Centre National de Soins à l'Étranger

Rapport d'activité 2018

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
MORBIHAN

Table des matières

INTRODUCTION 3
L'Edito 4
Les faits marquants de 2018 5
Les chiffres-clés 2018 du CNSE – remboursement aux assurés 6
Les chiffres-clés 2018 du CNSE – dettes et créances internationales 7
1 - PRESENTATION DU CNSE 8
1.1 – La création du CNSE 9
1.2 – Ses objectifs 10
1.3 – Sa gouvernance 11
1.4 – Son champ de compétences 12
1.5 – Les ressources du CNSE 13
2 – LES RESULTATS 2018 – remboursement aux assurés 14
2.1 – L'activité de production 15
2.2 – La relation clients 19
2.3 – Le contrôle DCF sur le volet remboursement aux assurés 20
2.4 – L'activité du Pôle Médical du CNSE 22
2.5 – Les enjeux financiers 23
2.6 – L'atteinte des objectifs 29
3 – ANALYSE DE SEGMENTS DE SOINS A L'ETRANGER – remboursement aux assurés 30
3.1 – Les rappels des principales dispositions réglementaires 31
3.2 – Les placements en établissements médico-sociaux non conventionnés 32
3.3 – Les hospitalisations 35
3.4 – Les dialyses 37
3.5 – Les soins dentaires 40
3.6 – La Procréation Médicalement Assistée 46
3.7 – Les salariés détachés 50
4 – LES RESULTATS 2018 – dettes et créances internationales 53
4.1 – Les enjeux financiers 54
4.2 – Les créances françaises 55
4.3 – Les dettes françaises 64
4.4 – Les relations européennes et internationales 72
4.5 – Le contrôle DCF sur le volet dettes et créances internationales 73
4.6 – L'activité du Pôle Médical du CNSE 74
5 – GESTION DU RISQUE ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE 75
5.1 – L'organisation de la lutte contre la fraude 76
5.2 – Les résultats pour le CNSE sur les soins à l'étranger 78
5.3 – Les signalements aux autres organismes de protection sociale et aux CPAM d'affiliation 80
5.4 – Les signalements aux autres organismes de protection sociale et aux CPAM d'affiliation 81
5.5 – L'impact financier global 81
ANNEXES 83
Volume de dossiers traités et payés par organismes (volet CNSE – Remboursement assurés) 84
Volume de dossiers SLM traités et tarifés par organismes (volet CNSE – Remboursement assurés) 86
Liste des pays avec un accord international couvrant les risques maladie, maternité et/ou AT-MP (volet CNSE – Dettes et Créances Internationales) 87

INTRODUCTION

L'Edito

Face à l'augmentation de plus de 5.4% des flux touristiques mondiaux en 2018, les conditions d'accompagnement de cette mobilité internationale sont cruciales.
La prise en charge des soins de santé au titre de la coordination de Sécurité Sociale telle que garantie par les Règlements Européens ou les accords de la France avec certains pays hors Union Européenne est une chance. Dans le cadre de sa mission nationale, le CNSE s'efforce de faire vivre au quotidien la protection de chacun à l'étranger. Remboursement direct aux assurés ou flux financiers entre Etats sur la base de formulaires de droits, ce sont près de 1.7 milliards d'euros de remboursements que le CNSE a traité pour des ressortissants de régimes français ou de régimes étrangers coordonnés en 2018.
Au cœur d'un maillage partenarial important, le CNSE a cherché tout au long de l'année à optimiser les circuits et contrôles dans la droite ligne de l'audit CNAM initié sur la thématique en début d'année. Les projets informatiques autour du nouvel outil de gestion des dettes et créances international OVERSI, ou de la mise en œuvre du chantier européen EESSI ont aussi représenté un fort investissement. Parallèlement, le CNSE a maintenu son expertise auprès de la Direction de la Sécurité Sociale- Division des Affaires Communautaires et Internationales en matière d'apurement des comptes de sécurité sociale et de rencontres internationales.

Je tiens à remercier l'ensemble des équipes du CNSE et de la CPAM du Morbihan qui contribuent à rendre ce service de qualité, ainsi que le réseau des pôles TRAM relations internationales et les différents interlocuteurs CNAM, sans qui l'activité ne serait pas possible.

Le Directeur,

Mohamed AZGAG

Les faits marquants de 2018

↳ De nombreuses rencontres bilatérales avec les Organismes de liaison de l'Union Européenne

↳ Participation à 3 commissions mixtes avec apurement des comptes en présence du Ministère (DSS-DACI) avec des pays hors Union Européenne liés à la France par une Convention en matière de coordination des systèmes de Sécurité Sociale : Algérie, Gabon et Macédoine

↳ Finalisation des travaux de construction d'un Référentiel national de processus volet créances internationales suite à la formation institutionnelle, qui implique tous les cadres du CNSE et de l'Agence Comptable (service contrôle et service financier)

↳ Poursuite des travaux de développement en mode agile avec les équipes de la CNAM pour la nouvelle application informatique OVERSI – volet dettes internationales

↳ Prise en charge des demandes de remboursement à l'étranger des assurés des nouveaux régimes intégrés en 2018 (MFPs, mutuelles étudiantes…)

↳ Audition par la Députée Madame Genetet dans le cadre de la préparation de son Rapport relatif à la mobilité internationale des Français

↳ Participation à la rencontre européenne sur la problématique des soins transfrontaliers à l'initiative de l'euro district Strasbourg –Ortenau

Les chiffres-clés 2018 du CNSE – remboursement aux assurés

331 362 dossiers réceptionnés et intégrés à l'applicatif métier au cours de l'année

- un pic de réception sur le début de l'année 2018 et une saisonnalité marquée après les congés estivaux.

336 085 dossiers traités pour des soins dans 193 pays/territoires

- 13,8% des dossiers traités ont fait l'objet d'un refus.

La qualité de service :

- le CNSE a reçu 29 137 sollicitations écrites et téléphoniques ce qui représente 8,8% des dossiers réceptionnés,
- le CNSE a été sollicité pour 1 588 saisines CRA (Commission de Recours à l'Amiable) et pour 664 demandes de conciliations,
- 25,3 appels par jour en moyenne parviennent sur la plateforme téléphonique en niveau 2.

Le contrôle :

- plus de 50 000 dossiers contrôlés avant paiement et des contrôles ciblés après paiement,
- un taux d'anomalies détectées (avec ou sans incidence financière) de 3,1%.

Le Pôle Médical :

- 5 557 demandes d'avis médical émises par les agents de liquidation,
- aide à la cotation de 1 887 dossiers d'assistances,
- 1 839 demandes de procréation médicalement assistée reçues.

Les enjeux financiers :

- 265,5 millions d'euros dépensés par les assurés ; 194,8 millions d'euros remboursés, soit un taux global de prise en charge de 73,4%,
- 72,0% des dossiers remboursés et 89,4% des remboursements versés concernent des soins au sein de la zone UE-EEE-Suisse.

La fraude, les fautes et les abus détectés :

- Plus de 2,5 millions d'euros au total dont 1,4 millions d'euros pour les autres branches (CAF, CARSAT et Pôle Emploi).

Les chiffres-clés 2018 du CNSE – dettes et créances internationales

↳ 873 455 385 euros (frais de gestion inclus) présentés au remboursement aux organismes étrangers au titre des créances françaises 2017 (2ème semestre) et 2018 (1er semestre).

↳ 990 714 091 euros (frais de gestion inclus) encaissés par la France en remboursement des créances françaises toutes années confondues

↳ 102 923 réponses apportées à des contestations sur les créances françaises

- pour un montant de 94 553 265 euros, dont 77,6% ont été réintroduits en demande de remboursement avec des pièces justificatives,
- 34 130 enquêtes sur les contestations des créances françaises envoyées dans les CPAM.

↳ 503 595 172 euros (frais de gestion inclus) présentés à la France pour remboursement par les organismes étrangers au titre des dettes françaises

↳ 514 170 160 euros (frais de gestion inclus) payés par la France, après différents contrôles, en remboursement des dettes françaises toutes années confondues

- 26,4 millions d'euros notifiés sous forme de rejets avec demandes de pièces justificatives.

↳ 1 rencontre organisée avec l'organisme de liaison allemand (DVKA), la CNAM, la CPAM de Moselle et les organismes d'assurance maladie de base allemands concernant les circuits d'échange de formulaires de droits entre les organismes.

↳ 11 réunions bilatérales organisées à Bruxelles en marge de l'Audit Board avec les organismes de liaison étrangers dans le cadre de l'apurement des créances de frais de soins de santé réciproques

- Allemagne, Belgique, Espagne, Grèce, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni et Suisse.

↳ 3 commissions mixtes organisées avec les organismes de liaison étrangers en vue de procéder à l'apurement des comptes de soins de santé

- Algérie, Gabon et Macédoine.

↳ Finalisation des travaux de construction d'un Référentiel national de processus volet créances internationales, avec implication de tous les cadres du CNSE et de l'Agence Comptable (service contrôle et service financier)

↳ Poursuite du développement en mode Agile avec les équipes de la CNAM du lot relatif aux dettes de la nouvelle application informatique OVERSI.

1 - PRESENTATION DU CNSE

1.1 – La création du CNSE

Le Centre National des Soins à l'Etranger a été créé en 2006. Il est géré par la CPAM du Morbihan, sous l'égide de la CNAM.

Il prend appui sur 4 textes fondateurs :

- **la loi du 13 août 2004** : l'article 58 permet de mutualiser le service des prestations en nature relatives à des soins dispensés hors de France, pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie,
- **la Lettre-Réseau du 16 juin 2006** : la CNAM décide de centraliser le traitement de ces prestations à la CPAM du Morbihan,
- **la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2007** : l'article 140 habilite les Caisses nationales à confier aux organismes locaux des missions liées au service des prestations,
- **la convention du 1er mars 2007 entre la CNAM et la CPAM du Morbihan** : elle formalise le transfert de compétences de l'ensemble des CPAM et CGSS vers la CPAM du Morbihan pour cette catégorie de prestations.

Conformément au décret n° 2008-1407 du 19 décembre 2008 qui a précisé la responsabilité des Agents Comptables des organismes auxquels le Directeur Général de l'organisme national a confié la réalisation de missions ou d'activités communes, le Directeur Financier et Comptable de la CPAM du Morbihan est responsable des opérations comptables et financières relatives à ces missions. Dans l'attente des modifications informatiques, le contrôle et la mise en paiement pour la partie relative aux remboursements aux assurés se font au sein du CNSE, la comptabilisation des paiements restant imputés dans les comptes des caisses d'affiliation.

Un accord bilatéral avec chaque organisme définit les activités concernées, le transfert de responsabilités du Directeur, les délégations de l'Agent-Comptable et précise les règles de confidentialité et de sécurité, ainsi que les modalités de suivi.

Sont concernés par ce transfert :

- les soins ambulatoires ou hospitaliers, programmés ou non, reçus hors de France, dès lors que l'assuré ou un organisme d'assistance a fait l'avance des frais,
- pour des assurés du régime général et des régimes ou sections locales mutualistes intégrés (les Mines, la LMDE, MGP et Intériale).

L'assuré reste rattaché à sa Caisse d'affiliation pour toutes les autres opérations, par exemple pour la gestion des droits, les prestations en espèces…

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2014 a quant à elle prévu dans son article 81 le transfert de la gestion des dettes et créances internationales relatives aux soins de santé du CLEISS.
L'article 81 précisait que ce transfert devait entrer en vigueur au plus tard le 1/01/2015, date à laquelle le CNSE a effectivement démarré cette nouvelle mission.
Pour cette activité, le Directeur des Finances et de la Comptabilité de la CNAM a procédé au transfert des comptes et de la responsabilité afférents au Directeur Financier et Comptable de la CPAM du Morbihan.

1.2 – Ses objectifs

1.2.1. Les objectifs du CNSE – remboursements aux assurés

Lors de sa création en 2006, la CNAM et les pouvoirs publics ont assigné 4 objectifs principaux au CNSE :

- **la qualité du service rendu** : offrir un service homogène et des remboursements rapides et fiables,
- **la performance et l'efficience** : améliorer la performance du service rendu au meilleur coût,
- **la lutte contre la fraude** : gérer le risque et renforcer la lutte contre la fraude,
- **la fourniture de statistiques fiables et affinées** sur les soins pratiqués et les pays dispensateurs de ces soins.

1.2.2. Les objectifs du CNSE – dettes et créances internationales

La Direction de la Sécurité Sociale a fixé à la CNAM 3 objectifs dans le cadre du transfert de l'activité des dettes et créances internationales des soins de santé de la France au 1/01/2105 :

- **fiabiliser les comptes** de l'Assurance maladie ainsi que l'ONDAM, s'agissant des dépenses à l'étranger des assurés des régimes français, par la centralisation au sein du régime général de l'Assurance maladie de l'ensemble des dépenses sur ce champ,
- **apporter des améliorations substantielles** à la gestion de l'activité,
- **mettre en œuvre une politique de maîtrise des risques**, de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude.

1.3 – Sa gouvernance

Compte tenu de la mission nationale du Centre, une gouvernance spécifique a été mise en place, autour d'un COPIL, d'un Comité stratégique et d'une Commission du Conseil.

1.3.1 – Le COPIL

Constitué des représentants des Directions de la Caisse Nationale, du CNSE et de la CPAM du Morbihan, de la Direction Régionale du Service Médical de Bretagne, ainsi que de 2 Directeurs de CPAM représentant les Caisses (Moselle et Seine Saint-Denis), le COPIL du CNSE est co-présidé par Pierre PEIX, Directeur Délégué aux Opérations de la CNAM et Mohamed AZGAG, Directeur Général de la CPAM du Morbihan et du CNSE. Le COPIL s'est réuni le 26 octobre 2018.

1.3.2 – Le Comité stratégique

Le Comité stratégique du CNSE réunit les agents de direction concernés.

1.3.3 – La Commission du CNSE

Le Conseil de la CPAM du Morbihan a décidé de constituer en son sein une Commission plus particulièrement chargée de suivre l'activité du CNSE. Composée de 16 conseillers et de la Direction du CNSE, la Commission s'est réunie le 16 octobre 2018 sous la présidence de Sophie HAREL.

1.4 – Son champ de compétences

1.4.1. Champ de compétence du CNSE – remboursement aux assurés

La répartition des rôles entre la Caisse d'affiliation de l'assuré et le CNSE est la suivante :

- la Caisse gère la relation avec l'assuré, en amont (gestion des droits, réception du dossier, numérisation et vidéocodage, transmission au CNSE) et en aval (opérations comptables et financières, envoi du décompte, traitement de la réclamation, contestation, conciliation et des procédures contentieuses et fraudes),
- le CNSE vidéocode la partie basse du formulaire joint à tout dossier, traite le dossier (tarification, demande d'information à l'assuré si besoin, décision de prise en charge, notification de refus), effectue l'ordonnancement-contrôle des dossiers liquidés et signale aux Caisses les fraudes détectées ; il intervient à la demande des Caisses en niveau 2 pour les réclamations, contestations et demandes d'information ; de façon spécifique, le Pôle médical du CNSE gère les demandes d'autorisation préalable d'actes d'assistance médicale à la procréation.

1.4.2. Champ de compétence du CNSE – dettes et créances internationales

L'activité de gestion des dettes et des créances internationales consiste à procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères au suivi et au règlement des créances et des dettes, découlant de l'application des règlements (règlements européens de coordination en matière de sécurité sociale, conventions internationales bilatérales et accords de coordination pour les territoires et collectivités territoriales ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale).
Contrairement à l'activité sur le remboursement aux assurés, la gestion des dettes et créances internationales se fait sur l'intégralité du processus jusqu'à la comptabilisation des opérations dans la comptabilité de la CPAM du Morbihan.

Dans cette mission inter-régime, les **créances françaises** correspondent aux dépenses de soins de santé engagées sur le territoire français par les assurés des régimes de sécurité sociale étrangers (pays de l'UE-EEE-Suisse ou pays/territoire lié à la France par un accord international de sécurité sociale – cf. annexe) et pour lesquels le coût des soins a été supporté par l'Assurance maladie. La présentation des créances peut se faire sous la forme de factures au coût réel ou sous la forme d'un forfait calculé sur la base du coût annuel moyen des soins de santé.

Les **dettes françaises** concernent, quant à elles, les soins de santé prodigués à l'étranger aux assurés des régimes de sécurité sociale français et pour lesquels le coût des soins a été pris en charge par l'institution du pays de séjour. Il s'agit d'un pays qui a conclu avec la France un accord de sécurité sociale visant le risque maladie-maternité-paternité ou accidents du travail-maladies professionnelles que ce soit dans le cadre des règlements européens, des conventions bilatérales ou des décrets de coordination. La présentation des dettes peut se faire sous la forme de factures au coût réel ou sous la forme d'un forfait calculé sur la base du coût annuel moyen des soins de santé dans le pays de résidence.

1.5 – Les ressources du CNSE

1.5.1 – Les ressources humaines administratives

Le CNSE est une direction de la CPAM du Morbihan. Les missions sont exercées sous l'égide du Directeur et du Directeur Financier et Comptable de la CPAM.
Le CNSE compte 128 collaborateurs versant Directeur et 12 collaborateurs de l'Agence Comptable (9 versant contrôle et 3 comptables).

L'organisation est la suivante :

- **L'activité de remboursement aux assurés** est accomplie par 85 salariés : 80 côté ordonnateur et 5 contrôleurs. Compte tenu du caractère saisonnier de l'activité, des agents temporaires sont recrutés pour surcroît d'activité (avec la dotation allouée par la CNAM-DDO) en fin d'année.
- **L'activité des dettes et créances internationales** est assurée par 39 salariés : 33 côté ordonnateur, 3 contrôleurs et 3 comptables.
- 1 directeur adjoint, 1 sous-directeur, 7 cadres managers, 3 cadres techniques, 1 cadre détaché sur le projet OVERSI ; 1 assistante de direction, 1 assistante du Pôle médical et 1 cadre manager du service Contrôle AC complètent les effectifs.

Pour les fonctions support (RH, logistique, budget, informatique), le CNSE prend appui sur les autres directions de la Caisse (Direction Ressources et Direction Adjointe).

1.5.2 – Le Pôle Médical

Par convention avec la DRSM de Bretagne, le Pôle Médical du CNSE est constitué :

- de deux Praticiens conseil mis à disposition au CNSE,
- de vacations d'un Pharmacien conseil et d'un Dentiste conseil, détachés respectivement de l'échelon local du Morbihan et de la direction régionale.

1.5.3 – Les outils informatiques

Le traitement des demandes de remboursement de soins à l'étranger s'appuie sur :

- l'applicatif national Synergie pour la dématérialisation des dossiers en entrée,
- un outil métier spécifique, Iroise, depuis 2013,
- l'outil national d'ordonnancement de l'assurance maladie du régime général (Iris).

Le traitement des dettes et créances internationales s'appuie sur :

- un outil métier spécifique METIS.

1.5.4 – Le suivi des activités

Le tableau de reporting pour la Caisse Nationale est alimenté par les données issues de l'outil OSCARR qui recense le temps de travail consacré aux différents processus et activités.

2 – LES RESULTATS 2018 – remboursement aux assurés

2.1 – L'activité de production

2.1.1 – Les dossiers réceptionnés

En 2018, le CNSE a reçu 331 362 dossiers, soit 10,1% de plus par rapport à 2017 (30 305 dossiers).

Tableau 1 – Réception et intégration des dossiers à Iroise en 2018

Organismes	Dossiers	Répartition	Evolution / 2017
CPAM & CGSS	324 711	98,0%	10,3%
SLM	6 651	2,0%	0,4%
TOTAL	**331 362**	**100%**	**10,1%**

Selon l'origine des dossiers, l'évolution est contrastée :

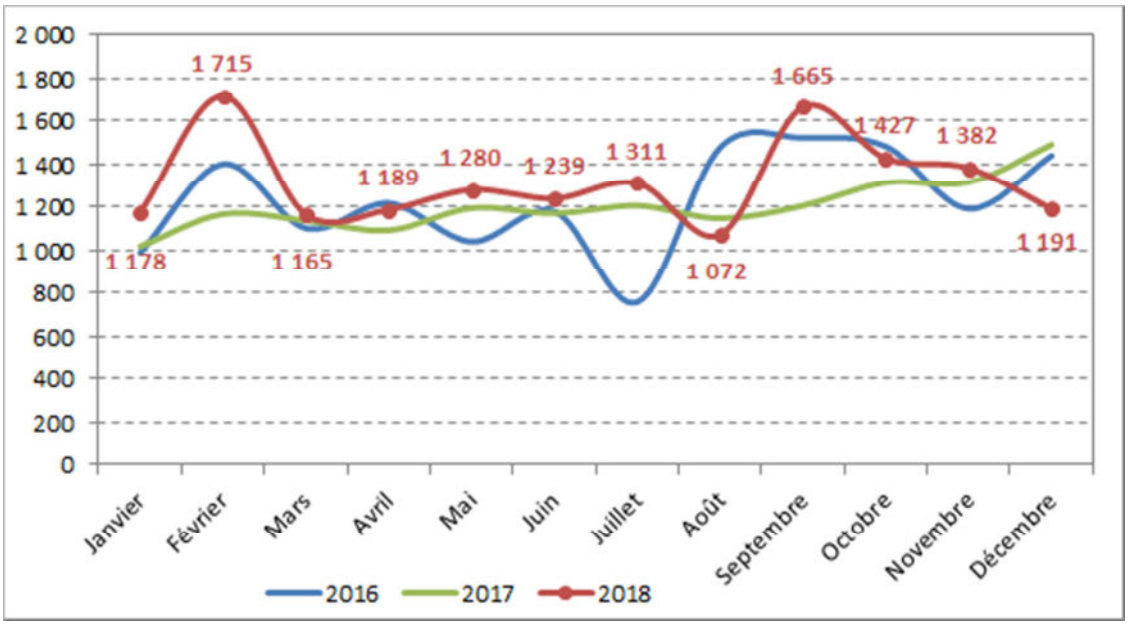
- ceux en provenance des Caisses du régime général (CPAM & CGSS) ont fortement augmenté cette année (10,3%), ceci est lié à un déplacement du pic des arrivées sur le début de l'année 2018,
- ceux transmis par les Sections Locales Mutualistes (SLM) sont restés parfaitement stables.

Le CNSE offre aux SLM qui le souhaitent un service de pré-tarification des dossiers et détection de fraudes éventuelles. En 2018, 19 SLM ont fait appel à ce service (contre 21 en 2017). 80,4% des dossiers reçus proviennent d'une mutuelle étudiante.

Les organismes d'assistance peuvent également, sur autorisation expresse de leurs clients, rassembler les éléments de facturation qu'ils ont payés et les transmettre au CNSE pour traitement.
En 2018, 9 assureurs de voyages ont utilisé cette possibilité et ont envoyé 7 494 dossiers au CNSE (+12,6% par rapport à 2017) :

- les 3 principaux sont Inter Mutuelles Assistance (IMA), AWP Mondial et Mutuaide,
- dans des proportions moindres peuvent être cités Europ, Axa et Fidelia,
- et enfin MAPFRE, Garantie Assistance et Ressources Mutuelles Assistance (RMA).

Graphique 1 – Réception journalière moyenne



En moyenne sur l'exercice 2018, le CNSE a reçu 27 614 dossiers par mois tandis que la moyenne de réception journalière s'établit à 1 315 dossiers (contre 1 204 dossiers/jour en 2017 et 1 221 en 2016).
Le pic de saisonnalité du début d'année 2018 s'explique par un rattrapage des entrants de 2017. A partir de septembre, nous retrouvons le pic de saisonnalité habituel qui s'observe après les congés estivaux.

2.1.2 – Les dossiers traités

En 2018, le CNSE a prononcé une décision sur 336 085 dossiers, en augmentation de 13,1% par rapport à 2017. Le volume moyen de dossiers traités équivaut donc à 28 007 par mois et 1 334 par jour ouvré.

Le CNSE a notifié 46 269 refus soit un taux de refus de 13,8% (il était de 14,8 % en 2017).

Tableau 2 – Volume des dossiers traités (accords et refus)

Décisions	Dossiers traités	%
Accord total	263 761	78,4%
Accord partiel	26 055	7,8%
Refus	46 269	13,8%
TOTAL	**336 085**	**100,0%**

Le CNSE a traité 329 351 dossiers pour le compte du régime général et des régimes ou SLM intégrés (LMDE, les Mines, MGP et Intériale).

S'agissant des sections locales mutualistes (SLM), le CNSE a traité 6 734 dossiers pour lesquels une décision d'accord ou de refus de prise en charge, une tarification du remboursement ainsi qu'un signalement éventuel de suspicion de fraude ont été proposés à 22 mutuelles (et leurs 79 échelons locaux).

Il ressort de l'analyse que :

- 5 SLM concentrent 70,6% des dossiers (MGEL, MNH, SMENO, SMERRA, VITTAVI),
- les 10 mutuelles étudiantes représentent à elles seules 77,7% du total des SLM (LMDE, MEP, MGEL, SMEBA, SMECO, SMENO, SMEREB, SMEREP, SMERRA, VITTAVI),

Tableau 3 – Volume des dossiers traités (Caisses et SLM)

Organismes	Dossiers traités	%
CPAM & CGSS	329 351	98,0%
SLM	6 734	2,0%
TOTAL	**336 085**	**100,0%**

A eux seuls, les dossiers en Belgique, au Portugal et en Espagne représentent 44,5% de l'ensemble des dossiers traités. Pour les soins au sein d'un des 31 pays de la zone UE-EEE-Suisse, la part de dossiers traités monte à 71,1%.
Les 97 115 dossiers traités pour des soins hors UE concernent 162 Etats ou territoires différents.

Tableau 4 – Volume des dossiers traités en UE-EEE-Suisse et hors UE

Zone géographique	Dossiers traités	%
UE-EEE-Suisse	238 816	71,1%
Hors UE	97 115	28,9%
TOTAL	**336 085**	**100,0%**

2.1.3 – La productivité

La productivité moyenne cumulée sur l'année est de 39,5 dossiers traités/agent liquidant/jour (contre 34,7 dossiers traités/agent liquidant/jour en 2017).

2.1.4 – Les demandes de traduction au CLEISS

798 demandes de traduction dans 33 langues différentes ont été formulées auprès du Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, soit une augmentation des demandes de 1,4% par rapport à 2017.
738 demandes ont été effectuées pour des dossiers du CNSE-remboursement aux assurés et 60 demandes émanent du CNSE-dettes et créances internationales.
59,1% des traductions concernent 6 langues : l'hébreu, le chinois, le grec, le bulgare, le japonais et le polonais.
Sur les 798 demandes transmises, 777 ont été traduites au cours de l'année 2018 ce qui représente 1 722 pages traduites. Le délai moyen de traduction s'élève à 11,4 jours.

Tableau 5 – Demandes de traduction au CLEISS

Langues	Demandes
Hébreu	126
Chinois	116
Grec	65
Bulgare	64
Japonais	54
Polonais	47
Turc	43
Serbe	37
Coréen	28
Russe	21
Vietnamien	24
Thaïlandais	22
Persan	20
Arabe	20
Allemand	18
Roumain	18
Hongrois	14
Arménien	10
Macédonien	10
Croate	6
Tchèque	6
Néerlandais	5
Portugais	4
Slovaque	4
Géorgien	3
Letton	3
Anglais	2
Estonien	1
Finnois	1
Italien	1
Lituanien	1
Suédois	1
Ukrainien	1
TOTAL	**798**

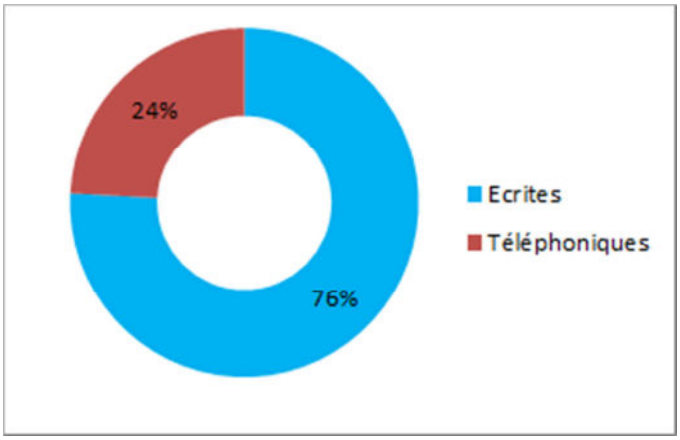
2.2 – La relation clients

Pour les réclamations, saisines en commission de recours à l'amiable, contacts téléphoniques, la répartition des rôles entre le CNSE et les Caisses, telle que définie par la Caisse nationale, prévoit que la Caisse d'affiliation de l'assuré est en première ligne et prend appui si besoin sur le CNSE qui intervient dans ce cas en « niveau 2 ».

2.2.1 – Les sollicitations écrites et téléphoniques

• En 2018, 29 137 sollicitations écrites ou téléphoniques sont parvenues au CNSE, ce qui représente 8,8% des dossiers réceptionnés. Le volume de sollicitations a augmenté de 4,8% par rapport à 2017. La montée en charge de l'usage de Médialog+ par les CPAM pour transférer les sollicitations relatives aux soins à l'étranger directement au CNSE se poursuit (circuit mis en place en 2017).

Graphique 2 – Répartition des sollicitations par canal d'arrivée



• Les contacts téléphoniques proviennent principalement des assurés « en niveau 2 » avec 6 368 appels traités sur la plateforme téléphonique, mais également des organismes d'assistance, des établissements hébergeant des personnes handicapées, des autres CPAM du réseau (670 contacts).
Le nombre d'appels téléphoniques reçus sur la plateforme en 2018 a diminué par rapport à 2017 (- 9,2%). Parmi les 6 368 appels réceptionnés sur la plateforme, 15,6% concernant les demandes de Procréation Médicalement Assistée et ont été transférés au Pôle Médical du CNSE.

Tableau 6 – Les appels téléphoniques traités sur la plateforme téléphonique du CNSE

Année	Volume d'appels traités	Moyenne journalière
2015	5 545	22,0
2016	8 364	33,1
2017	7 013	28,1
2018	6 368	25,3

2.2.2 – Les demandes d'examen en Commission de Recours Amiable (CRA)

Le CNSE a été contacté par les Caisses pour fournir des précisions sur les décisions prises pour 1 588 dossiers, en augmentation par rapport à l'année précédente (1 505 saisines). Les demandes d'examen en CRA représentent 0,48% de l'ensemble des dossiers réceptionnés.

2.2.3 – Les demandes de conciliation

En 2018, le CNSE a reçu 664 demandes de conciliation, stable par rapport à 2017 (667 demandes). Ceci équivaut à 0,20% des dossiers réceptionnés.

2.3 – Le contrôle DCF sur le volet remboursement aux assurés

Les modalités de réalisation des contrôles sur les dossiers traités par le CNSE sont les suivantes :

- Le Directeur Comptable et Financier du Morbihan, par délégation des Directeurs Comptables et Financiers des CPAM (*lettre réseau DDGOS-11/2007*), assure le contrôle des factures de soins à l'étranger ordonnancées par le CNSE.

- La sélection des thèmes de contrôles a priori (avant paiement) et a posteriori (après paiement) est définie par le Directeur Financier de la CPAM du Morbihan et du CNSE.

- Les paramètres de contrôle a priori ainsi définis doivent être enregistrés par les Caisses. Ils ont été portés à leur connaissance par la diffusion de lettres réseau (*LR-DDFC-97/2010* du 17 décembre 2010 et *LR-DDFC-34/2015* du 27 août 2015).

- Tout autre contrôle qu'un organisme souhaiterait diligenter est soumis à l'accord préalable du Directeur Comptable et Financier de la caisse du Morbihan.

- Les contrôles sont réalisés par les contrôleurs du CNSE.

- A noter qu'un référentiel de maîtrise est en cours de formalisation au CNSE et que les contrôles mis en place à l'issue de l'analyse de risque seront intégrés au PCSAC national. La finalisation du RNP est prévue pour octobre 2019.

Conformément à l'article *D 122.2 alinéa 3 du code de la Sécurité Sociale*, le Directeur Comptable et Financier définit et contrôle les modalités de conservation et de mise à disposition des pièces justificatives dont la conservation incombe au Directeur.

2.3.1 - Le contrôle a priori

Tableau 7 – Volume de dossiers contrôlés a priori

Année	Nombre de contrôles
2014	18 534
2015	32 606
2016	41 559
2017	43 931
2018	50 046

La charge du contrôle est passée en 2018 à 50 046 dossiers contrôlés contre 43 931 dossiers en 2017 (+13,9%).

Les contrôles PCSAC suivent une périodicité annuelle du 01 octobre N au 30 septembre N+1, soit pour la période considérée du 1er octobre 2017 au 30 septembre 2018. L'analyse des résultats porte donc sur cette période, soit 47 816 dossiers contrôlés en 2018 contre 41 184 dossiers en 2017 (+13.9%).

L'augmentation de la charge de contrôle est principalement liée aux dossiers d'hospitalisation et aux dossiers de placement en établissements médico-sociaux non conventionnés.

1 435 anomalies ont été décelées pendant cette période de contrôle : le taux d'anomalies détectées (avec ou sans incidence financière) sur la période PCSAC 2018 s'élève donc à 3,04% des dossiers contrôlés (contre 2.42% en 2017).

Graphique 3 – Taux d'anomalies détectées

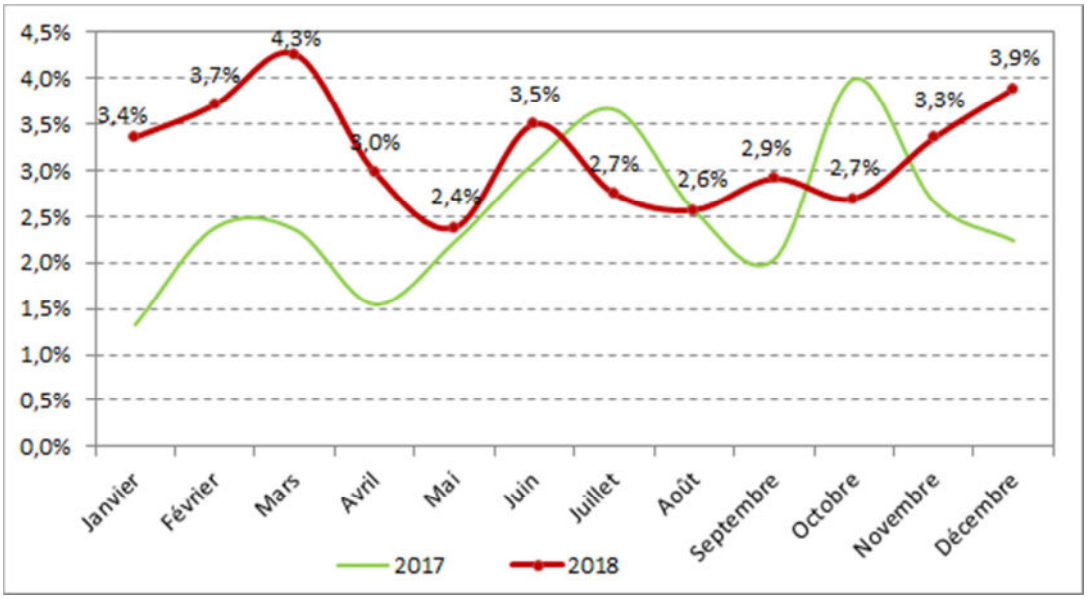


Tableau 8 – Bilan des contrôles

	Dossiers contrôlés	Anomalies détectées	%	Indu évité (€)	Indu (€)	Rappel évité (€)
Contrôle a priori	46 745	1 463	3,0 %	1 420 700	959	145 284

Sur les 1 463 anomalies détectées, 868 concernent le volet hospitalisation (59.33%) et 332 des dossiers de placement (22,69 %).
En ce qui concerne les anomalies liées aux hospitalisations, il s'agit principalement d'un remboursement erroné (237 cas), d'une absence de justificatif (168 cas) et d'une erreur sur le montant de la dépense (189 cas).
Pour les placements, les anomalies portent essentiellement sur des erreurs de saisie (96 cas), des erreurs de destinataire (78 cas).

Les indus évités s'élèvent à 1 420 700€ dont 738 647 € pour des placements et 602 990 € pour les hospitalisations. Les rappels évités atteignent 145 284 € dont 90 598 € pour les placements et 36 426 € pour les hospitalisations.

Tableau 9 – Bilan des contrôles PCSAC selon la nature des soins

Catégories	*Nb anomalies détectées*	*%*	*Indus évités*	*Indus*	*Rappels évités*	*Rappels*
AMBULANCE VSL	19	1,30%	243,94 €	0,00 €	679,48 €	0,00 €
Autres exécutants	42	2,87%	16 464,85 €	0,00 €	13 322,94 €	0,00 €
Autres Transporteurs Autres P Sanitaire	39	2,67%	1 027,17 €	125,88 €	1 545,21 €	0,00 €
Dentistes	90	6,15%	48 108,32 €	121,88 €	2 134,00 €	0,00 €
Hospitalisation	868	59,33%	602 990,45 €	213,33 €	36 426,25 €	0,00 €
infirmiers	1	0,07%	0,00 €	0,00 €	95,40 €	0,00 €
Laboratoires	3	0,21%	105,95 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Masseur Kiné	15	1,03%	5 297,69 €	419,33 €	0,00 €	77,44 €
Médecins généralistes	24	1,64%	853,12 €	85,45 €	67,70 €	0,00 €
Médecins spécialistes	14	0,96%	2 239,02 €	61,60 €	226,49 €	0,00 €
Pharmacie	14	0,96%	4 369,76 €	57,99 €	63,06 €	0,00 €
Placements	332	22,69%	738 647,98 €	0,00 €	90 598,07 €	0,00 €
Taxis	2	0,14%	351,91 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Total général	**1463**		**1 420 700,16 €**	**959,58 €**	**145 284,48 €**	**77,44 €**

2.3.2 - Le Contrôle a posteriori

- **Requête IJ AS-AT DRIEPPE**

Dans le cadre du PCSAC, les CPAM sollicitent le CNSE pour un contrôle a posteriori lorsque la requête IJ AS-AT DRIEPPE fait ressortir des soins à l'étranger durant un arrêt de travail.

A ce titre, 436 dossiers ont été contrôlés en 2018 et 21 anomalies relevées, soit 4.98%.

- **Paiements multiples**

Ce contrôle vise à s'assurer que les flux ne comportent pas de paiements multiples sur des prestations de même nature pendant un séjour à l'étranger mais aussi à vérifier l'absence de remboursement de frais de santé en France pendant un séjour à l'étranger de l'assuré.

Sur l'exercice 2018, ce contrôle PCSAC a fait ressortir 345 anomalies pour un montant total d'indu de 47 229.40 €.

Une analyse par spécialité de professionnels de santé a permis de détecter 289 signalements pour un montant de 29 796 €.

2.4 – L'activité du Pôle Médical du CNSE

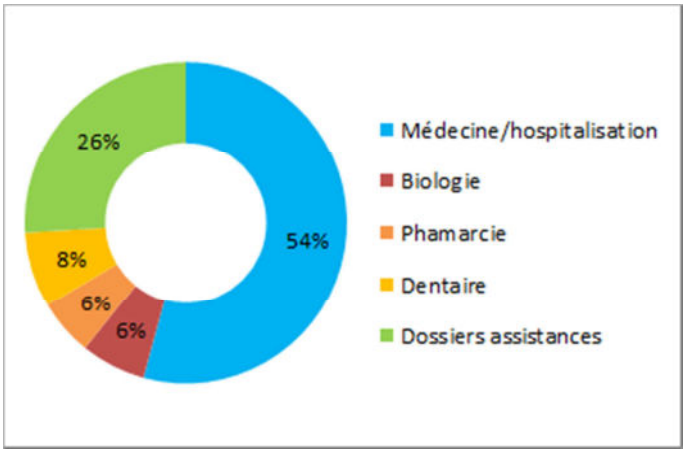
L'activité du Pôle médical du CNSE comporte plusieurs composantes :

- Traitement, pour la partie médicale, des dossiers complexes, sensibles et/ou à fort impact financier : 7 266 liaisons médico-administratives (LMA) avec le CNSE, soit 2,2% des dossiers traités en 2018.
- Formation initiale et continue des agents au codage dans les différentes nomenclatures et en tarification à l'activité pour les dossiers d'hospitalisations avec contrôle de la bonne application des règles de codage.
- Délivrance des autorisations de Procréation Médicalement Assistée (PMA) à l'étranger : 1 866 demandes reçues en 2018, soit une progression de 2,0% par rapport à 2017.
- Participation à la gestion du risque et à la gestion du contentieux médical : CRA, conciliation….
- Réponse téléphonique nationale dans le cadre de la PMA : 992 appels reçus (contre 1 107 en 2017 et 1 427 en 2016). Le pôle médical du CNSE assure en effet une information nationale pour la prise en charge des soins de PMA à l'étranger.

Tableau 10 – Liaisons médico-administratives

Type de dossiers	Dossiers	Répartition
Médecine / hospitalisation	3 941	54,2%
Biologie	473	6,5%
Pharmacie	414	5,7%
Dentaire	551	7,6%
Sous-total	***5 379***	***74,0%***
Dossiers assistance *(aide à la cotation)*	1 887	26,0%
TOTAL	**7 266**	**100%**

Graphique 4 – Structure des liaisons médico-administratives



Les demandes d'avis concernent principalement des soins en Espagne (11,4%), au Maroc (9,4%), en Suisse et en Allemagne (respectivement 7,7% et 7,6%).

2.5 – Les enjeux financiers

2.5.1 – Les dépenses totales

En 2018, 289 816 dossiers ont donné lieu à un paiement (total ou partiel).

Pour ces dossiers :

- les assurés ont dépensé 265 474 020€ en prestations de santé à l'étranger,
- ils ont bénéficié d'un remboursement de 194 845 363€,
- soit un taux global moyen de prise en charge de l'ordre de 73,4% (il était de 72,5% en 2017 et 68,9% en 2016). Ce taux moyen de prise en charge est tiré vers le haut par les placements et les dialyses remboursés respectivement à 99,8% et 99,6% puisque généralement facturés à hauteur du plafond de remboursement,
- le montant moyen remboursé par dossier atteint 672€ (contre 682€ en 2017).

Tableau 11 – Récapitulatif des remboursements effectués

Types de soins	Dossiers	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)	Montant moyen remboursé (€)	Prise en charge (%)
UE-EEE-Suisse : placements	36 946	158 091 081	157 733 956	4 269	99,8%
UE-EEE-Suisse : hors placements	171 646	51 116 753	16 399 008	96	32,1%
UE-EEE-Suisse	*208 592*	*209 207 834*	*174 132 964*	*835*	*83,2%*
Hors UE : dialyses	2 057	7 443 457	7 413 292	3 604	99,6%
Hors UE : hors dialyses	79 167	48 822 729	13 299 107	168	27,2%
Hors UE	*81 224*	*56 266 186*	*20 712 399*	*255*	*36,8%*
TOTAL	**289 816**	**265 474 020**	**194 845 363**	**672**	**73,4%**

Le CNSE a :

- généré le paiement de plus de 194,0 millions d'euros pour les Caisses du régime général et les régimes intégrés (LMDE, les Mines, MGP et Intérialе) : en hausse de 13,0% par rapport à 2017,
- pré-tarifé le remboursement pour des SLM à hauteur de 803 008 euros (- 15,8% par rapport à 2017).

Tableau 12 – Ventilation des paiements (Caisses et SLM)

Organismes	Dossiers	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)	Montant moyen remboursé (€)	Prise en charge (%)
CPAM & CGSS	284 114	262 993 058	194 042 355	683	73,8%
SLM	5 702	2 480 962	803 008	141	32,4%
TOTAL	**289 816**	**265 474 020**	**194 845 363**	**672**	**73,4%**

2.5.2 – Nature des prestations remboursées

Tableau 13 – Dépenses totales par nature de prestations (Caisses et SLM)

Poste de dépenses	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)	Prise en charge (%)	Répartition montant remboursé (%)	Répartition montant remboursé hors placements (%)
Actes auxiliaires méd.	1 667 057	525 340	31,5%	0,3%	1,4%
Actes CCAM *	1 445 556	353 984	24,5%	0,2%	1,0%
Ambulatoire (HUE)	7 053 389	2 296 684	32,6%	1,2%	6,2%
Appareillage	825 293	167 330	20,3%	0,1%	0,5%
Biologie	1 055 651	393 021	37,2%	0,2%	1,1%
Consultation, visite **	10 021 534	2 475 505	24,7%	1,3%	6,7%
Cure	306 782	131 407	42,8%	0,1%	0,4%
Dentaire	13 664 473	3 493 256	25,6%	1,8%	9,4%
Dialyse	7 524 025	7 488 014	99,5%	3,8%	20,2%
Hospitalisation	48 047 694	14 389 066	29,9%	7,4%	38,8%
Optique	1 425 760	31 195	2,2%	0,0%	0,1%
Pharmacie	2 188 696	1 069 248	48,9%	0,5%	2,9%
Placement	158 110 377	157 753 187	99,8%	81,0%	
PMA	6 180 987	1 677 901	27,1%	0,9%	4,5%
Radiologie	1 851 535	603 378	32,6%	0,3%	1,6%
Tarification pays de séjour (UE) ***	2 214 789	1 460 864	66,0%	0,7%	3,9%
Transport	1 890 420	535 982	28,4%	0,3%	1,4%
TOTAL	**265 474 020**	**194 845 363**	**73,4%**	**100%**	**100%**

Note de lecture :
* actes CCAM : hors actes CCAM de radiologie et actes CCAM dentaires
** consultations et visites : uniquement pour les généralistes et les spécialistes
*** les tarifications correspondent aux situations où les assurés ont choisi de se faire rembourser selon la base du pays de séjour. Dans ce cas, le détail des prestations remboursées n'est pas disponible dans les bases.

Le principal poste de dépenses correspond aux placements qui, à eux seuls, concentrent 81,0% des remboursements (contre 79,1% en 2017).
Suivent ensuite :

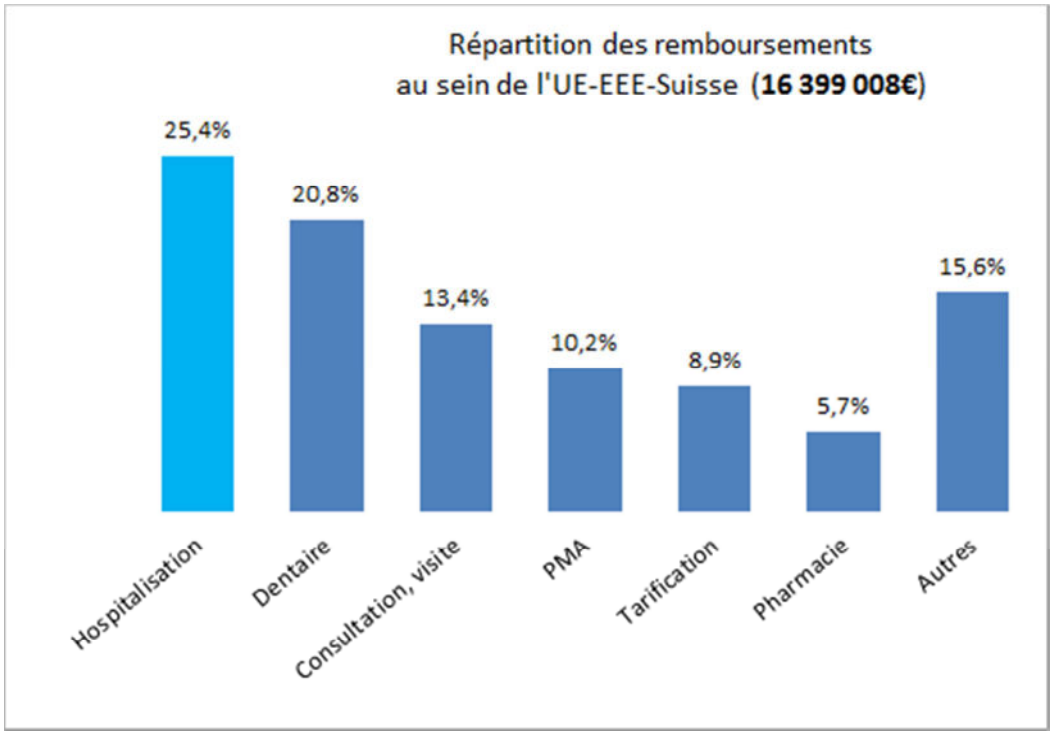
- l'hospitalisation : 7,4% du total des remboursements (8,1% en 2017),
- les dialyses : 3,8% (4,4% en 2017),
- le dentaire : 1,8%,
- les consultations et visites : 1,3%,
- l'ambulatoire HUE : 1,2%,
- la procréation médicalement assistée : 0,9% (0,9% en 2017)
- les tarifications au sein de l'UE-EEE-Suisse : 0,7% (1,2% en 2017).

2.5.3 – La zone UE-EEE-Suisse

- 72,0% des dossiers remboursés (69,8% en 2017),
- 89,4% des remboursements versés soit 174 132 964€ (88,4% en 2017),
- avec un taux de prise en charge globale de 83,2% (contre 82,6% en 2017). Ce taux moyen de prise en charge recouvre une prise en charge de 99,8% pour les placements et de 32,1% pour les autres types de soins.

Le poids de l'UE-EEE-Suisse en volume de dossiers et en dépenses ne cesse de croître en lien avec la part des placements.

Graphique 5 – Répartition des remboursements au sein de l'UE-EEE-Suisse (hors placements) par nature de prestations



En termes de dossiers traités (accord et refus) :

- 78,6% des dossiers traités en zone UE-EEE-Suisse concernent des soins dispensés dans les 5 pays suivants : la Belgique, le Portugal, l'Espagne, la Suisse et le Luxembourg. Ce classement est identique depuis plusieurs années.
- 87,3% des dossiers traités pour des soins au sein de l'UE-EEE-Suisse ont été remboursés. Néanmoins, cette proportion baisse respectivement à 62,1% et 58,2% pour les dossiers concernant des soins en Norvège et en Suisse. Le taux de refus est plus élevé :

  - en Norvège car de nombreux dossiers traités sont liés à des restes à charge suite à une prise en charge via la Carte Européenne d'Assurance Maladie,

  - en Suisse car seuls les soins urgents qui sont survenus en Suisse au cours d'un séjour temporaire sont pris en charge. De ce fait, de nombreux dossiers pour des ayants droits ou des pensionnés sont refusés.

Tableau 14 – Volume de dossiers traités (accord et refus) par pays en UE-EEE-Suisse

	Pays de soins	Dossiers traités (accord et refus)	Proportion dossiers remboursés (%)	Répartition / total des dossiers traités UE
1	Belgique	70 299	94,1%	29,4%
2	Portugal	42 577	83,8%	17,8%
3	Espagne	36 750	93,6%	15,4%
4	Suisse	21 327	58,2%	8,9%
5	Luxembourg	16 949	94,2%	7,1%
	Sous-total	***187 902***	***87,5%***	***78,6%***
	TOTAL UE	**238 970**	**87,3%**	**100%**

En termes d'enjeux financiers, les constats sont différents :

- 97,2% des montants versés le sont pour des soins dispensés en Belgique, Espagne, Portugal, Suisse et Hongrie.
- la Belgique représente à elle seule 91% des montants remboursés au sein de la zone UE-EEE-Suisse. Il faut signaler que la quasi-totalité des soins remboursés sont liés aux placements d'assurés des régimes français dans des établissements non conventionnés en Belgique.
- le taux de prise en charge est particulièrement élevé en Belgique du fait de la prépondérance des dossiers liés aux placements. Hors dossiers placements, le taux de prise en charge s'élève à 39,5%.

Tableau 15 – Remboursement par pays en UE-EEE-Suisse

	Pays de soins	Montant remboursé (€)	Prise en charge (%)	Répartition / total des remboursements UE
1	Belgique	158 398 133	98,7%	91,0%
2	Espagne	4 638 631	28,6%	2,7%
3	Portugal	2 777 041	48,3%	1,6%
4	Suisse	2 350 818	30,6%	1,4%
5	Hongrie	1 082 028	26,8%	0,6%
	Sous-total	***169 246 651***	***87,1%***	***97,2%***
	TOTAL UE	**174 132 964**	**83,2%**	**100%**

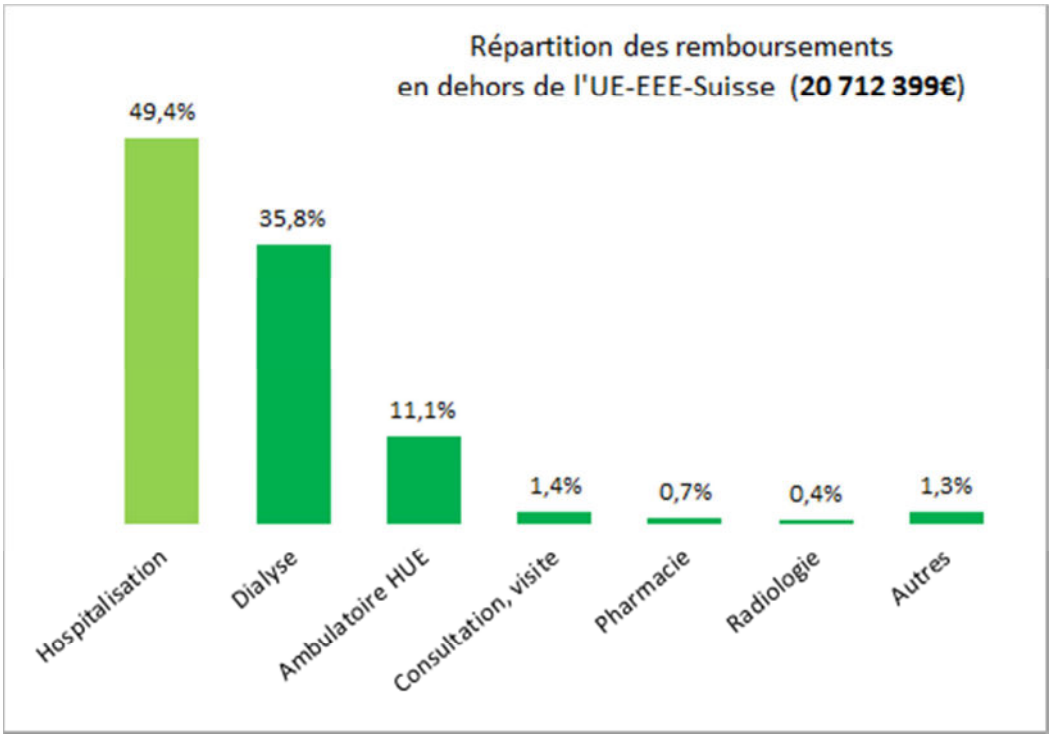
Quelques données complémentaires sur les soins remboursés dans les pays frontaliers et au Portugal :

- les dépenses de pharmacie sont fréquentes lors d'un déplacement à l'étranger : 65,9% des remboursements de pharmacie interviennent pour des achats réalisés dans 4 pays : Espagne (23,1%), Portugal (17,8%), Belgique (16,2%) et Italie (8,8%). Les achats réalisés dans les pays limitrophes ne sont pas majoritairement réalisés par des assurés vivant dans les départements voisins à l'exception de la Suisse et du Luxembourg où les travailleurs frontaliers achètent leurs médicaments.
- 64,2% des consultations et visites réalisées en ambulatoire à l'étranger par des médecins et des dentistes ont été remboursées dans 3 pays : l'Espagne (23,8%), le Portugal (23,1%) et la Belgique (17,3%).
- parmi les 447 cures remboursées en 2018, 49,4% ont été effectuées au Luxembourg et 38,7% au Portugal. Pour le Portugal, les assurés viennent de 33 départements répartis sur l'ensemble du territoire français mais pour le Luxembourg, 93,2% des curistes sont originaires du département limitrophe de la Moselle.

2.5.4 – La zone hors UE

- 28% des dossiers remboursés (contre 30,2% en 2017),
- 10,6 % des montants remboursés soit 20 070 239€ (contre 11,6% en 2017),
- un taux de prise en charge globale de 36,8% (contre 37,5% en 2017). Ce taux moyen de prise en charge recouvre une prise en charge de 99,6% pour les dialyses et de 27,3% pour les autres types de soins.

Graphique 6 – Répartition des remboursements hors UE par nature de prestations



En termes de dossiers traités :

- les dossiers traités hors UE concernent des soins dispensés dans les 5 Etats suivants : Maroc, Tunisie, Turquie, Thaïlande et Etats-Unis. Ce sont les mêmes pays que les années précédentes. Ces 5 pays représentent 47,5% des dossiers traités hors UE ; le Maroc et la Tunisie concentrent à eux seuls un peu moins du tiers (31,4%) des dossiers traités hors UE.
- 83,6% des dossiers traités pour des soins hors UE ont été remboursés. Néanmoins, cette proportion baisse à 67,1% pour les dossiers concernant des soins en Turquie.

Tableau 16 – Volume de dossiers traités (accord et refus) par pays hors UE

	Pays de soins	Dossiers traités (accord et refus)	Proportion dossiers remboursés (%)	Répartition / total des dossiers traités HUE
1	Maroc	19 142	81,8%	19,7%
2	Tunisie	11 342	81,8%	11,7%
3	Turquie	5 293	67,1%	5,4%
4	Thaïlande	5 196	92,5%	5,4%
5	Etats-Unis	5 113	82,9%	5,3%
	Sous-total	***46 086***	***81,4%***	***47,5%***
	TOTAL HUE	**97 115**	**83,6%**	**100%**

En termes d'enjeux financiers :

- le Maroc, la Tunisie, l'Algérie, la Thaïlande suivi de la Turquie et des Etats-Unis arrivent comme l'année précédente en tête du classement en ce qui concerne les montants remboursés.
- ces 6 pays représentent plus de la moitié (61,4%) des remboursements effectués dans 159 pays ou territoires hors UE.

- les taux de prise en charge sont particulièrement élevés dans les pays du Maghreb, ceci s'explique par la part importante des remboursements liés aux dialyses. En revanche, en Thaïlande, la prise en charge moyenne n'atteint pas les 30% soit un taux de prise en charge inférieur à la moyenne des pays hors UE, les soins facturés dans le pays aux touristes étant relativement chers. Aux Etats-Unis, la prise en charge moyenne se situe à 7% de la dépense.

Tableau 17 – Remboursement par pays hors UE

	Pays de soins	Montant remboursé (€)	Prise en charge (%)	Répartition / total des remboursements HUE
1	Maroc	4 951 631	62,2%	23,9%
2	Tunisie	2 551 515	71,0%	12,3%
3	Algérie	2 217 341	90,2%	10,7%
4	Thaïlande	1 433 498	29,0%	6,9%
5	Turquie	821 681	43,9%	4,0%
6	Etats-Unis	750 969	7,0%	3,6%
	Sous-total	***12 726 635***	***40,4%***	***61,4%***
	TOTAL HUE	**20 712 399**	**36,8%**	**100%**

2.6 – L'atteinte des objectifs

Tableau 18 – Niveau d'atteinte des objectifs du contrat d'objectifs CNAM-CNSE

	Objectif	Résultat
Délai moyen de traitement pour 90% des dossiers		
2016	**Objectif : 30 jours Socle : 40 jours**	31 j (UE : 29 j et HUE : 37 j)
2017		25 j (UE : 23 j et HUE : 25 j)
2018		**29 j (UE : 29 j et HUE : 30 j)**
Productivité : nombre de dossiers par agent et par jour (7h)		
2016	35	30,7
2017	35	32,6
2018	**37**	**39,5**

3 – ANALYSE DE SEGMENTS DE SOINS A L'ETRANGER – remboursement aux assurés

3.1 – Les rappels des principales dispositions réglementaires

3.1.1 – La zone UE-EEE-Suisse

Au sein de la zone UE-EEE-Suisse, les Règlements Européens n°883/2004 et 987/2009 fixent le principe de la libre circulation du patient : celui-ci peut recevoir des soins de santé dans le pays de son choix.

Le décret n°2014-516 du 22 mai 2014, modifié par le décret n°2005-386 du 19 avril 2015 clarifie les dispositions nationales pour tenir compte de certaines dispositions des Règlements Européens et de la Directive 2011/24/CE relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers.

Par exception au principe de libre circulation, les Etats peuvent maintenir une obligation d'autorisation préalable de prise en charge par les Caisses d'assurance maladie pour certains soins. Ces soins ont été définis par l'arrêté du 27 mai 2014 établissant la liste des soins hors de France nécessitant le recours à des infrastructures ou des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux en complément de l'article R.160-2 du code de la sécurité sociale.

Avec sa Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM), l'assuré peut bénéficier de la prise en charge des soins de santé médicalement nécessaires lors d'un séjour temporaire. Ainsi, il peut obtenir l'avance des frais du régime obligatoire dans les établissements publics d'hospitalisation ou se faire rembourser sur place par l'organisme de sécurité sociale du pays de séjour pour la part obligatoire.

Dans les autres cas, il règle les sommes dues et peut en solliciter le remboursement auprès de sa Caisse d'assurance maladie, selon les règles et sur la base des tarifs du pays de séjour (sauf s'il choisit l'application des bases de remboursement françaises).

La Directive 2011/24/CE n'ayant pas été ratifiée par la Suisse, les règles de prises en charge des soins réalisés en Suisse sont précisées en annexe 2 de la circulaire ministérielle DSS/DACI/5B/2A/2014/147 du 23 mai 2014 relative à la situation des frontaliers suisses.

3.1.2 – La zone hors UE

Hors UE, l'assuré règle les frais et seuls les soins inopinés et d'immédiate nécessité réalisés pendant un séjour temporaire peuvent être pris en charge sur une base forfaitaire et en fonction des règles et tarifs français.

La prise en charge de soins programmés ou prévus avant le départ n'est possible que dans des situations très exceptionnelles (soins ne pouvant être dispensés en France) et après autorisation préalable expresse de l'Assurance Maladie.

3.1.3 – Des situations particulières

Des dispositions particulières sont prévues pour les salariés en mission ou en détachement hors de France au titre de leur activité professionnelle lorsque l'entreprise continue de verser les cotisations en France.

Il en est de même pour les étudiants en étude au sein de l'UE-EEE-Suisse, qui restent sous conditions affiliés en France malgré des études hors du territoire, ce qui n'est pas le cas pour les étudiants dans un pays hors UE au-delà de 6 mois de résidence.

3.2 – Les placements en établissements médico-sociaux non conventionnés

3.2.1 – Le cadre réglementaire

Le CNSE traite les factures de placements en établissements non conventionnés des personnes handicapées adultes, suite à :

- avis de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées),
- notification d'accord de prise en charge délivré par la Caisse d'affiliation après avis du service médical.

A titre principal, deux types de placement sont concernés :

- Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) : versement d'un forfait journalier de soins d'un montant égal à 75,68€ pour l'année 2018,
- Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) : prise en charge d'un forfait journalier dans la limite du prix payé et du tarif français de 185,25€ en internat.

3.2.2 – Les données globales

En 2018, le CNSE a pris en charge les factures liées au placement de :

- 3 380 assurés (contre 2 981 assurés en 2017),
- placés dans 143 établissements de 2 pays principalement (Belgique et Suisse),
- pour un montant global remboursé de 157 753 187€ (contre 136 712 803€ en 2017 soit une hausse de 15,4%).

La Belgique concentre à elle seule la quasi-totalité des assurés placés (99,3%) dans des établissements qui souvent hébergent des patients relevant exclusivement du système français de protection sociale.

Tableau 19 – Les placements à l'étranger

Pays	Patients	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)
Allemagne	12	11 948	11 579
Belgique	3 357	157 372 397	157 152 087
Luxembourg	1	2 068	1 696
Mexique	1	7 996	7 931
Suisse	9	715 968	579 884
TOTAL	**3 380**	**158 110 377**	**157 753 187**

81,1% des montants remboursés concernent un placement au sein d'une MAS.

Tableau 20 – Les placements en établissement médico-social non conventionné

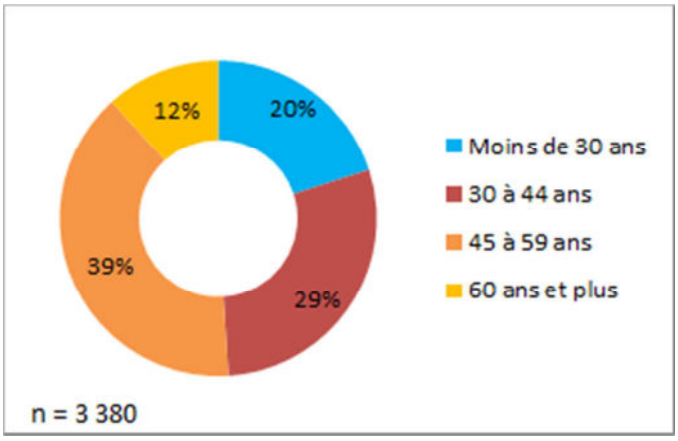
Type d'orientation	Patients	Répartition des patients	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)	Répartition des remboursements
FAM	1 146	33,9%	29 130 476	29 091 620	18,4%
MAS	2 203	65,2%	128 265 476	127 951 744	81,1%
Autres*	31	0,9%	714 425	709 823	0,5%
TOTAL	**3 380**	**100%**	**158 110 377**	**157 753 187**	**100%**

* Autres : IME : Institut Médico-Educatif, thérapies comportementales

3.2.3 – Le profil des assurés

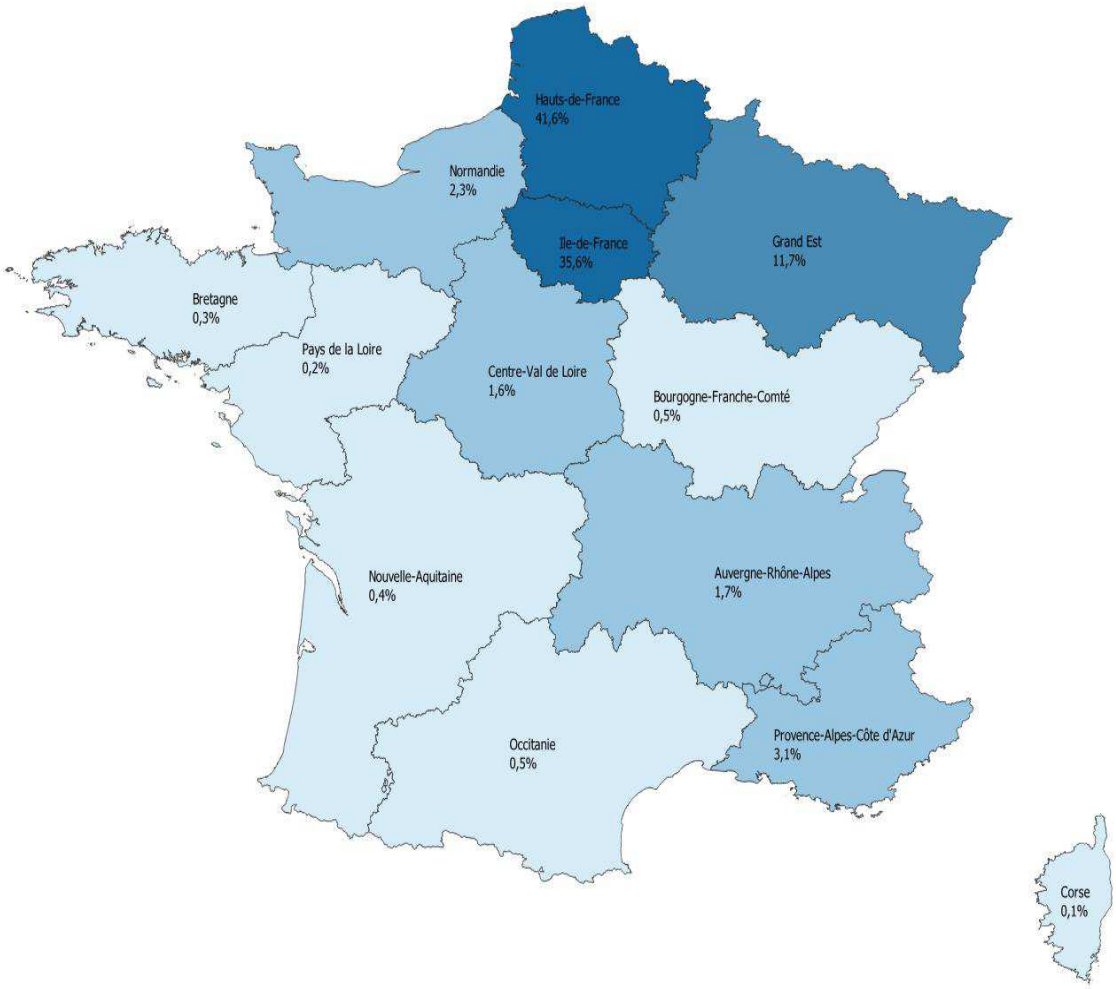
L'âge moyen s'établit à 43,5 ans. Un quart des assurés placés ont moins de 31 ans et trois quart des assurés placés ont moins de 54 ans.

Graphique 7 – Répartition des personnes handicapées placées selon l'âge



Ces assurés viennent de 73 départements (71 en métropole et 2 DOM), mais 41,6% d'entre eux sont affiliés à la région Hauts-de-France (soit 1 407 assurés) et 35,6% à la région Ile-de-France (ce qui représente 1 204 assurés).

Carte 1 – Répartition des assurés placés selon la caisse d'affiliation du bénéficiaire



Note de lecture : 12 assurés viennent des DOM (0,4%).

Résumé

- ***3 380 personnes handicapées sont placées (en hausse de 13,4 %),***
- ***dans 143 établissements à l'étranger : en Belgique essentiellement.***
- ***pour un montant remboursé de près de 157,8 millions d'euros (soit 81,0% du total des prestations de remboursement versées par le CNSE aux assurés). Le taux de prise en charge atteint 99,8%.***
- ***65,2 % des assurés sont placés au sein d'une MAS et 33,9 % au sein d'un FAM.***
- ***la moitié des assurés placés ont moins de 44 ans.***
- ***77,2 % sont affiliés aux Caisses des régions Hauts-de-France et Ile-de-France.***

3.3 – Les hospitalisations

3.3.1 – Les données globales

En 2018 :

- 12 833 hospitalisations à l'étranger ont fait l'objet d'un remboursement (soit une augmentation de 4,3% par rapport à 2017),
- les assurés ont dépensé 48 047 694€ pour une hospitalisation à l'étranger (en hausse de 6,4% par rapport à l'an dernier),
- ils ont été remboursés à hauteur de 14 389 066€ soit une prise en charge de 29,9%.

Tableau 21 – Les hospitalisations à l'étranger (Caisses + SLM)

Organismes	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)
CPAM & CGSS	46 947 815	14 083 038
SLM	1 099 879	306 028
TOTAL	**48 047 694**	**14 389 066**

77,6 % des dépenses d'hospitalisation concernent des séjours hors UE.
La prise en charge des hospitalisations à l'étranger s'élève en moyenne à 29,9% : ce taux de remboursement est de 38,7% pour une hospitalisation au sein de l'UE-EEE-Suisse et de 27,4% si l'hospitalisation a eu lieu en dehors de cette zone.

Tableau 22 – Les hospitalisations en UE-EEE-Suisse et hors UE

Zone géographique	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)	Prise en charge (%)
UE-EEE-Suisse	10 766 070	4 166 428	38,7%
Hors UE	37 281 624	10 222 638	27,4%
TOTAL	**48 047 694**	**14 389 066**	**29,9%**

3.3.2 – Analyse par pays de soins

Concernant les montants dépensés, la dépense globale est la plus élevée aux Etats-Unis (9,0 millions d'euros), loin devant l'Espagne, le Maroc et la Thaïlande (avec respectivement plus de 4 millions d'euros de dépenses).

Concernant les montants remboursés, le Maroc arrive en tête avec plus de 2 millions d'euros remboursés. Viennent ensuite l'Espagne, la Thaïlande, la Tunisie et le Portugal, un classement inchangé par rapport à l'an passé.

Les 10 pays en tête du classement regroupent à eux seuls 62,7% des dépenses et 59,8% des remboursements. Les 137 autres Etats/territoires se répartissent des remboursements pour un montant global avoisinant les 5,8 millions d'euros.

Parmi, les 10 pays en tête du classement, les taux de prise en charge varient fortement de 58,4% en Tunisie à 6,8% aux Etats-Unis.

Tableau 23 – Les 10 principaux pays pour une hospitalisation en termes de montant remboursés

	Pays des soins	Actes	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)	Prise en charge (%)
1	Maroc	1 810	4 191 617	2 066 787	49,3%
2	Espagne	1 161	4 231 456	1 490 336	35,2%
3	Thaïlande	915	4 112 508	1 150 203	28,0%
4	Tunisie	1 044	1 578 916	922 526	58,4%
5	Portugal	432	1 435 063	678 841	47,3%
6	Etats-Unis	622	9 002 401	610 420	6,8%
7	Grèce	366	1 581 844	486 157	30,7%
8	Turquie	541	1 195 326	460 373	38,5%
9	Ile Maurice	360	933 769	371 903	39,8%
10	Israël	229	1 870 921	363 374	19,4%
Sous-total		***7 480***	***30 133 821***	***8 600 920***	***28,5%***
TOTAL		**12 833**	**48 047 694**	**14 389 066**	**29,9%**

Résumé

- ***Les assurés ont dépensé plus de 48,0 millions d'euros pour des hospitalisations à l'étranger : ils ont été remboursés à hauteur de 14,4 millions d'euros soit un taux de prise en charge de l'ordre de 29,9%.***
- ***77,6% des dépenses et 71,0% des remboursements concernent des hospitalisations en dehors de l'UE.***

3.4 – Les dialyses

3.4.1 – Le cadre réglementaire

La prise en charge des dialyses réalisées à l'étranger s'effectue :

- sur présentation de facture acquittée et du formulaire S3125 de demande de remboursement de soins à l'étranger,
- après accord préalable de la Caisse d'affiliation de l'assuré,
- la base de remboursement est le prix facturé, dans la limite d'un forfait plafond de 298,80€ par séance (« tout compris »).

Des dispositions particulières sont appliquées en cas de dialyse avec hospitalisation.

3.4.2 – Les données globales

Le CNSE a traité en 2018 :

- 2 057 dossiers de dialyses (-0,2% par rapport à 2017) pour 1 652 assurés (en augmentation de 1,1%),
- les assurés ont effectué 34 456 séances (-1,1%)
- les assurés ont dépensé 7 524 025€ (-1,5%),
- pour un montant remboursé de 7 488 014€ (-1,4%), soit une prise en charge à hauteur de 99,5%.
- le montant moyen dépensé par séance s'élève à 218€, un montant parfaitement stable par rapport aux années précédentes.

Tableau 24 – Les dialyses à l'étranger (Caisses + SLM)

Organismes	Dossiers	Assurés	Séances	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)
CPAM & CGSS	2 046	1 641	34 309	7 484 251	7 449 099
SLM	11	11	147	39 774	38 915
TOTAL	2 057	1 652	34 456	7 524 025	7 488 014

Les dialyses ont été réalisées dans 61 pays différents. 99,2% des séances de dialyse ont été effectuées hors UE.

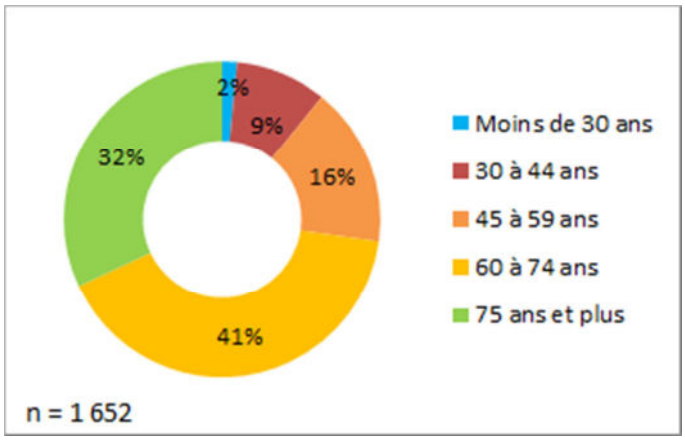
Tableau 25 – Les dialyses en UE-EEE-Suisse et hors UE

Zone géographique	Séances	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)	Montant moyen dépensé (€)	Nombre de pays
UE-EEE-Suisse	284	80 568	74 722	284	9
Hors UE	34 172	7 443 457	7 413 292	218	52
TOTAL	**34 456**	**7 524 025**	**7 488 014**	**218**	**61**

3.4.3 – Le profil des assurés

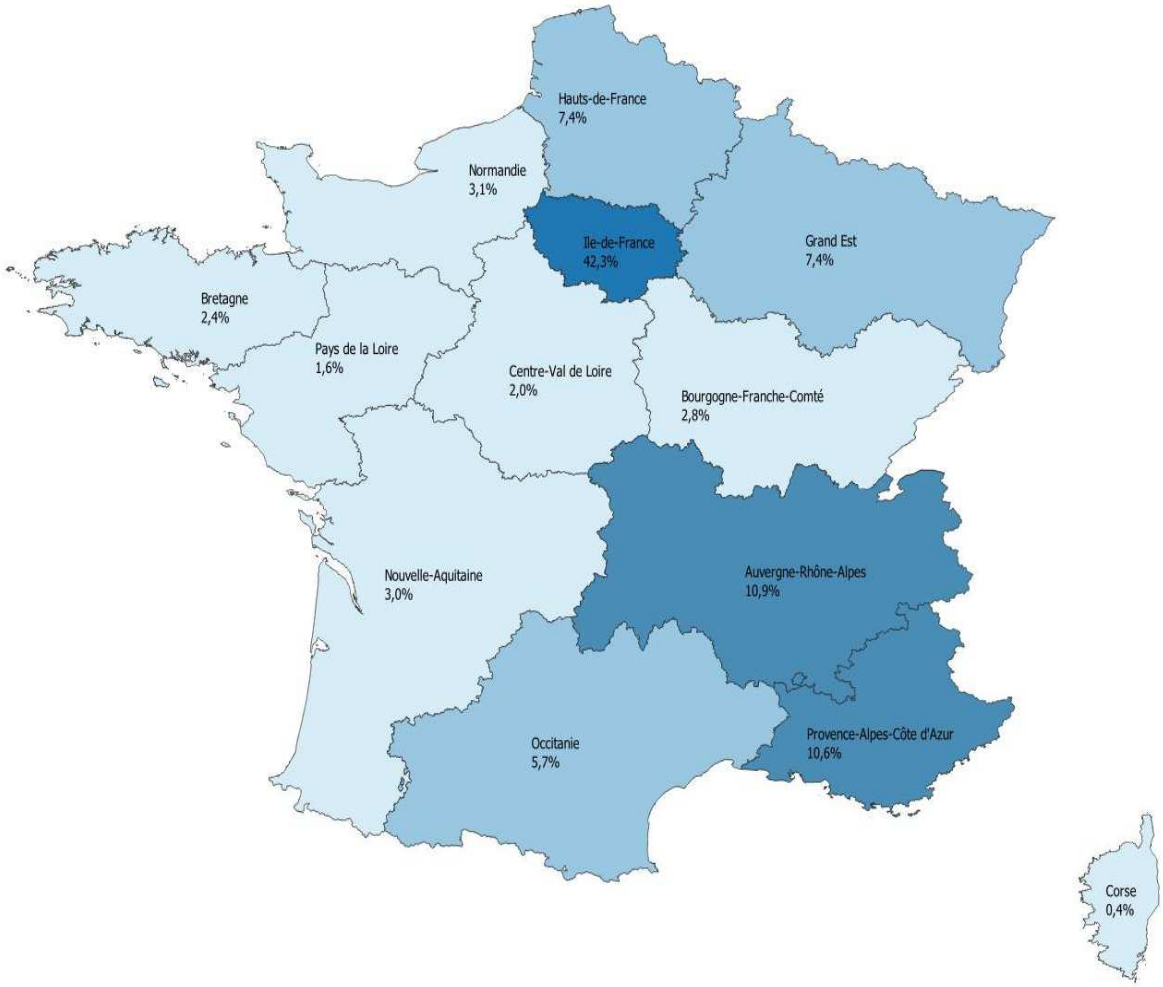
L'âge moyen des assurés dialysés dépasse les 66 ans.

Graphique 8 – Répartition des patients dialysés selon l'âge



La région Ile-de-France est la 1ère région française (42,3%) d'où sont originaires les assurés ayant subi une dialyse à l'étranger devant les régions Auvergne-Rhône-Alpes (10,9%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (10,6%).

Carte 2 – Répartition des assurés dialysés selon la caisse d'affiliation du bénéficiaire



Note de lecture : 5 assurés viennent des DOM (0,3%).

3.4.4 – Focus sur les dialyses en Algérie, Tunisie et Maroc

Les dialyses effectuées dans ces 3 pays du Maghreb représentent :

- plus de ¾ des dossiers (76,3%),
- 78,4% des montants remboursés.

Tableau 26 – Les dialyses au Maghreb

	Pays	Dossiers	Séances	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)	Répartition / total dossiers	Répartition / total rembour-sements
1	Maroc	693	12 111	2 463 943	2 463 072	33,7%	32,9%
2	Algérie	553	8 471	1 966 318	1 963 510	26,9%	26,2%
3	Tunisie	324	6 223	1 445 255	1 445 171	15,8%	19,3%
	Sous-total	***1 570***	***26 805***	***5 875 516***	***5 871 753***	***76,3%***	***78,4%***

Le montant moyen facturé par séance s'établit à 203€ au Maroc (204€ en 2017), 232€ en Tunisie et en Algérie (contre respectivement 225€ et 242€ en 2017). Il convient de noter la propension des opérateurs privés de ces 3 pays à facturer les séances de dialyse aux ressortissants du système français à un tarif proche du tarif de remboursement en France, et en tout cas nettement supérieur au tarif local.

Résumé

- ***34 456 séances de dialyses réalisées à l'étranger ont généré une dépense de 7,52 millions d'euros et un remboursement de 7,49 millions d'euros soit une prise en charge à hauteur de 99,5 %.***
- ***Ces dialyses sont réalisées presque exclusivement hors UE et dans 3 cas sur 4, elles sont effectuées au Maroc, en Algérie ou en Tunisie.***
- ***72,8% des assurés dialysés ont plus de 60 ans.***
- ***42,3% des assurés dialysés à l'étranger sont affiliés aux caisses d'Ile-de-France.***

3.5 – Les soins dentaires

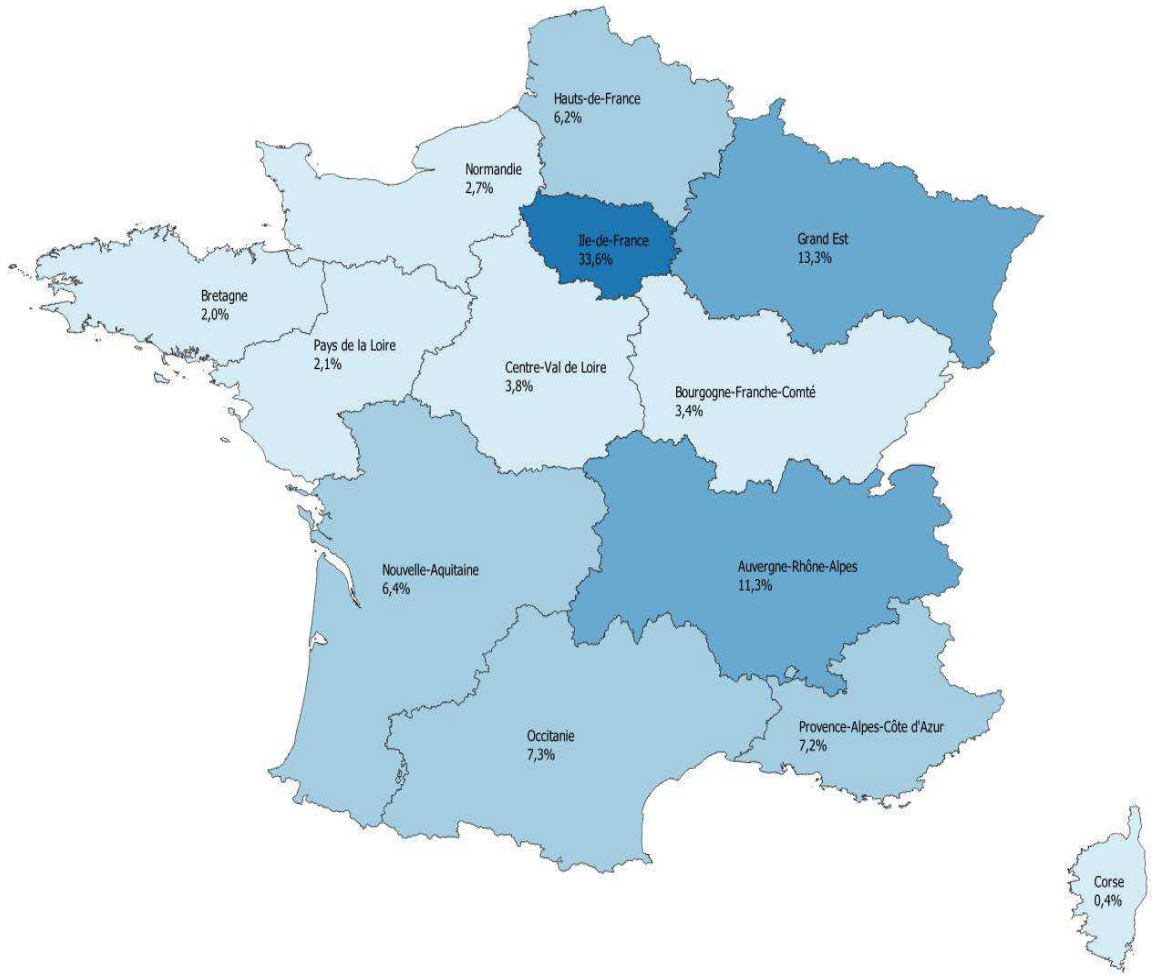
3.5.1 – Les données globales

Le CNSE a remboursé :

- 32 454 dossiers pour des soins dentaires effectués à l'étranger.
- les assurés ont dépensé près de 13,7 millions d'euros et ont été remboursés pour un montant avoisinant les 3,5 millions d'euros soit une prise en charge de l'ordre de 25,6%. A titre de comparaison, en 2016, l'Assurance maladie a remboursé plus de 3,4 milliards d'euros pour des soins dentaires (exercice libéral). La part des soins dentaires remboursée à l'étranger ne représente donc que 0,1% de la prise en charge globale des soins dentaires par l'Assurance maladie.
- la dépense moyenne par dossier passe à 421€ (contre 416€ en 2017) et le remboursement moyen s'élève toujours à 108€ par dossier (contre 108€ en 2017).

Les assurés ayant effectué des soins dentaires à l'étranger sont majoritairement affiliés aux caisses de la région Ile-de-France (33,5%) loin devant les régions Grand Est (13,3%) et Auvergne-Rhône-Alpes (11,4%).

Carte 3 – Répartition des dossiers de soins dentaires à l'étranger selon la caisse d'affiliation du bénéficiaire



Note de lecture : 97 dossiers concernent des assurés des DOM (0,3%).

Tableau 27 – Les soins dentaires à l'étranger (Caisses et SLM)

Organismes	Dossiers	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)	Prise en charge (%)
CPAM& CGSS	31 892	13 490 750	3 448 138	25,6%
SLM	562	173 723	45 118	26,0%
TOTAL	**32 454**	**13 664 473**	**3 493 256**	**25,6%**

En 2018 :

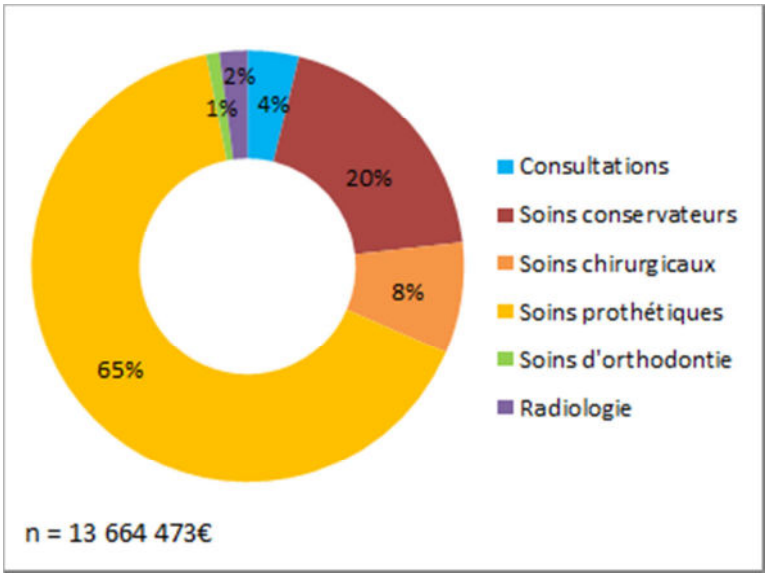
- 95,5% des dossiers et 97,3% des dépenses concernent des soins effectués au sein de la zone UE-EEE-Suisse,

Tableau 28 – Les soins dentaires en UE-EEE-Suisse et hors UE

Zone géographique	Dossiers	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)	Prise en charge (%)
UE-EEE-Suisse	31 009	13 293 425	3 414 556	25,7%
Hors UE	1 445	371 048	78 701	21,2%
TOTAL	**32 454**	**13 664 473**	**3 493 256**	**25,6%**

La grande majorité des dépenses effectuées à l'étranger concernent des soins prothétiques (65,4%), suivis par les soins conservateurs (19,4%).

Graphique 9 – Répartition des soins dentaires à l'étranger selon le montant dépensé



Le taux de prise en charge moyen des soins dentaires s'élève à 25,6% mais les soins prothétiques ne sont remboursés qu'à hauteur de 21,4%, alors que les actes de radiologie le sont à hauteur de 38,6%.

Tableau 29 – Typologie des soins dentaires à l'étranger

Type de soins	Actes	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)	Prise en charge (%)
Consultations	7 671	522 714	132 911	25,4%
Soins conservateurs	23 425	2 652 563	911 914	34,4%
Soins chirurgicaux	7 536	1 132 273	393 466	34,8%
Soins prothétiques	10 205	8 936 285	1 910 232	21,4%
Soins d'orthodontie	257	133 324	33 838	25,4%
Radiologie	7 361	287 314	110 895	38,6%
TOTAL	**56 455**	**13 664 473**	**3 493 256**	**25,6%**

3.5.2 – Les soins délivrés dans la zone UE-EEE-Suisse

Le tableau ci-dessous présente les données des 10 pays pour lesquels les montants dépensés pour des soins dentaires sont les plus élevés.

3 profils de coûts se dégagent : Hongrie (coût des soins supérieurs à 1 100€ en moyenne), Espagne, Italie, Roumanie et Bulgarie (entre 550 et 700€), les autres pays (inférieurs à 400€).

Tableau 30 – Les soins dentaires en UE-EEE-Suisse (10 premiers pays en termes de montants dépensés)

	Pays de soins	Dossiers	Montant dépensé (€)	Dépense moyenne (€)	Montant remboursé (€)	Prise en charge (%)
1	Hongrie	3 304	3 934 461	1 191	1 038 824	26,4%
2	Espagne	5 825	3 225 619	554	690 335	21,4%
3	Portugal	11 311	2 460 608	218	815 005	33,1%
4	Italie	1 637	929 227	568	197 518	21,3%
5	Allemagne	2 095	767 765	366	140 179	18,3%
6	Roumanie	626	363 864	581	133 859	36,8%
7	Belgique	1 671	334 803	200	76 265	22,8%
8	Pologne	1 144	278 447	243	92 975	33,4%
9	Bulgarie	340	233 300	686	76 557	32,8%
10	Luxembourg	912	199 189	218	43 764	22,0%
Sous-total		***28 865***	***12 727 283***	***441***	***3 305 281***	***26,0%***
TOTAL UE		**31 009**	**13 293 425**	**429**	**3 414 556**	**25,7%**

3.5.3 – Les soins délivrés en dehors de l'UE

Le tableau ci-dessous présente les données des 5 pays en dehors de la zone UE-EEE-Suisse pour lesquels les montants dépensés en soins dentaires sont les plus élevés.
Les enjeux financiers hors UE sont modestes (371 048€ dépensés), seuls les soins inopinés et ceux des travailleurs détachés étant pris en charge, les situations peuvent être très diverses.

Tableau 31 – Les soins dentaires hors UE (5 premiers pays en termes de montants dépensés)

	Pays de soins	Dossiers	Montant dépensé (€)	Dépense moyenne (€)	Montant remboursé (€)	Prise en charge (%)
1	Etats-Unis	297	115 703	390	11 836	10,2%
2	Canada	246	42 983	175	7 599	17,7%
3	Maroc	104	28 775	277	10 537	36,6%
4	Liban	26	16 906	650	4 396	26,0%
5	Nouvelle-Calédonie	124	15 945	129	5 411	33,9%
Sous-total		***797***	***220 312***	***276***	***39 779***	***18,1%***
TOTAL HUE		**1 445**	**371 048**	**257**	**78 701**	**21,2%**

3.5.4 – Focus sur les soins dentaires délivrés en Hongrie, en Espagne, au Portugal, en Italie et en Allemagne

Ces 5 pays concentrent :

- 74,5% des dossiers dentaires à l'étranger (24 172),
- 82,8% des dépenses des assurés (plus de 11,3 millions d'euros) et 82,5% des remboursements (près de 2,9 millions d'euros),
- 3 pays avec une dépense supérieure à 2 millions d'euros : 3,9 millions d'euros en Hongrie, plus de 3,2 millions d'euros en Espagne, près de 2,5 millions d'euros au Portugal.

Les prestations réalisées ont des coûts très différents et l'origine géographique des assurés varie également selon le pays des soins.

Hongrie Dossiers : 3 304 Montant dépensé : 3 934 461€ Montant remboursé : 1 038 824€ Dépense moyenne : 1 191€ Prise en charge : 26,4%	*Essentiellement des soins prothétiques* 79,7% des montants dépensés correspondent à des soins prothétiques, 10,1% à des soins conservateurs et 8,8% à des actes chirurgicaux. *Une grande diversité géographique* Dans le classement par département, la Haute-Savoie (6,0%) se positionne devant Paris (5,4%), le Haut-Rhin (4,5%), la Seine et Marne (3,5%) et l'Isère (3,3%). Les caisses d'Ile-de-France (25,5%) sont suivies par celles de la région Auvergne-Rhône-Alpes (19,1%) et Grand Est (11,8%).
Espagne Dossiers : 5 825 Montant dépensé : 3 225 619€ Montant remboursé : 690 335€ Dépense moyenne : 554€ Prise en charge : 21,4%	*Une majorité de soins prothétiques* 75,9% des montants dépensés correspondent à des soins prothétiques et 13,7% à des soins conservateurs. *Les régions frontalières et l'Ile-de-France* Dans le classement par département, les Pyrénées Orientales (7,7%) arrive devant Paris (5,5%), les Pyrénées Atlantiques (4,8%), la Haute-Garonne (4,0%) et la Gironde (3,3%). L'Occitanie arrive en première position (21,5%) devant l'Ile-de-France (20,0%) et la Nouvelle-Aquitaine (14,8%).
Portugal Dossiers : 11 311 Montant dépensé : 2 460 608€ Montant remboursé : 815 005€ Dépense moyenne : 218€ Prise en charge : 33,1%	*Des soins prothétiques et une part non négligeable de soins conservateurs* 58,0% des montants dépensés correspondent à des soins prothétiques et 27,3% à des soins conservateurs. *L'Ile-de-France domine* Aux 8 premiers rangs, on retrouve les 8 départements d'Ile-de-France avec en tête l'Essonne (9,0%) puis la Seine et Marne (8,9%) et le Val de Marne (7,3%). L'Ile-de-France (51,8%) domine largement le classement par région loin devant les régions Auvergne-Rhône-Alpes (11,0%) et Centre-Val de Loire (6,1%).
Italie Dossiers : 1 637 Montant dépensé : 929 227€ Montant remboursé : 197 518€ Dépense moyenne : 568€ Prise en charge : 21,3%	*Une majorité de soins prothétiques* 71,3% des montants dépensés concernent des soins prothétiques, 14,1% des soins conservateurs et 8,4% des soins chirurgicaux. *Soins transfrontaliers essentiellement et Ile-de-France* Le département des Alpes-Maritimes représente à lui-seul 38,7% des dossiers traités pour des soins dentaires en Italie suivi de Paris (9,3%), du Var (6,4%) et des Hauts-de-Seine et de la Moselle avec 2,5%. En nombre de dossiers, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (47,8%) arrive en tête loin devant l'Ile-de-France (21,7%) et la région Auvergne-Rhône-Alpes (7,8%).
Allemagne Dossiers : 2 095 Montant dépensé : 767 765€ Montant remboursé : 140 179€ Dépense moyenne : 366€ Prise en charge : 18,3%	*Une grande diversité des soins* 43,2% des montants dépensés correspondent à des soins prothétiques, 26,3% à des soins conservateurs. Les soins chirurgicaux représentent 12,9% des dépenses et les consultations 12,2%. *Soins transfrontaliers* Dans le classement par département, le Bas-Rhin représente à lui-seul 32,3% des dossiers remboursés devant la Moselle (26,6%) et le Haut-Rhin (11,8%). Les caisses du Grand Est (73,1%) représentent la majorité des dossiers remboursés loin devant les caisses d'Ile-de-France (10,2%).

Résumé

- ***Plus de 32 400 dossiers pour des soins dentaires à l'étranger ont été remboursés en 2018.***
- ***Les assurés avaient dépensé près de 13,7 millions d'euros et ont été remboursés à hauteur de 3,5 millions d'euros (soit un taux de prise en charge de 25,6%).***
- ***La majorité des dépenses effectuées à l'étranger concernent des soins prothétiques (65,4%) qui sont pris en charge à hauteur de 21,4%.***
- ***L'UE-EEE-Suisse représente 95,5% des dossiers et 97,3% des dépenses.***
- ***Le profil des prestations dentaires servies est différent selon le pays des soins (les soins prothétiques sont majoritaires mais certains pays comme le Portugal et l'Allemagne conservent une part non négligeable de soins conservateurs).***
- ***Pour l'Allemagne, l'Italie et l'Espagne, la proximité géographique est un critère déterminant.***

3.6 – La Procréation Médicalement Assistée

3.6.1 – Le cadre réglementaire

Les conditions de prise en charge de l'assistance médicale à la procréation (PMA) sont fixées au chapitre 9 de la Classification Commune des Actes Médicaux :

- facturation des actes antérieure au jour du 43ème anniversaire,
- une seule insémination artificielle par cycle avec un maximum de 6 pour l'obtention d'une grossesse,
- au maximum 4 tentatives de fécondation in vitro (FIV),
- dépôt d'une demande d'accord préalable avant le début du traitement.

L'article L 2141-2 du code de la santé publique précise les conditions requises pour ce projet parental, conformément à la loi Bioéthique du 6 août 2004.

La PMA effectuée à l'étranger est soumise à autorisation préalable car les activités cliniques et biologiques de PMA sont assimilées aux soins hospitaliers programmés. Cette demande d'accord préalable (selon l'art. R160-2 du code de la sécurité sociale) est adressée à la Caisse de l'assurée et instruite par le Pôle Médical du CNSE, par délégation du Médecin Conseil National.

La prise en charge du traitement, ainsi que des frais de transport associés, est exonérée du ticket modérateur. La base tarifaire pour la PMA est de :

- 1 581,93€ pour une FIV avec donneur,
- 519,48€ pour un cryo-transfert.

3.6.2 – Les demandes d'accord préalable reçues et instruites par le Pôle Médical

1 866 demandes ont été réceptionnées en 2018 (soit une augmentation de 2,0% par rapport à 2017). Cela représente en moyenne 155 demandes par mois.

Au cours de l'année 2018, 1 851 demandes ont été instruites par le Pôle Médical du CNSE :

- 1 491 accords ont été notifiés aux assurées (80,6%). 14 pays sont concernés par ces accords. L'Espagne reste la destination principale (71,2% des accords délivrés) suivie par la République Tchèque (18,1% des cas). La Belgique, le Portugal et la Grèce représentent respectivement 5,4%, 2,6% et 1,7% des accords délivrés.

- 360 refus ont été notifiés aux assurés : 169 dossiers étaient incomplets, 171 demandes n'étaient pas conformes à la législation française (essentiellement car la demandeuse était âgée de plus de 43 ans ou qu'elle avait déjà effectuée 4 FIV). Dans 18 cas, la demande a été faite après les soins et dans 2 cas le traitement était possible en France dans un délai médicalement acceptable.

Il convient de noter que les salariés en position de détachement hors de France peuvent bénéficier de la prise en charge de ce traitement, y compris en dehors de l'UE.

Les demandes de PMA à l'étranger concernent très majoritairement des FIV avec don de gamètes. Les délais importants (2 à 5 ans) pour obtenir le bénéfice de cette technique dans les centres français expliquent cette situation.
Il faut cependant souligner que les traitements à l'étranger représentent moins de 1% des tentatives de PMA en France, toutes techniques confondues, estimées en 2016 à 147 730.

3.6.3 – Les demandes de remboursement traitées : les données globales

Tableau 32 – La PMA à l'étranger et les frais de transport associés

	Nombre d'actes	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)	Prise en charge (%)
Fécondation In Vitro	921	5 545 341	1 445 726	26,1%
Cryo-transfert	455	635 646	232 174	36,5%
Transport	1 285	669 360	326 291	48,7%
TOTAL		**6 850 347**	**2 004 191**	**29,3%**

Le CNSE a traité :

- 1 357 dossiers (1 327 pour les CPAM-CGSS-CSS-RMP et 30 pour les SLM) pour le compte de 1 090 assurées,
- les patientes ont dépensé 6 180 987€ pour un acte de PMA (dont 89,7% sont liées à une FIV) et 669 360€ en frais de transport,
- le coût moyen d'un dossier s'élève donc à 4 555€ d'actes médicaux et 521€ de frais de transport,
- elles ont été remboursées à hauteur de 1 677 901€ pour la PMA et 326 291€ pour le transport soit une prise en charge globale de 29,3 % en moyenne,
- le montant moyen remboursé s'élève, quant à lui, à 1 236€ pour les actes de PMA et à 254€ de frais de transport.

Tableau 33 – La PMA à l'étranger (FIV et cryo-transfert)

Zone géographique	Dossiers	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)
UE-EEE-Suisse	1 353	6 161 696	1 670 573
Hors UE	4	19 291	7 328
TOTAL	**1 357**	**6 180 987**	**1 677 901**

16 pays sont concernés en 2018 par la réalisation d'actes de PMA à l'étranger :

- l'Espagne dans 7 cas sur 10 (73,8%),
- puis la République Tchèque (20,7%),
- suivent ensuite le Portugal, la Grèce et la Belgique (respectivement 1,5%, 1,3% et 1,0%),
- auxquels il convient d'ajouter, pour très peu de dossiers, l'Afrique du Sud, l'Allemagne, l'Autriche, la Bulgarie, Chypre, l'Italie, le Japon, la Nouvelle-Zélande, la Pologne, le Royaume-Uni et la Suisse.

Le coût moyen pour l'assurée d'un acte de PMA en Espagne (4 850€) est parfaitement stable par rapport aux années précédentes. Le coût d'une PMA est relativement plus faible en République Tchèque (3 658€).

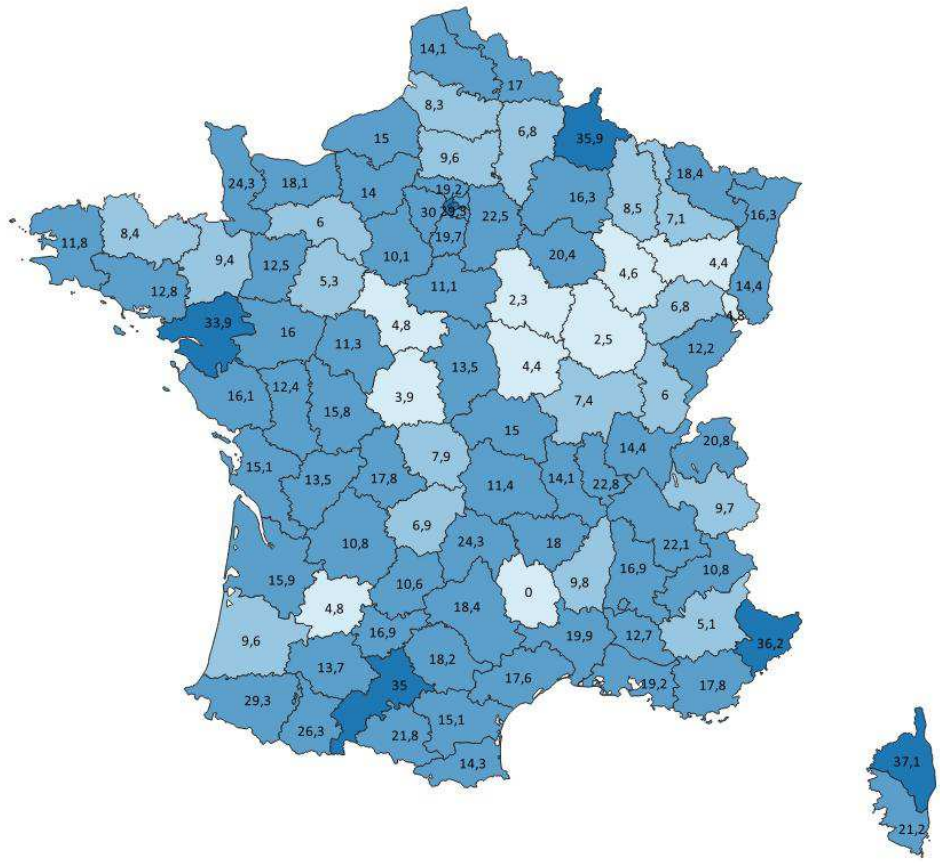
Tableau 34 – Les 5 principaux pays concernés par la PMA à l'étranger (FIV et cryo-transfert hors transport)

	Pays de soins	Dossiers	Répartition	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)	Montant moyen dépensé (€)	Prise en charge (%)
1	Espagne	1 002	73,8%	4 859 599	1 218 648	4 850	25,1%
2	Rép. Tchèque	281	20,7%	1 027 862	357 542	3 658	34,8%
3	Portugal	21	1,5%	112 268	33 221	5 346	29,6%
4	Grèce	18	1,3%	72 662	27 412	4 037	37,7%
5	Belgique	14	1,0%	30 014	13 053	2 144	43,5%
	Sous-total	***1 336***	***98,5%***	***6 102 405***	***1 649 876***	***4 568***	***27,0%***

3.6.4 – Le profil des assurées

Si l'on rapporte le nombre de demandes reçues à la population concernée (femmes en âge de procréer), il apparait qu'il existe une forte disparité départementale. Si la région Ile-de-France reste une zone de forte demande, les Alpes-Maritimes, les Ardennes et la Haute-Garonne présentent une activité atypique.

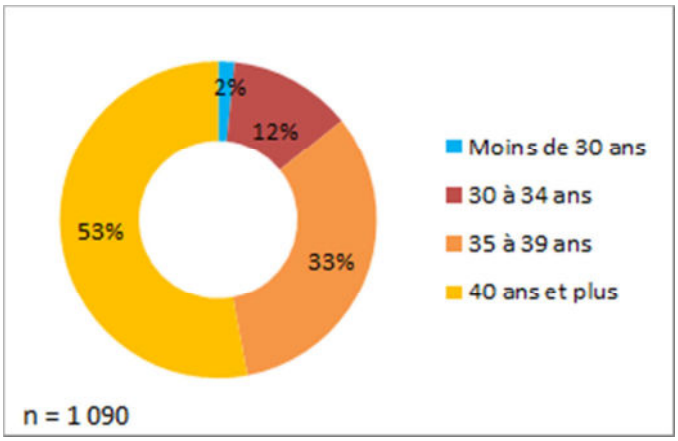
Carte 4 – Répartition des assurées ayant effectuée une demande de prise en charge de PMA à l'étranger selon la caisse d'affiliation du bénéficiaire (CPAM)
Nombre de demandes de PMA à l'étranger reçues en 2018, pour 100 000 femmes en âge de procréer [20-45 ans] - *moyenne nationale = 18,5*



Note de lecture : 7 demandes de remboursement provenaient d'assurées d'outre-mer (2,0 pour 100 000).

D'une année à l'autre, la répartition par tranche d'âge est assez similaire. En 2018, 52,9% des patientes demandant le remboursement d'un acte de PMA avaient plus de 40 ans ou plus. Leur probabilité d'obtenir la prise en charge d'une PMA réalisée en France avant l'âge de 43 ans est faible, voire nulle, compte tenu des délais d'attente observés dans les CECOS (Centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains).

Graphique 9 – Répartition des patientes ayant réalisé une PMA selon l'âge



Résumé

- ***1 866 demandes d'accord préalables pour une PMA à l'étranger reçues par le pôle médical du CNSE.***
- ***80,6% des demandes traitées obtiennent un accord du médecin conseil pour effectuer les soins à l'étranger.***
- ***1 357 dossiers remboursés dont 73,8% concernent l'Espagne.***
- ***Le coût moyen d'une PMA à l'étranger s'élève à 5 076€ (4 555€ pour les actes médicaux et 521€ de frais de transport). La prise en charge s'élève en moyenne à 29,3 %.***
- ***52,9% des assurées avaient 40 ans ou plus au moment de leur PMA à l'étranger.***

3.7 – Les salariés détachés

3.7.1 – Le cadre réglementaire

Une entreprise française qui détache un de ses salariés à l'étranger pour une mission ponctuelle à durée limitée, peut décider de continuer de cotiser à l'URSSAF, ce qui permet au salarié d'être affilié à la protection sociale française comme si le lieu de son activité professionnelle était en France.

Au sein de la zone UE-EEE-Suisse, il peut être pris en charge par la Caisse du pays de séjour (en produisant un formulaire S1 ou une CEAM). A défaut, le détaché peut présenter ses demandes de remboursement au CNSE, qui prendra en charge ses soins selon le tarif du pays de séjour sauf en cas de demande expresse du détaché de bénéficier des tarifs français.

En dehors de l'UE-EEE-Suisse, le détaché est remboursé par l'assurance maladie sur présentation de factures acquittées et dans la limite des bases de remboursements françaises.

Au vu des tarifs appliqués dans certains pays, il est conseillé à l'employeur et/ou au détaché de souscrire un contrat d'assurance privée. Le CNSE intervient alors sur le montant restant à la charge du détaché, dans la limite du montant restant et selon les tarifs français.

3.7.2 – Les dossiers traités

En 2018, le CNSE a instruit 11 644 dossiers pour des travailleurs détachés et leur famille. Dans 15,6% des cas, un refus a été notifié.

Tableau 35 – Volume des dossiers traités (accords et refus) pour les travailleurs détachés

Décisions	Dossiers traités	%
Accord total	9 258	79,5%
Accord partiel	574	4,9%
Refus	1 812	15,6%
TOTAL	**11 644**	**100%**

Les travailleurs, dont les dossiers ont été traités en 2018, étaient détachés dans 149 Etats à travers le monde. La majorité des dossiers provient de travailleurs détachés en dehors de l'UE-EEE-Suisse.

Tableau 36 – Les dossiers traités pour des détachés en UE-EEE-Suisse et hors UE

Zone géographique	Dossiers traités	%
UE-EEE-Suisse	5 144	44,2%
Hors UE	6 500	55,8%
TOTAL	**11 644**	**100%**

Les 5 principaux pays en termes de dossiers traités représentent 33,9% des dossiers instruits en 2018.

Tableau 37 – Les 5 principaux pays en termes de dossiers traités

Pays	Dossiers traités	%
Belgique	1 301	11,2%
Maroc	787	6,8%
Italie	776	6,7%
Etats-Unis	542	4,6%
Allemagne	539	4,6%
Sous-total	***3 945***	***33,9%***
TOTAL	**11 644**	**100%**

3.7.3 – Les dossiers remboursés

Les dossiers hors UE représentent 56,7% des dossiers remboursés et 59,9% des dépenses engagées.
Le montant moyen du remboursement s'établit à 82 €, pour une dépense moyenne de 265€ : cela équivaut à une prise en charge de l'ordre 31,1%.

Tableau 38 – Les soins remboursés aux détachés en UE-EEE-Suisse et hors UE

Zone géographique	Dossiers remboursés	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)	Prise en charge (%)	Remboursement moyen (€)
UE-EEE-Suisse	4 255	1 044 683	328 252	31,4%	77
Hors UE	5 577	1 562 338	481 597	30,8%	86
TOTAL	**9 832**	**2 607 021**	**809 849**	**31,1%**	**82**

Ces montants sont à appréhender avec précaution, compte tenu du cadre de prise en charge :

- en UE-EEE-Suisse, la prise en charge principale relève du pays de séjour,
- hors UE, les prestations versées par le CNSE diffèrent fortement selon les prix pratiqués dans les pays de séjour et selon la prise en charge du contrat d'assurance privée conclu par l'employeur et/ou le détaché.

3.7.4 – Analyse par pays de soins

En termes de montant dépensé, c'est aux Etats-Unis que ce montant est le plus élevé (305 175€) devant l'Italie (183 090€).
Par rapport à l'an passé, la Belgique arrive encore en tête des Etats en termes de montant remboursé avec un total de 82 778€. Viennent ensuite le Maroc, l'Italie et la Chine.
Les 12 pays en tête du classement regroupent à eux seuls 60,1% des dépenses et 55,1% des remboursements. Les 131 autres Etats/territoires se répartissent des remboursements pour un montant global de 363 627€.

Tableau 39 – Les 12 principaux pays de soins des détachés en termes de montant remboursés

	Pays des soins	Dossiers remboursés	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)	Prise en charge (%)	Remboursement moyen (€)
1	Belgique	1 083	180 866	82 778	45,8%	76
2	Maroc	692	110 893	58 598	52,8%	85
3	Italie	691	183 090	45 688	25,0%	66
4	Chine	238	156 890	39 074	24,9%	164
5	Allemagne	440	145 373	37 203	25,6%	85
6	Etats-Unis	426	305 175	36 281	11,9%	85
7	Espagne	380	116 232	36 018	31,0%	95
8	Mexique	195	81 000	33 894	41,8%	174
9	Suisse	224	81 040	20 017	24,7%	89
10	Portugal	239	64 238	19 515	30,4%	82
11	Emirats Arabes Unis	181	85 440	19 156	22,4%	106
12	Brésil	179	57 483	18 002	31,3%	101
Sous-total		***4 968***	***1 567 718***	***446 222***	***28,5%***	***90***
TOTAL		**9 832**	**2 607 021**	**809 849**	***31,1%***	***82***

Résumé

- ***11 644 dossiers pour des salariés détachés à l'étranger ont été instruits et 9 832 dossiers ont fait l'objet d'un remboursement.***
- ***55,8 % des dossiers instruits concernaient des soins hors UE.***
- ***42,1% des dossiers remboursés concernent des soins prodigués à un assuré affilié à l'une des caisses d'Ile-de-France.***
- ***Les assurés ayant obtenu un remboursement avaient dépensé près de 2,6 millions d'euros en frais de santé : ils ont été remboursés à hauteur de 810 000€ soit un taux de prise en charge de 31,1 %.***

4 – LES RESULTATS 2018 – dettes et créances internationales

4.1 – Les enjeux financiers

4.1.1. Les créances présentées et les dettes introduites en 2018

Au cours de l'année 2018, les créances présentées par la France aux organismes étrangers ont dépassé les 873,4 millions d'euros (ce qui représente les dépenses enregistrées au cours du 2ème semestre 2017 et du 1er semestre 2018 ainsi que les apurements de compte liés à des commissions mixtes) tandis que sur la même période les dettes introduites auprès de la France atteignent près de 503,6 millions d'euros.

De manière globale, la France apparait clairement comme un pays créancier même si cette tendance recouvre deux situations différentes :
- la France est l'un des principaux créanciers de ses partenaires européens et le plus gros créancier de l'UE-EEE-Suisse.
- en revanche, la France est dans une situation débitrice vis-à-vis des pays/territoires hors UE signataires d'un accord international en matière de sécurité sociale (conventions bilatérales ou décrets de coordination). Des décrets de coordination existent ainsi avec 3 territoires d'outre-mer (Nouvelle-Calédonie, Polynésie française et Saint-Pierre et Miquelon) ayant acquis une autonomie en matière de sécurité sociale. Depuis 2017, un accord particulier a été signé avec Wallis-et-Futuna dans le cadre des évacuations sanitaires vers la métropole.

Les principaux partenaires de la France sont les pays de l'UE-EEE-Suisse : 99,2% des créances présentées par la France concernaient des soins de santé délivrés à des assurés des pays de la zone UE-EEE-Suisse dans le cadre des règlements européens (CE 883/2004 et 987/2009). En revanche, seules 82,7% des dettes introduites l'ont été par un pays de l'UE-EEE-Suisse. Le poids prépondérant de l'UE-EEE-Suisse s'explique par le champ d'application des règlements européens qui est particulièrement large par rapport à celui des accords internationaux.
En ce qui concerne les territoires d'outre-mer, les dépenses engagées par les assurés des régimes français sont plus de 21 fois plus importantes que celles effectuées en métropole par les assurés de ces territoires.

Tableau 40 – Créances présentées et dettes introduites en 2018

	Créances présentées (€) (soins de santé et frais de gestion)	**Dettes introduites (€)** (soins de santé et frais de gestion)
Règlements européens (UE-EEE-Suisse)	866 938 201	416 443 543
Conventions bilatérales (Hors UE)	2 667 056	4 827 166
Décrets de coordination (Hors UE)	3 850 128	82 324 463
TOTAL	**873 455 385**	**503 595 172**
dont frais de gestion	*13 341 853*	*13 915 819*

4.1.2. Les créances et les dettes payées en 2018

En 2018, la France a reçu des paiements en provenance des organismes étrangers dépassant les 990,7 millions d'euros. Dans le même temps, la France a remboursé des dettes pour un montant de près de 514,2 millions d'euros.

Tableau 41 – Créances et dettes payées en 2018

	Créances payées (€) (soins de santé et frais de gestion)	**Dettes payées (€)** (soins de santé et frais de gestion)
Règlements européens (UE-EEE-Suisse)	989 180 960	387 711 500
Conventions bilatérales (Hors UE)	910 762	43 623 971
Décrets de coordination (Hors UE)	622 369	82 834 689
TOTAL	**990 714 091**	**514 170 160**
dont frais de gestion	*12 651 978*	*18 313 215*

4.2 – Les créances françaises

Les créances françaises correspondent aux dépenses de soins de santé engagées sur le territoire français par les assurés des régimes de sécurité sociale étrangers (pays de l'UE-EEE-Suisse ou pays/territoire lié à la France par un accord international de sécurité sociale – cf. annexe) et pour lesquels le coût des soins a été supporté par l'Assurance Maladie. La présentation des créances peut se faire sous la forme de factures au coût réel ou sous la forme d'un forfait calculé sur la base du coût annuel moyen des soins de santé selon les catégories d'assurés (travailleurs, familles de travailleurs, pensionnés).

4.2.1 – Les créances présentées par la France aux OLE en 2018

Au cours de l'année 2018, le CNSE a présenté aux organismes de liaison étrangers (OLE), les créances françaises qui se décomposent comme suit :

- les factures des prestations servies aux assurés des régimes étrangers qui sont entrées dans les comptes de l'assurance maladie au cours du 2ème semestre 2017 ainsi que du 1er semestre 2018,
- la dotation forfaitaire annuelle versée par Wallis et Futuna depuis la signature de la convention relative à la prise en charge des patients lors d'évacuations sanitaire vers la Métropole. La dotation annuelle s'élève à 500 000€.

En 2018, le CNSE a présenté les créances françaises pour un montant total avoisinant les 873,5 millions d'euros. Ces créances se répartissent entre dépenses de soins de santé à hauteur de 860,1 millions d'euros et frais de gestion pour 13,3 millions d'euros.
Les frais de gestion sont calculés en appliquant un taux, variable selon le pays, aux montants des dettes afin de tenir compte des frais d'administration. L'application de frais de gestion est négociée par convention bilatérale et ne concerne que certains pays.

Les créances françaises ont été présentées à :

- l'ensemble des 31 pays de la zone UE-EEE-Suisse,
- 14 pays/territoires liés à la France par un accord international en matière de sécurité sociale (Algérie, Andorre, Macédoine, Mali, Maroc, Monténégro, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Québec, Saint-Pierre et Miquelon, Serbie, Tunisie, Turquie, Wallis et Futuna).

99,3% des créances présentées concernent un pays de la zone UE-EEE-Suisse.
Les 860,1 millions d'euros de dépenses de santé ont été présentés sous forme de factures dans 99,9% des cas. En effet, cette année, aucun forfait n'a été présenté à un pays lié à la France par une convention bilatérale suite à un apurement des comptes.

Tableau 42 – Créances françaises présentées en 2018

	Factures (€)	Forfait (€)	Contrôles médicaux (€)	TOTAL soins de santé (€)	Frais de gestion (€)
UE-EEE-Suisse	853 683 045	0	9 631	853 692 676	13 245 525
Hors UE	5 920 856	500 000	0	6 420 856	96 328
TOTAL	**859 603 901**	**500 000**	**9 631**	**860 113 532**	**13 341 853**

Tableau 43 – Renonciations

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

La France a également signé avec plusieurs pays des accords spécifiques par lesquels les autorités compétentes des deux pays renoncent à mettre en recouvrement leurs créances réciproques en matière de soins de santé. Ainsi, en 2018, la France a renoncé à la présentation de plus de 20,8 millions d'euros de créances dont 20,2 millions d'euros au profit des assurés du régime monégasque.

Dans le cadre des dispositions conventionnelles spécifiques liées à la convention bilatérale en vigueur avec Monaco, les créances ne font pas l'objet d'une présentation. Néanmoins, il est intéressant de noter que 3 483 assurés des régimes monégasques ont bénéficié de soins sur le territoire français. Les dépenses de soins de santé concernent principalement des hospitalisations (42,3% des cas). Suivent ensuite les prestations autres (31,8%), les médicaments (13,7%), les soins médicaux (11,2%) et les soins dentaires (0,9%).

- Les créances présentées par pays :

Les 10 premiers pays en termes de montant représentent 94,3% des créances présentées en 2018. Le Royaume-Uni est le principal pays débiteur avec des dépenses de soins sur le territoire français de plus de 196,2 millions d'euros. Suivent ensuite la Belgique (178,8 millions d'euros) et le Luxembourg (177,3 millions d'euros). Les 10 premiers pays en tête du classement sont les mêmes que les années précédentes à l'exception de l'Algérie qui n'apparait pas cette année car la France n'a pas présentée de créances forfaitaires à ce pays.

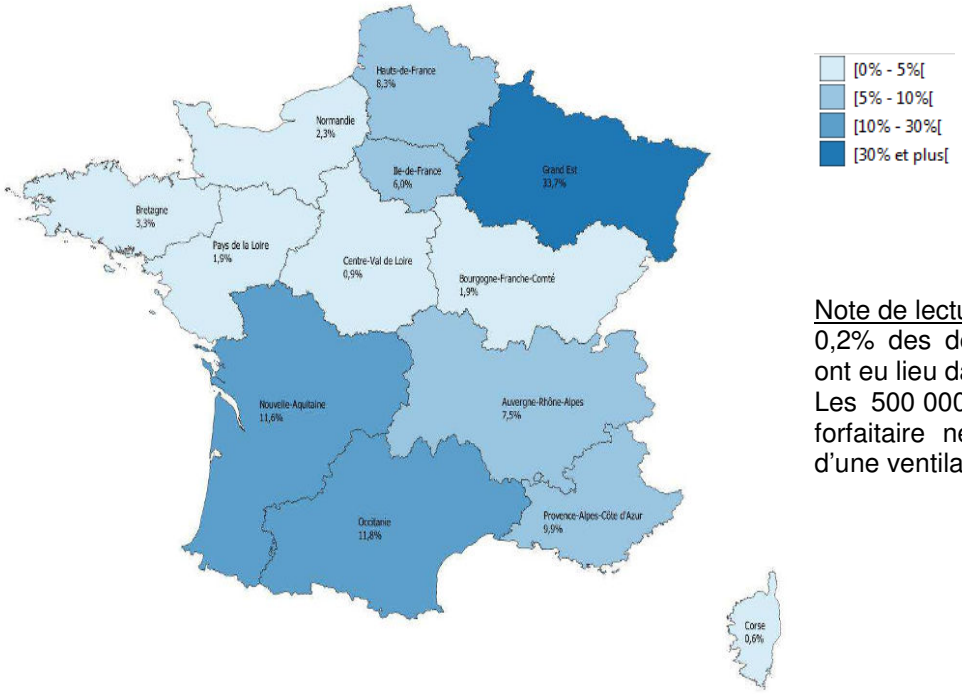
Tableau 44 – Créances présentées en 2018 selon le pays (10 premiers pays en termes de montant présenté)

	Dépenses soins de santé (€)	Frais de gestion (€)	TOTAL créances présentées (€)	Répartition (%)
Royaume-Uni	196 241 010		196 241 010	22,5%
Belgique	165 569 067	13 245 525	178 814 593	20,5%
Luxembourg	177 269 067		177 269 067	20,3%
Allemagne	104 867 444		104 867 444	12,0%
Italie	44 766 579		44 766 579	5,1%
Pays-Bas	38 922 819		38 922 819	4,5%
Suisse	31 736 823		31 736 823	3,6%
Portugal	19 361 657		19 361 657	2,2%
Espagne	18 111 343		18 111 343	2,1%
Roumanie	13 948 895		13 948 895	1,6%
Sous-total	***810 794 704***	***13 245 525***	***824 040 230***	***94,3%***
TOTAL	**860 113 532**	**13 341 853**	**873 455 385**	**100,0%**

- Les créances présentées par région des soins :

Le Grand Est se classe en tête des régions françaises (33,7%) en matière de dépenses de soins de santé de la part des assurés affiliés aux régimes étrangers de sécurité sociale, loin devant l'Occitanie (11,8%) et la Nouvelle-Aquitaine (11,6%).

Carte 5 – Répartition des créances présentées selon la région des soins

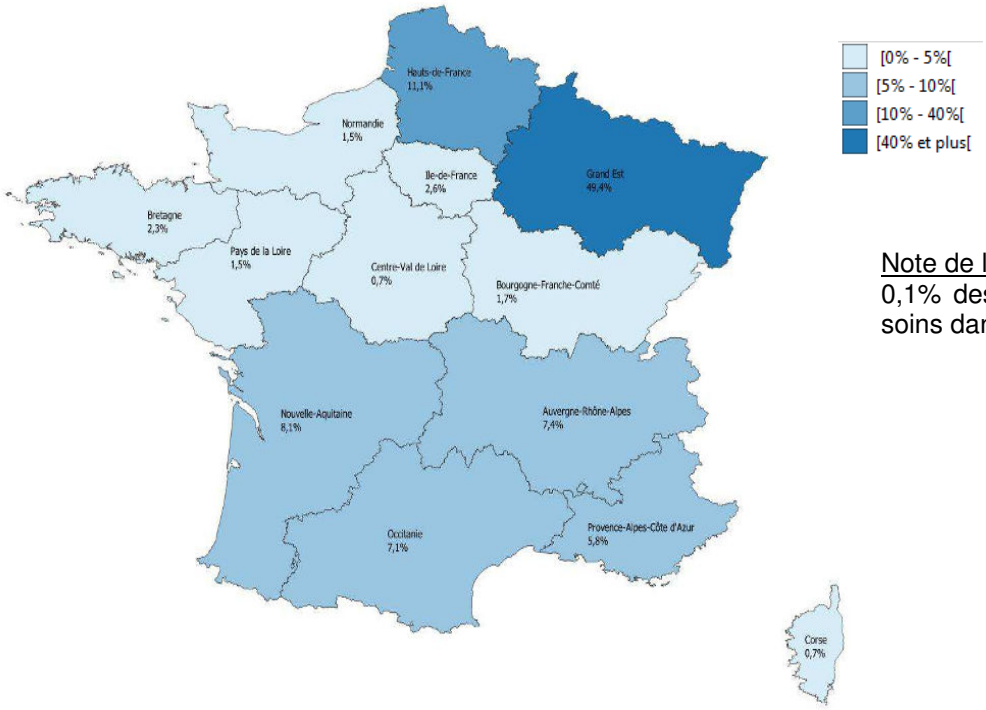


Note de lecture :
0,2% des dépenses de soins de santé ont eu lieu dans les DOM.
Les 500 000 euros présentés sur base forfaitaire ne peuvent pas faire l'objet d'une ventilation par région des soins.

- Les bénéficiaires de soins par région :

Plus de 49,4% des assurés des régimes étrangers bénéficiaires des soins en France ont reçu ces soins dans le Grand Est. Suivent ensuite les Hauts-de-France avec 11,1% des bénéficiaires et la Nouvelle-Aquitaine avec 8,1%. La concentration des bénéficiaires dans ces 3 régions s'expliquent par la présence de très nombreux travailleurs frontaliers.

Carte 6 – Répartition des bénéficiaires de soins sur le territoire français selon la région

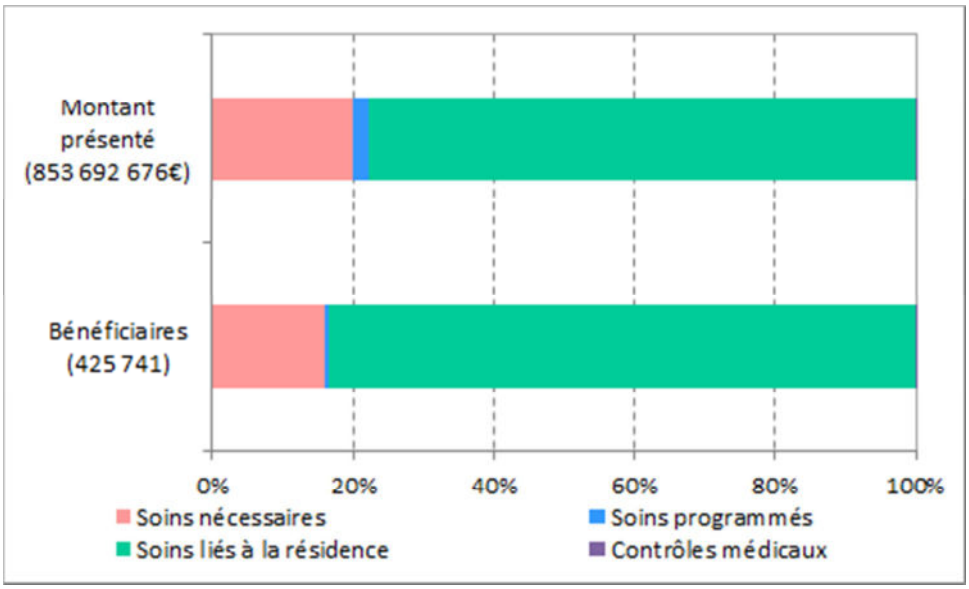


Note de lecture :
0,1% des bénéficiaires ont reçu des soins dans les DOM.

- Les créances présentées par type et nature de soins au sein de la zone UE-EEE-Suisse :

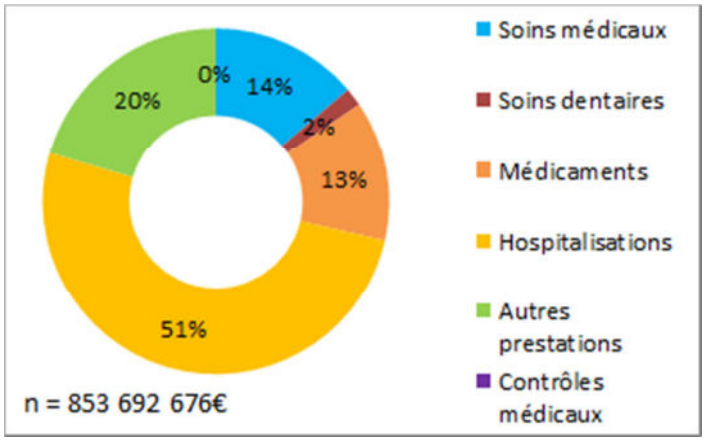
Pour les assurés affiliés au régime d'un pays de l'UE-EEE-Suisse et ayant eu recours à des soins sur le territoire français, 77,9% des dépenses sont liées à la résidence de l'assuré en France et 19,9% sont des soins médicalement nécessaires dispensés au cours d'un séjour temporaire. La répartition des bénéficiaires accentuent encore un peu plus la prépondérance des soins liés à la résidence (83,4%).

Graphique 10 – Répartition des créances présentées au sein de la zone UE-EEE-Suisse selon le type de soins



Les dépenses de soins de santé des assurés de l'UE-EEE-Suisse relèvent de l'hospitalisation dans 50,9% des cas. Viennent ensuite les autres prestations (20,5%) puis les soins médicaux (13,8%) et les médicaments (13,2%).

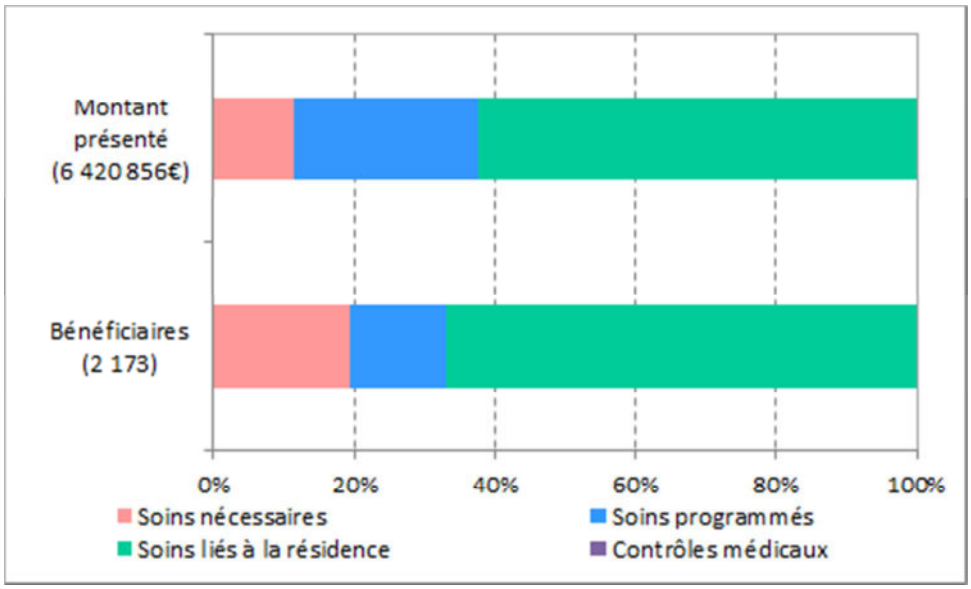
Graphique 11 – Répartition des créances présentées sur facture au sein de la zone UE-EEE-Suisse selon la nature des soins



- Les créances présentées par type et nature de soins hors UE :

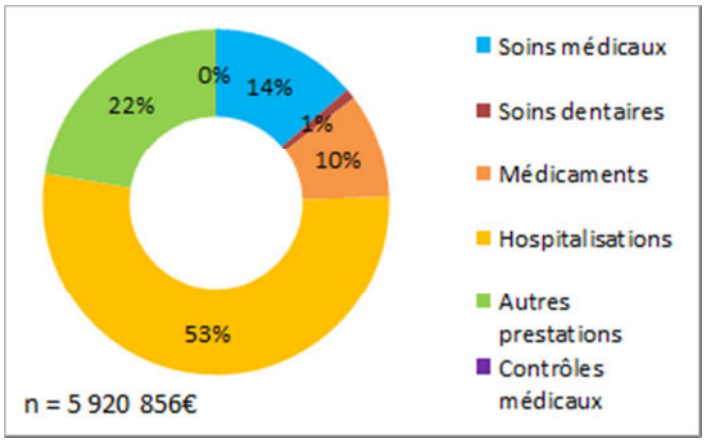
En 2018, des créances ont été présentées vers 14 pays/territoires avec lesquels un accord international de sécurité sociale est en vigueur.
Pour les assurés affiliés au régime d'un pays hors UE et ayant eu recours à des soins sur le territoire français, 62,4% des dépenses sont liées à la résidence de l'assuré en France ; cette proportion est en large baisse par rapport à 2017 (94,3%) du fait qu'aucune créance forfaitaire n'a été présentée. Suivent ensuite les dépenses occasionnées par des soins programmés (26,4%) et celles liées aux soins urgents dispensés au cours d'un séjour temporaire (11,3%).

Graphique 12 – Répartition des créances présentées hors UE selon le type de soins



Les dépenses de soins de santé en France des assurés affiliés à un régime hors UE relèvent de l'hospitalisation dans 53,1% des cas. Viennent ensuite les autres prestations (22,4%) et les soins médicaux (13,7%).

Graphique 13 – Répartition des créances présentées sur facture hors UE selon la nature des soins



Note de lecture : la ventilation des dépenses par nature de soins est possible uniquement pour les créances présentées sur facture (92,2% des cas hors UE).

4.2.2 – Les créances payées par les OLE en 2018

En 2018, les organismes de liaison étrangers ont remboursé des créances françaises pour un montant global dépassant le milliard d'euros qui se répartissent de la manière suivante : plus de 978,0 millions d'euros au titre du remboursement des soins de santé et près de 12,7 millions d'euros de frais de gestion.

Parmi les 978,0 millions d'euros remboursés au titre des soins de santé :

- 99,9% concernaient une facture,
- 0,1% étaient liés à la présentation d'un forfait,
- les montants remboursés suite à des contrôles médicaux sont minimes.

En termes de répartition des paiements selon le pays d'affiliation des assurés :

- 99,8% des paiements ont été effectuées par un pays de la zone UE-EEE-Suisse.

Les remboursements ont été effectués par :

- 30 des 31 pays de la zone UE-EEE-Suisse,
- 11 pays/territoires liés à la France par un accord international en matière de sécurité sociale (Algérie, Mali, Maroc, Monténégro, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Québec, Saint-Pierre et Miquelon, Tunisie, Turquie et Wallis-et-Futuna).

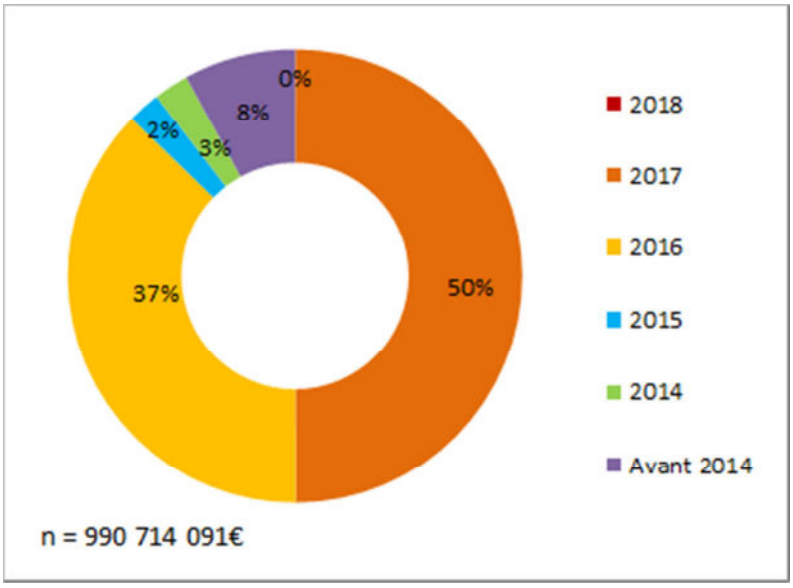
Tableau 45 – Créances payées en 2018

	Factures (€)	Forfait (€)	Contrôles médicaux (€)	TOTAL soins de santé (€)	Frais de gestion (€)
UE-EEE-Suisse	976 244 833	318 350	5 656	976 568 840	12 612 121
Hors UE	1 157 272	336 000	0	1 493 272	39 858
TOTAL	**977 402 106**	**654 350**	**5 656**	**978 062 112**	**12 651 979**

- <u>Les créances payées par année de référence des soins :</u>

En 2018, 87,2% des sommes remboursées par les institutions des pays étrangers se rapportent aux années récentes : 37,3% concernent des soins de 2016, 49,9% des soins de 2017.

Graphique 14 – Répartition des paiements selon l'année de référence des soins



- Les créances payées par pays :

Les 10 premiers pays en termes de montant représentent 95,0% des remboursements effectués à destination de la France en 2018. Le Royaume-Uni a versé près de 315,1 millions d'euros (31,8% des paiements reçus). Viennent ensuite la Belgique (170,3 millions d'euros soit 17,2% des paiements) et le Luxembourg (168,6 millions d'euros soit 17,0% des sommes perçues).

Tableau 46 – Créances payées en 2018 selon le pays (10 premiers pays en termes de montant remboursé)

	Soins remboursés (€)	Frais de gestion (€)	TOTAL paiements (€)	Répartition (%)
Royaume-Uni	315 077 565		315 077 565	31,8%
Belgique	157 651 508	12 612 121	170 263 628	17,2%
Luxembourg	168 560 950		168 560 950	17,0%
Allemagne	109 651 553		109 651 553	11,1%
Italie	55 350 248		55 350 248	5,6%
Suisse	41 875 887		41 875 887	4,2%
Pays-Bas	38 331 395		38 331 395	3,9%
Espagne	17 952 780		17 952 780	1,8%
Roumanie	12 144 805		12 144 805	1,2%
Pologne	11 903 768		11 903 768	1,2%
Sous-total	***928 062 112***	***12 612 121***	***941 112 581***	***95,0%***
TOTAL	**978 062 112**	**12 651 978**	**990 714 091**	**100,0%**

4.2.3 – Le traitement des contestations

Dans le cadre du traitement des créances françaises, le CNSE-DCI est amené à répondre aux contestations émises par les organismes de liaison étrangers. L'ordonnateur effectue des recherches via les différentes BDO disponibles (WEBMATIQUE, EOPPS, WEBRFI, AÏDA) ainsi que DIADEME. Lorsqu'aucun justificatif n'est disponible ou ne permet pas de justifier la créance, une enquête est envoyée au pôle TRAM RI concerné. Il leur est alors demandé de fournir un justificatif afin de maintenir, d'ajuster ou d'annuler la créance concernée. Suite à la mise en place des pôles TRAM RI, les enquêtes sont envoyées aux seules caisses prenantes de la mutualisation relations internationales.

Il est important de noter que 49,6% des enquêtes envoyées impactent le pôle du Grand Est.

Tableau 47 – Enquêtes envoyées aux pôles TRAM RI en 2018 (5 premiers pôle en termes d'enquêtes envoyées)

	Enquêtes envoyées	Répartition (%)
Pôle de Metz et Colmar	16 929	49,6%
Pôle de Laon	10 064	29,5%
Pôle de Bayonne	1 426	4,2%
Pôle de Carcassonne	1 035	3,0%
Pôle d'Annecy	978	2,9%
Sous-total	***30 432***	***89,2%***
TOTAL	**34 130**	**100,0%**

102 923 réponses à des contestations ont été apportées par le CNSE aux organismes étrangers pour un montant total de 94 553 265 €.
Sur cette base :

- 73 415 724€ de contestations ont été réintroduits avec pièces justificatives en maintenant la demande de remboursement,
- 21 168 231€ de contestations ont été acceptées car justifiées principalement par des problématiques d'affiliation et d'ouverture de droits aux soins des assurés concernés.

En termes de volume, 93,9% des contestations traitées concernent 5 pays : la Belgique (30,2%), l'Allemagne (28,0%), le Luxembourg (25,4%), le Royaume-Uni (7,2%) et l'Espagne (3,0%).

Au-delà de toute étude sur les motifs de contestations et d'acceptation, le traitement a donc conduit à réintroduire 77,6% des créances contestées toutes années confondues en forfaits et en factures (soit la même proportion qu'en 2017). La mobilisation des CPAM a été très forte.
Ce taux de réintroduction diverge fortement selon les pays (0,0% pour des soins liés à des assurés estoniens contre 100,0% pour des soins liés à des assurés britanniques).

Tableau 48 – Traitement des contestations sur les créances françaises par pays et toutes années confondues
(15 premiers pays en termes de montants contestés)

	Nombre de contestations traitées	Montant contesté (€)	dt montant accepté (€)	dt montant refusé (€) = montant réintroduit	% réintroduit
Allemagne	28 841	22 760 107	7 194 773	15 565 334	68,4%
Belgique	31 088	19 072 299	7 230 139	11 842 160	62,1%
Luxembourg	26 191	18 491 459	1 236 862	17 254 597	93,3%
Royaume-Uni	7 414	13 837 122	0	13 837 122	100%
Espagne	3 088	6 747 174	992 510	5 754 664	85,3%
Pays-Bas	2 856	3 143 685	1 008 428	2 135 257	67,9%
Italie	965	2 679 312	1 111 948	1 567 364	58,5%
Roumanie	274	2 046 355	192 048	1 854 307	90,6%
Suisse	1 095	1 632 355	994 278	638 076	39,1%
Andorre	155	809 143	100 733	708 411	87,6%
Bulgarie	34	593 305	4 887	588 418	99,2%
Pologne	167	573 170	196 339	376 830	65,7%
Irlande	151	569 676	457 652	112 025	19,7%
Autriche	45	217 670	43 479	174 191	80,0%
Nouvelle-Calédonie	58	201 670	62 951	138 719	68,8%
Sous-total	***102 422***	***93 374 502***	***20 827 027***	***72 547 475***	***77,7%***
TOTAL	**102 923**	**94 553 265**	**21 168 231**	**73 385 034**	**77,6%**

Le travail sur le stock des années 2000 et du début des années 2010 s'est poursuivi dans la lignée des travaux menés depuis 2015. Ainsi, 9,9% des contestations traitées au cours de l'année 2018 concernent des créances antérieures à l'année 2010. 29,5% des contestations portent sur les années 2010, 2011 et 2012.
La majeure partie de l'activité s'est portée sur les années 2014, 2015 et 2016 au regard des échéances règlementaires et des prescriptions prévues au Règlement Européen n° 987/2009 (50,4% des contestations traitées correspondent à ces 3 années de référence).

Graphique 15 – Nombre de contestations traitées par année de référence

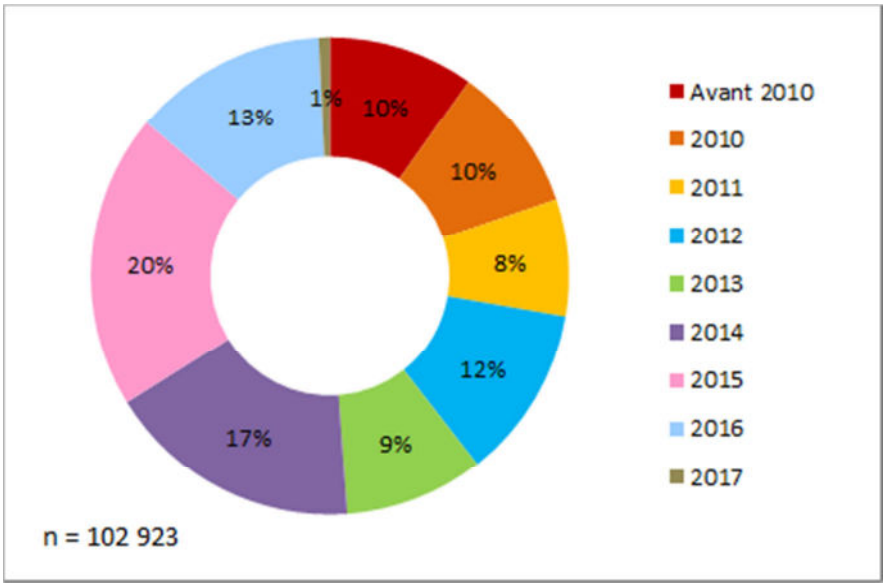


Tableau 49 – Traitement des contestations sur les créances françaises par année de référence
(5 premières années de référence en termes de montants contestés)

	Nombre de contestations	Montant contesté (€)	dont montant accepté (€)	dont montant refusé (€) = montant réintroduit	% réintroduit
2015	20 543	21 094 483	5 960 245	15 134 238	71,7%
2014	17 816	15 342 607	4 755 038	10 587 569	69,0%
2016	13 536	13 547 089	4 543 191	9 003 898	66,5%
2010	10 216	7 396 021	1 086 884	6 309 137	85,3%
2008	4 050	7 375 896	161 048	7 214 848	97,8%
Sous-total	***66 161***	***64 756 096***	***16 506 406***	***48 249 690***	***74,5%***
TOTAL	**102 923**	**94 553 265**	**21 168 231**	**73 385 034**	**77,6%**

4.3 – Les dettes françaises

Les dettes françaises concernent les soins de santé prodigués à l'étranger aux assurés des régimes de sécurité sociale français et pour lesquels le coût des soins a été pris en charge par l'institution du pays de séjour. Il s'agit d'un pays qui a conclu avec la France un accord de sécurité sociale visant le risque maladie-maternité-paternité ou accidents du travail-maladies professionnelles que ce soit dans le cadre des règlements européens, des conventions bilatérales ou des décrets de coordination (cf. annexe). La présentation des dettes peut se faire sous la forme de factures au coût réel ou sous la forme d'un forfait calculé sur la base du coût annuel moyen des soins de santé dans le pays de résidence.

4.3.1 – Les dettes introduites par les OLE en 2018

Au cours de l'année 2018, les organismes de liaison étrangers ont introduit auprès du CNSE des dettes pour un montant total de près de 503,6 millions d'euros (exception faite des 30 inventaires forfaitaires présentés mais non encore valorisés financièrement). Ces dettes se répartissent entre dépenses de soins de santé à hauteur de 489,7 millions d'euros et frais de gestion pour 13,9 millions d'euros.
Ces dettes introduites proviennent de :

- l'ensemble des pays de la zone UE-EEE-Suisse à l'exception du Liechtenstein,
- 8 pays/territoires liés à la France par un accord international en matière de sécurité sociale (Andorre, Macédoine, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Saint-Pierre et Miquelon, Serbie, Tunisie et Turquie).

82,7% des montants introduits l'ont été par un pays de la zone UE-EEE-Suisse.
Les 489,7 millions de dépenses de santé ont été introduits sous forme de factures dans 76,9% des cas et sous forme de forfaits dans 23,1% des cas. Certains pays de l'UE-EEE-Suisse (annexe 3 du Règlement CE 987/2009) continuent de présenter des forfaits ainsi qu'un certain nombre de pays hors UE. Les dépenses relatives à des contrôles médicaux restent modiques.

Tableau 50 – Dettes introduites en 2018

	Factures (€)	Forfait (€)	Contrôles médicaux (€)	TOTAL soins de santé (€)	Frais de gestion (€)
UE-EEE-Suisse	292 656 056	113 032 573	80 379	405 769 008	10 674 534
Hors UE	83 891 512	0	18 833	83 910 345	3 241 285
TOTAL	**376 547 568**	**113 032 573**	**99 212**	**489 679 353**	**13 915 819**

- Les dettes introduites par pays :

Les 10 premiers pays en termes de montant représentent 95,4% des dettes introduites en 2018. La Belgique est le principal créancier de la France (144,1 millions d'euros), suivent l'Espagne (101,9 millions d'euros) et la Polynésie (64,9 millions d'euros).
Ce classement permet de remarquer que :

- les assurés des régimes français sont toujours très nombreux à recevoir des soins dans les pays frontaliers,
- concernant les soins reçus en dehors de l'UE, il s'agit principalement de soins dans les territoires d'outre-mer car les décrets de coordination avec la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie visent de nombreuses personnes et situations.

Tableau 51 – Dettes introduites en 2018 (10 premiers pays en termes de montant introduit)

	Dépenses soins de santé (€)	Frais de gestion (€)	TOTAL dettes introduites (€)	Répartition (%)
Belgique	133 436 283	10 674 534	144 110 817	28,6%
Espagne	101 865 912		101 865 912	20,2%
Polynésie	61 706 305	3 239 581	64 945 886	12,9%
Portugal	48 569 758		48 569 758	9,6%
Allemagne	39 538 083		39 538 083	7,9%
Suisse	21 868 532		21 868 532	4,3%
Nouvelle-Calédonie	17 258 981		17 258 981	3,4%
Luxembourg	15 693 722		15 693 722	3,1%
Royaume-Uni	15 456 223		15 456 223	3,1%
Italie	11 170 552		11 170 552	2,2%
Sous-total	***466 564 350***	***13 914 115***	***480 478 465***	***95,4%***
TOTAL	**489 679 353**	**13 915 819**	**503 595 172**	**100,0%**

4.3.2 – Les dettes payées par la France aux OLE en 2018

En 2018, le CNSE s'est acquitté de dettes françaises en réglant un montant global avoisinant les 514,7 millions d'euros : 495,9 millions d'euros au titre du remboursement des soins de santé, 18,3 millions d'euros de frais de gestion et près de 563 000 euros en remboursement des quotes-parts rente et invalidité.
Parmi les 495,9 millions remboursés au titre des soins de santé :

- 68,6% concernaient une facture,
- 31,4% étaient liés à la présentation d'un forfait,
- les montants remboursés suite à des contrôles médicaux sont anecdotiques.

En termes de répartition des paiements selon le lieu de séjour :

- 75,4% des paiements ont été effectuées en direction d'un pays de la zone UE-EEE-Suisse,
- 8,5% des paiements ont été effectuées au titre des conventions bilatérales conclues avec certains Etats hors UE,
- 16,1% des paiements concernent des soins effectués sur un des 3 territoires ultramarins liés à la France par un décret de coordination.

Ces remboursements effectués par la France concernent :

- La totalité des 31 pays de la zone UE-EEE-Suisse,
- 7 pays/territoires liés à la France par un accord international en matière de sécurité sociale (Algérie, Andorre, Maroc, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Québec et Turquie).

Tableau 52 – Dettes payées en 2018

	Factures (€)	Forfaits (€)	Contrôles médicaux (€)	TOTAL soins de santé (€)	Frais de gestion (€)	Quote-part (€)
UE-EEE-Suisse	254 429 361	121 631 862	22 494	376 083 717	11 627 784	157 148
Hors UE	85 597 235	34 175 992	0	119 773 228	6 685 431	405 718
TOTAL	**340 026 596**	**155 807 854**	**22 494**	**495 856 945**	**18 313 215**	**562 866**

- Les dettes payées par type de paiements :

81,3% des montants payés en 2018 correspondent à un paiement d'avance.

Tableau 53 – Dettes payées en 2018 selon le type de paiement

	Paiements effectués (€)	Répartition (%)
Avances	418 266 925	81,3%
Paiements	96 466 101	18,7%
TOTAL	**514 733 026**	**100,0%**

- Les dettes payées par régime :

La très grande majorité des remboursements effectués concernent des soins prodigués aux assurés du régime général (90,2%) loin devant les assurés du régime des militaires (4,0%).
La part importante du régime des militaires dans les dettes françaises s'explique par les décrets de coordination signés avec la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie. En effet, le champ d'application de ces 2 décrets est particulièrement large et vise entre autres les enseignants, magistrats et militaires détachés sur ces territoires.

Tableau 54 – Dettes payées en 2018 selon le régime

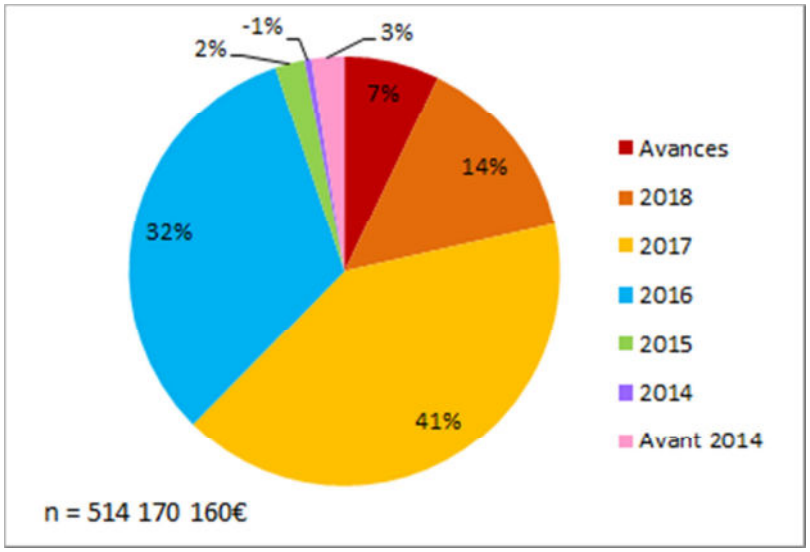
	Paiements effectués (€)	Répartition (%)
Régime général	464 321 348	90,2%
Régime des indépendants	12 105 018	2,4%
Régime agricole	8 690 880	1,7%
Régimes spéciaux*	29 615 780	5,8%
dont régime des militaires	*20 369 293*	*4,0%*
TOTAL	**514 733 026**	**100,0%**

Note de lecture : Assemblée Nationale, CANSSM, CAVIMAC, CCIP, CNMSS, CRPCEN, ENIM, RATP et SNCF.

- Les dettes payées par année de référence des soins :

En 2018, 87,0% des sommes remboursées se rapportent aux années récentes : 41,3% concernent des soins de 2017, 32,7% des soins de 2016, 14,5% à des soins de 2018 et 7,2% sont liés à des avances.

Graphique 16 – Répartition des paiements selon l'année de référence des soins



- Les dettes payées selon le pays de séjour :

Les 10 premiers pays en termes de montant représentent 96,9% des remboursements effectués par la France en 2018. La France a versé 158,5 millions d'euros (30,8% des paiements réalisés) à l'Espagne et 157,0 millions d'euros à la Belgique (30,5% des paiements). Suivent ensuite la Polynésie Française (66,4 millions d'euros soit 12,9% des paiements) et l'Algérie (37,1 millions d'euros soit 7,2% des paiements).

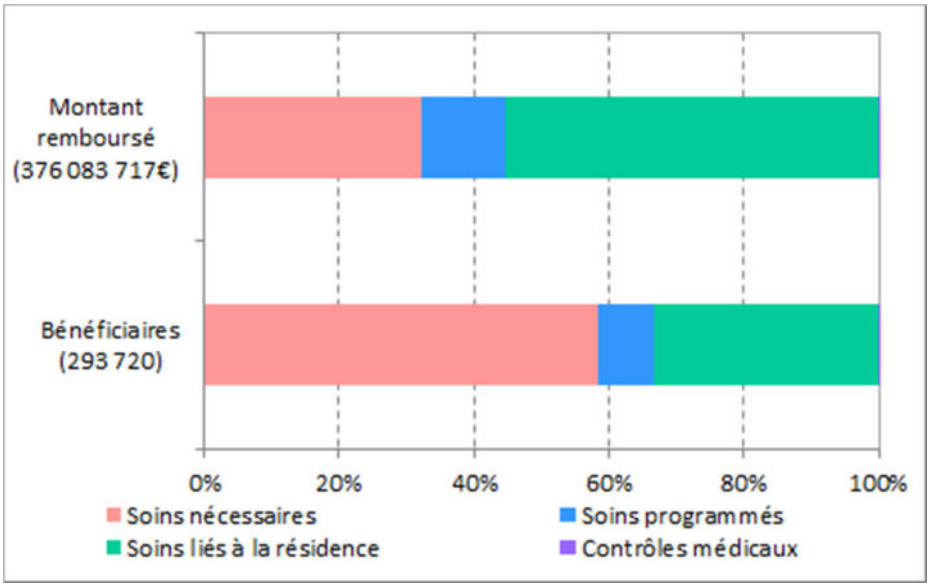
Tableau 55 – Dettes payées en 2018 selon le pays (10 premiers pays en termes de montant remboursé)

	Soins remboursés (€)	Frais de gestion (€)	Quote-part (€)	TOTAL paiements (€)	Répartition (%)
Espagne	158 530 260		0	158 530 260	30,8%
Belgique	145 350 256	11 627 784	58 322	157 036 362	30,5%
Polynésie française	63 124 615	3 314 042	0	66 438 657	12,9%
Algérie	34 175 992	2 962 238	0	37 138 230	7,2%
Suisse	25 905 012		0	25 905 012	5,0%
Nouvelle-Calédonie	16 396 032		0	16 396 032	3,2%
Allemagne	12 323 319		38 208	12 361 527	2,4%
Italie	9 511 966		60 619	9 572 585	1,9%
Portugal	8 095 882		0	8 095 881	1,6%
Luxembourg	7 407 054		0	7 407 054	1,4%
Sous-total	***480 820 388***	***17 904 064***	***157 149***	***498 881 600***	***96,9%***
TOTAL	**495 856 945**	**18 313 215**	**562 866**	**514 733 026**	**100,0%**

- Les soins remboursés par type et nature au sein de la zone UE-EEE-Suisse :

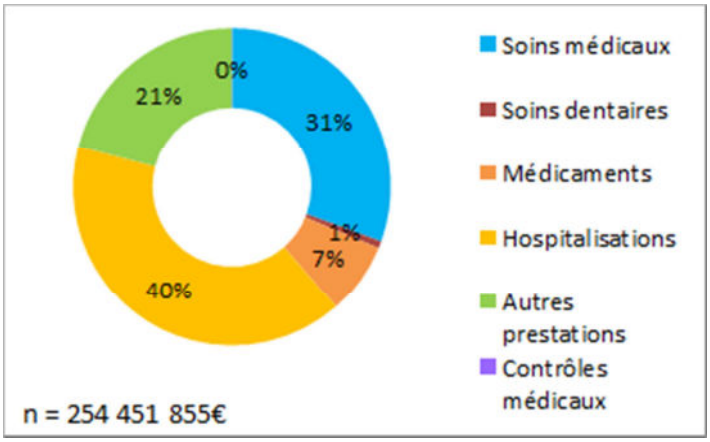
En 2018, des paiements ont été effectués vers la totalité des pays de la zone UE-EEE-Suisse.
Pour les assurés des régimes français ayant eu recours à des soins dans le cadre des règlements européens, 55,3% des montants remboursés sont liés à la résidence de l'assuré dans le pays, 32,2% à des soins médicalement nécessaires dispensés au cours d'un séjour temporaire et 12,5% à des soins programmés. En termes de bénéficiaires, la majorité (58,4%) a reçu des soins nécessaires au cours d'un séjour temporaire.

Graphique 17 – Répartition des paiements au sein de la zone UE-EEE-Suisse selon le type de soins



Les dépenses de soins de santé des assurés des régimes français au sein de la zone UE-EEE-Suisse relèvent de l'hospitalisation dans 40,5% des cas. Viennent ensuite les soins médicaux (30,5%) et les autres prestations (20,9%).

Graphique 18 – Répartition des paiements sur factures au sein de la zone UE-EEE-Suisse selon la nature des soins

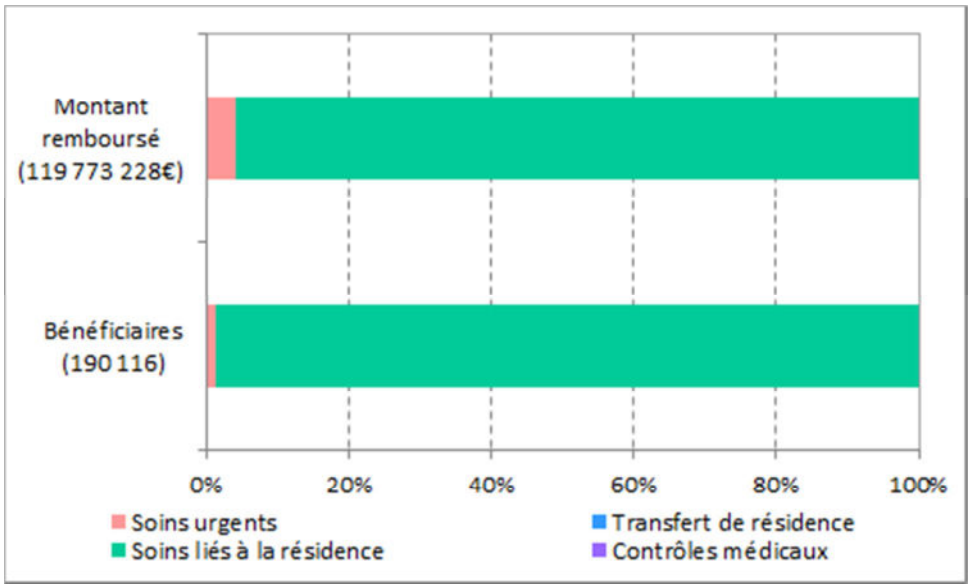


Note de lecture : la ventilation des paiements par nature de soins est possible uniquement pour les remboursements effectués sur facture (67,7% des remboursements dans la zone UE-EEE-Suisse).

- Les soins remboursés par type et nature hors UE :

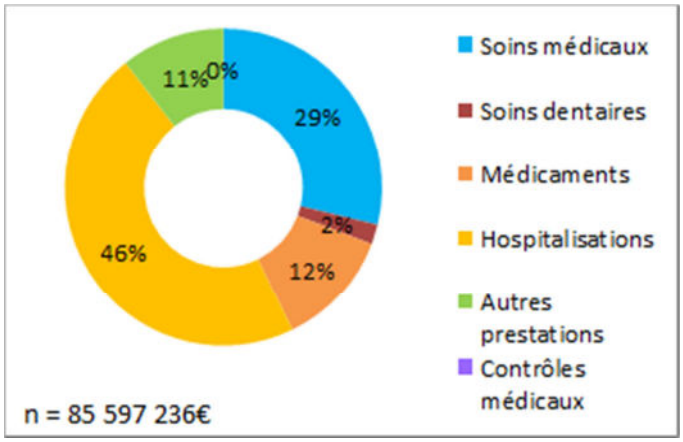
En 2018, des paiements ont été effectués vers 7 pays/territoires avec lesquels un accord international de sécurité sociale est en vigueur (Algérie, Andorre, Maroc, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Québec et Turquie).
Pour les assurés des régimes français ayant eu recours à des soins hors UE dans le cadre des accords internationaux, 95,8% des montants remboursés sont liés à la résidence de l'assuré dans le pays et seulement 4,0% sont des soins urgents dispensés au cours d'un séjour temporaire.

Graphique 19 – Répartition des paiements hors UE selon le type de soins



Les dépenses de soins de santé des assurés des régimes français hors UE relèvent de l'hospitalisation dans 46,6% des cas. Viennent ensuite les soins médicaux (28,7%), les médicaments (12,1%) ainsi que les autres prestations (10,6%).

Graphique 20 – Répartition des paiements sur factures hors UE selon la nature des soins



Note de lecture : la ventilation des paiements par nature de soins est possible uniquement pour les remboursements effectués sur facture (71,5% des remboursements hors UE).

4.3.4 – Le traitement des rejets

Au cours de l'année 2018, le CNSE a notifié des rejets aux organismes de liaison étranger pour un montant global de près de 26,3 millions d'euros. 15,0% de ce montant contesté correspond à des re-contestations (c'est-à-dire que ces montants ont déjà été contestés une première fois mais que le paiement n'est toujours pas possible au vu du justificatif produit par l'organisme de liaison étranger).
Ces rejets se rapportent à des dettes introduites aussi bien en 2018 qu'au cours des années précédentes.
Les rejets peuvent résulter de différentes problématiques. Les principaux motifs de contestations rencontrés ont été les suivants:

- l'affiliation de l'assuré n'a pas pu être déterminée,
- le code de l'organisme français compétent est absent ou erroné et ne permet pas d'effectuer les contrôles,
- la période de prestations n'est pas comprise ou partiellement comprise dans la période d'ouverture des droits,
- le numéro d'immatriculation de l'assuré est absent ou erroné.

Tableau 56 – Montant des dettes contestées en 2018

	Montant contesté (€)	Répartition (%)
Contestations	22 413 689	85,0%
Recontestations	3 956 139	15,0%
TOTAL	**26 369 828**	**100,0%**

- Les rejets par pays :

85,9% des montants contestés en 2018 concernent 5 pays (Portugal, Belgique, Allemagne, Suisse et Espagne). C'est pour des dettes introduites par le Portugal que le montant contesté est le plus élevé, il dépasse les 8,7 millions d'euros.

Tableau 57 – Montant des dettes contestées en 2018 selon le pays
(5 premiers pays en termes de montant contesté)

	Contestations (€)	Recontestations (€)	Montant total contesté (€)	Répartition (%)
Portugal	8 693 538	91 256	8 784 793	33,3%
Belgique	4 642 705	2 405 492	7 048 196	26,7%
Allemagne	2 768 607	487 179	3 255 786	12,3%
Suisse	1 893 563	3 645	1 897 209	7,2%
Espagne	1 187 124	466 830	1 653 955	6,3%
Sous-total	***19 185 536***	***3 454 402***	***22 639 939***	***85,9%***
TOTAL	**22 413 689**	**3 956 139**	**26 369 828**	**100,0%**

Note de lecture : il faut noter que 132 207 relevés forfaitaires (dont 115 299 pour le Portugal) ont été contestés mais non valorisés à ce jour car le coût moyen n'est pas encore disponible, ce qui minimise le montant des contestations.

Si l'on s'intéresse au ratio entre montant contesté (primo-contestation) et montant introduit, on remarque qu'environ 14% des montants introduits par les organismes de liaison portugais et suisse ont été rejeté. En revanche, en ce qui concerne les dettes espagnoles et belges, le ratio de contestation s'établit respectivement à 1,1% et 2,4%.

Tableau 58 – Ratio de contestation

	Ratio de contestation (%)
Portugal	14,4%
Suisse	13,8%
Allemagne	11,9%
Belgique	2,4%
Espagne	1,1%

Ces rejets sur les dettes ne signifient pas que les dettes ne seront pas payées. Il est demandé aux organismes de liaison étrangers de fournir des pièces justificatives afin de pouvoir réintroduire leurs créances auprès de la France.

4.4 – Les relations européennes et internationales

Dans le cadre de l'activité « dettes et créances internationales », le CNSE a été amené à rencontrer ses partenaires européens et internationaux à différentes occasions.

4.4.1 – Les relations européennes

- Participation en tant que représentant de la France avec la Direction de la Sécurité Sociale à l'Audit Board semestriel à Bruxelles en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale (réunions de mai et novembre 2018),

- Participation en tant que représentant de la France avec la Direction de la Sécurité Sociale à diverses réunions bilatérales à Bruxelles en marge de l'Audit Board dans le cadre de l'apurement des comptes avec l'Allemagne, la Belgique, l'Espagne, la Grèce (2 réunions), l'Italie, les Pays-Bas (2 réunions), le Portugal, le Royaume-Uni et la Suisse.

- Participation à une rencontre bilatérale spécifique avec l'organisme de liaison allemand, les organismes de base allemands, et en présence de la CNAM et de la CPAM de Moselle

4.4.2 – Les rencontres bilatérales hors Union Européenne

- Participation à la Commission mixte d'apurement des comptes de sécurité sociale entre la France et la Macédoine en mai 2018 à Paris avec la Direction de la Sécurité Sociale
  - apurement des comptes pour les années 1990 à 2017.

- Participation à la Commission mixte d'apurement des comptes de sécurité sociale entre la France et le Gabon en septembre 2018 à Libreville avec la Direction de la Sécurité Sociale
  - régularisation des comptes des années 2000 à 2015.

- Participation à la Commission mixte d'apurement des comptes de sécurité sociale entre la France et l'Algérie en décembre 2018 à Vannes avec la Direction de la Sécurité Sociale
  - entrée en vigueur du protocole de soins de santé ratifié par la France le 03/03/2018 et par l'Algérie le 17/11/2018.
  - régularisation de l'apurement des comptes de l'exercice 2015 sur la base des coûts moyens définitifs,
  - apurement des comptes pour les années 2016 et 2017 aussi bien pour la Convention Générale que pour le Protocole Annexe,
  - fixation de l'avance au titre de l'exercice 2019.

4.5 – Le contrôle DCF sur le volet dettes et créances internationales

Le contrôle DCF a évolué concomitamment à la réalisation du RNP Dettes internationales qui a été finalisé en juin 2017 et soumis ensuite à la validation CNAM.
Comme tout RNP du réseau, ce référentiel est devenu opposable au 1er janvier 2018.

Le RNP Créances Internationales a, quant à lui, été finalisé en janvier 2019.
Pour autant, et sans attendre sa validation et son opposabilité, les risques détectés ont fait l'objet d'actions de maîtrise de façon immédiate.

A noter que les contrôles PCSAC issus de ces 2 référentiels seront intégrés au PCSAC national dès octobre 2020 pour les 2 versants, Dettes et Créances Internationales.

Tableau 59– Contrôles PCSAC transverses sur les dettes et les créances internationales

	Mises à jour contrôlées	Anomalies détectées	Taux d'anomalies avec incidence financière
Contrôle des mises à jour réalisées sur Métis	7	0	0%
Contrôle des mises à jour dans PACTOL ou sur le portail bancaire dédié aux devises	1	0	0%

Tableau 60 – Contrôle sur les créances internationales

	Modifications contrôlées	Anomalies détectées	Taux d'anomalies avec incidence financière
Contrôle sur les modifications de créance	63	0	0,0%

Le contrôle sur les dettes internationales a porté sur plusieurs points en 2018 :

Tableau 61 – Contrôle sur les dettes internationales

	Contrôles effectués	Anomalies détectées	Taux d'anomalies avec incidence financière
Contrôle de la création de la LIC	241	3	1.24 %
Contrôle de la saisie des PV d'apurement	1	0	0%
Contrôle des relevés d'un ordre de dépense	30 298	1 200	3.96 %
Contrôle de la synthèse des répartitions des dépenses par régime	2	0	0%

Les anomalies les plus fréquentes relevées lors du contrôle des relevés d'un ordre de dépense portent :

- des erreurs de saisie : essentiellement une erreur de saisie sur le code régime (310 cas)
- sur des litiges à réaliser liés principalement à un chevauchement d'hospitalisation, à des dates d'hospitalisation identiques (152 cas) et à un code régime erroné (104 cas)
- des paiements multiples.

4.6 – L'activité du Pôle Médical du CNSE

L'activité du Pôle médical du CNSE comporte plusieurs composantes :

- Traitement des contestions médicales dans le cadre de l'activité Dettes et Créances Internationales en sollicitant les hôpitaux français ayant pris en charge des assurés d'un régime étranger de sécurité sociale. Lorsqu'un assuré d'un régime étranger est hospitalisé dans un établissement français, la France présente la créance au pays d'affiliation. Dans certaines situations (coûts très élevés des soins, suspicion de soins programmés sans autorisation préalable), le pays d'affiliation est susceptible de contester le montant ou la nature des soins prodigués en France. Dans ces situations, seule l'analyse des informations médicales concernant la prestation contestée permet d'apporter une réponse adaptée. Le pôle médical du CNSE est chargé de récolter cette information auprès des établissements français ayant prodigués les soins aux assurés d'un régime étranger.
    - En 2018, le CNSE-DCI a sollicité le pôle médical pour effectuer des vérifications sur 176 contestations concernant des dossiers d'hospitalisations en France pour des assurés d'un régime étranger. Le montant des sommes contestées s'élève à 2 969 622€.

Tableau 62 – Demandes et montants contestés

	Nombre de demandes	Nombre d'assurés concernés	Montant contesté (€)
Allemagne	11	7	56 610
Andorre	82	65	502 472
Autriche	4	3	202 388
Belgique	4	2	148 620
Espagne	21	7	545 791
Grèce	1	1	33 981
Israël	3	1	2 221
Italie	5	3	190 033
Malte	3	3	134 513
Pologne	11	7	105 882
Roumanie	10	6	470 256
Slovénie	5	5	226 938
Suisse	16	6	349 917
TOTAL	**176**	**116**	**2 969 622**

    - 153 comptes rendus médicaux ont pu être récupérés auprès des hôpitaux et analysés par les médecins conseil du CNSE afin d'apporter des éléments permettant de réintroduire ou non les créances.
- En 2018, dans le cadre du protocole franco-algérien sur les soins programmés, le pôle médical du CNSE a transmis 635 comptes rendus médicaux issus de l'AP-HP vers le service médical de la Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS) algérienne.

5 – GESTION DU RISQUE ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE

5.1 – L'organisation de la lutte contre la fraude

5.1.1 - Pour le remboursement des soins aux assurés

Le CNSE est chargé de la détection et de l'instruction ; il transmet ensuite un signalement à la Caisse d'affiliation qui met en œuvre les actions adéquates.

Pour détecter les suspicions de fraudes, le CNSE utilise différents leviers, dans la quasi-totalité des cas avant paiement (les possibilités de recours sur des fraudes dont l'origine se situe à l'étranger étant compliquées voire virtuelles) :

- des justificatifs spécifiques sont exigés pour certains dossiers (radiographies dentaires avant et après des traitements lourds, photocopie du passeport complet…),
- des signalements internes (techniciens, contrôleurs, Pôle Médical) portant sur des factures ou situations suspectes,
- le paramétrage de situations à risque dans l'outil métier Iroise, en fonction de l'historique de détection, qui génère une alerte du technicien,
- les contrôles a priori ou ponctuels contribuent à la détection et à la dissuasion,
- le requétage permettant de cibler certaines situations.

Les investigations nécessaires sont menées par l'unité GDR, si besoin en faisant appel aux services de l'Etat à l'étranger (consulats, ambassades …) afin de prendre une décision sur la demande de remboursement. Le Pôle Médical du CNSE peut également solliciter un échelon local du service médical pour un contrôle sur personne (par exemple au titre de l'action nationale de contrôle-contentieux « chirurgie esthétique »).

Le cas échéant, le CNSE notifie un refus à l'assuré. Il transmet ensuite un signalement à la Caisse de l'assuré pour suite à donner.

Par ailleurs, le CNSE dispose d'informations pouvant avoir une incidence sur le versement de prestations sociales par d'autres branches de la protection sociale obligatoire (famille, chômage, retraite), notamment au regard de la condition de résidence. En effet, de nombreuses allocations sont liées à une présence de 6 mois minimum sur le territoire français. Les dates de séjour à l'étranger mentionnées sur les documents en possession du CNSE permettent des contrôles.

En application de l'article L 114-9 du code de la sécurité sociale, le CNSE effectue un signalement aux organismes concernés, sur des situations ciblées en partenariat avec eux, ou répond à leurs interrogations.

Suite à la centralisation des dossiers de Recours Contre Tiers à l'International (RCTi) à la CPAM de Chaumont, le CNSE s'est vu confié à compter d'octobre 2016 la détection et le signalement des cas potentiels de RCTi dans les dossiers de soins à l'étranger.

En 2018 :
- 1 060 signalements ont été émis vers le Centre National des Sinistres Internationaux (CNSI) de Chaumont ou les CPAM,
- 380 demandes d'informations reçues pour un montant de débours de 623 586€.

5.1.2 - Pour les dettes et créances internationales

Concernant l'activité des dettes et créances internationales, le cœur de métier est de permettre la bonne prise en charge des soins des assurés couverts par un régime, lorsque les droits sont bien ouverts et les justificatifs nécessaires dûment délivrés. La gestion du contentieux représente la plus grosse partie de l'activité. Depuis la reprise de cette gestion en 2015, de nombreux contrôles ont été expérimentés. Ils s'enrichissent au fur et à mesure par parallélisme entre les pratiques de contrôle françaises et étrangères :

- Vérification de l'ouverture des droits et de la délivrance des formulaires de prise en charge

- Détection des soins programmés non autorisés avec mésusage de la CEAM au niveau des hôpitaux français et des hôpitaux étrangers (sollicitation de rapports médicaux auprès des hôpitaux en France et à l'étranger, enquêtes auprès des assurés sur les soins dont ils ont bénéficié à l'étranger…)

- Analyse détaillée de certaines prestations facturées (transports, placements, évacuations sanitaires)…

5.2 – Les résultats pour le CNSE sur les soins à l'étranger

En 2018, le CNSE a détecté 296 cas de fraudes-fautes pour un montant dépensé pour des soins à l'étranger de 661 002 €.

- ces 296 fraudes relèvent de 69 pays différents,
- le montant moyen de la dépense d'un dossier de fraude est de 2 333€, ce qui représente 2,5 fois le montant moyen dépensé pour un dossier de soins à l'étranger (916€).

L'impact financier des comportements fautifs ou frauduleux détectés ou suspectés se répartit ainsi :

- fautes-fraudes : 538 245 € soit 81,4 % de l'ensemble,
- suspicions de fraude (absence de réponse aux demandes de pièces ou justificatifs) : 122 756 € soit 18,6% du total.

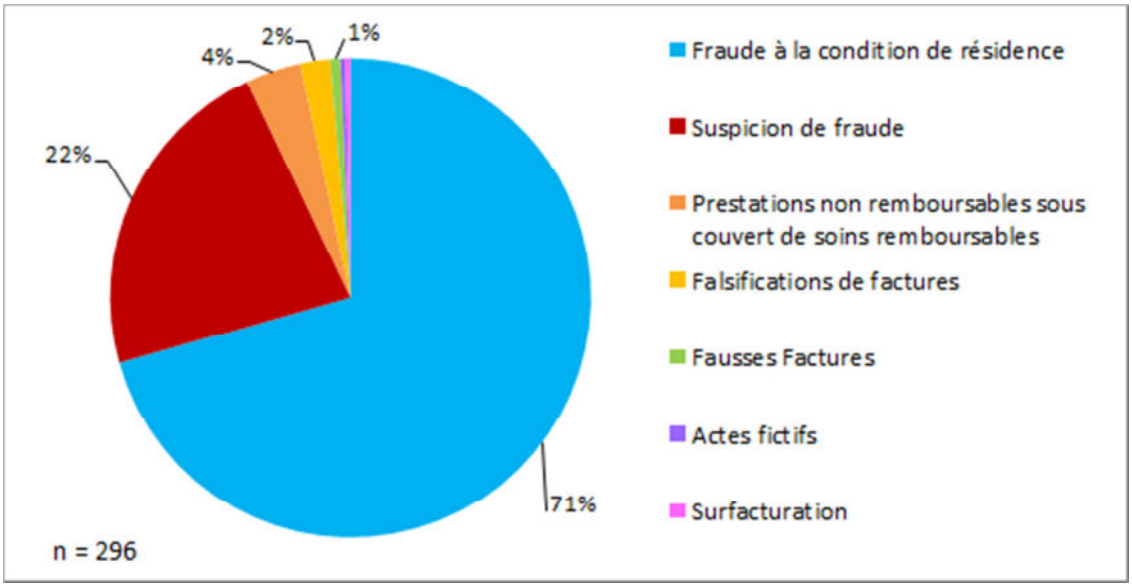
Parmi les cas décelés, on peut citer :

- la faute-fraude à la condition de résidence : l'assuré n'est plus affilié à la protection sociale française,
- la fausse facture : la prestation de santé facturée n'est pas celle qui a été dispensée,
- la falsification de facture : la facture délivrée a été modifiée (date, montant, contenu …),
- l'acte fictif : l'acte a été facturé mais non réalisé.

Tableau 63 – Nature des fautes, abus et fraudes détectés par le CNSE

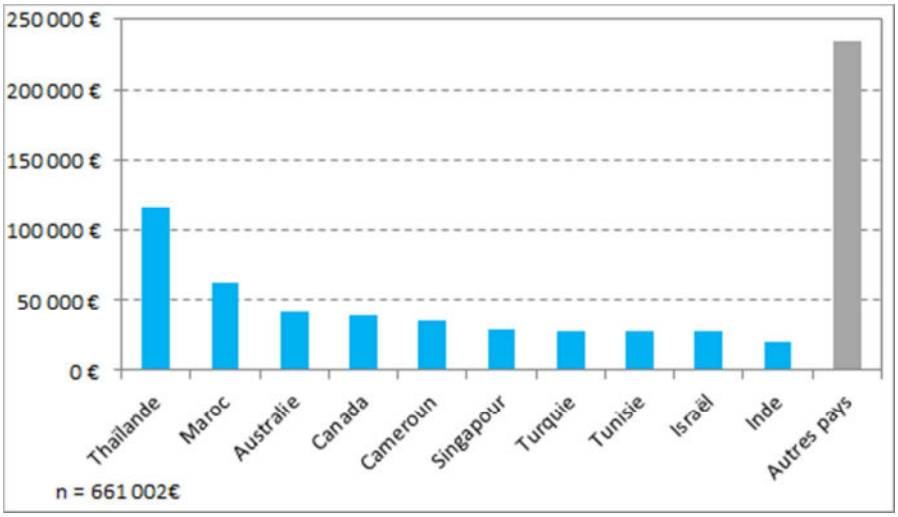
Nature des fautes, abus et fraudes	Cas	Montant évité - CNSE (€)	Répartition selon le montant
FAUTES/ FRAUDES :	230	538 245	81,4%
dont fausse facture	*2*	*18 490*	*2,8%*
dont falsification de facture	*6*	*5 077*	*0,8%*
dont surfacturation	*1*	*115*	*0,0%*
dont acte fictif	*1*	*843*	*0,1%*
dont faute/fraude à la condition de résidence	*209*	*501 405*	*75,9%*
dont prestations non remboursables sous couvert de soins remboursables	*11*	*12 314*	*1,9%*
dont usurpation d'identité	*0*	*0*	*0,0%*
ABUS : nomadisme et surconsommation médicale	0	0	0,0%
SUSPICION DE FRAUDES : refus de répondre aux demandes	66	122 756	18,6%
TOTAL	**296**	**661 002**	**100%**

Graphique 21 – Nature des fautes et fraudes



33,4% des fautes-fraudes détectées l'ont été sur des dossiers de soins au Maroc (38 cas), en Tunisie (25), au Cameroun (22) et en Thaïlande (14).
En termes de montant de la dépense, c'est en Thaïlande, au Maroc et en Australie que le montant de la faute-fraude détectée est le plus important.

Graphique 22 – Les 10 pays avec le montant de la faute-fraude le plus élevé



5.3 – Les signalements aux autres organismes de protection sociale et aux CPAM d'affiliation

Depuis 2009, 5 488 signalements ont été effectués aux organismes partenaires par le CNSE. Ces signalements ont donné lieu à 4 529 retours d'informations soit un taux de retour de 82,5%. Les retours arrivent souvent avec plusieurs mois, voire années de délai, ce qui explique pourquoi le taux de retour atteint 98,0% pour les signalements effectués avant 2014 et seulement 44,8% pour ceux de l'année 2018.

Tableau 64 – Signalements aux autres organismes de protection sociale et retours (2009-2018)

	Signalements effectués	Retours reçus au 01.01.2019	Taux de retour (%)
2009-2013	2 149	2 107	98,0%
2014	498	471	94,6%
2015	420	384	91,4%
2016	496	432	87,1%
2017	907	679	74,9%
2018	1 018	456	44,8%
TOTAL	**5 488**	**4 529**	**82,5%**

Note de lecture : à compter de 2017, les signalements effectués aux CPAM d'affiliation sont comptabilisés.

En 2018, 363 signalements ou échanges d'informations ont été effectués auprès des organismes des branches Famille et dans une moindre proportion Chômage et Retraite. 655 signalements ont également effectuées auprès des CPAM d'affiliation des assurés.

Tableau 65 – Signalements aux autres organismes de protection sociale en 2018

Organismes	Signalements effectués
CAF	221
CARSAT	53
Pôle Emploi	89
CPAM	655
TOTAL	**1 018**

Au cours de l'année 2018, le CNSE a reçu 725 retours d'informations, dont la majorité concerne des signalements effectués au cours de l'année (62,9%).
Le tableau ci-dessous recense les informations, partielles, fournies en retour par les organismes partenaires et par les CPAM d'affiliation. Les retours obtenus chiffrent l'indu global à 1 679 490€ dont 41,9% concernent les CAF et 29,9% Pôle Emploi. Le montant total est sans doute sous-estimé car il n'y a pas de retour sur l'ensemble des signalements émis.

Tableau 66 – Retours effectués par les organismes de protection sociale en 2018

Organismes	Retours obtenus	Indu (€)
CAF	224	704 233
CARSAT	44	208 506
Pôle Emploi	91	502 359
CPAM	366	264 392
TOTAL	**725**	**1 679 490**

5.4 – Les signalements aux autres organismes de protection sociale et aux CPAM d'affiliation

En 2018, le croisement des dettes présentées via le CNSE-DCI et des factures réglées auprès des établissements de placements ont permis de détecter des versements de forfait à tort lors d'une hospitalisation de l'assuré ou lors d'un retour en famille.
34 courriers d'indus ont été émis auprès de 22 établissements de placements afin de recouvrer le trop-perçu qui s'élève à plus de 222 000 euros.

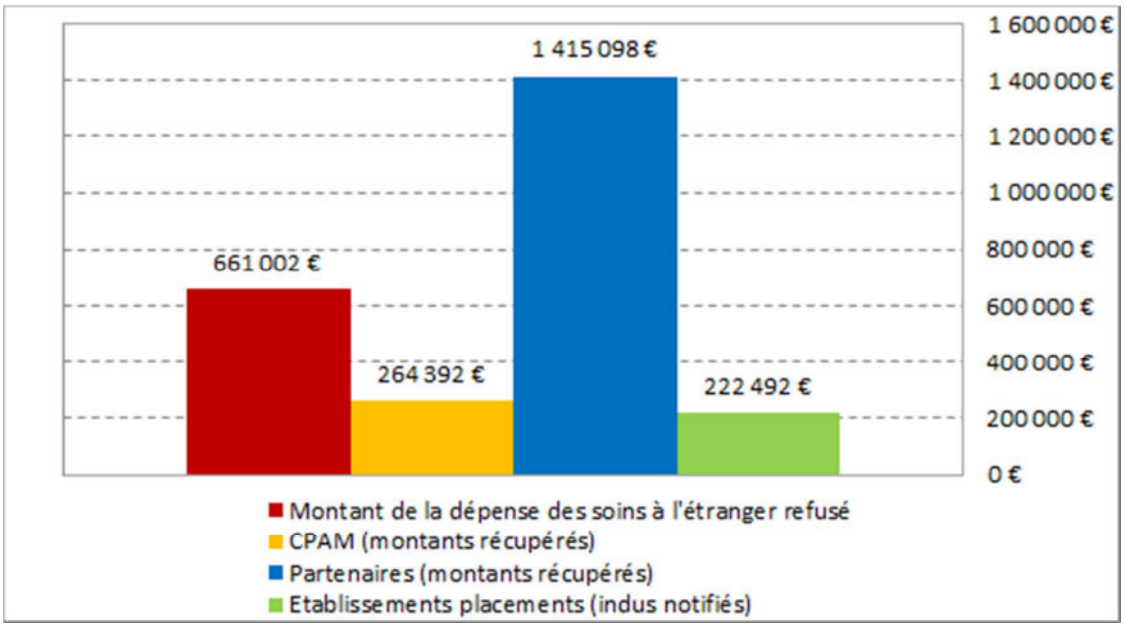
5.5 – L'impact financier global

L'impact financier global de la détection des fraudes, fautes et abus pour le CNSE et l'assurance maladie, ainsi que les signalements aux autres branches représentent :

- un total de 2 562 984€ soit 1,3% des prestations versées par le CNSE,

- qui se répartit entre :
  - les dépenses évitées pour des soins à l'étranger : 661 002€,
  - le préjudice subi par les CPAM d'affiliation pour d'autres prestations : 264 392€,
  - les montants récupérés par les autres branches de protection sociale obligatoire : 1 415 098€.
  - les indus notifiés aux établissements de placements dans le cadre des croisements entre les remboursements aux assurés et les présentations sur le versant dettes internationales : 222 492€.

Graphique 23 –Impact financier global



Au niveau du traitement du contentieux des dettes et créances internationales en 2018, 102 923 réponses à des contestations sur les créances françaises ont été apportées par le CNSE aux organismes étrangers pour un montant total de 94 553 265 €. Sur ce montant, 73 415 724€ de contestations ont été réintroduits avec pièces justificatives en maintenant la demande de remboursement, soit 78%.

Côté dettes françaises, le CNSE a contesté en 2018 près de 26 millions € auprès des pays étrangers en demandant des justificatifs supplémentaires afin d'établir le bien fondé du paiement requis. Il est à noter qu'un grand nombre de ces rejets en première intention porte sur des problématiques d'affiliation. Certaines peuvent donc être résolues sur la base d'échanges entre les organismes de liaison.

ANNEXES

Volume de dossiers traités et payés par organismes (volet CNSE – Remboursement assurés)

Caisses (CPAM, CGSS, CSS et Régime et Mutuelles Partenaires)	Nombre de demandes de remboursement traités	*Dont nombre de dossiers payés (accord total ou partiel)*
CPAM Bourg en Bresse	7 201	4 604
CPAM de l'Aisne	1 448	1 261
CPAM de l'Allier	624	523
CPAM Alpes Haute-Provence	439	364
CPAM Hautes Alpes	330	285
CPAM des Alpes Maritimes	5 428	4 795
CPAM Ardèche	691	567
CPAM des Ardennes	5 334	4 942
CPAM de l'Ariège	521	440
CPAM de l'Aube	836	731
CPAM de l'Aude	986	832
CPAM de l'Aveyron	613	510
CPAM des Bouches du Rhône	5 780	5 143
CPAM du Calvados	1 621	1 431
CPAM du Cantal	105	90
CPAM de Charente	616	510
CPAM de Charente-Maritime	1 608	1 362
CPAM du Cher	616	514
CPAM de la Corrèze	567	482
CPAM de la Corse du Sud	339	273
CPAM de la Haute-Corse	416	339
CPAM de la Côte d'Or	1 390	1 173
CPAM des Côtes d'Armor	1 160	1 010
CPAM de la Creuse	145	124
CPAM de Dordogne	826	698
CPAM Doubs	2 398	1 901
CPAM de la Drôme	1 199	1 001
CPAM de l'Eure	1 594	1 401
CPAM de l'Eure et Loir	1 565	1 348
CPAM Finistère	1 883	1 637
CPAM du Gard	1 672	1 446
CPAM de Haute-Garonne	5 321	4 641
CPAM du Gers	432	364
CPAM de Gironde	4 782	4 118
CPAM Hérault	3 408	3 009
CPAM d'Ille et Vilaine	2 552	2 252
CPAM de l'Indre	401	317
CPAM d'Indre et Loire	1 761	1 483
CPAM Isère	6 422	5 618
CPAM du Jura	1 017	786
CPAM des Landes	1 342	1 156
CPAM du Loir et Cher	966	811
CPAM de la Loire	2 196	1 906
CPAM de Haute-Loire	394	336
CPAM Loire-Atlantique	3 278	2 929
CPAM du Loiret	2 699	2 300
CPAM du Lot	436	368
CPAM du Lot et Garonne	757	630
CPAM de Lozère	164	119
CPAM Maine-et-Loire	1 262	1 124
CPAM de la Manche	817	709
CPAM de la Marne	2 122	1 911
CPAM de Haute-Marne	595	528
CPAM de la Mayenne	388	335
CPAM Meurthe et Moselle	7 750	7 188

CPAM de la Meuse	1 594	1 478
CPAM du Morbihan	1 505	1 314
CPAM de Moselle	16 927	15 625
CPAM de la Nièvre	357	296
CPAM Flandres	6 021	5 717
CPAM de Lille-Douai	11 235	10 606
CPAM Roubaix-Tourcoing	6 892	6 236
CPAM Hainaut	8 935	8 344
CPAM Oise	3 736	3 254
CPAM de l'Orne	497	403
CPAM de la Côte Opale	1 363	1 219
CPAM Artois	2 499	2 263
CPAM du Puy de Dôme	1 737	1 462
CPAM de Bayonne	1 365	1 173
CPAM de Pau	1 294	1 099
CPAM des Hautes-Pyrénées	762	637
CPAM Pyrénées-Orientales	2 977	2 670
CPAM Bas-Rhin	7 197	6 367
CPAM Haut-Rhin	6 881	5 498
CPAM Rhône	5 894	5 076
CPAM de Haute-Saône	576	460
CPAM de Saône et Loire	1 478	1 257
CPAM de la Sarthe	863	758
CPAM de Savoie	1 775	1 444
CPAM de Haute-Savoie	13 063	8 621
CPAM de Paris	22 724	19 869
CPAM du Havre	1 437	1 290
CPAM Rouen-Elboeuf-Douai	2 478	2 130
CPAM de Seine-et-Marne	9 065	7 902
CPAM des Yvelines	9 397	8 162
CPAM des Deux-Sèvres	665	594
CPAM de la Somme	1 339	1 184
CPAM du Tarn	1 022	887
CPAM de Tarn et Garonne	632	538
CPAM du Var	3 510	3 001
CPAM du Vaucluse	1 627	1 304
CPAM de Vendée	1 081	965
CPAM de la Vienne	736	618
CPAM de la Haute-Vienne	618	503
CPAM des Vosges	1 015	839
CPAM de l'Yonne	1 030	888
CPAM Territoire de Belfort	933	584
CPAM de l'Essonne	11 090	9 783
CPAM des Hauts-de-Seine	12 139	10 702
CPAM de Seine-Saint-Denis	8 277	7 051
CPAM du Val de Marne	9 874	8 552
CPAM du Val d'Oise	8 629	7 513
CGSS de Pointe-à-Pitre	328	272
CGSS de Fort-de-France	258	205
CGSS de Cayenne	68	56
CGSS de Saint Denis	581	481
CGSS de Mayotte	17	11
LMDE	6 761	5 275
LES MINES	1 237	1 107
MGP	971	848
INTERIALE	1 176	1 048
TOTAL	**329 351**	**284 114**

Volume de dossiers SLM traités et tarifés par organismes (volet CNSE – Remboursement assurés)

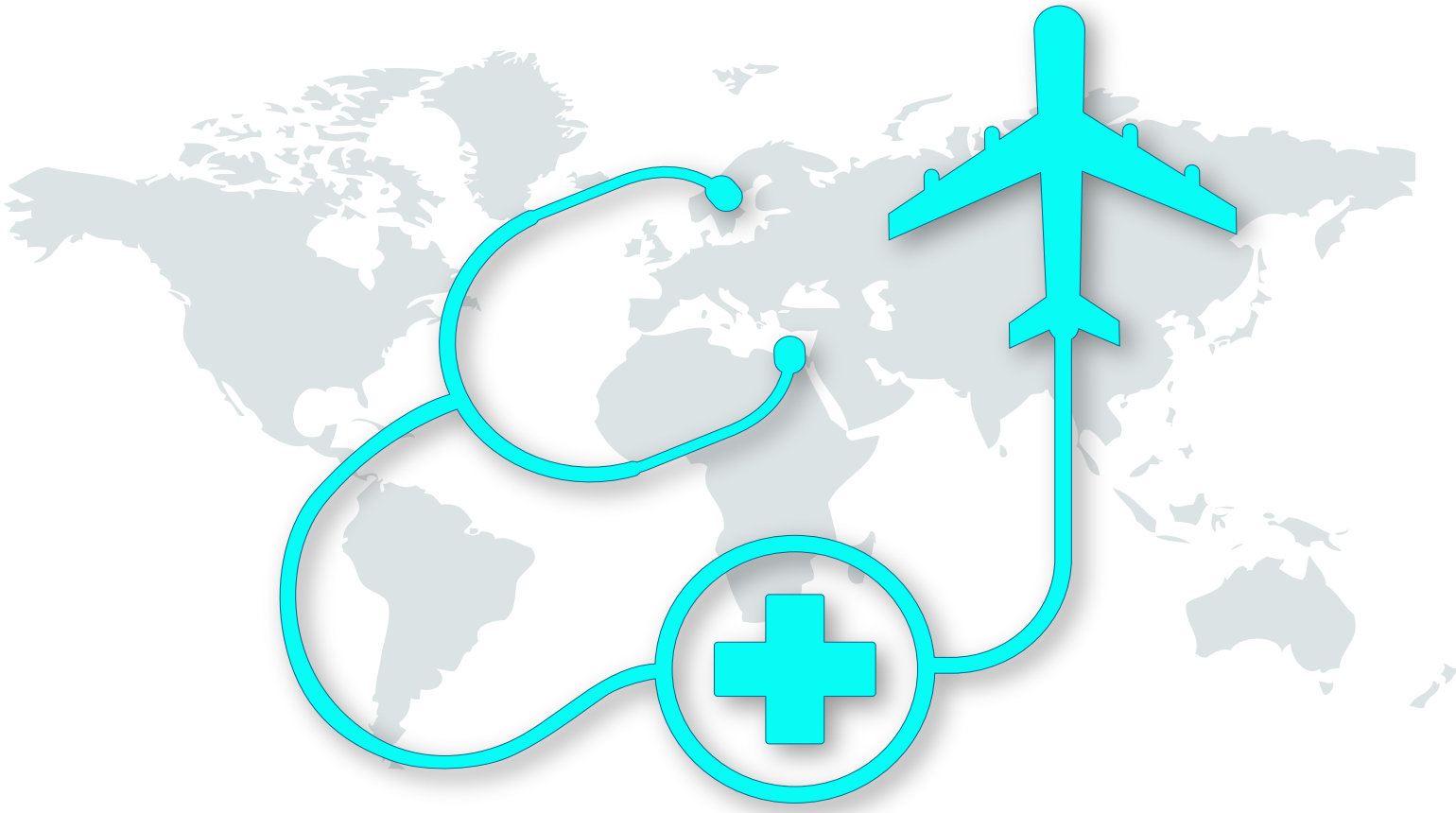
SLM	Nombre de demandes de remboursement traités	*Dont nombre de dossiers tarifés (accord total ou partiel)*
Harmonie Fonction Publique	0	0
LMDE	9	9
MAGE	107	91
MCVPAP	255	221
MEP	422	371
MFP	84	62
MG	1	1
MGEL	985	824
MGEN	1	0
MNH	969	838
MNT	7	6
MUT'EST	74	65
MUTUELLE SOLEIL	1	0
SMEBA	473	410
SMECO	98	74
SMENO	883	779
SMEREB	190	157
SMEREP	260	212
SMERRA	1 225	1 000
VITTAVI	690	582
TOTAL	**6 734**	**5 702**

Liste des pays avec un accord international couvrant les risques maladie, maternité et/ou AT-MP (volet CNSE – Dettes et Créances Internationales)

	Risque maladie	Risque maternité	Risque AT-MP
Conventions bilatérales			
Algérie	☑	☑	☑
Andorre	☑	☑	☑
Bénin	☑[1]		☑
Bosnie-Herzégovine	☑	☑	☑
Cameroun			☑
Cap-Vert	☑	☑	☑
Congo (République du)	☑[1]	☑	☑
Côte d'Ivoire	☑[1]	☑	☑
Gabon	☑	☑	☑
Israël			☑
Jersey[2]	☑	☑	
Kosovo	☑	☑	☑
Macédoine	☑	☑	☑
Madagascar	☑[1]		☑
Mali	☑	☑	☑
Maroc	☑	☑	☑
Mauritanie	☑[1]		☑
Monaco[3]	☑	☑	☑
Monténégro	☑	☑	☑
Niger	☑[1]	☑	☑
Québec	☑	☑	☑
Sénégal	☑[1]		☑
Serbie	☑	☑	☑
Togo	☑[1]		☑
Tunisie	☑	☑	☑
Turquie	☑	☑	☑
Décrets de coordination			
Nouvelle-Calédonie	☑	☑	☑
Polynésie française	☑	☑	☑
Saint-Pierre et Miquelon	☑	☑	☑
Convention d'évacuation sanitaire vers la métropole			
Wallis et Futuna	Prise en charge des soins liés aux évacuations sanitaires depuis Wallis et Futuna vers la métropole		

[1] Il existe un protocole relatif au maintien de certains avantages de l'assurance maladie pour une durée limitée à 6 mois suite à un transfert de résidence.
[2] Il existe une disposition conventionnelle spécifique dans le cadre de l'accord franco-britannique concernant Jersey qui stipule que les créances des deux parties ne seront pas mises en recouvrement.
[3] Il existe une disposition conventionnelle spécifique dans le cadre de l'accord franco-monégasque qui stipule que les créances des deux parties ne seront pas mises en recouvrement.

Centre National de Soins à l'Étranger



SÉCURITÉ SOCIALE
L'Assurance Maladie
MORBIHAN

Cpam56 - Service Communication - CNSE - Octobre 2019