

DÉCRYPTAGE

N°30
Août 2024

ÉTUDES ET ANALYSES DU CLEISS

CENTRE DES LIAISONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE

SYNTHÈSE DES FLUX FINANCIERS EN 2022

2

CRÉANCES PRÉSENTÉES PAR LA FRANCE

3

Aux pays de l'UE-EEE-Suisse	5
Aux pays hors UE-EEE-Suisse	7

DETTES PAYÉES PAR LA FRANCE

9

Aux pays de l'UE-EEE-Suisse	11
Aux pays hors UE-EEE-Suisse	14

ANNEXE ET CONCLUSION

17

GLOSSAIRE ET RÉFÉRENCES

18



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

> REGARD SUR



CENTRE DES LIAISONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Antonio Araujo

CLEISS
44, rue Armand Carrel
93100 Montreuil

LACRISE SANITAIRE CONTINUE À SE RÉPERCUTER EN 2022 SUR LES DÉPENSES RELATIVES AUX SOINS DE SANTÉ INTERNATIONAUX

En 2022 les effets de la pandémie de Covid-19 ont continué à se faire sentir. Et ses répercussions ont été visibles tout au long de l'année sur la mobilité internationale des personnes, plus particulièrement hors des pays de l'Union Européenne. Malgré une augmentation des données constatées par rapport à 2021, cet impact s'est reflété dans les données de soins de santé enregistrées en 2022. Ces dernières montrent un ralentissement des flux transfrontaliers de soins de santé, certes moindre que l'exercice précédent, mais qui perdure, et incidemment, elles expriment également les obstacles administratifs propres à cette période qui persistent : notamment l'absence de commissions mixtes en 2022 entre la France et certains pays étrangers qui ont empêché la présentation de certaines dépenses de soins, en particulier celles basées sur des forfaits.

L'objet de cette étude est de détailler les dépenses de santé traitées en 2022 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.

L'étude 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 **législation interne** ;
- les assurés des régimes français 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.

I - SYNTHÈSE FINANCIÈRE

En 2022, le bilan des créances et dettes révèle deux soldes positifs en faveur de la France : un net « payé » de +369,92 M€ et un net « présenté » de +487,70 M€

Tableau 1. CRÉANCES ET DETTES PAYÉES ET PRÉSENTÉES EN 2022 (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 (+ Royaume-Uni)	801,26	399,93	401,33	940,41	343,88	596,53
Hors UE-EEE-Suisse	5,02	36,43	-31,41	5,67	114,50	-108,83
Tous pays	806,28	436,36	369,92	946,08	458,38	487,70

Source : Cnam

Au cours de l'année 2022, 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'élèvent en effet à **436,36 M€** (dont 148,45 M€ par le régime général dans le cadre de la coordination, voir partie III ci-après) **contre 806,28 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 369,92 M€, contre +622,82 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 de factures de soins à 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. Les montants ne sont pas connus.

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 à 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. 801,26 M€ ont été en effet remboursés au régime général par ces organismes étrangers. Cela correspond à des remboursements 2 fois plus élevés que ceux effectués par la France à destination des pays de la même zone ou par les caisses d'assurance maladie françaises directement aux assurés des régimes français qui y ont bénéficié de soins (399,93 M€). Ainsi, 99,4% des dépenses remboursées à la Cnam le sont par les pays de l'UE-EEE-Suisse. En parallèle, dans le sens inverse, 91,7% des remboursements des caisses d'assurance maladie françaises le sont en direction des pays de cette même zone ou au bénéfice des assurés français qui s'y sont vus dispenser des soins de santé.

Les dépenses remboursées par la France aux pays hors UE-EEE-Suisse sont 7 fois plus importantes que celles réglées par ces mêmes pays. Le solde français des dépenses de soins de santé est donc débiteur de 31,41 M€ : 36,43 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 5,02 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, cela s'explique d'une part, par les séjours temporaires dans le pays d'origine des travailleurs occupés et assurés en France, d'autre part, par 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 le territoire de la Polynésie française, expliquent la majorité des remboursements de soins.

Les deux soldes créditeurs ci-dessus expriment en d'autres termes que la France « exporte » plus de soins de santé qu'elle n'en « importe ». Le solde de 369,92 millions d'€ vient d'une certaine façon en déduction, en 2022, des **235,8 milliards d'€* de dépenses de santé liées aux prestations en nature en France**. Tandis que le solde de 487,70 millions d'€ est en quelque sorte une « recette » constatée d'avance dans les prochains comptes de la santé.

*Drees : « Les dépenses de santé en 2022 »

Au cours de l'année 2022, les créances présentées par la France aux organismes étrangers atteignent 946,08 M€ alors que dans le même temps les dettes introduites par les régimes étrangers se montent à 458,38 M€. **99,4% 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, 75% 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 2022 aux assurés des régimes étrangers, ne se limite pas à 869,75 M€ (voir tableau 1). Effectivement, la France ne met pas en recouvrement un montant de 22,08 M€ en application des accords de renonciation et des dispositions conventionnelles spécifiques en vigueur (Voir Annexe : Tableau 4). Ainsi, la charge financière en question s'élève en réalité à 946,08 + 22,08 = **968,16 M€**.

En 2022, du côté français, des créances forfaitaires ont été présentées pour leurs valorisations, dans le cadre de commissions mixtes, à la Serbie 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.

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 2022 du Cleiss (pages 14 à 17)

AVERTISSEMENT :

Depuis 2020, le CNSE déploie progressivement une nouvelle application de gestion des remboursements réciproques des frais de santé à l'international. Celle-ci dénombre les relevés de soins de santé pris en charges en application des accords internationaux de sécurité sociale (règlements européens, conventions bilatérales et décrets de coordination), mais ne peut individualiser les assurés ayant eu plusieurs prestations de soins, au risque de les comptabiliser plusieurs fois. C'est pourquoi le présent Décryptage ne présente plus les dépenses de santé réparties selon les nombres de bénéficiaires des soins dans le contexte d'une mobilité internationale.

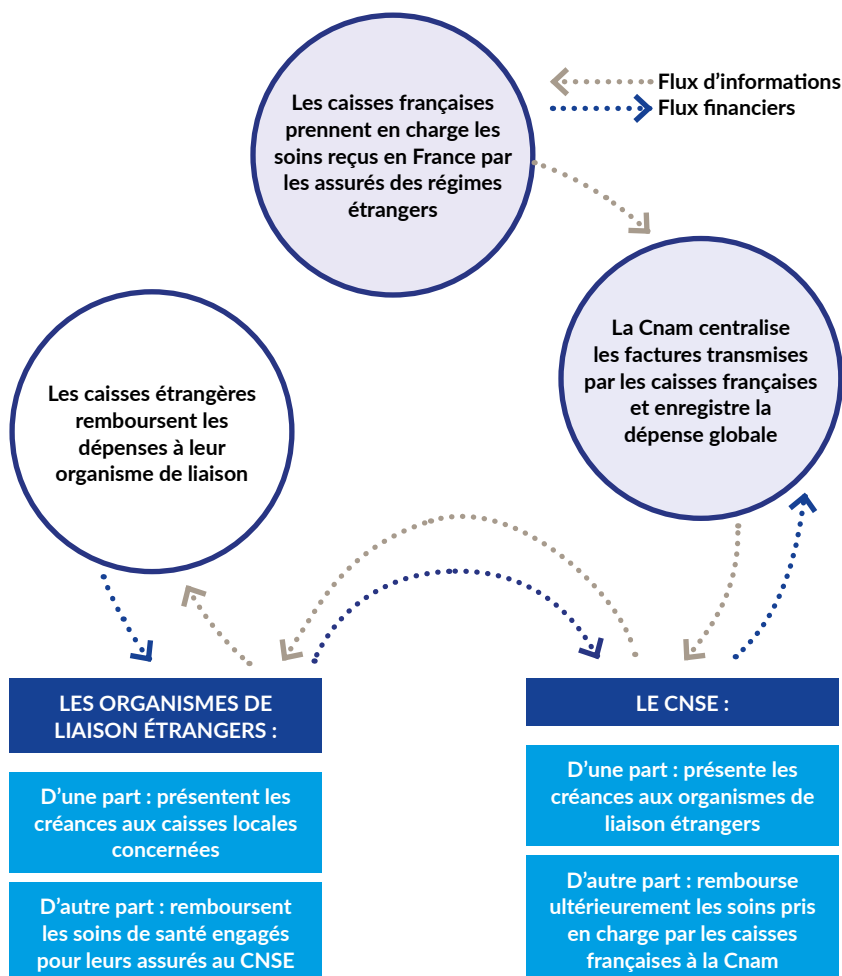
II - LES DÉPENSES DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE AU TITRE DES SOINS DE SANTÉ DISPENSÉS AUX ASSURÉS DES RÉGIMES ÉTRANGERS DANS LE CADRE DE LA COORDINATION SONT EN AUGMENTATION DE 8,8%

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



Ce numéro de Décryptage s'intéresse aux prestations servies en France aux assurés des régimes étrangers qui ont fait l'objet de présentation de créances aux pays étrangers durant l'année 2022. Dans un souci de simplification, nous nous référons à ces prestations sous le terme « prestations servies en 2022 ».

Il est à noter que 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 dont l'effet éventuel pour l'assurance maladie française ne peut être évalué.

Tableau 2.
PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ SERVIES EN FRANCE EN 2022 (EN EUROS)

Pays	Créances présentées	-	Frais de gestion	=	Prestations servies	=	Factures	+	Forfaits	+	Contrôles médicaux
UE-EEE-Suisse (+ Royaume-Uni)	940 414 840		0		940 414 840		940 414 840		0		0
Hors UE-EEE-Suisse	5 665 052		92 727		5 572 325		4 889 672		682 654		0
Tous pays	946 079 893		92 727		945 987 166		945 304 512		682 654		0

Source : Cnam - Note de lecture : Prestations servies = Factures + Forfaits + Contrôles médicaux et/ou Prestations servies = Créances présentées - frais de gestion

En 2022, les soins aux assurés de régimes étrangers pris en charge sur le territoire français, dans le cadre de la coordination, se sont élevés à 945,99 M€, soit par rapport à l'année précédente, une augmentation de 8,8%. Dans le détail, le poids des pays de l'UE-EEE-Suisse représente plus de 99% des dépenses de soins aux assurés en provenance de l'étranger. Par ailleurs, les frais de gestion sont, pour l'ensemble des pays, d'un montant de près de 92,73 K€ (soit 0,001%). 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 22,08 M€ (Voir Annexe : Tableau 4).



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

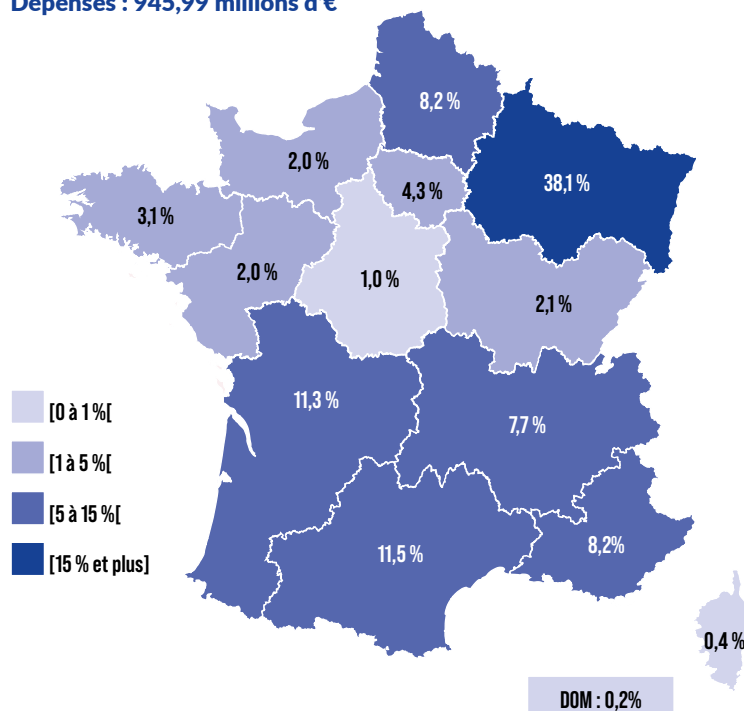


99,4%

des créances présentées se portent sur des soins de santé prodigués à des assurés affiliés dans les pays de l'UE-EEE-Suisse et Royaume-Uni, et tout d'abord dans les pays frontaliers de la France.

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

Dépenses : 945,99 millions d'€



En 2022, la région Grand-Est représente 38,1% des dépenses de soins aux assurés des régimes étrangers. Ce qui s'explique par la résidence dans la région de nombreux travailleurs frontaliers relevant des régimes luxembourgeois, belges, allemands et suisses.

La région Grand Est, au carrefour de 4 pays frontaliers, arrive comme chaque année en tête des régions françaises, avec près de 40% des dépenses de soins de santé délivrés à des assurés soumis aux législations étrangères. Suivent en proportions quasi égales les régions Occitanie et Nouvelle-Aquitaine (respectivement 11,5% et 11,3%), puis les Hauts-de-France et la Provence-Alpes-Côte d'Azur (8,2% chacune). Ainsi en 2022, ces cinq régions ont représenté à elles seules plus des trois quarts (77,2%) des dépenses de soins de santé des assurés des régimes étrangers. La présence de nombreux travailleurs frontaliers explique la position de la première région ; ils sont nombreux également en Hauts-de-France (4ème rang). Les trois autres régions (Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur) accueillent essentiellement des touristes et des retraités étrangers qui y résident. Sur les 13 régions métropolitaines et les territoires ultramarins, l'Île-de-France arrive en 7^{ème} position.



N.B. : Seuls 945,30 M€ des prestations servies en 2022 ont pu être ventilés par région des soins en France.

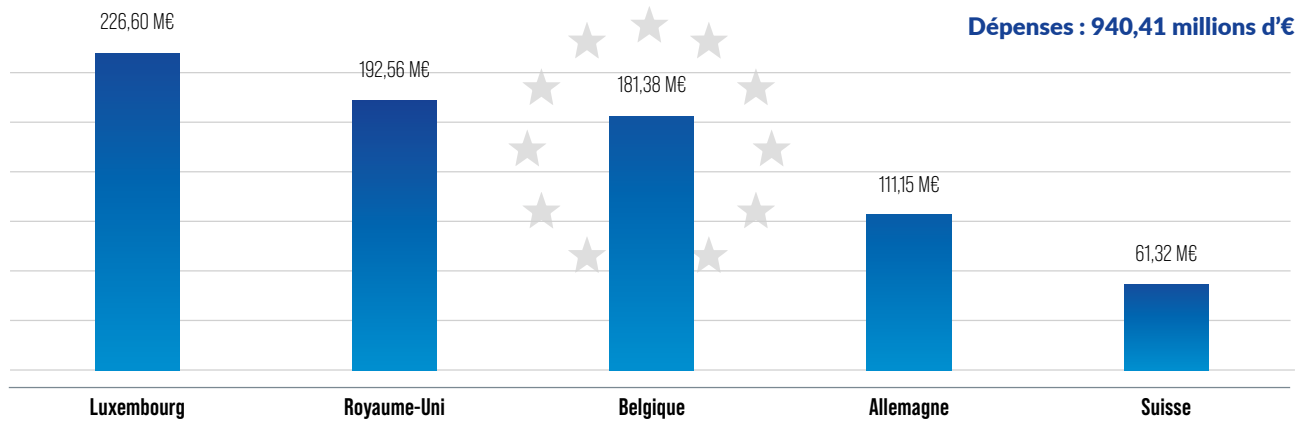
1. La Cnam centralise les factures pour l'ensemble des régimes français, et dans le cadre des conventions, seul le régime général est concerné et a été désigné comme régime d'accueil, à l'exclusion de tout autre régime

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

En 2022, près de 82 % des créances présentées aux pays européens se rapportent à des dépenses de soins de santé prodigués sur le territoire français à des assurés qui relèvent des régimes de cinq pays frontaliers à la France.

Graphique 1.

PRINCIPAUX PAYS D'AFFILIATION DES ASSURÉS DE L'UE-EEE-SUISSE (+RU) selon le montant des dépenses

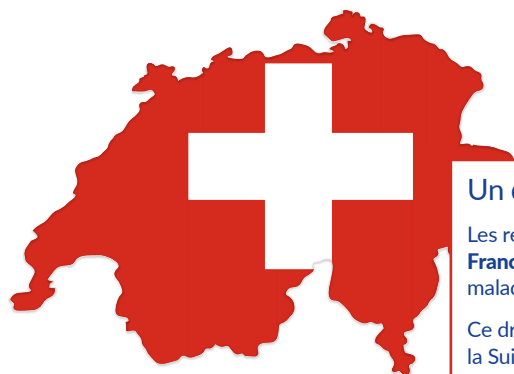


Source : Cnam

Depuis 2009, les dépenses des assurés des régimes étrangers de l'UE-EEE-Suisse (+ Royaume-Uni) engagées en France proviennent très majoritairement des quatre mêmes pays d'affiliation : **Luxembourg, Royaume-Uni, Belgique et Allemagne**. En 2022, ils se partagent respectivement 24,1%, 20,5%, 19,3% et 11,8% des dépenses. La Suisse, avec 6,5%, apparaît pour la troisième année consécutive au 5ème rang. Ces cinq pays **regroupent 82,2% des dépenses engagées**.

Pour le Luxembourg, la Belgique, l'Allemagne et la Suisse, **les dépenses sont liées pour la majeure partie à 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, à des assurés (belges, allemands 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 « retourne[nt] 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. Par ailleurs 8% des dépenses des bénéficiaires britanniques concernent des touristes.



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

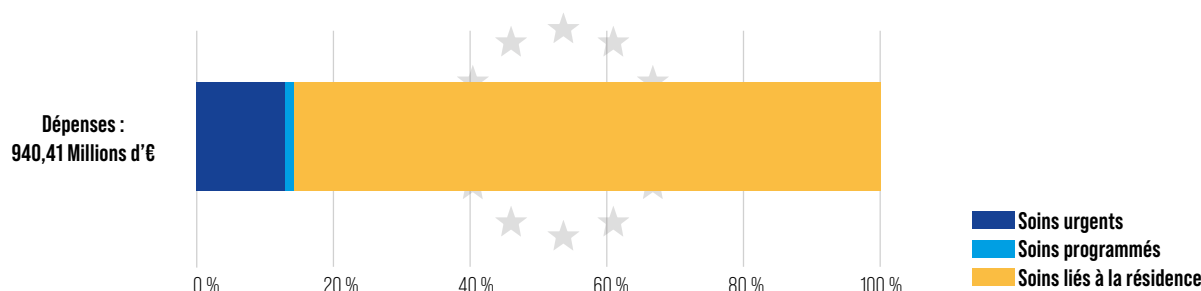
Les ressortissants communautaires ou suisses qui **travaillent en Suisse et résident en France** bénéficient d'un droit d'option entre l'assurance maladie suisse et l'assurance maladie française, s'agissant des prestations en nature.

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^{er} juin 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^{er} avril 2012. L'option ne vaut que pour la couverture maladie.

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

Pour les assurés des pays européens, plus de 85 % des dépenses en France concernent des soins liés à la résidence...

Graphique 2.
RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ DES ASSURÉS DE L'UE-EEE-SUISSE EN FRANCE (+ RU) selon la typologie des soins



Source : Cnam

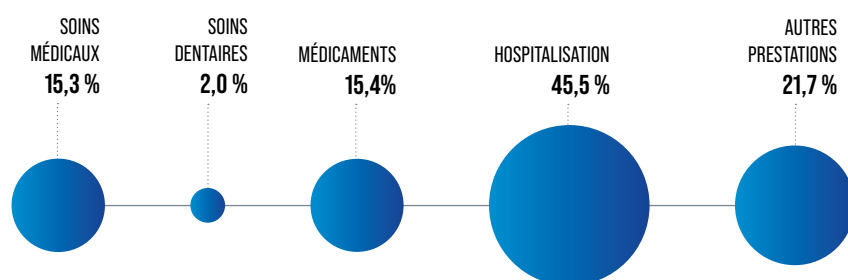
Les soins liés à la résidence représentent 85,9 % des dépenses engagées par les caisses françaises pour les assurés des régimes étrangers de sécurité sociale des États de l'UE-EEE-Suisse (+ RU). Ils correspondent au cas d'assurés de ces pays ayant leur résidence en France. Les soins urgents, pour leur part, représentent 13,6 % des dépenses, les soins programmés seulement à 1,5 %. Parmi les

dépenses de soins à des assurés résidant en France, 27,4 % sont essentiellement relatives à des frontaliers travaillant au Luxembourg, 22,2 % au Royaume-Uni (voir explication au Graphique 1), 20,1 % en Belgique, 12,1 % en Allemagne et 6,6 % en Suisse. Les dépenses dites de soins urgents sont des soins reçus durant un séjour temporaire en France pour des assurés qui arrivent

principalement de Belgique (14,4 %), d'Italie (13,5 %), du Royaume-Uni (12 %), d'Allemagne (10,9 %) et des Pays-Bas (8,4 %). Enfin, trois pays concentrent la moitié des dépenses en soins programmés : le Luxembourg (19,2 %), la Belgique (17,2 %) et l'Italie (13,1 %).

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

Graphique 3.
RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ DES ASSURÉS DE L'UE-EEE-SUISSE (+ RU) EN FRANCE par nature de soins



Dépenses : 940,41 millions d'€

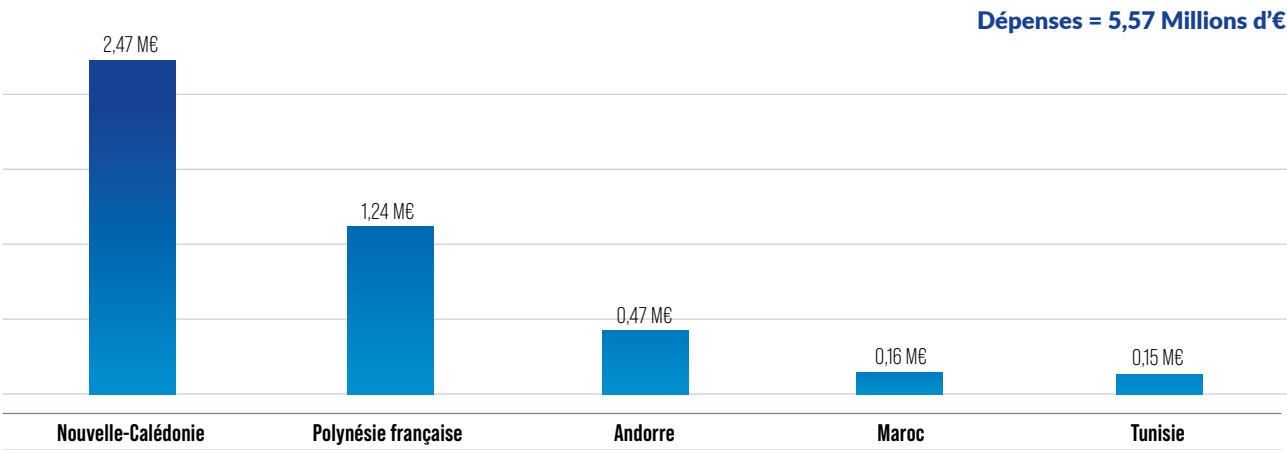
Source : Cnam

De manière générale, 45,5 % des dépenses de santé des assurés des régimes des pays européens en France se rapportent à une hospitalisation. Le 2^{ème} poste de dépenses (21,7 %) correspond à la catégorie « autres prestations » qui comportent essentiellement des prestations liées à une hospitalisation telles que la radiographie, le petit et le grand appareillage ou la réadaptation fonctionnelle. Suivent les postes médicaments (15,4 %), soins médicaux (15,3 %), et pour finir, les soins dentaires (2 %). La répartition des dépenses en 2022 est quasiment dans les mêmes proportions que l'exercice précédent.

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

En 2022 comme depuis 2020, en l'absence de commission mixte avec l'Algérie, les territoires ultramarins de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française concentrent les deux tiers (66,5%) des dépenses des assurés des régimes hors UE-EEE-Suisse

Graphique 4.
PRINCIPAUX PAYS OU TERRITOIRES D'AFFILIATION DES ASSURÉS HORS UE-EEE-SUISSE selon le montant des dépenses



Source : Cnam

Par rapport à 2021, la créance globale 2022 des pays hors UE-EEE-Suisse est en augmentation de 12%, mais comparée à 2019 (période avant-Covid) on constate qu'elle a été divisée par 7,5, passant de 41,98 M€ en 2019 à 5,57 M€ en 2022. Comme signalé depuis 2 ans, cette créance artificiellement basse provient essentiellement de l'absence de tenue de commissions mixtes en 2022 avec les pays du Maghreb. La période Covid a retardé ce type de rencontre ; ce qui a empêché ainsi la valorisation des forfaits à présenter, notamment à l'Algérie.

Du reste, en 2022, la créance française sur les deux collectivités ultramarines de Nouvelle-Calédonie et Polynésie française représente les deux tiers (respectivement 44,3% et 22,2%) du total des dépenses des assurés des régimes hors UE-EEE-Suisse. Comme précisé ci-dessus, aucune valorisation des créances forfaitaires n'a été présentée à l'Algérie depuis 2020, contrairement aux années précédentes, à l'exclusion de l'exercice 2018. C'est pourquoi l'Algérie n'apparaît pas parmi les 5 premiers pays ci-dessus, la créance française envers elle, basée sur les seuls frais

réels, étant faible (55,25 K€). La totalité des dépenses, ou peu s'en faut, sont liées à des assurés qui résident en France et relèvent des régimes étrangers : 90,9% pour le régime calédonien, 90,7% polynésien, 97,1% andorran et 100% pour les régimes marocains et tunisiens.

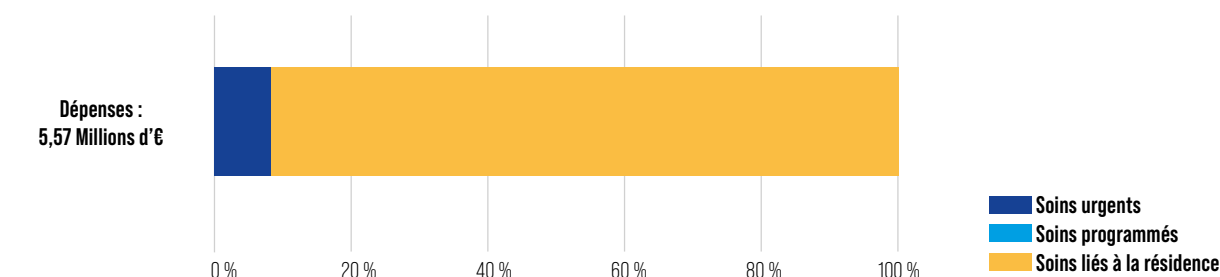


ALGÉRIE

Depuis 2020 aucune commission mixte entre la France et l'Algérie ne s'est tenue. La créance présentée à l'Algérie est habituellement la plus élevée. Elle est presque totalement 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.

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

Graphique 5.
RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ DES ASSURÉS HORS UE-EEE-SUISSE EN FRANCE selon la typologie des soins



Source : Cnam

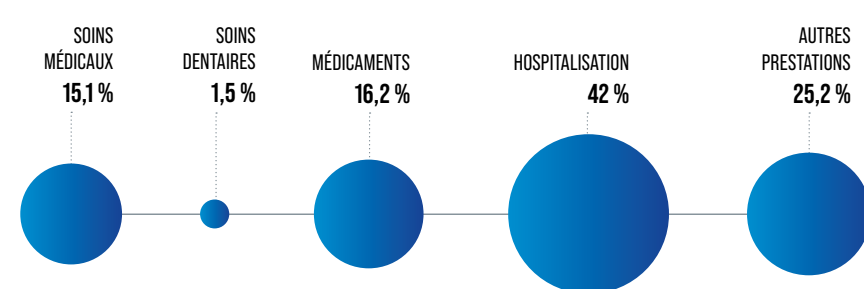
Sur la créance 2022 de 5,57 M€ sur les pays hors UE-EEE-Suisse, 91,6% se rapportent à des soins liés à la résidence en France, dont près des deux tiers sont des assurés des régimes de sécurité sociale calédonien (44% des soins en question) et polynésien (22%).

Assurés calédoniens et polynésiens qui, lors d'un séjour temporaire en France, ont reçu des soins urgents et qui à eux seuls représentent près des trois quarts (respectivement : 48,2% et 24,9%) de la créance attachée à ce type de soins, laquelle ne correspond qu'à 8,2%

de la créance de 5,57 M€. Quant aux soins programmés, ils sont quasi inexistants (0,1% de la créance), et ne concernent que les assurés algériens.

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

Graphique 6.
RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ DES ASSURÉS HORS UE-EEE-SUISSE EN FRANCE par nature de soins



Dépenses : 4,89 millions d'€

Source : Cnam

Comme pour les pays européens, la ventilation des dépenses de santé des assurés relevant des législations de ces pays est marquée par une prépondérance des dépenses liées à l'hospitalisation (42%). Le 2ème poste des dépenses (25,2%) est également celui des « autres prestations » (principalement dues à une hospitalisation) ; suivent les postes médicaments (16,2%), soins médicaux (15,1%) et soins dentaires, représentant toujours la part la plus faible des dépenses (1,5%). Par rapport à l'an dernier, les dépenses en hospitalisation et « autres prestations » ont gagné 6 points de pourcentage au détriment principalement des médicaments.



N.B. : la ventilation par nature de soins n'est possible que pour les remboursements sur facture, qui représentent 87,7% des dépenses (5,57 M€) pour les assurés hors UE-EEE-Suisse. N'ont pu être ventilés selon la nature des soins les créances forfaitaires présentées à la Serbie (112,65 K€) et à Wallis-et-Futuna (570 K€).

III - 522 MILLIONS D'€ DE DÉPENSES ONT ÉTÉ PRIS EN CHARGE PAR LES CAISSES FRANÇAISES, DANS LE CADRE DE LA COORDINATION OU DE LA LÉGISLATION FRANÇAISE INTERNE, POUR LES SOINS DE SANTÉ À L'ÉTRANGER DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS

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, tout ou partie des soins peuvent être 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 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.

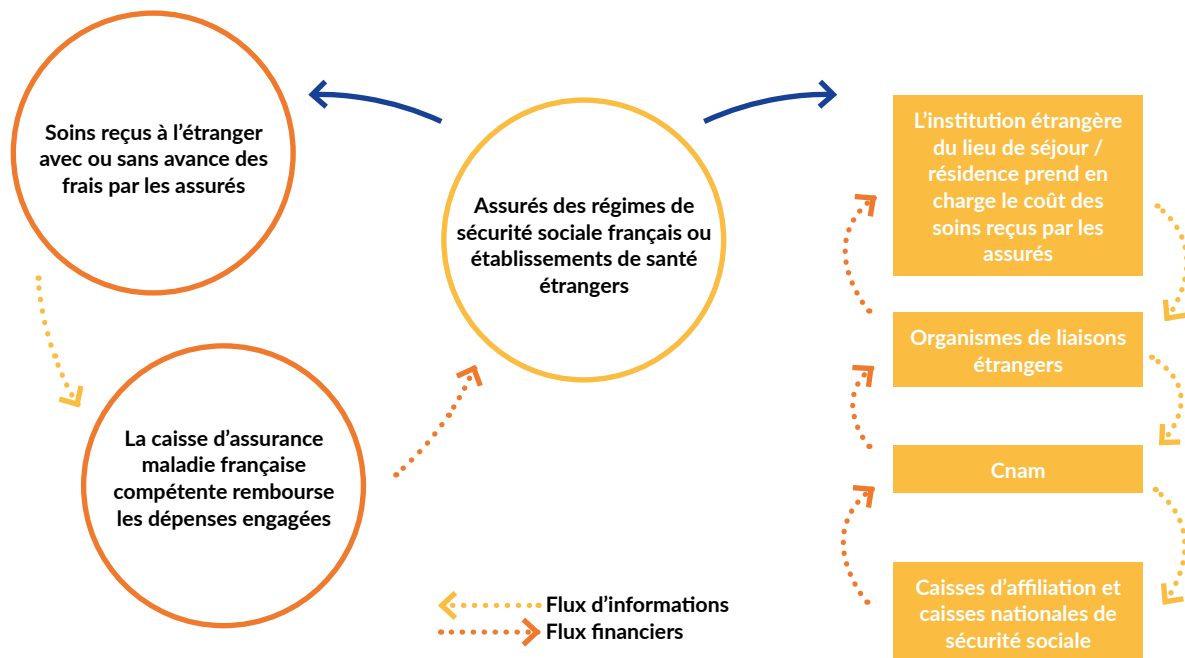
Encadré 2.

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^e 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 3.

REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTÉ REÇUS À L'ÉTRANGER PAR DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS (dépenses en €)

Pays	Circuit 1	Circuit 2	Total
UE-EEE-Suisse (+ Royaume-Uni)	269 649 897	130 280 055	399 929 952
Hors UE-EEE-Suisse	18 270 394	15 776 213	34 046 607
TOUS PAYS	287 920 291	146 056 268	433 976 559
Frais de gestion UE-EEE-Suisse (+ Royaume-Uni)		2 667	2 667
Frais de gestion hors UE-EEE-Suisse		2 387 650	2 387 650
TOTAL	287 920 291	148 446 585	436 366 876
+ Placements d'adultes handicapés	85 689 989		85 689 989

Source : Cnam

0,22%*

est la part que représentent les 522 M€ (placements d'adultes handicapés et frais de gestion compris) de remboursements des soins de santé reçus à l'étranger par les assurés français, en 2022, par rapport au total des dépenses de santé en France liées aux prestations en nature

*Drees : « Les dépenses de santé en 2022 »

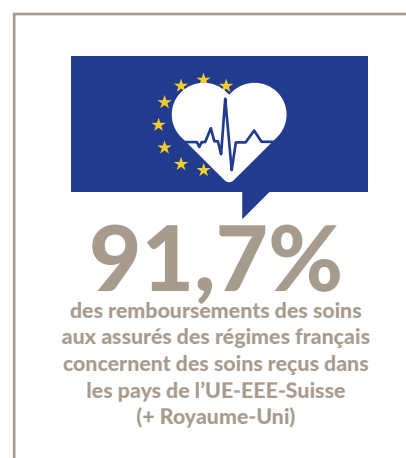
En 2022, les assurés des régimes français ont reçu des soins à l'étranger pour un montant remboursé de près de 436,4 M€ (frais de gestion compris).

Dans le cadre du « circuit 1 », les caisses françaises de sécurité sociale ont remboursé 287,92 M€ de dépenses de soins à l'étranger, soit **66% du remboursement total annuel**. Il s'agit de soins de santé dont les coûts ont été, soit avancés par les assurés eux-mêmes, ensuite remboursés à leur retour en France, soit pris en charge par leurs caisses françaises d'affiliation, en application des conventions de coopération sanitaire ou médico-sociale transfrontalières. Près de 94% des remboursements concernent des soins reçus dans les États de l'UE-EEE-Suisse (+RU).

Il est à préciser que sont exclus de ces paiements les montants qui se rapportent aux placements d'adultes en situation de handicap dans des établissements spécialisés non conventionnés, situés principalement en Belgique. La Cnam en 2022 a remboursé 85,7 M€ de factures au titre de ces frais de placements qu'elle enregistre en tant que « soins programmés en hospitalisation ».

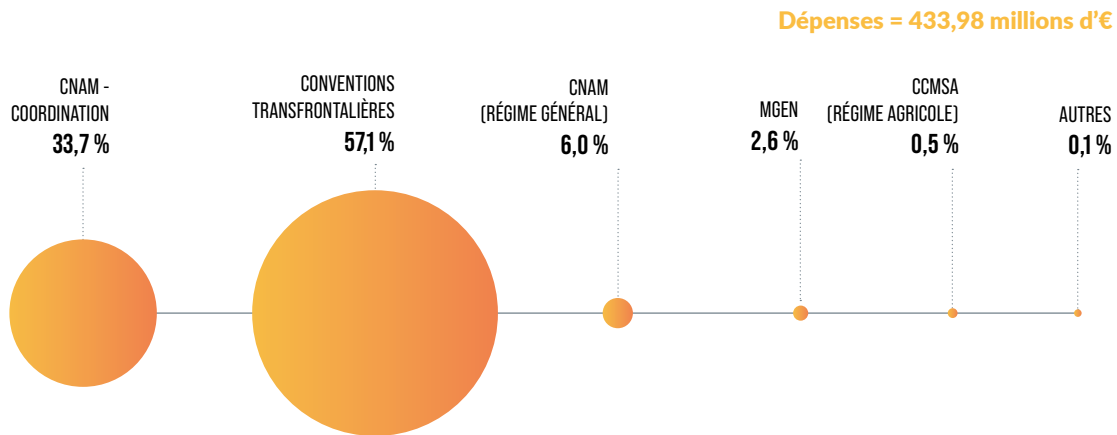
La Cnam assure également le remboursement des soins de santé dans le cadre de la coordination, c'est-à-dire le remboursement à ses homologues étrangers des soins effectués et pris en charge sur leurs territoires (circuit 2). En 2022, elle a ainsi remboursé un montant de 148,4 M€ (frais de gestion compris). 87,8% de ce montant concerne des soins reçus par des assurés des régimes français dans les États de l'UE-EEE-Suisse (+RU) dans le cadre de la coordination. En 2022, comme depuis 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.

Au total, pour la France, la charge financière, en matière de remboursement, pèse beaucoup plus pour les assurés des régimes français soignés dans les pays de l'UE-EEE-Suisse et le Royaume-Uni (91,7% des dépenses totales) que pour ceux qui ont été soignés en dehors de l'Europe. La proximité géographique,



surtout vers les pays frontaliers à la France, est évidemment la principale explication du choix de destination des soins, en particulier lorsqu'il s'agit de soins programmés à l'étranger.

Graphique 7.
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
- » Cnam (Régime général) : Remboursement par la Cnam hors cadre de la coordination
- » MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale
- » Conventions transfrontalières : Organismes en charge de l'application des conventions
- » CCMSA : Caisse centrale des MSA (Régime agricole)
- » Autres :
 - Cavimac (Cultes) - Enim (Marins)
 - Chemins de fer - RATP
 - secondaires - SNCF

La Cnam, dans le cadre de la coordination, a remboursé aux organismes partenaires étrangers 33,7% du montant global des remboursements effectués en 2022 (433,98 M€), hors frais de gestion, en même temps qu'elle a remboursé directement les assurés du régime général, sur présentation des factures, à hauteur de 6% de ce montant 2022.

Avant tout, les dépenses de soins en 2022 payées ou remboursées à des prestataires de soins à l'étranger dans le cadre de conventions de coopération sanitaire ou médico-sociale sont, pour la première fois, la part principale (57,1%, voir graphique 7 ci-dessus). En effet, suite à un moratoire mené conjointement par le ministère de la santé, la Cnam, l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France, et les CPAM du Morbihan et de

Roubaix-Tourcoing, une vague importante d'établissements médico-sociaux belges ont été conventionnés en 2022 pour la prise en charge par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Roubaix-Tourcoing d'adultes en situation de handicap. Fin 2022, il ne reste que 71 établissements belges non conventionnés pour le placement de cette catégorie de patients, alors qu'ils étaient plus de 150 les années précédentes. Ainsi, du fait de ces conventionnements, les dépenses de ces assurés français placés en Belgique ont été transférées de la Cnam vers la CPAM de Roubaix-Tourcoing).

Prestations servies dans les pays européens aux assurés des régimes français

L'année 2022, dans la continuité des deux années précédentes, a été encore marquée par la pandémie de Covid-19 qui a entravé la mobilité internationale des personnes, particulièrement vers les pays hors de l'Europe. Néanmoins, 2022 laisse toujours

apparaître que les assurés des régimes français qui ont pu se déplacer 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 8 à 14 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 (71%) en Belgique et en Espagne...

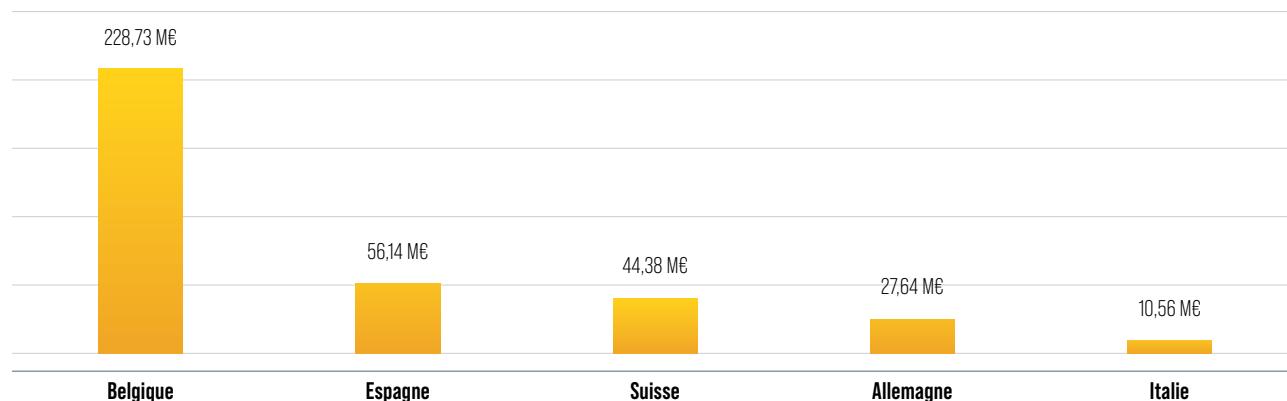


BELGIQUE

1^{er} pays d'accueil, depuis au moins 2009, où les assurés des régimes français sont soignés et dépensent le plus de soins de santé en 2022 (228,7 M€), particulièrement en soins qui y sont programmés en rapport avec les placements d'adultes en situation de handicap dans des établissements belges spécialisés.

Graphique 8.
PRINCIPAUX PAYS DE L'UE-EEE-SUISSE (+ RU) D'ACCUEIL DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS RECEVANT DES SOINS
selon le montant des dépenses

Dépenses : 399,93 millions d'€



Source : Cnam

NB : Montants hors frais de gestion

En 2022, les cinq États ci-contre totalisent, parmi les pays européens, 91,9% 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 10,6 M€ pour l'Italie à 228,7 M€ pour la Belgique. Ainsi, de même que les douze années précédentes, les assurés français qui ont reçu des soins à l'étranger ont principalement été soignés dans les pays frontaliers. La Belgique concentre à elle seule 57,2% des remboursements, devant l'Espagne

(14%), la Suisse (11,1%), l'Allemagne (6,9%) et l'Italie (2,6%).

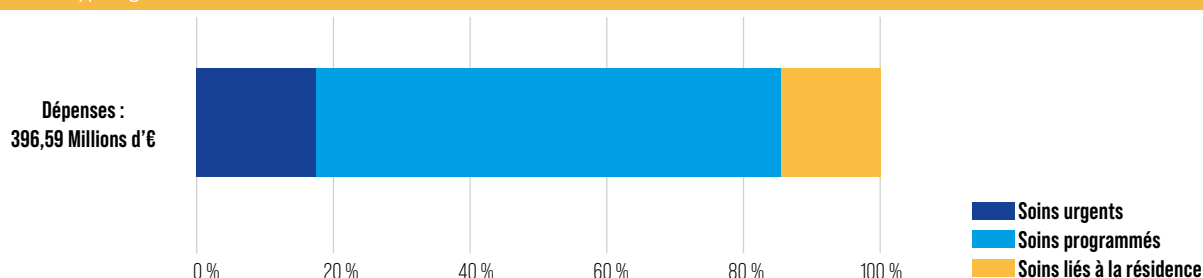
En 2022, les assurés des régimes français reçoivent en Belgique presque exclusivement (99,1%) des soins programmés. Ils vont aussi, pour ce type de soins, pour une forte part en Suisse (39,6%), en Espagne (18,9%) et en Allemagne (17,6%). Les remboursements pour soins urgents au cours d'un séjour local sont majoritaires en Espagne (49,4%), en Suisse (41,6%) et en Italie (54,5%) par rapport aux soins à des assurés français qui y résident (respectivement : 31,7%, 18,8%

et 43,9%). Pour l'Allemagne, c'est l'inverse, les remboursements des soins aux assurés français résidents sur place (51,6%) priment sur les soins urgents (30,8%).

À noter qu'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. Pour la sixième année consécutive, le Portugal n'a présenté à la France aucune créance forfaitaire.

Les deux tiers (66,3%) des dépenses de santé des assurés des régimes français en Europe sont des soins programmés reçus, pour 86,3% d'entre eux, en Belgique...

Graphique 9.
RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DANS LES ÉTATS DE L'UE-EEE-SUISSE (+ RU)
selon la typologie des soins



Source : Cnam



N.B. : En raison de la refonte du système de gestion des créances et dettes au CNSE, 3,34 M€ ne peuvent être ventilés selon la typologie des soins. En outre, montant hors frais de gestion

66,3% des dépenses des assurés français en Europe se rapportent à des soins qui sont programmés ; très majoritairement en Belgique (86,3%), puis en Suisse (6,6%) et Espagne (4,4%). En parallèle 19,3% de ces dépenses sont des soins urgents dispensés durant un séjour temporaire en Espagne

(35,8%), Suisse (24%), Allemagne (10,5%) et en Italie (7,5%). Par ailleurs, 14,5% des dépenses de santé sont liées à la résidence des assurés français en Espagne (30,6%), Allemagne (23,5%), Suisse (14,4%) et Italie (8,1%).

À rappeler qu'en 2021 l'Espagne n'ayant

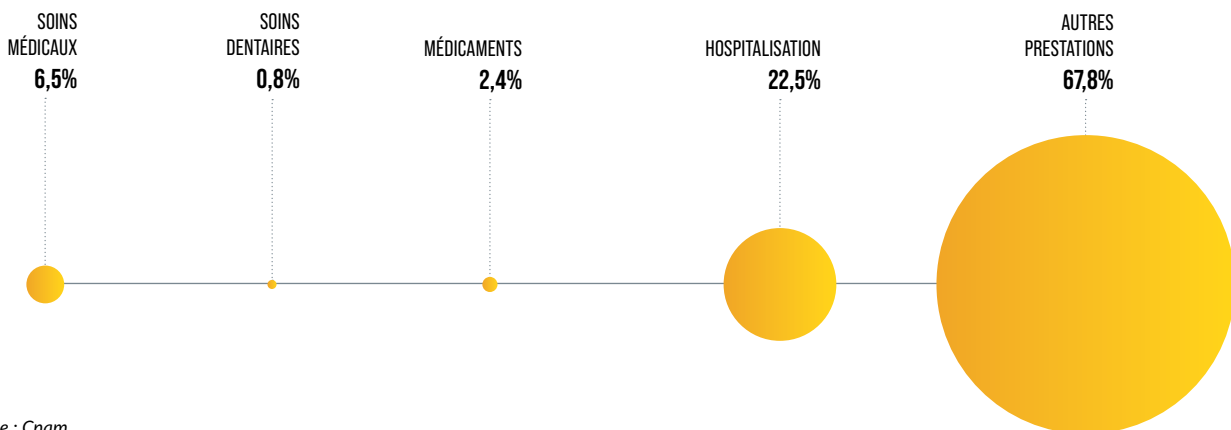
présenté aucun remboursement forfaitaire pour les nombreux retraités des régimes français qui y résident, alors qu'en 2022 la présentation de forfaits a été faite, cette dernière typologie de soins s'en trouve directement affectée (+28 points de pourcentage par rapport à 2021).

... Et les dépenses sont principalement engagées, pour la première fois, pour la catégorie des soins « autres prestations ».

Graphique 10.

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

Dépenses = 377,04 millions d'€



Source : Cnam

Plus des deux tiers (67,8%) des dépenses de santé des assurés français ayant reçu des soins dans les États de l'UE-EEE-Suisse ont pour nature de soins « autres prestations », dont la plus grande part (89,9%) provient de soins programmés, et qui, pour la première année, figurent devant les soins liés à l'hospitalisation (22,5%).

L'explication est directement reliée à la vague de conventionnement des établissements belges spécialisés dans le placement d'adultes handicapés assurés français (voir commentaire Graphique 7 plus haut), dont les montants remboursés ont été enregistrés par la CPAM de Roubaix-Tourcoing en « Autres prestations ». Viennent ensuite les soins médicaux (6,5%), les

médicaments et les soins dentaires réunissant à peine 3,2% des dépenses.

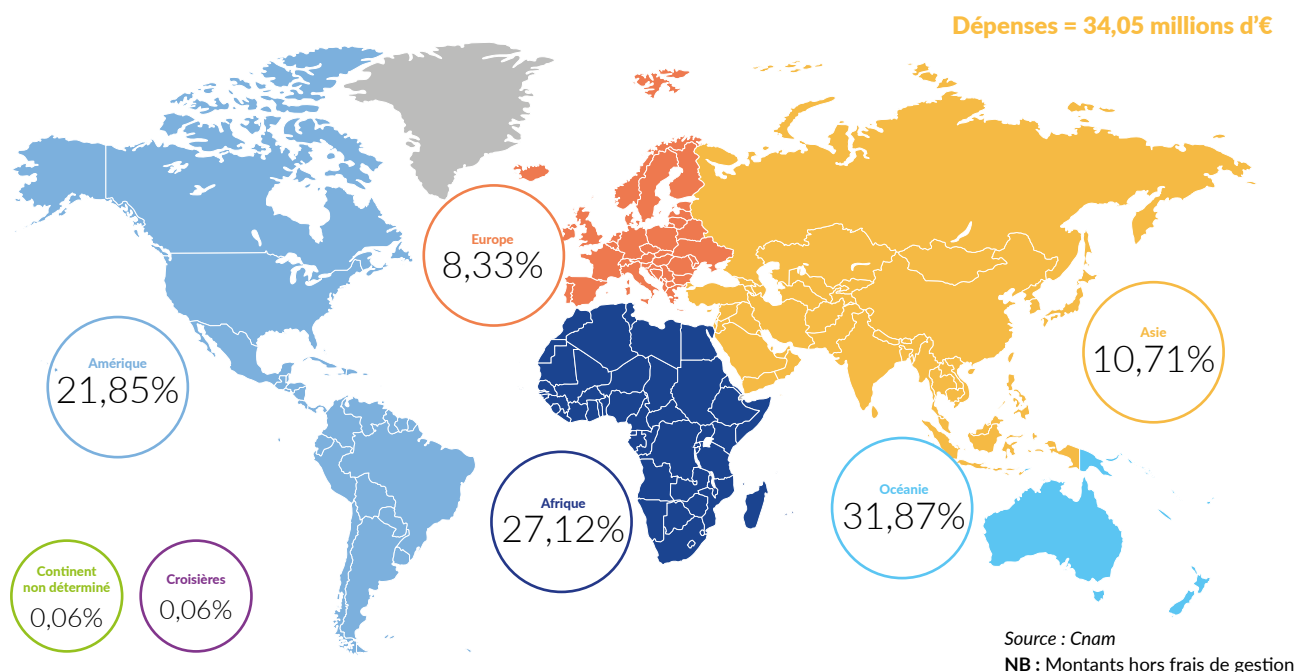


N.B. : En raison de la refonte du système de gestion des créances et dettes au CNSE, 3,34 M€ ne peuvent être ventilés selon la nature des soins. Par ailleurs, celle-ci n'est possible que pour les remboursements sur facture, qui représentent, hors frais de gestion, 94,3% des dépenses, soit 377,04 M€, 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 19,51 M€ de paiements français sur base forfaitaire et les 37.209€ de contrôles médicaux.

Des prestations servies dans les territoires et pays hors UE-EEE-Suisse qui augmentent de 3,6% par rapport à 2021, mais sont en recul de 81,6% en comparaison de 2019, en lien avec la poursuite de 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



En 2022, 34,05 M€ ont été dépensés en soins de santé par les assurés des régimes français dans les pays autres que ceux de la zone Europe. Depuis qu'en 2009 sont collectées les dépenses de soins prodigués dans les pays hors Europe aux assurés français, jamais les montants de ces dépenses n'ont été à des niveaux aussi bas que depuis 2020 (les montants sont toujours supérieurs à 100 M€ avant 2020). Bien que l'année 2022 soit en hausse (+3,6%) par rapport à 2021, si on la compare avec celle d'avant la crise Covid (2019), le résultat est frappant : **baisse des dépenses de santé dans les pays hors Europe de 81,6%, soit -150,8 M€ par rapport à 2019**. De fait, en 2022 le contexte sanitaire a continué à affecter de façon plus notable les déplacements internationaux vers les pays et territoires hors Europe que les déplacements intracommunautaires.

À cela s'ajoute, depuis 2020, l'absence de présentation de remboursements forfaitaires, en particulier ceux relatifs à l'Algérie qui se montent habituellement à plusieurs dizaines de millions d'€. Une telle conjoncture met en lumière la Serbie avec laquelle s'est tenue en 2022 une commission mixte à l'occasion de laquelle les soins remboursés sur une base forfaitaire ont été valorisés (1,51 M€).

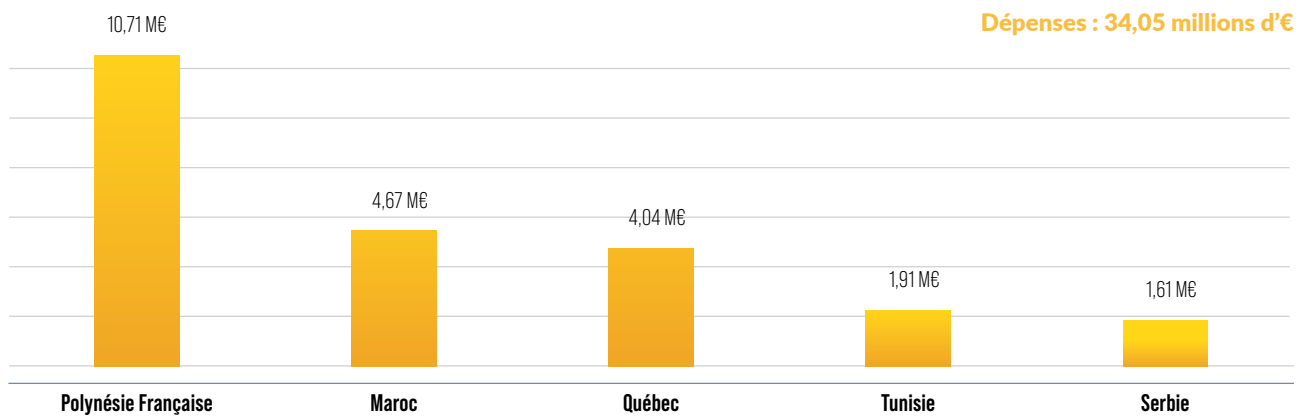
L'actuelle situation confirme cependant qu'en 2022, les dépenses de santé des assurés soumis à la législation française dans les pays hors UE-EEE-Suisse continuent de concerner majoritairement les pays ayant un fort rapport historique avec la France.

De manière générale, le principal continent dans lequel cette population a fait des dépenses de soins de santé en 2022 est **l'Océanie, concernée par 31,9% des dépenses**, et qui passe devant le continent africain (27,1%). L'Amérique se positionne au troisième rang des continents : 21,9% des dépenses ; tandis que l'Asie et l'Europe hors règlements européens restent les régions les moins fournisseuses de soins aux assurés des régimes français : respectivement 10,7% et 8,3% des dépenses. Quand on observe les montants dans le temps par continent, on constate pour l'Afrique et l'Océanie un avant-Covid (plusieurs dizaines de millions d'€, proches de la centaine pour les 2 continents, chaque année avant 2020) et un après-Covid (moins de 15 M€ chacun, chaque année depuis 2020). Le contexte pandémique qui s'est prolongé de 2020 à 2022 a eu des répercussions fortes sur le volume des soins dispensés aux assurés des régimes français dans ces deux continents, ce qui a affecté mécaniquement leurs dépenses et leurs remboursements.

Concernant l'Océanie, dans le cadre des dettes françaises, 99,1% des remboursements français des soins ont été pris en charge en application des décrets de coordination qui régissent les relations entre les régimes métropolitains 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 couvrent les mêmes risques que les règlements européens. Par rapport à 2019, l'année pré-Covid, et dans le contexte sanitaire de 2022, ces deux territoires du Pacifique voient leurs remboursements de soins liés à la résidence, qui forment autour de 95% de leurs remboursements totaux en année ordinaire, reculer de 14,2 M€ pour la Nouvelle-Calédonie et de 61,6 M€ pour la Polynésie française.

En 2022, la majeure partie des dépenses de soins dans les territoires et pays hors UE-EEE-Suisse pour les assurés des régimes français est engagée en Polynésie française, dans les pays d'Afrique du nord et au Québec...

Graphique 11.
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 2022 par des assurés des régimes français dans les pays ou territoires hors UE-EEE-Suisse, c'est la deuxième année consécutive, après 2013, que l'Algérie ne figure pas parmi les cinq premiers pays. Tel qu'il apparaît, ce quinté représente dans l'ordre décroissant : 31,5% des dépenses de soins dispensés en Polynésie française, 13,7% au Maroc, 11,9% au Québec, 5,6% en Tunisie et 4,7% en Serbie. Habituellement ou avant-Covid l'Algérie, mais aussi la Nouvelle-Calédonie, figuraient parmi les cinq premiers pays dans lesquels les assurés français sont soignés à l'étranger, et la conséquence de leur absence est l'apparition de pays n'ayant jamais ou occasionnellement figuré dans ce top 5 : la Serbie et le Québec (en 2021, 2019 et 2010).

Le contexte pandémique, couplé à la non-tenu de commission mixte avec l'Algérie pour la valorisation des remboursements forfaitaires, a très fortement pesé sur les montants de la dette française vis-à-vis de ce pays, et par conséquent sur son absence du quinté depuis 2 ans.

En 2022, comme depuis 2020 et à l'inverse des années antérieures, la part des dépenses des assurés français bénéficiaires de « soins urgents » à l'étranger est plus importante que celle des « soins à des résidents », à savoir respectivement : 49,8% et 31% pour le Maroc, 98,2% et 1,8% pour le Québec et 60,3% et 18,4% pour la Tunisie. À contrario pour la Polynésie française : 6,7% des dépenses correspondent à des soins reçus localement

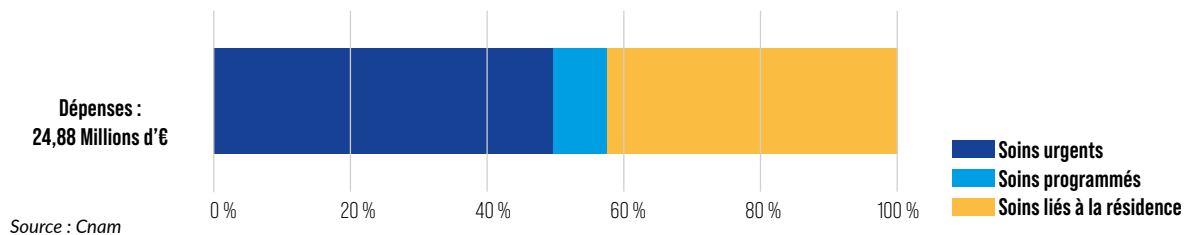
en « soins urgents » lors d'un séjour temporaire en 2022, tandis que 93,3% représentent des soins à des assurés des régimes français qui y résident. Répartition similaire pour la Serbie : 4,4% de soins urgents et 94,3% de soins liés à la résidence qui résultent du règlement forfaitaire à la Serbie à la suite de la commission mixte en 2022 entre les autorités bilatérales.

Pour ce qui est des soins programmés, parmi les cinq premiers pays ci-dessus, seuls le Maroc, la Tunisie et la Serbie en ont été destinataires de la part des assurés français ; respectivement : 19,2% des dépenses, 21,3% et 1,4%.



En 2022, comme depuis 2020, et au contraire des années pré-Covid, les dépenses de santé des assurés des régimes français dans les pays ou territoires autres que les États de l'UE-EEE-Suisse sont en majorité des soins urgents...

Graphique 12.
RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DANS LES TERRITOIRES ET PAYS HORS UE-EEE-SUISSE selon la typologie des soins



N.B. : En raison de la refonte du système de gestion des créances et dettes au CNSE, 9,17 M€ ne peuvent être ventilés selon la typologie des soins. En outre, montant hors frais de gestion

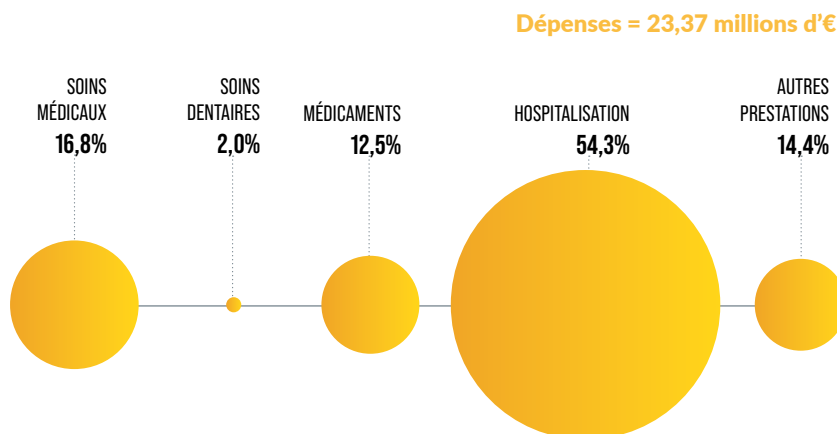
Pour les soins en dehors de l'UE-EEE-Suisse, 49,8% des dépenses correspondent à des soins urgents dispensés à des assurés des régimes français en séjour temporaire majoritairement au Québec (32%), au Maroc (19,9%), en Tunisie (9,3%), aux États-Unis (4,4%) et en Turquie (3,7%). 42,2% des frais de santé sont liés à des assurés français résidents locaux ; principalement au Maroc (14,6%), en Serbie

(14,4%), en Polynésie française (11,4%), en Andorre (9,5%) et aux États-Unis (4,6%). Enfin à peine 8% des dépenses de santé sont rattachées à des soins programmés essentiellement au Maroc (47,6%) et en Tunisie (20,5%). L'absence depuis 2020 de la valorisation des remboursements sur base forfaitaire, notamment vis-à-vis de l'Algérie, entraîne mécaniquement une redistribution des

dépenses par type de soins. En effet, ces forfaits sont associés à des soins à des assurés des régimes français résidant à l'étranger ; d'où une dévaluation de 46,3 points de pourcentage des « soins liés à la résidence » par rapport à 2019, l'année pré-Covid. En contrecoup, la part concernant les « soins urgents » a nettement augmenté (10,3% des dépenses en 2019, soit +39,5 points en 2022).

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

Graphique 13.
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, la majorité (54,3%) sont liées à l'hospitalisation, dont 60% proviennent de soins urgents. Arrivent ensuite les soins médicaux (16,8%), les « autres prestations » (14,4%), les médicaments (12,5%) et les soins dentaires (2%).

N.B. : En raison de la refonte du système de gestion des créances et dettes au CNSE, 9,17 M€ ne peuvent être ventilés selon la nature des soins. Par ailleurs, celle-ci n'est possible que pour les remboursements sur facture, qui représentent, hors frais de gestion, 68,6% des dépenses, soit 23,37 M€, pour les assurés sociaux français se soignant dans les États hors UE-EEE-Suisse. N'ont pu être ventilés selon la nature des soins les 1,51 M€ de paiements français sur base forfaitaire et 38€ de contrôles médicaux.

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 2022, les seules dépenses d'hospitalisation, tous régimes confondus, se sont élevées à 163,88 M€, soit une augmentation de 13,6% par rapport à l'année 2021 (144,24 M€). 90,6% des dépenses (148,43 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 2022. *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 2022, pour la troisième année consécutive, la Covid-19 continue de toucher la plupart des pays par vagues successives au gré des variants. En Europe, l'immunisation des populations, grâce à l'efficacité de la vaccination et aux infections antérieures, a permis de supprimer les restrictions sanitaires. Hors Europe, plusieurs pays, particulièrement en Asie et Océanie, qui abandonnent peu à peu la stratégie du « zéro Covid » (confinement strict, contrôles drastiques aux frontières, mesures préventives fortes à la moindre détection d'un nouveau cas) ont des taux d'incidence très élevés. Ainsi, même si globalement la mobilité internationale s'est améliorée en 2022, par rapport aux deux années précédentes, certaines mesures de restrictions de voyage (obligation de présenter un test de dépistage négatif) demeurent. Elles ont encore pour corollaire un niveau des dépenses de soins de santé dans le cadre de cette mobilité en-dessous du niveau de 2019, l'année pré-Covid. Néanmoins, cette crise sanitaire, même à des niveaux de montants plus bas, perpétue à quelques nuances près les observations des études des précédentes années ; à savoir, qu'en 2022, entre les dépenses des assurés des régimes français à l'étranger et celles des

assurés des régimes étrangers en France, les remboursements de soins de santé s'opèrent essentiellement entre la France et les pays de la zone UE-EEE-Suisse (et Royaume-Uni), plus particulièrement ceux qui lui sont frontaliers. Au-delà de la proximité géographique, l'explication, particulièrement depuis la crise sanitaire en 2020, tient en ce que les pays d'Europe, 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, les données 2022 (comme depuis 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. Historiquement, et quels que soient les régimes d'affiliation de sécurité

sociale (français ou étrangers), les dépenses de santé dans le cadre de la mobilité internationale ont toujours correspondu principalement à des soins liés à l'hospitalisation dont le poste est majeur dans les trois situations suivantes : les soins urgents, les soins programmés et ceux liés à la résidence. Or, pour la première fois en 2022 les soins pour hospitalisation cèdent la place aux « autres prestations » du fait des établissements belges d'accueil d'adultes en situation de handicap, qui dans une dynamique de conventionnement en 2022, servent des soins aux assurés des régimes français (voir graphiques 7 et 10 plus haut). Par ailleurs, un impact indirect de la pandémie est que, hormis la Serbie en 2022, aucune commission mixte ne s'est tenue depuis 2020 en vue d'apurer les dettes forfaitaires. Dans le même temps, il faut savoir que les soins valorisés sur la base de forfaits annuels rentrent dans la catégorie des « soins liés à la résidence ». C'est pourquoi, la crise sanitaire a affecté principalement cette dernière catégorie de soins, particulièrement concernant les dépenses de santé engagées pour les assurés des régimes français résidents des pays hors Europe.

ANNEXE

Tableau 4.

MONTANTS DES REMBOURSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ AUXQUELS LA FRANCE A RENONCÉ AU COURS DE L'EXERCICE 2022

Pays	Dépenses
Jersey	57 061 €
Monaco	21 566 742 €
Québec	457 343 €
Tous pays	22 081 146 €

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 2022, la France a renoncé à la présentation de près de 22,08 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.

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, la CRPCEN, 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°30, Août 2024

ISSN 2739-4867

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

Réalisation : Direction des Etudes

Cleiss - 44, rue Armand Carrel - 93100 Montreuil -

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.