

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

2016

REVUES DE DÉPENSES

Les soins à l'étranger
des assurés sociaux



Les revues de dépenses constituent **un dispositif innovant d'évaluation des dépenses publiques**, instauré par la loi de programmation des finances publiques 2014-2019 (article 22). Elles ont pour **objectif explicite de documenter des mesures et des réformes structurelles de redressement des comptes publics**. Réalisées en toute indépendance par les corps d'inspection et de contrôle, **les recommandations des revues de dépenses n'engagent donc pas le Gouvernement**. Leur efficacité repose tant sur leur contenu opérationnel que sur leur procédure spécifique, qui associe étroitement Gouvernement et Parlement.

Un champ de compétence large associé à une démarche opérationnelle

Portant sur l'ensemble des administrations publiques, **le champ d'intervention des revues de dépenses est très large**. Elles peuvent couvrir tous les domaines de l'action publique et tous les sous-secteurs des administrations publiques (État, agences, organismes de sécurité sociale, collectivités territoriales), comme tous les outils de financement des politiques publiques (dépenses fiscales, crédits budgétaires, taxes affectées, etc.).

Centrées sur la réalisation d'économies, les revues de dépenses **s'inscrivent dans une logique opérationnelle**. Chaque revue de dépenses doit permettre d'approfondir la connaissance des dépenses afin de préparer des réformes pouvant être mises en œuvre à court ou moyen terme.

Une association du Parlement en parfaite articulation avec le calendrier de la préparation du budget

L'une des principales innovations des revues de dépenses par rapport aux autres exercices d'évaluation tient à leur **articulation étroite avec le calendrier budgétaire annuel**. Ces modalités de mise en œuvre sont directement prévues par la loi de programmation des finances publiques (LPFP) et **constituent un élément clé de l'efficacité du dispositif**.

La loi dispose ainsi que **l'exercice est lancé chaque année de manière concomitante avec le dépôt du PLF**. La liste des thèmes faisant l'objet d'une revue de dépenses est présentée dans une annexe budgétaire du PLF dédiée (« jaune »). Les parlementaires sont ainsi informés des thèmes des revues et de leurs enjeux pour en débattre, le cas échéant, avec le Gouvernement.

Les travaux des corps de contrôle doivent être finalisés au cours du premier trimestre. Ce calendrier permet ainsi que **les conclusions des revues de dépenses puissent être intégrées à la construction du PLF suivant**. Le Gouvernement en prévoit la diffusion, sans que celle-ci soit précisée dans la LPFP, non seulement dans un souci de transparence, mais aussi dans la volonté de fournir le degré d'information le plus précis et le plus fin, propre à nourrir des échanges éclairés et de qualité au sein du débat public.

Revue de dépenses Les soins à l'étranger des assurés sociaux

RAPPORT

Établi par

Laurent CAUSSAT
Véronique MARTIN SAINT LÉON

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales



N°2015-170R

Laurent VACHEY

Membre de l'Inspection générale
des finances

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

N°2015-M-096

SYNTHESE

A la demande des ministres chargés des finances et des affaires sociales, et dans le cadre d'une revue de dépenses, l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales ont procédé à une analyse de la dépense de remboursement des soins prodigués à l'étranger à des assurés français.

En 2015, les régimes d'assurance maladie ont versé 662 M€ au titre de la prise en charge de soins d'assurés français à l'étranger, ce qui représente environ 0,35 % de l'ensemble de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cette dépense progresse de façon continue depuis 2010. Elle n'est pas isolée au sein de l'ONDAM, et de ce fait, ne fait l'objet d'aucun pilotage particulier.

1. Une mobilité internationale croissante des assurés, encadrée par un corpus juridique complexe

Plusieurs facteurs concourent à une croissance régulière de la dépense de soins à l'étranger. Elle est tirée par la progression continue de la mobilité internationale et le développement de filières de soins prodigués à l'étranger.

Les règlements européens de coordination en matière de sécurité sociale et une directive de 2011 sur la mobilité des patients prévoient la possibilité pour tout assuré d'un État membre de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE) ou de Suisse, de recevoir des soins dans un autre État membre, et de bénéficier d'une prise en charge par le régime d'assurance maladie de son pays. Selon l'utilisation ou non de la carte européenne d'assuré maladie (CEAM), il peut être dispensé de l'avance des frais, les règlements s'effectuant par des échanges financiers entre le régime d'affiliation de l'assuré et celui du pays où les soins ont été prodigués. Toutefois, en cas d'hospitalisation ou de « soins hautement spécialisés et coûteux », les États membres ont la faculté d'instituer des restrictions à la liberté de circulation, sous la forme d'une autorisation préalable.

En dehors de ces dispositions européennes, des accords bilatéraux avec certains pays tiers ainsi que des accords de coordination avec les collectivités d'outre-mer (Nouvelle-Calédonie, Polynésie, Saint-Pierre et Miquelon) prévoient des dispositions spécifiques de prise en charge. En outre, des conventions transfrontalières permettent à des assurés des zones frontalières de recevoir des soins de l'autre côté de la frontière.

Enfin, en ce qui concerne les pays hors UE-EEE-Suisse et pays ou territoires sous accords bilatéraux, la réglementation française prévoit une prise en charge facultative des soins inopinés, et, dans des conditions exceptionnelles, des soins programmés.

Cette diversité de régimes juridiques est rendue encore plus complexe par la création de la protection universelle maladie (PUMA) depuis le 1^{er} janvier 2016. Cette réforme a pour effet de modifier la situation de certaines catégories de personnes qui ont établi leur résidence hors de France (ayants droits de travailleurs détachés ou de retraités de régimes de retraite français), et le droit à la prise en charge des soins lors d'un séjour temporaire en France (suppression de la condition de 15 ans de cotisation pour l'attribution de ce droit aux retraités de régimes français et de nationalité étrangère non européenne). La mission souligne l'enjeu important que constitue l'introduction de la PUMA pour ces situations particulières.

Sur le plan des circuits de remboursement, il y a lieu de distinguer deux types de situations :

- lorsque l'assuré a été dispensé de l'avance des frais : le pays où les soins ont été prodigués transmet au pays d'affiliation de l'assuré, via un organisme de liaison, une facture représentative des frais exposés, ou, lorsque le pays n'est pas en mesure d'individualiser les coûts, un forfait par patient traité. En France, depuis 2015, c'est la CNAMTS, et en son sein le Centre national des soins à l'étranger (CNSE) sis au sein de la caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan, qui est l'organisme de liaison. A ce titre, il reçoit les créances des pays tiers, les contrôle et les règle, et transmet aux organismes étrangers les créances de la France pour en récupérer le règlement ;
- lorsque l'assuré a avancé les frais, il adresse la facture correspondante à son régime d'assurance maladie, qui le rembourse sur la base des tarifs en vigueur dans le pays de soins, ou, sur option de l'assuré, sur la base des tarifs français.

En 2015, les versements de la France à l'étranger au titre des soins de ses assurés se sont élevés à 662,2 M€ et se décomposent entre les dettes entre institutions (73 % soit 483,7 M€ dont les deux tiers au titre de factures et le tiers restant au titre de forfaits), et les remboursements directs aux assurés (27 % soit 178,5 M€). D'un autre côté, l'assurance maladie française a perçu cette même année 909,5 M€ au titre des créances sur des régimes d'assurance maladie étrangers.

Jusqu'en 2014, le Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) avait en charge la gestion des dettes et des créances internationales d'assurance maladie. Cette mission ayant été transférée à la CNAMTS en 2015, les compétences de cet établissement se résument aujourd'hui à l'information des assurés en cas de séjour à l'étranger, à l'appui technique aux administrations et aux régimes de protection sociale, à l'instruction des demandes dérogatoires de détachement de travailleurs, à l'élaboration de statistiques sur la mobilité internationale et ses conséquences sur les recettes et les dépenses des régimes de protection sociale, et à la traduction de documents médico-administratifs transmis par les régimes étrangers, en appui aux régimes français.

2. Une progression budgétaire complexe à anticiper et à piloter

La mission a rapproché les données de paiement de l'assurance maladie (ou du CLEISS avant 2015), les montants enregistrés dans les comptes des régimes d'assurance maladie, et les estimations de dépenses en dates de soins réalisées par la Direction de la sécurité sociale. Ces rapprochements ont été menés concomitamment à la clôture par les régimes de leurs comptes 2015 et au constat de l'ONDAM pour 2015 dans le but de valider la robustesse des données en dates de soins. Au-delà de ces vérifications, elle a analysé les modalités actuelles de suivi des dépenses de soins à l'étranger. Trois constats peuvent être établis :

- **le périmètre actuel des soins à l'étranger paraît peu cohérent**, notamment en ce qu'il exclut l'essentiel des frais de transport associés et qu'à l'inverse il inclut les versements aux établissements pour personnes handicapées non conventionnés à l'étranger¹ ;
- **les prévisions financières réalisées dans le cadre de la construction de l'ONDAM sont peu documentées, et reposent essentiellement sur la prolongation des tendances observées au cours des dernières années** ;
- **il n'existe aujourd'hui aucun suivi infra-annuel de la dépense.**

¹ Les paiements aux établissements conventionnés en région wallonne étant, quant à eux, incorporés à l'ONDAM médico-social « personnes handicapées ».

S'agissant du constat de l'ONDAM à partir des données comptables, les délais particulièrement longs de transmission des créances internationales entre pays européens (que les possibilités de contestation peuvent allonger jusqu'à quatre ans, voire davantage) présentent une difficulté particulière. Le calcul des dépenses au titre de soins prodigués à l'étranger au cours de l'année écoulée repose donc de façon déterminante sur le calcul de provisions pour charges futures. Par ailleurs, l'impossibilité, avec le système d'information actuel, de rattacher aux années de soins adéquates les factures transmises par des pays tiers rend indispensables des exploitations extra-comptables pour tenter d'approcher une réalisation correcte de ce rattachement.

Ces exploitations ont entraîné des révisions particulièrement importantes pour les derniers exercices : à la hausse pour 2012 et 2013, et à la baisse pour 2014 et 2015. Les estimations auxquelles elles conduisent pour ces quatre années (+ 4,6 % en moyenne par an) marquent un ralentissement sensible par rapport aux perspectives antérieures, notamment celles mentionnées dans la lettre de mission (+ 7,9 % en moyenne par an entre 2004 et 2013). Les dépenses au titre des dettes internationales d'assurance maladie progressent de façon modérée (+ 1,3 % en moyenne par an), en phase avec les tendances générales de la mobilité internationale. Ce sont les remboursements aux assurés qui expliquent la plus grande partie de cette évolution, et en leur sein, la dynamique spécifique des versements aux établissements étrangers hébergeant des personnes handicapées. Le développement d'autres filières de soins à l'étranger (dialyses, soins dentaires, aide médicale à la procréation) participe également à cette évolution, ainsi que, dans une moindre mesure, les dépenses de soins des travailleurs frontaliers en Suisse. Plusieurs de ces facteurs devraient progressivement cesser de contribuer aussi fortement à la croissance de la dépense, notamment les frais des placements dans des établissements belges ou les dépenses des travailleurs frontaliers en Suisse. Cette conclusion ne fait cependant pas obstacle au réexamen au premier euro de cette dépense. **La mise en cohérence des données de paiement, comptables et en dates de soins peut servir de point d'appui à la mise en place de modalités de pilotage de la dépense de soins à l'étranger plus effectives entre la CNAMTS et la DSS.**

3. Une organisation dont la rationalisation amorcée doit se poursuivre et une réglementation à clarifier

La mission s'est attachée à dégager des propositions d'évolutions des règles et des processus qui commandent cette dépense, en tenant compte des pratiques de gestion des dettes et des créances internationales de deux pays européens, l'Allemagne et le Royaume-Uni.

Ces deux pays sont marqués par des contextes institutionnels différents – un système d'assurances sociales en Allemagne de nature fédérative, un système national de santé centralisé au Royaume-Uni - qui conditionnent l'organisation de la gestion des dettes et créances internationales et des remboursements aux assurés. Cependant, les difficultés rencontrées pour leur règlement sont assez similaires. Elles suggèrent que les principaux gains à espérer sur les créances viendront d'une organisation rigoureuse pour l'identification des patients et de leur affiliation au niveau des fournisseurs de soins, hôpitaux en particulier, et, pour les dettes, d'une bonne articulation des systèmes d'information et d'un renforcement des contrôles sur les soins effectués.

La modernisation du dispositif français de gestion des dettes et des créances internationales doit également intégrer le potentiel d'efficience inclus dans les initiatives de la Commission européenne telles que la fixation de délais impératifs pour le règlement définitif des dettes et créances ; la transition progressive des paiements au forfait aux dépenses réelles ; le projet « Electronic exchange of social security information » (EESSI) qui doit permettre de fluidifier la circulation de documents administratifs. **La mission recommande que le déploiement de la nouvelle application OVERSI de gestion des dettes et des créances internationales soit coordonné avec l'entrée en service du dispositif EESSI.**

Le transfert du CLEISS à la CNAMTS de la gestion des dettes et créances internationales, à compter du 1er janvier 2015 constitue une première étape de cette modernisation².

La transmission par le CLEISS des moyens afférents à la gestion des dettes et créances internationales a rencontré des difficultés. En particulier, le CLEISS n'a pas intégralement honoré les tâches qu'il s'était engagé à assumer jusqu'en décembre 2014. En outre, l'activité du CNSE en 2015 a été perturbée par l'arrivée à échéance, en mai, d'un délai de forclusion des créances antérieures à 2011 ayant fait l'objet de contestations, qui l'a contraint à mobiliser des moyens humains exceptionnels afin de traiter le maximum de ces créances dans ce délai.

Dans ce contexte défavorable, le CNSE a préservé autant qu'il lui était possible les intérêts financiers de l'assurance maladie. Certes, sur un montant de 256 M€ de créances antérieures à 2011 restant à percevoir, 14 M€ n'ont pu être représentés et sont définitivement perdus. Cette évaluation n'est pas définitive, et la mission recommande qu'un bilan final du traitement des créances antérieures à 2011 soit réalisé. Toutefois, le CNSE a déjà apporté des améliorations au processus de traitement, notamment en matière d'enregistrement comptable désormais réalisé dès la réception ou l'envoi des lettres d'introduction de créances. **Les résultats obtenus en 2015 confirment la pertinence de la décision de confier la gestion des dettes et créances internationales à l'assurance maladie.**

S'agissant de **l'optimisation des procédures actuellement en vigueur, deux chantiers d'amélioration peuvent être identifiés :**

- **les autorisations préalables de soins programmés à l'étranger :** le pôle médical du CNSE devrait se voir confier l'intégralité des demandes d'autorisation portant sur les soins complexes ou coûteux (aujourd'hui traitées par l'échelon national), en plus de celles relatives à l'assistance médicale à la procréation ; les caisses primaires garderaient la responsabilité de l'instruction des demandes élémentaires, mais devraient obligatoirement en transmettre les décisions au CNSE ;
- **les contrôles des dettes internationales et des demandes de remboursement des assurés :** la compétence acquise par le CNSE en la matière rend superflus les contrôles complémentaires réalisés par les caisses primaires. A l'inverse ces dernières devraient systématiquement solliciter le CNSE en cas de recours amiable portant sur des remboursements de soins à l'étranger, pour la rédaction des mémoires justifiant les décisions contestées.

S'agissant de **l'évolution de la prise en charge des soins à l'étranger :**

- **les soins inopinés hors UE-EEE-Suisse³, soit ne devraient plus du tout être pris en charge, soit, à la préférence de la mission, ne faire l'objet de remboursement que pour des hospitalisations,** charge pour les voyageurs internationaux de souscrire des contrats d'assistance couvrant les soins et le rapatriement. L'économie annuelle pourrait atteindre 15 M€ en cas de suppression totale, 7 M€ en cas de limitation aux soins hospitaliers ;
- les pratiques en matière de tarification du remboursement des soins hospitaliers à l'étranger sont variables selon les régimes entre prix de journée ou référence aux tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) de la tarification à l'activité. La mission considère que **l'expérimentation de tarification en GHS menée par le CNSE** est concluante, en termes de maîtrise des coûts, d'équité du remboursement et d'adéquation à la sévérité des pathologies traitées. Elle **devrait être validée et appliquée par tous les régimes**, y compris la Caisse des français de l'étranger ;
- en ce qui concerne la prise en charge des transports associés à des soins programmés à l'étranger, un même référentiel de prise en charge, sur lequel une réflexion est en cours dans

² Préconisé dans un rapport de l'IGF et de l'IGAS de décembre 2012, ce transfert a été mis en œuvre par l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

³ Sauf pour les affections de longue durée et pour les salariés et fonctionnaires détachés.

le cadre d'une revue de dépenses spécifique, devrait s'appliquer aux transports prescrits en France comme à l'étranger. Il convient de **demander aux médecins conseils de procéder, lors de l'instruction d'une demande d'autorisation préalable, à un examen systématique de la prise en charge de frais de transport associés. Les demandes de remboursement de frais de transport associés à des soins à l'étranger devront être systématiquement transmises au CNSE** qui en instruira le remboursement. **Les périmètres des sous-objectifs « soins de ville » et « autres prises en charge » de l'ONDAM devraient être rectifiés** en conséquence ;

- pour la situation spécifique des personnes handicapées hébergées dans des établissements à l'étranger, principalement en Belgique, qui constitue la principale dépense remboursée aux assurés par le CNSE⁴, la mission préconise que **l'ensemble de la dépense médico-sociale en faveur des personnes handicapées, en France et à l'étranger soit incorporée au sous-objectif « dépenses médico-sociales en faveur des personnes handicapées » de l'ONDAM⁵** ;
- la mission s'est enfin penchée sur **la prise en charge d'actes de dialyse à l'étranger** : si le principe de leur prise en charge pour des assurés qui effectuent des séjours à l'étranger ne soulève pas d'objection, on observe un rapprochement des tarifs pratiqués dans les principaux pays de destination des assurés (au Maghreb essentiellement) vers les tarifs de remboursement de l'assurance maladie française. Dans ce domaine, une **différenciation géographique des tarifs de remboursements, davantage en adéquation avec les coûts locaux pratiqués par les établissements dans les pays concernés** pourrait être envisagée. Une extension à d'autres actes pourrait être étudiée ultérieurement sur la base d'une coopération accrue avec les autres acteurs de prise en charge des soins à l'étranger (assistants, complémentaires santé, caisse des français de l'étranger).

Ces investigations questionnent l'allocation des fonctions internationales dans le domaine de l'assurance maladie entre les parties prenantes (État, CLEISS, assurance maladie). S'il ne lui était pas demandé de porter ses réflexions sur cette question, la mission juge toutefois utile de faire état de trois constats :

- une certaine **dispersion au sein du réseau de l'assurance maladie des fonctions liées aux relations internationales, dont le regroupement pourrait conforter l'unité de vue nécessaire** et l'efficacité des processus de gestion associés ;
- le caractère hétérogène des missions qui restent confiées au CLEISS. Le bilan positif que la mission tire du transfert au CNSE de la gestion des dettes et créances internationales la conduit à **s'interroger sur la pertinence des missions exercées par le CLEISS**. Il serait souhaitable que ces questions soient examinées en amont de l'élaboration d'une nouvelle convention d'objectifs et de gestion entre l'État et le CLEISS.
- l'utilité d'une animation par la DSS d'un forum permanent d'échanges sur la fonction « soins à l'étranger » associant l'ensemble des acteurs concernés.

⁴ Un plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités vers la Belgique, doté d'un fonds d'amorçage de 15 M€ a été annoncé en octobre 2015 ; une instruction a été adressée en janvier 2016 aux Directeurs généraux des agences régionales de santé, et une mission d'appui a été confiée à l'IGAS sur ce sujet.

⁵ Coexistent aujourd'hui deux circuits de paiement et de pilotage : la Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie pour les versements aux établissements conventionnés wallons et le CNSE pour les versements aux établissements non conventionnés.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
1. Une mobilité internationale croissante des assurés, encadrée par un corpus juridique complexe.....	3
2. Une progression budgétaire complexe à anticiper et à piloter.....	4
3. Une organisation dont la rationalisation amorcée doit se poursuivre et une réglementation à clarifier.....	5
INTRODUCTION	11
1 UNE MOBILITE INTERNATIONALE CROISSANTE DES ASSURES ENCADREE PAR UN CORPUS JURIDIQUE COMPLEXE ET TRAITEE PAR UNE ORGANISATION PLURIELLE	12
1.1 La dynamique des populations susceptibles d'exposer des dépenses de soins à l'étranger	12
1.1.1 Le nombre de Français expatriés progresse.....	12
1.1.2 Les déplacements temporaires à l'étranger pour motifs professionnels, de formation ou touristiques, sont également en augmentation.....	14
1.1.3 Certaines filières de soins se développent à l'international	16
1.2 Une abondance de règles juridiques assorties de modalités de prise en charge variées pour répondre à la multiplicité des situations.....	17
1.2.1 Des règles juridiques différentes selon les zones géographiques et les accords négociés entre Etats.....	17
1.2.2 Des modalités de prise en charge variables selon la législation en vigueur et la nature des soins	19
1.2.3 Le statut de l'assuré et son lieu de résidence peuvent également influencer sur les règles de prise en charge des dépenses de soins applicables	24
1.3 Une multiplicité d'acteurs qui interviennent dans la prise en charge des frais de soins à l'étranger.....	30
1.3.1 L'intervention des régimes obligatoires de base d'assurance maladie	31
1.3.2 Le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS)	34
1.3.3 Les couvertures complémentaires et les assurances volontaires	35
2 UNE PROGRESSION BUDGETAIRE COMPLEXE A ANTICIPER, A RETRACER ET A PILOTER.....	38
2.1 Les flux financiers entre la France et l'étranger en matière d'assurance maladie.....	38
2.2 Des paiements des organismes aux comptes des régimes d'assurance maladie et aux agrégats en dates de soins	39
2.2.1 Un périmètre discutable.....	40
2.2.2 Un périmètre évolutif.....	41
2.2.3 Une dépense dont l'appréhension en dates de soins est problématique, particulièrement dans le contexte du transfert à l'assurance maladie de la gestion des dettes et des créances internationales	41
2.3 Une révision des estimations de la dépense de soins à l'étranger qui assure désormais la cohérence avec les facteurs socio-économiques gouvernant la mobilité internationale	45
2.4 Un pilotage des remboursements de soins à l'étranger à consolider par une allocation adéquate des diverses tâches entre l'assurance maladie et les services de l'État.....	47
2.4.1 La prévision des dépenses de soins à l'étranger dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année à venir.....	47
2.4.2 Le suivi de la dépense de soins à l'étranger en cours d'exercice.....	47
2.4.3 Le constat de l'ONDAM à l'issue de la clôture d'un exercice comptable	48
3 UNE ORGANISATION DONT LA RATIONALISATION EST AMORCEE ET UNE REGLEMENTATION QUI RESTE A CLARIFIER EN TENANT COMPTE DES EXPERIENCES ETRANGERES	49

3.1	Des expériences européennes qui peuvent inspirer des évolutions en France, et une impulsion européenne potentiellement porteuse de gains d'efficience.....	49
3.1.1	Les modalités de gestion des dettes et créances internationales de certains pays européens (Allemagne et Royaume-Uni) s'expliquent par l'organisation de leur système d'assurance maladie..	49
3.1.2	La Commission européenne impulse des projets visant à fluidifier la coopération administrative entre États-membres dans le domaine de la sécurité sociale.....	53
3.2	Une première étape du regroupement des fonctions de gestion des échanges internationaux en matière d'assurance maladie est en bonne voie.....	57
3.2.2	Les opérations de gestion des dettes et créances ont été impactées par les nouveaux règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale.....	59
3.2.3	Les opérations de transfert de la gestion du CLEISS au CNSE ont été difficiles et se traduisent par des pertes financières qui ne peuvent encore être précisément établies.....	61
3.3	Des rationalisations sont souhaitables et des économies sont possibles	67
3.3.1	Dans le périmètre des fonctions actuelles du CNSE	67
3.3.2	Par une clarification des règles de prise en charge.....	71
3.3.3	Une meilleure affectation des dépenses d'hébergement d'enfants et d'adultes handicapés dans des établissements situés à l'étranger.....	79
3.3.4	Envisager pour les dialyses une modulation des tarifs de remboursement selon les pays.....	82
3.4	Vers une rationalisation et une meilleure allocation des fonctions internationales entre l'Etat et l'assurance maladie.....	84
3.4.1	L'organisation au sein du réseau de l'assurance maladie.....	84
3.4.2	Les missions maintenues au CLEISS.....	85
3.4.3	L'animation de la fonction soins à l'étranger.....	86
	CONCLUSION	87
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	89
	LETTRE DE MISSION.....	91
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	95
	ANNEXE 1 : LES SOINS DENTAIRES A L'ETRANGER	101
	ANNEXE 2 : RECAPITULATIF DES TEXTES ET PRISES EN CHARGE AU SEIN ET HORS DE L'UE-EEE-SUISSE (HORS CONVENTIONS BILATERALES).....	104
	ANNEXE 3 : PROCESSUS D'ELABORATION DES DEPENSES DE SOINS A L'ETRANGER EN DATE DE SOINS POUR LES EXERCICES 2013 – 2014 - 2015	106
	ANNEXE 4 : PRESENTATION DES SYSTEMES D'ASSURANCE MALADIE EN ALLEMAGNE ET AU ROYAUME-UNI.....	109
	ANNEXE 5 : ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION (AMP) A L'ETRANGER.....	112
	SIGLES UTILISES	115
	PIECES JOINTES	119

INTRODUCTION

En 2014, 1 200 000 assurés de régimes français d'assurance maladie ont bénéficié de la prise en charge de soins prodigués à l'étranger. Ces soins constituent un des trois postes du 7^{ème} sous-objectif de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)⁶ et représentent une dépense en constante évolution. Ils atteignent un montant d'environ 660 M€ en 2015.

Par lettre en date du 7 décembre 2015, le ministre des finances et des comptes publics, le ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le secrétaire d'État au budget ont saisi l'inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une mission relative aux soins à l'étranger des assurés sociaux. Cette mission s'inscrit dans le cadre d'une revue de dépenses conformément à l'article 22 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014-2019 avec pour objectif de :

- dresser un premier bilan du transfert de la gestion des créances et des dettes du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) vers le Centre national des soins à l'étranger (CNSE) en proposant d'éventuelles voies d'optimisation, notamment concernant le système d'information ;
- réaliser une analyse des déterminants de la dépense de soins à l'étranger des assurés selon qu'ils sont, ou non, réalisés dans la zone Union européenne (UE) – Espace économique européen (EEE) - Suisse. Un examen particulier de l'évolution de dépenses et les motifs de recours aux soins dans le cadre de l'espace européen est demandé qu'il s'agisse de soins programmés ou dispensés selon les accords transfrontaliers ;
- procéder à une comparaison de la prise en charge des frais de santé dans d'autres pays tels que le Royaume-Uni et l'Allemagne ;
- proposer des leviers de régulation de cette dépense, en particulier pour le remboursement de soins réalisés en dehors de la zone UE-EEE-Suisse.

Pour cela, la mission a rencontré, outre les cabinets ministériels concernés, les différents services intervenant sur les soins des assurés à l'étranger : la Direction de la sécurité sociale (DSS), différents services de la branche maladie du régime général (Caisse nationale, CNSE et trois caisses primaires d'assurance maladie), le CLEISS, la Caisse des français de l'étranger (CFE), la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Elle a également rencontré deux autres régimes, la Caisse nationale de la mutualité socialité agricole (MSA) et celle du régime social des indépendants (RSI), deux opérateurs d'assistance sanitaire à l'international, Europ Assistance et Mondial Assistance, la Fédération nationale de la mutualité française ainsi que la Direction des Français à l'étranger et de l'administration consulaire (DFEAC) du Ministère des affaires étrangères (MAE).

Enfin, pour répondre à la demande de comparaison internationale, la mission s'est rendue à Bruxelles pour rencontrer des représentants au sein de la commission européenne, à Londres pour s'entretenir avec des représentants du *Department of Health* et du *Department of Work and Pensions*, et a bénéficié d'une contribution écrite du service des affaires sociales de l'ambassade de France en Allemagne.

Le présent rapport présente les travaux de la mission autour de trois thèmes distincts :

- l'identification des comportements de mobilité des individus, des règles juridiques et des pratiques de prise en charge des acteurs qui les mettent en œuvre ;
- l'évaluation financière et comptable de cette dépense, et les modalités de son pilotage, dans la perspective de leur amélioration future ;

⁶ Avec l'ONDAM médico-social spécifique et les dotations aux opérateurs.

- les axes de progrès identifiés dans les processus de remboursement et de suivi de la dépense de soins des assurés français à l'étranger, et plus largement dans l'organisation de la fonction internationale dans les régimes d'assurance maladie.

1 UNE MOBILITE INTERNATIONALE CROISSANTE DES ASSURES ENCADREE PAR UN CORPUS JURIDIQUE COMPLEXE ET TRAITEE PAR UNE ORGANISATION PLURIELLE

En Europe, la liberté de circulation des personnes et la construction d'un marché unique et à l'échelle globale la mondialisation de l'économie engendrent pour les Etats la nécessité de s'organiser pour accompagner la mobilité des actifs et des retraités, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins.

Différents dispositifs ont été mis en place pour coordonner les organismes de sécurité sociale nationaux et favoriser la prise en charge des soins transfrontaliers des assurés. Les modalités de cette prise en charge sont multiples et diffèrent selon l'origine des soins, la zone géographique dans laquelle ils sont prodigués (UE, EEE et Suisse⁷, pays avec lesquels existe une convention bilatérale ou reste du monde), ou encore la législation en matière d'assurance maladie du pays concerné. Les situations, et les règles applicables correspondantes, peuvent donc être des plus diverses.

Il y a donc lieu tout d'abord de décrire brièvement les évolutions socio-économiques générales qui tendent à augmenter les déplacements à l'étranger et par suite les opportunités pour les migrants et les voyageurs d'y recevoir des soins, puis les règles juridiques et les pratiques de prise en charge de ces soins par les régimes d'assurance maladie, enfin les administrations et les organismes qui mettent en œuvre cette prise en charge.

1.1 La dynamique des populations susceptibles d'exposer des dépenses de soins à l'étranger

La croissance des dépenses de soins à l'étranger depuis une dizaine d'années est, selon les cas, plus ou moins liée à la progression générale de la mobilité internationale, qu'il s'agisse d'expatriations durables, de séjours professionnels, de formations universitaires ou encore de séjours temporaires.

Les indicateurs présentés ci-dessous n'ont pas vocation à réaliser une analyse approfondie des facteurs socio-économiques qui affectent la dépense de soins des assurés français à l'étranger, qui sera conduite dans la suite du présent rapport. Ils permettent cependant de saisir le contexte général d'expansion des flux de déplacements temporaires ou durables des personnes entre la France et l'étranger dans lequel intervient la progression de cette dépense observée depuis 2010.

1.1.1 Le nombre de Français expatriés progresse

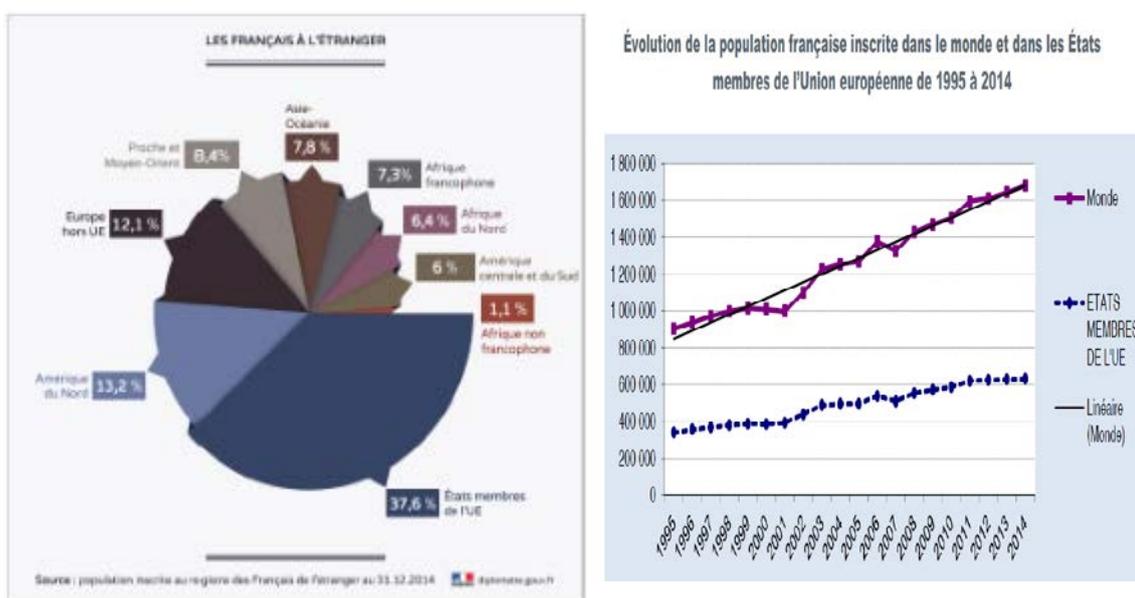
S'agissant du dénombrement des citoyens français ayant établi leur résidence à l'étranger, la seule source disponible est le dénombrement des Français inscrits auprès des postes consulaires.

Elle est incomplète puisqu'un certain nombre de Français ne se font pas enregistrer auprès des autorités consulaires et parmi celles qui le font, toutes n'ont pas droit aux prestations en nature de l'assurance maladie française. En outre des personnes étrangères résidant à l'étranger sont aussi susceptibles de bénéficier de la prise en charge de leurs soins par la France.

⁷ Il est possible de regrouper dans un même ensemble, l'UE, l'EEE (UE + Norvège, Islande, Liechtenstein) qui ne couvre pas tous les domaines d'action de l'UE mais où la liberté de circulation des marchandises et des services, des capitaux et des personnes y est identique, et la Suisse. Pour éviter toute difficulté de compréhension, la mission a volontairement qualifié cette zone géographique « UE-EEE-Suisse » plutôt que « EEE-Suisse ».

Selon les données du ministère des affaires étrangères⁸, 2 à 2,5 millions de Français seraient établis hors de France en 2014, dont 1,7 million inscrits dans le registre consulaire comme le montre le graphique ci-dessous⁹. Ce nombre a progressé de 2,3 % en 2014 et de 2,0 % en 2013, soit une évolution soutenue, mais inférieure à la tendance observée au cours des dix dernières années, proche de 3 % par an. Dans la zone UE-EEE-Suisse, où la coordination des systèmes de sécurité sociale joue, on dénombrait à fin 2014 un peu plus de 800 000 personnes inscrites sur les registres consulaires (dont 630 000 au sein des seuls États-membres de l'Union européenne). Ce nombre progresse de façon modérée depuis les trois dernières années : + 0,5% en moyenne entre 2011 et 2014. L'augmentation est plus importante en ce qui concerne les résidents dans les trois pays du Maghreb liés à la France par des accords bilatéraux de sécurité sociale : + 4,2% en moyenne entre 2011 et 2014, pour une population enregistrée dans les consulats de près de 110 000 personnes. Le nombre d'expatriés progresse également sensiblement en Amérique du Nord et en Asie-Océanie (respectivement + 3,3 % et + 4,0 % en moyenne par an entre 2011 et 2014). Hors UE, le nombre de personnes inscrites, non couvertes dans leur majorité par l'assurance maladie, est d'environ 880 000, chiffre que l'on peut comparer aux adhérents à la Caisse des Français de l'étranger hors Europe, soit 93 000 (représentant environ 174 000 personnes couvertes).

Graphique 1 : Evolution et répartition des français à l'étranger en 2014



Source : Rapport du gouvernement sur la situation des Français établis hors de France 2015

S'agissant de la population spécifique des retraités, le fichier « Ouverture des droits aux soins de santé » (ODSS) dont la gestion incombe à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (*cf. infra*, § 1.2.3.2) dénombrait en 2011 (dernière année pour laquelle les effectifs sont disponibles pour tous les pays) 211 000 bénéficiaires de pensions de régimes français ayant établi leur résidence en Europe, au Maghreb et dans les collectivités d'outremer¹⁰, dont 7 000 ayants droits. En Europe, cette population a progressé en moyenne de 1% an par an entre 2010 et 2014.

⁸ Rapport du gouvernement sur la situation des français établis hors de France – 2015. Ministère des Affaires Etrangères et du Développement International.

⁹ L'inscription au registre consulaire est facultative. Elle est valable cinq ans (certains inscrits peuvent donc avoir quitté le pays mais être encore présents dans le registre). Des phénomènes externes à la démographie –pic d'inscription avant une élection- peuvent faire varier le rythme d'évolution des inscrits.

¹⁰ Soit les zones dans lesquelles ils peuvent accéder au système de soins dans les mêmes conditions que les assurés du pays, leurs frais étant ensuite remboursés par la France (*cf. infra*, § 1.2.3.2).

1.1.2 Les déplacements temporaires à l'étranger pour motifs professionnels, de formation ou touristiques, sont également en augmentation

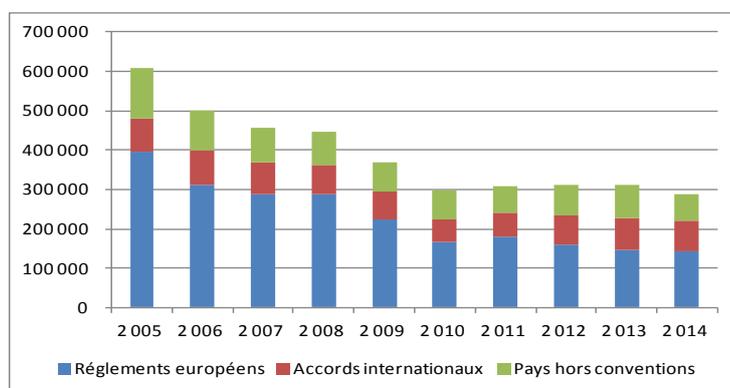
1.1.2.1 Les travailleurs détachés

Les travailleurs d'une entreprise française peuvent continuer à relever de la législation de sécurité sociale française pour la durée de leur mission. Au sein de l'Union européenne, cette situation ne peut excéder deux ans. En dehors de l'UE, dans le cadre d'accords bilatéraux avec des pays tiers, cette durée peut aller jusqu'à cinq ans (par exemple, aux États-Unis ou au Japon).

Les travailleurs détachés se voient appliquer les normes légales ou conventionnelles du droit du travail du pays d'emploi (durée du travail, salaire minimum, etc.)¹¹. Cependant, ils continuent à relever des régimes de sécurité sociale français, et bénéficient des soins dans leurs pays d'emploi dans les mêmes conditions que les assurés des régimes de ces pays.

Aux termes de l'article R. 767-2 du code de la sécurité sociale, le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) est chargé des demandes de dérogation aux règles relatives au détachement et de « collecter les données statistiques et comptables sur la mise en œuvre des règlements de la Communauté européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des autres accords de coordination, et d'établir un rapport annuel ». Le rapport statistique du CLEISS pour 2014¹² dénombre ainsi 287 518 formulaires de détachement émis au bénéfice de travailleurs assujettis à des régimes français de sécurité sociale (cf. *infra* sur l'analyse de la qualité de ces données). Le graphique ci-dessous présente l'évolution des formulaires et leur ventilation par type d'accords depuis 2005.

Graphique 2 : Formulaires de détachement émis de 2005 à 2014 (selon le type d'accords)



Source : CLEISS.

On constate une nette diminution des détachements depuis une dizaine d'années, particulièrement, au sein de la zone UE-EEE-Suisse¹³. Une telle évolution, particulièrement marquée en 2008 et 2009, paraît s'expliquer par l'impact de la crise économique et financière, qui a pu conduire les employeurs à reporter ou annuler des projets de développement à l'international ou à privilégier les recrutements locaux.

¹¹ Un projet de révision de la directive communautaire 96/71 du 16 décembre 1996 relative au détachement de travailleurs dans le cadre d'une prestation de services prévoit de relever le niveau des normes légales et conventionnelles applicables aux travailleurs détachés : ces derniers pourraient ainsi bénéficier de tous les éléments de rémunération attribués aux autres salariés de l'entreprise (primes, indemnités...), et se voir appliquer l'intégralité de la législation du travail au-delà d'une durée de détachement de deux ans.

¹² CLEISS, « Mobilité internationale – Les données de la protection sociale », rapport statistique, exercice 2014.

¹³ Sous réserve de la fiabilité de données statistiques du CLEISS (cf. § 3.2.4).

Les données présentées ci-dessus portent toutefois sur les flux de détachement à l'étranger de travailleurs assurés de régimes français et ne permettent pas d'approcher directement leur effectif en stock, qui est la base pertinente pour évaluer le potentiel d'exposition de soins à l'étranger de cette population. Ainsi, l'entrée en vigueur en 2010 des règlements européens n° 883/2004 et 987/2009 de coordination des législations de sécurité sociale des États-membres, qui allongent de 12 à 24 mois la durée d'un détachement au sein de l'Union européenne, aurait pu entraîner à partir de cette date une augmentation de la durée moyenne de détachement. Pour autant, cette durée moyenne est faible et a même diminué entre 2012 et 2014 (respectivement, 41 et 37 jours, au sein de l'UE-EEE-Suisse pour les seuls salariés affiliés au régime général)¹⁴.

Dès lors, il est peu probable que le nombre de travailleurs détachés dans un pays étranger, dont les frais de santé sont à la charge de l'assurance maladie française, ait connu depuis le début de la présente décennie une évolution différente de la stabilité globale décrite au graphique précédent.

1.1.2.2 Les étudiants français à l'étranger

La France est traditionnellement un pays d'accueil d'étudiants étrangers dans ses établissements d'enseignement. Selon des données de l'UNESCO, elle se plaçait au troisième rang mondial, après les États-Unis et le Royaume-Uni, avec 271 000 étudiants accueillis en 2012¹⁵.

On observe également une augmentation progressive du nombre d'étudiants français qui partent étudier à l'étranger. Dans de nombreux cas, notamment dans le cadre du programme européen Erasmus, le séjour dans une université ou une école étrangère est intégré au cursus d'enseignement supérieur français : l'étudiant français reste alors affilié au régime des étudiants de l'assurance maladie française et accède aux soins dans le pays d'accueil dans les mêmes conditions qu'un travailleur détaché ou un retraité (du moins en zone UE-EEE-Suisse et dans les pays sous convention bilatérale avec la France). Toujours selon les données de l'UNESCO pour 2012, 62 000 étudiants français étaient inscrits à l'étranger, dont 26 000 dans le cadre du programme Erasmus. Leur nombre a augmenté de 8 % en moyenne entre 2008 et 2012. Les étudiants français à l'étranger constituent donc une population en forte progression mais dont l'effectif global reste modeste.

1.1.2.3 Les personnes effectuant des séjours temporaires à l'étranger

L'augmentation des dépenses remboursées à des assurés français au titre de soins prodigués à l'étranger peut aussi s'expliquer par une progression du nombre des séjours temporaires, au titre de voyages touristiques ou de déplacements professionnels de courte durée. Dans ce cas, la dépense de soins des régimes français d'assurance maladie relève pour l'essentiel et sauf exception (soins programmés), de soins inopinés dont les modalités de prise en charge seront examinées au 1.2.2.

En 2014, les Français ont effectué 24,9 millions de voyages à l'étranger, pour une durée moyenne de 9,1 jours¹⁶. Les pays européens ont accueilli les trois quarts de ces déplacements alors qu'en dehors de l'Europe, les 5,4 millions de voyages se répartissent assez également entre les Amériques, l'Afrique et l'Asie-Océanie. En dix ans, les déplacements de français pour l'étranger ont progressé de 44 % en nombre et de 15 % en durée (17,2 millions de voyages d'une durée moyenne de 7,9 jours en 2004), la part des voyages en Europe s'étant accrue (68 % en 2004).

Le développement du tourisme international « sortant » de France paraît ainsi constituer un facteur significatif de la progression de la dépense de soins des assurés français à l'étranger.

¹⁴ Le CLEISS publie seulement depuis 2013 des données sur la durée moyenne des détachements au titre des règlements européens, pour les salariés relevant du régime général.

¹⁵ Données citées par Campus France, L'essentiel des données clés, n° 9, septembre 2014.

¹⁶ Chiffres clés du tourisme, direction générale des entreprises 2015 et 2004.

1.1.3 Certaines filières de soins se développent à l'international

Comme toutes les activités économiques, la santé est confrontée aux conséquences de la mondialisation, notamment sous la pression de la demande des patients pour bénéficier de soins dans un système de santé autre que celui de leur pays de résidence. Quatre facteurs sont principalement évoqués : les coûts, l'accès, la qualité et la disponibilité des soins.

Malgré l'absence de statistiques fiables, il existe un consensus autour de la croissance du marché lié au « tourisme médical »¹⁷.

Le nombre de patients qui se rendent à l'étranger pour recevoir des soins aurait doublé en cinq ans, passant de 7,5 millions en 2007 à 16 millions en 2012. Ce marché mondial est aujourd'hui estimé à 60 Md€

Tableau 1 : Prix des traitements médicaux dans différents pays en 2011

PRIX DE TRAITEMENTS MÉDICAUX DANS DIFFÉRENTS PAYS EN 2011 (EN DOLLARS)

	États-Unis	Inde	Thaïlande	Singapour	Mexique	Pologne	Royaume-Uni	France
Pontage coronarien	113 000	10 000	13 000	20 000	3 250	7 140	13 900	23 700
Remplacement valve cardiaque	150 000	9 500	11 000	13 000	18 000	9 520	nd	31 700
Prothèse de hanche	47 000	9 000	12 000	11 000	17 300	6 120	12 000	10 700
By-pass gastrique	35 000	11 000	15 000	20 000	8 000	11 069	nd	9 900
Mastectomie	17 000	7 500	9 000	12 400	7 500	nd	nd	5 600
Implants mammaires	6 000	2 200	2 600	8 000	2 500	5 243	4 350	nd
Implants dentaires	1 188	1 100	1 429	1 500	950	953	1 600	nd

Note de lecture : pour la France, nous avons appliqué une surtarification de 30 %, ce qui semble la norme dans les hôpitaux publics prestigieux de Paris pour les patients non résidents.
Source : Lunt N. et al. (2011) ; pour la France, données de l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation). « Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs (campagne tarifaire 2014) »

Source : France stratégie « Quelle place pour la France sur le marché international des soins ? »
Note d'analyse n° 27. Mars 2015

De nombreux pays ont choisi d'investir dans le tourisme médical, les uns en misant sur le faible coût des soins prodigués (Inde, Pologne), les autres sur leur qualité (États-Unis, Allemagne)¹⁸. Par ailleurs, des pays se spécialisent comme certains d'Amérique du Sud dans la chirurgie plastique, d'autres dans les greffes d'organes, des spécialités cardiaques (Thaïlande et Inde) ou la chirurgie dentaire tels que la Hongrie, la Roumanie ou encore la République Tchèque.

L'analyse des dépenses de soins à l'étranger remboursées aux assurés par le CNSE permet d'identifier des catégories de soins pour lesquelles une offre organisée de prise en charge sanitaire à l'étranger paraît se développer. Il s'agit de dépenses qui soit représentent une part importante des remboursements en niveau, comme les placements de personnes handicapées ou les dialyses, soit connaissent une progression rapide au cours des dernières années. C'est le cas notamment des soins dentaires à l'étranger, dont le montant dépensé en 2015 par les assurés est le 5^{ème} poste le plus important recensé par le CNSE¹⁹, avec une progression de 8 % entre 2014 et 2015 (cf. annexe 1).

¹⁷ Selon l'OCDE, on parle de tourisme médical quand les patients partent à l'étranger avec l'intention de recevoir une forme de traitement médical, le plus souvent des soins dentaires, de la chirurgie esthétique, de la chirurgie facultative et des traitements contre l'infertilité : « Tourisme médical : traitements, marchés et répercussions sur le système de santé. Un examen à sa portée » Juin 2011.

¹⁸ France stratégie « Quelle place pour la France sur le marché international des soins ? » La note d'analyse n° 27. Mars 2015.

¹⁹ Il représente plus de 12 M€ (5,6 %) après les placements en Belgique, les hospitalisations, les dialyses et les actes de chirurgie, mais seulement 2,1 % des soins remboursés. 95,9% pour des soins effectués dans la zone UE-EEE-Suisse

1.2 Une abondance de règles juridiques assorties de modalités de prise en charge variées pour répondre à la multiplicité des situations

Les cas de remboursement de soins reçus à l'étranger par les régimes français d'assurance maladie correspondent à des situations multiples. Elles sont régies par une variété de textes juridiques, ressortissant du droit international comme du droit interne, dont les modalités d'application ont dû parfois interpréter certaines rédactions ou en surmonter des ambiguïtés. Pour présenter de façon synthétique ce corpus juridique, il est utile de distinguer les sources de droit qui tiennent à la diversité des zones géographiques dans lesquelles des soins sont prodigués, à la nature de ces soins et enfin, au statut des assurés notamment quant à leur résidence.

1.2.1 Des règles juridiques différentes selon les zones géographiques et les accords négociés entre Etats

En sus des sources nationales, notamment celles relevant du code de la sécurité sociale²⁰, les règles applicables en matière de prise en charge des soins d'assurés d'un régime français d'assurance maladie à l'étranger sont différentes selon qu'elles relèvent de dispositions européennes, d'accords bilatéraux ou de conventions spécifiques (cf. pièce jointe n°1).

► Les dispositions européennes

L'universalité, l'accès à des soins de bonne qualité, l'équité et la solidarité représentent les valeurs fondamentales des systèmes de soins, communes à l'ensemble de l'Union européenne même si le niveau communautaire ne dispose pas de compétence en matière d'organisation des soins, qui ressort des niveaux nationaux. Par ailleurs, le niveau communautaire est le garant du principe de la liberté de circulation. Il doit favoriser toutes coopérations entre Etats dans le domaine de la santé, principe clairement énoncé dans le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne qui dispose dans son Titre XIV Santé Publique article 168 al 2 que « *l'Union encourage la coopération entre les États membres dans les domaines visés au présent article et, si nécessaire, elle appuie leur action. Elle encourage en particulier la coopération entre les États membres visant à améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les régions frontalières* ». L'alinéa 7 rappelle également que « *l'action de l'Union est menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé, ainsi que l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux. Les responsabilités des États membres incluent la gestion de services de santé et de soins médicaux, ainsi que l'allocation des ressources qui leur sont affectées* ».

La coopération en matière de soins de santé entre les États membres de l'UE-EEE-Suisse participe donc du respect de la libre circulation des patients et les règles de coordination de l'Union européenne des systèmes de sécurité sociale garantissent qu'un assuré qui se déplace au sein de l'Union est traité selon les mêmes conditions que les ressortissants des Etats concernés.

Les dispositions applicables en matière de soins au sein de l'UE-EEE-Suisse relèvent principalement des règlements communautaires 883/2004 (règlement de base) et 987/2009 (règlement d'application) de coordination des systèmes de sécurité sociale²¹ qui fixent des règles communes permettant de coordonner les régimes nationaux de sécurité sociale et permettent aux assurés de se faire soigner dans un autre pays européen à la charge de leur régime d'affiliation.

²⁰ Le code de la sécurité sociale définit notamment les modalités de mise en œuvre des remboursements des soins des assurés français à l'étranger ainsi que les missions et l'organisation des organismes de liaison.

²¹ Applicables en France depuis le 1^{er} mai 2010.

Ils renforcent l'obligation d'information des assurés qui doivent avoir à leur disposition toutes les informations sur les procédures et conditions d'octroi des prestations en nature dans le territoire d'un autre Etat ainsi que les règles interdisant le cumul de prestations. Ils améliorent également les modes de prise en charge en cas de séjour temporaire, y compris pour les soins programmés, étendent les droits pour les travailleurs frontaliers et redéfinissent les liens entre pensionnés et l'Etat pour leurs soins de santé²².

Ces dispositions sont complétées par la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil, adoptée le 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers²³. Celle-ci intègre la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne²⁴, notamment le droit des patients à être remboursés pour des soins ambulatoires dans un autre Etat sans autorisation préalable selon les tarifs de l'Etat d'affiliation, réaffirme le principe de libre circulation des personnes et renforce les droits des patients en matière d'information (point de contact national), de qualité et de sécurité des soins. La directive s'applique uniquement aux soins programmés, non aux soins d'urgence, toujours régis par le règlement.

Ainsi, le régime du règlement 883/2004 et de la directive 2011/24/CE coexistent et sont complémentaires. En fonction de la comparaison entre le système du pays d'affiliation et celui du pays des soins (régime le plus avantageux), soit la directive, soit le règlement s'applique.

- Les conventions bilatérales avec des pays tiers ou les accords de coordination conclus avec les régimes polynésiens, néo-calédoniens et de Saint-Pierre et Miquelon

Au même titre que les règlements européens précédemment cités, les conventions bilatérales ont pour objet de coordonner les législations de deux États ou territoires afin de garantir la continuité des droits à protection sociale aux personnes en situation de mobilité.

Cela se concrétise principalement par la détermination d'une seule législation sociale applicable à la personne pour éviter tant la double affiliation que l'absence de toute affiliation, l'application du principe d'égalité de traitement entre les ressortissants des deux États, la levée des clauses de résidence pour le bénéficiaire et l'« exportation » de certaines prestations (essentiellement les pensions vieillesse) ainsi que la possibilité pour les travailleurs (et leurs ayants droit) envoyés en mission de continuer à être affiliés, sous certaines conditions à leur régime de Sécurité sociale d'origine, grâce à la procédure dite du « détachement ».

La France a conclu une quarantaine de conventions bilatérales²⁵ de sécurité sociale avec ses principaux partenaires extra-européens du bassin méditerranéen, du Maghreb, d'Afrique francophone, d'Amérique et d'Extrême-Orient, déterminant les droits des assurés sociaux des pays signataires voyageant à l'étranger, dont neuf²⁶ seulement traitent de la santé (473 000 bénéficiaires soit 40 % de la population exposant des soins à l'étranger). Certaines conventions bilatérales ne couvrent pas les travailleurs indépendants, ce qui est notamment le cas de l'Algérie et du Mali.

Enfin, dans le même esprit, trois accords de coordination ont été conclus entre les régimes métropolitains et polynésiens, néo-calédoniens et de Saint-Pierre et Miquelon, ces territoires disposant d'une autonomie en matière de sécurité sociale.

²² Pour plus de précisions, voir la circulaire DSS/DACI/2010/363 du 4 octobre 2010 relative à l'entrée en application des nouveaux règlements (CE) n°883/2004 et 987/2009 de coordination des systèmes de sécurité sociale : dispositions maladie et maternité.

²³ La directive est applicable depuis le 25 octobre 2013 dans les Etats membres de l'Union européenne et depuis la 1^{er} août 2015 aux Etats membres de l'Espace économique européen (Norvège, Islande, Liechtenstein) mais ne s'applique pas à la Suisse. Elle a été transposée en France par décret n° 2014-516 du 22 mai 2014 modifiant les articles R. 332-2 à R. 332-6 du code de la sécurité sociale relatifs aux « soins dispensés hors de France ».

²⁴ En particulier les arrêts Kohll, Decker de 1998 qui définissent les soins médicaux et les arrêts Smits et Peerbooms de 2001 définissant les soins hospitaliers....voir : <http://www.cleiss.fr/docs/directive.html>.

²⁵ Pour un panorama complet, voir : http://www.cleiss.fr/pdf/conventions_bilatérales.pdf.

²⁶ Algérie, Andorre, Mali, Maroc, Monaco, la province de Québec, Serbie, Tunisie et Turquie.

- Les conventions passées directement par des organismes de sécurité sociale et certains établissements de soins

Certaines caisses d'assurance maladie ainsi que certains établissements de santé, après autorisation conjointe des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé (article R.332-5 du CSS), ont complété les instruments juridiques précédemment cités par des accords spécifiques. C'est notamment le cas de la CPAM de Roubaix-Tourcoing qui détient une compétence particulière pour la gestion du suivi des échanges avec la Belgique (avec les établissements conventionnés belges accueillant des enfants handicapés français²⁷) ou la CPAM du Bas-Rhin qui a signé en 2011 une convention de prise en charge de tiers-payant d'enfants ou adolescents handicapés accueillis par l'école Oberlin de la Diaconie KORK en Allemagne.

Dans le même esprit d'optimisation de la prise en charge des patients transfrontaliers, certains établissements de soins ont institué des coopérations inter hospitalières²⁸. A noter également la création du premier hôpital transfrontalier de Puigcerdá en Espagne destiné à améliorer la couverture de l'offre de soins en Cerdagne, territoire particulièrement isolé (*cf.* pièce n° 2).

- En dehors de la zone UE-EEE-Suisse et de toute convention

En dehors de l'UE-EEE-Suisse, et à défaut de convention bilatérale avec la France, la prise en charge des soins des assurés français ne pourra avoir lieu pour des soins médicaux qu'à titre exceptionnel, après étude du dossier par le médecin conseil de l'assurance maladie (*cf. infra*).

1.2.2 Des modalités de prise en charge variables selon la législation en vigueur et la nature des soins

Au-delà des seuls soins de santé, la France entretient des relations au niveau international sur l'ensemble des risques en matière de protection sociale²⁹. Selon le rapport statistique 2014 du CLEISS, la France a payé 7,46 Md€ en application des règlements européens et accords internationaux de sécurité sociale (+ 7,61 % par rapport à 2013³⁰).

Les paiements (tous types de prestations et tous régimes³¹) par zones géographiques sont relativement stables d'une année sur l'autre et se répartissent principalement entre les règlements européens (52,3 % pour près de 3,9 Md€) et les conventions bilatérales (42,8 % pour près de 3,2 Md€). Les décrets de coordinations et les pays hors conventions représentent respectivement (2,4 % - 175,6 M€) et (2,5 % - 188,4 M€).

²⁷ Le suivi des établissements belges non conventionnés restant de la compétence du CNSE

²⁸ Convention inter hospitalière de 2002 entre le centre hospitalier de Wissembourg, au nord de l'Alsace, et l'hôpital Bergzabern ainsi que le Landesverband de Mayence en Rhénanie-Palatinat sur l'intervention de nuit du service d'urgence de l'hôpital de Wissembourg dans l'arrondissement de Bad Bergzabern. Diverses coopérations inter hospitalières (6 au total) entre établissements hospitaliers Français et Belges.

²⁹ Pension de vieillesse, allocations de retraite complémentaire, soins de santé et contrôle médicaux, rentes AT-MP, allocations veuvage et décès.

³⁰ Cette évolution s'explique essentiellement par l'augmentation sur les postes des soins de santé - contrôles médicaux (+ 295,56 millions d'euros), des retraites complémentaires (+ 185,36 millions d'euros) et des pensions de vieillesse (+ 44,99 millions d'euros).

³¹ Régime général : CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) et CNSE (Centre National des Soins à l'Étranger), Régime agricole : CCMSA (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole), RSI (Régime Social des Indépendants), Régimes spéciaux : Camieg (Caisse d'Assurance Maladie des Industries Électriques et Gazières), SNCF (Société Nationale des Chemins de Fer), RATP (Régie Autonome des Transports Parisiens), CRPCEN (Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires) et Cavimac (Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes), Régime minier : Carmi (Caisse Régionale du Régime Minier), Régime des marins : ENIM (Établissement National des Invalides de la Marine), Mutuelle : MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale).

Les dépenses de soins de santé et contrôle médical représentent 11 % de ce montant, soit près de 821 M€ (+ 56 % par rapport à 2013), dont 551,3 M€ au titre des règlements européens. Ces données retracent les flux financiers de l'année, indépendamment de la date des soins et ne sont donc pas ceux retracés ensuite dans l'ONDAM (cf. partie 2). Une part majoritaire (67,2 %) des remboursements effectués en 2014 ont pour origine des soins dispensés au sein de l'UE-EEE-Suisse, 22,6 % au titre des conventions bilatérales et 9,2 % au titre des décrets de coordination. Les remboursements aux pays hors conventions sont très minoritaires et représentent à peine 1 %.

Les soins à l'étranger d'un assuré de régime d'assurance maladie française sont pris en charge dès lors que les soins et traitements concernés sont remboursables en France. Les modalités seront différentes selon que les soins interviennent de façon inopinée à l'occasion d'un séjour temporaire ou programmés après autorisation préalable³², ou bien s'ils sont prodigués au sein ou en dehors de l'UE-EEE-Suisse (cf. annexe 2). Les développements ne reprendront pas les prises en charge spécifiques des conventions bilatérales dont les modalités particulières sont définies au sein de chaque accord.

1.2.2.1 Des principes de prise en charge des soins stabilisés au sein de l'Union européenne, de l'EEE ou en Suisse

En 2014, les dépenses de soins au sein de l'Union européenne, de l'EEE ou en Suisse représentent un montant de 551,3 M€

En cas de soins prodigués au sein de la zone UE-EEE-Suisse, les dispositions européennes précitées, reprises dans les articles R. 332-3 à R. 332-6 du code de la sécurité sociale, s'appliquent. Les modalités de prise en charge seront différentes si les soins sont inopinés ou programmés³³.

- Une prise en charge des soins inopinés médicalement nécessaires au cours d'un séjour temporaire stabilisée

A l'occasion d'études, de voyages d'affaires ou de loisirs, l'état de santé d'une personne peut nécessiter des soins imprévus médicalement nécessaires pendant son séjour temporaire dans un autre pays de l'UE-EEE-Suisse.

L'assuré d'un régime français d'assurance maladie et/ou les membres de sa famille est alors invité à utiliser sa carte européenne d'assurance maladie³⁴ (CEAM). Celle-ci facilite la prise en charge, selon la législation en vigueur dans le pays³⁵, des soins urgents et des soins hospitaliers, même si elle ne dispense pas toujours de l'avance des frais, notamment lorsque les soins ont été dispensés dans un établissement de santé privé.

³² L'autorisation, qui est acquise tacitement dans un délai de deux semaines à réception de la demande, ne peut être refusée si les conditions suivantes sont réunies :

- la prise en charge des soins envisagés est prévue par la réglementation française ;
- les soins sont appropriés à l'état de santé du patient ;
- un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité ne peut pas être obtenu en France dans un délai acceptable sur le plan médical, compte-tenu de l'état de santé actuel du patient et de l'évolution probable de son affection.

³³ Les soins inopinés s'entendent des soins médicalement nécessaires au cours d'un séjour temporaire dans un autre Etat membre de l'UE, c'est-à-dire les soins urgents ou imprévus (article 19 du règlement 883) ; Les soins programmés à l'avance dans un autre Etat membre de l'UE, sont soumis à autorisation préalable s'il s'agit de soins lourds et coûteux : hospitalisation, recours à des équipements lourds (article 20 du règlement 883).

³⁴ La CEAM est délivrée en 15 jours maximum sur demande de l'assuré et sa durée de validité, depuis le 1er juillet 2014, est de deux ans à compter de sa date d'édition, dans la limite des droits ouverts.

³⁵ Le remboursement interviendra selon la législation de l'Etat de séjour et l'assuré ne pourra pas obtenir un complément par l'assurance maladie française. Les restes à charge ou suppléments ne sont remboursables que par des assurances privées.

En 2014, 6 119 488 cartes CEAM ont été éditées en inter régime (4 190 116 en 2013) dont 4 513 838 pour le régime général³⁶.

A défaut de CEAM, l'assuré peut toujours demander depuis son lieu de séjour à sa caisse d'affiliation un certificat provisoire de remplacement (CPR) pour attester de ses droits à l'assurance maladie, de même valeur juridique que la CEAM mais dont la validité est limitée à 3 mois au plus. Enfin, si l'assuré n'a ni CEAM ni CPR, il devra alors faire l'avance des frais et en solliciter le remboursement à sa caisse d'affiliation en présentant les factures acquittées³⁷.

- Des pratiques de prise en charge des soins programmés sur autorisation préalable partiellement harmonisées

Pour les soins programmés au sein de l'UE-EEE-Suisse, les assurés d'un régime français³⁸ doivent demander, pour certains types de soins, une autorisation préalable de prise en charge³⁹ auprès de la caisse d'affiliation dont ils dépendent⁴⁰.

C'est le cas pour les soins et traitements qui impliquent au moins une nuit dans un établissement de soins ou nécessitent le recours à des infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux⁴¹.

Les autres soins programmés au sein de l'UE-EEE ne requièrent pas d'autorisation préalable pour pouvoir être pris en charge par l'assurance maladie française. Par ailleurs, la France a conclu des conventions sanitaires transfrontalières avec les Etats frontaliers (Belgique, Allemagne et Espagne) ou est en cours de négociation avec d'autres (Suisse et Luxembourg) permettant la dispense d'autorisation préalable dans des zones frontalières déterminées et pour certains soins spécialisés (cf. pièce n° 2).

La plupart des régimes de sécurité sociale fonctionnent de façon similaire même si certains, en particulier le RSI, semblent être plus rigoureux en matière d'autorisations préalables (refus de prise en charge des accouchements programmés contrairement au régime général).

- Le principe de dispense d'avance de frais au sein de l'Union européenne, de l'EEE ou en Suisse connaît des exceptions.

Au sein de la zone UE-EEE-Suisse, la dispense d'avance des frais de soins par les assurés est le principe général. Les créances ainsi engendrées sur les régimes d'assurance maladie français par les soins reçus à l'étranger sont transmises par les organismes de liaison étrangers, par lots regroupés, au CNSE (géré par la CPAM de Vannes) qui les vérifie et les met en paiement.

³⁶ Les flux CNSE montrent plus de 184 000 usages de CEAM facturés à la France en 2014. La Belgique couvre des soins plus importants avec la CEAM puisqu'il s'agit du 1^{er} pays en termes de montant total couvert par la CEAM (31% du total sur plus de 116.7 millions d'euros). L'Espagne représente 52% des factures en nombre (mais 23% en montant), suivie de l'Allemagne avec 16%. Pour le Royaume-Uni, le nombre de personnes est inconnu, la méthode de calcul étant forfaitaire en vertu de l'article 3 de l'accord bilatéral de 1998. Il y a peu de données sur les pays de l'Est.

³⁷ L'assuré peut demander le remboursement sur place à l'Assurance maladie de l'Etat de séjour ou présenter les factures acquittées et les justificatifs de paiement accompagnés du formulaire S3125 «Soins reçus à l'étranger - déclaration à compléter par l'assuré» à sa caisse d'affiliation. Il sera remboursé sur la base des tarifs pratiqués dans son Etat de séjour ou, avec son accord et dans la limite des dépenses engagées, sur la base des tarifs français.

³⁸ L'autorisation préalable pour certains soins programmés est une latitude permise par la directive européenne que tous les Etats européens n'imposent pas.

³⁹ Par le formulaire européen S2 "droit aux soins médicaux programmés".

⁴⁰ Hormis les demandes d'assistance médicale à procréation centralisées pour le régime général au service médical du CNSE et les dossiers de pathologies lourdes soumis à l'avis du Médecin conseil national.

⁴¹ Article R. 332-4 du CSS complété par l'arrêté du 27 mai 2014 fixant la liste des soins hors de France nécessitant le recours à des infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux.

Néanmoins, si l'intéressé doit faire l'avance de frais, il peut soit demander le remboursement à l'organisme compétent du pays dans lequel il est soigné qui lui remboursera alors directement au même taux que les résidents locaux⁴², soit à son organisme d'affiliation sur présentation des factures acquittées à son retour⁴³.

En application des règlements européens, le patient est remboursé par son organisme d'assurance maladie en priorité suivant les tarifs de l'Etat où les soins ont été reçus.

Pour autant, conformément à l'article R. 332-3 du CSS, si l'assuré le demande, il peut être remboursé sur la base des tarifs français⁴⁴ lorsqu'ils sont plus favorables, dans la limite de la dépense réellement engagée. Ce choix laissé au patient, issu de la jurisprudence européenne et entériné par les règlements européens, est possible pour les soins imprévus ou programmés⁴⁵ hormis pour les soins ambulatoires non urgents, remboursés par les caisses uniquement selon les modalités prévues par la législation française.

1.2.2.2 En dehors de l'Union européenne, de l'EEE ou de la Suisse (HUE) et hors convention bilatérale, les principes de prise en charge des soins apparaissent fragiles sur le plan juridique et les pratiques fluctuent selon les régimes

En 2014, on peut évaluer le montant des dépenses HUE à 14 M€ dont 8 M€ au titre du régime général.

- La prise en charge facultative des soins inopinés HUE engendre une hétérogénéité des pratiques

Conformément à l'article R.332-2 du CSS, l'assurance maladie française « **peut** » **procéder à un remboursement forfaitaire** des soins inopinés à l'étranger des assurés sociaux, dans la limite des tarifs de remboursement français. Un arrêté de 1978 prévoyait la prise en charge sur la base de forfaits journaliers (cf. 3.3.2.2), mais cette règle était devenue obsolète⁴⁶ avec les changements du mode de tarification des soins hospitaliers à l'activité (T2A), et les prix de journée n'ont pas été actualisés depuis 2006. En pratique, les règles de prise en charge de ces soins actuellement mises en œuvre par le Centre National des Soins à l'étranger sont les suivantes :

- ✓ pour une dépense inférieure ou égale à 500 € le remboursement, sauf exceptions⁴⁷, est forfaitaire à hauteur de 33% du coût réel des soins inopinés au cours d'un séjour temporaire.

⁴² Et présentera cette facture dans les créances sur la France adressées au CNSE.

⁴³ Par l'intermédiaire du formulaire S 3125 précité dans la note de bas de page n° 16.

⁴⁴ Règlementation issue de la jurisprudence CJCE du 12 juillet 2001 Abdon Vanbraekel E.A contre Alliance nationale des mutualités chrétiennes qui dispose que la prise en charge des soins par le régime d'affiliation s'effectue « à hauteur des coûts qu'il aurait dû prendre en charge si ces soins de santé avaient été dispensés sur son territoire, sans que le remboursement excède les coûts réels des soins de santé reçus ».

⁴⁵ Pour un traitement programmé reçu à l'étranger, si le taux de remboursement des frais est plus élevé dans le pays où la personne est assurée, il peut demander à sa caisse d'affiliation de lui verser un complément différentiel conformément au point 7 de l'article 26 sur les soins programmés du règlement d'application 987 qui dispose : « Lorsque la personne assurée a effectivement pris elle-même en charge tout ou partie du coût du traitement médical autorisé et que le montant que l'institution compétente est tenue de rembourser à l'institution du lieu de séjour ou à la personne assurée conformément au paragraphe 6 (coût réel) est inférieur à celui qu'elle aurait dû assumer pour le même traitement dans l'Etat membre compétent (coût théorique), l'institution compétente rembourse, sur demande, le coût du traitement qu'elle a supporté à concurrence du montant de la différence entre le coût théorique et le coût réel. Le montant du remboursement ne peut toutefois pas dépasser celui des coûts effectivement supportés par la personne assurée et peut prendre en compte les montants que la personne assurée aurait dû acquitter si le traitement avait été prodigué dans l'Etat membre compétent ».

⁴⁶ La validité juridique de cet arrêté est contestée par la CNAMTS, du fait des modifications du décret qui le fonde.

⁴⁷ Sont exclus de ce remboursement forfaitaire à 33 % :

- les soins dispensés aux USA, Canada et pendant une croisière du fait de leur montant élevé ;
- les soins dispensés en Polynésie Française et en Nouvelle Calédonie remboursés sur une base française ;

- ✓ pour des soins ambulatoires d'un montant supérieur à 500 € le remboursement s'opère comme suit, dans la limite du montant de la dépense :
 - ◆ pharmacie : 30% du montant remboursable ;
 - ◆ biologie : 60% du montant remboursable ;
 - ◆ radiologie : 70% du montant remboursable.
- ✓ les hospitalisations sont remboursées, sauf exceptions⁴⁸, à hauteur de 70% des groupes homogènes de séjours (GHS) publics (*cf. infra* § 3.3.2.2).

Le service médical du CNSE examine systématiquement les dossiers d'hospitalisation de plus de 15 000 €, les dossiers de cardiologie, ceux relatifs à un AVC, les dossiers complexes et sensibles ainsi que tous dossiers de contentieux liés à des difficultés d'appréciation médicale. Par ailleurs, pour éviter les risques de fraude, le service médical est amené à expertiser le caractère inopiné ou programmé des soins réalisés hors UE.

Pour le RSI et hors soins dentaires, le caractère inopiné est présumé pour les soins inférieurs à 250 € mais systématiquement vérifié au-delà de ce montant. Celui-ci rembourse, après avis du médecin conseil sur les éléments de la tarification, les soins prodigués hors UE-EEE-Suisse et hors conventions bilatérales⁴⁹, sur la base des tarifs français⁵⁰ et pour les hospitalisations, selon le principe des GHS lorsque le praticien conseil dispose des pièces médicales nécessaires. A défaut de ces pièces, le tarif au prix de journée sera appliqué.

Enfin, seuls les soins ambulatoires (sur la base des tarifs français) ou hospitaliers d'urgence (sur la base des tarifs journaliers fixés par l'arrêté du 9 février 1978 *cf. infra*) peuvent donner lieu à remboursement par la MSA sur présentation des originaux des factures acquittées.

Cette diversité des prises en charge des soins inopinés hors UE-EEE-Suisse selon les régimes et les types de soins est, *in fine*, peu lisible et difficilement justifiable en équité.

➤ Une volonté claire de mieux encadrer la prise en charge des soins programmés HUE

Les soins programmés en dehors de l'UE-EEE-Suisse ne sont pris en charge qu'à titre exceptionnel, **lorsque l'assuré peut établir « qu'il ne pouvait recevoir sur le territoire français les soins appropriés à son état de santé »**.

Ainsi, en l'absence d'alternative et s'ils sont médicalement nécessaires, seuls les traitements indisponibles en France peuvent être pris en charge. Ils doivent par ailleurs avoir été validés par les autorités scientifiques (en France *via* des recommandations de la Haute autorité de santé) ou avoir fait l'objet de recherches approuvées par les autorités sanitaires dans le pays où ils sont disponibles et après avis du centre national de référence s'il existe. Par ailleurs, sauf exception, les accords bilatéraux de sécurité sociale ne prévoient pas la possibilité de se rendre sur le territoire d'un autre Etat pour s'y faire soigner⁵¹.

-
- les soins liés à une situation visée par la convention de sécurité sociale signée par le pays de séjour et la France (congé payés dans le pays d'origine, transfert de résidence en cours de risque...);
 - les frais d'optique et de transport inopinés et justifiés ne sont pas concernés par le forfait de 33%.

⁴⁸ Sauf pour les dossiers de dialyse, de placements et ceux relatifs aux assurés détachés.

⁴⁹ Les travailleurs indépendants sont visés expressément par les accords ou conventions bilatérales suivantes : Argentine, Principauté d'Andorre, Chili, Canada, Inde, Corée du Sud, Etats-Unis, Japon, Maroc, Principauté de Monaco, Nouvelle Calédonie, Polynésie Française, Québec, Tunisie.

⁵⁰ Lettres Réseau 2014-144 et 2015-133 sur le « Traitement des dossiers de soins à l'étranger par les services médicaux » et le « Socle National Commun Unique des Prestations » (SNCUP).

⁵¹ A l'exception des accords avec Andorre, Monaco, la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie Française et le Québec, voir http://www.cleiss.fr/pdf/liste_accords_internationaux.pdf.

Cela concerne relativement peu de dossiers, avec une tendance plutôt à la baisse au sein du régime général. Selon la CNAMTS, 94 demandes de soins programmés ont été sollicités hors UE-EEE-Suisse en 2014 (- 12 % par rapport à 2013) sur 1 386 demandes totales, soit 7 %. Sur l'ensemble des demandes, près de 49 % sont accordées. Le dispositif d'autorisation préalable décrit précédemment pour l'UE ne s'applique pas. La demande d'autorisation de prise en charge est à effectuer à la caisse d'affiliation qui dispose alors de 2 mois (et non de 14 jours) pour répondre, l'absence de réponse valant refus⁵².

Ces demandes sont le plus souvent liées à des situations médicales spécifiques, graves et complexes et impliquent des conséquences financières non négligeables. En conséquence, tous les dossiers sont transmis au médecin conseil national, ce qui contribue à la maîtrise des demandes de soins prodigués et des dépenses associées.

1.2.3 Le statut de l'assuré et son lieu de résidence peuvent également influencer sur les règles de prise en charge des dépenses de soins applicables

En cas de résidence dans un autre pays de l'UE-EEE-Suisse, les ressortissants d'un régime français ne sont, en principe, pas couverts par l'assurance maladie française pour les soins qu'ils reçoivent à l'étranger, sauf dispositions spécifiques⁵³. Ils doivent, par conséquent, demander leur rattachement au régime local de sécurité sociale⁵⁴ pour bénéficier des prestations en nature dans le nouvel Etat de résidence pour eux-mêmes mais plus, depuis le 1^{er} janvier 2016⁵⁵, pour les membres de leur famille majeurs (cf. § 1.2.3.4). Ils peuvent souscrire une assurance privée s'ils ne sont pas ou s'ils s'estiment insuffisamment couverts dans leur Etat de résidence.

Deux exceptions doivent toutefois être mentionnées : les travailleurs détachés et les retraités expatriés bénéficiant d'une pension d'un régime français de retraite. Il y a également lieu de prendre en compte la situation spécifique des résidents français travaillant en Suisse, qui, dans la majorité, relèvent de l'assurance maladie française, mais du fait de leurs déplacements quotidiens en Suisse exposent des dépenses de soins depuis ce pays.

1.2.3.1 Les expatriés

Comme indiqué au 1.1.2.1, près d'1,7 million de Français étaient inscrits fin 2014 au registre mondial des Français établis hors de France. En dehors de l'Europe, la plupart des Français (222 674) résident en Amérique du Nord, majoritairement aux Etats-Unis et au Canada.

Les expatriés, s'ils ne sont pas détachés par leur employeur ou retraités d'un régime français résidents au sein de la zone UE-EEE-Suisse ou dans un pays lié à la France par un accord bilatéral, ne sont plus rattachés au régime d'assurance maladie français. Ils doivent donc, pour une prise en charge de leurs dépenses de santé, s'affilier au régime local d'assurance maladie et/ou prendre une assurance privée ou s'affilier de façon volontaire à la Caisse des Français de l'étranger (CFE).

La CFE est, par sa vocation, complémentaire de ce que les régimes obligatoires d'assurance maladie couvrent en cas de soins à l'étranger : elle propose une assurance volontaire au risque maladie-maternité-invalidité (MMI)⁵⁶ pour des expatriés qui, du fait de l'absence de résidence en France et n'étant pas affiliés comme pensionnés, ne sont plus couverts par un régime obligatoire.

⁵² Voir lettre réseau LR/DDGOS-87/2014.

⁵³ Avec Andorre, Monaco, la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie Française et le Québec. Voir http://www.cleiss.fr/pdf/liste_accords_internationaux.pdf.

⁵⁴ Par le biais du formulaire S1 "inscription dans l'Etat de résidence" émis par leur organisme français d'affiliation.

⁵⁵ L'entrée en vigueur de la protection universelle maladie (PUMA) est venue remettre en cause la prise en charge des ayants droit.

⁵⁶ Ainsi qu'au risque accidents du travail. Elle recouvre également pour ceux qui y adhèrent, et pour le compte de la CNAV, les cotisations d'assurance vieillesse.

La Caisse des français de l'étranger⁵⁷

La CFE est un organisme de sécurité sociale à adhésion volontaire autonome, régie par le code de la sécurité sociale (articles L.762-1 à L.766-12). Elle a été créée en 1984 dans la suite de la caisse des expatriés, dont l'instauration en 1978 visait à aider au développement des entreprises à l'étranger, en proposant pour leurs salariés un régime de protection volontaire, mais en continuité de la sécurité sociale. L'adhésion a ensuite été élargie aux non salariés.

Elle cumule les principes de solidarité communs aux régimes obligatoires (gestion par répartition, absence de sélection des risques) avec, pour le risque accident du travail-maladie professionnelle (AT-MP), les règles prudentielles d'une gestion par capitalisation.

En concurrence, pour le service qu'elle propose, avec des acteurs privés de l'assurance, elle couvre, à fin 2014, 205 125 personnes (pour 109 371 adhérents), sur une population de français établis à l'étranger estimée à 2,5 millions de personnes. Les adhérents (+ 12% de 2009 à 2014) sont majoritairement des salariés (62%), puis des pensionnés (15%), des personnes sans activité professionnelle (9%), des travailleurs non salariés (7%), des étudiants (5%) et des jeunes en programme vacances-travail (2%). La CFE emploie 175 personnes.

Elle doit assurer son équilibre financier de façon autonome (article R. 766-57 du CSS), ce qui a été le cas pour tous les exercices de 2000 à 2014 (sauf en 2011). Sur la même période, son résultat net annuel est compris entre 10 et 20 M€ (le risque maladie, déficitaire sur les années 2009-2011, est depuis redevenu excédentaire). En 2014, la CFE a encaissé 153 M€ de cotisations au titre de l'assurance maladie, et 23,4 M€ au titre des AT-MP, ainsi que 299,5 M€ pour le compte de la CNAV au titre de l'assurance volontaire vieillesse.

Son conseil d'administration est majoritairement (18 membres sur 21) élu par l'Assemblée des français de l'étranger ; la tutelle étant exercée conjointement par le ministère chargé des affaires sociales (DSS) et celui des finances et des comptes publics (direction du budget).

Complémentaire par sa cible pour les soins des assurés français à l'étranger des régimes obligatoires, qui eux interviennent soit lors de soins inopinés ou programmés sur accord préalable, soit pour des non résidents restant affiliés (pensionnés et détachés), son activité rejoint néanmoins les sujets de la présente mission sur deux aspects.

La CFE intervient aussi en couverture complémentaire pour des résidents dans un pays de la zone UE-EEE-Suisse, qui aux termes des règlements européens sont pourtant couverts par la sécurité sociale de leur pays de résidence. Cette couverture en zone Europe concerne à fin 2014 16 857 adhérents sur un total de 109 371. Elle génère 61 % de l'écart technique consolidé (cotisations/prestations servies) sur le risque maladie. L'intérêt de cette couverture pour les souscripteurs ne paraît pas évident : pour les entreprises employant des expatriés, elle permet sans doute d'uniformiser les conditions conventionnelles de couverture ; et pour les assurés elle peut permettre une meilleure prise en charge dans le pays de résidence, la prise en charge des soins en cas de séjour temporaire en France et une plus grande continuité de la couverture lors d'un retour en France.

⁵⁷ Voir le rapport IGAS/IGF n° 2015-025 de juillet 2015 « La Caisse des Français de l'Etranger. Son activité et les conditions de son intervention », qui fait suite à la convention de partenariat 2014-2016 conclue entre la CFE et l'Etat.

Cette intervention pose clairement un problème de compatibilité avec le règlement européen de coordination des systèmes de sécurité sociale, qui interdit le cumul entre une assurance obligatoire et une assurance volontaire ou continuée⁵⁸. Une décision de la Cour de justice des Communautés européennes⁵⁹, relative à l'Office de sécurité sociale outre-mer belge, organisme similaire à la CFE, a confirmé cette incompatibilité.

Vu l'importance de la zone UE-EEE-Suisse dans les équilibres financiers de la CFE la mission IGAS/IGF de juillet 2015 n'a pas préconisé l'arrêt des couvertures, malgré le problème de sa compatibilité avec le règlement européen. Elle demande néanmoins une meilleure information des intéressés quant à la couverture que la coordination des systèmes européens procure pour favoriser une adhésion en connaissance de cause.

1.2.3.2 Les travailleurs détachés et les retraités

Les salariés détachés par une entreprise établie en France ou les pensionnés d'un régime français accèdent, quant à eux, au régime local d'assurance maladie comme s'ils y étaient affiliés tout en demeurant à la charge de la France (des compensations sont ensuite effectuées entre institutions compétentes).

En ce qui concerne les retraités, seuls ceux établis en UE-EEE-Suisse et dans les pays sous convention bilatérale le prévoyant (Maghreb notamment) restent affiliés à l'assurance maladie française, à la condition qu'ils ne bénéficient pas d'une pension du pays de résidence, auquel cas ils sont affiliés au régime d'assurance maladie de ce pays. Selon les chiffres de la CNAV, au 31 décembre 2015, 1,24 million de retraités du régime général percevant une retraite personnelle, une pension de réversion ou les deux, résidaient à l'étranger dans 180 pays, soit 9 % des 13,8 millions de retraités à cette date, toutes nationalités confondues. L'Algérie est le premier pays d'accueil ; l'Espagne, le Portugal et l'Italie constituent le trio de tête des pays de l'Union européenne.

Les retraités de régimes français, tout en étant rattachés administrativement au régime local, bénéficient aussi d'un droit général à la prise en charge de leurs soins en cas de séjour temporaire en France, puisqu'ils continuent à acquitter les prélèvements sociaux (cotisations sociales, CSG-CRDS) sur leurs retraites⁶⁰. Pour les retraités de nationalité étrangère, ce droit peut s'exercer dans le cadre du visa « pensionné », d'une durée de dix ans, qui leur permet d'effectuer des séjours d'une durée maximale d'un an en France.

Un cumul de prise en charge, à l'étranger et en France, est donc possible lorsque ces résidents viennent en France se faire soigner⁶¹. L'article 63 du règlement d'application 987/2009 sur les forfaits prévoit en ce cas l'application d'un abattement de 20 %⁶². Il est de 15 % pour les pensionnés et les membres de leur famille lorsque l'État membre compétent n'est pas mentionné à l'annexe IV du règlement de base.

⁵⁸ Article 14 & 2 du règlement n°883/2004 : « Quand, en vertu de la législation d'un Etat membre, l'intéressé est soumis à l'assurance obligatoire dans cet Etat membre, il ne peut pas être soumis dans un autre Etat membre à un régime d'assurance volontaire ou facultative continuée. »

⁵⁹ CJCE, 31 mars 1977, *Bozzone* ; et CJCE, 9 juillet 1987 *Giancarlo Laborero et Francesca Sabata contre OSSOM*.

⁶⁰ En effet, la CNAMTS considère qu'en vertu des articles L. 311-7 et L.311-9 du Code de la Sécurité sociale, les retraités de nationalité française titulaires d'une pension mensualisée de retraite bénéficient d'un droit permanent aux soins lors d'un séjour temporaire en France.

⁶¹ Une convention spécifique pour les retraités ressortissants d'un régime de retraite français et repartant en Algérie, prévoit que la France paye à l'Algérie un forfait pour les retraités y résidant, tout en permettant à ceux-ci de revenir en France pour se faire soigner en étant remboursés (ils restent pensionnés français). Cette situation de remboursement à l'assuré des soins prodigués sur le sol français, en plus du versement par la France d'un forfait annuel pour ses retraités résidents à l'étranger, existe également avec le Portugal ou l'Espagne.....

⁶² Pays visés par l'annexe IV du règlement 883/2004 relative aux droits supplémentaires pour les titulaires de pension retournant dans l'Etat membre compétent.

Hors UE-EEE-Suisse, ce risque de double prise en charge n'apparaît pas actuellement significatif. Selon le Centre National des REtraités Français de l'Étranger (CNAREFE)⁶³, 71 % des assurés enregistrés ne consomment aucun soin. Néanmoins, compte-tenu de l'évolution régulière de cette population⁶⁴, il semble nécessaire de porter une attention particulière à la dynamique de leurs dépenses de soins (et de celles relatives aux demandes de remboursements de médicaments). La politique de contrôle et de maîtrise des risques mise en place par le CNAREFE, notamment l'étude de la consommation de soins, va d'ailleurs dans ce sens⁶⁵.

En dehors des retraités français qui se sont affiliés au CNAREFE, d'autres retraités (pas obligatoirement de nationalité française) à la charge des différents régimes français d'assurance maladie peuvent également partir vivre à l'étranger. L'outil spécifique « Ouverture du droit aux soins de santé » (ODSS) géré par la direction des assurés de l'étranger de la CNAV⁶⁶, permet de répertorier ces retraités qui peuvent alors, sous réserve de ne pas avoir de droit dans le nouveau pays de résidence, percevoir leur pension et accéder aux soins en tant qu'assuré. Depuis 1^{er} février 2016, la CNAV, ayant accès aux dossiers de liquidation de la retraite des assurés des différentes CARSAT, centralise l'instruction de toute demande d'ouverture de dossier et vérifie les conditions du droit à la pension au régime général⁶⁷.

1.2.3.3 Les résidents français travaillant en Suisse

Le règlement n° 883/04 de coordination européenne des systèmes de sécurité sociale prévoit que, hormis le cas des travailleurs détachés (*cf. supra*, § 1.1.1), toute personne travaillant dans un État membre de l'Union européenne est affilié aux régimes de sécurité sociale de ce pays, même s'il réside dans un autre pays. Cependant, cette règle générale ne s'applique pas aux personnes qui résident en France et travaillent en Suisse : en effet, l'accord signé entre l'Union européenne et la Suisse le 21 juin 1999 ouvre la possibilité aux Français travaillant en Suisse d'opter pour la prise en charge de leurs frais de santé, entre la couverture par l'assurance maladie suisse ou la dispense d'affiliation à l'assurance maladie suisse, sous réserve qu'ils prouvent qu'ils bénéficient d'une couverture maladie équivalente en France.

⁶³ Le CNAREFE, créé le 1^{er} janvier 2014 par l'assurance maladie, est un service dont la gestion a été confiée à la CPAM de Seine-et-Marne qui a pour objectif d'être le référent unique pour les retraités français du régime général, non affilié à la Caisse des Français de l'étranger, établis hors de l'UE-EEE-Suisse. Au terme de ses deux premières années d'activité (2014-2015), le CNAREFE compte 5 589 bénéficiaires dont 570 ayants-droits représentant des dépenses à hauteur de 1 418 147 € pour l'année 2015 (426 080 € pour 2014 année de démarrage d'activité).

⁶⁴ Plus de la moitié de la population (52 %) se trouve en Amérique du Nord (1 733 assurés au Canada et 924 aux États-Unis), 23 % dans les pays du Maghreb (avec 597 assurés au Maroc qui se trouve, depuis fin 2015 être le troisième pays où la population de retraités français est la plus importante et 251 en Tunisie). Le CNAREFE note une évolution à la hausse de la présence de leurs bénéficiaires en Israël avec 466 et en Australie avec 135 assurés.

⁶⁵ Sont inclus dans cette étude les items suivants : détection d'une fausse déclaration lors de la réception du courrier de bienvenue, utilisation frauduleuse de la carte Vitale, détection de bénéficiaires « sur consommant de soins », nomadisme des assurés (secteur géographique des soins à l'occasion d'un même séjour), détection d'atypismes, réalité du séjour en France : plusieurs renouvellements de pharmacie et/ou d'analyses médicales, durée des soins facturés par les auxiliaires médicaux, détection de paiements multiples, de duplicata, détection de soins post décès, vérification de la qualité des pièces justificatives (prescriptions médicales, feuilles de soins papier...), contrôle de l'exactitude des coordonnées bancaires.

⁶⁶ Par convention en date du 14 septembre 2015, la CNAMTS a actualisé les relations contractuelles avec la CNAV, initialement chargée par le CLEISS (protocole du 6 novembre 1990) de créer, d'exploiter et de maintenir cette application « permettant de gérer et d'opérer un contrôle sur les créances qui lui sont présentées par les pays dans le cadre des règlements communautaires de coordination en matière de sécurité sociale, ou ayant souscrit un accord international de sécurité sociale ou un accord de coordination contenant des dispositions relatives aux droits aux soins de santé de pensionnés et/ou de leurs ayants droits ».

⁶⁷ Dans le cadre de l'étude du droit, la CNAV recherche dans l'Outil Retraite (qui recense tous les droits, y compris à l'étranger, notamment la résidence – droit éventuellement ouvert dans le pays de résidence, et vérifie l'existence de la pension au régime général). La demande d'intégration dans ce fichier peut provenir soit directement de l'assuré (soit sur papier libre soit via le formulaire S1) ou directement du régime étranger (Algérie et Turquie n'accepte que cette procédure). La CNAV prend contact systématiquement avec le régime étranger qui valide l'ouverture du dossier (atteste qu'il n'a pas de pension et qu'il réside dans le pays). Le régime étranger délivre une fiche d'adhésion avec le nom de l'assuré et éventuellement ses ayants droit. Une fois validé, la CNAV ne réalise plus aucune opération jusqu'à un éventuel changement de situation de l'assuré : décès ou retour en France.

Jusqu'en mai 2014, cette preuve d'une couverture maladie en France pouvait être apportée soit par l'affiliation à l'assurance maladie dans le cadre de la couverture maladie universelle de résidence, soit par la production d'un contrat d'assurance privée. Cependant, à partir du 1er juin 2014, cette deuxième possibilité n'est plus offerte (article L. 380-3-1 du code de la sécurité sociale). Aucun nouveau contrat d'assurance privée ne peut être souscrit par un travailleur frontalier après cette date. Les travailleurs frontaliers en Suisse titulaires d'un contrat de couverture maladie privée en cours à la date du 31 mai 2014 ne pourront le renouveler et seront affiliés à l'assurance maladie française à son expiration. Les travailleurs frontaliers nouvellement embauchés en Suisse ne pourront plus opter qu'entre l'assurance maladie suisse et l'assurance maladie française. L'affiliation à cette dernière entraînera l'acquittement d'une cotisation assise sur l'ensemble des revenus du ménage du travailleur frontalier en Suisse.

En 2011, l'Insee dénombrait 160 000 navetteurs transfrontaliers résidant en France et travaillant en Suisse. Ce nombre a fortement augmenté : 100 000 en 1999 et 128 000 en 2006⁶⁸. Seule une petite minorité d'entre eux était affilié à l'assurance maladie suisse avant le 31 mai 2014, et l'est resté après cette date.

L'évolution rapide de la dépense de soins des assurés à l'étranger en 2014 peut s'expliquer par cet effet, et devrait se poursuivre en 2015, ce que paraît confirmer le regain très sensible d'activité du CNSE en 2015 au titre du remboursement de soins reçus en Suisse par des travailleurs frontaliers et leur famille⁶⁹.

1.2.3.4 Certaines incidences de la création de la protection universelle maladie (PUMA) sur la prise en charge des soins à l'étranger restent à maîtriser

Jusqu'au 31 décembre 2015, pour bénéficier de la prise en charge par l'assurance maladie des frais de santé, il fallait remplir des conditions d'affiliation à un régime obligatoire, soit du fait de l'activité professionnelle, soit comme demandeur d'emploi, soit en tant qu'ayant droit d'un assuré, soit au titre du maintien de droits antérieurs, soit enfin en demandant chaque année la couverture maladie universelle (CMU) de base. Ces règles nécessitaient d'avoir à effectuer un certain nombre de démarches administratives et pouvaient, éventuellement, engendrer des ruptures de droits lors de changements de situation professionnelle ou familiale.

Introduite par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016, la mise en place de l'universalisation de la prise en charge des frais de santé vise à assurer la continuité des droits à la prise en charge des frais de santé, à réduire les démarches administratives, et à garantir davantage d'autonomie à tous les assurés dans la prise en charge de leurs frais de santé⁷⁰.

Cette réforme parachève la logique initiée par la couverture maladie universelle (CMU) de base en 1999, qui visait à ouvrir des droits à l'assurance maladie aux personnes résidant en France de façon stable et régulière, et qui ne relevaient d'aucune couverture maladie obligatoire. Dans la mesure où toutes les personnes qui travaillent ou résident en France de manière stable et régulière sont désormais couvertes par l'assurance maladie - soit au titre de leur activité professionnelle, soit au titre de leur résidence, le dispositif de la CMU de base n'ayant plus de raison d'être est donc supprimé.

⁶⁸ J-M. FLOCH, « Résider en France et travailler à l'étranger », *Insee Première*, n° 1537, février 2015.

⁶⁹ La moyenne des réceptions de dossiers de frontaliers suisses s'établissait à 284 dossiers par mois au 1^{er} semestre 2015, mais à 1 273 dossiers par mois au cours de la deuxième moitié de l'année.

⁷⁰ Deux décrets parus au Journal officiel du 31 décembre 2015 en précisent les modalités d'application (Décrets n° 2015-1865 et 2015-1882).

Entrée en vigueur au 1er janvier 2016, la PUMA donne droit à la prise en charge des soins de santé aux personnes qui exercent une activité professionnelle ou résident, de manière stable et régulière c'est-à-dire de manière ininterrompue, en France (y compris la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Saint-Barthélemy et Saint Martin) depuis au moins trois mois, avec quelques exceptions pour des cas particuliers⁷¹. Toutes les personnes majeures sans activité professionnelle ayant droit à la prise en charge de leurs frais de santé à titre personnel, dès lors qu'elles résident en France de manière stable et régulière, n'ont plus besoin d'être rattachées à un assuré ouvrant droit. Ainsi, pour les 18 ans et plus, **la notion d'ayant droit disparaît**⁷², seuls les mineurs continuent d'avoir ce statut. Les changements de situation personnelle n'auront plus d'incidence sur les droits des assurés sans activité professionnelle. En cas de mariage, de séparation ou de veuvage, l'assuré continuera d'avoir des droits en propre, indépendamment de son conjoint ou ex-conjoint.

Les personnes de nationalité étrangère hors EEE-Suisse doivent justifier être en situation régulière au moyen d'un titre de séjour en cours de validité ou de tout document attestant de la demande auprès de la préfecture. Les ressortissants de l'EEE-Suisse inactifs sont dispensés de la production d'un titre ou document de séjour mais doivent justifier de ressources suffisantes et d'une assurance maladie complète.

Si toutes les conditions sont remplies, l'affiliation au régime général sur critère de résidence prend effet à la date de dépôt de la demande. L'assuré est tenu de signaler à sa caisse d'assurance Maladie tout changement intervenant dans sa situation personnelle ou professionnelle (mariage, divorce, reprise d'activité, déménagement, transfert de résidence à l'étranger, *etc.*).

Le primat de la condition de résidence implique que celle-ci puisse être contrôlée efficacement. En cas de contrôle est notamment vérifiée la stabilité de résidence (appréciée au regard des notions de foyer habituel et permanent ou de lieu de séjour principal) et la régularité du séjour en France. Si les critères de résidence à l'étranger des différents régimes administratifs ne sont pas strictement superposables, des échanges d'information entre administrations peuvent y contribuer. Ils sont prévus avec la DGFIP, qui enregistre les contribuables résidents à l'étranger⁷³ du fait des spécificités de régime, mais un croisement avec les données des registres consulaires⁷⁴ n'est pas prévu à ce stade, ce qui paraît regrettable.

⁷¹ La condition des trois mois de résidence stable ne s'applique pas dans les situations suivantes :

- Etre inscrit(e) dans un établissement d'enseignement ou stagiaire en France dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique ;
- Bénéficiaire de l'une des prestations suivantes : prestations familiales, prestations d'aide sociale (revenu de solidarité active, *etc.*), allocation de logement ou aide personnalisée au logement (APL), allocations aux personnes âgées (allocation de solidarité aux personnes âgées, *etc.*) ;
- Reconnu réfugié ou bénéficiaire de la protection subsidiaire, ou demandeur d'asile ;
- Etre volontaire international à l'étranger de retour en France ;
- Bénéficiaire d'un regroupement familial avec son conjoint ou partenaire PACS, lui-même assuré social.

⁷² La réforme créant la PUMA prévoit toutefois que les personnes ayant la qualité d'ayant droit au 31 décembre 2015 peuvent la conserver jusqu'au plus tard le 31 décembre 2019.

⁷³ Quelle que soit la nationalité du contribuable, il est considéré comme ayant son domicile fiscal en France lorsqu'il remplit l'une des conditions suivantes : son foyer est situé en France ; il séjourne en France plus de la moitié de l'année ; il exerce son activité professionnelle en France (sauf si cette activité est l'accessoire d'une profession exercée à l'étranger) ; le centre de ses intérêts économiques, c'est-à-dire le lieu d'où il tire la majeure partie de ses revenus ou celui où il a réalisé ses principaux investissements, est établi en France.

A contrario, si le contribuable n'est dans aucune des situations précédentes, il est considéré comme ayant son domicile fiscal à l'étranger. Il doit alors acquitter ses impôts dans son pays de résidence. Il est néanmoins susceptible d'être imposé en France sur ses revenus de source française ou sur une base forfaitaire s'il y a conservé un logement. Ces règles doivent cependant être tempérées si le redevable de l'impôt réside dans un pays qui a signé avec la France une convention fiscale destinée à éviter les doubles impositions.

⁷⁴ L'enregistrement auprès des consulats est facultatif. Il permet d'assurer la protection des personnes, par exemple si une évacuation devient nécessaire. Il permet aussi d'exercer le droit de vote. 1,7 millions de personnes y sont enregistrées sur un total de français expatriés (y compris les binationaux) estimé entre 2 et 3 millions. Ce nombre est en progression d'environ 2% par an, avec un flux d'entrée et de sorties important, d'environ 15%.

Recommandation n°1: Etudier la mise en œuvre d'un croisement des données des registres consulaires avec ceux de l'assurance maladie

Le basculement de l'affiliation sur un critère de résidence pose un double problème en matière de soins des non résidents en cas de séjour temporaire en France :

- pour les pensionnés résidents à l'étranger (qui demeurent affiliés du fait de leur pension s'ils résident en UE-EEE-Suisse ou dans un pays sous convention bilatérale), la notion d'ayant droit disparaît pour les majeurs, comme pour les assurés résidents en France. **L'ayant droit qui résidait avec eux dans un pays sous convention bilatérale⁷⁵ (un conjoint n'ayant pas de pension personnelle notamment), qui était jusqu'ici couvert à ce titre pour les soins à l'étranger comme en cas de séjour temporaire en France, ne le sera désormais plus que pour les soins à l'étranger⁷⁶** : il ne pourra donc pas prétendre à une prise en charge de ses soins lors d'un séjour temporaire en France, et en cas de retour définitif, il devra justifier une durée de résidence de trois mois avant de recouvrer la qualité d'assuré (sauf s'il est adhérent à la CFE) ;
- pour les pensionnés d'un régime français de nationalité étrangère et qui résident à l'étranger, l'obligation antérieure d'avoir cotisé 15 ans pour être affilié disparaît, car elle créait une inégalité avec les pensionnés français. La conséquence est qu'un pensionné ayant cotisé très brièvement (un trimestre par exemple) bénéficie, de ce simple fait, d'un accès illimité aux soins de santé en France, sans rapport avec sa participation à son financement. **Cette possibilité est susceptible d'accroître sensiblement le nombre de pensionnés résidant dans des pays où le système de santé est défaillant ou onéreux qui chercheraient à bénéficier des soins en France.**

Il semble qu'aucun de ces deux problèmes n'ait été clairement anticipé lors de la décision de création de la PUMA. La direction de la sécurité sociale envisage de les surmonter ou les atténuer par le biais des décrets d'application, sans garantie à ce stade quant à la faisabilité juridique d'un tel dispositif⁷⁷.

1.3 Une multiplicité d'acteurs qui interviennent dans la prise en charge des frais de soins à l'étranger

La mise en œuvre de la législation – européenne, bilatérale, et interne – relative à la prise en charge des soins des assurés français à l'étranger fait intervenir une diversité d'organismes et d'acteurs. D'une part, l'application des dispositifs de compensation financière des frais de soins à l'étranger implique les régimes obligatoires de base d'assurance maladie et le Centre National des soins à l'étranger (CNSE), nouvel organisme de liaison à la suite du Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) entre les institutions françaises et étrangères de sécurité sociale. D'autre part, des organismes dispensateurs de couvertures maladie complémentaires (sociétés d'assurance, institutions de prévoyance et mutuelles ou de prestations d'assistance aux voyageurs qui incluent la prise en charge de soins), interviennent également dans une articulation plus ou moins bien coordonnée avec les assurances maladie obligatoires.

⁷⁵ Les ayants droits de pensionnés résidant en UE-EEE-Suisse conservent, aux termes du règlement 883/2004, le bénéfice de la prise en charge des soins dans leur pays de résidence et en cas de séjour temporaire en France, puisque notre pays s'est déclaré à l'annexe 4 dudit règlement qui énumère les États membres qui accordent la prise en charge des soins aux pensionnés et aux membres de leur famille résident dans un autre État-membre n cas de séjour temporaire dans le pays dont les institutions de sécurité sociale prennent en charge leurs soins.

⁷⁶ Sous réserve de la clause de maintien des droits acquis à la couverture maladie des ayants-droits jusqu'au 31 décembre 2019.

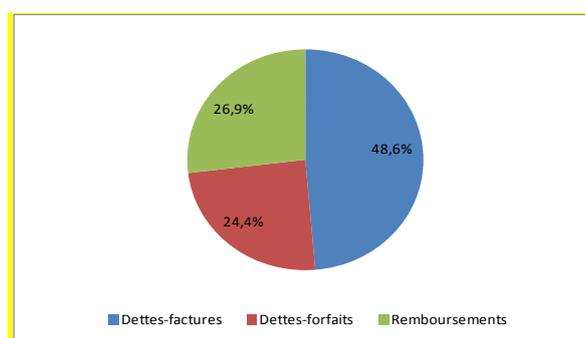
⁷⁷ Selon le projet de décret relatif au contrôle de la condition de résidence communiqué à la mission, l'exclusion envisagée des titulaires de la carte de séjour « retraité » ne serait pas retenue.

1.3.1 L'intervention des régimes obligatoires de base d'assurance maladie

La prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dont les modalités ont été précédemment décrites peut prendre deux formes : une gestion de dettes et de créances internationales (DCI) entre pays qui règlent *via* leur organisme de liaison les dépenses de soins de leur ressortissant lorsque ces derniers n'ont pas fait l'avance de frais ; dans le cas contraire, un système de remboursement, total ou partiel, à l'assuré sur présentation de la facture acquittée.

Le graphique suivant présente, en 2015 et en dates de soins, la répartition de la dépense de soins des assurés français à l'étranger, entre d'une part les dettes internationales réglées par des échanges financiers entre organismes français et étrangers, en distinguant entre factures réelles et forfaits, et d'autre part les remboursements directs aux assurés.

Graphique 3 : Répartition de la dépense de soins à l'étranger en 2015, selon les circuits de remboursement



Source : Direction de la sécurité sociale.

Le régime général d'assurance maladie (CNAMTS) joue donc un rôle déterminant dans la prise en charge des frais de soins des assurés français à l'étranger, tout d'abord du fait de sa mission de gestion des DCI d'assurance maladie pour le compte de l'ensemble des régimes, ainsi qu'au titre du remboursement direct de dépenses de santé aux assurés. Les autres régimes ont également une activité de remboursement à leurs assurés de soins à l'étranger.

1.3.1.1 La prise en charge des soins à l'étranger des assurés du régime général

► La gestion des dettes et créances internationales d'assurance maladie

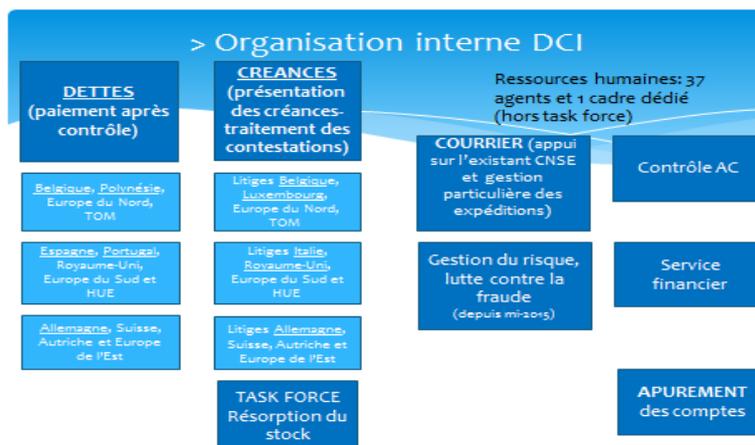
Les frais afférents aux soins ayant bénéficié d'une dispense totale ou partielle d'avance de frais sont retransférés au régime d'assurance maladie français auquel l'assuré est affilié, *via* les organismes de liaison étranger et français, sous la forme d'une facture récapitulative ou d'un forfait représentatif des frais annuels d'un résident dans ce pays. Le système du forfait est appliqué par les pays dont le système de santé ne permet pas une facturation individualisée des actes pratiqués (Irlande, Espagne, Italie, Malte, Pays Bas, Portugal, Finlande, Suède, Royaume Uni⁷⁸). Il est basé sur les coûts moyens calculés *ex post* et publiés au Journal officiel de l'Union européenne (JOUE), mais le règlement prévoit le passage, à un horizon non déterminé, à une facturation aux frais réels. En pratique, l'organisme de liaison transmet des lots de factures, dénommés « lettres d'introduction de créances » (LIC), à l'organisme de liaison français qui se chargera de les instruire avant paiement.

⁷⁸ Dans les pays disposant d'un service national de santé, il n'existe pas de facturation individuelle des soins. Même si l'objectif est de passer à terme à un système de facturation au réel pour l'ensemble des pays européens, il n'y a pas d'échéancier contraignant. Les forfaits sont calculés à partir des données statistiques disponibles et pertinentes, pour trois

En France, l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a transféré à compter du 1er janvier 2015, cette mission du CLEISS à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), qui en son sein l'a confiée au Centre national des soins à l'étranger (CNSE). Conformément à la lettre de mission des Ministres, un bilan de ce transfert est établi au § 3.2 du présent rapport.

Le même circuit opère en cas de soins reçus en France par un assuré étranger au moyen des dispositifs de coordination européenne et internationale. Dans ce cas, c'est la branche maladie du régime général qui règle à l'offreur de soins le montant correspondant aux tarifs des actes prodigués. La caisse primaire compétente adresse ensuite la facture⁷⁹ au CNSE, qui la contrôle et l'insère dans une LIC transmise à l'organisme de liaison du pays dans lequel le patient est assuré.

Schéma 1 : Organisation de la gestion des dettes et créances internationales au CNSE



Source : CNSE

Les textes européens, et particulièrement le règlement d'application n° 987/2009, précisent le délai dans lequel les lettres de créances doivent être transmises entre État-membre.

Dans le cas des factures correspondant à des dépenses réelles, elles doivent être introduites « auprès de l'organisme de liaison de l'État membre débiteur au plus tard douze mois après la fin du semestre civil au cours duquel ces créances ont été inscrites dans les comptes de l'institution créditriceElles donnent lieu à des avances de montant variable selon les pays, mais le paiement définitif des créances doit intervenir dans un délai de dix-huit mois suivant la fin du mois au cours duquel elles ont été introduites auprès de l'organisme de liaison de l'État membre débiteur », sauf contestation. Dans ce cas, le délai de règlement de la créance contestée, si celle-ci est finalement réintroduite, est de trente-six mois après l'introduction initiale. Dans le cas de forfaits relatifs à des résidents permanents, le règlement intervient dans les douze mois qui suivent la publication au Journal Officiel de l'Union européenne des coûts moyens servant à les calculer, laquelle doit être réalisée avant la fin de la deuxième année qui suit l'année de prise en charge sur laquelle portent lesdits forfaits. Les mêmes délais courent en cas de contestation, que dans le cas des factures sur frais réels.

tranches d'âge (moins de 20 ans, 20-64 ans, 65 ans et plus) et validés par la commission administrative placée auprès de la Commission européenne chargée de la coordination des systèmes de sécurité sociale.

⁷⁹ La CNAMTS a la capacité d'imputer individuellement le coût des soins reçus par chaque assuré étranger, et par conséquent ne transmet aux organismes de liaison étrangers que des factures récapitulant les frais réels afférents à ces soins.

Ainsi, **le règlement des créances internationales peut intervenir jusque quatre ans après leur inscription dans les comptes** des régimes créditeurs (un an pour l'introduction de la créance, plus trois ans au cas où elles sont contestées), et donc davantage encore après la fourniture des soins aux patients. Encore ces délais valent-ils pour le régime de croisière des flux entre États-membres, et ne s'appliquent pas aux créances des années antérieures qui ont pu être introduites et réglées dans des délais encore plus larges (*cf. infra* § 3.2). En outre, des arrangements spécifiques peuvent être conclus avec des États-membres par voie d'accords bilatéraux. Le projet « Electronic Exchange of Social Security Information » (EESSI), qui organise des échanges automatisés de documents entre organismes de liaison nationaux, et qui entrera pleinement en vigueur en 2018, peut être de nature à réduire ces délais (*cf. infra* § 3.1.2.3).

Le CNSE assure le paiement de l'intégralité des dettes internationales d'assurance maladie, en concertation avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale⁸⁰. Il refacture ensuite aux autres régimes d'assurance maladie (dans le cadre de conventions en cours de signature), les montants qui leur incombent au titre de leurs assurés.

S'agissant des dettes de la France envers des régimes d'assurance maladie étrangers, le point de départ des délais évoqués est la comptabilisation de ces dettes. Celle-ci intervient dès la saisie par le CNSE des LIC dans la base de données METIS qui sert à la gestion et au contrôle des flux financiers internationaux d'assurance maladie. Cette saisie déclenche l'enregistrement des dettes en charges dans les comptes du régime français. Similairement, l'envoi par le CNSE d'une lettre d'introduction de créances vers un État tiers entraîne sa saisie dans la base METIS, et son enregistrement immédiat en produits dans les comptes des régimes des assurés sur lesquelles portent les factures transmises.

► Le remboursement aux assurés de soins à l'étranger

Lorsque l'assuré a dû faire l'avance de tout ou partie de ses frais de soins⁸¹, il peut, postérieurement au règlement et sur présentation d'une facture, en demander le remboursement à son régime d'assurance maladie français (*cf. supra* § 1.2.2.1).

La caisse primaire transmet le formulaire et la facture au CNSE, qui les contrôle, le cas échéant au moyen d'échanges d'informations avec la caisse primaire, l'établissement où les soins ont été dispensés voire avec les autorités consulaires, et calcule les montants à rembourser. Le paiement à l'assuré incombe à la caisse primaire⁸². En 2015, le CNSE a effectué des paiements pour un montant total de 141 M€

Hormis la liquidation du remboursement par le CNSE, ce circuit est identique à celui qui gouverne le remboursement des soins reçus en France. Toutefois, les transmissions se font par support papier, et les délais de remboursement sont en moyenne plus longs. En facteur commun à ces deux circuits de prise en charge, les organismes du régime général assurent les fonctions médico-administratives liées au remboursement de frais de soins à l'étranger : instruction par les médecins conseils des demandes d'autorisation de soins programmés, contrôles des factures et forfaits (en liaison avec les caisses primaires et les autres régimes), recours amiables des assurés (par les caisses primaires).

⁸⁰ Une convention a été signée afin de garantir un pilotage au plus près de la trésorerie du régime général, et conformément à un marché passé par la CNAMTS pour le paiement en devises.

⁸¹ Il peut toutefois survenir que la dispense d'avance des frais obtenue par un assuré dans le cadre de la coordination européenne et internationale ne porte pas sur la totalité de la dépense engagée, notamment lorsque sont en vigueur des tickets modérateur. L'assuré peut alors demander directement à son régime d'assurance maladie un remboursement complémentaire, si les frais pris en charge par le régime étranger restent inférieurs au montant remboursable en France.

⁸² Des circuits analogues existent dans les autres régimes de base, la demande de remboursement étant transmise par l'assuré à son organisme conventionné s'il relève du RSI, ou à sa caisse de MSA dans le cas d'un ressortissant du régime agricole.

1.3.1.2 La prise en charge des soins à l'étranger des assurés des autres régimes

Si la gestion des dettes et créances internationales d'assurance maladie est centralisée à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés pour l'ensemble des régimes, les régimes autres que le régime général assurent le remboursement direct à leurs assurés des frais de soins n'ayant pas bénéficié de la dispense d'avance.

Dans le cadre de ses investigations, la mission a examiné la gestion de ces remboursements par deux régimes autres que le régime général : le régime social des indépendants (RSI) qui affine les travailleurs non salariés des professions non agricoles, et la mutualité sociale agricole (MSA) qui affine les salariés et les exploitants agricoles.

Les montants acquittés en 2014 par le RSI et par la MSA au titre du remboursement de soins à l'étranger se sont élevés, respectivement, à 6 M€ et 2 M€. Ces organismes contrôlent les factures présentées par leurs assurés, instruisent les demandes d'autorisation de soins programmés, et gèrent la relation avec les assurés (mise en paiement des remboursements, recours amiables, *etc.*).

La mission s'est interrogée sur l'intérêt de laisser persister la gestion par chaque régime du remboursement des soins à l'étranger de ses assurés, dans la mesure où le faible montant concerné engendre une multiplication de coûts fixes qu'une centralisation à la CNAMTS permettrait d'économiser pour une grande part. Cette solution n'apparaît pas opportune à court terme à la mission car elle supposerait le transfert à la CNAMTS des informations médico-administratives (notamment les coordonnées bancaires) essentielles pour la gestion de la relation des régimes avec leurs assurés, ce qui soulèverait des obstacles techniques et politiques considérables (interconnexion des systèmes d'information de gestion, perspective à terme de la fusion des réseaux locaux des différents régimes).

1.3.2 Le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS)

Le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) est un établissement public qui a été chargé du rôle d'organisme de liaison entre les institutions de sécurité sociale françaises et étrangères jusqu'en décembre 2014. Suite au transfert des DCI au CNSE au 1^{er} janvier 2015, il n'a plus d'implication directe dans la prise en charge financière des soins à l'étranger, mais conserve certaines missions, précédemment décrites à l'article R. 767-2 du code de la sécurité sociale, notamment des missions d'information des assurés.

- Diffusion des textes de droit – règlements européens, conventions bilatérales de sécurité sociale, accords de coordination avec les collectivités d'outre-mer ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale, et documentation actualisée sur la législation relative à la protection sociale des Etats étrangers - et réponse aux demandes d'information des particuliers et des entreprises ; **le CLEISS est notamment le point de contact national pour les soins de santé transfrontaliers chargé de fournir des informations aux patients sur les droits à l'accès aux soins dans d'autres États-membres de l'Union européenne, et sur les modalités d'exercice de ces droits**, conformément à l'article 6 de la directive 2011/24/ UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011.
- Assister les institutions françaises de sécurité sociale dans la mise en œuvre des règlements européens et des accords internationaux de sécurité sociale.
- Instruire les demandes individuelles relatives au maintien exceptionnel ou à la prolongation du maintien dans les régimes français de sécurité sociale des travailleurs salariés détachés par leur employeurs hors de France et des travailleurs non salariés amenés à fournir une prestation de services hors de France.

- Apporter un appui technique aux ministres des affaires étrangères et chargé de la sécurité sociale dans le domaine des relations européennes et internationales en matière de sécurité sociale et de protection sociale en faveur des Français installés à l'étranger.
- Recueillir des données statistiques et financières sur la mise en œuvre des règlements européens et des accords internationaux en matière de sécurité sociale, et établir un rapport annuel à cet effet.
- Procéder à la traduction des documents d'origine étrangère adressés aux organismes de sécurité sociale français dans le cadre de la coordination des législations française et étrangères en matière de liquidation de prestations de sécurité sociale ou de remboursement de soins.

1.3.3 Les couvertures complémentaires et les assurances volontaires

Aux paiements et aux remboursements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, peuvent s'ajouter des prises en charge versées aux assurés français par des organismes à adhésion facultative, dans le cadre de contrats d'assurance complémentaire ou volontaire.

1.3.3.1 Les couvertures complémentaires maladie

Selon l'enquête sur la santé et la protection sociale réalisée en 2012 par l'Institut de recherches et de documentation en économie de la santé (IRDES)⁸³, 95% des Français bénéficient d'une couverture complémentaire maladie dont les prestations complètent les remboursements des régimes obligatoires d'assurance maladie. Ces couvertures complémentaires peuvent être souscrites, dans un cadre collectif généralement professionnel ou à titre individuel, auprès d'une société d'assurance, d'une institution de prévoyance ou d'une mutuelle régie par le Code de la mutualité.

Sauf stipulation expresse des contrats de couverture complémentaire maladie, ces derniers opèrent en cas de soins du bénéficiaire à l'étranger. Lorsque le patient a dû avancer tout ou partie des frais de soins à l'étranger, et a obtenu un remboursement de son régime obligatoire d'assurance maladie, il présente ensuite à l'organisme dispensateur de couverture complémentaire maladie dont il est adhérent la dépense qui reste à sa charge. Comme dans le cas de soins prodigués en France, les remboursements des organismes complémentaires sont déterminés par référence aux bases ou tarifs de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Il y a lieu de mentionner la situation particulière des fonctionnaires civils des trois fonctions publiques qui constituent une catégorie particulière d'assurés du régime général, en ce que la gestion de leurs remboursements au titre de l'assurance maladie obligatoire est déléguée à des mutuelles de ces fonctions publiques, même dans le cas où ils n'adhèrent pas à des couvertures complémentaires auprès de ces mutuelles (dispositif dit des « sections locales mutualistes »). Pour répondre au besoin spécifique de coordination du remboursement entre base et complément pour ces assurés, le CNSE a mis en place un service de pré-tarifification et de contrôle, à la disposition facultative des sections locales mutualistes intéressées. Près de 6 700 dossiers ont été traités *via* ce service en 2015, soit 2,2 % de l'ensemble des dossiers reçus en 2015. Après un démarrage rapide en 2013, la volumétrie de ce service a fortement décru en 2014 (- 41,3 %), et était encore orientée à la baisse en 2015 (- 5 %).

⁸³ N. Célant, P. Dourgnon, S. Guillaume, A. Pierre, Th. Rochereau, C. Sermet (2014), « L'enquête Santé et Protection sociale 2012 (ESPS). Premiers résultats », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, mai.

Selon les explications fournies par le CNSE, le développement de ce service est entravé par ses incidences indirectes sur les remises de gestion que l'assurance maladie leur consent – le recours au service du CNSE entant en ligne de compte dans l'appréciation de l'activité de gestion des sections locales mutualistes servant à établir le montant de leurs remises. En outre, la Caisse primaire des Hauts-de-Seine, à qui est déléguée la gestion des remboursements des assurés de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG), ne souhaite pas recourir à ce service. Sous réserve d'un examen plus approfondi, la mission s'interroge sur ces considérations venant contrarier le déploiement d'un service qui favorise la mutualisation de la fonction internationale au sein de l'assurance maladie.

En outre, l'attention de la mission a été attirée sur le cas d'agents de l'État affectés, en position normale d'activité ou de détachement, à des emplois à l'étranger ou dans des collectivités d'outremer. Il s'agit notamment des agents des postes diplomatiques et consulaires, des enseignants dans les lycées français à l'étranger et des fonctionnaires exerçant dans les collectivités d'outremer. Sauf dans le cas où ils sont détachés sur des contrats locaux, ces agents continuent à être affiliés à l'assurance maladie française.

La Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) compte parmi ses adhérents, au titre de la couverture obligatoire de base ou de la couverture complémentaire maladie, environ 53 000 personnes qui résident en permanence à l'étranger, dont la moitié hors Europe et collectivités d'outremer, et qui présentent des besoins de prise en charge spécifiques, distincts de ceux des personnes effectuant des séjours temporaires à l'étranger. C'est la raison pour laquelle la MGEN tient compte, dans ses remboursements au titre de la couverture complémentaire, des coûts des soins dans les différents pays, au moyen de coefficients correcteurs différenciés selon les pays, s'appliquant aux remboursements qu'elle pratiquerait en France pour des actes identiques. Elle s'appuie sur les services du GIE Inter-Mutuelles Assistance (IMA), pour le calcul des coefficients correcteurs et pour la sélection d'établissements de soins dont les bilans coûts/qualité des soins sont les plus favorables aux assurés. Une réflexion est en cours au sein de la MGEN sur une révision de ces coefficients correcteurs et plus généralement des conditions de prise en charge des soins des résidents permanents à l'étranger, autour de la définition d'un « socle de solidarité » auxquels tous les adhérents de la mutuelle sont appelés à participer, complété le cas échéant par des contributions supplémentaires demandées aux résidents dans les pays où les soins sont les plus coûteux.

Compte tenu de la volumétrie spécifique de son activité de remboursement des soins à l'étranger, la MGEN a mis en place son propre dispositif de liquidation des remboursements. Elle ne recourt donc pas au service de pré-liquidation proposé par le CNSE aux sections locales mutualistes. Elle a ainsi créé une « section extra-métropolitaine » basée au Mans, qui regroupe de 70 à 90 personnes en fonction de la saisonnalité de l'activité. Ce centre ne comporte pas de service médical : pour les avis médicaux requis, notamment en cas d'autorisation préalable de soins programmés, elle s'appuie sur les services médicaux des caisses primaires d'assurance maladie du régime général ou du CNSE, avec lesquels elle entretient des relations étroites.

1.3.3.2 Les contrats d'assistance aux voyageurs internationaux

Il existe enfin des acteurs économiques spécialisés dans la couverture des frais et des incidents survenant inopinément lors séjours temporaires à l'étranger, principalement en cas de maladie et/ou de besoin de rapatriement en France. Ces entreprises d'assistance aux voyageurs internationaux, regroupées au sein du Syndicat national des sociétés d'assistance, sont au nombre de dix. Leur activité couvre non seulement l'assistance médicale, mais également d'autres segments tels que l'assistance automobile, la conciergerie et les services aux personnes. Le chiffre d'affaires de l'assistance médicale s'est élevé à 253 M€ en 2014, soit 11 % du chiffre d'affaires de l'ensemble du secteur, en progression de 10,7 % par rapport à 2013.

Cette évolution reflète essentiellement la croissance des voyages touristiques internationaux identifiée au § 1.1.2⁸⁴. Au cours de ses investigations, la mission a eu des entretiens avec des responsables de l'activité d'assistance aux voyageurs internationaux des deux entreprises les plus importantes du secteur⁸⁵.

En cas de maladie ou d'accident survenu à l'étranger entraînant des frais de soins, l'assuré couvert par un contrat d'assistance sera couvert pour ses frais⁸⁶ ainsi que pour le rapatriement. Sur autorisation de l'assuré, l'entreprise d'assistance peut lui être subrogée et demander directement le remboursement des soins aux régimes obligatoires d'assurance maladie. En 2015, le CNSE a ainsi traité 6 700 dossiers présentés par des sociétés d'assistance, soit 2,2 % du nombre total de dossiers réceptionnés. Ce nombre est stable par rapport à 2014.

Les mutuelles et les entreprises d'assistance consultées ont fait état de l'existence de gisements d'amélioration de l'efficacité du traitement des dossiers qu'elles présentent au CNSE. Ont notamment été soulevés : le nombre de pièces originales demandées par le CNSE, une proportion de rejets élevée, des délais de remboursement souvent importants, qui pénalisent ensuite les recours que les sociétés d'assistance forment auprès des autres organismes susceptibles de participer au remboursement, notamment les organismes dispensateurs de couvertures maladie complémentaires. Toutefois, le CNSE a institué un dialogue régulier avec les entreprises d'assistance, afin de fluidifier les processus. Des échanges paraissent également pouvoir être fructueux avec les sociétés d'assistance, notamment en matière de lutte contre les fraudes, du fait de la connaissance que ces entreprises ont de l'offre de soins à l'étranger, particulièrement hors de l'Union européenne. Ils devraient se tenir de façon régulière dans un cadre formalisé, en y associant les organismes complémentaires

Il y aurait lieu pour l'assurance maladie de s'interroger sur la mise en place de son propre réseau de correspondants chargés de négocier avec des offreurs de soins en vue d'une prise en charge optimisée, le cas échéant en s'appuyant sur les organismes qui opèrent pour le compte des organismes complémentaires et les entreprises d'assistance.

⁸⁴ Toutefois, les entreprises d'assistance ont également une activité de services aux entreprises employeuses de salariés à l'étranger.

⁸⁵ Europ Assistance et Mondial Assistance.

⁸⁶ Sous le plafond défini par le contrat d'assurance, par exemple 155 000 € pour une carte VISA Premier.

2 UNE PROGRESSION BUDGETAIRE COMPLEXE A ANTICIPER, A RETRACER ET A PILOTER

La présente partie du rapport vise à faire le lien entre les agrégats financiers relatifs au remboursement des soins des assurés français à l'étranger au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) établis en dates de soins par la Direction de la sécurité sociale (DSS), les montants figurant dans les comptes des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au titre de ces remboursements, et les données de paiement publiées annuellement par le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) et le Centre national des soins à l'étranger (CNSE). Il s'agit de s'assurer de la cohérence des données fournies par ces différentes sources, et de porter une appréciation sur la robustesse des données intégrées au constat de l'ONDAM au regard de leur capacité à refléter les évolutions de la dépense découlant des facteurs socio-économiques susceptibles de les gouverner, identifiés dans la première partie du rapport.

Les analyses menées dans cette partie portent principalement sur la mesure des dépenses de soins à l'étranger et le sens des évolutions observées. Elles peuvent toutefois occasionnellement porter sur les remboursements des régimes étrangers d'assurance maladie au profit de la CNAMTS au titre des soins des assurés étrangers en France.

2.1 Les flux financiers entre la France et l'étranger en matière d'assurance maladie

Les dépenses des assurés de régimes français d'assurance maladie au titre de soins prodigués à l'étranger sont évalués par la Direction de la sécurité sociale à 662,2 M€ en 2015, dernier exercice comptable clos⁸⁷ dont le constat a pu être mis à disposition de la mission par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la Direction de la sécurité sociale le 25 mars 2016.

Ce poste de dépenses est, avec les dépenses médico-sociales spécifiques (521,4 M€ en 2015) et les dotations aux fonds et agences sanitaires (396,8 M€), l'une des trois composantes du sous-objectif « Autres prises en charge » de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), également dénommé « 7^{ème} sous-objectif ». L'ensemble des « autres prises en charges » a représenté un montant de dépenses de 1 580,4 Md€ en 2015. En d'autres termes, **les soins des assurés français à l'étranger représentent 42 % du 7^{ème} sous-objectif, lequel ne pèse lui-même que moins de 1% dans l'ensemble de l'ONDAM.**

Le montant de 662,2 M€ en 2015 correspond à une évaluation cohérente avec celle de l'ensemble des agrégats financiers composant l'ONDAM, qui s'efforce de rattacher la dépense d'une année donnée aux soins reçus par les assurés au cours de cette même année.

La construction de ces données en dates de soins pose différents problèmes liés à leur nature fortement estimative – les soins de l'année N sont loin d'être intégralement présentés au remboursement en N, voire même en N + 1, tout particulièrement dans le cas des dépenses afférentes à des soins à l'étranger, qui seront exposés au § 2.2 suivant.

Ainsi que l'a présenté le graphique n° 2 (*cf. supra* § 1.3.1), la dépense de soins des assurés français à l'étranger se répartit de la façon suivante entre deux groupes distincts de versements :

- 483,8 M€ au titre des dettes internationales d'assurance maladie (73,1 % de la dépense totale), dont 322,1 M€ pour les factures reflétant des frais réels engagés par les assurés et 161,7 M€ pour les forfaits acquittés au titre de l'ensemble des soins annuels prodigués à des

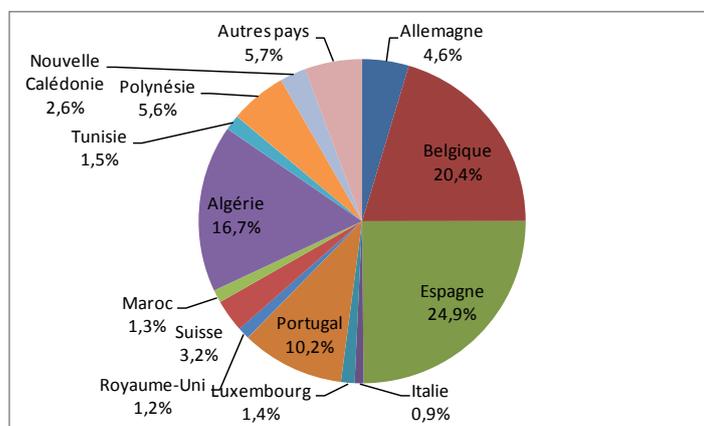
⁸⁷ Sous réserve de l'achèvement du processus de certification des comptes du régime général conduit sous l'égide de la Cour des comptes.

résidents permanents dans les pays étrangers (soit respectivement 48,6 % et 24,4 % de la dépense totale de soins à l'étranger) ; le montant moyen d'une facture s'élevait à 715 € en 2014, et celui d'un forfait à 1 275 € selon les données du CLEISS ;

- 178,4 M€ au titre des remboursements de factures de soins directement présentés par les assurés à leurs régimes d'assurance maladie (soit 26,9 % de l'ensemble de la dépense) ; en ce qui concerne le régime général, le CNSE a reçu 294 200 dossiers, dont 243 200 ont donné lieu à remboursement, pour un montant moyen de 579 € par dossier, soit des versements totaux s'élevant à 140,9 M€

Le graphique ci-dessous présente la répartition de la dépense de soins à l'étranger selon les principaux pays dans lesquels ces soins ont été prodigués. L'Europe cumule les deux tiers de cette dépense, avec des parts déterminantes de la Belgique, de l'Espagne et du Portugal. Les trois pays du Maghreb représentent 19,5 % de la dépense, la part de l'Algérie étant très majoritaire dans ce sous-ensemble. Les collectivités d'outre mer exposent 8,2 % de la dépense de soins à l'étranger. Enfin, les autres pays comptent pour 5,7 % dans le montant total.

Graphique 4 : Origine géographique des soins prodigués à l'étranger à des assurés français



Source : Direction de la sécurité sociale.

En sens inverse, le régime général a reçu en 2015, via le CNSE, 909,5 M€ au titre du remboursement par des régimes étrangers d'assurance maladie de frais exposés par des assurés étrangers à l'occasion de soins reçus en France (données en dates de soins calculées par la Direction de la sécurité sociale). Ce produit progresse de 3,8 % en moyenne par an depuis 2011 en euros courants. Selon les données du CLEISS relatives à l'année 2014, la zone UE-EEE-Suisse représente 88 % de l'ensemble des montants perçus, dont seule une proportion réduite (11 %) provient de forfaits, ce mode de règlement ne concernant guère que l'Algérie.

La France, qui est le premier pays en Europe pour les dettes et les créances, présente toutes zones géographiques confondues, un excédent des paiements reçus des pays tiers sur les versements qu'elle adresse à ces pays.

2.2 Des paiements des organismes aux comptes des régimes d'assurance maladie et aux agrégats en dates de soins

Composante de l'ONDAM, les remboursements de soins prodigués à l'étranger à des assurés de régimes d'assurance maladie ont vocation à être pilotés, c'est-à-dire :

- faire l'objet de prévisions spécifiques, distinguant l'évolution tendancielle (en l'absence de mesures nouvelles) et l'impact des mesures d'action sur la dépense ;

- être suivis en cours d'exercice, afin le cas échéant de permettre des mesures de corrections en cas d'écart à la trajectoire prévisionnelle ;
- donner lieu à constat à titre rétrospectif à l'aide de données produites en routine, et à analyse en sorte de comprendre les causes d'une éventuelle divergence entre les réalisations et les prévisions antérieurement construites.

Cependant, le caractère résiduel des dépenses afférentes au remboursement des soins prodigués à l'étranger à des assurés de régimes français d'assurance maladie – une composante au sein d'un ensemble hétérogène lui-même accessoire au sein de l'ONDAM – soulève plusieurs interrogations au regard de la capacité effective des administrations et des régimes d'assurance maladie en charge du respect des objectifs de dépenses votés par le Parlement à en assurer le pilotage effectif. Ces interrogations portent notamment :

- sur la pertinence du périmètre « théorique » des dépenses de soins des assurés français à l'étranger ;
- sur son caractère évolutif au cours des dernières années ;
- sur les difficultés particulières aux dépenses de soins à l'étranger de la conversion des montants des paiements en données comptables et en dates de soins.

2.2.1 Un périmètre discutable

La mission a porté son attention sur deux catégories de dépenses qui ne figurent pas, ou seulement en partie, au sein de l'agrégat « soins des assurés français à l'étranger », bien qu'ils relèvent de dépenses accessoires à des soins à l'étranger ou qu'ils procèdent de paiements à des institutions étrangères :

- Les frais de transport associés à des soins programmés à l'étranger : ces soins programmés donnent lieu à autorisation préalable de l'échelon médical de l'assurance maladie, et entraînent le plus souvent des frais de transport dont la prise en charge peut être demandée par les assurés. Lorsque l'assuré a bénéficié d'une dispense d'avance des frais pour tout ou partie de ses frais de transport – par exemple, si ceux-ci ont été pris en charge par un établissement de santé -, les montants correspondants seront mentionnés dans les factures et intégrés à une lettre d'introduction de créances qui sera présentée par le pays dans lequel les soins ont été prodigués. Mais dans les autres cas (frais de transport prescrits par un professionnel de santé en France ou à l'étranger, avec avance de ces frais par l'assuré), les dépenses sont très généralement remboursées à l'assuré directement par sa caisse primaire d'assurance maladie sur présentation de la facture⁸⁸. Le CNSE n'en a donc pas connaissance : la dépense correspondante est enregistrée en soins de ville, soit dans le 1^{er} sous-objectif de l'ONDAM. Ces dépenses ne sont donc pas, ou pour une part très réduite, incluses dans les remboursements de soins à l'étranger calculés par le CNSE, à l'exception des frais de transport au titre de traitements d'aide médicale à la procréation à l'étranger dont le service médical du CNSE instruit toutes les demandes d'autorisation préalable. Ainsi, en 2014, hormis 364 000 € au titre de traitements d'aide médicale à la procréation, le CNSE n'a remboursé que 198 000 € de frais de transport. Une harmonisation des pratiques entre les CPAM et le CNSE, pour l'ensemble des frais de transports accessoires de soins programmés autorisés, paraît souhaitable. La mission recommande à cet égard que l'ensemble des frais de transport associés à des soins programmés à l'étranger soient intégrés au sous-ensemble « soins des assurés français à l'étranger » du 7^{ème} sous-objectif (*cf. infra* § 3.3).
- Les dépenses médico-sociales en faveur des personnes handicapées : depuis 2010, à la suite de la conclusion de la convention avec la région de Wallonie et le Royaume de Belgique sur l'hébergement de personnes mineures françaises dans des établissements belges, les paiements à ces établissements sont intégrés à l'ONDAM médico-social « personnes

⁸⁸ Dans le cas de transports en France, l'assuré a également pu bénéficier du tiers-payant, et le transporteur est alors directement remboursé par la caisse primaire d'assurance maladie.

handicapées »⁸⁹. Cependant, les remboursements des frais que des familles françaises peuvent acquitter pour l'hébergement de personnes handicapées dans des établissements belges non couverts par cette convention, accueillant des personnes adultes, ou situés dans d'autres pays, restent intégrés au 7^{ème} sous-objectif de l'ONDAM. Ils ont représenté en 2014 83 M€ sur les 113 M€ que le CNSE a remboursé aux assurés. Outre son manque intrinsèque de cohérence, cette situation paraît désormais inappropriée, dans le contexte de l'engagement de la Secrétaire d'État chargée des personnes handicapées à trouver des solutions alternatives à l'hébergement « forcé » de personnes handicapées dans des établissements belges : dans ce cadre, l'intégration de la dépense au titre de paiements à des établissements non conventionnés dans le 5^{ème} sous-objectif de l'ONDAM relatif aux dépenses médico-sociales en faveur des personnes handicapées, aux côtés des montants afférents à l'application de la convention franco-wallonne, paraît souhaitable (*cf. infra* § 3.3.2.2).

2.2.2 Un périmètre évolutif

Depuis 2010, deux rectifications ont été apportées au champ de ces prestations :

- Tout d'abord, en 2010, 35 M€ ont été transférés du sous-objectif « Soins de ville » vers les soins à l'étranger des assurés français, correspondant à une comptabilisation inadéquate dans l'ignorance par les caisses primaires assurant le paiement des remboursements de la source étrangère des soins dont les assurés demandaient directement la prise en charge ;
- Ensuite, en 2013, une correction de même nature, d'un montant de 45 M€ a été apportée en faveur de la composante « soins à l'étranger » du 7^{ème} sous-objectif, au titre de provisions inscrites indûment sur le poste « soins de ville ».

Il y également lieu de noter que, en 2014 et en 2015, le périmètre de l'ensemble de l'ONDAM a été élargi en conséquence de l'affiliation à la branche maladie du régime général de résidents français travaillant en Suisse (« frontaliers »), qui bénéficiaient auparavant d'une couverture maladie privée (*cf. supra* § 1.2.3.3). L'affiliation au régime général a pris effet au plus tôt à partir du 1er juin 2014, et au plus tard à l'expiration des contrats annuels souscrits avant cette date auprès d'un assureur privé. Cette extension du périmètre a porté sur 45 M€ en 2014 et 114 M€ en 2015. Toutefois, sa répartition par sous-objectifs n'a pas prévu de majoration du 7^{ème} sous-objectif, alors que l'on pouvait présumer qu'une partie de la dépense de soins présentés au remboursement par cette catégorie d'assurés proviendrait de soins prodigués en Suisse. De fait, l'activité du CNSE au cours de l'année 2015 témoigne d'une très forte progression du nombre de dossiers réceptionnés qui concernent des frontaliers travaillant en Suisse (9340 dossiers, contre seulement 55 en 2014).

2.2.3 Une dépense dont l'appréhension en dates de soins est problématique, particulièrement dans le contexte du transfert à l'assurance maladie de la gestion des dettes et des créances internationales

L'ONDAM est un agrégat financier qui ambitionne de refléter la réalité économique des dépenses de remboursements des soins et des prestations en espèces, en les rattachant non pas à la date où elles ont été engagées (date de remboursement), mais à la date à laquelle les soins ont été prodigués (date de soins) ou à laquelle les prestations en espèces ont remplacé des revenus d'activité.

⁸⁹ L'annexe 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 signale ainsi une extension de 78 M€ du périmètre du sous-objectif « Dépenses médico-sociales en faveur des personnes handicapées » de l'ONDAM, délégué à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), au titre de l'intégration des versements aux IME belges dans l'objectif global de dépenses médico-sociales supporté par la CNSA et des frais de transport des personnes hébergées en MAS/FAM. La DSS a précisé ultérieurement à la mission que l'incidence propre de la prise en compte des versements aux IME belges s'élevait à 60 M€ au moment du changement de périmètre de 2010.

Cependant, dans la mesure où la dépense est connue au moment du remboursement qui peut être postérieur de plusieurs semaines, mois voire années aux soins correspondants, la reconstitution de la dépense en date de soins comporte une dimension estimative substantielle.

C'est la Direction de la sécurité sociale qui est chargée de sa construction financière, de son suivi et de son constat rétrospectif, et plus précisément en son sein le bureau « Économie de la santé » de la sous-direction « Études et prévisions financières »⁹⁰.

A titre rétrospectif, le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale impose aux comptes des régimes d'assurance maladie d'enregistrer les charges de prestations en nature et en espèces en prenant pour fait générateur la date des soins correspondants ou des périodes de maladie, maternité, invalidité, etc. Ils constituent donc une information pertinente pour approcher la réalité économique de l'ONDAM. Cependant, ils reposent sur la constitution de provisions pour charges estimatives des dépenses liées à des soins prodigués au cours de l'exercice considéré, mais dont le remboursement interviendra au cours des exercices ultérieurs. Or, alors que les comptes des régimes d'assurance maladie d'un exercice ne sont jamais réouverts postérieurement à leur clôture dans les premiers mois de l'année suivant cet exercice, le suivi de l'ONDAM dans une optique économique nécessite des révisions successives postérieurement à la clôture des comptes pour tenir compte de la consommation effective des dépenses qui y ont été provisionnées. C'est la raison pour laquelle, en général, l'ONDAM afférent à un exercice peut être révisé jusque deux ans après la clôture des comptes des régimes.

Quant au suivi en cours d'exercice de la dépense entrant dans l'ONDAM, il ne peut reposer que sur des données de remboursement, complétées par des corrections statistiques afin d'approcher au plus près une mesure en dates de soins⁹¹.

Aussi, en règle générale, le suivi de l'ONDAM par la Direction de la sécurité sociale distingue-t-il trois tâches différentes :

- une prévision de dépenses au stade de la construction de l'ONDAM pour l'année à venir, réalisée à l'automne de l'année précédente, et qui s'efforce d'estimer d'une part l'évolution tendancielle de la dépense (en l'absence de toute mesure nouvelle) et d'autre part l'impact des mesures nouvelles ;
- le suivi conjoncturel de la dépense en cours d'exercice à l'aide de données de remboursement corrigées pour s'approcher d'une mesure des évolutions en dates de soins ;
- le constat des dépenses afférentes à un exercice, une première fois à l'aide des comptes arrêtés par les régimes d'assurance maladie au premier trimestre de l'année suivante, complété par des révisions les années suivantes à l'observation des charges effectivement réalisées et de leur écart aux provisions initiales.

Toutefois, les dépenses afférentes aux remboursements aux assurés français de soins prodigués à l'étranger présentent des caractéristiques qui conduisent à adapter de façon significative ce processus de suivi.

⁹⁰ La sous-direction « Financement du système de soins » de la Direction de la sécurité sociale est quant à elle chargée d'instruire les mesures qui ont un impact sur la dépense et sont prises en compte dans la construction financière de l'ONDAM.

⁹¹ On applique aux données de remboursement infra-annuelles (mensuelles ou trimestrielles) une « matrice », estimée sur données rétrospectives, qui réalloue ces dépenses aux différents exercices de soins. Une telle méthode est cependant vulnérable à des comportements de liquidation des assurés ou de transmission des pièces justificatives de charges par les offreurs de soins.

2.2.3.1 Les prévisions de dépenses de soins à l'étranger au stade de la construction de l'ONDAM présenté dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année à venir

S'agissant tout d'abord d'estimer *ex ante* les dépenses de soins des assurés de régimes français à l'étranger, une seule prévision est réalisée par la Direction de la sécurité sociale lors de la construction de l'ONDAM, à l'automne de l'année précédant l'exercice concerné.

Cette prévision repose sur la prolongation des tendances observées au cours des années précédentes, et a ainsi conduit à retenir pour 2016 un montant de 734,6 M€ en progression de 6,0% en euros courants. Elle revêt un caractère tout autant tendanciel que « après mesures », puisque, au moins au cours des dernières années, il n'y a pas eu de mesures intégrées à la construction de l'ONDAM, portant sur les soins des assurés français à l'étranger.

Son élaboration n'a donné lieu à aucune concertation avec la CNAMTS, et ne figure pas explicitement dans les informations fournies dans l'annexe 7 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016⁹². Une actualisation de cette prévision est réalisée à l'automne suivant, lors de la présentation du projet de loi de financement de sécurité sociale pour l'année suivante, jusqu'à la confrontation de la prévision initiale avec le constat rétrospectif à l'aide des données comptables au 1^{er} trimestre de l'année suivant cet exercice (*cf. infra* § 2.2.3.3).

2.2.3.2 Le suivi de la dépense de soins à l'étranger en cours d'exercice

En matière de suivi à court terme de la dépense de soins à l'étranger, il n'existe pour l'heure aucun reporting infra-annuel organisé, en dehors d'échanges ponctuels entre la Direction de la sécurité sociale et le CNSE. Cette situation s'explique par la priorité qu'a revêtue pour ce denier en 2015 l'examen des dettes et créances avant l'échéance du 19 mai 2015 pour le traitement des contestations. Antérieurement, une concertation formalisée avec le CLEISS avait été ébauchée, dans le contexte du renforcement du pilotage infra-annuel de l'ONDAM compte tenu de l'engagement des pouvoirs publics d'un strict respect de l'ONDAM voté par le Parlement. Cette concertation se concrétisait par la transmission par le CLEISS d'une prévision actualisée de dépenses en fin d'année, laquelle restait toutefois entachée de fortes incertitudes en raison de la gestion par lots entiers (les « lettres d'introduction de créances ») des dettes des régimes français d'assurance maladie à l'égard des pays étrangers. Cette pratique, qui a été abandonnée à la faveur du transfert au CNSE de la gestion des dettes et des créances internationales en 2015, devrait impérativement être restaurée.

2.2.3.3 Le constat rétrospectif de la dépense de soins à l'étranger en dates de soins

Au stade du constat rétrospectif de l'ONDAM dont la première occurrence intervient au 1^{er} trimestre de l'année suivant la clôture d'un exercice donné, la Direction de la sécurité sociale est conduite à compléter la mobilisation des données comptables des régimes par des traitements spécifiques aux dépenses de remboursement des soins prodigués à des assurés français à l'étranger.

Il y a lieu à cet égard de distinguer les remboursements de soins directement aux assurés et les paiements de titres de dettes à l'égard de systèmes de soins et d'assurance maladie étrangers : comme on l'a vu précédemment (*cf. supra* § 1.3.1), si les premiers parviennent au CNSE avec un délai de quelques semaines ou mois après la fourniture des soins, et peuvent donc être estimés avec une certitude raisonnable en date de soins au titre d'un exercice à partir des paiements réalisés ou des créances présentées au cours de cet exercice, les seconds interviennent avec plusieurs années de retard par rapport aux soins correspondants.

⁹² Les informations fournies dans l'annexe 7 ne descendent pas en-deçà de l'ensemble du 7^{ème} sous-objectif de l'ONDAM.

Une seconde distinction mérite toutefois d'être opérée, au sein des dettes internationales, entre les factures correspondant à des frais réels et les forfaits acquittés au titre d'assurés français résidant dans certains pays de l'Union européenne (Europe du Sud, Royaume-Uni) ou sous convention bilatérale de sécurité sociale (Maghreb), dans la mesure où ces derniers, bien que payés avec retard, reflètent néanmoins des dépenses afférentes à une même année de soins, et peuvent donc être imputés en bloc à un même exercice. Or, les paiements au titre des dettes internationales représentent près des trois quarts de la dépense de soins des assurés français à l'étranger, et en leur sein les paiements de factures représentent les deux tiers de cette catégorie de charges.

La mission a mené une analyse détaillée des processus mis en œuvre, d'une part par la CNAMTS dans le cadre du calcul des provisions pour charges futures au titre des exercices passés et courants, d'autre part par la Direction de la sécurité sociale aux fins d'estimation des dépenses de soins à l'étranger en dates de soins lors du constat de l'ONDAM en début d'année. Il s'avère que cette dernière estimation ne peut pour l'heure être réalisée à partir des agrégats des comptes des régimes de sécurité sociale, et requiert des exploitations des données extra-comptables contenues dans la base de données METIS. L'annexe 3 détaille les processus mis en œuvre par la DSS sur les exercices 2013 et 2014.

Des révisions importantes ont été apportées aux dépenses de soins à l'étranger en dates de soins au 1^{er} trimestre 2016, dans le cadre du constat de l'ONDAM 2015. Au début 2015, la chronique d'évolution de la dépense de soins des assurés français à l'étranger était celle décrite au tableau ci-dessous. Elle traduisait une évolution rapide de cette dépense, en moyenne de + 7,1 % par an entre 2010 et 2014. Parallèlement, l'objectif de dépenses pour 2015, initialement estimé à 630,8 M€ dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, était fortement révisé à 693,1 M€ à l'issue du constat de l'ONDAM 2014. Ce sont ces évolutions rapides qui sont reprises dans la lettre de mission des Ministres et qui ont motivé l'inscription des dépenses de soins à l'étranger sur la liste des revues de dépenses à mener en 2016 dans le projet de loi de finances pour 2016.

Tableau 2 : Montants des dépenses de soins à l'étranger estimés au 1^{er} trimestre 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015(p)
Montants en M€	499,5	500,3	536,1	598,4	658,2	693,1
Evolution en %		0,2%	7,1%	11,6%	10,0%	5,3%

Source : Direction de la sécurité sociale.

Les investigations que la mission a menées au 1^{er} trimestre 2016 au moment où la CNAMTS établissait les comptes combinés de la branche maladie du régime général pour 2015, et où la DSS amorçait le constat de l'ONDAM pour 2015 en dates de soins, ont conduit à des révisions importantes de ces montants financiers. Deux erreurs ont en effet pu être identifiées dans les calculs des données en dates de soins effectués par la Direction de la sécurité sociale un an auparavant :

- d'une part, la Direction de la sécurité sociale avait omis de prendre en compte la nécessaire extension au périmètre « tous régimes » des provisions sur dettes internationales calculées début 2015 par la CNAMTS pour le seul régime général ;
- d'autre part, la CNAMTS a précisé que le processus de traitement comptable des dépenses au titre des dettes internationales d'assurance maladie, qui s'enclenche à partir de l'enregistrement dans la base METIS des lettres d'introduction de créances reçues des pays étrangers, ne permet pas de décomposer les charges payées ou à payer au cours d'un exercice par années de soins⁹³. Ainsi, l'ensemble des dépenses présentées dans les lettres d'introduction de créances par les pays étrangers au cours d'une année sont enregistrées en

⁹³ Contrairement aux autres comptes de charges de la CNAMTS, les dépenses au titre des conventions internationales ne sont pas décomposées entre charges au titre de l'exercice courant (terminaisons en 0 et en 9) et des exercices antérieurs (autres terminaisons).

bloc en charges de cette même année, ce en raison de l'impossibilité, pour l'heure, de procéder dans METIS, dès réception des créances émises par l'étranger, à des analyses des soins présentés par date⁹⁴.

Il s'ensuit que les 80 M€ que la DSS a ajoutés aux calculs des provisions de la CNAMTS au début 2015 ne devaient pas être rattachés en totalité à l'année de soins 2014. Il est en effet certain que les forfaits présentés en N portent dans leur presque totalité sur des soins dispensés à des résidents à l'étranger au cours de l'année N-2.

La correction de ces deux erreurs, *via* notamment une analyse extra-comptable dans la base METIS des lettres d'introduction de créances présentées en 2014, et la rectification d'autres erreurs matérielles de moindre ampleur, conduit à réviser de façon importante à la hausse les montants de dépenses de soins à l'étranger pour les exercices 2012 et 2013 en dates de soins, et inversement de ramener la dépense pour 2014 à un montant plus faible qu'estimé en mars 2015, comme l'indique le tableau ci-dessous. De même, la dépense constatée pour 2015 (662,2 M€) est en net retrait par rapport à la prévision présentée à l'automne 2015 dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (693,1 M€). Il y a également lieu de noter que ces révisions de sens contraire, d'une part à la hausse pour les années 2012 et 2013, d'autre part à la baisse pour les années 2014 et 2015, conduisent à ramener la progression annuelle moyenne de la dépenses de soins des assurés français à l'étranger à 4,6%, soit un rythme sensiblement plus mesuré qu'il n'apparaissait un an auparavant.

Tableau 3 : Montants des dépenses de soins à l'étranger révisés au 1^{er} trimestre 2016

	2012	2013	2014	2015
Montants en M€	579,3	588,0	624,5	662,2
Evolution en %		1,5%	6,2%	6,0%

Source : Direction de la sécurité sociale.

Au moment où le présent rapport est rédigé, les montants en dates de soins des dépenses des assurés français à l'étranger pour les exercices antérieurs à 2012 n'avaient pas été révisés, alors qu'ils devraient l'être compte tenu des erreurs de traitement constatés en mars 2016. En tout état de cause, les commentaires du § 2.3 suivant ne pourront porter que sur la période 2012-2015. Par ailleurs, ces révisions amèneront sans doute également la DSS à réviser en baisse la prévision de dépense pour 2016, lors de la présentation du rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2016.

2.3 Une révision des estimations de la dépense de soins à l'étranger qui assure désormais la cohérence avec les facteurs socio-économiques gouvernant la mobilité internationale

La mission considère que les montants révisés de la dépense de soins des assurés français à l'étranger pour les années 2012, 2013 et 2014, qui ont pris en compte les particularités du traitement comptable de cette dépense, reflètent désormais de façon plus exacte la réalité économique sous-jacente. En revanche, le montant pour 2015 doit être encore considéré comme provisoire et susceptible de révisions lors du constat de l'ONDAM 2016⁹⁵.

⁹⁴ L'application OVERSI, en cours d'élaboration, qui a vocation à rapidement se substituer à METIS, permettra à l'avenir de traiter les factures et forfaits insérés dans les lettres d'introduction de créances parvenues au CNSE, en sorte d'identifier les dates de soins auxquelles ils correspondent, et par suite les exercices comptables auxquels les rattacher.

⁹⁵ Ce d'autant plus que l'exercice présente un changement de méthode de l'enregistrement de la dépense de soins à l'étranger, avec la prise en compte des gains et des pertes de change entre l'enregistrement des créances et leur paiement

Le tableau ci-dessous présente l'évolution de cette dépense décomposée selon ses principaux segments (dettes internationales – factures, dettes internationales – forfaits, remboursements aux assurés). Il retrace une évolution modérée des dettes internationales (+ 0,9 % en moyenne par an de 2012 à 2014, + 1,2 % de 2012 à 2015), et beaucoup plus dynamique en ce qui concerne les remboursements aux assurés (+ 15,2 % en moyenne par an de 2012 à 2014, + 16,4 % de 2012 à 2015).

Tableau 4 : Evolution des principales composantes de la dépense de soins des assurés français à l'étranger (2012-2015)

	2012	2013	2014	2015(p)	Evolution 2012-2014	Evolution 2012-2015(p)
Dettes internationales	466,1	465,0	474,3	483,8	0,9%	1,2%
<i>dont factures</i>	302,5	309,6	315,8	322,1	2,2%	1,3%
<i>dont forfaits</i>	163,6	155,4	158,6	161,7	-1,6%	1,3%
Remboursements aux assurés	113,1	122,9	150,1	178,4	15,2%	16,4%
Ensemble des soins à l'étranger	579,3	588,0	624,5	662,2	3,8%	4,6%

Source : Direction de la sécurité sociale.

S'agissant des dépenses au titre des dettes internationales d'assurance maladie, la croissance modérée observée dans les données en dates de soins désormais validées par la Direction de la sécurité sociale paraît conforme aux dynamiques des populations susceptibles d'exposer des dépenses de santé à l'étranger.

C'est en réalité la dépense directement remboursée aux assurés qui explique une part tout-à-fait majoritaire (70 % environ) de l'évolution de l'ensemble de la dépense de soins des assurés français à l'étranger. Or cette contribution paraît pouvoir être expliquée par deux évolutions observées au cours des dernières années qui ne devraient normalement pas être durables :

- la forte croissance des dépenses au titre des placements de personnes handicapées dans des établissements étrangers, principalement en Belgique : selon les données de paiement du CNSE, ces dépenses ont en effet progressé de 39,2 % entre 2013 et 2014, et encore de 23,6 % entre 2014 et 2015. A lui seul, ce poste de dépense explique les deux tiers de la croissance des remboursements aux assurés du CNSE entre 2013 et 2015. Les orientations fixées par la Ministre des affaires sociales et de la santé et de la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, visant à maîtriser les flux de placements non souhaités de personnes handicapées à l'étranger⁹⁶, devraient entraîner une inflexion significative de cette tendance ;
- la progression rapide de plusieurs autres postes de dépenses spécifiques (soins dentaires, dialyses) et, dans une moindre mesure, l'impact en 2015 de l'affiliation au régime général d'une majorité de personnes résidant en France et travaillant en Suisse (« frontaliers »), qui exposent des montants importants de dépenses de soins depuis la Suisse, qui n'ont pas été pris en compte dans la rectification du périmètre de l'ONDAM en 2014 et 2015. Le nombre de dossiers de remboursements parvenus au CNSE depuis la Suisse a ainsi été multiplié par presque trois entre 2014 et 2015 (15 573 en 2015, contre 5 673 en 2014), et a contribué à la croissance de la dépense de soins à l'étranger, sans toutefois que cette tendance doive perdurer au cours des années prochaines. Cependant, les montants moyens de dépenses présentées sont faibles en moyenne, de sorte que les remboursements versés par le CNSE sont restés limités à moins de 800 000 € en 2015. Ils étaient toutefois négligeables en 2014, et continuaient de progresser fortement au cours des deux premiers mois de 2016.

effectif, dont l'impact se traduit en 2015 par un alourdissement des charges de 1,5 M€ en 2015 (3,2 M€ de pertes de change, contre 1,7 M€ de gains).

⁹⁶ Mise en place d'un fonds d'amorçage de 15 M€ destiné à financer des solutions alternatives à l'orientation vers la Belgique.

La mission considère en définitive que les tendances d'évolution de la dépense de soins des assurés français à l'étranger, corrigées de certains facteurs non rémanents, n'est pas excessive au regard des tendances générales de la mobilité internationale. Cependant, ce diagnostic « en services votés » ne fait pas obstacle à une analyse « en base zéro » de cette dépense, susceptible d'identifier des évolutions souhaitables de la prise en charge des soins à l'étranger, qui seront proposées dans la troisième partie du présent rapport.

2.4 Un pilotage des remboursements de soins à l'étranger à consolider par une allocation adéquate des diverses tâches entre l'assurance maladie et les services de l'État

La lettre de mission demandant d'identifier « des leviers de régulation de cette dépense », la mission a porté son attention sur l'amélioration des processus statistiques et comptables qui permettraient d'améliorer le suivi de la dépense des soins à l'étranger des assurés français. Elle est cependant consciente du fait que les changements à apporter à ce suivi doivent rester proportionnés aux enjeux financiers soulevés par l'évolution de cette dépense, lesquels, aux termes des analyses menées dans la présente partie de ce rapport, paraissent relativement mesurés.

2.4.1 La prévision des dépenses de soins à l'étranger dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année à venir

Cette prévision est aujourd'hui réalisée par la Direction de la sécurité sociale sur la base d'une prolongation des tendances des dernières années observées. La mission recommande qu'elle fasse l'objet, comme les autres dépenses intégrées à l'ONDAM, d'une confrontation des estimations réalisées par une pluralité de services. En outre, l'annexe 7 au projet de loi de financement de la sécurité sociale devrait comporter des éléments d'explicitation des prévisions retenues pour les différentes composantes du 7^{ème} sous-objectif de l'ONDAM, dont les soins à l'étranger.

Recommandation n°2 : Mettre en place un processus organisé d'échanges d'information entre la CNAMTS et la DSS sur la prévision initiale de la dépense de soins à l'étranger.

2.4.2 Le suivi de la dépense de soins à l'étranger en cours d'exercice

La situation présente, dans laquelle aucune information sur la tendance des dépenses de soins à l'étranger n'est transmise au Ministère chargé des affaires sociales, en dehors des charges inscrites dans les comptes constatées au premier trimestre et des traitements extra-comptables associés, n'est pas satisfaisante.

Si l'on peut comprendre que le CNSE, dont la priorité a porté en 2015 sur le traitement des dettes et créances anciennes ayant fait l'objet de contestations, n'ait pas été en mesure de fournir en cours d'année des informations régulières sur l'évolution de la dépense de soins à l'étranger, il est impératif que cette fonction de suivi conjoncturel de la dépense de soins à l'étranger soit restaurée à bref délai.

Recommandation n°3 : Mise en place par la CNAMTS d'une fonction de reporting régulier – trimestriel ou semestriel – sur l'évolution de la dépense.

Dans le contexte du caractère toujours plus exigeant année après année des objectifs d'évolution de la dépense d'assurance maladie incluse dans l'ONDAM, il serait approprié que le suivi de la dépense s'approfondisse sur des secteurs spécifiques de cette dépense, dont les soins à l'étranger. Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, dans ses trois avis annuels, et la commission des comptes de la sécurité sociale, dans ses deux rapports de juin et septembre chaque année, doivent être en mesure de porter des diagnostics à jour sur cette dépense lors de chacune de leurs publications.

2.4.3 Le constat de l'ONDAM à l'issue de la clôture d'un exercice comptable

La mission a observé que des échanges réguliers existent entre la Direction de la sécurité sociale et l'agence comptable de la CNAMTS à propos de l'évaluation financière de la dépense de soins à l'étranger, notamment quant au partage de la base de données METIS et des exploitations extra-comptables qu'elle permet. Ces échanges ont permis progressivement de mieux cerner les discordances existant entre les données en dates de présentation des créances, les montants figurant dans les comptes de la CNAMTS, et les évaluations de la dépense de soins à l'étranger en dates de soins par la Direction de la sécurité sociale. A l'occasion de la migration prochaine vers l'application OVERSI qui permettra d'améliorer l'analyse des factures et forfaits inclus dans les lettres d'introduction de créances transmises par des pays étrangers, et par suite le rattachement des dépenses afférentes aux exercices comptables adéquats, la mission recommande que ces échanges entre l'assurance maladie et les services du Ministère chargé des affaires sociales fassent l'objet d'une formalisation explicite, notamment quant aux délais de mise à disposition des données comptables et extra-comptables élaborées par la CNAMTS.

Recommandation n°4 : Formaliser les échanges entre la Direction de la sécurité sociale et l'agence comptable de la CNAMTS quant à l'évaluation financière, à titre rétrospectif, de la dépense de soins à l'étranger, en impliquant, le cas échéant, la Direction des statistiques, des études et de la recherche de la CNAMTS.

3 UNE ORGANISATION DONT LA RATIONALISATION EST AMORCEE ET UNE REGLEMENTATION QUI RESTE A CLARIFIER EN TENANT COMPTE DES EXPERIENCES ETRANGERES

Après avoir décrit le contexte socio-économique, juridique et organisationnel de la prise en charge des soins à l'étranger, et mieux appréhendé la réalité financière de la dépense, la mission s'est attachée à dégager des propositions d'évolution des règles et des processus qui commandent cette dépense. Ainsi que la lettre de mission des ministres le lui demandait, elle s'est efforcée d'examiner la gestion des dettes et des créances internationales de deux pays européens, l'Allemagne et le Royaume-Uni, et d'identifier le potentiel de modernisation que recèlent les initiatives prises au niveau communautaire.

En France, le transfert de cette mission du CLEISS à la CNAMTS, à partir de 2015, constitue, de l'avis de la mission, une première étape significative de cette modernisation. Il pourra être complété à l'avenir par de nouvelles mesures de rationalisation de la prise en charge et d'évolution du droit interne des soins hors UE-EEE-Suisse et hors pays sous accords bilatéraux, susceptibles de dégager des économies. Au-delà, une réflexion plus large pourrait être engagée sur l'organisation des fonctions internationales dans le domaine de l'assurance maladie, dans le cadre de la prise en compte des besoins exprimés et des ressources d'ores et déjà identifiées dans l'ensemble de notre système de protection sociale

3.1 Des expériences européennes qui peuvent inspirer des évolutions en France, et une impulsion européenne potentiellement porteuse de gains d'efficacité

La mission s'est attachée à prendre connaissance des règles et des pratiques en vigueur dans d'autres États-membres de l'Union européenne, au moyen d'un questionnaire adressé aux conseillers pour les affaires sociales des ambassades de France et de la représentation permanente de notre pays auprès de l'Union européenne. Elle a notamment approfondi, dans la limite des informations qu'elle a pu collecter, les dispositifs de gestion, de contrôle et de pilotage des dépenses de soins à l'étranger des assurés allemands et britanniques, sur la base d'informations écrites reçues par l'intermédiaire du conseiller pour les affaires sociales à l'ambassade de France à Berlin, et d'une visite aux services du *Department of Health* et du *Department of Work and Pensions* à Londres le 18 mars 2016. (cf. annexe 4 : présentation des systèmes d'assurance maladie en Allemagne et au Royaume-Uni). Elle s'est également intéressée aux initiatives prises à l'échelle communautaire pour améliorer la coopération administrative entre les services des États membres.

3.1.1 Les modalités de gestion des dettes et créances internationales de certains pays européens (Allemagne et Royaume-Uni) s'expliquent par l'organisation de leur système d'assurance maladie

3.1.1.1 La gestion des dettes et des créances internationales en Allemagne

En 2014, l'Allemagne a consacré 0,59 milliard d'euros aux dépenses de soins effectués à l'étranger par des assurés sociaux allemands (ce qui représente 0,3% des dépenses d'assurance maladie), soit un montant proche de la France, mais pour une population plus nombreuse et un nombre de vacanciers à l'étranger plus important.

La mission a obtenu communication, via le service des affaires sociales de l'ambassade de France à Berlin, de données précises sur les dettes internationales au titre de l'assurance maladie à l'égard des pays européens – compte non tenu des remboursements aux assurés –, qui témoignent d'un suivi étroit de cette dépense.

Ces dettes se sont élevées à 291 M€ en 2015. L'Autriche est le principal pays émetteur de créances (101 M€), dont environ un tiers au titre des retraités allemands vivant dans ce pays. La Suisse, la France et l'Italie, sont les pays suivants par ordre de montants de dettes décroissants. Les dépenses hospitalières représentent les deux tiers du montant global de ces dettes.

Outre la zone UE-EEE-Suisse, et à la condition qu'ils se soient fait établir une carte d'assurance maladie (ou attestation) de leur caisse maladie allemande au préalable, les assurés allemands sont couverts par des accords bilatéraux dans les pays suivants: Bosnie-Herzégovine, Croatie, Macédoine, Maroc, Monténégro, Serbie, Turquie et Tunisie.

La fédération nationale des caisses d'assurance-maladie (GKV) assure le rôle d'organisme de liaison entre l'assurance maladie allemande et les Etat tiers, s'occupant ainsi des affaires lui incombant selon le droit international, interétatique et national, notamment de la facturation (*Kostenabrechnung*) avec les organismes de liaisons allemands et étrangers. Les prestations de service (*Sachleistungen*) fournies pour la maladie ou la dépendance en Allemagne aux étrangers (frontaliers, membres de la famille, retraités, détachés et touristes), sont également facturées par l'organisme de liaison. C'est aussi le cas pour les dépenses avancées par les caisses d'assurance maladie allemandes à titre dérogatoire (*Aushilfsweise*) à des personnes assurées à l'étranger.

Pour ce qui est des prises en charge, les interlocuteurs allemands ont transmis les éléments de réponse suivants, décalqués des règles européennes et largement identiques aux pratiques françaises :

- un assuré social allemand peut, sous conditions, se rendre dans un autre Etat membre pour y bénéficier de soins médicaux dont le remboursement par une caisse d'assurance maladie allemande sera conditionné à une autorisation préalable de soins. Cette autorisation préalable n'est accordée que si le soin programmé est un soin dont la pratique est autorisée et remboursée en Allemagne et effectué par un professionnel autorisé à exercer la médecine ; et qu'il ne peut pas être pratiqué en Allemagne dans un délai suffisant au regard de l'état de santé et de l'évolution de la maladie du patient ;
- dans le cas d'un soin programmé autorisé préalablement, l'établissement étranger effectuant la prestation de soins transmet la facture à la caisse d'assurance maladie allemande (*via* l'organisme de liaison en Europe) ;
- dans le cas où, pour une maladie donnée, un traitement médical n'est proposé que dans un autre Etat membre (et pas encore en Allemagne), les caisses d'assurance maladie allemandes peuvent prendre en charge ce traitement médical. L'hospitalisation reste cependant soumise à une autorisation préalable. Cette autorisation ne peut être refusée que si un traitement médical identique ou tout aussi efficace est disponible en Allemagne. En revanche, les soins ambulatoires effectués à l'étranger ne sont pas soumis à autorisation. De leur remboursement peuvent être déduits les frais de gestion administratifs et de vérification ;
- dans le cas où l'assuré social allemand a dû prendre en charge directement les dépenses des soins autorisés et dispensés dans un autre Etat membre, il peut en demander le remboursement à sa caisse d'assurance maladie allemande à hauteur de la facture établie. Le reste à charge ou les remboursements complémentaires qui auraient incombés à l'assuré social en cas de soins effectués en Allemagne peuvent être pris en compte pour le remboursement. Le remboursement est cependant plafonné aux frais réellement engagés par l'assuré social et dans la limite des plafonds de remboursement de ce type de soins en Allemagne. La caisse d'assurance maladie allemande est fondée à déduire du montant de remboursement les frais de gestion administrative du dossier et de vérification.

Pour les soins programmés et autorisés, les frais de transport sont pris en compte sur les mêmes bases que ce que prévoit le droit allemand. Le remboursement n'est pas pris automatiquement en charge mais résulte, après examen du cas individuel, d'une décision discrétionnaire de la caisse d'assurance maladie à laquelle s'est affiliée le patient. Le montant du remboursement peut être partiel ou intégral.

En 2013, près de 241 000 patients étrangers ont été traités (hospitalisés ou traités en ambulatoire). La Russie représente l'origine la plus importante (11 000 patients hospitalisés, soit l'équivalent de l'ensemble des patients des pays du Moyen-Orient). Seuls 45% des patients étrangers hospitalisés l'ont fait par choix ; 55% ont été hospitalisés pour une urgence et se trouvaient en Allemagne pour des raisons personnelles ou professionnelles. Cette activité est en forte croissance (+ 702% entre 2004 et 2012). Elle génère 1,2 Mds d'euros par an de recettes.

L'Allemagne a développé des coopérations sanitaires frontalières avec plusieurs de ses voisins (avec la Belgique et les Pays-Bas, avec la République tchèque notamment un accord de coopération sur le SAMU), ainsi qu'avec la France (accord cadre de 2005, dont une première application pourrait concerner la zone géographique Moselle-Sarre).

3.1.1.2 La gestion des dettes et des créances internationales au Royaume-Uni

Du fait de l'unicité du NHS (un seul régime, pas de caisses locales), la gestion des dettes et créances internationales est plus centralisée qu'en France : une seule unité de 130 personnes, du Department for Work & Pensions (DWP)⁹⁷, l'Overseas Healthcare Team, gère l'ensemble.

Les montants remboursés de soins à l'étranger sont du même ordre de grandeur qu'en France (675 M€ pour l'année fiscale d'avril 2014 à mars 2015, soit 855 M€), et se décomposent en :

- 527 M€ au titre des retraités britanniques résidant en UE-EEE-Suisse, soit près de 80 % de la dépense totale) ;
- 141 M€ au titre des soins inopinés et programmés prodigués à des assurés britanniques en séjour temporaire en UE-EEE-Suisse ;
- 5 M€ au titre d'accords transfrontaliers entre l'Irlande du Nord et la République d'Irlande.

En revanche, les créances du NHS sur l'étranger sont beaucoup moins importantes qu'en France 50 M€, 63 M€). Comme le système de santé britannique est d'un accès aux soins facile pour tout résident en tiers payant, il est possible qu'une partie des soins dispensés à des ressortissants étrangers ne soient pas identifiés, et donc non repris dans les créances. L'accent a été mis récemment sur l'optimisation de ces créances, avec une sensibilisation des hôpitaux, et un système de bonification budgétaire (25 % de prime sur le montant des soins à des patients étrangers transmis).

Outre les accords de coordination européens, le Royaume-Uni a conclu des accords bilatéraux avec quelques anciennes colonies et territoires d'outre-mer (Caraïbes, Australie, Nouvelle-Zélande...) pour les soins inopinés urgents, sur la base d'une non présentation des factures de soins effectués pour des nationaux de l'autre partie (système de « waivers »). Des accords avec les républiques de l'ex-URSS et de l'ex-Yougoslavie sont en cours de dénonciation.

En termes de périmètre de prise en charge, la doctrine est de ne rembourser que ce que la législation nationale ou européenne prévoit :

- le Royaume-Uni ne rembourse pas les soins inopinés hors UE-EEE-Suisse⁹⁸ ;
- au sein de l'ensemble EU-EEE-Suisse, le Royaume-Uni ne rembourse plus les tickets modérateurs sur les soins inopinés et sur les soins des résidents retraités depuis mi 2014⁹⁹;

⁹⁷ Le rattachement au DWP s'explique car le ministère de la Santé et celui du Travail et des retraites était antérieurement regroupés dans un seul ministère des Affaires sociales.

⁹⁸ Selon les interlocuteurs de la mission, les positions sur ce point sont hétérogènes : prise en charge illimitée en Belgique ou en Suède, suppression prochaine aux Pays Bas.

⁹⁹ Si le mécanisme du complément différentiel, issu de l'arrêt « Vanbraekel » (C-368/98) est repris explicitement à l'article 26, B), 7 du règlement d'application n° 987/2009 pour les soins programmés, il ne l'est pas à l'article 25, B), 5 et 6 pour les soins non programmés. C'est sur cette différence de rédaction que les Britanniques se fondent pour refuser systématiquement de prendre en charge les restes à charge des assurés lors de soins non programmés.

- les retraités du système britannique résidents à l'étranger de passage au Royaume-Uni ne sont plus couverts (depuis avril 2015) s'ils sont de passage sur le territoire national. (le critère de résidence qui ouvre droit à prise en charge par le NHS s'appliquant au premier jour sur déclaration, le contrôle peut toutefois être compliqué) ;
- les étrangers (retraités et étudiants) hors UE-EEE-Suisse et conventions bilatérales de passage au Royaume-Uni, s'ils ne sont pas astreints à visa (moins de six mois pour les Etats-Unis, Canada, *etc.*) doivent s'acquitter des frais majorés en cas de soins (+ 50 %). Au-delà de six mois, et là où le visa est obligatoire, les frais de visa incluent l'accès aux soins au Royaume-Uni (150£ par an pour les étudiants, 200£ pour les autres).

Les soins programmés sont très marginaux : de l'ordre de 200 autorisations par an, majoritairement pour des accouchements du fait du contexte familial. L'accord est donné soit au niveau local par le Clinical commissioning group¹⁰⁰, soit au niveau central par NHS England, en fonction de leurs champs de compétence en matière d'organisation des soins.

Le critère du « délai raisonnable » n'est pas vraiment appliqué pour autoriser des soins à l'étranger, considéré comme très lié à l'appréciation clinique de la situation du patient¹⁰¹. Les frais de transport ne sont pas remboursés sauf s'ils l'auraient été au Royaume Uni, mais le système de prise en charge est différent de la France et plus restrictif (sur critères de revenus).

L'Overseas Healthcare Team, localisé à Newcastle, est organisée en sept unités :

- relation assuré, téléphone, certificats provisoires ;
- contrôle des tarifs ;
- enregistrement (S1) ; indus (« cancellations ») ;
- créances reçues des Etats-membres (partie électronique, partie papier) : EESSI ;
- contestations ; communication papier des dossiers avec le NHS (problème de droit à la communication des données) ;
- relations avec le NHS : paiements aux hôpitaux (incitations à contrôler les droits au titre des soins à l'étranger) ;
- service courrier.

Des réunions mensuelles se tiennent à Londres avec le niveau central. Le paiement des remboursements et des dettes est assuré centralement depuis Londres par le Department of Health.

Sur la base de ces deux exemples, il apparaît que l'organisation de la gestion des dettes et créances internationales et des remboursements aux assurés est très liée à l'organisation du système d'assurance maladie lui-même : très centralisée au Royaume-Uni, sur un mode fédératif en Allemagne. La géographie joue aussi son rôle : le Royaume Uni ne connaît que marginalement le problème des soins transfrontaliers, alors que l'affiliation d'un grand nombre de travailleurs frontaliers pour les CPAM françaises est une tâche complexe. Il n'existe donc pas de modèle d'organisation transposable internationalement.

¹⁰⁰ Une critique récurrente est que la décision dépendant d'organismes locaux, elle relève du « lottery postcode » en fonction du lieu de résidence de l'assuré.

¹⁰¹ La Cour de Justice de l'Union européenne a été amenée à se prononcer sur la notion de délai raisonnable, par exemple dans l'arrêt Watts (C-372/04) qui concernait une ressortissante britannique nécessitant la pose d'une prothèse de hanche, à qui l'autorisation d'être hospitalisée en France avait été refusée malgré les délais de l'intervention en Angleterre. La Cour a estimé que le délai ainsi fixé doit être « acceptable compte tenu d'une évaluation médicale objective des besoins cliniques de l'intéressé au vu de son état pathologique, de ses antécédents, de l'évolution probable de sa maladie, du degré de sa douleur et/ou de la nature de son handicap au moment où l'autorisation est sollicitée ». Elle ajoute qu'un refus d'autorisation ne peut pas être fondé uniquement sur l'existence de listes d'attente. Il en résulte que lorsque le délai découlant des listes d'attente excède le délai acceptable compte tenu de l'évaluation objective de la situation du patient, l'institution compétente ne peut refuser l'autorisation sollicitée en se fondant uniquement sur l'existence de listes d'attente.

En matière de règles de prise en charge, le Royaume-Uni peut servir de référence pour un niveau de couverture à l'étranger plus restrictif qu'en France, avec le non remboursement des tickets modérateurs sur les soins inopinés en Europe, et de la totalité des soins inopinés hors Europe et pays sous conventions bilatérales.

En ce qui concerne la gestion des dettes et créances, les difficultés rencontrées pour leur règlement sont assez similaires : identification de la personne et du régime d'assurance dont elle relève au moment des soins (par exemple le code de celle des 132 caisses auquel un patient allemand est affilié), justification des soins et des factures présentées. Ce constat conforte celui fait dans l'analyse de l'actuelle organisation du système français : les principaux gains à espérer sur les créances viendront d'une organisation rigoureuse pour l'identification des patients et de leur affiliation au niveau des fournisseurs de soins, hôpitaux en particulier, et, pour les dettes, d'une bonne articulation des systèmes d'information et d'un renforcement des contrôles sur les soins effectués.

3.1.2 La Commission européenne impulse des projets visant à fluidifier la coopération administrative entre États-membres dans le domaine de la sécurité sociale

En dehors des apports des expériences d'autres États membres de l'Union européenne, la modernisation de la gestion et du pilotage du remboursement des frais de soins des assurés français à l'étranger peut aussi se nourrir de la démarche globale promue par la Commission européenne à l'échelon communautaire, en matière d'évaluation de l'application du droit communautaire, de facilitation de la coopération administrative entre les États membres, et en particulier de l'impulsion donnée au projet « Electronic exchange of social security information » (EESSI) visant à accroître la fluidité de la circulation de documents administratifs entre les États membres.

3.1.2.1 L'évaluation de l'application du droit communautaire

La Commission publie régulièrement des rapports sur l'application des directives et règlements européens. Dans le domaine de l'accès aux soins des patients européens qui se déplacent d'un État membre à l'autre, et en particulier de la levée des obstacles financiers à leur mobilité, il y a lieu de citer le rapport de la Commission au Parlement européen et au Conseil sur le fonctionnement de la directive 2014/24/UE¹⁰².

Ce rapport souligne notamment :

- un haut niveau de transposition de la directive, laquelle devait avoir été achevée en octobre 2013 : à la date de rédaction du rapport, seuls quatre États membres restaient en infraction à cet égard ;
- des disparités persistantes entre États membres quant à la mise en œuvre de l'autorisation préalable pour des soins « hautement spécialisés et coûteux » nécessitant une hospitalisation d'au moins une nuit : sept États membres ne mettent pas en œuvre cette faculté, six la mettent en œuvre pour une liste détaillée de traitements, quatorze (dont la France) pour les hospitalisations et les soins hautement spécialisés, un pour tous les soins ;
- des modalités de remboursements des soins à l'étranger par certains régimes nationaux d'assurance maladie qui conduisent la Commission à s'interroger sur le point de savoir si elles ne contreviennent pas aux dispositions prévues à l'article 11 de la Directive (limitation du remboursement pour « raisons impérieuses d'intérêt général » qui doivent être notifiées) et plus généralement à la liberté de circulation des patients : sont en cause, dans trois États membres, l'obligation faite aux patients de justifier la nécessité médicale d'un soin reçu à

¹⁰² Report on the review clauses in Articles 64(5) and 86(1) and (3) of Regulation (EC) No 987/2009 – Jonathan Olsson Consulting.

l'étranger, et dans quatre autres États membres, la charge laissée à l'assuré de présenter une traduction de la facture remise dans le pays de soins ;

- le faible niveau d'information des patients européens sur les droits au remboursement des soins de santé à l'étranger (17 % de « bien informés » sur le remboursement des soins à l'étranger en moyenne dans l'Union Européenne, contre 49 % pour le remboursement des soins dans le pays d'affiliation), notamment en matière de règles d'autorisation préalable des soins programmés.

D'une façon générale, la France est peu concernée par les observations du rapport de la Commission européenne, qu'il s'agisse du délai de transposition de la directive, de la mise en œuvre de l'autorisation préalable des soins programmés, et des règles de remboursement des soins à l'étranger. Des aménagements appréciables des règles de prise en charge de ces soins peuvent donc être entrepris dans notre pays sans qu'il y ait à redouter des infractions à la directive sur les soins transfrontaliers.

3.1.2.2 Les décisions récentes prises au niveau communautaire pour réduire les litiges entre États membres

Au-delà de sa prérogative d'initiative d'élaboration des normes juridiques relatives à la coordination des législations d'assurance maladie des États membres de l'Union européenne, la Commission européenne joue également un rôle d'animation et de coordination du réseau des administrations et des organismes de liaison des États membres, compétents en matière de remboursement des soins. C'est à la commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale (CACSSS), prévue au Titre IV (articles 71 et 72) du règlement n° 883/2004, qui regroupe l'ensemble des administrations et organismes de liaison nationaux et dont le secrétariat est assuré par la Commission européenne, qu'incombe ce rôle.

On citera notamment une décision de la commission administrative qui a contribué à améliorer la coopération administrative entre les États membres dans le domaine des remboursements de soins à l'étranger, ainsi qu'une initiative en cours comportant un potentiel d'amélioration pour l'avenir :

- la décision « S10 » entrée en vigueur en mai 2014, qui fixe un délai pour le règlement définitif des dettes et créances émises avant l'entrée en vigueur des nouveaux règlements de coordination (*cf. infra* § 3.2.1.3), et qui a eu pour effet d'imposer aux États membres d'achever l'instruction de ces dettes et créances au plus tard en mai 2015 ;
- un groupe de travail réunissant les États membres mentionnés à l'annexe 3 du règlement d'application n° 987/2009, qui déclarent que leurs structures juridiques et administratives rendent inadéquates le remboursement des soins sur la base des frais réels, en vue d'identifier les voies d'évolution de leurs processus de gestion permettant de faire converger les modalités de calcul des forfaits par assuré vers le montant des dépenses réellement exposées. Les problèmes à traiter sont toutefois complexes, et leur résolution s'inscrit dans une perspective de moyen terme.

La France a été fortement concernée par la mise en application de la décision « S10 » (*cf. infra* § 3.2.1.3), et apporte son soutien aux initiatives visant à la concrétisation de l'orientation du règlement d'application en faveur de l'évaluation des dettes et créances internationales d'assurance maladie sur la base des montants réels, dont elle escompte à terme une économie sur les paiements aux pays appliquant aujourd'hui des formules de forfaits par patient.

3.1.2.3 Le projet « Electronic exchange of social security information » (EESSI)

L'article 4 du règlement d'application (CE) 987/2009 prévoit la mise en place obligatoire d'échanges électroniques d'information entre les institutions européennes de sécurité sociale. Le projet « Electronic exchange of social security information » (EESSI) vise à mettre en œuvre une architecture européenne de gestion de ces échanges.

Dans ce cadre, les organismes nationaux échangeront toutes les informations sur les dossiers transfrontaliers de sécurité sociale au moyen de documents électroniques structurés. Ces documents seront acheminés par EESSI (hébergé au niveau central par la Commission européenne) vers leur destination dans un autre pays de l'UE. EESSI doit permettre un flux normalisé d'informations, une meilleure communication multilingue grâce à des documents structurés communs, et une vérification et une collecte des données optimisées, et de ce fait également une optimisation des délais de traitement pour les usagers. L'encadré ci-après présente en détail le projet EESSI.

Si le projet EESSI se présente simplement comme un outil d'échanges électroniques de documents administratifs entre organismes de liaison et régimes d'assurance maladie des États membres, il est nécessaire que ces derniers se saisissent dans chaque pays de l'opportunité des adaptations de leurs systèmes d'information internes requises par la circulation des documents *via* EESSI pour leur apporter les améliorations qui paraissent par ailleurs utiles à une meilleure efficacité de la gestion des dettes et créances internationales. A cet égard, il serait souhaitable que l'implantation de l'application OVERSI, destinée à se substituer au système METIS de gestion des dettes et créances du CNSE, et EESSI puissent cheminer de concert, puisque les flux en provenance ou à destination des autres pays européens constitueront les données entrantes et sortantes du système de gestion du CNSE. Cela suppose qu'un degré suffisant de priorité dans les projets informatiques de la CNAMTS reste attribué au déploiement d'OVERSI, afin qu'il intervienne avant l'échéance de la mise en service d'EESSI.

Recommandation n°5 : Maintenir un niveau suffisant de priorité du projet OVERSI dans le schéma de développement des systèmes d'information de l'assurance maladie.

Le projet « Electronic exchange of social security information »

Le projet « Electronic exchange of social security information » (EESSI) vise à mettre en œuvre une architecture européenne de gestion des échanges électroniques entre les institutions de sécurité sociale des États membres de l'Union européenne. Il s'agit d'un projet complexe, puisqu'il requiert l'intégration de systèmes d'information multiples, du fait de l'ampleur du champ (toutes les prestations de sécurité sociale, y compris le chômage) et du nombre de participants impliqués (les 28 États membres, et selon l'organisation de leur système de sécurité sociale un nombre plus ou moins importants de branches et de régimes).

Un projet initial (« V1 ») avait été stoppé en 2014, en raison d'une architecture informatique inappropriée (transferts entre pays passant obligatoirement par l'échelon central de la Commission, incompatible avec la capacité de transport de données). Un nouveau projet (« V2 ») a été lancé en 2014 et la mise en œuvre d'EESSI est prévue à l'horizon 2018, selon un calendrier fixant les étapes suivantes :

- mars 2015 : première livraison par la Commission, qui porte sur les aspects techniques du transport des données ;
- novembre 2015 : deuxième livraison de la Commission permettant un test sur 8 BUC (« Business Use Cases » : applications propres à certains risques ou régimes (sur une centaine de BUC en tout identifiés dans un groupe de travail « métiers » animé par la Commission)).
- 13 juin 2016 : troisième livraison portant sur l'ensemble des BUC.
- fin novembre 2016 : ultime correction des bugs et établissement d'une version de référence à partir de laquelle les États auront deux ans pour adapter leurs systèmes d'information.

Il s'agira d'un dispositif de traitement de masse des documents « de SI à SI ». Toutefois, une version de secours, ou « manuelle », dénommée RINA (« Reference Implementation for a National Application »), sera parallèlement développée et permettra aux pays de concevoir des applications mixtes (SI à SI + manuel). Il est envisagé de mutualiser l'application RINA sur le portail EOPPS (Espace organismes partenaires de la protection sociale).

La Commission européenne est responsable de la mise en place de la plateforme d'échanges EESSI via le développement du nœud central et de la partie internationale du point d'accès; les Etats membres sont en charge des processus métiers nationaux, du point d'accès national, du déploiement et mise en œuvre, des services fonctionnels nationaux, du déploiement et intégration de RINA et des développements complémentaires jugés nécessaires.

La France a souhaité intervenir en amont du projet du fait de sa place dans la coordination européenne (exemple des soins de santé où elle est premier débiteur et premier créancier) et des caractéristiques de sa protection sociale, éclatée dans différents régimes de différentes tailles. C'est donc dans un souci de bénéficier *in fine* d'un outil adapté aux besoins qu'il a été décidé en 2014 de participer activement aux différents chantiers.

La Direction de la sécurité sociale, qui a organisé le 16 février 2016 une réunion avec l'ensemble des régimes et des caisses nationales, estime que, si l'intégration d'EESSI dans les processus de travail des organismes de protection sociale français est bien réfléchi, elle devrait permettre de rationaliser plusieurs aspects de la coordination de sécurité sociale:

- fiabiliser la qualité des informations échangées et donc améliorer la qualité du service rendu aux usagers, ou bien pour d'autres domaines comme la gestion des créances françaises de soins de santé par exemple ;
- gagner en efficacité mais aussi en productivité ;
- disposer d'une source utile pour élaborer des statistiques fiables permettant de piloter la coordination européenne, et notamment de disposer d'un outil facilitant la lutte contre les fraudes et les abus.

Suite à la réunion de février 2016, la gouvernance de la partie française est désormais organisée avec :

- un COPIL des directeurs qui fixe en début d'année le cap stratégique ;
- un COPIL classique qui prend les décisions opérationnelles
- un comité de suivi qui accompagne la gestion du projet et identifie les éventuelles difficultés à faire trancher par le COPIL

La DSS assure la maîtrise d'ouvrage et le CLEISS la maîtrise d'ouvrage déléguée dans le cadre du développement du point d'accès national. La CNAV assure une assistance à maîtrise d'ouvrage ainsi que la maîtrise d'œuvre et assume le rôle de point d'accès national, conformément au choix d'organisation français. Une phase d'expression des besoins par risque est en cours, avec comme date cible la fin mars 2016.

3.2 Une première étape du regroupement des fonctions de gestion des échanges internationaux en matière d'assurance maladie est en bonne voie

3.2.1.1 Le transfert de la gestion des dettes et créances du CLEISS au CNSE est sur le principe positif, mais a été opérationnellement compliqué

Dans son rapport de 2010 consacré aux aspects internationaux de la sécurité sociale, la Cour des Comptes préconisait déjà une meilleure articulation du CLEISS et de la CNAMTS et indiquait que « *si les améliorations souhaitées restaient insuffisantes, se poserait alors inévitablement la question de l'évolution du CLEISS. Sa direction de la gestion des créances pourrait ainsi être intégrée au sein de la CNAMTS qui assurerait, par la création d'un véritable service des relations internationales, le rôle d'organisme de liaison, y compris pour le compte des autres régimes* ».

Le rapport IGAS/IGF de décembre 2012 relatif à l'évaluation du dispositif français de gestion des dettes et créances de l'assurance maladie à l'international a préconisé un transfert du CLEISS au CNSE de celle-ci : « *la mission considère que tant les difficultés structurelles de réconciliation comptable des comptabilités du CLEISS et de la CNAMTS sur les créances détenues par cette dernière que l'absence d'une culture de la maîtrise des risques, du contrôle et de la lutte contre les fraudes constituent autant d'arguments en faveur d'une gestion directe par la CNAMTS de ses créances, et, pour le compte de l'ensemble des régimes, des dettes de l'assurance maladie* ».

3.2.1.2 L'organisation du transfert

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (article 81, complétant l'article L.221-1 du code de la sécurité sociale) a entériné cette proposition et transféré la gestion des dettes et créances internationales en confiant à la CNAMTS la mission « de procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi, au recouvrement des créances et au règlement des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale ». Une convention en date du 7 janvier 2015 entre la CNAMTS et la CPAM du Morbihan a confié à cette dernière la gestion, au sein du CNSE, des dettes et créances internationales.

3.2.1.3 La mise en œuvre du transfert

Le transfert a été fixé au 1er janvier 2015. Dans un courrier en date du 10/10/2013, la Direction de la Sécurité Sociale a fixé à la CNAMTS les objectifs poursuivis par ce transfert :

- 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.

Un double pilotage a été mis en place dès fin 2013 avec un suivi national piloté par la DSS avec la CNAMTS (direction des opérations) et le CLEISS, et un suivi opérationnel au niveau de l'Assurance Maladie, piloté par la CNAMTS.

Les différentes composantes de ce chantier (ressources humaines, processus et procédures métiers, inventaire et stock, activités financières et comptables, système d'information, transfert juridique...) ont fait l'objet de groupes de travail *ad hoc*¹⁰³.

En perspective de ce transfert de l'activité du CLEISS à la CNAMTS, un plan d'actions a été élaboré et a pris effet début mai 2014. Il consistait pour le CLEISS à traiter en priorité les opérations suivantes :

- introduction des créances françaises du 2^{ème} semestre 2013 ;
- traitement des cas litigieux sur les créances arrivant à échéance avant la fin du 1^{er} trimestre 2015¹⁰⁴, (celles du 2^{ème} semestre 2010, 1^{er} semestre 2011 et 1^{er} semestre 2013), consistant à :
 - saisir tous les litiges quel que soit leur montant ;
 - envoyer les enquêtes aux CPAM via le CNSE pour les cas supérieurs à 300 €;
 - transmettre aux organismes de liaison étrangers les décisions prises pour les cas supérieurs à 300 €
- traitement et paiement des dettes arrivant à échéance avant la fin du 1^{er} trimestre 2015, soit au total 114 000 relevés individuels ;
- constitution des inventaires et dossiers physiques à transmettre au CNSE.

Pour ce qui est des ressources humaines, la gestion des DCI était assurée au CLEISS par 40 agents¹⁰⁵. Cinq collaborateurs du CLEISS ont fait le choix d'une mobilité vers Vannes (trois agents techniciens et un cadre adjoint spécialisés sur les DCI, et une statisticienne qui ne faisait pas partie des effectifs DCI).

Au démarrage au 1^{er} janvier 2015, 30 postes ont été accordés au CNSE pour la liquidation DCI, côté ordonnateur, et un poste au service financier. Dans le cadre du développement de la gestion du risque, qui n'existait pas au CLEISS, sept postes supplémentaires ont été attribués au 15 juillet 2015. 37 agents (ordonnateurs et comptables) plus un cadre adjoint sont affectés spécifiquement sur l'activité DCI au CNSE aujourd'hui.

3.2.1.4 Les systèmes d'information pour la gestion des dettes et créances

Le système d'information de gestion des DCI (Metis) avait été développé par le CLEISS, et a été transféré à la CNAMTS. Après les tests d'intégration dans le système comptable du CNSE menés au dernier trimestre 2014 par le CNSE, deux lots d'amélioration ont été mis en œuvre depuis ce transfert, l'un pour lever des obstacles fonctionnels, l'autre pour une amélioration de la partie de gestion des dettes. Un cahier des charges des évolutions souhaitables sur la partie créances doit être établi en 2016. Mais ces améliorations, faites sur une base Oracle ancienne qui n'est plus maintenue, ne seront pas suffisantes pour un niveau de sécurité et de fonctionnalités satisfaisantes, et la CNAMTS prévoit de mettre en œuvre un nouveau système de gestion des DCI (OVERSI) en procédant par étapes : cahier des charges à fin 2016, puis réalisation à horizon 2017 d'un premier palier couvrant la dématérialisation des procédures, la sécurité et le volet de gestion des dettes. La maîtrise d'ouvrage d'OVERSI est exercée au niveau de la caisse nationale.

Le système d'information du CNSE sera également impacté par le projet européen d'échanges de données relatives à la sécurité sociale (EESSI : échanges électroniques d'information sur la sécurité sociale, cf. *supra* § 3.1.2.3). La mise en œuvre d'EESSI est prévue à l'horizon 2018, mais selon la CNAMTS ce calendrier est tributaire de l'ampleur du champ (toutes les prestations de sécurité sociale) et du nombre de participants impliqués (les 28 Etats membres et leurs organismes de sécurité sociale).

¹⁰³ Voir le rapport d'activité 2014 du CNSE pour une présentation détaillée de l'organisation de ce transfert.

¹⁰⁴ Cf. détail de ce traitement en *infra* § 3.2.1.3.

¹⁰⁵ Soit 38, 4 ETPT, vacataires inclus.

3.2.1.5 L'organisation de la gestion des dettes et créances internationales au CNSE

Au sein du CNSE, la fonction « gestion des dettes et créances » a été organisée en distinguant dettes et créances, réparties pour chacune par unités géographiques, plus cinq unités spécialisées : courrier, gestion du risque et lutte contre la fraude, contrôle de l'agent comptable, service financier et apurement des comptes. La fonction DCI emploie 38 agents (neuf de moins à périmètre constant que lorsque la gestion était assurée par le CLEISS), compte non tenu de la task force « résorption du stock » qui sur l'année 2015 a représenté 175 mois hommes¹⁰⁶.

Outre la mise en place de la nouvelle organisation et la formation des agents, la gestion des dettes et créances a été fortement impactée par les règlements européens récents, et leurs conséquences en termes de gestion du stock de dossiers transférés.

3.2.2 Les opérations de gestion des dettes et créances ont été impactées par les nouveaux règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale

Le processus interne du transfert de la gestion des dettes et créances au CNSE, déjà complexe en soi, a été fortement impacté par la mise en œuvre concomitante des nouveaux règlements européens de coordination des régimes de sécurité sociale.

3.2.2.1 Les nouveaux règlements européens

Les nouveaux règlements européens (883/2004 du 29 avril 2004 et 987/2009 du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application)¹⁰⁷ de coordination des systèmes de sécurité sociale remplacent à compter du 1er mai 2010 les dispositions antérieures datant du début des années 1970¹⁰⁸ (*cf. supra* § 1.2.1).

Le règlement d'application 987/2009 met en œuvre les modalités pratiques des échanges, notamment (pour ce qui concerne le champ de l'assurance maladie) :

- l'utilisation des moyens électroniques pour l'échange de données « rapide et fiable entre les entités des Etats membres » ;
- la fixation de délais communs pour l'accomplissement de certaines obligations et étapes administratives ;
- les conditions de prise en charge des soins programmés¹⁰⁹ ;
- la réduction des délais de paiement des créances « afin de maintenir la confiance dans les échanges et de répondre à l'impératif de bonne gestion des systèmes de sécurité sociale des Etats membres » ;
- le renforcement des procédures d'assistance mutuelle entre les institutions en matière de recouvrement des créances.

¹⁰⁶ CDD et CDI résorbables au titre des remplacements de départs à la retraite de la CPAM 56 en fin d'année.

¹⁰⁷ Pris dans le cadre de la libre circulation des personnes. Les considérants du règlement 883/2004 indiquent que les modifications successives des règlements des années 1970, ainsi que les apports de la jurisprudence de la CJUE ont rendues les règles communautaires complexes et lourdes, et que leur simplification est essentielle pour permettre la libre circulation des personnes.

¹⁰⁸ Une circulaire DSS/DACI n° 2010/363 du 4 octobre 2010 détaille leur contenu et leur mise en œuvre.

¹⁰⁹ Prise en compte notamment de la jurisprudence de la CJUE « Vanbraekel » du 12 juillet 2001, affaire n° C-368/98. Cet arrêt indique notamment que, lorsque l'application des règles de sécurité sociale de l'Etat d'affiliation sont plus favorables que celles de l'Etat où a eu lieu l'intervention médicale, l'assuré peut prétendre en application de l'article 59 du traité CE à un complément de remboursement par son organisme d'affiliation, dans la limite du montant des soins.

3.2.2.2 L'introduction de délais contraignants de traitement des dettes et créances

Alors que le règlement antérieur ne prévoyait pas de délais particuliers ni pour la présentation des créances, ni pour leur paiement, leur contestation et la réponse aux contestations, le nouveau règlement 987/2009 fixe désormais des délais contraignants :

- présentation des créances établies sur la base des dépenses réelles auprès de l'organisme de liaison de l'Etat membre débiteur dans un délai de 12 mois après leur inscription dans les comptes de l'institution créditrice¹¹⁰ ;
- présentation des créances établies sur la base de forfaits dans les douze mois suivant le mois au cours duquel les coûts moyens ont été publiés au JOUE. En pratique, les coûts moyens sont publiés avec un délai moyen d'au moins deux ans¹¹¹ ;

Les créances présentées au-delà des délais ci-dessus ne sont pas prises en considération¹¹² : il y a donc désormais un enjeu financier majeur à présenter les créances françaises à l'intérieur de ces délais.

- les créances doivent être payées dans un délai de 18 mois après leur présentation, sauf rejet pour une raison valable durant cette période. Au-delà des 18 mois, des intérêts de retard¹¹³ peuvent être dus, sauf si un acompte de 90% a été versé (ce qui est la pratique du CNSE) ; la part hors acompte ne pouvant donner lieu à intérêts de retard qu'après 36 mois ;
- les contestations relatives à une créance doivent être réglées dans un délai de 36 mois suivant l'introduction de celle-ci.

3.2.2.3 Les délais de gestion des créances antérieures aux nouveaux règlements

La commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale (CACSSS) de la Commission Européenne est chargée de la mise en œuvre des règlements. La décision S10 du 19 décembre 2013, entrée en vigueur le 20 mai 2014, s'applique aux créances introduites avant le 1er mai 2010 c'est-à-dire nées sous l'empire des anciens règlements qui ne fixaient pas de délais pour le traitement. Cette décision a vocation à apurer les créances anciennes. En conséquence, à compter de la date de publication de la S10, les délais de traitement des contestations ou de paiement sont contraints, la S10 introduisant la notion de prescriptions.

Délais de traitement fixés par la S10 selon les Etats

Pour les Etats membres :

La présentation : les créances doivent avoir été présentées à l'organisme de liaison débiteur au plus tard le 31 décembre 2011 pour les factures, et au plus tard le 1^{er} mai 2011 pour les forfaits ;

Les délais de paiement : au plus tard dans les 12 mois suivant la date d'entrée en vigueur de la S10, soit le 19 mai 2015 ;

Les délais pour contester : au plus tard dans les 12 mois suivant la date d'entrée en vigueur de la S10, soit le 19 mai 2015 ;

Les traitements des contestations : les réponses aux contestations doivent parvenir à l'organisme de liaison débiteur au plus tard dans les 12 mois suivant la fin du mois au cours duquel la

¹¹⁰ Et non dans les douze mois suivant l'épisode de soins lui-même, cf. développements relatifs à la reconstitution de l'ONDAM en date de soins cf. *supra* § 2.2.3.

¹¹¹ La dernière publication des coûts moyens au JOUE date du 16 janvier 2016 suite à la réunion de l'Audit Board du mois de novembre 2015. L'année de référence dépend du pays. Cela va de 2012 jusqu'à 2014, suivant la longueur du processus de validation via l'Audit Board semestriel. Du fait de ces délais, il existe un décalage important entre date de soins et date de présentation des créances, non homogène selon les pays. Les flux financiers annuels ne sont donc pas significatifs.

¹¹² Sauf accord bilatéral fixant un délai différent : c'est le cas pour huit pays européens, cf. pièce jointe n°3.

¹¹³ Calcul sur la base du taux de refinancement de la Banque centrale européenne.

contestation a été reçue et au plus tard dans les 24 mois suivant la date d'entrée en vigueur de la S10, soit le 19 mai 2016 ;

Le règlement définitif des créances contestées : au plus tard dans les 24 mois suivant la date d'entrée en vigueur de la S10, soit le 19 mai 2016. En l'absence de réponse dans les délais impartis, la contestation est réputée acceptée. Les réponses reçues hors délai pourront être refusées.

Pour l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège :

La présentation : les créances doivent avoir été présentées à l'organisme de liaison étranger débiteur au plus tard le 31 décembre 2013 pour les factures, et au plus tard le 1^{er} juin 2013 pour les forfaits.

Les délais de paiement : au plus tard dans les 24 mois suivant la date d'entrée en vigueur de la S10, soit le 19 mai 2016 ;

Les délais pour contester : au plus tard dans les 24 mois suivant la date d'entrée en vigueur de la S10, soit le 19 mai 2016 ;

Les traitements des contestations : les réponses aux contestations doivent parvenir à l'organisme de liaison étranger débiteur au plus tard dans les 12 mois suivant la fin du mois au cours duquel la contestation a été reçue et au plus tard dans les 36 mois suivant la date d'entrée en vigueur de la S10, soit le 19 mai 2017 ;

Le règlement définitif des créances contestées : au plus tard dans les 36 mois suivant la date d'entrée en vigueur de la S10, soit le 19 mai 2017. En l'absence de réponse dans les délais impartis, la contestation est réputée acceptée. Les réponses reçues hors délai pourront être refusées.

L'article 86 du règlement 987/2009 prévoit que la commission présente au bout de quatre ans un rapport sur les délais constatés de règlement des DCI, avec comme objectif de les réduire si cela est pertinent. Ce rapport a été présenté lors de l'Audit Board du 19 novembre 2014¹¹⁴, sans proposer de modification des délais. Les autres pistes d'évolution ont été reprises pour la plupart dans le programme de travail 2015-2018 de l'Audit Board qui a été présenté le 6 mai 2015¹¹⁵.

La décision S10 prévoit, si nécessaire, une procédure de facilitation du règlement des créances. En application de l'article 67 du R. 987/2009, la commission des comptes peut être saisie par l'une des parties dans les 6 mois suivant l'expiration du délai imparti (24 mois), soit le 19 novembre 2016 pour les pays de l'UE et de 36 mois, soit le 19 novembre 2017 pour les pays de l'AELE. Par ailleurs, elle permet aux organismes de liaison de convenir bilatéralement d'une solution générale de règlement définitif des créances sans examen de chaque cas d'espèce.

3.2.2.4 Les délais des accords bilatéraux

Les accords bilatéraux de la France avec huit des pays européens fixent des échéances plus de souples que ceux résultant de l'application des règlements et de la décision S10 (*cf.* pièce n° 3).

3.2.3 Les opérations de transfert de la gestion du CLEISS au CNSE ont été difficiles et se traduisent par des pertes financières qui ne peuvent encore être précisément établies

3.2.3.1 L'absence de certitude sur les montants des dettes et créances au moment du transfert

Avant le règlement 987/2009, il n'existait pas de délais pour la présentation des DCI, non plus que pour les contestations et leur apurement.

¹¹⁴ Report on the review clauses in Articles 64(5) and 86(1) and (3) of Regulation (EC) No 987/2009 – Jonathan Olsson Consulting.

¹¹⁵ Draft Program for the Audit Board for the years 2015-2018 n° AC 024-15. 30 mars 2015.

De ce fait, certaines liquidations¹¹⁶ (LIC) pouvaient rester inscrites dans les comptes du CLEISS (et de ses homologues étrangers) pendant de longs délais. Le très grand nombre de lignes individuelles concernées pour chaque liquidation, chacune pouvant avoir fait l'objet d'une contestation de l'autre partie, aurait demandé une circularisation régulière des éléments entre pays¹¹⁷. Or le CLEISS n'avait jamais mis en œuvre cette procédure¹¹⁸ avec ses homologues étrangers, et la CNAMTS a donc été confrontée à des incertitudes sur les montants mêmes restant dus ou à recouvrer.

La convention de transfert de compétences du CLEISS à la CNAMTS note dans son préambule que « dans le cadre de ce transfert de compétences, la CNAMTS a procédé à un inventaire portant sur le paiement des dettes et le recouvrement des créances réalisé par le CLEISS jusqu'au 31 novembre 2014. Il en ressort une situation au 31 décembre 2014 qui, notamment au regard des litiges introduits et non traités dans les délais impartis, rend incertain le recouvrement de certaines créances ».

A la demande de la CNAMTS, des réunions ont été organisées en 2015 par la DSS avec les six pays pour lesquels les créances françaises étaient les plus importantes : Allemagne, Belgique, Luxembourg, Royaume Uni, Espagne et Italie. Dans l'attente du règlement définitif, la CNAMTS avait provisionné dans ses comptes la totalité des créances contestées par l'Allemagne (23,5 M€) et la Belgique (25,6 M€).

De façon générale, il s'agissait de prendre contact avec ces pays et :

- de procéder à un inventaire des créances et des dettes réciproques (examen des données financières et rapprochement des comptes respectifs sur toutes les années 2000, travaux qui n'avaient pas été faits ou, pour quelques pays, que jusqu'aux années de référence 2002-2004) ;
- de présenter les méthodes utilisées dans le cadre de la gestion des dettes et créances pour chacune des délégations ;
- de discuter selon le cas de l'accord bilatéral en vigueur ;
- d'évoquer les difficultés juridiques donnant lieu à des rejets.

A ce stade des discussions, il n'a pas été possible de constater d'ores et déjà les pertes, ni même d'établir les sommes restant en jeu, et elles se poursuivent avec tous les pays. Le principe d'une transaction sur les créances françaises encore dues a été arrêté avec le Royaume-Uni (période de 2000 à 2009) et le Luxembourg (période 2000-2010). Des propositions de chiffrage ont été transmises au Royaume-Uni en novembre 2015 et au Luxembourg en décembre 2015, elles sont à l'étude dans ces pays.

Des réunions techniques supplémentaires se sont aussi tenues à deux reprises en février 2015 et en janvier 2016 avec l'Allemagne. Elles n'ont pas encore permis de se mettre d'accord sur les soldes. Ces rencontres bilatérales ont mis en lumière les limites de la fiabilité de l'outil METIS, l'absence de saisie de nombreuses contestations et réponses dans les années précédant le transfert, et même l'absence de transfert de certaines pièces à traiter au CNSE.

¹¹⁶ Une liquidation est la présentation à un pays tiers des créances d'un semestre à son encontre, comprenant autant de lignes que de factures individuelles de soins ou de personnes au forfait.

¹¹⁷ Cette circularisation est d'autant plus nécessaire, comme le souligne la CNAMTS, que les organismes de liaison des différents pays inscrivent dans leur comptes la totalité de leurs créances, même si elles ont fait l'objet d'une contestation partielle, jusqu'au règlement final du litige ; alors qu'à l'inverse ils diminuent le montant de leurs dettes dès leur contestation. Les sommes inscrites comptablement par les deux parties sont donc structurellement déséquilibrées sur les dettes comme sur les créances.

¹¹⁸ Sauf en 2006 et 2009 avec l'Allemagne à l'occasion de réunions bilatérales, mais sans traçabilité écrite des résultats des échanges.

Lors de la bilatérale avec le Luxembourg par exemple, le CNSE a ainsi découvert que ce pays avait contesté en janvier 2014 certaines créances de 2012 pour 3,9 M€ et il n'y en avait aucune trace ni dans METIS, ni dans les documents transmis au CNSE. Lors de la bilatérale avec le Royaume Uni, une créance française importante de 2010 d'environ 64 M€ apparaissait comme non réglée dans les comptes transmis par le CLEISS, alors que le Royaume-Uni indiquait qu'il s'agirait d'un montant d'ores et déjà réglé en 2012, et que seul resterait dans ses comptes un montant à régler de 1 524 947 € au titre de 2010.

3.2.3.2 L'absence d'arrêté comptable au 31 décembre 2014

Le CLEISS devait fournir en début d'année 2015 à la CNAMTS la base METIS arrêtée au 31 décembre 2014 présentant le détail des créances restant dues par pays, rapprochée des soldes de sa comptabilité. Ces rapprochements comptables n'ayant pas été fournis, l'agent comptable de la CNAMTS a procédé à l'ajustement de ses comptes de créances par pays sur la seule base de données METIS.

Selon le CLEISS, ce défaut de production des données comptables serait dû à des problèmes de personnel au sein de son agence comptable ayant généré des erreurs, cumulé à l'absence de Président de son conseil d'administration jusqu'en novembre 2015 qui n'a pas permis de réunir ce dernier pour approuver un arrêté des comptes dans les délais.

- Les créances du 2^{ème} semestre 2010, 1^{er} semestre 2011 et 1^{er} semestre 2013

La convention entre la CNAMTS et le CLEISS relative à l'organisation des opérations de transfert de la gestion des DCI (*cf.* pièce n° 4) prévoyait que le CLEISS traite, pendant la période intermédiaire de 2014, les litiges sur créances françaises relatives à ces trois semestres¹¹⁹, dont les délais de justification, en cas de contestation, ressortaient du nouveau règlement. Le CLEISS devait donc prendre en compte les contestations relatives aux créances présentées, et tenter de les justifier en fonction des éléments justificatifs recueillis auprès des CPAM.

Le CLEISS indique dans son bilan du plan d'action avoir traité à ce titre, en 2014, 52 097 litiges, avoir réintroduit auprès des créanciers au titre des contestations qu'ils avaient présentées 42,9 M€ et accepté 8M€ Sur les trois semestres prioritaires, le CLEISS a estimé qu'à fin 2014 lorsqu'il a stoppé l'activité, il restait encore dans environ 6 500 litiges de plus de 300 € à traiter sur ces semestres (il n'existe pas de comptage pour les moins de 300 €).

Le CNSE a dû finaliser dans des délais courts (31 janvier 2015 pour le 2^{ème} semestre de 2010, 31 mars pour le 1^{er} semestre de 2011, variable selon la date de présentation des contestations pour le 1^{er} semestre 2013) le traitement de ces trois trimestres. Du fait des volumes en cause, le CNSE a décidé de ne pas traiter les contestations d'un montant inférieur à 300 € pour 2010 et 2011, ce qui a mécaniquement induit une perte sur créances de 1.913.552€¹²⁰.

¹¹⁹ Il s'agissait des 3 premiers semestres qui arrivaient à échéance rapidement dans le cadre des dispositions du nouveau règlement européen (2/2010 et 1/2011) et de la S9 (1/2013). Les délais applicables étaient en effet différents selon les années de référence, et ils ont donc été priorisés au regard de ces échéances. Le traitement des contestations nécessitant d'interroger les CPAM pour récupérer des documents justificatifs, il était indispensable que les enquêtes soient lancées dès 2014 par le CLEISS. Il faut aussi noter que ces délais n'étaient applicables que pour les pays européens sans accord bilatéral particulier puisque dans le cadre des accords bilatéraux, les délais peuvent être considérés comme plus souples. L'échéance de traitement des contestations pour le 2/2010 était janvier 2015, mars 2015 pour le 1/2011 et une échéance glissante de 1 an à partir de la réception de la contestation pour le 1/2013. Or, les créances françaises du 1/2013 ayant été présentées en septembre 2013 par le CLEISS, les pays ont commencé à contester dès le dernier trimestre 2013 et les prescriptions pour les créances non traitées ont commencé à s'appliquer au fur et mesure 12 mois après, soit dès le dernier trimestre 2014.

L'échéance du traitement des contestations pour le 2/2011 était positionnée à septembre 2015, et n'était donc pas prioritaire dans les derniers travaux du CLEISS.

¹²⁰ Le CNSE a appliqué la même règle pour les dettes du 2^{ème} semestre de 2011 et les deux semestres de 2012 qui n'étaient pas de la responsabilité du CLEISS. Sur la base du constaté pour les autres semestres, la perte a été d'environ 3 M€

Au 15 avril 2015, le point de situation fait par le CNSE indiquait que 10,3 M€ avaient pu être réintroduits, sur un montant de contestations sur créances françaises de 23,7 M€ Lors du point fait lors du comité de pilotage du 30 juin 2015, les créances de ces trois trimestres déjà prescrites, et donc pour lesquelles une perte doit être inscrite, s'élevaient à presque 14 M€ créances inférieures à 300€ incluses¹²¹.

Tableau 5 : Montant des créances prescrites au 30 juin 2015 (au-delà de 300 €)

Créances françaises	Montants non recouvrables > 300€
Total prescriptions 2 ^{ème} semestre 2010	4.473.426
Total prescriptions 1 ^{er} semestre 2011	2.453.499
Allemagne hors délais 1 ^{er} semestre 2013	216.000
Italie hors délais 1 ^{er} semestre 2013	4.670.000
Lettonie hors délais 1 ^{er} semestre 2013	77.000
Lituanie hors délais 1 ^{er} semestre 2013	52.000
Total	11.941.925 €

Source : CNSE

Il ne s'agit que d'une estimation sur ces trois semestres arrêtée en juin 2015, car différentes prescriptions continuent à s'enchaîner depuis le transfert de l'activité.

Le bilan des prescriptions n'est pas réalisable à la date du présent rapport : des négociations sont en cours avec plusieurs pays pour arriver à déterminer les soldes encore ouverts sur la période de la S10 et ce qui est vraiment dû au regard des prescriptions en vigueur. Ainsi, des rencontres bilatérales étaient programmées à Bruxelles les 16 et 17 mars 2016 avec l'Autriche, les Pays-Bas, l'Italie, le Royaume-Uni et l'Espagne. D'autres auront lieu à l'Audit Board de mai 2016. De la même façon, une rencontre bilatérale est programmée avec le Portugal et une autre devrait se tenir également avec la Grèce d'ici la fin du 1^{er} semestre.

➤ La situation des autres dettes et créances au 31 décembre 2014 (transfert au CNSE)

Le CLEISS a transféré au CNSE, à partir de septembre 2014 et jusqu'à décembre, 381 cartons de documents papier qui regroupaient, tous pays confondus (UE et hors UE), toutes les pièces encore à traiter en créances comme en dettes qui avaient été triées par lui. Les dossiers à traiter s'étaient du début des années 2000¹²² (contestations à saisir et à traiter avec des enquêtes dans les CPAM concernant cette année de référence ou réponses à enregistrer...) jusqu'à l'année de référence 2013 que le CLEISS avait présentée aux pays débiteurs (les créances de 2014 ont été présentées par le CNSE).

La CNAMTS a évalué à 137 500 les litiges ainsi transférés. Ce chiffre correspond à une estimation toutes années de référence confondues qui a été réalisée lors de la préparation des cartons à transférer au CNSE. Cette évaluation a été réalisée « au poids », à partir d'étalons par pays. Le nombre de litiges était sans doute supérieur en réalité puisque chaque rencontre avec les pays étrangers a montré que le CNSE n'avait pas une vision complète des contestations que les pays étrangers avaient formulées.

Les annexes 1 et 2 à la convention CNAMTS/CLEISS du 15 juin 2015 indiquent d'une part la situation de la gestion des créances transmises par le CLEISS à la CNAMTS au 31 décembre 2014, d'autre part la situation des dettes non réglées par le CLEISS à la même date et transférées à la CNAMTS.

Tableau 6 : Créances restant à percevoir au 31 décembre 2014

¹²¹ Par ailleurs, les créances forfaitaires du 1^{er} semestre 2010 ont été présentées en double aux Pays-Bas, 2 931 000 € ayant été inscrits à tort dans les comptes créiteurs français.

¹²² Pour les pays sous convention bilatérale hors UE, les délais des règlements ne s'imposent évidemment pas, des créances et dettes très anciennes restent donc encore à solder.

	Total restant à percevoir au 31/12/2014			Dont antérieur au 01/01/2011			Dont postérieur au 31/12/2010		
	Montant restant à percevoir (M€)	Litiges à traiter dans METIS1 (Nb)	Litiges non saisis (Nb)	Montant restant à percevoir (M€)	Litiges à traiter dans METIS (Nb)	Litiges non saisis (Nb)	Montant restant à percevoir (M€)	Litiges à traiter dans METIS (Nb)	Litiges non saisis (Nb)
UE sans accord bilatéral	232.333	17 932	42 423	57.316	11 174	17 906	175.016	6 758	24 517
UE avec accord bilatéral	774.213	62 684	25 900	197.959	18 622	18 520	576.254	44 062	7 380
Pays sous convention bilatérale	9.104	265	166	1.273	134	0	7.831	131	166
Total	1 015.65	80 881	68 489	256.548	29 930	36 426	759.101	50 951	32 063

Source : CNAMTS

- (1) les litiges sont des contestations introduites par le pays débiteur relatives à la validité d'une créance particulière présentée par la France pour un assuré.

Le CLEISS a transféré au CNSE, à partir de septembre 2014 et jusqu'à décembre, 381 cartons de documents papier qui regroupaient, tous pays confondus (UE et hors UE), toutes les pièces encore à traiter en créances comme en dettes. Les dossiers à traiter s'étaient du début des années 2000¹²³ (contestations à saisir et à traiter avec des enquêtes dans les CPAM concernant cette année de référence ou réponses à enregistrer...) jusqu'à l'année de référence 2013 que le CLEISS avait présentée aux pays débiteurs (les créances de 2014 ont été présentées par le CNSE).

La CNAMTS a évalué à 137 500 les litiges ainsi transférés. Ce chiffre correspond à une estimation toutes années de référence confondues qui a été réalisée lors de la préparation des cartons à transférer au CNSE. Cette évaluation a été réalisée « au poids », à partir d'étalons par pays. Le nombre de litiges était sans doute supérieur en réalité puisque chaque rencontre avec les pays étrangers a montré que le CNSE n'avait pas une vision complète des contestations que les pays étrangers avaient formulées.

Les annexes 1 et 2 à la convention CNAMTS/CLEISS du 15 juin 2015 indiquent d'une part la situation de la gestion des créances transmises par le CLEISS à la CNAMTS au 31 décembre 2014, d'autre part la situation des dettes non réglées par le CLEISS à la même date et transférées à la CNAMTS.

Pour les pays de l'UE sans accord bilatéral¹²⁴ (où donc les délais des règlements européens s'appliquent (cf. pièce jointe n° 3 en fonction des dates de présentation des créances), l'Allemagne concentre 57 % des créances, 80 % des litiges à traiter saisis par le CLEISS dans METIS avant la transmission à la CNAMTS, et 90 % des litiges non saisis dans METIS.

Pour les pays de l'UE avec accord bilatéral (et donc des délais de règlements des litiges spécifiques, cf. *supra*), la dispersion est plus forte, le premier pays étant le Royaume Uni avec 27 % des créances, 17 % des litiges saisis dans METIS et 26 % des litiges non encore saisis.

Au total, **149 370 litiges restaient à traiter par le CNSE**, les litiges non saisis dans METIS (et donc où la totalité du travail subséquent reste à accomplir par le CNSE) représentant 46 %, et ceux antérieurs au 1^{er} janvier 2011, 44 %.

¹²³ Pour les pays sous convention bilatérale hors UE, les délais des règlements ne s'imposent évidemment pas, des créances et dettes très anciennes restent donc encore à solder.

¹²⁴ La distinction avec ou sans accord bilatéral n'est pas parfaitement opérante : certains pays peuvent accepter de poursuivre une négociation au-delà des délais réglementaires ou conventionnels.

Pour cette dernière catégorie, on notera que dans les pays sans accord bilatéral, et donc où l'échéance de traitement est au 19 mai 2016 en application des règlements européens, les 29 080 litiges à traiter représentent la moitié du total (60 355) et un quart des montants en jeu : ces 57 M€ sont donc la catégorie la plus à risque de forclusion, si la partie française n'est pas en situation de justifier rapidement les créances contestées par les pays tiers¹²⁵.

Symétriquement, un volume significatif de dettes françaises vis-à-vis de pays tiers restait à régler lors du transfert au CNSE à fin 2014.

Tableau 7 : Montant des dettes françaises restant à payer au 31/12/2014

	Montant restant à payer au 31/12/14 (M€)	Nombre de relevés à réintroduire non traités	Dont dettes antérieures au 1/01/2011 restant à payer au 31/12/2014	Dont dettes postérieures au 31/12/2010 restant à payer au 31/12/2014
UE sans accord bilatéral	36.348	8336	5.389	30.959
UE avec accord bilatéral	78.277	3805	17.235	61.042
Pays sous convention bilatérale	23.952	4	119	23.833
	138.577	12 145	22.743	115.834

Source : CNAMTS

(1) les relevés sont les lignes de dettes françaises contestées et qui doivent faire l'objet d'une justification auprès du pays créancier qui les a émis.

Pour les pays de l'UE sans accord bilatéral relatif aux délais, et donc soumis à ceux de l'instruction S10, l'Allemagne représentait 81 % du montant total, et 97 % des relevés de dettes dont la validité avait été contestée. Pour les dettes antérieures au 1^{er} janvier 2010, et qui tombaient si les éléments justificatifs des dettes contestées n'étaient pas produits avant le 19 mai 2015, l'Allemagne représentait 84 % des montants.

Le montant de 5 389 M€ restant à payer à fin 2014 repris dans la convention précitée est issu de l'inventaire réalisé au CLEISS avant le transfert des documents, et il est constitué de multiples soldes sur plusieurs années. Mais le CNSE indique que des réintroductions faites par les pays suite aux rejets du CLEISS n'avaient pas été saisies et n'étaient parfois pas dans les documents qui lui avaient été transmis. Au cours des échanges avec les pays, des copies des réintroductions à traiter sur toutes ces années ont été récupérées¹²⁶.

Pour les pays de l'UE avec accord bilatéral, et donc des délais moins contraignants pour justifier des dettes contestées, le Portugal représentait 28 % des montants (et 16 % des relevés à réintroduire), et la Belgique 25 % (et seulement 2 % des relevés à réintroduire¹²⁷). Pour les dettes antérieures au 1^{er} janvier 2010, la Belgique concentre 46 % des montants (l'accord bilatéral avec ce pays permet d'apporter une justification des dettes contestées sans délai particulier, comme dans le système antérieur aux nouveaux règlements européens. Un calendrier d'apurement est en cours de discussion).

Comme pour les trois trimestres qui avaient été traités en 2014 par le CLEISS, le bilan de ces litiges sur dettes et créances ne pourra être établi qu'à l'issue des négociations bilatérales en cours.

Recommandation n°6 : Effectuer, à l'issue des négociations bilatérales en cours, un bilan final des dettes et créances relevant des nouveaux délais de la décision S10 présentées, contestées et acceptées.

¹²⁵ Cf. note 110.

¹²⁶ Lors de l'inventaire, une LIC allemande du 1/2009 d'un montant de 4.478 millions d'euros a été retrouvée non traitée. Elle figure dans ce montant de 5.389 millions d'euros. Après contrôle et émission de rejets, le CNSE a payé 3.536 millions dès janvier 2015.

¹²⁷ Il n'y a pas de corrélation obligatoire entre montants et nombre de relevés, vue la dispersion des montants individuels des soins prodigués.

Quinze mois après sa réalisation, le bilan du transfert de la gestion des dettes et créances internationales du CLEISS à la CNAMTS (CNSE) confirme la pertinence des recommandations de la précédente mission IGAS/IGF: la réorganisation des méthodes de travail, une plus grande fluidité des relations avec les caisses primaires, la prise en compte de la gestion des risques et de la lutte contre la fraude, les interactions avec la gestion des remboursements individuels aux assurés sont autant d'éléments positifs, qui devront être progressivement améliorés.

Il n'est pas encore possible d'établir un bilan financier définitif quant à l'impact des nouveaux règlements européens sur la gestion des DCI anciennes, tant que les négociations bilatérales avec les homologues européens du CNSE sont encore en cours; il faudra vraisemblablement attendre fin 2016 pour ce faire. Si un chiffrage précis n'est pas encore possible, il apparaît nettement que la gestion antérieure par le CLEISS présentait de nombreuses lacunes, et qu'elles se traduiront par des pertes significatives pour l'assurance maladie.

3.3 Des rationalisations sont souhaitables et des économies sont possibles

3.3.1 Dans le périmètre des fonctions actuelles du CNSE

Si le transfert de la gestion des DCI du CLEISS au CNSE a été une étape importante de rationalisation de l'organisation, d'autres améliorations sont possibles.

3.3.1.1 Un processus d'autorisation des soins programmés à optimiser

La directive 2011/24/UE autorise les États membres à faire usage d'un système d'autorisation préalable pour les soins de santé soumis à des impératifs de planification, s'ils impliquent un séjour hospitalier d'au moins une nuit ou s'ils nécessitent un recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux¹²⁸. La directive rappelle également que tout système d'autorisation préalable doit être nécessaire et proportionné par rapport à l'objectif à atteindre et ne peut constituer un moyen de discrimination arbitraire ou une entrave injustifiée à la libre circulation des patients. Elle impose par ailleurs aux États membres de « rendre publique la liste des soins de santé soumis à autorisation préalable »¹²⁹.

En France, de nombreux actes nécessitent des autorisations préalables. Des entretiens menés par la mission, les pratiques du régime général semblent assez tolérantes, peu de demandes d'autorisation étant refusées¹³⁰. Selon la commission européenne, la France a déclaré avoir accordé 57 000 autorisations en 2014 (au titre des règlements de sécurité sociale et de la directive)¹³¹.

La procédure d'autorisation utilisée en France pour les soins au sein de la zone UE-EEE respecte les principes édictés par la directive. Les autorisations préalables de prise en charge des soins programmés¹³² sont sollicitées par les assurés auprès de la caisse d'affiliation dont ils dépendent.

¹²⁸ Article 8, paragraphe 2 point a).

¹²⁹ Article 8, paragraphe 7.

¹³⁰ Pour rappel, une demande d'autorisation préalable de soins programmés ne peut être refusée si les conditions suivantes sont réunies : une prise en charge des soins envisagés est prévue par la réglementation française, les soins sont appropriés à l'état de santé du patient, un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité ne peut pas être obtenu en France dans un délai acceptable sur le plan médical, compte-tenu de l'état de santé actuel du patient et de l'évolution probable de son affection.

¹³¹ Rapport de la Commission au Parlement Européen et au Conseil - Rapport de la Commission sur le fonctionnement de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers - 4 septembre 2015.

¹³² Quand ils nécessitent une nuit d'hospitalisation ou le recours à des infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux (article R. 332-4 du CSS complété par l'arrêté du 27 mai 2014).

Pour les pathologies lourdes et/ou rares, l'échelon local des services médicaux (ELSM) de la CPAM prend la décision après avis du Médecin conseil national. Par exception, la gestion des demandes d'assistance médicale à la procréation est, pour le régime général, déléguée au service médical du CNSE¹³³. A défaut de réponse de la caisse d'affiliation dans les 14 jours, la demande est réputée acquise.

Les demandes d'autorisation pour des soins programmés en dehors de l'UE-EEE obéissent, quant à elles, à des règles propres et restent exceptionnelles, limitées aux cas où l'assuré peut établir « *qu'il ne pouvait recevoir sur le territoire français les soins appropriés à son état de santé* ». La caisse d'affiliation a alors deux mois pour répondre. A défaut, la demande est réputée refusée.

Le délai de prise de décision de 14 jours, court et suspensif pour aucun motif, nécessite la mise en place d'une procédure fluide au sein du réseau de l'assurance maladie. Si la lettre réseau LR-DDGOS-87/2014 en matière de prise en charge des soins programmés a explicité la procédure d'autorisation à mettre en œuvre¹³⁴ et la répartition des compétences entre les échelons médicaux et les services administratifs des CPAM, elle ne semble pas avoir épuisé toutes les problématiques. Le pôle médical du CNSE reste, selon ses dires, très sollicité par les CPAM, ce qui démontre la persistance d'incertitudes potentiellement génératrices de risques d'erreurs et de traitements discriminants (positionnements différents quant aux séances de dialyses, aux accouchements ...).

Par ailleurs, les autorisations préalables (hors autorisation médicale à la procréation « AMP ») étant de la compétence des ELSM des CPAM, le pôle médical du CNSE¹³⁵ ne dispose d'aucune information sur leur contenu et n'a aucun moyen d'identifier la concordance des soins autorisés avec ceux réellement reçus¹³⁶ lorsqu'il reçoit la demande de remboursement correspondante. Or, ce service constate que pour certains types de soins (cures avec des médecines parallèles...) il peut exister une réelle distorsion entre l'autorisation octroyée pour des actes précis et ceux réellement dispensés. Cette situation, insatisfaisante, prive également l'assurance maladie d'informations intéressantes sur les évolutions des habitudes de soins des assurés.

En ce qui concerne les AMP à l'étranger (*cf.* annexe 5), centralisées auprès du médecin conseil du CNSE, les dossiers de demande d'autorisation sont déposés auprès des caisses primaires d'affiliation. Si celle-ci considère le dossier incomplet, elle peut (mais les pratiques ne sont pas homogènes) demander les éléments complémentaires, sans garantie que le dossier soit considéré comme complet par le service médical du CNSE. Outre le risque de ne pas respecter le délai d'instruction de 14 jours, une nouvelle demande d'information peut être demandée à l'assuré. Pour plus d'efficacité, il serait préférable que les dossiers de demande d'AMP soient transmis en l'état au CNSE, charge à lui de demander à l'assuré les éventuels compléments nécessaires à sa décision.

Plusieurs pistes pourraient être envisagées pour remédier aux difficultés décrites ci-dessus :

- centraliser au pôle médical du CNSE toutes les demandes d'autorisations préalables pour des soins programmés à l'étranger. Dès réception de la demande, la CPAM la transmettrait sans délai, par voie informatique sécurisée, au Pôle médical du CNSE. La relation aux assurés demeurerait inchangée, les délais seraient plus facilement respectés et l'expérience du pôle CNSE en matière de soins à l'étranger permettrait d'assurer une égalité de traitement entre les assurés en assurant une harmonisation des règles en la matière. Cette option nécessite

¹³³ En application de la LR-DDGOS-36/2011, à l'exception des demandes comportant un diagnostic préimplantatoire (DPI) qui doivent encore être adressées au Médecin conseil national.

¹³⁴ Les entretiens de la mission avec les CPAM rencontrées (Metz, Melun et Roubaix) montrent que cette procédure est bien intégrée et respectée.

¹³⁵ Ce service, composé de deux médecins conseil, a vocation à réguler de façon médico-économique les avis concernant le versant remboursement aux assurés (le versant DCI n'est, quant à lui, pas médicalisé). Il s'agit du seul service où une compétence médicale intervient directement dans la détermination de la tarification des actes.

¹³⁶ En théorie, le logiciel Web matic, contenant les informations administratives liés aux assurés, est accessible au CNSE. Une zone de texte permet aux CPAM de donner des informations, notamment sur les soins programmés mais cette partie est peu renseignée. Par ailleurs, cette possibilité n'est aucunement normalisée.

cependant de s'assurer de la capacité du pôle médical du CNSE à gérer le volume supplémentaire que cela engendrerait ;

- une orientation plus médiane, que la mission recommande, consisterait à maintenir les autorisations préalables aux ELSM telles qu'actuellement énumérées par la lettre-réseau 87/2014, tout en accentuant les relations ELSM avec le pôle médical du CNSE pour harmoniser les pratiques. La gestion de toutes les autres autorisations serait déléguée au CNSE, notamment celles encore dévolues au Médecin conseil national ;
- une troisième piste, éventuellement cumulative avec la précédente, pourrait être circonscrite aux seules procédures où une problématique a été identifiée (AMP). Pour ces dossiers, un envoi systématique de la demande de la CPAM au CNSE pourrait être instauré, charge à ce dernier le soin d'instruire et de réaliser l'autorisation correspondante.

Recommandation n°7 : Pour les autorisations préalables :

- **Déléguer la gestion des autorisations préalables relevant du Médecin conseil national de la CNAMTS au pôle médical du CNSE.**
- **Maintenir la compétence des échelons locaux des services médicaux des CPAM pour les autres autorisations en veillant à une harmonisation de leurs pratiques, en profitant de l'expertise du CNSE.**
- **Prévoir explicitement la transmission systématique des décisions d'autorisation préalable des CPAM au service médical du CNSE afin qu'il puisse les corrélérer à l'effectivité des soins dont il est demandé le remboursement.**
- **Déléguer au CNSE l'instruction, en plus de la décision d'autorisation, des dossiers d'assistance médicale à la procréation.**

3.3.1.2 D'autres procédures à optimiser

- Un processus de contrôle à simplifier et une lutte contre la fraude à amplifier

Il peut advenir, alors que le contrôle du bien fondé du remboursement a déjà été effectué au CNSE, que les CPAM effectuent un deuxième contrôle. Cette phase est inutile, le CNSE disposant non seulement d'une meilleure connaissance des soins à l'étranger mais également de moyens de contrôle ciblés.

La lutte contre la fraude était un des objectifs du transfert des dettes et créances internationales au CNSE, en permettant un accès élargi à des informations de croisement des données, et en professionnalisant la fonction. Les contrôles opérés pour la partie DCI sont encore aujourd'hui assez sommaires¹³⁷. Ils ont néanmoins permis, sur les six derniers mois de 2015, de détecter des fraudes dans 56 dossiers pour un montant d'environ 56 000 € (essentiellement des versements indus aux établissements de placement alors que l'assuré était hospitalisé). Il n'y a pas encore de véritable plan de lutte contre le risque de fraude et la démarche en cours doit être finalisée.

La lutte contre la fraude pour la partie remboursement aux assurés est plus ancienne et prise en charge par le service Gestion des risques du CNSE. Trois personnes vérifient les demandes des assurés, notamment les factures provenant d'établissements de pays dits « à risques » et confrontent les données avec diverses informations trouvées sur le net ainsi qu'avec le fichier de gestion des assurés « Iroise ». Celui-ci, outre l'identification d'assurés ayant déjà fraudé, permet de vérifier si une prestation a déjà été versée en France à la même période que la demande de remboursement de soins à l'étranger. Par ailleurs, l'absence de données médicales suffisamment précises dans la demande de remboursement fait l'objet de vérifications plus poussées (risque de prendre en charge des soins non remboursés en France comme la chirurgie esthétique : 83 dossiers détectés en 2014).

¹³⁷ Ciblés jusqu'ici sur le risque de double paiement par les prix de journée et des soins ambulatoires pour les personnes handicapées placées en Belgique.

Enfin, 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 (les dates de séjour à l'étranger indiquées par l'assuré lors de sa demande de remboursement ne figurent pas dans le Répertoire National Commun de la Protection Sociale)¹³⁸. En 2015, l'impact financier 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 plus de 4,4 M€(contre 3 M€en 2013). Ce montant se répartit de façon équilibrée entre le CNSE et l'assurance maladie pour plus de 2,2 M€¹³⁹, les autres branches de protection sociale obligatoire pour un peu moins de 2,2 M€

Globalement, si la lutte contre la fraude est bien intégrée au sein du CNSE, elle pourrait être utilement enrichie par des échanges réguliers avec les autres acteurs de prise en charge des soins à l'étranger, en particulier les assisteurs qui disposent de relais de terrain mieux à même que l'assurance maladie de détecter des comportements frauduleux, notamment hors de l'Union européenne (établissements inexistant ou pratiquant une autre activité que celle mentionnée dans la facture, par exemple des actes de chirurgie esthétique).

- Une participation systématique du CNSE à l'instruction des recours amiables

Si la décision éventuelle de refus de remboursement d'un soin à un assuré est prise par le CNSE, le recours précontentieux auprès de la commission de recours amiable (CRA) se fait auprès de la caisse locale d'affiliation. Comme le motif du refus a été instruit par le CNSE, celle-ci ne dispose que des éléments transmis pour statuer, avec le risque que les décisions prises par les différentes CRA ne soient pas harmonisées. Il serait donc plus efficace de laisser à la CPAM de Vannes le soin de rédiger systématiquement les avis lors du traitement des recours amiables pour des soins à l'étranger.

Recommandation n°8 : Elaborer un véritable plan de lutte contre la fraude sur la partie dettes et créances internationales. Préciser aux CPAM qu'elles ne doivent pas opérer de double contrôle des décisions du CNSE et transférer au CNSE la rédaction des mémoires relatifs aux recours devant les commissions de recours amiable.

- L'optimisation des créances françaises

Une des déficiences de l'organisation antérieure était la faible capacité du CLEISS, extérieur au réseau de l'assurance maladie, à mobiliser les CPAM afin de s'assurer que les créances françaises présentées puissent être justifiées et réintroduites en cas de contestation.

C'est un enjeu important, comme le montre le montant des créances encaissées en 2015 (909 M€), même si la construction budgétaire de l'ONDAM ne l'intègre pas comme une recette en atténuation. Le transfert des DCI au CNSE a permis une meilleure intégration de cette fonction, et on peut espérer que les demandes de justification des créances contestées seront désormais traitées avec diligence par les CPAM. Au-delà de l'amélioration des liens institutionnels, la justification des créances, qui peuvent être relatives à des épisodes de soins remontant à plusieurs années, suppose une bonne organisation en amont, d'abord dans les établissements de santé pour assurer une parfaite identification des patients et de leur affiliation, ensuite dans les CPAM pour l'archivage des données administratives. Le Royaume-Uni (cf. 3.1.1), confronté particulièrement à ce problème du fait de la structure de son service national de santé, a mis en œuvre une politique de formation des hôpitaux, avec même un système d'intéressement financier aux résultats.

Recommandation n°9 : Confier au CNSE, si nécessaire avec l'appui de l'agence nationale d'appui à la performance, une mission d'appui à l'organisation et de formation des

¹³⁸ 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.

¹³⁹ Cela concerne 524 cas de fraudes-fautes en 2015 qui se répartissent en 447 dossiers supérieurs à 500 €(2 216 933 €) et 77 inférieurs à 500€(20 130 €).

établissements de santé et des CPAM quant à l'enregistrement des créances de soins sur l'étranger.

3.3.2 Par une clarification des règles de prise en charge

3.3.2.1 Les options d'une diminution des coûts hors UE-EEE-Suisse

Les développements du § 1.2.2.2 consacrés aux règles de prise en charge des soins des assurés de régimes d'assurance maladie français dans les pays hors UE-EEE-Suisse et hors pays sous conventions bilatérales de sécurité sociale (HUE) ont conduit la mission à préconiser **un réexamen de la prise en charge des soins inopinés** reçus dans ces pays¹⁴⁰.

La formulation de l'article R.332-2 du CSS précité, en introduisant une simple faculté pour les organismes chargés de la prise en charge de ces dépenses (« *peut* » ***procéder à un remboursement***) a favorisé l'émergence de modalités de prise en charge des soins inopinés variables ainsi que de pratiques entre régimes hétérogènes. Cette rédaction ambiguë a induit *de facto* à ce que toute facture afférente à des soins inopinés prodigués HUE soit systématiquement, même pour de faibles montants, pris en charge. Cette automaticité, pour des soins dans des pays avec lesquels la France n'a aucune relation dans le domaine de l'assurance maladie, interroge.

Par ailleurs, les frais médicaux dans certains pays¹⁴¹ hors UE étant très onéreux, une couverture adaptée suppose que les intéressés souscrivent préalablement un contrat d'assistance ou d'assurance qui garantit le remboursement des frais médicaux engagés et le rapatriement sanitaire si nécessaire¹⁴². Dans les pays où le coût des soins est très élevé, les restes à charge pour l'assuré peuvent être extrêmement importants, y compris lorsque l'assurance maladie intervient. Dans la plupart des cas, les assistants font non seulement l'avance des frais, mais supportent la charge réelle du remboursement (dans la limite du contrat).

Une première option, assez radicale, consisterait à **supprimer toute prise en charge aux assurés affiliés à un régime français des soins inopinés prodigués** dans des pays dépourvus de convention bilatérale avec la France et en dehors de la zone UE-EEE-Suisse, laissant alors la couverture de ces soins par des systèmes d'assurance ou d'assistance privés. La suppression des remboursements de base par l'assurance maladie impliquerait de facto aussi ceux des complémentaires santé, qui y sont structurellement liés.

Une telle orientation s'alignerait sur les pratiques de plusieurs pays européens, dont le Royaume-Uni et à brève échéance les Pays-Bas¹⁴³, qui n'admettent pas la prise en charge des soins hors pays couverts par les règlements européens et les conventions bilatérales de sécurité sociale. **L'économie attendue serait de l'ordre de 10 M€** pour le seul régime général, et de **15 M€** tous régimes confondus.

¹⁴⁰ La mission n'a pas traité la problématique spécifique des maladies chroniques (ALD le plus souvent) nécessitent un suivi régulier et/ou un traitement de fond ne pouvant être interrompu y compris lors d'un séjour à l'étranger. Sauf autorisations préalables spécifiquement prévues (dialyses...), ces soins ne pourront être pris en charge par l'assurance maladie française dans la mesure où il ne s'agit ni de soins programmés ni de soins inopinés. Quant aux traitements médicamenteux, l'article R 5123-2 du code de la santé publique permet la délivrance de grands conditionnements représentant 3 mois de traitement pour les médicaments destinés à certaines pathologies chroniques et 6 mois par dérogation selon des conditions définies dans la circulaire CNAMTS du 19/03/2009 (CIR-19/2009).

¹⁴¹ Thaïlande, Etats-Unis, Canada ou Australie.

¹⁴² Au demeurant, c'est le sens des recommandations aux voyageurs présentés sur les sites de l'assurance maladie et du Ministère des affaires étrangères. Les passeports remis aux personnes qui voyagent à l'étranger précisent au surplus la nécessité d'anticiper les frais de voyage et de séjour qui ne seront pas pris en charge par l'État.

¹⁴³ Un projet de loi en cours d'examen par le Parlement néerlandais prévoit la suppression de la prise en charge des soins hors Union européenne/espace économique européen/Suisse à compter du 1^{er} janvier 2017.

Une option plus médiane, et qui emporte la préférence de la mission, pourrait être envisagée en une **suppression de prise en charge des soins inopinés HUE et hors convention bilatérale, à l'exception des dépenses d'hospitalisations** (étant entendu que les soins continus dans le cadre d'une affection de longue durée, ou ceux prodigués dans le cadre de la résidence - salariés ou fonctionnaires détachés - ne relèvent pas des soins inopinés) pouvant justifier un accompagnement spécifique des assurés par un régime national (*cf. infra*). L'économie attendue d'une telle décision serait certes plus modeste, de l'ordre de 7 M€ tous régimes confondus¹⁴⁴. Mais elle s'accompagnerait d'une réduction de la charge administrative des régimes qui pourraient écarter de leur gestion les factures n'incluant que des soins ambulatoires et/ou des factures dont le faible montant génère un coût de gestion disproportionné.

Quelle que soit l'option retenue, cette préconisation serait d'application simple, lisible et dépourvue de difficulté de mise en œuvre, seule la première option nécessiterait de faire évoluer la rédaction de l'article R.332-2 alinéa 1 du CSS. **Elle implique néanmoins un effort significatif de communication pour une parfaite information des assurés** et entraînerait vraisemblablement une augmentation du coût moyen des contrats d'assurance relatifs aux voyages à l'étranger, voire des stratégies plus actives de sélection des assurés de la part des entreprises d'assistance.

Recommandation n°10 : Pour les soins prodigués en dehors de la zone UE-EEE-Suisse et hors pays ayant signé une convention bilatérale avec la France :

- **Option 1 : Supprimer tout remboursement par les régimes français d'assurance maladie des soins inopinés prodigués. Revoir en conséquence la rédaction de l'alinéa 1 de l'article R.332-2 du Code de la sécurité sociale.**
- **Option 2 : Supprimer, hors hospitalisation, tout remboursement par les régimes français d'assurance maladie des soins inopinés, choix que la mission préconise.**

3.3.2.2 Clarifier la base tarifaire de remboursement des soins hospitaliers hors UE

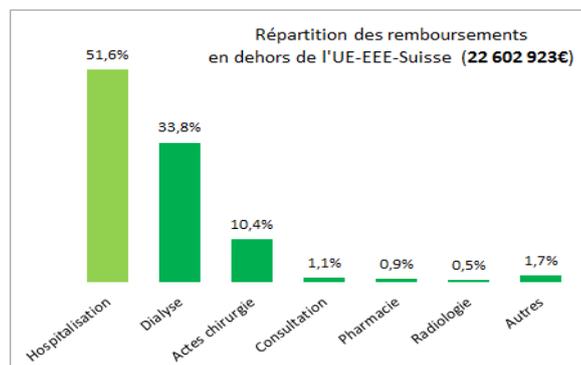
En 2015, le CNSE a remboursé 12 719 actes liés à une hospitalisation pour un montant de plus de **16 M€** (dont plus de 11,6 M€ HUE, soit un peu plus de la moitié de la totalité des soins HUE remboursés aux assurés) comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 8 : Répartition des remboursements de soins hospitaliers par le CNSE en 2015

	Nb actes	Mt dépensé	Mt remboursé	% prise en charge	Mt moyen dépensé	Mt moyen remboursé
UE-EEE-Suisse	2 554	10,5 M€	4,4 M€	42,1 %	4 107 €	1 731 €
HUE	10 165	41,3 M€	11,6 M€	28,2 %	4 067 €	1 147 €
TOTAL	12 719	51,8 M€	16 M€	31 %	4 075 €	1 264 €

Source : Service médical CNSE. A noter que le taux de prise en charge varie fortement selon le pays (8,5% aux Etats-Unis, 13 % au Canada et à Hong-Kong contre une prise en charge supérieure à 75 % dans certains pays de l'UE).

¹⁴⁴ Le CNSE a remboursé 4 M€ en 2014 et 7 M€ au titre de soins hospitaliers hors UE/EEE/Suisse et pays sous accords bilatéraux. Le montant total des remboursements des soins prodigués dans cette zone étant d'environ 15 M€, il est réaliste d'évaluer à 7 M€ l'économie à attendre de la suppression du remboursement des soins non hospitaliers.



Source : Note du CNSE Chiffres et évolution en 2015 remboursement aux assurés

La prise en charge des soins hospitaliers au sein du régime général a longtemps été basée sur les tarifs journaliers. La lettre réseau DDGOS-105/2006 du 5 septembre 2006 précise les différents tarifs selon la nature des soins dispensés¹⁴⁵, conformément à l'arrêté du 9 février 1978 relatif au remboursement des frais d'hospitalisation.

Certains régimes ont fait de même, comme la MSA avec sa lettre à toutes les caisses du 1^{er} octobre 2008 (LTC 2008 10 1), d'autres ont opté pour des solutions mixtes, à l'instar de ce que pratique le RSI. Les remboursements sont réalisés dans la limite du coût réel.

L'entrée en vigueur de la Tarification à l'activité (T2A) en 2005¹⁴⁶ est venue remettre en cause le principe de tarification sur un prix de journée.

Présentation synthétique de la tarification à l'activité

La France a adopté une tarification à l'activité des soins hospitaliers en 2005 à la suite d'une vingtaine de pays, dont les premiers furent les Etats-Unis dans le cadre du programme *Medicare*.

On entend par la T2A, le système de financement des établissements de santé qui associe le paiement à l'activité réalisée, celle-ci étant définie par des épisodes de soins. Deux éléments fondamentaux président à la T2A :

- L'activité hospitalière est définie et décrite à travers des groupes homogènes de malades (GHM) et des groupes homogènes de séjours (GHS) plutôt que selon les spécialités de services hospitaliers. Cette nomenclature des GHM cherche à ramener la grande diversité des prestations médicales à une liste finie de groupes, pertinents sur le double plan médical et économique.
- Les prix des GHS sont définis à l'avance et au niveau national. Ils rémunèrent l'ensemble des prestations effectuées lors du séjour du patient et intègrent des paramètres plus ou moins nombreux et imbriqués.

Cet outil s'applique principalement aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et d'hospitalisation à domicile. L'arrêté du 4 mars 2015 fixant pour l'année 2015 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale recense au total 2 670 GHS publics.

Il existe des GHS spécifiques pour la dialyse, les IVG, les soins palliatifs, la réanimation et pour le prélèvement d'organes alors que certaines activités ne sont pas décrites par des GHS comme les activités d'urgence et les consultations et actes externes. Par ailleurs, certaines prestations peuvent être facturées en sus des GHS, comme les médicaments coûteux, certains matériels...

¹⁴⁵ Médecine ou chirurgie, soins simples ou soins lourds, hospitalisation complète ou hôpital de jour

¹⁴⁶ Loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Les tarifs de base des GHM peuvent être affectés d'un coefficient de sévérité afin de prendre en compte la gravité des cas. Par rapport à des séjours non compliqués, un code est considéré comme une complication ou morbidité associée (CMA) si sa présence engendre une augmentation significative de la durée de séjour. Selon l'importance de leur effet sur la durée de séjour, les codes de CMA sont répartis selon quatre niveaux de sévérité numérotés 1, 2, 3 et 4 ; le niveau 1 correspondant au niveau « sans CMA », i.e. sans sévérité significative. Pour une appendicectomie avec complication par exemple, le tarif variera du simple au triple selon le niveau de CMA.

La T2A vise à améliorer la transparence dans le financement des soins hospitaliers en le liant à la production de soins, à instaurer une plus grande équité entre patient (même prix pour un même service) et à améliorer l'efficacité des établissements de soins. Leurs gestionnaires sont en effet incités, du fait d'une tarification qui ne dépend plus de leurs coûts propres, à réduire ces derniers et à dégager des résultats. Elle présente toutefois le risque de dégrader la qualité des soins offerts, et c'est la raison pour laquelle elle est complétée par des mécanismes de remboursement de certains coûts spécifiques (médicaments onéreux, missions d'intérêt général : enseignement-recherche, prise en charge des personnes précaires, *etc.*) qui protègent les établissements des conséquences d'une structure de la patientèle ou de leur activité particulièrement défavorable.

Ce nouveau mode de tarification des hospitalisations au niveau national en lieu et place des tarifs journaliers interroge, de fait, le maintien de la tarification au prix de journée de l'arrêté du 9 février 1978, non revalorisée depuis 2006, comme base de remboursement des hospitalisations à l'étranger.

En effet, si elle est en apparence conforme aux textes¹⁴⁷, cette tarification a le double défaut de ne pas tenir compte du coût réel (et selon les pays de bien ou mal couvrir les assurés, comme par exemple les Etats-Unis¹⁴⁸) et de pousser les hôpitaux locaux, lorsqu'ils ont compris la règle, à prolonger inutilement les hospitalisations, voire à surestimer le nombre de journées facturées.

Conscient de cette difficulté, le CNSE a mis en place, à titre expérimental depuis mai 2013, les **remboursements des hospitalisations à l'étranger sur la base des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) du secteur public** avec, au sein de l'UE, l'application du GHS public et hors UE, ce même GHS auquel un coefficient de 0,7 est affecté, les dispositions de l'art R.332-2 CSS laissant toute latitude aux organismes de rembourser les soins HUE sur une base forfaitaire.

Certains régimes ont également opté, en partie parfois, pour ce mode de remboursement. Par exemple, le RSI adopte, pour les hospitalisations inopinées¹⁴⁹, le principe de tarification GHS lorsque les praticiens conseils disposent des pièces médicales nécessaires. Seule l'absence de ces éléments médicaux justifie un remboursement sur la base du tarif journalier. D'autres, comme la Caisse des Français de l'étranger (CFE) ou la Mutuelle générale de l'Education nationale (MGEN) continuent à appliquer l'arrêté de 1978 et remboursent leurs assurés, quel que soit leur pays de résidence et le coût relatif des soins, sur la base des tarifs de prix de journée par spécialité en France, dans la limite des frais réels.

¹⁴⁷ L'arrêté du 9 février 78 a été pris en application du décret n° 77-1367 du 12 décembre 1977 fixant les conditions d'application de la loi du 31 décembre 76 relative à la situation au regard de la sécurité sociale des travailleurs salariés à l'étranger. Il a été modifié dans son article 4 (référence à un tarif médian des établissements de même nature en France) par l'arrêté du 17 décembre 2003. Le décret du 12 décembre a, quant à lui, été partiellement abrogé par le décret 2005-368 du 19 avril 2005. Ainsi, si l'arrêté du 9 février 1978 n'a pas été clairement abrogé, il n'en demeure pas moins que son application, dans le contexte actuel, apparaît juridiquement fragile et obsolète en termes de tarification.

¹⁴⁸ Des assurances privées complémentaires (comme la CFE) viennent dans ce cas souvent compléter la couverture.

¹⁴⁹ Annexe 1 de la LR 2014-144.

Si la CFE s'interroge sur la possibilité de retenir la base GHS, elle craint néanmoins que les éléments disponibles sur les soins effectués ne permettent pas d'appliquer les coefficients de sévérité (cf. encadré), engendrant ainsi le risque de moins bien rembourser les cas les plus complexes.

La MSA reste fidèle à l'arrêté du 9 février 1978 et à sa LTC de 2008. Elle continue donc à rembourser ses assurés sur la base d'un tarif journalier, la complexité de la tarification des GHS lui paraissant disproportionnée par rapport au nombre de bénéficiaires potentiels.

Les modalités de remboursement des soins d'hospitalisation à l'étranger décrites ci-dessus confirment l'hétérogénéité des règles appliquées par les différents acteurs. Le conflit patent généré par la coexistence de ces deux systèmes de remboursement d'hospitalisations n'est pas tenable et fragile juridiquement. Il est donc nécessaire d'y remédier, en mettant en place des modalités de remboursement des hospitalisations à l'étranger reposant sur des bases tarifaires transparentes, opposables et adaptées aux pratiques nationales, ce qui est tout à fait compatible avec les normes en vigueur (européennes ou code de la sécurité sociale).

Les conclusions de l'expérimentation de la tarification des hospitalisations à l'étranger sur la base des GHS publics par le CNSE semblent probantes¹⁵⁰. Ce remboursement, conforme au code de la sécurité sociale, apparaît plus équitable entre les assurés¹⁵¹, révisable et plus proche de la réalité de la prise en charge. Plus incitative à la maîtrise des coûts par les offreurs de soins, elle implique également une meilleure maîtrise des dépenses d'hospitalisation à l'étranger. Par ailleurs, la mission considère que les modalités de mise en œuvre de la tarification en GHS par le CNSE permettent de prendre en compte correctement le degré de sévérité des pathologies dans cette tarification, contrairement aux objections formulées par la Caisse des Français de l'étranger.

Par courrier en date du 22 juillet 2015, la CNAMTS a sollicité le Ministère des Affaires sociales pour valider l'adoption d'une grille tarifaire de prise en charge des soins hospitaliers reçus à l'étranger sur la base des GHS du secteur public expérimentés par le CNSE, tant pour les soins prodigués au sein ou hors de la zone UE-EEE-Suisse.

La mission juge cette demande cohérente et légitime. Elle recommande l'abrogation de l'arrêté du 9 février 1978 et **l'instauration d'une prise en charge des frais d'hospitalisation à l'étranger par référence au tarif des GHS français** sur la base :

- au sein de la zone UE-EEE-Suisse : des tarifs GHS du secteur public avec des consignes médico-administratives telles que définies par le CNSE ;
- hors UE-EEE-Suisse : remboursement, sauf exceptions¹⁵², à hauteur de 50% des GHS publics (et non plus 70 %), l'assurance privée venant en complément.

Il convient par ailleurs de maintenir, voire de renforcer, le contrôle du service médical du CNSE de tous les dossiers d'hospitalisations HUE dès 10 000 € (et non plus 15 000 €), ainsi que sur le caractère inopiné ou programmé des demandes de remboursements. Enfin, la mission recommande que **la tarification sur la base des GHS publics soit appliquée de façon homogène par tous les régimes amenés à réaliser des remboursements à leurs assurés d'hospitalisations à l'étranger, y compris la CFE.** Pour favoriser une telle pratique, la mission propose que le CNSE soit chargé de former les différents acteurs à la mise en œuvre pratique de cette tarification.

¹⁵⁰ Le CNSE a établi un tableau spécifique des GHS qui intègre, contrairement aux GHS « Français », les médicaments coûteux, le matériel en sus, les suppléments de réanimation et soins intensifs. Ces éléments sont pris en compte pour déterminer le choix dans les 4 niveaux de sévérité. Par ailleurs, le pôle médical du CNSE a précisé les éléments permettant la détermination du GHS par les équipes du CNSE. Une convention de délégation individuelle existe entre le pôle médical du CNSE et tous les animateurs d'équipe du CNSE afin de couvrir le traitement de l'information médicale et les modalités du respect du secret médical. Tout dossier complexe et supérieur à 15 000 € est transmis au pôle médical.

¹⁵¹ Pour la prise en charge d'un même problème de santé, la base de remboursement est identique quels que soit le pays et la durée d'hospitalisation.

¹⁵² Sauf pour les dossiers de dialyse, de placements et ceux relatifs aux assurés détachés.

Recommandation n°11 : Abroger l'arrêté du 9 février 1978 et instaurer une grille tarifaire sur la base des Groupes Homogènes de Soins (GHS) du secteur public définis aux termes des trois ans d'expérimentation du CNSE avec :

- au sein de la zone UE-EEE-Suisse, un remboursement des frais hospitaliers sur la base des Groupes Homogènes de Soins selon la méthode préconisée par le CNSE.
- en dehors de la zone UE-EEE-Suisse, retenir, sauf exceptions, un remboursement des frais hospitaliers à hauteur de 50 % des Groupes homogènes de soins.

Recommandation n°12 : Promouvoir une mise en place harmonisée de cette nouvelle grille tarifaire des hospitalisations à l'étranger sur la base des Groupes Homogènes de Soins du secteur public par les différents acteurs (autres régimes et CFE) et par une formation, dispensée par le CNSE.

3.3.2.3 Clarifier les conditions de prise en charge des frais de transport à l'étranger

A noter que ne sera pas traitée dans ce chapitre la prise en charge des transports liés aux placements de personnes handicapées dans des établissements situés à l'étranger, principalement en Belgique, point évoqué *infra* au 3.3.3.

Les conditions de prise en charge des transports dans le cadre de soins à l'étranger d'assurés d'un régime d'assurance maladie français sont peu lisibles et le montant des dépenses correspondantes mal appréhendées. Qu'elle résulte de l'application des règlements ou de la directive européenne, **la prise en charge des frais de transports est accessoire à la prise en charge des soins.**

Cela implique, sauf exception¹⁵³, qu'une autorisation préalable de soins emporte la prise en charge des transports correspondants que ce soit au sein de la zone UE-EEE-Suisse, conformément au règlement européen 987/2009¹⁵⁴ ou en dehors de la zone UE-EEE-Suisse. La pratique de remboursement des frais de transport à l'occasion de soins à l'étranger est similaire à celle réalisée à l'occasion de soins en France. Il convient donc de se reporter à la réglementation française¹⁵⁵.

Quelques éléments de compréhension relatifs à la prise en charge des frais de transport exposés par les assurés sociaux français

Au niveau national, les modalités de prise en charge des frais de transport exposés par les assurés sociaux sont prévues par le décret n° 2006-1746 du 23 décembre 2006 modifiant les articles R.322-10 à R.322-10-7 du code de la sécurité sociale et par l'arrêté du 23 décembre 2006 qui établit le référentiel médical de prescription des transports.

¹⁵³ Notamment en ce qui concerne les dialyses.

¹⁵⁴ Article 26 point 8 du règlement 987 : « Dans les cas où la législation nationale de l'institution compétente prévoit le remboursement des frais de voyage et de séjour indissociables du traitement de la personne assurée, ces frais pour la personne concernée et, si nécessaire, pour une personne qui doit l'accompagner sont pris en charge par cette institution lorsqu'une autorisation est accordée en cas de traitement dans un autre État membre ».

¹⁵⁵ L.322-2, L.322-5, R.322-1, R.322-8, R.322-10 à R322-10-7 et D322-5 à D322-9 du CSS, arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de la prescription des transports prévu à l'article R.332-10-1 du CSS, circulaire DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 sur la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients. Une mission de revue de dépenses relative aux transports sanitaires, confiée à l'IGAS et à l'IGF, est en cours et susceptible de déboucher sur une modification des règles actuelles.

Le remboursement s'effectue sur présentation de la prescription médicale, éventuellement après accord préalable de l'assurance maladie, et du justificatif de paiement. Cette prescription doit comporter le mode de transport utilisé (transport assis professionnalisé (taxi conventionné, véhicule sanitaire léger) ou ambulance) et être faite par le médecin impérativement avant le déplacement, hormis les cas d'urgence ou en présence d'une convocation pour se rendre à un examen de contrôle. La prise en charge de certains transports, même prescrits par un médecin, nécessite néanmoins l'accord préalable du service médical de l'assurance maladie¹⁵⁶.

Les frais de transport pris en charge par l'assurance maladie¹⁵⁷ sont, en règle générale, remboursés à 65 % suivant des modalités variables selon le mode de transport et, par exception, à 100 % dans des cas spécifiques (affection longue durée, invalidité...). Pour les frais de transport réalisés en véhicule sanitaire terrestre (ambulance ou VSL) ou en taxi, l'article L.322-2 du CSS prévoit l'application d'une franchise, de 2 € par trajet laissée à la charge de l'assuré, hors urgence et exonérations prévues, et déduite directement du montant remboursé. Le tableau ci-dessous retrace les conditions et moyens de prises en charge des transports par l'assurance maladie

	Distance inférieure à 150km	Distance supérieure à 150km : Demande d'accord préalable		
		Accord	Accord partiel	Refus
Hospitalisation (au sens R. 322-10 du code de la sécurité sociale)	Remboursement sur la base de la distance parcourue	Remboursement sur la base de la distance parcourue	EPP ou remboursement sur la base de la distance parcourue (selon l'accord partiel)	Pas de prise en charge
Hors Hospitalisation	EPP			

Source : *Référentiel sur les transports des assurés sociaux - CNAMTS*

* EPP : établissement le plus proche.

Les difficultés liées aux dépenses de transport à l'étranger ne tiennent pas tant au principe de prise en charge, qu'à la détermination des procédures et des référentiels de tarification à retenir, la multitude des situations possibles rendant l'exercice de clarification complexe, mais d'autant plus nécessaire.

- En l'absence de règles précises, les pratiques des CPAM sont diverses et ne permettent pas l'identification des dépenses de transports afférents aux soins dispensés à l'étranger

En dehors des frais de transport liés aux soins d'assistance médicale à la procréation dont l'autorisation préalable est centralisée au CNSE, les frais de transport à l'étranger ne sont pas reliés directement aux dépenses de soins qui les ont générés. Ainsi, lorsque le CNSE reçoit une demande de remboursement de soins à l'étranger, les frais de transport s'y rapportant sont sollicités par l'assuré à sa caisse d'affiliation.

En fonction des CPAM, les frais de transports seront associés à la prise en charge des soins correspondants ou remboursés de façon autonome, de sorte qu'il apparaît impossible d'identifier de façon consolidée les frais de transports pour des soins à l'étranger. Ces dépenses ne sont donc pas rattachées au 7^{ème} sous objectif de l'ONDAM, ce qui tend à fausser les montants des dépenses de soins à l'étranger et rend leur pilotage malaisé.

¹⁵⁶ Transports de longue distance, des transports en série, des transports en avion ou bateau de ligne, et des transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

¹⁵⁷ Selon les situations, la prise en charge par l'assurance maladie relève soit de l'enveloppe soins de ville (remboursement du patient ou du transporteur en cas de tiers payant par les organismes locaux d'assurance maladie), soit de l'établissement de santé sur l'ODAM hospitalier.

La mission estime qu'il est indispensable que l'ensemble des demandes de remboursement de transports présentées par les assurés soient instruites et liquidées de façon centralisée, notamment par le CNSE (l'autorisation des soins correspondants devant lui être systématiquement transmise). Ceci garantirait le suivi de cette dépense au sein du 7^{ème} sous-objectif de l'ONDAM et l'homogénéisation de la prise en charge au plan national.

- Clarifier les conditions de prise en charge des frais de transport à l'étranger

Hormis sur les aspects réglementaires et les hospitalisations¹⁵⁸ pour le régime général et la MSA, la mission n'a trouvé aucune instruction concernant la prise en charge des frais de transport en cas de soins à l'étranger.

La dernière lettre réseau de la CNAMTS (LR-DDGOS-87/2014) relative aux soins programmés au sein et hors UE-EEE-Suisse de 2014 aurait pu utilement aborder cette problématique. Le RSI, quant à lui, rembourse les frais de transport sur la base de l'établissement adapté français le plus proche.

Cette absence de règles claires entraîne une hétérogénéité des pratiques. Le remboursement des frais de transport est donc peu lisible, ce qui nuit à la bonne information des patients préconisée par la directive n° 211/24/UE du 9 mars 2011. Il apparaît donc important que des principes généraux soient définis et appliqués de façon homogène afin d'assurer une transparence compatible avec la nécessaire information des patients.

La situation apparaît assez simple pour des soins médicalement nécessaires au sein de la zone UE-EEE-Suisse, en particulier lorsque la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) est utilisée. L'institution du lieu de soins qui prend en charge les soins et les transports du patient se fera rembourser par la France *via* le CNSE selon le principe de la gestion DCI précédemment décrit. Dans ce cas, sauf à prévoir des dispositions spécifiques, les frais de transports ne seront pas identifiés comme tels, mais seront néanmoins intégrés aux dépenses de soins à l'étranger. Lorsque l'assuré a fait l'avance de frais, notamment lorsqu'il n'a pas utilisé la CEAM, il en sollicite le remboursement au CNSE. Il convient alors de retenir le même circuit de traitement des frais de transport que pour les soins, quelque soit la zone géographique avec une instruction centralisée au CNSE pour le compte des caisses d'affiliation.

Pour les soins programmés, l'autorisation accordée entraîne la prise en charge des frais de transports associés pour les trois régimes rencontrés par la mission et leur remboursement ne doit pas être discriminatoire par rapport à celui de prestations fournies en France. Si la prise en charge des soins est soumise à un examen préalable au départ de l'assuré, celle des transports est traitée *a posteriori*, contrairement aux pratiques nationales. De fait, tout pilotage est illusoire, potentiellement discriminatoire et source de contentieux.

La mission recommande en conséquence **un examen systématique du mode et de la prise en charge des frais de transports lors de l'instruction de la demande d'autorisation de soins programmés par le médecin conseil de la caisse d'affiliation**, y compris lorsque les soins, remboursés en France, ne sont pas disponibles dans un délai raisonnable. La mise en œuvre de cette option serait facilitée par l'établissement, avec les médecins conseils, d'instructions médico-administratives pour le transport à l'étranger, sur la base de tarifs préalablement actualisés, à l'instar du référentiel transport établi par la CNAMTS en octobre 2015 dont il pourrait faire partie.

¹⁵⁸ LR 105/2006 de la CNAMTS sur les modalités d'application de l'arrêté du 9 février 1978 fixe des barèmes des frais de transport liés aux hospitalisations : « Transport en ambulance : Tarif applicable par Km : 0,70 € Transport aérien : Tarifs applicables : par heure 573,36 € et par demi-journée 239,65 € Le coût d'affrètement d'un appareil de transport est donné par la formule suivante : (Coût par heure de vol) X (nombre d'heures de vol) + (frais fixes par demi-journée), les demi-journées étant calculées de 0 heure à 13 heures et de 13 heures à 24 heures; toute demi-journée commencée étant due. Depuis le 1er janvier 1995, le coût direct par heure de vol et frais fixes par demi-journée s'élève à 573,36 € Depuis le 1er janvier 1995, les frais fixes par demi-journée s'élèvent à 239,65 € A titre d'exemple, le coût d'un transport de 2 heures dans la même demi-journée s'élèverait actuellement à : (573,36 €) X (2 heures) + (239,65 €) X (1) = 1.386,37 €». Pour la MSA la LTC 2008 du 1^{er} octobre 2008 fixe des barèmes identiques sur la base des mêmes références.

Enfin, le principe général d'économie¹⁵⁹ selon lequel les frais de transport sont pris en charge en France sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du patient, doit inspirer la prise en charge des transports pour des soins à l'étranger. Il pourrait alors être envisagé la faculté pour l'assurance maladie, *a minima* pour les transports entre la France et l'étranger, de donner aux assurés des directives contraignantes pour le choix du mode de transport et d'expertiser les modalités de choix du transporteur par exemple dans le cadre d'un marché public qui garantirait les prix les plus bas.

Recommandation n°13 : Confier au médecin conseil l'examen systématique de la prise en charge des frais de transport avec celui de l'autorisation préalable des soins.

Recommandation n°14 : Imposer aux caisses primaires d'assurance maladie, pour le régime général, la transmission au CNSE des demandes de remboursement de frais de transport des assurés entre la France et l'étranger, qui déterminera la prise en charge des transports sur la base d'une application uniforme de la réglementation et des référentiels.

Recommandation n°15 : Rectifier le périmètre des 1^{er} et 7^{ème} sous objectif de l'ONDAM afin d'intégrer les frais de transport occasionnés à l'occasion de soins à l'étranger.

3.3.3 Une meilleure affectation des dépenses d'hébergement d'enfants et d'adultes handicapés dans des établissements situés à l'étranger

La première dépense à l'étranger en montants financiers faisant l'objet de remboursements de l'assurance maladie aux assurés concerne les frais d'hébergement de personnes handicapées dans des établissements situés hors de France, et pour leur très grande majorité en Belgique. Dans la mesure où ces placements à l'étranger découlent pour une part de l'insuffisance des capacités d'accueil en France, le terme de « tourisme médical » est clairement inapproprié s'agissant de situations où des familles sont souvent involontairement séparées par une frontière d'un enfant ou d'un adulte handicapé.

Les placements en Belgique (Wallonie) de personnes en situation de handicap concernaient à fin 2014 environ 6150 personnes, dont 1550 enfants (y compris les jeunes adultes maintenus dans des établissements pour enfants au-delà de 18 ans) et 4600 adultes, auxquels il faut ajouter 436 enfants scolarisés dans des établissements adaptés. Ce nombre est en croissance de +76% en 10 ans, malgré les nombreux rapports¹⁶⁰ et articles dénonçant cette situation, en contradiction (sauf pour les personnes originaires de la zone frontalière) avec les principes de la loi de 2005, qui privilégie la proximité des solutions.

Le financement de ces placements est assuré par trois canaux distincts : lorsqu'il s'agit d'enfants nécessitant un accueil spécialisé, les établissements (24) sont conventionnés avec l'agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH) et financés via une enveloppe fermée de 70 M€ inscrite au budget de la CNSA et dont l'exécution financière est effectuée par la caisse primaire d'assurance maladie pivot de Roubaix Tourcoing. Le financement était effectué jusqu'en 2014 sur une base ancienne de prix de journée, il a été revalorisé et organisé par un système de forfaits par établissement en 2015, déterminés par l'ARS Nord-Pas de Calais-Picardie. De ce fait, la dépense est passée de 67,9 M€ en 2014 (y compris 8,1 M€ de paiements sur exercices antérieurs) à 78,8 M€ en 2015 (y compris 7,9 M€ de paiements sur exercices antérieurs). Le nombre d'enfants accueillis dans ce cadre, originaires à 69% du Nord Pas de Calais, est stable sur les dix dernières années (1540 au 31/12/2015). Un accord franco-belge en date du 21 décembre 2011 organise cette prise en charge.

¹⁵⁹ L.322-5 CSS.

¹⁶⁰ Rapports IGAS de 1995 et 2005, mission parlementaire de Mme Cécile GALLET en 2009.

Lorsqu'il s'agit d'adultes, le financement est assuré par le CNSE dans le cadre du remboursement des soins à l'étranger. La prise en charge est faite au prix de journée, sur une base uniforme indépendamment des caractéristiques des personnes accueillies¹⁶¹. Le montant de cette dépense a fortement augmenté ces dernières années (44,3M€ en 2013, 82,2M€ en 2014, 102 M€ estimés en 2015, de même que, dans des proportions moindres, le nombre des personnes accueillies (1427 fin 2013, 2379 fin 2015 soit + 67%). Outre ces financements de l'assurance maladie, les conseils départementaux participent également¹⁶², lorsque les orientations faites par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) sont à destination d'un foyer d'accueil médicalisé ou d'un foyer de vie et d'hébergement.

L'ARS Nord Pas de Calais Picardie a estimé à 171 M€ cette participation, le total du coût de ces prises en charge en Belgique est donc de l'ordre de 350 M€ hors frais de transport¹⁶³. Un rapatriement de tout ou partie de ces personnes handicapées en France ne générerait pas d'économie nette, sauf pour les frais de transport, mais permettrait une meilleure qualité de vie (maintien des liens familiaux), un meilleur contrôle des conditions d'accueil notamment pour les adultes, et une relocalisation des emplois (environ 4500 emplois directs pour un ratio d'encadrement de 0.7). Les établissements d'accueil, dont le nombre lui aussi progresse (124 aujourd'hui), sont de statut privé, à but lucratif, et ne font pas l'objet du même contrôle de la part de l'AWIPH que ceux pour enfants.

Il existe enfin un troisième canal où l'assurance maladie finance seulement les transports d'enfants handicapés (en taxi ou exceptionnellement VSL) vers des établissements belges assurant une formation scolaire, qui pourraient être assimilés à des instituts médico-éducatifs, instituts médico-professionnels ou instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques dans la législation française. En 2013, 436 enfants de la région Nord Pas de Calais¹⁶⁴ étaient ainsi accueillis dans 50 établissements non inclus dans la convention franco-belge précitée. L'Etat belge assure le financement du fonctionnement, l'assurance maladie finançant les transports à hauteur de 5,039 M€ en 2013 (soit 11.558 € an par enfant). Un système de contrôle des admissions (attestation d'absence de place disponible en France), avis du médecin traitant, attestations de rentrée scolaire) a été mis en place.

La CNAMTS a saisi la DSS de cette problématique le 30 mars 2015, en soulignant le caractère dérogatoire de cette prise en charge, alors qu'en France les transports sont soit intégrés dans le budget des établissements médico-sociaux pour enfants, soit pour la scolarisation en milieu ordinaire organisés et financés par le Département. Le ministère des affaires sociales a demandé à ce que ce financement soit maintenu. La situation demeure cependant anormale, tant du côté belge (qui pourrait légitimement demander le remboursement des frais d'accueil) que de l'assurance maladie.

Récemment, un plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de départ des personnes handicapées vers la Belgique, doté de 15 M€ a été initié par la ministre des Affaires sociales et de la Santé et la secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées, et une mission d'appui confiée à l'IGAS. Une instruction en date du 22 janvier 2016 a été adressée aux directeurs généraux des agences régionales de santé¹⁶⁵.

¹⁶¹ De ce fait certains établissements tentent de faire prendre en charge une partie des soins au titre de la couverture individuelle des personnes. Le CNSE effectue des contrôles ciblés pour éviter les dérives d'une double facturation.

¹⁶² Comme ils le font en France pour ces mêmes catégories d'établissements. Ils participent aussi au financement des jeunes adultes maintenus en établissements pour enfants dès lors que leur orientation est vers un foyer d'accueil médicalisé.

¹⁶³ Ils sont imputés sur une ligne particulière de la comptabilité de l'assurance maladie, qui ne permet pas de distinguer les frais de transport générés par les soins à l'étranger (cf 3.3.2.3). Ceux-ci peuvent être importants, soit parce qu'ils sont quotidiens vers un externat, soit parce qu'ils sont sur une longue distance lors des weekends et vacances. Théoriquement, ces frais de transport sont intégrés au budget de l'établissement lorsqu'il s'agit d'établissements pour enfants conventionnés, mais les pratiques peuvent différer et ce n'est pas le cas pour les établissements hors convention.

¹⁶⁴ Par rapport à la première catégorie accueillie dans les 24 établissements conventionnés, il s'agit d'enfants ayant moins de limitations de leur autonomie du fait de leur handicap.

¹⁶⁵ Instruction N° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/2016/22.

Le CNSE, pour la part qui le concerne, rembourse les dépenses de ces prises en charge hors convention avec l'AWIPH soit directement aux établissements belges concernés (tiers payant), soit aux familles qui ont fait l'avance des frais. Au vu du nombre d'établissements qui se créent en Belgique pour accueillir des personnes handicapées françaises, le CNSE a décidé depuis deux ans de refuser le tiers payant aux nouveaux établissements.

Du point de vue de la gestion et de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie qui est celui de la présente mission, plusieurs questions spécifiques à ces placements en Belgique se posent :

- faut-il maintenir la dualité des lignes de financement, via l'ONDAM médico-social pour les placements faits dans le cadre de la convention avec l'AWIPH, et via le CNSE pour les remboursements individuels hors convention ? Un regroupement, sur l'ONDAM médico-social pour ce qui est de l'enveloppe budgétaire, et auprès de la CPAM de Roubaix-Tourcoing pour le paiement permettrait une meilleure rationalité du périmètre des sous-objectifs de l'ONDAM, et un meilleur contrôle ;
- le cumul des principes et des règles des soins à l'étranger d'une part, de l'orientation des personnes en situation de handicap d'autre part, ne trouve pas de solution évidente. Pour les soins programmés à l'étranger - auxquels un placement en établissement pour personnes handicapées s'assimile -, le principe est que ceux-ci ne sont autorisés que lorsque des soins équivalents ne sont pas disponibles dans un délai raisonnable en France¹⁶⁶. Pour l'orientation des personnes handicapées, le libre choix de la personne (ou de ses représentants légaux) est privilégié¹⁶⁷. L'instruction du 22 janvier 2016 précitée est dans son analyse de cette double source de droit doublement contestable :
 - elle considère que le libre choix de la personne ou de ses représentants s'impose, même lorsqu'une solution équivalente (en terme de catégorie d'établissement) est disponible en France dans un délai raisonnable ;
 - elle considère que l'établissement belge choisi par la personne ou ses représentants figure automatiquement « parmi les prestations prévues par la législation française », alors même qu'ils ne répondent pas aux critères d'agrément des différentes catégories d'établissement médico-social du code de l'action sociale et des familles (et, pour les adultes, sont très peu contrôlés). De même que le CNSE refuse la prise en charge de soins programmés à l'étranger qui ne correspondent pas aux référentiels de la Haute Autorité de Santé, il serait possible de refuser le choix d'un établissement médico-social belge qui ne correspond pas aux exigences du code de l'action sociale et des familles ;
 - pourquoi les exigences et l'organisation des circuits sont-ils différents entre les établissements pour enfants (conventionnés, avec une enveloppe budgétaire limitative) et ceux accueillant des adultes ? Il s'agit dans les deux cas de personnes fragilisées, pour lesquelles un contrôle des raisons et conditions d'accueil est justifié. Outre une enveloppe unique de financement au sein de l'ONDAM médico-social comme proposé ci-dessus, il conviendrait donc de soumettre à convention les établissements accueillant des adultes handicapés en en régulant le nombre et la capacité.

Recommandation n°16 : Transférer sur l'ONDAM médico-social la dépense relative à l'hébergement d'adultes handicapés à l'étranger, dans le cadre d'une enveloppe fermée et d'agrément limitatifs des établissements d'accueil.

¹⁶⁶ Article 20 du règlement communautaire 883/2004 : « la personne assurée ... est autorisée par l'institution compétente à se rendre dans un autre Etat membre aux fins d'y recevoir les soins adaptés à son état ... lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'Etat membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et que ce soins ne peuvent lui être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical ».

¹⁶⁷ Article L.241-6 du code de l'action sociale et des familles : « Lorsque les parents ou le représentant légal de l'enfant ou de l'adolescent handicapé ou l'adulte handicapé ou son représentant légal font connaître leur préférence pour un établissement ou un service entrant dans la catégorie de ceux vers lesquels la commission a décidé de l'orienter et en mesure de l'accueillir, la commission est tenue de faire figurer cet établissement ou ce service au nombre de ceux qu'elle désigne, quelle que soit sa localisation. ».

3.3.4 Envisager pour les dialyses une modulation des tarifs de remboursement selon les pays

Le traitement et le niveau de prise en charge des séances de dialyses à l'étranger font l'objet d'interrogations récurrentes¹⁶⁸, notamment pour celles, les plus nombreuses, effectuées hors de la zone UE-EEE-Suisse.

En 2015, le CNSE a traité 2 152 dossiers de dialyses (+ 7,8 % par rapport à 2014) représentant 38 522 séances effectuées (+ 15,7 %). Les assurés ont dépensé près de 7,89 M€ (en augmentation de 9,1 %), pour un montant remboursé de 7,84 M€ (en hausse de 9,3%), soit une prise en charge à hauteur de 99,4 %. La majorité des dialyses a été effectuée dans un pays hors UE-EEE-Suisse.

Tableau 9 : Répartition du montant des dépenses de soins de dialyse selon la zone géographique

	Nb dossiers	Nb séances	Mt dépensé	Mt remboursé	% prise en charge	Mt moyen remboursée / séance
UE-EEE-Suisse	112	906	0,2 M€	0,2 M€	95,9 %	218 €
HUE	2 040	37 616	7,7 M€	7,6 M€	99,5 %	203 €
TOTAL	2 152	38 522	7,9 M€	7,8 M€	99,4 %	204 €

Source : Pôle médical du CNSE

Les pays du Maghreb concentrent à eux seuls 73 % des dossiers et près de 78 % des montants remboursés, comme le montre le tableau ci-dessous. Le montant moyen facturé par séance s'établit à 195 € au Maroc, 227 € en Tunisie et 247 € en Algérie.

Tableau 10 : Répartition des dépenses de dialyses en 2015 entre les trois pays du Maghreb

	Nb dossiers	Nb séances	Mt dépensé	Mt remboursé	% prise en charge	Mt moyen remboursé / séance	Mt moyen remboursée / séance (2013)
Algérie	539	8 597	2,1 M€	2,1 M€	100,0 %	251 €	239 €
Maroc	727	12 426	2,6 M€	2,5 M€	99,8 %	204 €	191 €
Tunisie	301	6 087	1,4 M€	1,4 M€	99,9 %	230 €	223 €
SS-TOTAL	1 567	27 110	6,1 M€	6 M€			
% du total	72,8 %	70,4 %	77,3 %	77,7 %			

Source : Pôle médical du CNSE

Pour être prises en charge, les séances de dialyses réalisées à l'étranger doivent faire l'objet d'une demande d'accord préalable à la Caisse d'affiliation de l'assuré¹⁶⁹ conformément à la lettre réseau du 16 décembre 2014 (LR-DDGOS-87/2014). Ces actes font partie de la liste des soins qui nécessitent le recours à des infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux (R.332-4 CSS).

¹⁶⁸ Une note du CNSE à la CNAMTS avait été réalisée en juin 2014 intitulée « Problématique des dossiers de dialyse hors UE/EEE ».

¹⁶⁹ La demande doit au moins comprendre la prescription médicale, le motif et la durée du séjour à l'étranger, l'identité et l'adresse du centre d'hémodialyse et le tarif applicable à la prestation d'hémodialyse.

Les soins étant indispensables pour la santé des patients lors de leur séjour à l'étranger, la demande d'autorisation est formelle, les services des CPAM se contentent de vérifier l'antériorité des soins de dialyses en France¹⁷⁰. L'avis du service médical n'est sollicité qu'en cas de doute sur un élément du dossier.

La prise en charge s'effectue sur présentation de la facture acquittée avec comme base de remboursement, le prix facturé, dans la limite d'un forfait plafond de 298,80€ par séance. Par contre, les transports ne sont pas pris en charge puisque les séances de dialyses sont réalisées à l'occasion d'un séjour, le plus souvent touristique.

Outre la diversité des pratiques des CPAM quant à l'exigence du respect scrupuleux des informations à fournir dans la demande d'autorisation, le CNSE a constaté que le tarif appliqué aux séances de dialyse par bon nombre de pays HUE correspondait au tarif conventionnel de la France mais n'était, sans commune mesure, comparable au tarif local. Des tarifs allant de 81 à 325 € selon certains établissements du Maroc (de 32,73 à 299 € en Algérie) ont ainsi été observés avec des prix, pour un même centre, pouvant aller du simple au double selon la période de réalisation de la séance de dialyse.

Après avoir pris contact avec des ambassades et consulats français dans douze pays ainsi qu'avec d'autres régimes, le CNSE a démontré que les prix locaux pratiqués dans bon nombre de pays HUE s'avèrent inférieurs à ceux remboursés en France. Pour sa part, la CFE a passé des accords de tiers payant avec certains établissements de santé à l'étranger¹⁷¹, avec lesquels le tarif des actes a été négocié, en particulier pour les dialyses dans six pays. Sur la base de ces accords particuliers, la CFE a décidé de s'exonérer pour la totalité de chaque pays du tarif français de remboursement (au GHS de 347,24 € par séance, sur la base juridique de l'arrêté de 1978) et d'étendre le tarif négocié¹⁷².

Si la mission considère cette pratique hasardeuse, elle estime néanmoins indispensable de reconsidérer, après expertise, la méthode de prise en charge des séances de dialyse par l'assurance maladie, notamment en pratiquant des remboursements différenciés selon les pratiques des pays, *a minima* pour les pays du Maghreb qui concentrent 80 % des dépenses concernées.

Recommandation n°17 : Déterminer, après consultation des ambassades ou consulats Français par le Ministère des affaires sociales, des tarifs de remboursement des séances de dialyse en fonction des pratiques de certains pays hors de l'Union Européenne et, *a minima* dans les pays du Maghreb.

Les dialyses sont le seul cas patent pour lequel une différenciation des tarifs par pays est aujourd'hui envisageable. En effet, à lui seul, le CNSE ne gère pas suffisamment de remboursements pour être en mesure de moduler les tarifs par pays sur une base pertinente. Mais les expériences des assistants, ou de complémentaires comme la MGEN qui assure un nombre important d'expatriés et de retraités et module ses tarifs de remboursement par pays en fonction des coûts, laissent penser que d'autres situations pourraient à l'avenir faire aussi l'objet d'une différenciation des tarifs.

¹⁷⁰ Des dispositions particulières sont appliquées en cas de dialyse avec hospitalisation.

¹⁷¹ 46 établissements dans 19 pays différents à fin 2014. Près d'un quart des hospitalisations hors de France (3500 sur 16 000) sont remboursées en tiers payant.

¹⁷² Côte d'Ivoire, 207€ la séance tout compris, Egypte 160€ la séance tout compris, Guatemala 400€ la séance tout compris, Maurice 156€ la séance tout compris, Liban 365€ la séance tout compris, Maroc 100 € la séance + médicaments.

3.4 Vers une rationalisation et une meilleure allocation des fonctions internationales entre l'Etat et l'assurance maladie

Les éléments de diagnostic réunis dans le présent rapport soulignent la montée en puissance des enjeux internationaux dans le pilotage juridique, organisationnel et financier de l'assurance maladie. Les tendances d'évolution des dépenses de soins à l'étranger, tout comme les évolutions du droit et des processus de coordination européens, confortent l'hypothèse d'une prégnance croissante de ces enjeux et de la nécessaire organisation des parties prenantes pour y faire face.

Les fonctions internationales comprennent :

- la négociation des sources de droit européen et international, et les accords bilatéraux de sécurité sociale avec des pays tiers : c'est une prérogative irréfragable de l'État, actuellement assumée par la Direction de la sécurité sociale. Elle peut toutefois bénéficier utilement de l'appui technique des opérateurs de l'État (CLEISS) et de l'assurance maladie.
- la fourniture aux assurés qui se déplacent à l'étranger de services spécifiques et du meilleur niveau de qualité : c'est le cœur de métier de l'assurance maladie, et il soulève la question de l'organisation du réseau des caisses primaires.
- le pilotage financier des dépenses de soins des assurés français à l'étranger. Celles-ci sont aujourd'hui le parent pauvre du suivi de l'ONDAM, une meilleure organisation des circuits entre la DSS et la CNAMTS (cf. recommandations 2, 3 et 4) devrait permettre d'en améliorer la maîtrise.
- l'information, la documentation, les études et la représentation dans le domaine international. Une partie de ces missions restent confiées au CLEISS : appui technique à l'administration et aux régimes, « point de contact national », mission statistique et une plate-forme de traduction de documents médico-administratifs.

3.4.1 L'organisation au sein du réseau de l'assurance maladie

Il n'était pas demandé à la mission de se prononcer sur cette problématique mais ses constats l'amènent à s'interroger sur l'organisation des fonctions internationales dans le domaine de l'assurance maladie, actuellement dépourvue d'approche globale et peu lisible, à l'image de la dispersion, au sein du réseau de l'assurance maladie, des responsabilités¹⁷³ de la relation avec les assurés qui se déplacent à l'étranger (cf. graphique ci-dessous).

Outre le CLEISS, les fonctions sont aujourd'hui réparties entre :

- la CPAM de Melun, chargée du Centre national des retraités français de l'Étranger (CNAREFE). Il a pour mission la gestion des dossiers (affiliation, mutation, délivrance de carte vitale) et le paiement aux retraités français résidant à l'étranger de leurs soins de santé reçus en France. Il s'adresse spécifiquement aux titulaires d'une rente ou d'une pension de retraite du Régime général, résidant hors de l'UE-EEE-Suisse ;
- la CPAM de Tours, qui assure les remboursements de soins des adhérents de la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) en cas de séjour temporaire en France, conformément à une convention de 1994 entre cette dernière et la CNAMTS ;
- la CPAM de Nîmes, qui gère les demandes d'affiliation à la Couverture maladie universelle (CMU) des ressortissants européens inactifs¹⁷⁴ ;
- la CPAM de Limoges, en charge de la maîtrise d'ouvrage du logiciel Recital, qui vise à permettre aux CPAM de donner une information de premier niveau à l'utilisateur en matière de prise en charge des soins à l'étranger ;

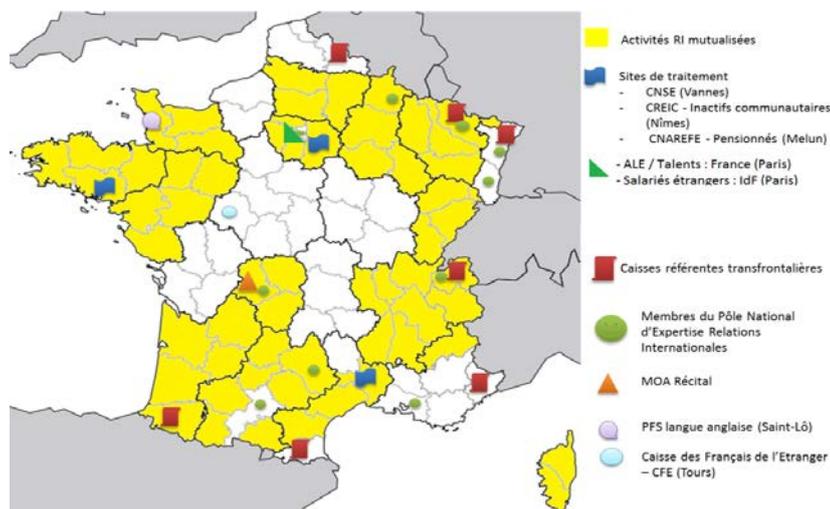
¹⁷³ Cette dispersion s'explique par des décisions prises au cas par cas de confier une mission nationale à une CPAM en fonction principalement de sa capacité d'absorption par les ressources humaines existantes.

¹⁷⁴ Cf. circulaire de la Direction de la sécurité sociale en date du 09 juin 2011.

- la CPAM de Saint Lô, qui gère la plate-forme de services (PFS¹⁷⁵) en langue anglaise.

Par ailleurs, certaines caisses ont mutualisé la gestion de leurs activités internationales, et d'autres sont référentes en fonction de leur localisation géographique, des soins transfrontaliers pour un pays donné.

Graphique 5 : l'organisation de l'Assurance Maladie en matière de Relations Internationales



Source : CNSE

Cet éclatement fait peser le risque d'une insuffisante unité de vue de l'institution « assurance maladie » sur les enjeux internationaux, et d'une faible accessibilité de ses ressources dans ce domaine pour ses assurés et ses partenaires, nationaux ou internationaux. Ce constat peut conduire à expertiser l'hypothèse d'un regroupement géographique et fonctionnel des responsabilités aujourd'hui disséminées, sous l'égide d'une Caisse nationale spécialement chargée des relations internationales dans toutes leurs dimensions (juridiques, institutionnelles, médicales et financières).

Recommandation n°18 : *Etudier la possibilité de regrouper dans une structure unique des fonctions internationales spécialisées, aujourd'hui dispersées au sein du réseau de l'assurance maladie.*

3.4.2 Les missions maintenues au CLEISS

Suite au transfert de la gestion des dettes et créances internationales, le périmètre des missions du CLEISS a été redéfini par le décret du 26 février 2015. Celui-ci est chargé de la diffusion des règlements européens et accords internationaux, de l'information des usagers notamment dans le cadre de son rôle de « point de contact national » pour les soins de santé, d'instruire les demandes relatives aux situations de travailleurs détachés étrangers en France et français à l'étranger, de collecter les données statistiques et financières relatives à la mise en œuvre des règlements européens et accords internationaux, et d'assurer un service de traduction des documents en langue étrangère à la demande des organismes de sécurité sociale.

La mission n'avait pas mandat d'examiner au fond la pertinence du périmètre de ces missions, assez hétérogènes et chacune de portée limitée, non plus que l'opportunité de maintenir leur gestion au sein d'un établissement public dédié.

¹⁷⁵ Les plate-formes de service sont les centres d'appels téléphoniques de l'assurance maladie. Ces centres visent, pour l'essentiel, à réduire le nombre d'appels dans les services « spécialisés » en les débarrassant des appels ordinaires tels que : renseignements sur les versements des Indemnités journalières (IJ), sur les démarches à effectuer pour avoir une couverture maladie, sur les papiers à fournir pour une grossesse, etc.

Elle a toutefois constaté des difficultés d'exercice par le CLEISS de sa mission statistique, en particulier dans la collecte des formulaires de détachement « A1 » émis par les organismes locaux d'assurance maladie. Aux dires de la responsable du service statistique du CLEISS, le degré de priorité attribué à la tâche d'alimenter la base de données des formulaires « A1 » est inégal selon les caisses primaires d'assurance maladie, et les investissements dans les systèmes d'information propres à automatiser cette alimentation n'ont pas non plus bénéficié d'arbitrages favorables dans la programmation de CNAMTS. Cette situation jette en doute sur la robustesse du dénombrement et de l'évolution de ces formulaires.

La mission de « point de contact national pour l'information des patients sur les soins transfrontaliers », prévue par la directive 2011/24/UE, et antérieurement assurée par l'administration centrale des ministères sociaux a été également confiée au CLEISS en 2015. Cette mission suppose une capacité à informer les citoyens français se rendant dans un autre pays européen sur les conditions de prise en charge de leurs soins, et inversement les voyageurs européens se rendant en France. L'assurance maladie, qui connaît directement via le CNSE les remboursements des soins à l'étranger, et par son activité nationale les conditions de prise en charge en France, serait sans doute mieux à même d'exercer une telle mission.

Les demandes relatives aux travailleurs détachés paraissent relever plutôt de l'URSSAF ou de Pôle Emploi. Pour les autres missions du champ de la sécurité sociale, leur intégration au sein de l'UCANSS (du fait de sa vocation inter-risques et inter-régimes) ou de la CNAV (déjà désignée comme point d'accès des flux informatiques européens) paraissent être les pistes à explorer. La question du maintien du CLEISS comme établissement public dans son périmètre d'activité actuel paraît donc légitime, et devrait faire l'objet d'une analyse plus approfondie en amont de l'éventuelle élaboration d'une nouvelle convention d'objectifs et de gestion.

Recommandation n°19 : Réévaluer la pertinence des missions qui restent au CLEISS, en amont d'une éventuelle convention d'objectifs et de gestion.

3.4.3 L'animation de la fonction soins à l'étranger

Le régime général d'assurance maladie n'est pas le seul intéressé par la question du remboursement des soins à l'étranger. Outre évidemment les autres régimes d'assurance maladie obligatoire, les régimes complémentaires, les assistants et la caisse des français de l'étranger le sont aussi. Ces différents acteurs interviennent souvent de concert pour un même épisode de soins : pour une hospitalisation en urgence hors UE par exemple, l'assistant de référence sera généralement le premier intervenant, parfois conjointement avec d'autres assureurs, mais se retournera ensuite vers l'assurance maladie obligatoire d'affiliation, et l'éventuelle complémentaire santé du patient.

Si les contacts bilatéraux ou pluriels existent déjà aujourd'hui (le CNSE a par exemple organisé à leur demande une réunion de coordination avec les assistants en 2015), et semble-t-il dans une ambiance de bonne coopération, il n'existe pas de forum d'échanges organisés régulier de l'ensemble des acteurs autour de thématiques communes, comme la fluidification des circuits de remboursement, la lutte contre la fraude, l'évolution des réglementations internationales ou la différenciation des tarifs de remboursement par pays.

Recommandation n°20 : Instaurer, à l'initiative de la DSS, des rencontres thématiques régulières d'échanges associant l'ensemble des acteurs impliqués dans le remboursement des soins à l'étranger.

CONCLUSION

Du fait de leur poids financier relatif modeste au sein des dépenses d'assurance maladie, les soins des assurés à l'étranger ne se sont pas vu attribuer jusqu'à présent un rang de priorité élevé dans le pilotage de l'ONDAM, si l'on en juge par la simplicité des méthodes de prévision et de constat de cette dépense, par l'absence de mesures prises au cours des dernières années en vue de la maîtriser, ou par le maintien de règles de prise en charge anciennes et parfois fragiles. Des progrès ont été accomplis récemment, au premier chef par le transfert du CLEISS à la CNAMTS (Centre national des soins à l'étranger) de la gestion des dettes et créances internationales, en complément du remboursement individuel aux assurés.

Ces progrès restent à conforter selon quatre axes :

- une meilleure maîtrise de la prévision dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, et du suivi des réalisations dans le cadre de la révision des ONDAM en date de soins ;
- une meilleure cohérence de la dépense retracée dans cette composante de l'ONDAM, en réintégrant les dépenses liées qui n'y figurent pas (les transports) et en excluant celles qui relèvent d'une autre composante (les personnes handicapées accueillies hors des frontières, surtout en Belgique, qui relèvent de l'ONDAM médico-social) ;
- une clarification des règles de prise en charge de ces dépenses de soins à l'étranger. Outre le passage à la base des groupes homogènes de soins pour les hospitalisations, des économies sont possibles en clarifiant le périmètre des dépenses de soins remboursées hors Union Européenne et hors conventions bilatérales, ainsi qu'en différenciant de façon ciblée les tarifs de prise en charge de certains actes ;
- la poursuite d'une rationalisation de l'organisation de la fonction internationale au sein de l'assurance maladie.

Signataires du rapport

Laurent CAUSSAT

Véronique MARTIN SAINT LEON

Laurent VACHEY

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Etudier la mise en œuvre d'un croisement des données des registres consulaires avec ceux de l'assurance maladie	DFEAC – DSS - DGFIP	2016
2	Mettre en place un processus organisé d'échanges d'information entre la CNAMTS et la DSS sur la prévision initiale de la dépense de soins à l'étranger	CNAMTS - DSS	Sans délai
3	Mise en place par la CNAMTS d'une fonction de reporting régulier – trimestriel ou semestriel – sur l'évolution de la dépense.	CNAMTS	2016
4	Formaliser les échanges entre la Direction de la sécurité sociale et l'agence comptable de la CNAMTS quant à l'évaluation financière, à titre rétrospectif, de la dépense de soins à l'étranger, en impliquant, le cas échéant, la Direction des statistiques, des études et de la recherche de la CNAMTS.	CNAMTS – DSS	2016
5	Maintenir un niveau suffisant de priorité du projet OVERSI dans le schéma de développement des systèmes d'information de l'assurance maladie	CNAMTS	Jusqu'à l'achèvement du projet EESSI - 2018
6	Effectuer, à l'issue des négociations bilatérales en cours, un bilan final des dettes et créances relevant des nouveaux délais de la décision S10 présentées, contestées et acceptées	CNAMTS (CNSE)	Fin 2016
7	<p>Pour les autorisations préalables :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déléguer la gestion des autorisations préalables relevant du Médecin conseil national de la CNAMTS au pôle médical du CNSE • Maintenir la compétence des échelons locaux des services médicaux des CPAM pour les autres autorisations en veillant à une harmonisation de leurs pratiques, en profitant de l'expertise du CNSE • Prévoir explicitement la transmission systématique des décisions d'autorisation préalable des CPAM au service médical du CNSE afin qu'il puisse les corréler à l'effectivité des soins dont il est demandé le remboursement • Déléguer au CNSE l'instruction, en plus de la décision d'autorisation, des dossiers d'assistance médicale à la procréation 	CNAMTS	Fin 2016
8	Elaborer un véritable plan de lutte contre la fraude sur la partie dettes et créances internationales. Préciser aux CPAM qu'elles ne doivent pas opérer de double contrôle des décisions du CNSE, et transférer au CNSE la rédaction des mémoires relatifs aux recours devant les commissions de recours amiable	CNSE - CNAMTS	Fin 2016
9	Confier au CNSE, si nécessaire avec l'appui de l'agence nationale d'appui à la performance, une mission d'appui à l'organisation et de formation des établissements de santé et des CPAM quant à l'enregistrement des créances de soins sur l'étranger	CNAMTS - ANAP	2016 - 2017
10	<p>Pour les soins prodigués en dehors de la zone UE-EEE-Suisse et hors pays ayant signé une convention bilatérale avec la France :</p> <p>Option 1 : Supprimer tout remboursement par les régimes</p>	DSS	Début 2017

	français d'assurance maladie des soins inopinés prodigués. Revoir en conséquence la rédaction de l'alinéa 1 de l'article R.332-2 du Code de la sécurité sociale. Option 2 : Supprimer, hors hospitalisation, tout remboursement par les régimes français d'assurance maladie des soins inopinés, choix que la mission préconise.		
11	Abroger l'arrêté du 9 février 1978 et instaurer une grille tarifaire sur la base des Groupes Homogènes de Soins (GHS) du secteur public définis aux termes des trois ans d'expérimentation du CNSE avec : <ul style="list-style-type: none"> • au sein de la zone UE-EEE-Suisse, un remboursement des frais hospitaliers sur la base des Groupes Homogènes de Soins selon la méthode préconisée par le CNSE. • en dehors de la zone UE-EEE-Suisse, retenir, sauf exceptions, un remboursement des frais hospitaliers à hauteur de 50 % des Groupes homogènes de soins. 	DSS	2016 - 2017
12	Promouvoir une mise en place harmonisée de cette nouvelle grille tarifaire des hospitalisations à l'étranger sur la base des Groupes Homogènes de Soins du secteur public par les différents acteurs (autres régimes et CFE) et par une formation, dispensée par le CNSE	DSS – CNAMTS (CNSE)	2016 - 2017
13	Confier au médecin conseil l'examen systématique de la prise en charge des frais de transport avec celui de l'autorisation préalable des soins	CNAMTS	Fin 2016
14	Imposer aux caisses primaires d'assurance maladie, pour le régime général, la transmission au CNSE des demandes de remboursement de frais de transport des assurés entre la France et l'étranger, qui déterminera la prise en charge des transports sur la base d'une application uniforme de la réglementation et des référentiels	CNAMTS	Fin 2016
15	Rectifier le périmètre des 1 ^{er} et 7 ^{ème} sous objectif de l'ONDAM afin d'intégrer les frais de transport occasionnés à l'occasion de soins à l'étranger	DSS	Septembre 2016
16	Transférer sur l'ONDAM médico-social la dépense relative à l'hébergement d'adultes handicapés à l'étranger, dans le cadre d'une enveloppe fermée et d'agrément limitatifs des établissements d'accueil	DSS	Septembre 2016
17	Déterminer, après consultation des ambassades ou consulats Français par le Ministère des affaires sociales, des tarifs de remboursement des séances de dialyse en fonction des pratiques de certains pays hors de l'Union Européenne et, <i>a minima</i> dans les pays du Maghreb	DSS - DEFAC	2016
18	Etudier la possibilité de regrouper dans une structure unique des fonctions internationales spécialisées, aujourd'hui dispersées au sein du réseau de l'assurance maladie	CNAMTS	2016 - 2017
19	Réévaluer la pertinence des missions qui restent au CLEISS, en amont d'une éventuelle convention d'objectifs et de gestion	DSS	2016
20	Instaurer, à l'initiative de la DSS, des rencontres thématiques régulières d'échanges associant l'ensemble des acteurs impliqués dans le remboursement des soins à l'étranger	DSS	2016

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES
SECRETARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DU BUDGET

Paris, le - 7 DEC. 2015

Madame la Cheffe du service de l'Inspection général des finances

Monsieur le Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

OBJET : Revue des dépenses – Mission sur les soins à l'étranger des assurés

L'organisation de la prise en charge des dépenses de soins à l'étranger des assurés d'un régime français est aujourd'hui gérée par l'assurance maladie (CNAMTS). Les paiements réalisés par la France vers l'étranger ont sensiblement augmenté entre 2004 et 2013 (+ 7,9%) et représentent aujourd'hui 580 millions d'euros¹.

En cohérence avec les recommandations émises par la Cour des comptes dans son rapport annuel sur le financement de la sécurité sociale pour 2010 et du rapport de l'inspection générale des Finances et de l'inspection générale des affaires sociales de 2012 relatif à l'évaluation du dispositif français de gestion des dettes et créances internationales de l'assurance maladie, le transfert de la mission de gestion du recouvrement des créances et du règlement des dettes internationales d'assurance maladie du CLEISS vers la CNAMTS, prévu par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de l'année 2014 et rendu effectif depuis janvier 2015, vise à améliorer la performance de la gestion de ces dossiers internationaux et à développer des actions de maîtrise du risque sur le segment concerné de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM, dettes des régimes). La CNAMTS a confié cette mission au centre national de soins à l'étranger (CNSE), rattaché à la CPAM du Morbihan.

Dans ce contexte, nous souhaitons que vos services conduisent une revue de dépenses dans le cadre prévu par l'article 22 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019.

Vos travaux devront s'inscrire dans la perspective de leur éventuelle intégration aux prochaines lois financières. Vous accorderez, en conséquence, une grande importance au chiffrage de vos propositions, à leur caractère opérationnel ainsi qu'à leur calendrier de mise en œuvre. Nous souhaitons en particulier que vous documentiez les gains que génèreraient les différents scénarios de réformes que vous établirez.

¹ Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale – septembre 2015

Tout d'abord, vous dresserez un premier bilan du transfert de la gestion des créances et des dettes du CLEISS vers le CNSE et vous ferez des propositions pour optimiser cette gestion, y compris en termes d'évolution du système d'informations de l'assurance maladie et de suivi statistique.

Dans un deuxième temps, vous réaliserez une analyse des déterminants de la dépense de soins réalisés à l'étranger au bénéfice des assurés sociaux, en distinguant les soins dispensés dans la zone UE-EEE ou en Suisse de ceux réalisés dans les autres pays.

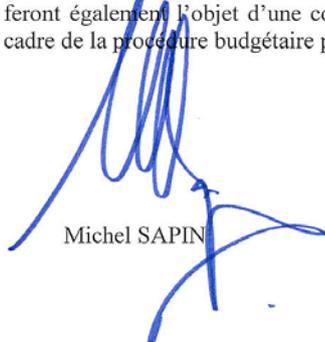
Dans le cadre de l'espace européen, cette analyse portera sur les principaux facteurs d'évolution de cette dépense, afin d'en expliquer les évolutions ainsi que les motifs de recours et d'en améliorer la prévisibilité, en particulier, lorsqu'il s'agit de soins programmés soumis à autorisation préalable de l'assurance maladie assortis des frais de transport correspondants ou bien de soins dispensés dans le cadre d'accords transfrontaliers entre la France et ses voisins.

Il importe également de procéder à une comparaison européenne, en particulier avec le Royaume-Uni et l'Allemagne, afin d'identifier les points de convergence et de divergence avec ces pays en matière de prise en charge des frais de santé à l'étranger.

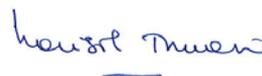
Enfin, vous proposerez des leviers de régulation de cette dépense. S'agissant de la zone se situant en dehors de l'UE-EEE ou de la Suisse, la mise en place de tarifs de remboursement différenciés selon les pays est l'une des pistes qu'il convient d'approfondir.

Pour conduire vos travaux, vous pourrez vous appuyer sur les services des ministères en charge de la santé, des affaires sociales et des droits des femmes, ainsi que sur les services du ministère des finances et des comptes publics.

Vous nous remettrez vos conclusions et recommandations avant la fin du mois de février 2016. Conformément à ce que prévoit la loi de programmation des finances publiques, vos travaux feront également l'objet d'une communication au Parlement, et pourront être utilisés dans le cadre de la procédure budgétaire pour l'année 2016.



Michel SAPIN



Marisol TOURAINE



Christian ECKERT

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinets ministériels

- **Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes**
 - ✓ Yann-Gaël AMGHAR, directeur adjoint au cabinet de la ministre
 - ✓ Sheraz GASRI, conseillère

- **Ministère des finances**
 - ✓ Sophie MARTINON, conseillère comptes sociaux

Administrations centrales

- **Direction de la Sécurité sociale**
 - ✓ Thomas FATOME, Directeur de la sécurité sociale
 - ✓ Séverine SALGADO, cheffe de la division des affaires communautaires et internationales (DACI)
 - ✓ François BRILLANCEAU, adjoint à la cheffe de la DACI
 - ✓ Bénédicte GOUILLY-FROSSARD, chargée de mission à la DACI
 - ✓ Damien VERGE, adjoint au sous-directeur du financement du système de soins
 - ✓ Emmanuel CHION, chef du bureau « Économie de la santé »
 - ✓ Charlotte LESPAGNOL, adjointe au chef du bureau « Économie de la santé »
 - ✓ Akram EL SAADANY, chargé de mission au bureau « Économie de la santé »

- **Direction générale du budget**
 - ✓ Jean-François JUERY, sous-directeur de la synthèse des comptes sociaux (6^{ème} sous direction) à la direction du Budget, au ministère des Finances et des Comptes Publics
 - ✓ Claire VINCENTI, chef de bureau des comptes sociaux et de la santé

- **Délégation aux affaires européennes et internationales**
 - ✓ Nathalie NIKITENKO, Cheffe de service, déléguée aux affaires européennes et internationales
 - ✓ Cyril VINSONNAUD, adjoint au chef du bureau des politiques et relations européennes

- **Direction des français à l'étranger et de l'administration consulaire (ministère des affaires étrangères)**
 - ✓ Laurence HAGUENAUER, directrice adjointe des français de l'étranger et de l'administration consulaire
 - ✓ Sylvain RIQUIER, sous directeur des français de l'étranger
 - ✓ Catherine MANSIP, sous directrice de l'expatriation, de la scolarité et de l'action sociale
 - ✓ Christophe JEAN, adjoint de la chef de mission des conventions et de l'entraide judiciaire

- **Direction générale des finances publiques**
 - ✓ Guillaume TALON, sous-directeur GF1, gestion fiscale des particuliers
 - ✓ Maryvonne LE BRIGNONEN
 - ✓ Camille BEAUVIEUX

Régime général de la sécurité sociale

- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés**
 - ✓ Fanny RICHARD, responsable du département de la réglementation
 - ✓ Madame MINARD, directrice adjointe à la Direction Déléguée des Finances et de la Comptabilité
 - ✓ Monsieur GILLET, directeur de cabinet du Directeur Délégué aux Opérations (DDO)
 - ✓ Madame GORECKI, chargée d'études au cabinet DDO
- **Centre national des soins à l'étranger (CPAM de Vannes)**
 - ✓ Mohamed AZGAG, directeur
 - ✓ Frédérique BOITARD, directrice adjointe
 - ✓ Docteur CALON, praticien conseil
 - ✓ Sylvie SCOCARD, agent comptable
 - ✓ Bruno BOLZE, fondé de pouvoir
 - ✓ Fabienne AUBAUD, responsable de département
 - ✓ Pierre LANCIEN, responsable de service
 - ✓ Bruno CHAGNY, responsable informatique
- **Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale**
 - ✓ Philippe SANSON, directeur
 - ✓ Jean-Paul LETERTRE, responsable du point de contact national pour les soins transfrontaliers
 - ✓ Emmanuelle ELDAR, direction des affaires juridiques
 - ✓ Muriel CHAPELAIN, direction des études financières et statistiques
- **Caisse des français de l'étranger**
 - ✓ Michel TOUVEREY, directeur
- **Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés**
 - ✓ Eric MICHON, directeur des assurés de l'étranger à la CNAV
 - ✓ Véronique OPTAT DI BELLA, responsable du département en charge de l'ODSS au sein de la direction des assurés de l'étranger (DAE)
 - ✓ Marie-Lou BRAS, responsable secteurs ODSS
 - ✓ Mathieu de la RUE du CAN, département études et développement, pôle offre de service d'intérêt collectif, responsable de domaine SI « déclaration »

- **Caisses primaires d'assurance maladie**
 - **Caisse primaire d'assurance maladie de Melun et représentants de la CPAM d'Evry au titre de la mutualisation des relations internationales entre les deux caisses**
 - ✓ Patrick BOÏS, directeur
 - ✓ Clothilde LAMY, directrice des prestations
 - ✓ Crystelle LUCET, conseiller du système d'information
 - ✓ Docteur ABBASSI, médecin conseil
 - ✓ Pierrette GARNIER, responsable du contrôle
 - ✓ Brigitte BARRAU, agent comptable
 - ✓ Nadine COCHIN, responsable du pilotage du processus des dossiers clients et des relations internationales à la caisse d'Evry et pour le compte de la caisse de Melun
 - ✓ Françoise GUICHARD, responsable de pôle à la caisse d'Evry et pour le compte de la caisse de Melun
 - **Centre national des retraités français de l'étranger (CNAREFE) géré par la caisse primaire d'assurance maladie de Melun**
 - ✓ Patrick BOÏS, directeur
 - ✓ Cécile BABEF, responsable administration de la plateforme téléphonique et du pilotage du CNAREFE
 - ✓ Odile TOLDMA, directrice clientèle et accès aux droits au CNAREFE
 - ✓ Pierrette GANIER responsable du contrôle
 - **Caisse primaire d'assurance maladie de Metz**
 - ✓ Maxime ROUCHON, directeur
 - ✓ Simon SCHMIDT, sous directeur basé à Sarreguemines
 - ✓ MICALLEF Yohan, technicien en relation internationales
 - ✓ Laure LAPICQUE, responsable de département prestation en nature et diadème
 - ✓ Emmanuelle RAMOIGNINO, responsable du service relations internationales
 - ✓ Pascale CARRIAS, cadre technique relation, pôle national d'expertise relation internationales (espace partagé à la caisse nationale et le CNSE y aura accès pour échanges et harmonisation)
 - ✓ Lilliane BECKER, responsable du département gestion des bénéficiaires (dont fait partie le service relation internationales)
 - **Caisse primaire d'assurance maladie de Roubaix-Tourcoing**
 - ✓ Philippe BOUQUET, directeur
 - ✓ Blandine GOHIER, directrice adjointe
 - ✓ Virginie LEMIEUGRE, responsable du secteur international
 - ✓ Didier FRERE, responsable des prestations en nature
 - ✓ André SZMETANA, responsable du pôle hospitalisation
 - ✓ Docteur Francine MACADRE, médecin conseil

Autres régimes de sécurité sociale

- **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole**
 - ✓ Christine DUPUY, direction réglementation et appui au réseau
 - ✓ Pascale BARROSO, direction métier assurance maladie obligatoire
 - ✓ Damien OZENFAND, direction des statistiques (prestations maladie)
 - ✓ Bénédicte FEILLUEUX, direction des politiques publiques et gestion des risques
 - ✓ Marc BONDEAU : médecin conseil chargé de l'expertise médico sociale individuelle
 - ✓ Pierre BATTAGLINI : direction comptable et financière.
 - ✓ Ghislaine ROSAY,
- **Caisse nationale du régime social des indépendants**
 - ✓ Franceline FERY, mission des relations internationales
 - ✓ Alain MASCLAUX, directeur santé
 - ✓ Catherine NUTTIN, agence comptable
 - ✓ Docteur ?, adjoint du médecin conseil national

Organismes dispensateurs de couvertures maladie complémentaires

- **Fédération nationale de la Mutualité Française**
 - ✓ Marylène OGE-JAMMET, directrice adjointe santé
 - ✓ Marie BYÉ, responsable de la gestion des régimes obligatoires
- **Mutuelle générale de l'éducation nationale**
 - ✓ Christine BOUDINEAU, directrice de la réglementation des régimes obligatoires et complémentaires
 - ✓ Marie BLANCHARD, responsable du développement international
 - ✓ Caroline GRÉCO, responsable du remboursement des soins à l'étranger au titre du régime obligatoire
 - ✓ Régis MOUSAIN, responsable de l'action technique au titre du régime complémentaire
 - ✓ David REYSSEGUIER, responsable de la section extra-métropolitaine (site du Mans)

Opérateurs d'assistance sanitaire à l'international

- **Mondial Assistance**
 - ✓ Eliane AGEZ, directeur adjoint du département gestion des prestataires - direction prestations et achats
 - ✓ Valerie DUR, responsable en charge des relations avec le CNSE
 - ✓ Docteur Catherine PORTE, directeur médical
 - ✓ Valerie FARAON COLLARDEY, responsable en charge du contrôle des frais médicaux sur le plateau d'assistance
- **Europ Assistance**
 - ✓ Pascale PELE, directeur gestion des risques
 - ✓ Valérie TOULET, responsable de service engagement des dépenses
 - ✓ Daniel BOULANGER, directeur médical

Commission Européenne

➤ Direction générale Emploi

- ✓ Maria-Luisa CABRAL, chef direction Emploi
- ✓ Jörg TAGGER, chef adjoint de l'unité D2 « Coordination de la sécurité sociale »
- ✓ Marzena BRAUHOFF, team leader, l'unité D2 « Coordination de la sécurité sociale »
- ✓ Bernhard ZAGLMAYER, legal officer, unité D2 « Coordination de la sécurité sociale »
- ✓ Franciska BARABAS KOMIVES, legal officer, unité D2 « Coordination de la sécurité sociale »

➤ Direction générale Santé

- ✓ Balazs LENGYEL, « legal officer », unité B3 « soins transfrontaliers, E-santé »
- ✓ Martin RUTHERFORD, « legal officer », unité B3 « soins transfrontaliers, E-santé »

Département de la santé, du travail et des pensions de Londres

➤ UK Departments of Health and of Work and Pensions

- ✓ Rebecca SINCLAIR, Policy Manager - EU & International Cross-border Healthcare Policy, Department of Health
- ✓ Rob DICKMAN, Team Leader/Senior Policy Adviser – EU & International Health Policy, Department of Health
- ✓ Natasha KOCSIS, Policy Officer - EU & International Health Policy, Department of Health
- ✓ Judith PHAROAH, Overseas Healthcare Team Manager, Department for Work & Pensions
- ✓ Marie KEIRLE, Advisor for Health and Social affairs, French Embassy in the UK

Allemagne (contacts)

- ✓ Manuel BOUGEARD, Conseiller pour les affaires sociales, Ambassade de France à Berlin
- ✓ Christine JACOB, administratrice civile en mission auprès du Conseiller pour les affaires sociales, Ambassade de France à Berlin
- ✓ Ariane RODEKUHR, service pour les affaires sociales, Ambassade de France à Berlin

ANNEXE 1 : LES SOINS DENTAIRES A L'ETRANGER

L'EVOLUTION DES SOINS DENTAIRES A L'ETRANGER

En ce qui concerne les soins dentaires à l'étranger, la motivation des assurés Français semble essentiellement liée aux coûts de certains traitements. En effet, si les soins médicaux sont plutôt bien remboursés en France, tel n'est pas le cas pour les soins de prothèse.

Le montant dépensé en 2015 par les assurés pour des soins dentaires (38 190 actes) à l'étranger est le 5^{ème} poste plus important recensé par le CNSE et représente plus de 12 M€ (5,6 %) après les placements en Belgique, les hospitalisations, les dialyses et les actes de chirurgie. Ils ne représentent néanmoins que 2,1 % des soins remboursés pour un montant de que 2,9 M€. La prise en charge de ces soins est de l'ordre de 24 %.

Ces chiffres démontrent la poursuite de l'évolution des soins dentaires dispensés à l'étranger qui avaient déjà connu en 2014¹⁷⁶ une croissance des dépenses des assurés de 10 % (11,7 M€ pour 24 483 dossiers) et des remboursements de 16 % (2,7 M€) par rapport à 2013. Si la dépense moyenne par dossier tend à diminuer, soit 479 € en 2014 (- 4,4 %), leur remboursement moyen passe de 109 à 110 €

Plus de 92 % des dossiers, 95,4 % des dépenses et 95,9 % des remboursements concernent des soins effectués dans la zone UE-EEE-Suisse et le montant des dépenses au sein de cette zone ne cesse de progresser (+ 11,5 % par rapport à 2013 et + 20,4 % par rapport à 2011)¹⁷⁷ tandis que celui le montant des dépenses en dehors de la zone UE ne cesse de diminuer (- 13,7 % par rapport à 2013 et - 55,7 % par rapport à 2011), ainsi que le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 11 : Montants des dépenses et des remboursements pour des soins dentaires en 2014

Zone géographique	Dossiers	Evolution / 2013	Montant dépensé (€)	Evolution / 2013	Montant remboursé (€)	Evolution / 2013
UE-EEE-Suisse	22 572	19,3%	11 172 533	11,5%	2 583 464	18,1%
Hors UE	1 911	- 18,9%	543 365	- 13,7%	110 037	- 18,7%
TOTAL	24 483	15,1%	11 715 897	10,0%	2 693 501	16,0%

Source : Pôle médical CNSE.

Les données disponibles de 2014 montrent que la Hongrie (3,2 M€), l'Espagne (2,7 M€), le Portugal (1,7 M€) et l'Italie (1,1 M€) concentrent à eux seuls 65 % des dossiers dentaires à l'étranger (15 924), 75,2 % des dépenses des assurés (8,8 M€) et 74,5 % des remboursements (2 M€).

¹⁷⁶ A titre de comparaison, en 2014, 2,63 Md€ ont été remboursés pour des soins dentaires en France (rapport CNSE 2014).

¹⁷⁷ Ce taux moyen d'évolution cache des évolutions parfois importantes : la dépense pour des soins dentaires en Espagne et au Portugal a progressé respectivement de 25,1 % et 30,8 %. La dépense italienne a chuté de 8,5 % par rapport à 2013 mais le montant dépensé en Italie pour des soins dentaires a augmenté de 164,8 % entre 2011 et 2014.

Tableau 12 : Les soins dentaires en UE-EEE-Suisse en 2014 (10 premiers pays en termes de montants dépensés)

	Pays de soins	Dossiers	Montant dépensé (€)	Dépense moyenne (€)	Montant remboursé (€)	Prise en charge (%)
1	Hongrie	2 279	3 253 606	1 428	746 734	23,0%
2	Espagne	4 469	2 742 924	614	512 357	18,7%
3	Portugal	7 959	1 706 260	214	574 074	33,6%
4	Italie	1 224	1 122 052	917	176 163	15,7%
5	Allemagne	1 862	656 921	353	135 133	20,6%
6	Roumanie	526	543 570	1 033	151 931	28,0%
7	Belgique	1 388	299 916	216	67 450	22,5%
8	Pologne	849	270 302	318	89 072	33,0%
9	Bulgarie	164	78 337	478	29 537	37,7%
10	Pays-Bas	225	75 968	338	16 690	22,0%
	Sous-total	20 945	10 749 856	513	2 499 141	23,2%

Source : Pôle médical CNSE

Selon le CNSE, les tarifs des pays de l'Est sont un tiers moins chers qu'en France, à qualité égale. L'impact financier de ces pratiques apparaît relativement neutre pour l'assurance maladie, mais ce phénomène peut éventuellement avoir des incidences sur l'organisation des soins dentaires en France.

ANNEXE 2 :

RECAPITULATIF DES TEXTES ET PRISES EN CHARGE AU SEIN ET HORS DE L'UE-EEE-SUISSE (HORS CONVENTIONS BILATERALES)

Prise en charge des soins au sein de la zone UE-EEE-Suisse			
Situations	Textes applicables	Principe de remboursements si avance de frais	Procédure assurance maladie (RG-MSA-RSI)
Soins médicalement nécessaires (inopinés, urgents) en cas de séjour temporaire	Règlements européens 883/2004 (art 19) et 987/2009	Principe de remboursement au tarif du lieu de soins. Par dérogation et sur demande, au tarif français	<p>La CEAM* (validité 2 ans) émise par le régime d'affiliation facilite la prise en charge des soins inopinés et permet le tiers payant principalement dans les hôpitaux publics. L'assuré doit donc parfois faire l'avance des soins, ce qui sera toujours le cas en l'absence de CEAM.</p> <p>- En cas de tiers payant, le pays où les soins sont prodigués envoie la facture correspondante au pays d'affiliation via son organisme de liaison.</p> <p>- En cas d'avance de frais :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. remboursement possible sur place auprès de l'institution du lieu de séjour 2. remboursement au retour auprès de sa caisse d'affiliation (sur présentation des factures acquittées et du formulaire S 3125) <p>* A défaut de CEAM, l'assuré peut demander à sa caisse d'affiliation, depuis son lieu de séjour, un certificat provisoire de remplacement (CPR) pour attester de ses droits à l'assurance maladie.</p>
Soins programmés dans un autre Etat que celui d'affiliation	Règlements européens : Reg 883/2004 (art 20) et 987/2009 combinés avec la directive 2011/24. R.332-4 CSS Selon les cas, conventions sanitaires transfrontalières	Principe de remboursement au tarif du lieu de soins. Par dérogation et sur demande au tarif français	<p>Concerne les soins ou traitements correspondant à une prise en charge « lourde » (1 nuit d'hospitalisation, équipements médicaux spécialisés et coûteux définis par l'arrêté du 27 mai 2014)*.</p> <p>Avant le départ, une autorisation préalable de prise en charge est à demander auprès de sa caisse d'affiliation (via le formulaire S2 "droits aux soins programmés"). En l'absence de réponse au bout de 14 jours, l'autorisation est réputée accordée. L'accord sera systématique dans le cas où le soin, dont la prise en charge est prévue sur le plan national, n'est pas disponible en France dans un délai raisonnable compte tenu de l'état du patient.</p> <p>En cas d'avance de frais, le remboursement se fera au retour par la caisse d'affiliation (sur présentation des factures acquittées et du formulaire S 3125)</p> <p>* Des conventions sanitaires transfrontalières (avec la Belgique, l'Allemagne et l'Espagne) permettent la dispense d'autorisation préalable pour certains soins spécialisés et dans des zones frontalières déterminées.</p>
Soins ambulatoires (consultation médicale, kinésithérapie, optique sur prescription..)	Directive 2011/24	Principe de remboursement au tarif français	<p>Pas de procédure spécifique.</p> <p>Demande de remboursement via le formulaire S 3125 avec transmission des factures acquittées.</p>
Soins liés à la résidence (salariés et fonctionnaires détachés, pensionnés)	Règlement européen de base : Reg 883/2004	Remboursement au tarif du lieu de soins	<p>Inscription à l'assurance maladie obligatoire dans le nouvel Etat de résidence via le formulaire S1</p> <p>Remboursement des frais de santé entre Etats (via les organismes de liaison)</p>

Prise en charge des soins hors de la zone UE-EEE-Suisse et hors convention bilatérale avec la France			
Situations	Texte applicable	Principe de remboursements	Procédure assurance maladie (RG-MSA-RSI)
Soins médicalement nécessaires (inopinés, urgents) en cas de séjour temporaire	R.332-2 al.1 du CSS	Remboursement forfaitaire, dans la limite des tarifs français de sécurité sociale	<p>Demande de remboursement par l'assuré à sa caisse d'affiliation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les soins inférieurs à 500 €, le régime général rembourse à hauteur de 33 % du coût réel des soins inopinés. - Le RSI rembourse, après avis du médecin conseil, les soins inopinés sur la base des tarifs français. - La MSA remboursera éventuellement les soins sur présentation de la facture. <p>Pour les hospitalisations : sur la base de prix de journée (arrêté de 1978) pour la MSA, sur la base des Groupes Homogènes de Soins (GHS) pour le régime général et le RSI (ce dernier se basera sur un prix de journée à défaut de données médicales)</p>
Soins programmés	R.332-2 al.3 du CSS	Selon les situations spécifiques, après analyse du médecin conseil national	<p>Cette situation demeure exceptionnelle, lorsque l'assuré peut établir qu'il ne pouvait recevoir sur le territoire national français les soins appropriés à son état de santé.</p> <p>Avant le départ, une autorisation préalable de prise en charge est à demander auprès de sa caisse d'affiliation. En l'absence de réponse au bout de 2 mois, l'autorisation est réputée refusée.</p>
Soins liés à la résidence (expatriés, pensionnés)			Inscription à l'assurance maladie obligatoire dans le nouvel Etat de résidence et/ou s'affilier de façon volontaire à la Caisse des Français de l'étranger

Source : Mission

ANNEXE 3 : PROCESSUS D'ELABORATION DES DEPENSES DE SOINS A L'ETRANGER EN DATE DE SOINS POUR LES EXERCICES 2013 – 2014 - 2015

Aux premiers trimestres 2014 et 2015, dans le cadre du constat des ONDAM 2013 et 2014, la Direction de la sécurité sociale a pu bénéficier, de la part du CLEISS, d'extractions de la base de données METIS dans laquelle sont enregistrées les créances transmises par les organismes de liaison étrangers. Cette opération a permis d'estimer, pour les pays à l'égard desquels la France a les montants de dettes les plus significatifs, la « matrice » permettant de répartir par année de soins les différents paiements effectués au cours d'un exercice. Le tableau suivant présente, pour l'ensemble des pays pris en compte dans les calculs de la DSS¹⁷⁸, la répartition par année de soins des factures incluses dans les lettres d'introduction de créances présentées au cours d'une année, ce depuis le début de la présente décennie et jusqu'en 2014.

Tableau 13 : Répartition par année de soins des factures incluses dans les lettres d'introduction de créances présentées en cours d'année de 2010 à 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
N	19,32%	11,25%	4,62%	11,85%	12,01%
N - 1	65,45%	56,51%	44,18%	60,61%	61,85%
N - 2	10,95%	19,31%	27,25%	25,01%	24,02%
N - 3	2,37%	4,99%	13,33%	2,11%	1,59%
N - 4	0,38%	0,70%	4,06%	0,27%	0,41%
N - 5	0,39%	6,97%	5,72%	0,08%	0,07%

Source : Direction de la sécurité sociale.

Ce tableau donne à voir certaines régularités : une part modale, presque toujours supérieure à 50 %, des soins reçus dans l'année précédente dans les factures présentées une année donnée ; des parts minoritaires des soins reçus l'année courante – toujours inférieures à 20 %) – et deux ans auparavant – qui s'étage entre 10 % et 30 %. En règle générale la prise en compte de trois années de soins successives permet de cumuler plus de 90 % de la dépense présentée. Cependant, les années 2011 et 2012 font exception, avec une part moins importante de l'année N - 1, et plus significative pour les années N - 2 et N - 3. Au total, il apparaît que la répartition par années de soins des factures présentées une année donnée peut connaître des variations importantes d'une année sur l'autre.

Dans le cas des forfaits, la répartition par année de soins a connu de fortes évolutions depuis 2010 (cf. Tableau ci-dessous), qui peuvent s'expliquer par la mise en place du nouveau calendrier de publication des coûts moyens par les États membres de l'Union européenne. Les tendances des années 2013 et 2014 montrent toutefois une très forte augmentation de la part des introductions au titre de soins prodigués au cours de l'année N - 2. En 2014, cette part devient même très proche de 100%.

¹⁷⁸ Union européenne : Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Portugal, Royaume-Uni ; Suisse ; collectivités d'outre-mer : Nouvelle-Calédonie, Polynésie ; Maghreb : Algérie, Maroc, Tunisie.

Tableau 14 : Répartition par années de soins des forfaits présentés de 2010 à 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
N - 2	76,28%	21,83%	32,62%	86,76%	94,79%
N - 3	0,00%	43,41%	50,80%	13,02%	0,00%
N - 4	0,04%	34,64%	13,21%	0,16%	0,00%
N - 5	23,65%	0,00%	2,95%	0,05%	0,04%

Source : Direction de la sécurité sociale.

Les deux tableaux précédents résultent de l'agrégation des « matrices » relatives aux pays pris en compte. Or, des disparités existent entre les matrices singulières estimées pour chaque pays, qu'il n'est pas utile de commenter en détail ici. D'une façon générale, la Direction de la sécurité sociale considèrerait au début 2015 que, les années de soins jusqu'en 2011 pouvaient être considérées comme complètes pour tous les pays, à l'exception du Portugal pour lesquelles des écarts importants persistaient entre les créances présentées et les charges attendues au vu des chroniques antérieures (35 M€ manquants sur l'exercice 2011, et 20 M€ au titre de 2010).

Une variabilité importante persiste donc dans le rattachement aux exercices antérieurs des créances présentées annuellement par les organismes étrangers aux années de soins courantes et précédentes porte sur les factures. L'impact potentiel de cette variabilité doit être souligné : un transfert de 10 points de la répartition effective des factures d'une année de soins sur l'autre, qui représente un ordre de grandeur plausible au vu des évolutions présentées au tableau ... précédent, relativement à la répartition retenue dans la prévision initiale, reviendrait à ajouter ou retrancher 30 M€ environ au montant prévu de ces factures en dates de soins, soit de l'ordre de quatre points de pourcentage d'évolution.

Lors du constat de l'ONDAM pour 2013, au 1^{er} trimestre 2014, la Direction de la sécurité sociale s'est bornée à appliquer les coefficients de conversion des données en années de présentation en données en années de soins qu'elle avait estimés, et ont retenu un montant de dépenses de soins à l'étranger (dettes internationales + remboursements aux assurés) de 573,4 M€. Ce montant n'a pas été confronté aux données comptables des régimes, ce qui pouvait être justifié par le fait que c'est le CLEISS qui était à l'époque en charge de la centralisation des dettes internationales d'assurance maladie.

En mars 2015, à l'occasion du constat initial de l'ONDAM pour 2014, les calculs des dépenses de soins à l'étranger, en dates de soins, réalisés par la Direction de la sécurité sociale à partir de l'extraction de la base METIS, ont été rapprochés des montants des provisions inscrits par la CNAMTS dans ses comptes pour 2014 au titre des dettes d'assurance maladie. La CNAMTS, désormais chargée de la gestion des dettes et créances internationales, avait en effet pris en charge le calcul des provisions à inscrire dans les comptes des régimes d'assurance maladie, et ce malgré l'impossibilité dans laquelle le CLEISS s'est trouvé de fournir à l'assurance maladie un arrêté des comptes des dettes et créances internationales au 31 décembre 2014. Elle a mis en œuvre à cette fin une méthodologie voisine de celle adoptée par la DSS, à savoir une estimation de la distribution par années de soins des dépenses contenues dans les lettres d'introduction de créances présentées chaque année, à partir d'une requête extra-comptable dans les données de la base METIS. La Direction de la sécurité sociale a validé l'estimation du montant de dépenses futures en dates de soins au titre des exercices 2014 et antérieurs, et en y ajoutant le montant des charges payées ou restant à payer en 2014 au titre des dettes internationales relatives à des soins prodigués en 2014 (80 M€), a arrêté un montant de dépenses de soins à l'étranger pour 2014 de 658,2 Md€. Le montant de la dépense pour 2013 avait par ailleurs été révisé à 598,4 M€.

Ainsi, au début 2014, la chronique d'évolution de la dépense de soins des assurés français à l'étranger était celle décrite au tableau n° 3 ci-dessous. Elle traduisait une évolution rapide de cette dépense, en moyenne de + 7,1 % par an entre 2010 et 2014. Parallèlement, l'objectif de dépenses pour 2015, initialement estimé à 630,8 M€ dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, était fortement révisé à 693,1 M€ à l'issue du constat de l'ONDAM 2014. Ce sont ces évolutions rapides qui sont reprises dans la lettre de mission des Ministres chargés des affaires sociales et des finances, et qui ont motivé l'inscription des dépenses de soins à l'étranger sur la liste des revues de dépenses à mener en 2016 dans le projet de loi de finances pour 2016.

Tableau 15 : Montants des dépenses de soins à l'étranger estimés au 1^{er} trimestre 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015(p)
Montants en M€	499,5	500,3	536,1	598,4	658,2	693,1
Evolution en %		0,2%	7,1%	11,6%	10,0%	5,3%

Source : Direction de la sécurité sociale.

ANNEXE 4 : PRESENTATION DES SYSTEMES D'ASSURANCE MALADIE EN ALLEMAGNE ET AU ROYAUME-UNI

L'ASSURANCE MALADIE EN ALLEMAGNE

D'après les informations contenues sur le site du CLEISS et les éléments recueillis par la mission auprès du conseiller social, il ressort qu'il existe 3 types de couverture maladie en Allemagne :

- l'assurance maladie légale – GKV (régime public, 90 % de la population) ;
- l'assurance maladie privée d'une compagnie d'assurance allemande ou étrangère – PKV ;
- une combinaison des deux types de protection (13 millions d'assurés sociaux relevant du régime légal souscrivent une assurance maladie complémentaire auprès d'une caisse privée).

Depuis le 1^{er} janvier 2009, toute la population est soumise à une obligation générale d'affiliation au régime légal d'assurance maladie ou à l'assurance maladie privée.

Toute personne peut être assurée à l'assurance maladie légale. Y sont obligatoirement affiliés : les salariés (jusqu'à un certain plafond de revenus), les stagiaires et les personnes en formation professionnelle, les étudiants, les agriculteurs, les artistes, journalistes et publicistes, les pensionnés (s'ils ont été affiliés, de façon prépondérante pendant la deuxième partie de leur vie active, au régime légal de l'assurance maladie ou ont bénéficié de l'assurance familiale dans le cadre de celui-ci), les personnes handicapées exerçant une activité dans un atelier agréé ou participant à des mesures de promotion professionnelle, et les personnes bénéficiant de prestations en espèces de l'assurance chômage.

L'affiliation auprès d'une caisse privée dépend du statut - de manière générale, toute personne à son compte (« selbständig »), fonctionnaire (« Beamter ») et en free-lance (« Freiberufler ») peut s'inscrire dans une caisse privée - mais aussi du choix de l'assuré selon ses revenus : un salarié doit pouvoir justifier d'au moins une année de salaire égal au seuil minimum (54 900€) pour faire le choix d'affiliation à une caisse privée.

Les caisses privées assurent l'individu tandis que les caisses publiques assurent un foyer sans augmentation de la cotisation. Outre la palette des soins couverts, plus ou moins large, un assuré privé a souvent accès plus rapidement aux soins qu'un assuré public.

Il existe plusieurs dizaines de caisses privées, et quelques 132 caisses publiques (les caisses, encore au nombre de 420 en 2000, étaient historiquement organisées selon des spécialisations de métiers ou de catégories d'entreprises). Depuis 1996, chacun est libre de choisir la caisse publique à laquelle il veut cotiser.

A partir du 1^{er} janvier 2009, un nouveau mode de financement des caisses publiques a été instauré (*Gesundheitsfond*). Les 132 caisses existantes sont tenues de demander le même taux à leurs adhérents, les cotisations sont versées dans un fond central, et reversées à chaque caisse au prorata de ses besoins. Le système est géré par des associations à but non lucratif (réunissant les partenaires sociaux) travaillant avec l'Etat pour administrer le programme national de santé (*Gesetzliche Krankenkassen*). En 2009, a été créée la fédération nationale des caisses d'assurance-maladie (GKV). Cette entité est chargée de chapeauter l'ensemble des caisses.

Le système des caisses publiques est financé par les cotisations des adhérents (salariés et employeurs), à taux uniforme (sous plafond) ; pour les caisses privées le taux de cotisation est variable selon le profil de risque et le contrat.

Les consultations sont en générale réglées au professionnel de santé directement par les caisses d'assurance maladie, l'assuré bénéficiant du tiers payant. Une participation forfaitaire du patient est perçue sur chaque boîte de médicaments prescrite. Les assurés sociaux allemands peuvent choisir librement un médecin ou un dentiste conventionné (90 % des médecins et dentistes le sont). Seuls ces médecins peuvent proposer aux patients des traitements ouvrant droit à une prise en charge de la part du régime d'assurance maladie public. Les caisses d'assurance maladie paient les frais de traitements des médecins ou des hôpitaux directement à ces derniers.

L'ASSURANCE MALADIE AU ROYAUME-UNI

Le *National Health Service* (NHS) - service public de la santé la Grande Bretagne - est né en 1948, comme pilier du *Welfare State*, ou Etat Providence, mis en place par le gouvernement travailliste de l'après-guerre.

Le régime britannique de protection sociale est de type général ; il couvre l'ensemble des résidents réguliers sur le territoire du Royaume-Uni. Il est institué au plan national, avec toutefois quelques spécificités selon les pays - Angleterre, Ecosse, Pays de Galles et Irlande du Nord -, et financé par l'impôt.

Toutes les personnes résidant au Royaume-Uni peuvent bénéficier des prestations en nature dans le cadre du NHS. Chaque patient résidant au Royaume-Uni est libre de choisir son médecin traitant parmi ceux agréés par le NHS de son lieu de résidence. Les soins sont gratuits, il n'y a pas d'avance de frais à faire, sauf pour certains types (dentaires, ophtalmologiques). Si le patient s'adresse à un médecin privé non agréé par le NHS, il ne pourra obtenir aucun remboursement. Le spécialiste ne peut, en règle générale, être consulté que sur demande écrite du médecin généraliste. L'hospitalisation se fait sur prescription du médecin généraliste, du dentiste ou de l'opticien, sauf en cas d'urgence. Le patient peut choisir l'hôpital agréé par le NHS dans lequel il souhaite recevoir ses soins. Les séjours dans ces hôpitaux sont gratuits. Les médicaments sont obtenus moyennant le paiement d'une somme forfaitaire de 8,20 £ par médicament prescrit (montant en vigueur au 1^{er} avril 2015), sauf exceptions.

La première restructuration importante du système a eu lieu au cours des années quatre-vingt sous les gouvernements Margaret Thatcher. Considérant que le coût du service national était au moins partiellement dû à sa mauvaise organisation, ces gouvernements ont impulsé des réformes mettant en place une administration décentralisée du service hospitalier, et un marché interne qui mettait en concurrence les fournisseurs de service. Cette organisation a été réformée par le *Health and Social Care Act* de 2012 qui prévoit l'abolition des *NHS Trusts* et des autorités régionales, et le transfert de la gestion des ressources hospitalières régionales aux médecins eux-mêmes.

Sur le plan institutionnel, la réforme de 2012 vise notamment à répondre aux critiques portant sur l'immobilisme et l'organisation managériale très hiérarchisée du système. Le NHS England, qui gère près de 100 Md£ du budget total de la santé, est créé. En tant qu'organisme indépendant du Department of Health, son rôle principal est d'assurer un leadership national pour améliorer la qualité des soins et les résultats de santé des résidents. Le NHS England a ainsi autorité sur les 211 Clinical Commissioning Groups (CCG) qui remplacent les 152 groupements de santé locaux, les Primary Care Trusts (PCT) et les 10 autorités de santé stratégiques régionales, les Strategic Health Authorities (SHA), anciennement chargées de l'achat et de la planification de soins pour leur population. Ces CCG sont constitués sur une base volontaire par un regroupement de cabinets de médecins généralistes et autres cliniciens sur une zone géographique. Ils sont chargés de la planification et de l'achat de prestations sanitaires pour leur bassin de population (soins hospitaliers, services de santé locaux, urgences, services de santé mentale) par contractualisation avec des prestataires publics (NHS Trusts ou Foundation Trusts) ou privés.

ANNEXE 5 : ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION (AMP) A L'ETRANGER

L'EVOLUTION DES ASSISTANCES MEDICALES A LA PROCREATION A L'ETRANGER

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.

L'assistance médicale à la procréation est organisée en France autour des Centres d'Etudes et de Conservation des Œufs et du Sperm (CECOS), présents dans la plupart des grandes villes universitaires. Les conditions de sa prise en charge sont les suivantes¹⁷⁹ :

- facturation des actes antérieure au jour du 43^{ème} 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 ;
- dépôt d'une demande d'accord préalable avant le début du traitement.

On constate en France, et depuis de nombreuses années, une nette insuffisance des dons de gamètes, notamment d'ovocytes au regard des besoins des couples¹⁸⁰. A cela s'ajoute des conditions d'organisation et un délai moyen d'attente de 5 ans dans les structures françaises, découragent les couples qui s'orientent vers les pays où les législations sont moins contraintes, notamment en Espagne (délai d'attente de 3 mois), en Belgique ou encore en République Tchèque.

Les demandes d'AMP ne cessent d'évoluer depuis plusieurs années, l'information se diffuse progressivement par l'intermédiaire des associations qui sollicitent des demandes d'informations directement au CNSE.

Tableau 16 : Evolution des assistances médicales à la procréation à l'étranger

	2011	2012	2013	2014	2015
Régime général	752	1 254	1 249	1 327	1 501
Estimation tous régimes	865	1 442	1 436	1 526	1 725

Source : Pôle médical du CNSE

Le volume des autorisations à l'étranger, en hausse régulière, reste néanmoins marginal dans le contexte global des naissances par AMP en France (les dernières données connues transmises par le CNSE font état de 23 887 naissances sur 135 760 tentatives en 2012) qui représentent 2,85 % des naissances.

¹⁷⁹ Chapitre 9 de la Classification Commune des Actes Médicaux.

¹⁸⁰ Potentiellement un frein, le principe de gratuité du don de produits du corps humain, n'a jamais été remis en cause en France. Cette position a d'ailleurs été confortée par le rapport IGAS « Etat des lieux et perspectives du don d'ovocytes en France » de février 2011. Par contre, l'obligation d'avoir préalablement eu des enfants pour réaliser un don d'ovocyte a été levée par décret n° 2015-1281 du 13 octobre 2015 relatif au don de gamètes. Enfin, le décret n° 2016-273 du 4 mars 2016 relatif à l'assistance médicale à la procréation, transpose les directives européennes relatives aux gamètes et aux tissus germinaux, introduit des dispositions précisant le devenir des gamètes et des tissus germinaux recueillis ou prélevés dans le cadre d'une démarche d'assistance médicale à la procréation (AMP), précise les conditions de mise en œuvre des recherches biomédicales en assistance médicale à la procréation et procède à un toilettage global des dispositions relatives au don de gamètes et à l'assistance médicale à la procréation.

Selon le pôle médical du CNSE, les deux tiers des actes utilisant la technique de dons de gamètes sont majoritairement réalisés à l'étranger, seuls 456 dons d'ovocytes ont donné lieu à 163 naissances en France en 2012. Quant aux fécondations in vitro (FIV) à l'étranger, elles représentaient 2,4 % des tentatives de FIV en 2012.

En 2014, quatre pays concentrent l'ensemble des demandes (contre 11 en 2013) comme le montre le tableau ci-dessous. L'Espagne reste la destination principale pour les demandes d'AMP suivie par la République Tchèque, en progression constante depuis plusieurs années.

Tableau 17 : Les quatre principaux pays concernés par l'AMP à l'étranger en 2014

	Pays de soins	Dossiers	Répartition	Montant dépensé (€)	Montant remboursé (€)	Dépense moyenne (€)
1	Espagne	1 023	76,1%	4 979 373	1 406 754	4 867
2	Rép. Tchèque	240	17,9%	820 605	332 400	3 419
3	Belgique	26	1,9%	80 146	56 453	3 083
4	Grèce	24	1,8%	72 280	35 536	3 012
	Sous-total	1 313	97,7%	5 952 404	1 830 962	4 533

Source : Pôle médical du CNSE

Les demandes de remboursement de PMA ont augmenté de 6,8 % en 2014 par rapport à l'année précédente et le CNSE a traité 1 344 dossiers pour le compte de 1 072 assurées. Un accord a été délivré dans 88,3 %¹⁸¹ avec seulement 12 dossiers hors de la zone UE. Les assurées, dont une majorité (55,6 %) avait 40 ans ou plus lors de leur AMP à l'étranger, ont dépensé plus de 6 M€ pour des actes d'AMP (dont 91,1 % sont liées à une FIV) et 653 247 € en frais de transport, soit une dépenses globale en hausse de 9,8 % par rapport à 2013. Aucun tarif de remboursement n'ayant été défini, le CNSE a proposé un tarif de remboursement tenant compte des actes de biologie, des actes techniques aboutissant à une base tarifaire de 1 581,93 € pour une FIV avec donneur et de 519,48 € pour un cryo-transfert. Les remboursements se sont élevés en 2014 à près de 1,9 M€ pour l'AMP et 364 151 € pour le transport, soit une prise en charge globale de 33,5 % en moyenne. Le coût moyen d'un dossier s'élève donc à 4 997 € (4 511 € d'actes médicaux et 486 € de transport).

¹⁸¹ Les principales causes de refus sont d'ordre législatives (non respect des conditions : couple hétérosexuel, - 43 ans, pathologie d'origine médicale, 4 tentatives maximum).

SIGLES UTILISES

AMP	Assistance médicale à la procréation
AT-MP	Accident du travail – Maladie professionnelle
ARS	Agence régionale de santé
CACSSS	Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale
CAMIEG	Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CARMI	Caisse régionale des régimes miniers
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CAVIMAC	Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes
CCG	Clinical commissioning groups
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CJCE	Cour de justice des communautés européennes
CLEISS	Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale
CEAM	Carte européenne d'assurance maladie
CECOS	Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme
CFE	Caisse des français de l'étranger
CMA	Complication ou morbidité associée
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMU	Couverture maladie universelle
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAREFE	Centre national des retraités français de l'étranger
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNSE	Centre national des soins à l'étranger
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPR	Certificat provisoire de remplacement
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
CSS	Code de la sécurité sociale
DCI	Dettes et créances internationales
DSS	Direction de la sécurité sociale
DWP	Department for work and pensions
EEE	Espace économique européen
EESSI	Electronic exchange of social security information
ENIM	Etablissement national des invalides de la marine
EPP	Etablissement le plus proche
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de soins
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IME	Institut médico-éducatif
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LIC	Lettre d'introduction de créance
LR	Lettre réseau
MGEN	Mutuelle générale de l'éducation nationale
MMI	Maladie maternité invalidité
MSA	Mutualité sociale agricole
NHS	National service of health
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PCT	Primary care trusts
PUMA	Protection universelle maladie
RATP	Régie autonome des transports parisiens

RSI	Régime social des indépendants
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SHA	Strategic health authorities
SNCF	Société nationale des chemins de fer
SNCUP	Socle national commun unique de prestations
T2A	Tarifification à l'activité
UE	Union européenne
UNESCO	Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture

PIECES JOINTES

Pièce jointe n°1	Etat au 31 décembre 2014 des règlements européens, conventions bilatérales et décrets de coordination signés par la France
Pièce jointe n°2	Etat des lieux de la coopération transfrontalière (note Délégation aux affaires européennes et internationales du 11 février 2016)
Pièce jointe n°3	Récapitulatifs des échéances sur les créances françaises avec les pays européens
Pièce jointe n° 4	Convention relative aux modalités de mise en œuvre du transfert de l'activité de gestion des créances et des dettes d'assurance maladie du CLEISS vers la CNAMTS

Pièce n° 1

Etat au 31 décembre 2014 des règlements européens, conventions bilatérales et décrets de coordination signés par la France (rapport statistique 2014 du CLEISS)

ÉTAT AU 31 DÉCEMBRE 2014 DES RÉGLEMENTS EUROPÉENS, CONVENTIONS BILATÉRALES ET DÉCRETS DE COORDINATION SIGNÉS PAR LA FRANCE

Pays	Textes de base	Date d'entrée en vigueur	Prestations										Observations	
			Maladie-Maternité/Paternité Droits dans le pays d'emploi (par totalisation)	Soins de santé					Invalidité	Vieillesse : possibilité de liquidations séparées	Accident du travail et maladie professionnelle	Allocations familiales pour les enfants résidant dans l'autre pays		
				Famille et des travailleurs ⁽¹⁾	Séjour temporaire ⁽¹⁾	Transfert de résidence	Pensionnés et leur famille	Travailleur détaché ⁽²⁾						
RÉGLEMENTS EUROPÉENS														
Union Européenne	Règlements [CE] n° 883/2004 et n° 987/2009	01/05/10											Exportation de certaines prestations familiales françaises	** Choix effectué par chaque institution compétente Pour l'Islande, la Norvège, le Liechtenstein et la Suisse, application des règlements [CEE] n° 1408/71 et n° 574/72 avant l'entrée en vigueur des règlements [CE] n° 883/2004 et n° 987/2009
Islande		01/06/12	oui	oui	T et F	oui	oui	oui	oui	oui**	oui			
Norvège		01/06/12												
Liechtenstein		01/06/12												
Suisse		01/04/12												
ACCORDS INTERNATIONAUX														
CONVENTIONS BILATÉRALES														
Algérie	Convention générale du 01/10/1980	01/02/82	oui	oui	T.F.A.	oui	oui	oui	oui	oui	oui	Participation		
Andorre	Convention de sécurité sociale entre la République française et la Principauté d'Andorre du 12/12/2000	01/06/03	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	En faveur des travailleurs détachés et autres personnes visées à l'article 4 de la convention*	* Les fonctionnaires, les personnels administratifs et techniques des missions diplomatiques et des postes consulaires, les personnes appartenant au personnel roulant et navigant d'une entreprise effectuant des transports internationaux	
Argentine	Convention du 22/09/2008	01/11/12	non	non	non	non	non	non	oui	oui	oui	non		
Bénin	Convention générale et protocole n°1 du 06/11/1979	01/09/81	oui*	non	oui*	oui**	non	oui***	oui	oui	oui	Participation	* Uniquement pour l'assurance maternité. ** Sauf dans le sens France-Bénin. *** Uniquement dans le sens France-Bénin. Prestations servies directement par l'institution d'affiliation du travailleur.	
Bosnie- Herzégovine	Accord sous forme d'échanges de lettres en 2003 ⁽³⁾	04/12/03	oui	oui	T.F.A.	oui	oui	oui	oui	oui	oui	Indemnités pour charges de famille (I.C.F.)		
Brésil	Accord de sécurité sociale du 15/12/2011	01/09/14	non	non	non	non	non	non	oui	oui	oui	non		
Cameroun	Convention générale du 05/11/1990	01/03/92	oui*	non	non	oui*	non	oui**	oui	oui	oui	AF du pays de résidence	* Uniquement pour l'assurance maternité. ** En cas de AT, prestations en nature servies au choix du travailleur	

ÉTAT AU 31 DÉCEMBRE 2014 DES RÉGLEMENTS EUROPÉENS, CONVENTIONS BILATÉRALES ET DÉCRETS DE COORDINATION SIGNÉS PAR LA FRANCE [SUITE]

Pays	Textes de base	Date d'entrée en vigueur	Prestations										Observations	
			Maladie-Maternité/ Paternité Décès dans le pays d'emploi (par totalisation)	Soins de santé					Invalidité	Vieillesse : possibilité de liquidation séparée	Accident du travail et maladie professionnelle	Allocations familiales pour les enfants résidant dans l'autre pays		
				Famille des travailleurs ⁽¹⁾	Séjour temporaire ⁽²⁾	Transfert de résidence	Pensionnés et leur famille	Travailleur détaché						
Canada	Accord du 09/02/1979	01/03/81	non	non	non	non	non	non	non	oui	oui	non	non	
Cap-Vert	Convention générale du 15/01/1980	01/04/83	oui	oui	T.F.A.	oui	non	oui*	oui	oui	oui	Participation		* Prestations en nature servies au choix du travailleur par l'Institution du lieu de résidence ou par l'Institution d'affiliation.
Chili	Convention générale du 26/06/1999	01/09/01	non	non	non	non	non	non	oui	oui	oui	non		
Congo	Convention générale et protocole n°1 du 11/02/1987	01/06/88	oui*	non	non	oui**	non	oui***	oui	oui	oui	Participation		* Uniquement pour l'assurance maternité. ** Sauf dans le sens France-Congo *** Uniquement dans le sens France-Congo. Prestations servies directement par l'Institution d'affiliation du travailleur.
Corée	Accord du 06/12/2004	01/04/07	non	non	non	non	non	non	oui	oui	non	non		
Côte d'Ivoire	Convention générale et protocole n°1 du 14/01/1985	01/01/87	oui*	non	non	oui**	non	non	non	oui	oui	Participation		* Uniquement pour l'assurance maternité : pas de régime légal d'assurance maladie en Côte d'Ivoire. ** Sauf dans le sens France-Côte d'Ivoire
États-Unis	Accord du 02/03/1987	01/07/88	non	non	non	non	non	non	oui	oui	non	non		
Gabon	Accord du 02/10/1980	01/02/83	oui	oui	T.F.A.	oui	non	oui*	oui	oui	oui	Participation		* Prestations en nature servies au choix du tra- vailleur par l'Institution du lieu de résidence ou par l'Institution d'affiliation
Guernesey	Convention franco-britannique du 10/07/1956	01/05/58												
	Échange de lettre franco- britannique du 29/05/1979	12/05/80	oui	oui	T et F*	oui	oui	oui	oui	oui	oui	A.F. du pays de résidence à charge du pays d'emploi		* Seulement en cas d'hospitalisation d'urgence (assurance maladie pendant un séjour de moins de trois mois)
Inde	Accord du 30/09/2008	01/07/11	non	non	non	non	non	non	oui	oui	non	non		
Israël	Convention du 17/12/1965	01/10/66	oui*	non	non	non	non	non	non	oui	oui	non		* Uniquement pour l'assurance maternité ; pas de régime légal d'assurance maladie en Israël.
Japon	Accord du 25/02/2005	01/04/07	non	non	non	non	non	non	oui	oui	non	non		
Jersey	Convention franco- britannique du 10/07/1956	01/05/58												
	Échange de lettre franco- britannique du 29/05/1979	12/05/80	oui	oui	T et F*	oui	oui	oui	oui	oui	oui	A.F. du pays de résidence à charge du pays d'emploi		* Seulement en cas d'hospitalisation d'urgence (assurance maladie pendant un séjour de moins de trois mois)

ÉTAT AU 31 DÉCEMBRE 2014 DES RÉGLEMENTS EUROPÉENS, CONVENTIONS BILATÉRALES ET DÉCRETS DE COORDINATION SIGNÉS PAR LA FRANCE (SUITE)

Pays	Textes de base	Date d'entrée en vigueur	Prestations										Observations
			Maladie-Maternité/Paternité Décès dans le pays d'emploi (par l'affiliation)	Soins de santé					Incapacité	Vieillesse - possibilité de liquidation séparée	Accident du travail et maladie professionnelle	Allocations familiales pour les enfants résidant dans l'autre pays	
				Famille des travailleurs ⁽¹⁾	Séjour temporaire ⁽¹⁾	Transfert de résidence	Pensionsnés et leur famille	Travailleurs détachés ⁽²⁾					
Kosovo	Accord sous forme d'échanges de lettres en février 2013 ⁽³⁾	06/02/13	oui	oui	T.F.A.	oui	oui	oui	oui	oui	oui	Indemnités pour charges de famille (I.C.F.)	
Macédoine	Échanges de lettres en 1995 ⁽⁴⁾	14/12/95	oui	oui	T.F.A.	oui	oui	oui	oui	oui	oui	Indemnités pour charges de familles (I.C.F.)	
Madagascar	Convention et protocole du 08/05/1967	01/03/68	non	non	non	oui*	non	non	non	pas visé	oui	Participation	* Uniquement en cas de maladie dans le sens France-Madagascar.
Mali	Convention générale du 12/06/1979	01/06/83	oui	oui	T.F.A.*	oui	non	oui**	non	oui	oui	Participation	* Uniquement en cas de maladie ** Prestations en nature servies au choix du travailleur par l'Institution du lieu de séjour ou par l'Institution d'affiliation.
Maroc	Convention générale du 22/10/2007	01/07/11	oui	oui	T.F.A.	oui	non	oui*	oui	oui	oui	Allocations transférables	* Prestations servies directement par l'Institution d'affiliation du travailleur.
Mauritanie	Convention générale et protocole du 22/07/1965	01/02/67	non	non	non	oui*	non	non	oui	oui	oui	Participation	* Uniquement en cas de maladie dans le sens France-Mauritanie.
Monaco	Convention générale du 28/02/1952	01/04/54	oui	oui	T et F	oui	oui	oui*	oui	oui	oui	Transfert des AF du pays d'emploi	* Prestations servies directement par l'Institution d'affiliation du travailleur
Monténégro	Accord du 26 mars 2003 ⁽⁵⁾	26/03/03	oui	oui	T.F.A.	oui	oui	oui	oui	oui	oui	Indemnités pour charges de famille (I.C.F.)	
Niger	Convention générale et protocole du 28/03/1973	01/11/74	oui*	non	T*	oui**	non	oui	oui	oui	oui	Participation	* Uniquement pour l'assurance maternité. ** En cas de maladie dans le sens France-Niger
Philippines	Convention générale du 07/02/1990	01/11/94	oui	non	non	non	non	oui*	oui	oui	oui	non	* Prestations servies directement par l'Institution d'affiliation du travailleur
Québec	Entente du 17/12/2003	01/12/06	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	
Saint-Martin	Convention générale du 12/07/1949	01/01/51	oui	non	non	non	non	non	oui	oui	oui	non	
Sénégal	Convention et protocole n°1 du 29/03/1974	01/09/76	oui*	non	non	oui**	non	oui***	non	oui	oui	Participation	* Uniquement pour l'assurance maternité ** En cas de maladie, uniquement dans le sens France-Sénégal et en cas de maternité, des positions bilatérales *** Travailleur français détaché au Sénégal.
Serbie	Accord du 26 mars 2003 ⁽⁶⁾	26/03/03	oui	oui	T.F.A.	oui	oui	oui	oui	oui	oui	Indemnités pour charges de famille (I.C.F.)	

ÉTAT AU 31 DÉCEMBRE 2014 DES RÉGLEMENTS EUROPÉENS, CONVENTIONS BILATÉRALES ET DÉCRETS DE COORDINATION SIGNÉS PAR LA FRANCE (SUITE ET FIN)

Pays	Textes de base	Date d'entrée en vigueur	Prestations										Observations	
			Maladie-Maternité et Paternité Décès dans le pays d'emploi (parcialisation)	Soins de santé					Invalidité	Vieillesse : possibilité de liquidations séparées	Accident du travail et maladie professionnelle	Allocations familiales pour les enfants résidant dans l'autre pays		
				Famille des travailleurs ⁽¹⁾	Séjour temporaire ⁽²⁾	Transfert de résidence	Pensionnés et leur famille	Travailleur détaché ⁽³⁾						
Togo	Convention générale et protocole n°1 du 07/12/1971	01/07/73	oui*	non	T*	oui**	non	oui	oui	oui	oui	oui	Participation	* Uniquement pour l'assurance maternité. ** En cas de maladie dans le sens France-Togo.
Tunisie	Convention générale du 24/04/03	01/04/07	oui	oui	T.F.A.	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	Indemnités pour charges de famille (I.C.F.)	Période transitoire du 01/04/2007 au 31/12/2011 Le montant des allocations familiales est adressé par l'institution de l'Etat d'emploi directement à la personne assurant la garde des enfants dans l'autre pays.
Turquie	Convention générale du 20/01/1972	01/08/73	oui	oui	T	oui	oui	oui*	oui	oui	oui	oui	Indemnités pour charges de familles (I.C.F.)	* Prestations en nature servies au choix du travailleur par l'institution du lieu de résidence ou par l'institution d'affiliation.
Uruguay	Accord de sécurité sociale du 06/12/2010	01/07/14	non	non	non	non	non	non	oui	oui	oui	non		
DÉCRETS DE COORDINATION														
Nouvelle-Calédonie	Accord du 09/11/2002	01/12/02	oui	oui	T et F	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	A.F. du territoire de résidence	
Polynésie française	Accord du 26/12/1994	01/01/95	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	A.F. du territoire de résidence	
Saint-Pierre-et-Miquelon	Accord du 10/05/2011	01/06/11	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	A.F. du territoire de résidence	

T = Travailleurs ; F = Famille ; T.F.A. = Travailleur et famille qui l'accompagne

(1) Familles résidées dans le pays d'origine du travailleur

(2) Retour du travailleur dans son pays d'origine pendant les congés payés, ou l'absence autorisée [Québec] à l'exception des Règlements européens

(3) Possibilité d'obtenir le service des prestations en nature par l'institution du lieu d'emploi temporaire

(4) Échange de lettres des 3 et 4 décembre 2003 entre la France et la Bosnie-Herzégovine relatif à la succession en matière de traités conclus entre la France et la République socialiste fédérative de Yougoslavie [Convention générale du 05/01/1950].

(5) Accord du 4 février 2013 entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République du Kosovo relatif à la succession en matière de traités bilatéraux conclus entre la France et la République socialiste fédérative de Yougoslavie [Convention générale du 05/01/01950].

(6) Échange de lettres des 13 et 14 décembre 1995 entre la France et la Macédoine relatif à la succession en matière de traités conclus entre la France et la République socialiste fédérative de Yougoslavie [Convention générale du 05/01/1950].

(7) Accord du 26 mars 2003 entre le Gouvernement de la République française et le Conseil des ministres de Serbie et Monténégro relatif à la succession en matière de traités bilatéraux conclus entre la France et la République socialiste fédérative de Yougoslavie [Convention générale du 05/01/01950].

NB : - La convention entre la France et le Royaume-Uni du 10 juillet 1956 reste applicable aux îles anglo-normandes : Guernesey, Aurigny, Herm, Jethou et Jersey

- Les conventions signées par la France ne sont applicables qu'aux salariés à l'exception de celles signées avec Andorre, Argentine, Brésil, Canada, Chili, Corée, Etats-Unis, Inde, Japon, Maroc, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Québec, Saint-Pierre-et-Miquelon, Tunisie et Uruguay qui visent également les non-salariés et bien entendu les règlements européens à compter du 01/07/1982

- L'assurance chômage est visée dans le champ d'application des règlements européens, ce qui n'est pas le cas des autres accords.

Pièce n° 2

Etat des lieux de la coopération sanitaire transfrontalière
(note DAEI du 11 février 2016)

**Délégation aux affaires européennes
et internationales
(DAEI)**

Paris, le 11 février 2016

Affaire suivie par : Cyril Vinsonnaud
Courriel : cyril.vinsonnaud@sg.social.gouv.fr
Tél. : 01 40 56 54 15

Note

Objet : État des lieux de la coopération sanitaire transfrontalière

Alors que les frontières physiques de l'Europe tendent de plus en plus à s'effacer, les zones frontalières constituent des espaces privilégiés pour le développement de coopérations entre États membres, en particulier pour répondre de la manière la plus adéquate aux besoins des populations sur le terrain.

Les coopérations développées en matière de santé visent à apporter un bénéfice concret et direct au citoyen, en lui permettant de profiter de soins de qualité au plus près de son lieu de résidence (l'hôpital le plus proche pouvant être situé de l'autre côté de la frontière).

Malgré la construction européenne, des accords bilatéraux dans le domaine de la santé restent nécessaires pour éliminer des obstacles à la circulation des patients et des professionnels, dans la mesure où les soins médicaux demeurent une compétence nationale.

1. Le cadre juridique européen

- ***Le Règlement de coordination des systèmes de sécurité sociale (CE-883/2004)***

L'objectif de la coordination des systèmes de sécurité sociale est de faciliter la libre circulation des personnes afin d'éviter une perte des droits lors des déplacements en Europe (UE 28, Islande, Liechtenstein, Norvège et Suisse) et d'assurer une forme de continuité de leur protection sociale lorsque ces personnes passent d'une législation à une autre.

En application du Règlement (CE) n° 883/2004 :

- Une autorisation préalable (formulaire S2 « droit aux soins programmés ») est nécessaire pour la prise en charge de soins programmés dans un autre pays européen, un État de l'Espace Économique Européen (Islande, Liechtenstein et Norvège) ou en Suisse comportant au moins 1 nuit d'hospitalisation ou pour les soins lourds figurant sur une liste. Les autres soins programmés sont pris en charge sans autorisation préalable.
- Si elle est accordée, la prise en charge s'effectue sur la base des tarifs de l'État de séjour. Si l'assuré a fait l'avance des frais et n'a pas demandé le remboursement au pays de séjour, les dépenses engagées seront remboursées par le pays d'affiliation sur la base des tarifs applicables dans l'État de séjour ou, sur demande de l'assuré, sur la base des tarifs français de la sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

- ***La Directive « droits des patients »***

La Directive n° 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers vise à garantir la mobilité des patients et la libre prestation de services de santé.

Elle est applicable depuis le 25 octobre 2013 dans les États membres de l'Union européenne et depuis le 1er août 2015 pour les États de l'Espace Économique Européen (Islande, Liechtenstein et Norvège). Elle ne s'applique pas à la Suisse.

➔ Articulation avec le Règlement 883/2004

La directive concerne essentiellement les soins ambulatoires qu'ils soient programmés ou non. Les soins inopinés ou urgents couverts par la Carte Européenne d'Assurance Maladie demeurent régis par les règlements (CE) n° 883/04 et 987/09.

Ainsi, le régime du règlement (CE) n° 883/2004 et de la directive 2011/24/CE coexistent et sont complémentaires. En fonction de la comparaison entre le système du pays d'affiliation et celui du pays des soins, soit la directive, soit le règlement s'applique.

2. La coopération sanitaire transfrontalière « pays par pays »

2.1. La Belgique

La coopération sanitaire sur la frontière franco-belge est particulièrement développée. La forte proximité des établissements de soins a en effet permis la mise en place de nombreuses actions transfrontalières, notamment à partir des années 1990. Elle s'est traduite par la signature d'un **accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière**, adopté en 2011. Signé en 2005, il fournit à la coopération sanitaire un cadre légal stable en simplifiant les modalités administratives et en garantissant aux frontaliers une continuité d'accès aux soins.

[Décret n° 2011-449 du 22 avril 2011 JO du 24 avril 2011](#)

Présentation synthétique du contenu de l'accord

Ce texte, limité aux régions frontalières (*les régions Champagne-Ardenne, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais et Picardie pour la France et les arrondissements de Veurne, Ieper, Kortrijk, Mouscron, Tournai, Ath, Mons, Thuin, Dinant, Neufchâteau, Virton et Arlon pour la Belgique*), entend donner un cadre légal à la conclusion de conventions de coopération entre acteurs de santé français et belge au niveau local.

Les principaux objectifs visés sont :

- Assurer un accès meilleur et plus rapide à des soins de qualité pour les populations des régions frontalières, au plus près de leur domicile ;
- Garantir la continuité des soins ;
- Optimiser l'organisation de l'offre de soins en encourageant le partage des capacités (ressources matérielles et humaines) ;
- Encourager la mutualisation des connaissances et des pratiques entre les personnels de santé des deux pays.

L'accord-cadre ouvre la possibilité, pour les personnes et autorités habilitées, de conclure au niveau local des conventions définissant les modalités pratiques des coopérations.

Listes des conventions adoptées en application de l'accord-cadre :

L'objectif principal de ces conventions dites « zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers » est d'améliorer les conditions d'accès aux soins des populations frontalières.

Les conventions « Zoast » offrent ainsi à une population déterminée la possibilité de se rendre sans autorisation médicale préalable dans un établissement hospitalier situé de l'autre côté de la frontière et d'y recevoir des soins hospitaliers et/ou ambulatoires.

- Zoast « Mouscron Roubaix Tourcoing Wattrelos / Ypres Armentières Bailleul Hazebrouck Courtrai Lille »
- Zoast « Tournai / Valenciennes »
- Zoast « Mons / Maubeuge »
- Zoast « Thiérarche »
- Zoast « Ardennes »
- Zoast « Arlwy »
- Zoast « Littoral »

Il y a également une convention franco belge en matière **d'aide médicale d'urgence** signée le 20 mars 2007 ainsi que le protocole relatif à la prise en charge par le SMUr le plus proche et une convention sur les **soins intensifs et de réanimation** « SIREA » entre les structures de soins d'Arlon et de Mont-Saint-Martin.

Liste des coopérations inter hospitalières (en application de l'article L 6134-1 du CSP) : *Les projets de coopérations entre établissements hospitaliers français et belges résultent d'initiatives locales, motivées notamment par la proximité des structures, ainsi que par les possibilités de complémentarités identifiées. Ils ont pour but d'apporter une réelle valeur ajoutée au niveau des plateaux techniques des hôpitaux et des équipes soignantes pour améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins en faveur des patients, des prestataires et des établissements, dans un respect des politiques nationales de planification sanitaire.*

- Centre Hospitalier Régionale de Mouscron / Centre Hospitalier de Tourcoing ;
- Centre Hospitalier de Mons / Centre Hospitalier de Sambre Avesnois ;
- Centre Hospitalier de Tournai / Centre Hospitalier de Valenciennes ;
- Centre Hospitalier de Renaix / CHRU de Lille ;
- Psychiatrisch de Menin / Établissement Public de Santé Mentale de Lille Métropole d'Armentières ;
- Koningin Elisabeth Institut d'Oostduinkerke / Centre Hospitalier de Dunkerque ;

A noter, il existe également un **accord-cadre** entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la Région wallonne du Royaume de Belgique **sur l'accueil des personnes handicapées**, signé le 21/12/2012. L'accord permet d'améliorer la prise en charge des personnes handicapées venues de toute la France se faire « soigner » en Wallonie. L'accord a permis un meilleur recensement des personnes handicapées, une inspection conjointe des établissements d'accueil et de soin, des conventions de paiement entre les départements français et les structures sanitaires.

2.2. L'Allemagne

La France s'est dotée d'un **accord cadre de coopération sanitaire transfrontalier franco-allemand**, signé en 2005 et entré en vigueur en avril 2007.

Cet accord a été conclu dans la perspective d'assurer un meilleur accès aux soins pour les populations de la zone frontalière, de garantir la continuité des soins, et un recours plus rapide aux secours d'urgence, d'optimiser l'offre de soins, de favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques.

L'accord est applicable à la zone frontalière Alsace Lorraine et Bade Wurtemberg, Rhénanie Palatinat et Sarre.

[Décret 2007-1039 du 15 juin 2007. JO 19 juin 2007](#)

Liste des conventions conclues en application de l'accord cadre :

- entre la Lorraine et la Sarre sur l'aide médicale d'urgence ;
- entre l'Alsace et le centre des grands brûlés de Ludwigshafen ;
- entre l'Alsace et le Bade-Wurtemberg sur l'aide médicale d'urgence ;
- entre l'Alsace et la Rhénanie-Palatinat sur l'aide médicale d'urgence ;
- entre la Lorraine et la Sarre en matière de cardiologie ;
- entre l'Alsace et le Bade-Wurtemberg dans le domaine de l'épilepsie.

Un projet est actuellement en cours entre la Moselle Est et la Sarre pour permettre l'accès à certaines spécialités médicales (déterminer en fonction des besoins ou déficits constatés) dans les hôpitaux concernés par la convention sans demande d'autorisation préalable.

A noter également **une convention inter hospitalière** signée le 8 juillet 2002 entre le centre hospitalier de Wissembourg, au Nord de l'Alsace, et l'hôpital de Bad Bergzabern ainsi que le Landesverband de

Mayence, en Rhénanie-Palatinat, sur l'intervention de nuit du service d'urgence du centre hospitalier de Wissembourg (CHW) dans « l'arrondissement » voisin de Bad Bergzabern ; et une **convention de prise en charge en tiers payant par la CPAM du Bas-Rhin**, d'enfants ou d'adolescents handicapés accueillis par l'École Oberlin de la Diaconie KORK du 21 décembre 2011.

2.3. L'Espagne

La France a également signé un **accord-cadre de coopération sanitaire transfrontalier** avec l'Espagne, sur le modèle des accords belge et allemand, le **27 juin 2008 à Saragosse**.

Cet accord complète les dispositifs de coopération mis en place et donne un cadre à l'approfondissement d'une coopération sanitaire visant à assurer une couverture adéquate de l'offre de soins dans la zone frontalière.

[*Loi n°2014-426 du 28 avril 2014 - JORF du 29 avril 2014*](#)

La particularité de la coopération sanitaire transfrontalière avec l'Espagne relève surtout de la création du premier **hôpital transfrontalier** à Puigcerdá. Cet hôpital est situé sur le territoire de la Cerdagne espagnole (Région Catalogne). Les difficultés à assurer une couverture adéquate de l'offre de soins en Cerdagne (région isolée entourée par les Pyrénées), ont conduit les autorités françaises à développer des initiatives avec l'hôpital de Puigcerdá, dans l'objectif d'améliorer les soins de leur population.

Sur le plan juridique, cet hôpital a pris la forme d'un Groupement européen de coopération territoriale. Ce GECT a été signé le 27 avril 2010 entre Roselyne BACHELOT, Ministre de la santé et José MONTERA AGUILERA, Président du Gouvernement de la Généralité de Catalogne.

2.4. Le Luxembourg

Le développement de nombreuses expériences de coopération entre établissements de santé, de part et d'autre de la frontière franco-luxembourgeoise, s'est accompagné de multiples difficultés, notamment de barrières administratives, liées aux différences d'organisation sanitaire de chaque État, et de problèmes de prise en charge des patients.

Afin de tenter de remédier à un certain nombre de ces difficultés et de mieux développer les synergies à la frontière dans un souci d'optimisation de l'offre de soins, un **Accord-cadre de coopération sanitaire transfrontalière est en cours de négociation**.

Les principaux objectifs de ce projet d'accord sont de :

- Donner un cadre légal à la coopération transfrontalière entre les acteurs de santé français et luxembourgeois au niveau local ;
- Assurer un accès meilleur et plus rapide à des soins de qualité pour les populations des régions frontalières, au plus près de leur domicile ;
- Garantir la continuité des soins ;
- Optimiser l'organisation de l'offre de soins en encourageant le partage des capacités (ressources matérielles et humaines) ;
- Encourager la mutualisation des connaissances et des pratiques entre les personnels de santé des deux pays.

A noter, la **Caisse nationale de santé luxembourgeoise**, dans un accord du 9 mai 2011, reconnaît l'applicabilité de deux conventions transfrontalières conclues entre la France et la Belgique (Zoast « Arlwy » et convention franco-belge d'aide médicale urgente). Cette reconnaissance permet aux assurés du régime luxembourgeois résidant en France ou en Belgique l'accès aux soins dans les mêmes conditions que les assurés sociaux relevant des régimes belge et français et résidant dans la zone d'applicabilité des conventions.

2.5. La Suisse

Des négociations sont en cours avec les autorités suisses sur **un projet d'accord-cadre sanitaire transfrontalier entre la France et la Suisse** visant à donner un cadre juridique clair à la coopération hospitalière entre nos deux pays. Il est élaboré sur le modèle d'accord actuellement en vigueur avec la Belgique, l'Allemagne et l'Espagne.

En concertation avec les ARS concernées, nous veillons à ce que ce projet d'accord se cantonne à un objectif de complémentarité avec l'offre hospitalière française disponible et qu'il n'ait pas pour conséquence de mettre en concurrence les offres des deux États.

Les deux principaux objectifs du projet d'accord-cadre sont :

- de permettre aux bénéficiaires de l'assurance maladie française ou suisse, résidant habituellement ou séjournant temporairement dans les régions frontalières visées par l'accord, *dont les travailleurs frontaliers et leur famille*, d'avoir accès à des soins de qualité, tant en matière de soins d'urgence que de soins programmés ou liés à une pathologie chronique (hors soins ambulatoires) ;
- d'organiser, dans la région transfrontalière concernée, le remboursement de soins reçus sans autorisation préalable de prise en charge. Les soins hospitaliers concernés seront déterminés en fonction des déficits et des besoins constatés de part et d'autre, en matière d'offre de soins.

Limité aux régions frontalières, il ouvre la possibilité, pour les autorités locales habilitées, de conclure à leur niveau des conventions définissant les modalités pratiques des coopérations entre structures de soins.

Ce projet d'accord-cadre se substituera à la **convention conclue en 2010 entre les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), la CPAM de Haute-Savoie et l'URCAM Rhône-Alpes**, qui permet déjà aux assurés d'un régime français d'assurance maladie de bénéficier de soins urgents aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), sans avance de frais.

A noter, en raison du différend sur le droit d'option des travailleurs frontaliers, ce projet est actuellement retenu par la partie française, bien que la Suisse ait exprimé en juin 2015 sa volonté de parvenir à une signature à l'automne.

2.6. L'Italie

Avec les autorités italiennes, nous n'avons **pas d'accord-cadre de coopération sanitaire transfrontalier ni projet en cours de négociation**, et ce malgré notre demande (toujours dans un objectif de fournir une base légale aux conventions locales transfrontalières).

Il existe cependant quelques projets locaux comme celui de la Communauté de santé transfrontalière « Menton-Vintimille ». En février 2002, le centre hospitalier de Menton et l'Agence sanitaire locale d'Imperia ont signé une convention de coopération transfrontalière instituant une "communauté de santé transfrontalière". Les objectifs et domaines d'actions de cette "communauté" sont nombreux (Améliorer le libre accès aux soins de santé publique, développer la complémentarité de l'offre, renforcer la qualité des soins fournis, assurer une meilleure intégration des ressources sanitaires en développant la coopération en matière de programmation et de planification). L'un des premiers projets significatifs ayant abouti est la création, en septembre 2003, d'un centre de périnatalité transfrontalier à Menton.

2.7. La principauté de Monaco

Les relations franco-monégasques dans le domaine sanitaire sont anciennes :

- **conventions locales de coopération en matière d'hospitalisation et d'organisation des soins** (convention de coopération entre le centre hospitalier Princesse Grâce de Monaco et le centre Antoine Lacassagne signée le 27 octobre 1989 ; convention de complémentarité et de coopération dans le domaine médical entre le centre hospitalier Princesse Grâce de Monaco et le CHU de

- Nice signée le 12 mai 1997 ; convention relative à une coopération médicale en pédiatrie entre le centre cardio-thoracique de Monaco et le CHU de Nice signée le 4 septembre 2006) ;
- **arrangement administratif entre Monaco et la France** pour déterminer les conditions techniques de coopération en matière de médicaments à usage humain, des dispositifs médicaux et des produits cosmétiques pour la mise sur le marché, l'évaluation, le contrôle des produits et l'inspection des établissements ;
 - **conventions entre les établissements de transfusions sanguines** portant, notamment, sur la qualification biologique des dons de sang.

Les autorités françaises et monégasques travaillent à la mise en place d'un accord en matière de sécurité sanitaire (urgence sanitaire, règlement sanitaire international...) afin de prendre en compte la principauté de Monaco dans le dispositif français en cas de dépassement de leur capacité sanitaire.

A noter, la **Convention de sécurité sociale du 28 février 1952** entre la France et Monaco prévoit le remboursement des soins reçus sur le territoire monégasque pour tous les assurés sociaux français.

2.8. La principauté d'Andorre

Il n'y a pas de coopération particulière en santé avec la principauté d'Andorre. Il existe cependant une **convention de sécurité sociale entre la République française et la Principauté d'Andorre du 12 décembre 2000** qui prévoit la possibilité de soins immédiatement nécessaires au cours d'un séjour de l'assuré ou de l'un de ses ayants droit.

Pièce n° 3

Récapitulatifs des échéances sur les créances françaises avec les pays européens

(années de référence 2011-2013)

Echéances pour les pays européens sans accords

Semestres Créances françaises	Date de présentation	Date de clôture des comptes	Précisions sur les contestations
1-2011	21/3/2012	Fin mars 2015	Fin de traitement des contestations pour la France = date de clôture
2-2011	17/8/2012	Fin août 2015	
1-2012	28/11/2012	Fin nov 2015	
2-2012	29/4/2013	Fin avril 2016	
1-2013	25/9/2013	Fin sept 2016	Les pays avaient jusqu'à avril 2015 pour contester. La France à 12 mois glissants pour répondre à partir de la réception de la contestation.
2-2013	16/9/2014	Fin sept 2017	Les pays ont jusqu'à avril 2016 pour contester. La France a 12 mois glissants pour répondre à partir de la réception de la contestation.

Echéances pour les pays européens avec accords (qui fixent des échéances, mais plus de souplesse)

- **Espagne** : 24 mois pour contester, pas de délai pour traiter les contestations, clôture à 42 mois
- **Portugal** : 20 mois pour contester, pas de délai pour traiter les contestations, clôture des comptes à 36 mois
- **Belgique** : 20 mois pour contester, pas de délai pour traiter les contestations, clôture des comptes à 36 mois => Nous avons convenu avec les Belges de remonter sur toutes les années 2000 progressivement pour trouver un terrain d'entente. Nous attendons une proposition de calendrier de leur part.
- **Suisse** : 24 mois, pas de délai pour traiter les contestations, clôture des comptes à 36 mois
- **Luxembourg**: transaction en cours jusqu'au 2ème semestre 2102, sinon clôture normalement à 36 mois
- **Royaume Uni**: transaction possible jusqu'en 2009. Pour le reste, lors de la bilatérale du mois de mai, les parties avaient estimé que 2010 était encore ouvert et pouvait être traité, même si dans les textes il y a une clôture à 36 mois donc il en est de même pour les années suivantes à ce jour.
- **Pays-Bas** : (l'accord s'applique pour toutes les créances présentées avant juillet 2014, date de la dénonciation donc jusqu'au 1-2013) 20 mois pour contester, pas de délai de traitement de la contestation, une clôture des comptes à 36 mois
- **Italie** : (accord dénoncé en 2013)- cf notre planning de travail de Rome qui va jusqu'en 2017

Pièce n° 4

Convention relative aux modalités de mise en œuvre du transfert de l'activité de gestion des créances et des dettes d'assurance maladie du CLEISS vers la CNAMTS

CONVENTION
relative aux modalités de mise en œuvre du transfert de l'activité de
gestion des créances et des dettes d'assurance maladie du CLEISS
vers la CNAMTS

ENTRE :

Le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, établissement public administratif, représenté par son Directeur, M. SANSON et son agent comptable M. PANNIER

Ci-après dénommée « **le CLEISS** »,

D'UNE PART,

ET :

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, établissement public administratif, représenté par son directeur général, M. REVEL et son Directeur des Finances et de la Comptabilité, M. DESSAINT

Ci-après dénommée « **la CNAMTS** »,

D'AUTRE PART.

Il a été déclaré et convenu ce qu'il suit :

PREAMBULE

L'article 81 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit que la mission de gestion des créances et dettes internationales d'assurance maladie (hors prestations vieillesse ou familiales), jusqu'à présent assurée par le CLEISS, est dévolue à la CNAMTS à compter du 1^{er} janvier 2015.

Les fonctions qui incombent désormais à la CNAMTS sont :

- la présentation des créances françaises en matière de soins de santé aux institutions étrangères et corrélativement le recouvrement de ces créances et le traitement des contestations soulevées par ces institutions ;
- le règlement des dettes internationales en matière de soins de santé présentées par les institutions étrangères et ce, pour l'ensemble des régimes obligatoires ;
- les opérations comptables nécessaires à la réalisation de ces opérations.

Cette gestion des créances et dettes internationales par la CNAMTS concerne uniquement celles qui relèvent de la branche maladie et accidents du travail- maladies professionnelles. Il n'incombe donc pas à la CNAMTS de gérer les créances et dettes internationales relevant des autres branches (famille et vieillesse).

Conformément à l'article L. 221-3-1 du code de la sécurité sociale, le Directeur Général de la CNAMTS a confié à la CPAM du Morbihan la mission du recouvrement des créances et du règlement des dettes telle que prévue par l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Dans le cadre de ce transfert de compétences, la CNAMTS a procédé à un inventaire portant sur le paiement des dettes et le recouvrement des créances **réalisé** par le CLEISS **jusqu'au 31 novembre 2014**. Il en ressort une situation au 31 décembre 2014 qui, notamment au regard des litiges introduits et non traités dans les délais impartis, rend incertain le recouvrement de certaines créances.

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1

Objet de la présente convention

La présente convention a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles doit s'opérer le transfert, technique et comptable entre les deux établissements publics – la CNAMTS et le CLEISS – en vue d'accompagner la reprise de l'activité par la CNAMTS à compter du 1^{er} janvier 2015.

Sans préjudice des règles générales de comptabilité publique, cette convention s'accompagne d'un état des lieux des créances et des dettes au 31 décembre 2014 tel qu'il ressort des travaux de recensement effectués par la CNAMTS dans le cadre des opérations de transfert. Celui-ci permet d'établir le partage des responsabilités entre la CNAMTS et le CLEISS à la date du transfert (Annexes 1 et 2) et d'effectuer les remarques et réserves en tant que de besoin.

Ce transfert s'effectue à titre gratuit et ne donne lieu à aucune rémunération de quelque nature qu'elle soit de l'une ou l'autre des Parties.

TITRE II : DISPOSITIONS RELATIVES AUX OPERATIONS COMPTABLES ET FINANCIERES

Le transfert de l'activité de règlement et recouvrement des créances et dettes internationales pour l'ensemble des régimes emporte un transfert de l'activité financière et comptable afférente entre la CNAMTS et le CLEISS. Cela implique d'une part la transmission des informations nécessaires à l'arrêté des comptes et la reprise des soldes entre les deux organismes tant pour le régime général que pour les autres régimes, d'autre part un transfert de responsabilité entre les Directeurs et Agents Comptables.

ARTICLE 2

Modalités de transfert d'informations pour les opérations d'arrêtés des comptes et reprise de soldes comptables entre la CNAMTS et le CLEISS pour le régime général

1-Créances

Le CLEISS s'engage à produire à la CNAMTS un tableau au 31/12/2014 attestant du montant des comptes de créances par pays dans sa comptabilité, ajusté avec la base METIS arrêtée au 31/12/2014. Les résultats d'une requête sur la base METIS des créances en soldes au 31/12 sont également à produire.

Ces éléments doivent permettre à la Direction Financière et Comptable de la CNAMTS de réconcilier sa comptabilité avec celle tenue par le CLEISS sur ces opérations de créances.

2- Dettes

Le CLEISS doit fournir à la CNAMTS toutes les informations nécessaires à la constitution des charges à payer, comme pour les exercices précédents, et notamment les résultats d'une requête sur la base METIS ajustée avec les états de développement de soldes établis par l'agence comptable du CLEISS

3- Trésorerie

Dans l'hypothèse d'encaissements constatés ultérieurement en 2015 dans ses comptes, le CLEISS s'engage à les reverser à la CNAMTS à J+2.

Les reversements effectués par le CLEISS à la CNAMTS et au CNSE sont accompagnés de l'ensemble des pièces justificatives correspondantes à chaque somme.

ARTICLE 3

Modalités de transfert d'informations pour les opérations d'arrêté des comptes et reprise de soldes comptables entre la CNAMTS et le CLEISS pour les autres régimes

1- Créances

Le CLEISS s'engage à transmettre aux autres régimes d'assurance maladie un état de créances non soldées, et à pouvoir procéder à un accord de soldes avec ceux-ci.

Le CLEISS transmettra également ces éléments à la CNAMTS qui reprendra les montants indiqués dans la convention de transfert avec les régimes concernés.

2- Dettes

La base Métis transmise par le CLEISS comporte un certain nombre de lettres d'introduction de créances émises par des organismes de liaison étrangers (dettes) au titre d'assurés français relevant d'autres régimes que le régime général. **Le montant de ces dettes sera communiqué à chacun des régimes concernés dans le cas où celles-ci ont été préalablement réparties avant le 30 novembre 2014.**

L'ensemble des montants concernés seront repris dans la convention de transfert qui sera signée entre la CNAMTS et les régimes concernés.

Une fois cette convention signée et, au vu de la base Métis pour les états de développement de soldes correspondant aux dettes du régime concerné, la CPAM du Morbihan reprendra les dettes correspondantes dans sa comptabilité.

Une fois les comptes 2014 arrêtés lors du transfert officiel des comptes et, avant la reprise des soldes par la CNAMTS, le CLEISS produira son document financier approuvé par le Conseil d'administration du CLEISS. Un extrait de la balance de comptabilité générale au 31/12/2014 relatif aux créances et dettes internationales sera également joint à ce document financier. **La date de l'arrêté des comptes, qui interviendra au plus tard en juillet 2015 pour les créances et postérieurement pour les dettes, sera fixée précisément par une décision ultérieure.**

ARTICLE 4

Responsabilité des opérations financières et comptables

Le CLEISS est responsable des opérations enregistrées dans ses comptes jusqu'au 31/12/2014. Il conserve à cet effet, les pièces qui n'ont pas été transférées et pourront être produites en cas de contrôle, notamment de la Cour des comptes.

La CNAMTS se réserve, pendant 12 mois à compter de la date de signature de l'avenant comportant le bilan des opérations de transfert, un droit d'inventaire sur la conformité des montants financiers communiqués par le CLEISS, ainsi que sur l'ancienneté des soldes des dettes et créances.

**TITRE III : DISPOSITIONS RELATIVES
A LA MISE A DISPOSITION DES FICHIERS ET DES DONNEES NECESSAIRES AUX
NOUVELLES MISSIONS DE L'ASSURANCE MALADIE**

**ARTICLE 7
Confidentialité et secret professionnel**

Les parties sont tenues, ainsi que l'ensemble de leur personnel, au secret professionnel, à l'obligation de discrétion et à l'obligation de confidentialité durant toute l'exécution de la présente convention et après son expiration.

Chaque partie s'engage donc :

- à respecter le secret professionnel, tel que défini aux articles 226-13 et suivants du code pénal, auquel elle est soumise,
- à ce que les données communiquées dans le cadre de la présente convention ne soient en aucun cas, divulguées ou retransmises à des personnes physiques ou morales non autorisées, conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée,
- à faire respecter par les utilisateurs qu'elle aura autorisés à accéder aux services, les règles de secret professionnel, de discrétion et de confidentialité sus énoncées.

Si, pour l'exécution de la présente convention, les parties ont recours à des prestataires de service, ceux-ci doivent présenter des garanties identiques pour assurer la mise en œuvre des mesures et des règles de confidentialité sus-énoncées.

Les contrats qu'ils concluent avec ceux-ci doivent prévoir à la charge desdits prestataires une obligation de confidentialité et de respect du secret professionnel.

A défaut, les parties s'engagent à faire signer par lesdits prestataires un engagement spécifique mettant à leur charge les obligations sus-énoncées.

En outre, les parties s'engagent à faire souscrire à ces prestataires de service, en plus des engagements contenus dans le présent article les engagements suivants :

- ils ne doivent pas utiliser les documents et supports d'information confiés par l'une des parties à des fins autres que celles spécifiées à la convention,
- ils ne doivent conserver aucune copie des documents et supports d'information confiés par l'une des parties après l'exécution des prestations,
- ils ne doivent pas communiquer ces documents et informations à d'autres personnes que celles qui ont qualité pour en connaître,
- ils doivent prendre toutes mesures permettant d'éviter toute utilisation détournée ou frauduleuse des fichiers, en cours d'exécution de la présente convention,
- ils doivent prendre toutes mesures, notamment de sécurité matérielle, pour assurer la conservation des documents et informations traités tout au long de la convention.

Dans le cas où les prestataires de service sous-traiteraient à l'exécution des prestations à un tiers, ce dernier serait soumis aux mêmes obligations.

ARTICLE 8 Formalités Cnil

Les parties à la présente convention s'engagent à respecter, en ce qui les concerne, les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée, notamment à effectuer les formalités déclaratives nécessaires auprès de la CNIL.

Chaque déclaration peut être communiquée à la partie qui en fait la demande.

ARTICLE 9 Pièces justificatives

La reprise de l'activité du CLEISS par la CNAMTS implique la reprise des pièces justificatives des créances et dettes non soldées..

Une convention tripartite entre le CLEISS, la CNAMTS et la CPAM du Morbihan en date du 16 septembre 2014 et son avenant prévoient les modalités de la mise à disposition des pièces justificatives afférentes à la reprise de ces activités (Annexes 3 et 4)

ARTICLE 10 Statistiques nécessaires à la réalisation des Commissions mixtes et apurements de comptes avec les pays hors Union Européennes

Le CLEISS s'engage à transmettre à la CPAM du Morbihan, sur demande et dans des conditions qui seront précisées par convention, les statistiques nécessaires à la réalisation des Commissions mixtes et des apurements de compte avec le Ministère et les pays hors Union Européenne. Ces données sont celles qui sont récupérées par le CLEISS tous les ans en début d'année auprès de l'ensemble des organismes de sécurité sociale, quel que soit le régime ou la branche (ex : nombre de pensions transférées, nombre de bénéficiaires d'allocations familiales, montant, répartition par régimes pour un pays déterminé...).

Parallèlement, la CNAMTS va étudier la fiabilisation des données remontées par l'ensemble des CPAM, et procédera elle-même à leur collecte à l'avenir. La convention de gestion dont la conclusion est prévue au premier trimestre 2015 définira les modalités de transmission, à terme, par la CNAMTS au CLEISS des statistiques nécessaires à la réalisation de ses études et de son rapport statistique annuel.

TITRE IV : DISPOSITIONS RELATIVES AUX SYSTEMES D'INFORMATIONS

ARTICLE 11 Applicatifs dont la propriété est transférée à la CNAMTS

A compter du 1^{er} janvier 2015, le CLEISS cède à la CNAMTS l'ensemble des applicatifs et outils énumérés ci-après dont il était propriétaire et qui sont nécessaires à l'accomplissement de la mission de gestion des créances et dettes internationales d'assurance maladie par la CNAMTS.

ARTICLE 12**Modalités et étendue de la reprise de l'applicatif ODSS**

Les conditions de la cession de l'applicatif ODSS sont déterminées dans la convention de cession prévue à l'Annexe 6.

ARTICLE 13**Modalités et étendue de la reprise de l'application METIS**

Les conditions de la cession de l'applicatif METIS sont déterminées dans la convention de cession prévue à l'Annexe 7.

Les modalités pratiques nécessaires au transfert de l'activité de METIS du CLEISS à la CNAMTS sont déterminées ainsi qu'il suit :

- Le CLEISS s'engage à transmettre à la CNAMTS la dernière référence des sources de l'application. L'objectif est de s'assurer que la référence des sources de l'application est complète ;
- Le CLEISS s'engage à transmettre le dump full de la base de données de l'application METIS au 30 novembre 2014. Il s'agit de transmettre la base de données qui servira de référence pour le démarrage de METIS au sein de la CNAMTS au 1^{er} janvier 2015. Il est convenu que les données de l'application METIS ne soient plus modifiées après le 30 novembre 2014 minuit. Toutes les modifications de la base de données faite après cette date ne seront pas officiellement transmises à la CNAMTS et ne seront donc pas présentes dans l'application au 1^{er} janvier 2015 ;
- Le CLEISS s'engage à transmettre à la CNAMTS l'historique des fichiers informatiques de l'application METIS au 30 novembre 2014. Il s'agit de récupérer l'ensemble des fichiers présents sur le serveur applicatif et de base de données de METIS ;
- Le CLEISS s'engage à demander la communication de la base de référence des tickets MANTIS (base de données et pièces justificatives) et la liste des fiches MANTIS ouverts au 30 novembre 2014 à la société prestataire GFI, chargée de l'hébergement de ces données et à les transmettre à la CNAMTS.

Article 14**Habilitation TESTA**

L'ouverture de cession par la CPAM du Morbihan sur le serveur FTP sécurisé « TESTA » nécessite au préalable de disposer d'une habilitation au niveau de Bruxelles dans le but d'échanger les fichiers cryptés avec les autres pays, de mettre à disposition sur le serveur une nouvelle clé publique et de communiquer aux organismes de liaison étrangers le changement de clé publique.

Le CLEISS cède à partir du 01/01/2015 l'accès au réseau TESTA via le serveur de la CNAV à la CPAM du Morbihan.

Dans l'attente de l'attribution de l'habilitation de la CPAM du Morbihan permettant d'ouvrir une cession au réseau TESTA pour la France, le CLEISS cède à la CPAM du Morbihan le login et mot de passe qu'il utilise actuellement pour se connecter au réseau TESTA. Le CNSE pourra communiquer au CLEISS à leur demande tout document qui leur serait nécessaire afin d'assurer leur gestion des prestations vieillesse ou familiales.

Article 15
Dispositions transitoires

Dans le cadre des traitements annexes, le CLEISS s'engage également à transmettre directement à la CPAM du Morbihan pour fin décembre 2014 :

- les fichiers présents sur TESTA non encore récupérés et décryptés, qui devront être décryptés par le CLEISS avant que les clefs de cryptage ne changent
- les éventuels CD provenant d'organismes de liaison, si non encore traités, décryptés
- les fichiers ODSS qui ne seraient pas sur le serveur et qui ne seront donc pas récupérés lors de la copie de la base générale par la CNAMTS début décembre 2014
- les 2 fichiers excel de suivi des intégrations de fichiers dans METIS
- la liste des demandes de mise à jour de la base de données « en attente » faites par les utilisateurs à la DSI du CLEISS pour corriger une situation non modifiable par l'application.

Il est demandé par ailleurs au CLEISS de conserver la capacité d'utilisation de l'application pendant le mois de janvier 2015 en cas d'incident majeure pour un démarrage effectif de la solution au sein de la CNAMTS.

ARTICLE 16
Maintenance

Le CLEISS s'engage à assurer, à titre gratuit, un soutien technique sur l'utilisation de l'outil METIS et les traitements annexes auprès du responsable informatique de la CPAM du Morbihan et de la DDSI de la CNAMTS pendant 1 an.

En cas de besoin, des déplacements pourront être prévus pendant cette période à Vannes.

L'objectif de ce support est de répondre aux interrogations suivantes :

- o Sur le fonctionnement métier de l'application et des traitements annexes nécessaires au bon fonctionnement de la solution
- o Sur le code source de l'application et des traitements annexes
- o Sur l'exploitation de l'application et des traitements annexes
- o Sur le mode opératoire technique des échanges avec les autres organismes étrangers
- o Sur l'historique des dysfonctionnements ayant pu affecter les données et les fichiers repris
- o Sur l'historique des tickets Mantis

TITRE V : AUTRES DISPOSITIONS

ARTICLE 17
Pièces contractuelles

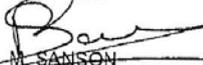
La CNAMTS et le CLEISS s'engagent sur la présente convention et ses annexes. Leurs dispositions se substituent à toutes dispositions ayant le même objet qui figureraient dans tout autre document échangé entre les Parties avant la signature de la présente convention.

ARTICLE 18
Nullité d'une disposition

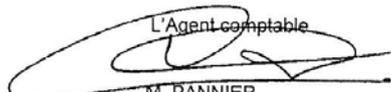
Au cas où l'une quelconque des dispositions de la présente convention serait tenue pour nulle, sans objet ou déclarée contraire à la loi, elle sera réputée non écrite mais n'entraînera pas la nullité des autres dispositions de la convention.

Fait à Paris en deux exemplaires, le **15 JUIN 2015**

Pour le CLEISS,
Le directeur


M. SANSON

L'Agent comptable


M. PANNIER

Pour la CNAMTS,
Le Directeur Général,


M. REVEL

Le Directeur des Finances et de la Comptabilité


M. DESSAINT

TABLEAU DES ANNEXES

ANNEXE 1	Situation de la gestion des créances transmises par le CLEISS à la CNAMTS au 31 décembre 2014
ANNEXE 2	Situation des dettes non réglées au 31 décembre 2014 transférées à la CNAMTS
ANNEXE 3	convention tripartite CLEISS, CNAMTS et CPAM du Morbihan en date du 16 septembre 2014 prévoyant les modalités de la mise à disposition des pièces justificatives afférentes à la reprise de ces activités
ANNEXE 4	Avenant à la convention tripartite CLEISS, CNAMTS et CPAM du Morbihan
ANNEXE 5	Convention de cession ODSS
ANNEXE 6	Convention de cession METIS

L'ensemble des revues de dépenses est disponible sur :
www.performance-publique.budget.gouv.fr/