

## FORFAIT ACCUEIL ET TRAITEMENT DES URGENCES « ATU »

### 1. Textes de référence

#### ⇒ Lois

- [Loi n° 2003-1199 du 19 décembre 2003](#) de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33.

#### ⇒ Code de la sécurité sociale (CSS)

- Articles [L.162-22-6](#), [L.162-22-10](#) et [L.162-26](#) relatifs aux frais d'hospitalisation afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé.
- Articles [R.162-32](#), [R.162-32-1](#), [R.162-51](#) et [R.322-1](#)

- ⇒ [Décret n°2009-213 du 23 février 2009](#) relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé.

#### ⇒ Arrêtés

- [Arrêté du 23 janvier 2008](#) relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article [L.162-22-6](#) du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article [L.174-1](#) du code de la sécurité sociale.
- [Arrêté du 22 février 2008](#) relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondante produites par les établissements de santé ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies à l'article [L6113-8](#) du CSP, modifié par l'arrêté du 20 janvier 2009.
- [Arrêté du 19 février 2009](#) relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie pris en application de l'article [L.162-22-6](#) du code de la sécurité sociale.
- [Arrêté du 10 février 2010](#) modifiant l'arrêté du 19 février 2009 supra.
- [Arrêté du 27 février 2008](#) fixant pour l'année 2008 les ressources d'assurance maladie des établissements de soins exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- [Arrêté du 27 février 2009](#) fixant pour l'année 2009 les ressources d'assurance maladie des établissements de soins exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

#### ⇒ Circulaire

- [Circulaire N°DHOS/F1/F4/2007/105 du 21 mars 2007](#) relative à la généralisation de la suppression du taux de conversion.
- Annexe II de la circulaire n°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/82 du 03 mars 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé.

### 2. Définition

Le forfait "accueil et traitement des urgences" (ATU) vise à couvrir les dépenses résultant de l'admission et du traitement des patients **accueillis dans les services d'accueil des urgences** des établissements de santé autorisés à pratiquer cette activité.

**ATTENTION** : le forfait ATU ne doit pas être confondu avec le forfait annuel des urgences « FAU », destiné à couvrir les charges fixes (personnel, matériels, ...) et déterminé en fonction du nombre de passages aux urgences donnant lieu à facturation d'un ATU

### 3. Champ d'application

**Le forfait ATU s'applique aux établissements MCOO** (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie), tarifés à l'activité et autorisés à exercer une activité d'accueil des urgences.

### 4. Règles de facturation

**Le forfait ATU est dû** pour chaque passage aux urgences :

- non programmé,
- non suivi d'une hospitalisation dans un service de MCOO ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du même établissement.

Par ailleurs, conformément à la circulaire n°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/82 du 03 mars 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé, « *dans les cas où, pour des raisons d'organisation interne des établissements, les patientes **accueillies pour des urgences gynécologiques** sont orientées directement vers les services de gynécologie-obstétrique, une telle venue pour des soins **non programmés, non suivis d'hospitalisation dans un service MCO ou en UHCD, peut donner lieu à facturation d'un ATU**. La facturation d'un ATU ne concerne pas les urgences obstétricales* ». Sont considérées comme urgences obstétricales, les urgences survenant chez une femme ayant fait une déclaration de grossesse.

**Le forfait ATU s'ajoute** aux tarifs de la consultation, des actes et de leurs majorations éventuelles.

**En revanche :**

- les passages aux urgences suivis d'une hospitalisation au sein du même établissement, ne doivent pas donner lieu à facturation d'un forfait ATU ;
- le forfait ATU n'est cumulable **ni** avec un forfait SE (sécurité environnement), **ni** avec le forfait FFM (forfait de petit matériel), ni avec un GHS ;
- il n'est pas facturable lorsqu'un patient est reconvoqué ultérieurement.

**Son tarif** s'élève à 25,28 € (cf [arrêtés du 27 février 2008 fixant, pour 2008, les ressources d'assurance maladie pour les établissements de santé MCOO et du 27 février 2009 pour 2009](#)).

### 5. Modalités

#### 5.1 Dans les établissements ex DG

##### ⇒ Principes

**Depuis le décret n°2009-213 cité en référence**, le forfait ATU est facturable selon les modalités suivantes :

- **Pour les assurés sociaux** : le ticket modérateur sera facturable le lendemain de la publication au Journal Officiel de la décision UNCAM fixant le taux applicable. Ce taux sera compris entre 15 et 25% et s'appliquera également aux actes et consultations accompagnant le forfait ATU ; de ce fait, la valorisation de l'activité se situera entre 85 et 75% pour ce qui concerne la part prise en charge par l'assurance maladie.

En attendant cette décision UNCAM, l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé ex DG s'applique : le ticket modérateur n'est pas facturable, les patients n'étant redevables que des actes, et les forfaits ATU sont valorisés à 94%, selon la formule suivante :

Tarif \* taux moyen de prise en charge fixée en 2008 à 94 % \* coefficient géographique \* coefficient de transition

- **Pour les patients relevant des conventions internationales (Union européenne ou hors union européenne)**, les forfaits pourront être facturés le lendemain de la publication au Journal Officiel de la décision UNCAM fixant les taux de ticket modérateur applicables (tarifs \* taux de prise en charge du patient). En attendant, ces forfaits ne sont pas facturables et les patients ne sont redevables que des actes.
- **Pour les non assurés sociaux (étrangers hors conventions internationales, AME, soins urgents de l'art. L.254-1 du CASF, payants)**, les forfaits ATU sont facturables à 100% pour les patients reçus depuis le 25 février 2009, sur la base de l'article 5 du décret du 23 février 2009 supra, qui prévoit l'exclusion des forfaits ATU, FFM et SE du calcul des tarifs journaliers de prestations.

#### ⇒ Valorisation

Il convient de réaliser des RSF-ACE pour tous les patients, qu'ils soient assurés sociaux ou non, en codant la variable [Séjour facturable l'assurance maladie]<sup>1</sup> avec la valeur correspondant à la situation du patient. Le but est d'une part de valoriser l'activité prise en charge par l'assurance maladie, d'autre part de connaître l'ensemble de l'activité ayant donné lieu à forfait ATU.

## 5.2 Facturation dans les établissements ex OQN.

Le forfait ATU et les actes liés sont facturables :

- A l'encontre de l'assurance maladie pour les patients assurés sociaux, avec un ticket modérateur de 20% ;
- A l'encontre des patients, intégralement.

## 5.3 Forfait ATU et ticket modérateur forfaitaire de 18 €

Un ticket modérateur forfaitaire de 18 € est mis à la charge des assurés sociaux lorsque des actes dont le **tarif est égal ou supérieur à 91€** dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou dont le **coefficient est égal ou supérieur à 50** dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) leur sont dispensés en consultations externes ou au cours d'une hospitalisation.

Cette participation forfaitaire s'applique, même en présence d'un forfait ATU (FFM et SE).

Dans les établissements ex OQN, si un forfait ATU est associé à des actes, le TMF de 18 € doit être déduit de la ligne ATU et non des actes, sur les factures transmises à l'assurance maladie.

<sup>1</sup> 0 = non ; 1 = oui ; 2 ou 3 = en attente de décision

**Exemple** : pour un ATU de 25,28 € et un acte égal ou à 91 € ou > K50 de 100 €, la facture télétransmise se doit se présenter ainsi :

- ATU = 25,28 € - 18 €
- Acte égal ou > à 91 € ou > K50 : 100 €

Ce dispositif sera applicable dans les établissements ex DG lorsque la facturation directe à l'encontre de l'assurance maladie sera mise en œuvre (cf I de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009<sup>2</sup>).

\* \*  
\*

### **Tableaux résumant les situations au regard de la facturation**

<b>Facturable</b>
1 ATU par passage pour : <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Des soins non programmés ;</li><li>➤ Des soins non suivis d'hospitalisation ;</li><li>➤ <u>Un seul forfait ATU</u></li></ul>

Il s'ajoute aux tarifs de la consultation, des actes et de leurs majorations éventuelles

<b>Non facturable</b>
Le forfait ATU n'est pas facturable : <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Pour les soins suivis d'une hospitalisation ;</li><li>➤ Si un forfait SE, un forfait FFM ou un GHS est facturé.</li></ul>

<sup>2</sup> « I – Jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2011, ... les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques (en sus) ... ne sont pas facturés à la caisse ... L'agence régionale de l'hospitalisation procède, pour chaque établissement à la valorisation de l'activité... »