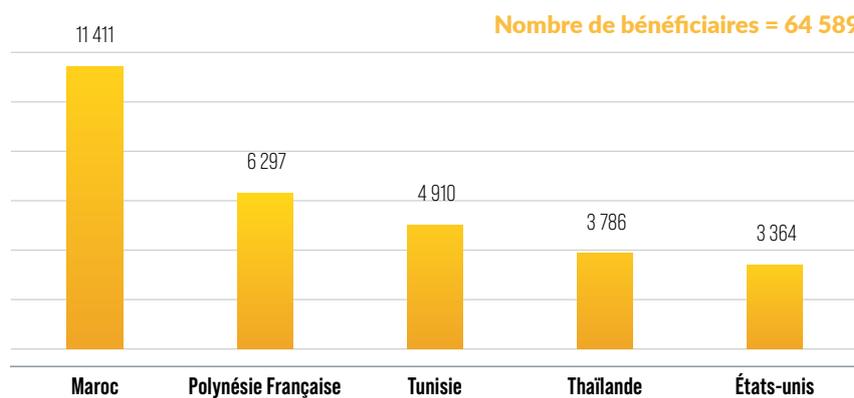
41,5% des assurés des régimes français. L'Océanie, du fait du contexte pandémique, perd beaucoup de sa part des dépenses de soins, avec 13,8% (-29,8 points par rapport à 2019) pour 13,1% des bénéficiaires ; ce qui a pour répercussion de faire augmenter les pourcentages des autres continents : Asie : 22,6% des dépenses pour un quart (24,3%) des bénéficiaires ; Amérique : 15,3% des dépenses pour 18,4% des bénéficiaires ; et l'Europe hors règlements européens : 1,4% des dépenses pour 2,5% des bénéficiaires.

Concernant l'Océanie, dans le cadre des dettes françaises, 86,6% des bénéficiaires ont été pris en charge (pour 93,4% des remboursements français de leurs soins) en application des décrets de coordination qui régissent les relations entre les régimes français de sécurité sociale et ceux de la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française. Ces deux décrets ont un champ d'application personnel très large, comparés aux conventions bilatérales. Ils visent entre autres les fonctionnaires civils

et militaires et les magistrats, qui y sont détachés (sauf affiliation obligatoire à la législation calédonienne en cas d'exercice d'une fonction locale supérieure à six mois) et recouvrent les mêmes situations que les règlements européens. Par rapport à 2019, dans le contexte sanitaire de 2020, ces deux territoires situés dans l'océan Pacifique voient leurs remboursements de soins liés à la résidence, qui forment autour de 95% de leurs remboursements totaux en année ordinaire, reculer de 14,1 M€ (soit -3 696 bénéficiaires) pour la Nouvelle-Calédonie, et de 59,92 M€ (soit -26 132 bénéficiaires) pour la Polynésie française. Par ailleurs, en l'absence de remboursements forfaitaires pour l'Algérie, le coût moyen des soins remboursés en Afrique est pour la première fois le plus élevé : 415€ par bénéficiaire. Il se substitue à celui de l'Océanie, au deuxième en rang 2020, qui est de 389€. En outre, le coût moyen de soins remboursés est de 344€ en Asie, de 308€ en Amérique et de 203€ en Europe hors règlements européens.

En 2020, 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 en Polynésie française ...

Graphique 15. PRINCIPAUX PAYS OU TERRITOIRES HORS UE-EEE-SUISSE D'ACCUEIL DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS RECEVANT DES SOINS selon le nombre de bénéficiaires



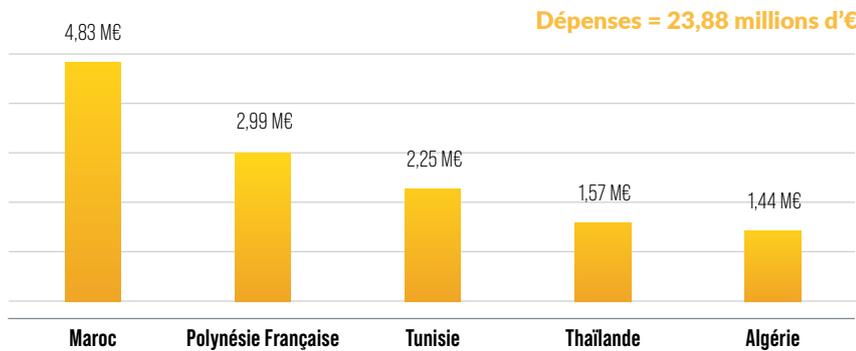
Source : Cnam

En 2020, sur l'ensemble des soins de santé à l'étranger, dans les pays hors UE-EEE-Suisse, près d'un assuré des régimes français sur 6 (17,7%) a reçu des soins au Maroc, près d'un sur 10 (9,7%) en Polynésie française, et 7,6% en Tunisie. Ces trois pays forment un groupe que l'on retrouve traditionnellement chaque année dans ce top 5. En 2020, pour les raisons déjà invoquées plus haut liées au

contexte sanitaire, ce trio ne regroupe qu'à peine plus d'un tiers (35%) des bénéficiaires de soins sur leurs territoires, lorsque les années précédentes le trio de tête en atteignait les deux tiers, voire plus. La conséquence de la chute des données relatives à ces pays et du maintien à niveau quasi constant des données d'autres pays est l'arrivée de pays jamais apparus dans ce top 5, comme la Thaïlande

(5,9% en 2020), ou les États-Unis (5,2% en 2020), de façon très épisodique (en 2016). Dans la continuité des données dont les parts basculent en conséquence des effets de la pandémie, il reste, hors ces 5 premiers pays, 53,9% d'assurés des régimes français pris en charge dans les autres pays étrangers hors UE-EEE-Suisse, alors que cette part est chaque année en-dessous de 23%. À l'inverse des années précédentes, ce sont les « soins urgents », et non les « soins à des résidents », qui ont la plus grande part des assurés français bénéficiaires de soins à l'étranger ; à savoir respectivement : 63,5% et 33,3 % pour le Maroc, 78% et 17,9% pour la Tunisie, 90% et 9,9% pour la Thaïlande et 71,6% et 28% pour les États-Unis. A contrario pour la Polynésie française : 19,9% des bénéficiaires de soins ont reçu des soins urgents lors d'un séjour temporaire en 2020, tandis que 80,1% sont des assurés des régimes français qui y résident. Pour ce qui est des soins programmés, la part des bénéficiaires est peu significative puisqu'elle va de 4,1% du nombre d'assurés français bénéficiaires en Tunisie, 3,3% au Maroc, à moins de 0,5% pour chacun des trois autres pays.

Graphique 16.
PRINCIPAUX PAYS OU TERRITOIRES HORS UE-EEE-SUISSE D'ACCUEIL DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS RECEVANT DES SOINS selon le montant des dépenses



Source : Cnam
NB : Montants hors frais de gestion

En matière de dépenses de soins engagées en 2020 par des assurés des régimes français dans les pays ou territoires hors UE-EEE-Suisse, le classement des 4 premiers pays ou collectivités est identique à celui du nombre de bénéficiaires (voir graphique précédent), l'Algérie ayant pris la 5^{ème} place des États-Unis. Ainsi, ce quinté représente dans l'ordre décroissant : 20,2%, 12,5%, 9,4%, 6,6% et 6% des dépenses de soins dispensés sur leur territoire. Et comme pour les nombres de bénéficiaires (graphique 15), le trio de tête ne regroupe que 42,2% des dépenses quand les années antérieures il en totalise plus de 70%. C'est pourquoi, sous l'effet de

dispersion, les pays restants, hors ce top 5, sans précédent correspondent à 45,2% des soins prodigués dans les autres pays étrangers hors UE-EEE-Suisse.

Assez mécaniquement, la répartition des dépenses entre les « soins urgents » et les « soins à des résidents » reproduit celle des bénéficiaires, avec toutefois une certaine variation compte tenu du coût moyen des remboursements respectifs (voir graphique 17) ; à savoir respectivement : 39,7% et 26,7% pour le Maroc, 43,9% et 13,2% pour la Tunisie et 67,7% et 31,4% pour la Thaïlande. Toujours à l'inverse pour la Polynésie française avec 3,8% des dépenses de soins qui correspondent à des soins urgents lors d'un séjour temporaire en 2020, tandis que 96,2% sont liés à la résidence.

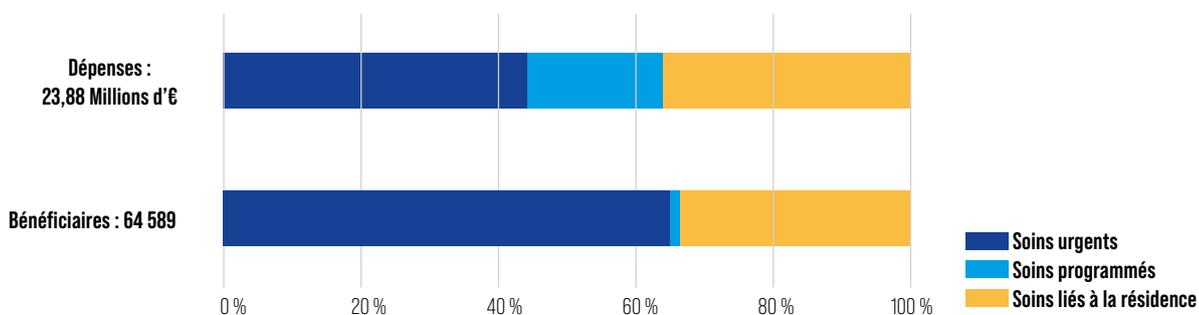
C'est inédit pour l'Algérie, mais en 2020 ce sont les soins programmés qui, en proportion, avec 78,2% des dépenses, l'emportent sur ceux liés à la résidence (0,8%), les années précédentes toujours au-delà de 90%, et sur les soins urgents (21%). Une telle prééminence des soins programmés ne vaut en 2020 :

- que parce que la France n'a payé à l'Algérie cette année-là aucune dette forfaitaire. En effet, les remboursements forfaitaires correspondent à des résidents en Algérie, c'est-à-dire, soit des pensionnés des régimes français de retour dans le pays d'origine, soit les membres de la famille demeurés à l'étranger des travailleurs algériens occupés en France ;
- et que le coût moyen des remboursements des soins programmés est respectivement près de 11 et 17 fois plus élevé que ceux des soins liés à la résidence, et des soins urgents (voir graphique 17).

Dans une moindre mesure, la chute en 2020 de la part des dépenses de soins liées à la résidence pour le Maroc (26,7%, soit -49,6 points par rapport à 2019) et l'absence de dette valorisée en 2020 sur la base de forfaits pour la Tunisie font prendre une proportion importante aux dépenses de soins programmés sur leur territoire, à savoir chacun en ce qui le concerne : 33,6% et 42,8%. Pour compléter, pas de soins programmés en 2020 en Polynésie française, et 0,8% des dépenses en Thaïlande.

En 2020, c'est la première fois en 8 ans que 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 urgents ...

Graphique 17.
SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DANS LES TERRITOIRES ET PAYS HORS UE-EEE-SUISSE selon la typologie des soins



Source : Cnam
NB : Montants hors frais de gestion

Pour les assurés des régimes français ayant eu recours à des soins en dehors de l'UE-EEE-Suisse, 44,4% des dépenses de soins correspondent à des soins urgents dispensés à près des deux tiers (64,6%) des assurés

des régimes français en séjour temporaire dans les pays en question. 35,9% des frais de santé sont liés à des résidents locaux qui représentent un tiers des bénéficiaires (33,6%) ; enfin un cinquième (19,7%) des

dépenses de santé est rattaché à des soins programmés qui concernent à peine 1,7% des bénéficiaires.

L'absence en 2020 de la valorisation des remboursements sur base forfaitaire entraîne mécaniquement une chute du nombre de bénéficiaires pour les soins liés à la résidence (ils étaient 167 203 en 2019 quasi uniquement pour l'Algérie). L'effet est que les parts concernant les soins en question ont en 2020 dévalué fortement (85,6% des dépenses et 83,6% des bénéficiaires en 2019,

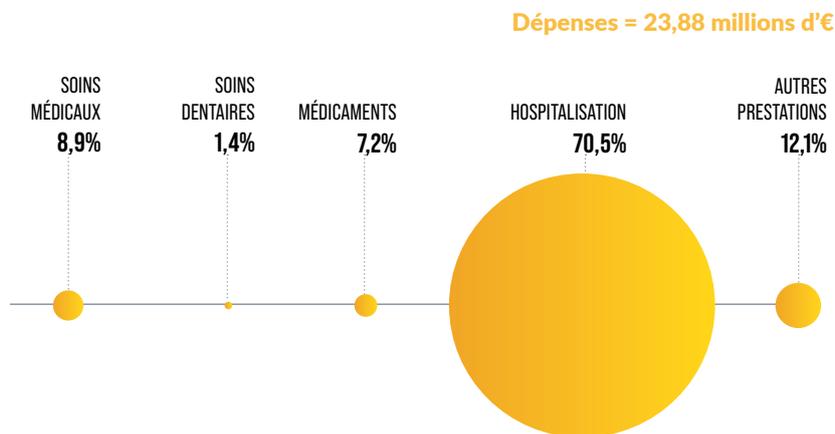
soit, voir pourcentages ci-dessus : -49,6 et -49,9 points en 2020) et, qu'en contrecoup, les parts concernant les soins urgents ont nettement augmenté (10,3% des dépenses et 16% des bénéficiaires en 2019, soit, voir pourcentages ci-dessus : +34 et +48,7 points en 2020). Par ailleurs, le coût moyen 2020 des remboursements des soins urgents est de

254€, celui des soins liés à la résidence de 395€, tandis que celui des soins programmés atteint 4 233€. Ces hétérogénéités des coûts moyens selon la typologie des soins composent un montant moyen global 2020 pour les soins des assurés français dans les pays hors UE-EEE-Suisse de 370€ (voir Tableau 4).

... 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 PAYS HORS UE-EEE-SUISSE par nature de soins



Concernant les dépenses des assurés des régimes français soignés dans les pays hors UE-EEE-Suisse, plus des deux tiers (70,5%) sont liées à l'hospitalisation. Arrivent ensuite les « autres prestations » (12,1%), les soins médicaux (8,9%), les médicaments (7,2%) et les soins dentaires (1,4%).

Source : Cnam

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 2020, les seules dépenses d'hospitalisation, tous régimes confondus, se sont élevées à 146,57 M€, soit une diminution de 5,1% par rapport à l'année 2019 (154,3 M€). 89,8% des dépenses (131,63 M€) 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 2020.

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

En 2020, les mesures de lutte contre la propagation de la Covid-19, telles que les confinements et fermetures ou contrôles aux frontières, ont durement freiné la mobilité internationale dont l'une des retombées est un net recul en 2020 des dépenses de soins de santé dans le cadre de la mobilité internationale. Néanmoins, cette crise sanitaire, même à des niveaux de montants et de flux humains plus bas, perpétue à quelques nuances près les observations sorties des études des précédentes années ; à savoir, qu'en 2020, 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. Au-delà de la proximité géographique, l'explication,

particulièrement en 2020, tient en ce que les pays de l'UE-EEE-Suisse, en tant que communauté d'États, ont construit un réseau d'organismes dédiés à la coordination internationale en matière de sécurité sociale. Dans ce contexte, l'application des règlements européens de sécurité sociale a été efficace, à défaut d'avoir pu être optimale. Quant aux 41 pays ou territoires liés à la France par des accords bilatéraux de sécurité sociale, la multiplicité de ces accords a rendu cette coordination plus difficile, et les données 2020 ci-avant en témoignent fortement. Pour autant, là aussi l'étude maintient le constat, d'une part, de la relation privilégiée de la France avec ses propres territoires 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. On relèvera par ailleurs que les dépenses de santé dans le cadre de la mobilité internationale, historiquement et quels que soient les régimes d'affiliation de sécurité sociale (français ou étrangers), correspondent au minimum pour moitié à des prestations liées au remboursement de frais d'hospitalisation dont le poste est majeur dans les trois situations suivantes : les soins urgents, les soins programmés et ceux liés à la résidence. La crise sanitaire a affecté particulièrement cette dernière situation pour les pays hors Europe. En effet, les soins valorisés sur la base de forfaits annuels rentrent dans cette catégorie de soins. Or, un impact indirect de la pandémie en 2020 est qu'aucune commission mixte ne s'est tenue cette année en vue d'apurer les dettes forfaitaires.

ANNEXE

Tableau 5.

MONTANTS DES REMBOURSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ AUXQUELS LA FRANCE A RENONCÉ AU COURS DE L'EXERCICE 2020

Pays	Dépenses
Algérie	88 €
Allemagne	970 €
Belgique	20 493 €
Irlande	33 €
Jersey	141 130 €
Luxembourg	263 €
Monaco	20 163 938 €
Pays-Bas	618 €
Québec	226 038 €
Royaume-Uni	2 160 €
Tous pays	20 555 730 €

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 2020, la France a renoncé à la présentation de près de 20,56 M€ 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.

Source : Cnam

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 : 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 38 pays : **Algérie, Andorre, Argentine, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Brésil, Cameroun, Canada, Cap-Vert, Chili, Congo, Corée du Sud, 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 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) : elle permet aux assurés des régimes français 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 R. 160-1, R. 160-2 et R. 160-4 du code de la sécurité sociale 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 R. 761-4 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 et 987/2009 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 est de faciliter la libre circulation des personnes et d'éviter la perte de leurs droits lors de leurs déplacements en Europe, assurant ainsi une forme de continuité de leur protection sociale lorsque ces personnes passent d'une législation à une autre.

Soins urgents ou 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 à l'étranger, ou aux assurés des régimes étrangers 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.

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 de la Cnam et grâce aux données collectées auprès des CPAM, de la Cavimac, la CCMSA, l'Enim, la MGEN, la RATP, la SNCF et les Chemins de fer secondaires. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter les études réalisées sur les années antérieures.

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

Décryptage n°27, Juillet 2022
ISSN 2739-4867

Directrice de la publication : Armelle BEUNARDEAU — Maquette :  agence-bolivie.fr

Réalisation : Direction des Etudes (decryptage@cleiss.fr)

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.