

**CONCOURS OUVERTS LES 09, 10, 11 et 12 JUIN 2026
POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES
ELEVES DIRECTEURS D'HÔPITAL**

4^{ème} EPREUVE D'ADMISSIBILITE

(Durée 4 heures – Coef 4 si majeure / Coef 2 si mineure)

Vendredi 12 juin 2026

Composition

**LEGISLATION DE SECURITE SOCIALE ET
D'AIDE SOCIALE**

**CONCOURS EXTERNE et CONCOURS EXTERNE
SPECIAL dit « TALENTS »**

4^{ème} EPREUVE – COMPOSITION

LEGISLATION DE SECURITE SOCIALE ET AIDE SOCIALE

CONCOUR EXTERNE
ET CONCOURS EXTERNE SPECIAL DIT TALENT**Sujet : (17 pages)**

A l'aide des documents joints, vous rédigerez une composition portant sur le sujet suivant :

Le forfait patient urgence (FPU) tient-il toutes ses promesses ?

Liste des documents

	Documents joints	
Document 1	Article 51 de la LFSS pour 2021	Page 2
Document 2	Article L. 160-13 du code de la sécurité sociale	Page 3
Document 3	Arrêté du 27 février 2026 relatif aux montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale et du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale	Pages 4 et 5
Document 4	Article L. 861-3 du code de la sécurité sociale	Page 6
Document 5	Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale	Page 7
Document 6	Site Ameli publication du 2 mars 2026	Page 8
Document 7	Sante.gouv.fr communication du 4 janvier 2022 « FPU : vers des tarifs plus lisibles pour tous »	Page 9
Document 8	Sante.gouv.fr publication du 31 décembre 2021 « FPU : une tarification plus lisible et équitable à partir du 1 ^{er} janvier 2022 »	Page 10
Document 9	Sénat.fr Question-réponse du 14/07/22 et du 3/11/22	Pages 11 et 12
Document 10	Assemblée nationale Question n°103	Pages 13 et 14
Document 11	Assemblée nationale Question n°210	Pages 15 et 16
Document 12	« Faut-il exonérer le patient du forfait urgence quand l'urgentiste n'est pas à proximité ? » Revue Option/bio mars 2024, n°683-684, p. 4, Yann Mickaël Dalmat	Page 17

Document 1

Loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

Article 51

I.-Le titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le chapitre préliminaire est ainsi modifié :

a) Le I de l'article L. 160-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, est fixée à une somme forfaitaire due lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. Le montant de cette participation est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Ce montant peut être réduit dans les cas mentionnés aux 3°, 4° et 13° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 371-1 du présent code ainsi qu'à l'article L. 212-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Cette participation ne peut être supprimée, sauf dans les cas prévus à l'article L. 160-9, aux 11°, 15° et 18° de l'article L. 160-14 ainsi qu'aux articles L. 169-1 et L. 16-10-1 du présent code. » ;

(...)

VIII.-Le I entre en vigueur le 1er janvier 2021, à l'exception du 1°, du c du 2° et des 3° à 6°, qui entrent en vigueur le 1er septembre 2021.

Document 2

Article L160-13

Version en vigueur depuis le 28 février 2025

Modifié par LOI n°2025-199 du 28 février 2025 - art. 62

Modifié par LOI n°2025-199 du 28 février 2025 - art. 63 (V)

I.-(...)

La participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, est fixée à une somme forfaitaire due lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. Le montant de cette participation est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Ce montant peut être réduit pour les assurés mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 et pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 431-1, quel que soit le motif du passage. Cette participation ne peut être supprimée, sauf pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 160-9 et les assurés mentionnés aux 11° et 13° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 371-6, quel que soit le motif du passage, ainsi que pour les passages liés aux soins mentionnés aux 15° et 18° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 169-2 et ceux en lien avec le risque sanitaire mentionné à l'article L. 16-10-1. (...)

Conformément au III de l'article 63 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025, ces dispositions et l'ensemble des mesures afférentes prévues aux articles 24.1 à 24.2.1.4 du sous-titre I du titre III et à l'article 28 du sous-titre II du titre III de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie publiée au Journal officiel du 25 août 2023 sont applicables à compter du 1er avril 2025.

Document 3**Arrêté du 27 février 2026 relatif aux montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale et du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale**

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle, énergétique et numérique, la ministre de l'agriculture, de l'agro-alimentaire et de la souveraineté alimentaire, la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées et le ministre de l'action et des comptes publics,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 160-13, L. 174-4, R. 174-5 et R. 174-5-1 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole en date du 23 février 2026 ;

Vu la saisine de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 13 février 2026 ;

Vu la saisine de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 13 février 2026 ;

Vu l'avis de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie en date du 20 février 2026 ;

Vu la saisine de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 13 février 2026,

Arrêtent :

Article 1

(...)

Article 2

1° Le montant du forfait patient urgences (FPU), mentionné à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, est fixé à 23 euros. Ce montant est facturable à l'assurance maladie dès lors que la participation de l'assuré est supprimée dans les conditions prévues au même article L. 160-13 ;

2° Le montant de la participation réduite mentionnée à l'article L. 160-13 est fixé à 9,96 euros. Lorsque la participation de l'assuré est réduite dans les conditions prévues au même article L. 160-13, un supplément dénommé « complément forfait patient urgences » (CFU) est facturable à l'assurance maladie. Le tarif du supplément « complément forfait patient urgences » est fixé à 13,04 euros ;

3° L'arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux montants du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Article 3

Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur au 1^{er} mars 2026.

Article 4

Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 27 février 2026.

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées,
Stéphanie Rist

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle, énergétique et
numérique,

Roland Lescure

La ministre de l'agriculture, de l'agro-alimentaire et de la souveraineté alimentaire,
Annie Genevard

Le ministre de l'action et des comptes publics,

David Amiel

Document 4

Chapitre 1 : Dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé (L. 861-1 à L. 861-12)**Article L861-3****Modifié par LOI n°2022-1616 du 23 décembre 2022 - art. 35 (V)**

Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit à la prise en charge, après application, le cas échéant, de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles dont elles bénéficient :

1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires ; cette participation demeure toutefois à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 861-1, dans les conditions prévues par le présent code, lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

(...)

La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'Etat afin de respecter les dispositions de l'article L. 871-1 et de prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou

(...)

Document 5

Article L871-1

Version en vigueur depuis le 28 février 2025

Modifié par LOI n°2025-199 du 28 février 2025 - art. 63 (V)

Le bénéfice des dispositions des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du II et du 2° du II bis de l'article L. 862-4 du présent code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 160-13 du présent code ni la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L. 322-5 et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents ou souscripteurs, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations ou primes hors taxes afférentes, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 ainsi que de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L. 162-5.

Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4. Pour les prestations prévues au 6° de l'article L. 160-8, ces règles prévoient la prise en charge totale de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 160-13 (...)

(...)

Conformément au III de l'article 63 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025, les dispositions de l'article précité et l'ensemble des mesures afférentes prévues aux articles 24.1 à 24.2.1.4 du sous-titre I du titre III et à l'article 28 du sous-titre II du titre III de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie publiée au Journal officiel du 25 août 2023 sont applicables à compter du 1er avril 2025.

Document 6

Site AMELI - 02 mars 2026

Le forfait patient urgences (FPU) correspond à la participation du patient aux frais liés à son passage aux urgences. Quelles sont les situations concernées ? Qui sont les personnes concernées et qui sont celles exonérées ? Le point sur les modalités d'application.

Montant et règlement du forfait patient urgences

Chaque personne qui se rend aux urgences sans être hospitalisée doit régler un « **forfait patient urgences (FPU)** » d'un montant de 23 €.

Les patients sont informés du coût de leur passage dès leur sortie des urgences.

Le FPU est à régler dès réception de la facture. Si l'établissement de santé le permet et le propose, il est aussi possible de régler cette somme directement lors du passage aux urgences. La complémentaire santé (ou la mutuelle ou le régime local d'Alsace-Moselle (RLAM) pour ses bénéficiaires) remboursera intégralement ce forfait.

Qui est concerné et qui n'est pas concerné ?

Ce FPU concerne les personnes qui se rendent aux urgences pour des soins non programmés et qui sortent des urgences sans être hospitalisées.

Pour certaines personnes, **le FPU est minoré et son montant passe à 9,96 €**. Le FPU minoré concerne :

- les personnes en affection de longue durée (ALD) ;
- les personnes qui bénéficient de prestations suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle avec une incapacité inférieure à deux tiers (la facturation du FPU dépend des informations dont l'établissement dispose. Si votre accident du travail ou votre maladie professionnelle n'est pas connue de l'établissement, alors un FPU de 23 € peut vous être facturé. Après votre passage aux urgences, vous pourrez envoyer vos justificatifs d'arrêt de travail à l'établissement, qui pourra annuler ou revoir la facture du FPU).

Enfin, pour certaines personnes, **le FPU n'est pas à payer** lors d'un passage aux urgences. Il s'agit des personnes suivantes :

- femmes enceintes bénéficiaires de l'assurance maternité ;
- bénéficiaires d'une pension d'invalidité ;
- bénéficiaires de prestations suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle ayant une incapacité supérieure à deux tiers (la facturation du FPU dépend des informations dont l'établissement dispose. Si votre accident du travail ou votre maladie professionnelle n'est pas connue de l'établissement, alors un FPU de 23 € peut vous être facturé. Après votre passage aux urgences, vous pourrez envoyer vos justificatifs d'arrêt de travail à l'établissement, qui pourra annuler ou revoir la facture du FPU) ;
- assurés mineurs victimes de violences sexuelles ;
- nouveau-nés de moins d'un mois ;
- donneurs d'organe ;
- titulaires d'une pension militaire d'invalidité ;
- victimes d'actes de terrorisme ;
- bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME) ;
- personnes écrouées.

Document 7

Santé.gouv.fr 4 janvier 2022 « Forfait patient urgence : vers des tarifs plus lisibles pour tous »

La qualité et la sécurité du parcours de soin des patients ne seront pas altérées par le FPU : tous continueront à être admis aux urgences et ce, même s'ils n'ont pas leur carte Vitale ou leur pièce d'identité sur eux. Mieux encore, les patients sont informés explicitement du coût de leur passage alors qu'auparavant, ils étaient susceptibles d'attendre quelques semaines voire quelques mois avant de recevoir leur facture et de connaître son montant. Désormais, ils l'obtiennent dans un format simplifié donc plus compréhensible et dans des délais plus courts. Si leur établissement de santé s'est organisé pour percevoir le paiement, ils peuvent même s'en acquitter sur place.

Outre la lisibilité d'un forfait unique, le dispositif offre aussi la comparaison de son montant avec celui demandé en libéral. Ainsi, chacun dispose du choix éclairé d'alternatives au « tout-urgences », comme par exemple le service d'accès aux soins (SAS). Et il permettra aussi, progressivement, de recentrer les services sur leur mission première : les soins lourds et complexes.

Le FPU, c'est aussi un environnement comptable simplifié pour les équipes hospitalières : en se substituant au ticket modérateur, il allège considérablement leur processus de facturation.

Sante.gouv.fr

Forfait patients urgences : un tarif unique plus lisible et plus équitable à partir du 1er janvier 2022

publié le 31.12.21

Communiqués et dossiers de presse Hôpital Santé Système de santé

A partir du 1er janvier 2022, un forfait tarifaire unique sera mis en place pour les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation. Objectif premier de ce « forfait patient urgences » (FPU) : rendre plus lisible le montant à régler en le substituant à l'ensemble des paiements précédents, couverts par l'ex-ticket modérateur. Outre une information renforcée des usagers et une facturation simplifiée pour les équipes hospitalières, le FPU permet également d'harmoniser le niveau du reste-à-charge des patients, jusqu'à présent variable en fonction de l'intensité des soins reçus et des actes pratiqués pendant la prise en charge.

Jusqu'alors, chaque passage aux urgences donnait déjà lieu à facturation d'un reste à charge mais selon des modalités complexes. Concrètement, la facture reçue par le patient présentait le détail de tous les soins, examens et actes reçus, sur lesquels des tickets modérateurs étaient appliqués. Le montant total du reste à charge correspondait à la somme de ces différents tickets modérateurs : il était donc différent à chaque passage aux urgences et pouvait varier de 10 à 60 € environ.

Depuis le 1er janvier 2022, le forfait patient urgences remplace ce calcul complexe : c'est désormais, le même montant, unique et fixe, de 19,61 € qui est facturé au patient et ce quelle qu'ait été sa prise en charge lors de son passage. Le FPU rend donc le montant d'un passage aux urgences sans hospitalisation plus lisible pour les patients et les usagers, son paiement plus compréhensible et sa facturation plus simple pour les équipes hospitalières.

Ce dispositif n'est pas instauré pour des considérations économiques : il s'adapte d'ailleurs à certaines populations vulnérables. Ainsi, le FPU est minoré à 8,49 € pour les patients placés en affection de longue durée ou rattachés au régime des accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) avec une incapacité inférieure à 2/3. De même, il ne s'applique pas aux assurés rattachés au régime AT/MP avec une incapacité au moins égale à 2/3, aux assurées maternité et aux nouveau-nés de moins de 30 jours, aux mineurs victimes de violences sexuelles pour des soins consécutifs aux sévices subis, aux donneurs d'organe pour les actes en lien avec leur don, aux pensionnés militaires ou pour invalidité et aux victimes d'actes de terrorisme.

Désormais, chaque patient non hospitalisé saura dès son passage aux urgences quel est le montant de son reste à charge. Ensuite, celui-ci sera pris intégralement en charge par les complémentaires santé.

Pour les personnes qui ne bénéficient pas d'une complémentaire – soit 4% de la population environ – l'instauration du forfait patient urgences les prémunit de facto de restes-à-charge supérieurs à 19,61 €, ce qui pouvait être le cas avec l'ancien mode de calcul.

La qualité et la sécurité du parcours de soin des patients ne seront pas altérées par le FPU : tous continueront à être admis aux urgences et ce, même s'ils n'ont pas leur carte Vitale ou leur pièce d'identité sur eux. Mieux encore, les patients seront informés explicitement du coût de leur passage dès leur passage dans le service alors qu'auparavant, ils étaient susceptibles d'attendre quelques semaines voire quelques mois avant de recevoir leur facture et de découvrir son montant. Désormais, ils l'obtiendront dans un format simplifié donc plus compréhensible et dans des délais plus courts.

Le FPU, c'est aussi un environnement comptable facilité pour les équipes hospitalières, qui allège considérablement leur processus de facturation. Trop complexe jusqu'à présent, il était quasiment impossible à boucler avant la sortie des patients non hospitalisés et entretenait souvent l'illusion d'une gratuité de prise en charge. Ce décalage nuisant à la bonne compréhension du reste-à-charge par les usagers, le recouvrement des paiements par les établissements de santé était parfois incertain.

Associé à l'information systématique délivrée aux patients lors de leur passage aux urgences, on peut également escompter du FPU une réduction des impayés et un recouvrement facilité pour les établissements. Dans ce domaine, si le montant global facturé pour les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation s'élève à 213 millions d'€, seuls 33% sont aujourd'hui recouverts.

Contact presse :

Direction générale de l'offre de soins
DGOS-COM@santergouv.fr

Document 9

Sénat.fr

Question de M. GUERET Daniel (Eure-et-Loir - Les Républicains-R) publiée le 14/07/2022

M. Daniel Guéret attire l'attention de M. le ministre de la santé et de la prévention sur la mise en place du forfait patient urgences (FPU). Depuis le 1^{er} janvier 2022, le forfait patient urgences d'un montant de 19,61 euros est demandé pour tout patient pour les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation. Un certain nombre d'exonérations sont prévues. Ainsi, le FPU ne s'applique pas aux femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse, aux nouveau-nés de moins de 30 jours, aux mineurs victimes de violence sexuelles, aux victimes d'actes de terrorisme, aux personnes écrouées, aux titulaires d'une rente ou d'une allocation accident du travail ou maladie professionnelle avec une incapacité de travail au moins égale à 2/3, aux bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME) ou encore en « cas de risque sanitaire grave et exceptionnel ». Le FPU a vocation à être remboursé intégralement par la complémentaire du patient. Toutefois, ce nouveau forfait pourrait être un obstacle aux soins pour les patients les plus démunis et vivant dans des territoires où il n'y a pas de médecins traitants. Pour les Français vivant dans des zones sous-denses et privés de médecin traitant, le recours aux urgences est souvent la seule solution. Il est injuste d'imposer le FPU à des patients ayant une couverture sociale et qui consultent aux urgences de l'hôpital du fait d'une absence de médecin traitant, ou qui ne peuvent pas être reçus rapidement par leur médecin généraliste. Il souhaiterait donc savoir si le Gouvernement envisage de modifier l'arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux montants du forfait patient urgences afin que les patients privés de médecin traitant soient ajoutés à la liste des personnes exonérées.

Publiée dans le JO Sénat du 14/07/2022 - page 3655

Réponse du Ministère de la santé et de la prévention publiée le 03/11/2022

Depuis le 1^{er} janvier 2022, le forfait patient urgences s'applique pour les passages au sein des structures des urgences non suivis d'une hospitalisation. L'objectif premier du « forfait patient urgences » (FPU) est de rendre plus lisible pour l'utilisateur, le montant à régler. Ce FPU se substitue à l'ensemble des paiements précédents, couverts par l'ex-ticket modérateur. Jusqu'alors, chaque passage aux urgences donnait déjà lieu à facturation d'un reste à charge mais selon des modalités complexes. Concrètement, la facture reçue par le patient présentait le détail de tous les soins, examens et actes reçus, sur lesquels des tickets modérateurs étaient appliqués, rendant la facture particulièrement illisible. Le FPU constitue donc une mesure de simplification ; il rend donc le montant d'un passage aux urgences sans hospitalisation plus lisible pour les patients et les usagers, son paiement plus compréhensible et sa facturation plus simple pour les équipes hospitalières. Ce dispositif n'est pas instauré pour des considérations économiques. Cette mesure est calibrée pour être neutre pour les patients par rapport à la situation précédente. Par ailleurs, ce forfait patients urgence est bien sûr pris en charge par les complémentaires santé. La mise en place du forfait patient urgences n'augmente donc pas les restes à charge des patients, notamment pour les habitants des communes rurales, mais simplifie les modalités de calcul de ce dernier en prévoyant une participation forfaitaire et non plus un ticket modérateur proportionnel à l'intensité de la prise en charge. Il est important de rappeler que les assurés

acquittaient déjà précédemment une participation lors de leurs passages aux urgences, mais en différé. Comme chez le médecin traitant, le FPU est donc payable le jour de la consultation. Le Gouvernement est pleinement engagé pour faciliter le recours à des complémentaires santé, notamment la complémentaire santé solidaire destinée aux assurés les plus précaires, comme en témoignent les mesures prises dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022. Par ailleurs, la qualité et la sécurité du parcours de soins des patients ne sont pas altérées par la mise en place de ce forfait. L'accès aux urgences est toujours possible pour les patients même s'ils n'ont pas leur carte vitale ou leur pièce d'identité. La possibilité d'être pris en charge aux urgences pour les patients ayant des difficultés d'accès à un médecin en ville n'est ainsi pas modifiée. Enfin, pour faciliter l'accès aux soins primaires, y compris en zones sous-denses, une série de mesures continuent d'être déployées telles que le développement de l'exercice coordonné avec la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé, la création de postes d'assistants médicaux ou encore le déploiement de 400 médecins généralistes dans des territoires prioritaires, ainsi que la mise en œuvre du service d'accès aux soins. Il consiste en une régulation médicale téléphonique (aide médicale urgente et de médecine générale) qui doit permettre la bonne orientation du patient dans le système de soins et d'avoir accès à un rendez-vous avec un médecin généraliste en cas de besoin, plutôt que de se rendre aux urgences hospitalières lorsque cela n'est pas nécessaire.

Publiée dans le JO Sénat du 03/11/2022 - page 5468

Question écrite n° 103 : Exonérer du Forfait Patient Urgences les personnes sans médecin traitant

16^e Législature

Publication de la question au Journal Officiel du 19 juillet 2022, page 3462

Publication de la réponse au Journal Officiel du 1er novembre 2022, page 5096

Question de : Mme Bénédicte Taurine

Ariège (1^{re} circonscription) - La France insoumise - Nouvelle Union Populaire écologique et sociale

Mme Bénédicte Taurine alerte M. le ministre de la santé et de la prévention sur les conséquences de la mise en place du Forfait Patient Urgences (FPU) pour les personnes sans médecin traitant. Depuis ce 1er janvier 2022, toute personne se rendant au service des urgences d'un établissement de santé et dont l'état ne nécessitera pas d'hospitalisation, se voit réclamer le paiement du FPU d'un montant de 19,61 euros et d'éventuels autres restes à charge. Dans certains cas bien précis et énumérés par les textes, ce forfait peut être minoré à 8,49 euros voire intégralement supprimé. Ce Forfait Patient Urgences peut être par la suite remboursé par la mutuelle ou la complémentaire santé du patient s'il en possède une. En réalité, ce forfait correspond à une avance de frais et peut amener à retarder une consultation médicale, voire à y renoncer avec toutes les conséquences dramatiques que cela peut entraîner. Mme la députée tient à rappeler que la sollicitation des services d'urgence est souvent l'ultime solution pour des personnes n'ayant pas la possibilité d'être suivies par un médecin traitant puisque vivant dans des zones où ils ne sont pas suffisamment nombreux. L'offre de soin n'étant pas à la hauteur des besoins, ces personnes sont obligées de se rendre aux urgences où le plus souvent elles vont patienter plusieurs heures avant d'être examinées. Si elles avaient pu être prises en charge en amont par un médecin traitant, les contraintes auraient été largement moindres et le reste à charge probablement nul. Le manque de médecins conduit à ce que les urgences soient « encombrées » et soumet les personnels à une surcharge de travail qui devient insupportable; le FPU ne règle rien et peut même conduire certaines personnes à ne pas se soigner. Les habitants des zones rurales, comme dans son département, l'Ariège, déjà touchés par le manque de médecins généralistes et par les graves problèmes que rencontrent nos hôpitaux, en manque de moyens, subissent de plein fouet les déficiences de l'État. Elle lui demande ainsi que les personnes n'ayant pas de médecin traitant soient très rapidement ajoutées à la liste des personnes exonérées du Forfait Patient Urgences.

Réponse publiée le 1er novembre 2022

Depuis le 1er janvier 2022, le forfait patient urgences s'applique pour les passages au sein des structures des urgences non suivis d'une hospitalisation. L'objectif premier du « forfait patient urgences » (FPU) est de rendre plus lisible, pour l'usager, le montant à régler. Ce FPU se substitue à l'ensemble des paiements précédents, couverts par l'ex-ticket modérateur. Jusqu'alors, chaque passage aux urgences donnait déjà lieu à facturation d'un reste à charge mais selon des modalités complexes. Concrètement, la facture reçue par le patient présentait le détail de tous les soins, examens et actes reçus, sur lesquels des tickets modérateurs étaient appliqués, rendant la facture particulièrement illisible. Le FPU constitue donc une

mesure de simplification ; il rend donc le montant d'un passage aux urgences sans hospitalisation plus lisible pour les patients et les usagers, son paiement plus compréhensible et sa facturation plus simple pour les équipes hospitalières. Ce dispositif n'est pas instauré pour des considérations économiques. En effet, cette mesure est calibrée pour être neutre pour les patients par rapport à la situation précédente. Par ailleurs, ce forfait patients urgences est bien sûr pris en charge par les complémentaires santé. De nombreux cas d'exonération totale ou partielle sont déjà prévus par le décret du 23 février 2022 relatif à la participation des assurés aux frais liés à la contraception et aux frais liés aux passages dans les structures des urgences des établissements de santé. C'est le cas, par exemple, des personnes couvertes par l'assurance maternité, ou encore des bénéficiaires du régime des accidents du travail et maladies professionnelles. Si le fait d'habiter en zone sous-dense ne constitue pas un motif d'exonération, le recours aux urgences ne peut pas effectivement constituer la solution aux difficultés d'accès aux soins primaires dans ces parties du territoires (rurales et urbaines). C'est pourquoi le ministère de la santé et de la prévention conduit une action résolue pour améliorer l'accès aux soins partout sur le territoire, par exemple à travers le service d'accès aux soins, ou encore en incitant financièrement les jeunes médecins à s'installer dans ces zones, puis à y demeurer. Ces mesures s'inscrivent dans un cadre global d'amélioration de l'accès aux soins de proximité, dont le volet santé du conseil national de la refondation permettra d'écrire une nouvelle page, en y associant élus, professionnels de santé, usagers et administrations.

Question écrite n° 210 : Suppression du forfait patient urgences (FPU) dans les déserts médicaux

16^e Législature

Publication de la question au Journal Officiel du 26 juillet 2022, page 3545

Publication de la réponse au Journal Officiel du 1er novembre 2022, page 5101

Question de : M. Dino Cinieri

Loire (4^e circonscription) - Les Républicains

M. Dino Cinieri appelle l'attention de M. le ministre de la santé et de la prévention sur le forfait patient urgences (FPU) entré en vigueur le 1er janvier 2022. Dans les déserts médicaux, en particulier dans le département de la Loire, de nombreux concitoyens n'ont plus de médecin traitant et se tournent par conséquent vers les services des urgences lorsqu'ils ont besoin d'être soignés. Si ce forfait patient urgences (FPU) de 19,61 euros, facturé à toute personne se rendant aux urgences d'un hôpital pour des soins non suivis d'une hospitalisation, est pris en charge par les assurances complémentaires santé, l'avance de frais pénalise et culpabilise les ménages financièrement fragiles. Alors que de nombreux concitoyens ont renoncé aux soins dont ils ont pourtant besoin en raison du manque de médecins et des délais pour obtenir un rendez-vous, ce FPU est vécu comme une nouvelle discrimination, dans les territoires ruraux en particulier. C'est pourquoi il lui demande s'il envisage de supprimer le forfait patient urgences (FPU) pour les concitoyens qui ne peuvent pas avoir un médecin traitant dans les déserts médicaux.

Réponse publiée le 1er novembre 2022

Depuis le 1er janvier 2022, le forfait patient urgences s'applique pour les passages au sein des structures des urgences non suivis d'une hospitalisation. L'objectif premier du « forfait patient urgences » (FPU) est de rendre plus lisible pour l'utilisateur, le montant à régler. Ce FPU se substitue à l'ensemble des paiements précédents, couverts par l'ex-ticket modérateur. Jusqu'alors, chaque passage aux urgences donnait déjà lieu à facturation d'un reste à charge mais selon des modalités complexes. Concrètement, la facture reçue par le patient présentait le détail de tous les soins, examens et actes reçus, sur lesquels des tickets modérateurs étaient appliqués, rendant la facture particulièrement illisible. Le FPU constitue donc une mesure de simplification ; il rend donc le montant d'un passage aux urgences sans hospitalisation plus lisible pour les patients et les usagers, son paiement plus compréhensible et sa facturation plus simple pour les équipes hospitalières. Ce dispositif n'est pas instauré pour des considérations économiques. Cette mesure est calibrée pour être neutre pour les patients par rapport à la situation précédente. Par ailleurs, ce forfait patients urgence est bien sûr pris en charge par les complémentaires santé. La mise en place du forfait patient urgences n'augmente donc pas les restes à charge des patients, notamment pour les habitants des communes rurales, mais simplifie les modalités de calcul de ce dernier en prévoyant une participation forfaitaire et non plus un ticket modérateur proportionnel à l'intensité de la prise en charge. Il est important de rappeler que les assurés acquittaient déjà précédemment une participation lors de leurs passages aux urgences, mais en différé. Comme chez le médecin traitant, le FPU est donc payable le jour de la consultation. Le Gouvernement est pleinement engagé pour faciliter le recours à des

complémentaires santé, notamment la complémentaire santé solidaire destinée aux assurés les plus précaires, comme en témoignent les mesures prises dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022. Par ailleurs, la qualité et la sécurité du parcours de soins des patients ne sont pas altérées par la mise en place de ce forfait. L'accès aux urgences est toujours possible pour les patients même s'ils n'ont pas leur carte vitale ou leur pièce d'identité. La possibilité d'être pris en charge aux urgences pour les patients ayant des difficultés d'accès à un médecin en ville n'est ainsi pas modifiée. Enfin, pour faciliter l'accès aux soins primaires, une série de mesures continuent d'être déployées telles que le développement de l'exercice coordonné avec la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé, la création de postes d'assistants médicaux ou encore le déploiement de 400 médecins généralistes dans des territoires prioritaires, ainsi que la mise en œuvre du service d'accès aux soins. Il consiste en une régulation médicale téléphonique (aide médicale urgente et de médecine générale) qui doit permettre la bonne orientation du patient dans le système de soins et d'avoir accès à un rendez-vous avec un médecin

Faut-il exonérer le patient du forfait urgences quand l'urgentiste n'est pas à proximité ?

Le sénateur Alain Duffourg suggère au ministère de la Santé l'exonération du forfait patient urgences (FPU) pour les patients sans médecin traitant qui sont de plus en plus nombreux dans les communes rurales en raison de la désertification médicale.

Le sénateur rappelle qu'un arrêté paru fin 2021 impose aux patients qui se rendent aux urgences de s'acquitter d'un forfait patient urgences. Ce forfait est certes remboursable par la mutuelle, la complémentaire santé ou l'aide médicale d'État [3], mais il contraint les ménages socialement fragiles à avancer les frais. De plus, le recours aux urgences est la seule solution pour des millions de ruraux qui sont privés de médecin traitant [1,2].

Ainsi, face à cette situation préoccupante, il demande au

ministère de bien vouloir faire en sorte que les patients privés de médecin traitant, car confrontés à une densité insuffisante de professionnels de santé, soient ajoutés à la liste des personnes exonérées de ce forfait.

Le FPU pour simplifier

Dans sa réponse, le ministère interpellé rappelle que l'objectif premier du FPU était de rendre plus lisible pour le patient le montant à régler aux urgences. Ce FPU s'est en effet substitué à l'ensemble des paiements précédents, couverts par

l'ex-ticket modérateur. Jusqu'alors, chaque passage aux urgences donnait lieu à la facturation d'un reste à charge selon des modalités complexes. La facture reçue par le patient présentait en détail tous les soins, examens et actes reçus, sur lesquels des tickets modérateurs étaient appliqués, rendant la facture difficilement lisible.

Le FPU constitue ainsi une mesure de simplification : il rend le montant d'un passage aux urgences sans hospitalisation plus intelligible pour les patients et les usagers, son paiement plus compréhensible et sa facturation plus simple pour les équipes hospitalières. Il prémunit également les patients les plus modestes de restes à charge supérieurs à 19,61 euros, et ce quels que soient les soins reçus ; il est donc moins onéreux, dans de nombreux cas, que le ticket modérateur qui préexistait. Il ne s'agit en aucun cas d'un outil de régulation de l'accès aux urgences. La qualité et la sécurité du parcours de soins des patients n'ont pas été altérées par le FPU : tous continuent à être admis aux urgences, même s'ils n'ont pas leur carte Vitale ou leur pièce d'identité sur eux. Enfin, comme le ticket modérateur, ce forfait est pris en charge par les complémentaires santé. |

Yann-Mickael Dalmat

