

**Service**  
COLLIGE

**Date**  
mars 2026

# DOCUMENTATION TECHNIQUE POUR LA REALISATION DE LA CAMPAGNE

## ENC MCO données 2025

**Consignes de mise en œuvre**

## Introduction

Ce document de consignes de mises en œuvre permet de préciser auprès des établissements réalisant l'ENC MCO certaines règles méthodologiques.

Les nouveautés sont surlignées en jaune.

Les modifications ou ajout dans une consigne existante par rapport à l'année précédente ou à une version antérieure de ce document sont surlignés en bleu.

## Table Des Matières

<b>1. Rappels de bonnes pratiques pour la gestion de projets ENC</b>	<b>5</b>
<b>2. Téléchargement des logiciels ARCA<sup>n</sup>H et ARAMIS MCO avec un compte PLAGE</b>	<b>6</b>
<b>3. Charte Qualité</b>	<b>6</b>
<b>4. Arbre Analytique</b>	<b>6</b>
<u>4.1. Niveau de finesse de l'arbre analytique pour les sections cliniques</u>	<u>6</u>
<u>4.2. Aide au découpage analytique de Radiothérapie</u>	<u>7</u>
<u>4.3. Traitement de l'UHSI (SD01) et des chambres sécurisées (SD03) dans l'ENC</u>	<u>7</u>
<u>4.4. Médecine ambulatoire</u>	<u>7</u>
<u>4.5. Traitement des consultations</u>	<u>8</u>
<u>4.6. Réanimation mutualisée avec une unité de soins intensifs et/ou de soins continus</u>	<u>8</u>
<b>5. Logiciel ARCA<sup>n</sup>H</b>	<b>9</b>
<u>5.1. Evolutions du logiciel ARCA<sup>n</sup>H</u>	<u>9</u>
<u>5.2. Evolutions du classeur ARCA<sup>n</sup>H</u>	<u>9</u>
<u>5.3. Evolutions des comptes du PC</u>	<u>9</u>
<u>5.4. Focus classeur fusionné</u>	<u>9</u>
<b>6. Logiciel ARAMIS</b>	<b>10</b>
<u>6.1. Nouveautés du logiciel ARAMIS</u>	<u>10</u>
<u>6.2. Mesure de la charge en soins dans l'ENC MCO : Poursuite de la phase exploratoire</u>	<u>10</u>
<u>6.3. Problème d'unicité</u>	<u>11</u>
<b>7. Unités d'œuvre</b>	<b>11</b>
<u>7.1. Précisions sur les ICR</u>	<u>11</u>
<u>7.2. Précisions sur les omégas</u>	<u>11</u>

<b>7.3.</b>	<b>Précisions sur les UO de laboratoire B et laboratoire d'ACP</b>	<b>12</b>
<b>7.4.</b>	<b>UO Sté 13</b>	
<b>7.5.</b>	<b>UO Pharma</b>	<b>15</b>
<b>7.6.</b>	<b>Précisions sur les UO Logistique Médicale (LM) et Logistique Gestion Générale (LGG)</b>	<b>15</b>
<b>7.7.</b>	<b>Précisions sur le recueil des actes hors dialyse réalisés en dialyse</b>	<b>18</b>
<b>8.</b>	<b>Consignes liées à la crise sanitaire</b>	<b>18</b>
<b>8.1.</b>	<b>Principe général</b>	<b>18</b>
<b>8.2.</b>	<b>Nombre de journées lits d'ouverture et nombre de lits installés</b>	<b>18</b>
<b>8.3.</b>	<b>Découpage analytique</b>	<b>18</b>
<b>8.4.</b>	<b>Consignes</b>	<b>19</b>
<b>8.5.</b>	<b>Correspondance des SA N / N-1</b>	<b>20</b>
<b>9.</b>	<b>Logiciel VisualENC</b>	<b>21</b>
<b>10.</b>	<b>Aide au remplissage du Plan Comptable de l'Etude (PC)</b>	<b>22</b>
<b>11.</b>	<b>L'affectation des produits et des charges des autres activités (hors périmètre du champ de l'étude)</b>	<b>27</b>
<b>12.</b>	<b>Analyse et justification des atypies</b>	<b>29</b>
<b>13.</b>	<b>Consignes Méthodologiques</b>	<b>33</b>
<b>13.1.</b>	<b>Consignes relatives à l'ENC MCO – établissements de dialyse</b>	<b>33</b>
<b>13.2.</b>	<b>Traitement de l'endoscopie dans l'ENC</b>	<b>41</b>
<b>13.3.</b>	<b>Traitement de la curiethérapie dans l'ENC</b>	<b>42</b>
<b>13.4.</b>	<b>Traitement de l'ambulatoire dans l'ENC</b>	<b>45</b>
<b>13.5.</b>	<b>Traitement de la chirurgie robotique dans l'ENC</b>	<b>46</b>
<b>13.6.</b>	<b>Traitement de l'Hébergement Temporaire Non Médicalisé (HTNM)</b>	<b>47</b>
<b>13.7.</b>	<b>Traitement des transports inter et intra établissements</b>	<b>49</b>
<b>13.8.</b>	<b>Traitement de la sous-traitance de transport d'usagers</b>	<b>49</b>
<b>13.9.</b>	<b>Traitement des carences ambulancières et du SDIS</b>	<b>49</b>
<b>13.10.</b>	<b>Précisions sur l'imputation des DMI</b>	<b>50</b>
<b>13.11.</b>	<b>Traitement de la rémunération à l'acte</b>	<b>50</b>
<b>13.12.</b>	<b>SMUR hélicoptère sans charge d'hélicoptère</b>	<b>50</b>
<b>13.13.</b>	<b>Consommations d'alimentation</b>	<b>50</b>
<b>13.14.</b>	<b>Traitement des Centres de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT)</b>	<b>51</b>
<b>13.15.</b>	<b>Activités de soins de support</b>	<b>51</b>
<b>13.16.</b>	<b>Traitement des RRRO de laboratoire en sous-traitance correspondant à une remise accordée en contrepartie des prélèvements sanguins réalisés par le personnel soignant de l'établissement</b>	<b>52</b>

<b><u>13.17.</u></b>	<u>Suppléments de tarif non pris en charges par l'AM</u>	<u>52</u>
<b><u>13.18.</u></b>	<u>Prise en charge en urgence sans autorisation d'urgence</u>	<u>52</u>
<b><u>13.19.</u></b>	<u>Traitement des clés/UO des urgences dans un classeur fusionné</u>	<u>53</u>
<b><u>13.20.</u></b>	<u>Traitement des soins de support (CLCC)</u>	<u>53</u>
<b><u>13.21.</u></b>	<u>Traitement de la sous-traitance d'imagerie pour l'interprétation du résultat uniquement</u>	<u>53</u>
<b><u>13.22.</u></b>	<u>Traitement analytique de la médecine légale</u>	<u>53</u>
<b><u>13.23.</u></b>	<u>Traitement de la MS-OSP PP09 Engagement maternité volet hébergement 54</u>	
<b>14. Fiches Techniques</b>		<b>54</b>
<b><u>14.1.</u></b>	<u>Fiche technique : Mieux comprendre l'activité de greffes et de prélèvement d'organes et son traitement dans l'ENC</u>	<u>54</u>
<b><u>14.2.</u></b>	<u>Fiche technique : Cas des EMI/ETI</u>	<u>55</u>
<b><u>14.3.</u></b>	<u>Fiche technique : Liste de consommables médicaux « traceurs » de radiofréquence 56</u>	
<b><u>14.4.</u></b>	<u>Fiche technique : Traitement des groupements</u>	<u>56</u>
<b><u>14.5.</u></b>	<u>Fiche technique : Atteindre et améliorer les taux de suivi au séjour</u>	<u>62</u>
<b>15. Nous contacter</b>		<b>63</b>

## 1. Rappels de bonnes pratiques pour la gestion de projets ENC

- **La mise en place d'une équipe projet multidisciplinaire** est un facteur clé de réussite de l'ENC.
  - L'équipe peut être composée des personnes suivantes :
    - Représentant de la Direction
    - Chef de projet ENC
    - Contrôleur de gestion ou comptable
    - DIM
    - Pharmacien
    - Responsable informatique et/ou SSII
    - DRH
    - Représentant du service économique
  - Il est constaté que l'absence de **mobilisation d'une équipe projet ENC** complique la réalisation de l'étude en termes de délais et de qualité des données.
  
- **La création de procédures permettant de documenter le traitement de l'ENC** est fondamentale
  - Les procédures doivent notamment indiquer : les extractions à réaliser, leur source d'information, les personnes à contacter, les retraitements réalisés...
  - Il est préconisé aux établissements de mettre à jour de manière régulière ces procédures et de les partager avec l'ensemble de l'équipe projet.
  - La mise en place des procédures doit permettre **une continuité dans la réalisation** de l'ENC, en cas d'absence ou de départ d'un membre de l'équipe projet.

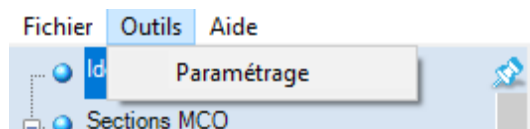
- **La mise en place d'un répertoire avec une sauvegarde automatique des données**

Les logiciels ARCANH et ARAMIS sont installés par défaut sur un répertoire local. En cas de panne ou de dommages sur l'ordinateur, l'ATIHI et le service informatique de l'établissement ne pourront pas récupérer les données qui auront été perdues.

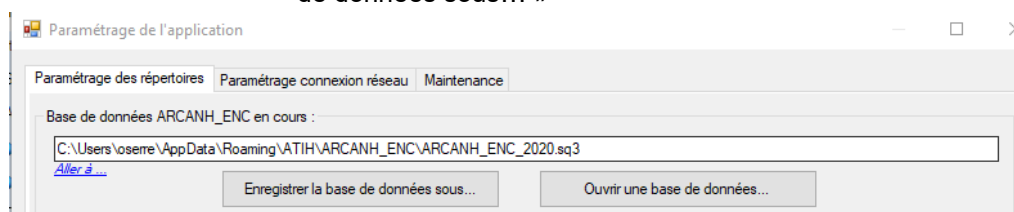
Il est préconisé de **modifier ces liens à chaque installation pour sauvegarder les données sur un répertoire commun** à l'équipe projet et dont la sauvegarde est réalisée de manière automatique par le service informatique de l'établissement.

Les informations pour **modifier l'emplacement de stockage** des logiciels ARCANH et ARAMIS se trouvent dans le manuel d'utilisation des outils :

- Il faut aller dans la barre d'outils, le menu du haut : Outils > Paramétrage



- Pour modifier l'emplacement, il faut cliquer sur le bouton « Enregistrer la base de données sous... »



## 2. Téléchargement des logiciels ARCA<sup>n</sup>H et ARAMIS MCO avec un compte PLAGE

Il faut s'identifier avec un compte Plage détenant les droits de Gestionnaire de Fichier pour le domaine ENC-SANIT pour pouvoir télécharger les logiciels ARCA<sup>n</sup>H, ARAMIS MCO et VisualENC.

Pour créer un compte plage, il faut aller sur le site : <https://plage.atih.sante.fr> et compléter le formulaire. Les applications à demander sont : e-ENC et le Domaine ENC-SANIT. Votre demande sera validée par l'administrateur Plage de votre établissement.

Il faut également demander à votre administrateur Plage de vous **attribuer les droits** en tant que :

- Gestionnaire de Fichier
- sur le domaine ENC-SANIT.

Les nouveautés sont également détaillées dans le Guide des Outils, à télécharger sur le site de l'ATI H : Domaine d'activité > Information sur les coûts > ENC [Champ]> ENC Données [AAAA]

## 3. Charte Qualité

**Rappel : Charte Qualité consommables médicaux 10%**

L'ensemble des comptes de consommables médicaux est à suivre au séjour. Les comptes 6011+60311 ; 60216+603216 ; 60217+603217 ; 60218CM+603218CM ; 60224+603224 ; 60225+603225 ; 602661+6032661 ; 602664+6032664 ; 606261 ; 6066FLGAZ ; 6066PROD3 ; 6066AUTRE ; 6071+60371 sont désormais inclus dans ce suivi au séjour.

## 4. Arbre Analytique

**Se référer à l'arbre analytique publié sur la page internet de l'ENC MCO : <https://www.atih.sante.fr/enc-mco-donnees-2023>**

### 4.1. Niveau de finesse de l'arbre analytique pour les sections cliniques

Dans le cas où plusieurs spécialités d'hospitalisations sont réalisées dans un même lieu, l'établissement doit être vigilant sur l'utilisation des sections, **en analysant le contenu du parcours patient, les activités et GHM réalisés dans le service :**

- Si une spécialité de médecine ou de chirurgie est majoritaire, il est préconisé de descendre à un niveau plus fin de l'arbre.

*Ex : Un service de chirurgie commun à deux spécialités, néanmoins le service d'urologie est majoritaire, utilisation de la section 934.248.*

- Si le service est une unité décloisonnée, avec des lits indifférenciés par spécialités et un personnel soignant mutualisé, les sections ci-dessous sont préconisées :

*934.211.1 Chirurgie générale et spécialités indifférenciées – unité mutualisée*

*934.111 Médecine générale non orientée ou spécialités indifférenciées - unité mutualisée*

Au-delà, si l'établissement utilise à la fois une section 934.24 et 934.211, c'est qu'il y a bien 2 unités. Il ne faudrait donc pas les regrouper sans avoir étudié leur contenu respectif ; la préconisation pourra éventuellement être d'adapter le N° AAC (**plus fin**) au détail réel de leurs activités.

#### 4.2. Aide au découpage analytique de Radiothérapie

##### **1/ Rappels et Objectifs**

La bonne connaissance de l'activité par UM/SA et la bonne imputation des charges des SA de radiothérapie sont essentielles pour améliorer la base de connaissance de l'ENC sur ce domaine et affirmer la robustesse des coûts.

##### **Pour rappel, l'arbre analytique de radiothérapie a opéré des évolutions suivantes :**

- Les SA « chapeau » préparation à l'irradiation (933.21) et irradiation (933.22) ne sont pas ouvertes au paramétrage. Obligation d'affiner le découpage analytique :
  - par **technique** : Stéréotaxie, RCMI, 2D, 3D, etc.
  - par **machine** : Cyberknife, Novalis/ VersaHF, tomothérapie, Gamma Knife, etc...

##### **2/ Traitement dans le PMSI**

Il convient d'opérer ce découpage en **créant les UM dans le PMSI** pour identifier les UO à recueillir sur chacune des sections.

⇒ **A réaliser avant l'année de recueil afin d'éviter la réalisation éventuelle d'un M0.**

##### **3/ Détermination des charges dans ARCA nH**

Il s'agit d'imputer les charges (moyens humains et autres) sur chacune des sections analytiques. Les problématiques peuvent porter sur :

- la ventilation des charges de personnel, commun à différentes techniques ;
- l'utilisation de différentes techniques pour une même machine.

##### **En cas de difficultés à isoler les charges de ces SA, il est proposé de :**

- Se rapprocher des cadres de santé responsables pour identifier dans le planning du personnel, le temps consacré à chacune des techniques / machines ;
- Réaliser une enquête ponctuelle pour déterminer les quotes-parts de temps à imputer sur chacune des techniques / machines ;
- De porter également une attention particulière à l'amortissement des machines en fonction des techniques.

#### 4.3. Traitement de l'UHSI (SD01) et des chambres sécurisées (SD03) dans l'ENC

Il est demandé de n'imputer sur les sections SD03 que les charges liées au surcoût de la prise en charge des détenus. Pour les chambres sécurisées, le coût du séjour "hors surcoût" est imputé sur la section correspondant au service d'hébergement dans lequel la chambre est située.

Pour l'UHSI (SD01), il est demandé d'utiliser la nouvelle SA dédiée « 934.16 Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) » pour l'affectation des charges correspondantes.

#### 4.4. Médecine ambulatoire

Les SAC de médecine ambulatoire regroupent souvent des PEC diverses (HdJ et séances). Le mode de PEC paramétré doit correspondre au mode d'accueil du service ; le paramétrage « séances » ne

s'impose donc pas nécessairement, même si le pourcentage de séances est majoritaire dans les PEC (cf TDC 2.8).

**Cas n°1** : les SAC de médecines spécialisées (séances ou HdJ) sont à paramétrer sur les codes ad hoc.

**Cas n°2** : Les services d'ambulatoire non dédiés c'est-à-dire regroupant plusieurs disciplines sont à identifier via le code analytique : **934.112 Médecine générale avec fréquentation particulière. Il conviendra d'indiquer obligatoirement le libellé de l'établissement.**

#### 4.5. Traitement des consultations

Dans l'ENC MCO, il est demandé de détailler les consultations par spécialités.

Dans le cas où l'établissement ne réalise pas l'ENC SSR, mais possède une activité sur ce champ, il est possible de ne pas détailler les sections de consultations en utilisant les sections suivantes :

- 934.721.99 – « Consult\_SSR adultes – spécialités indifférenciées »
- 934.723.99 – « Consult\_SSR jeunes enfants, enfants et adolescents (0 ans - 17 ans) – Spécialités indifférenciées »

L'onglet UO demande un recueil facultatif de typologie des consultations. Ce recueil contient :

- Nombre de téléconsultations médicales
- Nombre de télésoins
- Nombre de consultations simples
- Nombre de consultations pluri-professionnels
- Nombre total d'actes techniques

Il est à noter que ce recueil ne doit pas nécessairement être égal au nombre total de consultations de l'établissement. En effet, certaines consultations peuvent se trouver dans plusieurs catégories à la fois (par exemple, une téléconsultation pluri-professionnels doit compter 1 dans le nombre de téléconsultations médicales, et 1 dans le nombre de consultations pluri-professionnels).

Pour plus de renseignement, un chapitre est dédié aux consultations externes dans le guide méthodologique ENC : « 1.6 Consultations externes ». Se référer à ce guide pour le traitement des consultations.

#### 4.6. Réanimation mutualisée avec une unité de soins intensifs et/ou de soins continus

Dans certains établissements, les unités de réanimation sont mutualisées avec des unités de soins intensifs et/ou de soins continus.

Il est demandé, dans la mesure du possible, de scinder les charges et l'activité de ces deux unités, pour lesquelles les coûts sont différents, en particulier la réanimation.

Dans le cas où cela n'est pas possible et qu'au sein d'une même unité de soins critiques, on retrouve à la fois de la réanimation et/ou des SI/SC.

- ⇒ Il convient d'utiliser une SA réanimation **en y ajoutant le suffixe 90 avec un libellé adapté et précis (indiquer l'activité principale de cette section ; par ex : « Réanimation et soins intensifs »).**
- ⇒ **Si la SA en question était déjà suffixée, il convient d'utiliser impérativement la codification suivante : 90 + suffixe antérieur.**
  - **Ex : La SA 933.311.01 « Réanimation médicale adulte » devient la SA 933.311.90.01**

## 5. Logiciel ARCAAnH

### 5.1. Evolutions du logiciel ARCAAnH

#### 5.1.1. Evolutions du paramétrage

- Modification de l'arrêté MIG :
  - Toutes les MIG ont été renommées en MS-OSP
  - La numérotation de ces sections a été modifiée conformément à l'arrêté
  - Sauf exception le paramétrage N-1 sera repris automatiquement avec les nouveaux codes
- Intégration des Unités de Soins Intensifs Polyvalents (USIP)
  - Revue de l'arbre analytique des soins intensifs pour intégrer les USIP et leurs spécialités (adultes/pédiatriques)
  - Lorsque cela a été possible : reprise du paramétrage N-1 automatique

### 5.2. Evolutions du classeur ARCAAnH

#### 5.2.1. Evolution des onglets

Sans objet

### 5.3. Evolutions des comptes du PC

Se référer directement dans le document « Plan comptable », disponible sur la [page internet de l'ENC MCO](#).

### 5.4. Focus classeur fusionné

Dans le logiciel ARCAAnH, il est possible, pour les établissements réalisant à la fois l'ENC et le RTC, d'utiliser un classeur fusionné. Ce paramétrage du logiciel permet la réalisation de l'ENC et du RTC au sein d'un seul et même classeur ARCAAnH.

Tous les onglets communs à l'ENC et au RTC sont groupés, de sorte qu'il est possible de réaliser une seule fois les saisies pour les onglets suivants :

- 2-PC : saisie de la balance comptable
- 3-SA : saisie de la balance comptable analytique
- ETPR : saisie des ETPR par section d'analyse
- 5-C\_Ind :
  - Saisie des recettes des activités subsidiaires et budgets annexes
  - Saisie des charges indirectes de LM/LGG/STR/SAMT/Plateaux psy sur les activités subsidiaires et budgets annexes
- Clé : saisie des clés de ventilation par section (ex-onglet 7-LOG)

Ainsi lors de la réalisation de l'ENC, seul l'onglet RTC-SIH reste à remplir par l'établissement.

De même, lors de la réalisation de l'ENC, les onglets suivants restent uniques à cette étude :

- 2-CB : scission des intérêts et du principal des éléments de crédit-bail de l'établissement
- 2-Hono : saisie des honoraires et autres éléments saisis hors des comptes de classe 6 de l'établissement
- 6-cd : saisie des charges directes identifiées dans ARAMIS
- Clé\_champs : saisie des clés de ventilation par grand champ d'activité de l'établissement (ex-onglet 7-champs). Dans un classeur fusionné, cet onglet est automatiquement rempli suite aux saisies effectuées dans l'onglet Clé.

Pour plus de détails concernant le classeur fusionné, se référer directement aux documents suivants :

- Présentation du logiciel unique ARCAH ENC / RTC : [Première partie](#) ; [deuxième partie](#) ; [support de présentation](#) (date de publication : 2021, des éléments peuvent avoir évolué)
- Webinaire « Qu'est-ce qu'implique le classeur fusionné ? » : [vidéo de présentation](#) ; [support de présentation](#) (date de publication : 2021, des éléments peuvent avoir évolué)
- Présentation de la fusion des clés et des UO : [Première partie](#) ; [deuxième partie](#) ; [troisième partie](#) ; [support de présentation](#).

## 6. Logiciel ARAMIS

### 6.1. Nouveautés du logiciel ARAMIS

Sans objet

### 6.2. Mesure de la charge en soins dans l'ENC MCO : Poursuite de la phase exploratoire

#### Contexte

Dans le cadre des réflexions portant sur l'amélioration de la méthodologie de mesure des coûts, l'ATIHI a organisé, à la demande du comité de pilotage ENC/RTC, un groupe de travail dont l'objectif est de proposer une mesure de la charge en soins qui permettrait une ventilation plus pertinente des charges de personnel soignant sur les séjours MCO.

Composé de représentants des fédérations représentatives du secteur, d'établissements participant à l'ENC ainsi que d'établissements extérieurs au dispositif ENC, ce groupe de travail a proposé **d'introduire dans la méthodologie de l'ENC MCO la mesure de la charge en soins par les Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS).**

Avant d'envisager l'intégration des SIIPS dans sa méthode de valorisation des séjours, le COPIL ENC a souhaité que l'ATIHI mène une **phase exploratoire** qui permettra d'évaluer les conséquences possibles de cette évolution, auprès de deux publics distincts :

- Les établissements de santé participant à l'ENC MCO : la méthodologie et les outils ENC MCO permet un recueil facultatif des points SIIPS sur tout ou partie de leur activité de court séjour. À l'issue de la campagne, la base de coûts individuelle transmise aux établissements proposera une valorisation via les points SIIPS à titre d'information.
- Les établissements de santé ne participant pas à l'ENC MCO : afin de constituer une base de travail la plus robuste possible pour l'analyse des points SIIPS, l'ATIHI propose à tout établissement disposant d'un recueil de points SIIPS sur un service, une équipe, sur tout ou partie de son activité MCO, de participer à ces travaux.

#### Recueil

Le recueil concerne tous les établissements de l'ENC dans la mesure où ils recueillent au sein de leur établissement la charge en soins au travers des SIIPS.

La méthodologie de recueil des SIIPS utilisée doit être : « La méthode SIIPS : indicateurs de soins infirmiers », 2ème édition, Editions LAMARRE.

Seul le recueil des SIIPS est nécessaire afin de déverser les charges de personnel soignant des sections d'analyse cliniques (SAC) sur les séjours. Le recueil des AAS (activités afférentes aux soins) n'est pas demandé puisque non lié à un séjour en particulier.

Vous trouverez les informations nécessaires au recueil dans le guide des outils ENC disponible sur le site de l'ATIHI : <https://www.atih.sante.fr/enc-mco-donnees-2022>

Pour de plus amples informations, ou pour proposer la participation d'un établissement de santé, merci de contacter l'équipe en charge de l'ENC MCO à l'adresse [enc.mco@atih.sante.fr](mailto:enc.mco@atih.sante.fr).

### 6.3. Problème d'unicité

ARAMIS vérifie le recueil réalisé entre le numéro de RSS et le numéro administratif, c'est-à-dire, s'il y a plusieurs numéros de RSS pour un seul numéro administratif.

Cela peut concerner :

- Les mères / nouveau-nés
- Les séances sur plusieurs numéros de RSS
- Les patients qui changent de FINSS géographique tout en restant dans le même FINESS PMSI.

Lors de ce contrôle, ARAMIS peut signaler qu'il y a un problème d'unicité et que le numéro administratif ne peut pas être utilisé.

#### Traitement à réaliser :

- ⇒ Il faut utiliser le numéro de RSS ou numéro interne.
- ⇒ Pour les établissements n'ayant pas la possibilité d'utiliser un autre numéro que le numéro administratif, il faut utiliser un numéro interne.

Exemple : cas des doublons mères / nouveau-nés

Il faut indiquer le numéro administratif pour l'ensemble des RSS et des mères, et indiquer un numéro différent de la mère pour le bébé. Il faudra donc retraiter les numéros pour tous les bébés. Puis réaliser le fichier 0 qui permet d'indiquer par numéro de RSS, le numéro interne (dans ce cas, le numéro administratif hors nouveau-nés ou le numéro corrigé pour les nouveau-nés) et l'importer dans ARAMIS comme identifiant séjour.

## 7. Unités d'œuvre

### 7.1. Précisions sur les ICR

Il vous est demandé d'indiquer la version des ICR utilisée. Pour cela, dans le logiciel ARCANH, pour chaque SAMT ayant comme UO les ICR, il faut indiquer le numéro de la version.

Au cours de l'année de recueil, vous récoltez les actes des SAMT sous forme de codes CCAM. Au moment d'effectuer la transmission des informations pour l'ATIHI (soit en juin N+1), il faut convertir les actes CCAM en ICR **à partir de la dernière table ICR figurant sur le site de l'ATIHI.**

- ⇒ Pour récupérer la dernière version des ICR, il faut aller sur ce lien : <https://www.atih.sante.fr/les-icr>

### 7.2. Précisions sur les omégas

L'ATIHI calcule pour les établissements les omégas à partir de leurs données PMSI. Toutefois, les établissements ont la possibilité de transmettre leur propre calcul via le fichier 5 du logiciel ARAMIS dans le cas où le calcul de l'ATIHI leur semblerait inexact dû à défaut de codage dans le PMSI.

A noter que le calcul des omégas est réalisé avec les actes de réanimation réalisés dans une UM de réanimation des séjours clos dans l'année étudiée.

La formule de calcul des omégas pour un **passage** donné est en 2 parties :

$$Oméga = P1 + P2 = [durée \times (A1 + 23 \times \ln(durée10))] + [Somme (points par réalisation d'acte)]$$

#### Où :

- *durée* représente la **durée du passage (durée = date de sortie de l'UM - date d'entrée de l'UM +1)**
- *Durée10* vaut **10 si le passage excède 10 jours**, sinon *Durée10* = *Durée réelle* (les valeurs possibles de P1 sont données dans la table ci-dessous)

- $A1$  vaut 17 si Durée =1, **sinon A1 vaut 0**
- $\ln$  représente le logarithme **népérien**
- Pour chaque acte figurant dans la table ci-dessous et réalisé lors du passage on somme le score correspondant au calcul d'oméga. Attention le même acte réalisé plusieurs fois compte autant de fois qu'il est réalisé.

### **Attention !**

Plusieurs sources d'erreurs dans le calcul des omégas ont été relevées :

1. Calcul d'ICR au lieu d'**oméga**
2. Prise en compte de la durée totale du séjour pour le calcul, au lieu de la **durée de passage dans l'UM**
3. Prise en compte du logarithme décimal au lieu du **logarithme népérien**
4. **Erreur dans la durée de passage**
5. Utilisation de la bonne formule mais **erreur dans la programmation** de l'application
6. Calcul des omégas par séjour et non par passage. La bonne règle est de calculer les omégas passage par passage. En effet, pour un séjour ayant deux passages en réanimation de durées respectives D1 et D2, il faut sommer les deux omégas correspondants et non pas calculer un oméga sur une durée  $D=D1+D2$ . En effet,  $\ln(D1) + \ln(D2) \neq \ln(D1+D2)$
7. Si un passage en Réanimation ne contient pas d'acte avec ICR de réa, P2 sera nul.

Il faut tout de même calculer un score oméga qui ne correspondra qu'à P1 (uniquement lié à la durée du séjour) et qui ne pourra être inférieur à 17 (voir calcul ci-dessous).

Le score de réanimation est indiqué dans l'onglet réanimation du fichier des ICR disponible à ce lien : <https://www.atih.sante.fr/les-icr>

### **Table des valeurs du terme P1**

Pour un passage donné, la valeur de l'oméga ne peut pas être inférieure à 17.

### **7.3. Précisions sur les UO de laboratoire B et laboratoire d'ACP**

Dans une section de laboratoire donnée, l'UO doit être homogène entre les différentes catégories de variables.

Par exemple, une même section de laboratoire interne ne peut pas présenter des suivis d'UO à la fois en B et en valorisation euros.

Pour les **laboratoires hors ACP**, la nature d'UO 'B' est préconisée pour les laboratoires avec activité selon la nomenclature NABM. L'UO 'Valorisation\_Euro' est utilisée dans les autres cas :

- Actes issus de la nomenclature RIHN
- Actes du référentiel des actes complémentaires
- Actes sans nomenclature

Si la SAMT regroupe à la fois des actes issus de la nomenclature NABM et des actes hors nomenclature, l'établissement doit créer une SAMT dédiée aux actes issus de la nomenclature NABM (la nature d'UO utilisée sera alors « B ») et une SAMT dédiée aux autres actes (la nature d'UO utilisée sera « Valorisation\_Euro »).

Pour les **laboratoires d'ACP**, l'unité d'œuvre à utiliser est impérativement le nombre d'euros indiqués dans le référentiel (Valorisation Euro).

**L'ensemble des UO, y compris celles des actes sans nomenclature, sont à déclarer dans l'onglet UO.**

La cotation interne de l'acte Sans Nomenclature est spécifiée dans le fichier 4bis :

Si cette variable ASN est utilisée, alors le recueil d'un fichier complémentaire est obligatoire : **le fichier 4 bis**. Il comprend les variables : Code Acte Interne ; Libellé ; Nature de la cotation ; Cotation de l'acte (cf. guide des outils).

#### 7.4. UO Sté

L'ANAP, en collaboration avec la Société Française des Sciences de la stérilisation (SF2S) et la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC), propose une nouvelle unité d'œuvre, l'UO Sté, dans le cadre de l'Outil d'autodiagnostic en stérilisation.

##### **Documentation de référence**

La définition de l'unité d'œuvre de stérilisation complète figure dans le document méthodologique réalisé par l'ANAP et la SF2S <http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/outildautodiagnostic-en-sterilisation/>.

Les éléments concernant la mesure de l'activité de stérilisation en UO Sté sont inclus **dans les chapitres 1.1.1, 1.1.2 et 1.1.3 du document « Indicateurs et coûts de production en stérilisation » de la SF2S** (ex AFS) <http://www.sf2s-sterilisation.fr/wp-content/uploads/2016/08/indicateurs-et-cooutsV2-fevrier2016.pdf>. Ce document contient également des chapitres sur la qualité et les coûts de la stérilisation ; l'établissement ne tiendra pas compte de ces informations dans le cadre du RTC.

##### **Cas des établissements utilisant l'outil d'autodiagnostic en stérilisation ANAP**

###### **Nombre d'unités d'œuvre produites total**

La méthodologie de recueil dans l'outil d'autodiagnostic utilise une liste de DM détaillée (chapitre 1.1.1 du document « Indicateurs et coûts de production en stérilisation » référencé ci-dessus) et une liste de DM simplifiée (chapitre 1.1.2 du document « Indicateurs et coûts de production en stérilisation » référencé ci-dessus).

L'établissement recueille séparément la production pour l'interne et la production pour d'autres établissements : le tableau de recueil dans l'outil diagnostic comporte ces 2 parties « services internes » et « Prestations pour d'autres établissements ».

###### **Recueil des clés de répartition par section d'analyse**

Le recueil par l'outil d'autodiagnostic en stérilisation propose un recueil par catégorie et non par section d'analyse. 2 cas de figures se présentent pour superposer les catégories et les sections d'analyse :

- soit parce que la catégorie est plus fine que les SA (ex : catégorie = unités de soins)
- soit parce que la catégorie ne correspond pas à une SA (ex : catégorie = linge stérilisé)

**Si les SA sont plus fines que les catégories de l'outil d'autodiagnostic**, l'établissement doit, dans l'idéal, affiner le recueil selon ses sections d'analyses.

**Si la catégorie ne correspond pas à une SA**, l'établissement doit déverser les UO sté recueillies sur les sections d'analyses (ex : le nombre d'UO sté de linge stérilisé devra être ventilé sur les sections d'analyse).

##### **Cas des établissements n'utilisant pas l'outil d'autodiagnostic en stérilisation**

###### **Éléments méthodologiques**

La mesure de l'UO Sté est basée sur la comptabilisation du nombre de compositions selon le nombre de DM. Le nombre de compositions est ensuite multiplié par une pondération, propre à chaque catégorie de DM. La sommation des résultats permet l'obtention de la production totale d'UO sté. Idéalement, pour les établissements informatisés, ce recueil doit être mis en place par UF ou par section d'analyse bénéficiaire.

Il existe une liste de DM détaillée (chapitre 1.1.1 du document « Indicateurs et coûts de production en stérilisation ») et une liste de DM simplifiée (chapitre 1.1.2 du document « Indicateurs et coûts de production en stérilisation ») : l'établissement privilégiera un comptage par catégorie de DM détaillée. Les établissements non informatisés ont la possibilité d'utiliser les catégories simplifiées.

La mesure de la production dans l'outil diagnostic Stérilisation est réalisée sur 5 catégories :

- Agrégat des blocs opératoires
- Agrégat sur les unités de soins (plateaux techniques, services de soins)
- Fauteuils dentaires (hors bloc)

- DM stérilisés par basse température
- Linge stérilisé

L'établissement recueille séparément la production pour l'interne et la production pour d'autres établissements : le tableau de recueil dans l'outil diagnostic comporte ces 2 parties « services internes » et « Prestations pour d'autres établissements ».

### Éléments structurants pour la mise en place du recueil

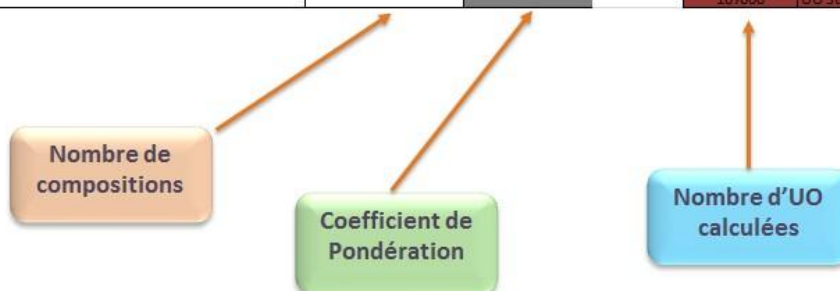
L'établissement pourra s'appuyer sur les éléments structurants suivants pour démarrer la mise en place de ce recueil :

- Lister les compositions et leur référence
- Lister le nombre de DM de chacune des compositions
- Lister les destinataires de chaque composition
- Réaliser un fichier de suivi des compositions réalisées par la stérilisation avec les éléments suivants :
  - o Référence de la composition
  - o Date/heure de la réalisation de la stérilisation
  - o UF ou SA de destinations (y compris la production pour l'externe)

Idéalement, les UF ou des regroupements d'UF de destinations doivent correspondre à des sections d'analyse. A partir de ces éléments, l'établissement peut appliquer les pondérations par composition selon les pondérations données par l'outil d'autodiagnostic de stérilisation.

### Exemple illustré d'application des pondérations :

Détails produits : volume annuel INTERNE : Pour les UF internes de l'établissement	2014	Pondération		Application des pondérations	
<b>BLOCS OPÉRATOIRES</b>					
Nombre de DM stérilisés à l'unité (1DM/sachet)	400	15		6000	
Nombre de compositions stérilisées comportant de 2 à 10 DM	300	30		9000	
Nombre de compositions stérilisées comportant de 11 à 60 DM	400	110		44000	
Nombre de compositions stérilisées comportant plus de 60 DM	300	160		48000	
Nombre de compositions stérilisées comportant des DM en prêt	0	160		0	
Sous total des compositions stérilisées comportant de 2 à plus de 60 DM et DM en prêt	0	90		0	
				107000	UD Sté total



### Nombre d'unités d'œuvre total

L'établissement recueille séparément la production pour l'interne et la production pour d'autres établissements. Dans ARCANH, une cellule est prévue pour la saisie des « Prestations pour d'autres établissements » pour la section stérilisation.

La grille de saisie est fournie sous format EXCEL afin que l'établissement puisse l'utiliser en interne.

## 7.5. UO Pharma

### Rappel :

Suite aux travaux de l'ANAP, la section Pharmacie est déclinée en 4 sections :

- SA 936.12 Préparations stériles de médicaments - Nutrition parentérale
- SA 936.13 Préparations stériles de médicaments - Reconstitution et délivrance des chimiothérapies
- SA 936.14 Radiopharmacie
- SA 936.11 Pharmacie - hors 936.12, 936.13 et 936.14

Se reporter au guide méthodologique de l'ENC : <https://www.atih.sante.fr/enc-mco-donnees-2022>, paragraphe 1.7.1.1 Section Pharmacie

Et au webinaire « Focus UO pharma » disponible sur la page ENC MCO 2021 : <https://www.atih.sante.fr/enc-mco-donnees-2021>

## 7.6. Précisions sur les UO Logistique Médicale (LM) et Logistique Gestion Générale (LGG)

La ventilation des fonctions logistiques est décrite dans le **Guide ENC : la nature des clés préconisées et les précisions de comptage sur ces sections.**

### Recueil des UO de LM/LGG

Si l'établissement ne dispose pas du recueil des UO, il est préconisé de :

- Les évaluer au travers d'une **enquête portant sur une courte période**
- Et de les **mettre à jour régulièrement** ou en cas de changement significatif (ouverture/fermeture de service, travaux...)

Si l'établissement dispose d'une autre nature d'UO que celle préconisée au moment du recueil ou qu'il dispose d'une clé plus **fiable**, il est possible de **modifier la nature d'UO préconisée** dans le classeur ARCAAnH, dans les onglets Clé\_champs et Clé.

- Dans ce cas, un coût de référence ENC ne sera pas toujours disponible dans les tableaux de contrôle (TDC 8), sauf si un nombre suffisant d'établissements, de même statut, ont utilisé la même clé les années précédentes.

Exemple ici : la clé Montants d'actif brut médical immobilisé pour le Génie Biomédical a été remplacée par « Nombre d'interventions »

Ecraser la nature de clé préconisée **en saisissant la nouvelle nature de clé** utilisée dans l'onglet **Clé\_champs** du classeur ARCAAnH. Dans l'onglet « Clé », il convient de mentionner « Non » dans la colonne « J'utilise la nature de clé demandée », et de renseigner la nature de clé utilisée dans la colonne suivante. Ci-dessous une impression écran de l'onglet « Clé\_champs ».

Fonctions	Sections		Nature de la clé de ventilation	Ra Montar à affect Pha cha
			Nature_cle	
	Radiopharmacie	93614	UO Pharma (items 31 à 39)	
			Montants ventilés	
	Stérilisation	9362	UO Sté	
			Montants ventilés	
	Génie biomédical	9364	Nombre d'interventions	
			Montants ventilés	

- La nature de la clé peut être différente entre les onglets Clé\_champs et Clé. En effet, l'établissement peut disposer **d'une clé différente pour ventiler sur les SAC et SAMT**. Dans ce cas, l'onglet « Contrôles » d'ARCAH indiquera « A corriger : La somme des clés de ventilation ne correspond pas à la clé de ventilation indiquée en Phase Clé\_champs »
- Les tableaux ci-après présentent **les clés préconisées pour l'ENC** et les **autres clés possibles utilisées par les établissements pour les LM et LGG**. Ils sont issus du Guide de lecture des Tableaux de contrôle (TDC 8).

### Contrôle des UO de LM/LGG

Différents tableaux de contrôles permettent de **contrôler les UO de LM/LGG** :

- Tableaux 8 : Coût des UO des sections de LM, LGG et de structure
- Tableaux 1 : Points à valider ARCAH
  - o Tableau 1.7.12 : Phases ventilation des clés : Vérification des phases
  - o Tableau 1.7.13 : Phase Clé : Evolution des clés et montants de la LGG et LM par SA entre N-1 et N

**Tableaux des UO de LM/LGG utilisées pour calculer les coûts de référence sont listées ci-dessous (cf. TDC 8)**

Code SA	Libellé SA	Type clé	Libellé de la clé à utiliser
93611	Pharmacie - hors 936.12, 936.13 et 936.14	Clé préconisée	Euros de charge de dépenses médicales gérées par la pharmacie
		Autre clé préconisée	UO pharma (hors items des autres SA et rétrocession)
93612	Préparations stériles de médicaments - Nutrition parentérale	Clé préconisée	Nombre de préparations
		Autre clé préconisée	UO pharma (item 26.3 et 27.3)
93613	Préparations stériles de médicaments - Reconstitution et délivrance de chimiothérapies	Clé préconisée	Nombre de préparations
		Autre clé préconisée	UO pharma (item 26.1 et 27.1)
93614	Radiopharmacie	Clé préconisée	UO pharma (item 31 à 39)
9362	Stérilisation	Clé préconisée	UO Sté

9364	Génie Biomédical	Clé préconisée	Montants d'actif brut médical immobilisé
9365	Hygiène hospitalière et vigilances	Clé préconisée	Euros de charge de dépenses médicales gérées par la pharmacie
9367	Autre Logistique Médicale	Clé préconisée	A définir

	Code SA	Libellé SA	Type clé	Libellé de la clé à utiliser
Logistique & Gestion Générale	9313	Restauration	Clé préconisée	Nombre de repas servis aux patients
	9314	Blanchisserie	Clé préconisée	Nombre de kilos de linge
	9381	Structure financière	Clé préconisée	Euros de charges brutes
	9382	Structure immobilière	Clé préconisée	m2 SDO/SHOB/SHON/surface plancher
	931110	SACG - hors services mortuaires et morgue	Clé préconisée	Euros de charges brutes
	931111	SACG (hors service mortuaire et morgue) - Direction générale	Clé préconisée	Euros de charges brutes
	931112	SACG (hors service mortuaire et morgue) - Finance - Comptabilité	Clé préconisée	Euros de charges brutes
	931113	SACG (hors service mortuaire et morgue) - Gestion économique	Clé préconisée	Euros de charges brutes
	931114	SACG - Services mortuaires et morgues	Clé préconisée	Euros de charges brutes
	931120	SALP - hors CLM,CLD, syndicats et Garderie-Crèche	Clé préconisée	ETPR
	931124	SALP - Personnel en absence longue durée (CLM, CLD)	Clé préconisée	ETPR
	93112122	SALP - Syndicats	Clé préconisée	ETPR
	93112124	SALP - Garderie-Crèche	Clé préconisée	ETPR
	9311215	SALP - ARE	Clé préconisée	ETPR
Logistique & Gestion Générale	93113	Accueil et gestion des malades	Clé préconisée	Nombre de dossiers créés
	93114	Direction des Systèmes d'Information (DSI)	Clé préconisée	Nombre de postes informatiques
	931141	DSI - Routine	Clé préconisée	Nombre de postes informatiques
	9341142	DSI - Projet	Clé préconisée	Nombre de postes informatiques
	93115	Département du service d'information médicale	Clé préconisée	Nombre de résumés PMSI
	931151	DIM – Production et transmission de l'information médicale	Clé préconisée	Nombre de résumés PMSI
	931152	DIM – Stratégie et pilotage	Clé préconisée	Euros de charges brutes
	93116	Services hôteliers	Clé préconisée	m2 SDO/SHOB/SHON/surface plancher
	93118	Entretien-maintenance	Clé préconisée	m2 SDO/SHOB/SHON/surface plancher
	93119	Hébergement Temporaire Non Médicalisé	Clé préconisée	Nombre de nuitées
931171	Brancardage et transport pédestre	Clé préconisée	Nombre de courses de brancardage	

Code SA	Libellé SA	Type clé	Libellé de la clé à utiliser
9311722	Transport motorisé (ambulance ...) des patients - interne	Clé préconisée	Nombre de courses motorisées

### 7.7. Précisions sur le recueil des actes hors dialyse réalisés en dialyse

Il convient de recueillir la totalité des actes réalisés en dialyse, qu'ils concernent des actes de dialyse ou des actes d'une autre activité (transfusion, aphérèse ou chimiothérapie). Cela implique d'avoir dans ARAMIS le recueil des ICR (cela peut être des séances pour les établissements de dialyse) car les charges de cette activité n'ont pas pu être isolées dans une SA dédiée dans ARCANH.

## 8. Consignes liées à la crise sanitaire

Les consignes suivantes sont proposées pour prendre en compte la crise sanitaire.

### 8.1. Principe général

Le recueil privilégie la **simplicité** de retraitements pour les établissements.

- Les coûts de prise en charge et surcoûts liés au COVID sont intégrés aux coûts des sections de l'ENC. Ils ne sont pas nécessairement isolés dans une section spécifique.
- Les recettes liées au COVID ne sont donc pas déductibles des coûts des séjours. Ces recettes sont classées en PND dès l'onglet 2-PC. Les recettes correspondant à la prime COVID et les recettes des séjours COVID sont non déductibles.
- Les recettes relatives à l'activité partielle, dès lors qu'elles sont enregistrées en compte d'exploitation (en compte 791 ou 758 ou 649), viennent en atténuation des charges de personnels concernées.

Cela impacte nécessairement l'évolution des coûts par rapport à N-1 et à la référence. La supervision, les analyses et les usages des référentiels sont adaptés en fonction des résultats.

### 8.2. Nombre de journées lits d'ouverture et nombre de lits installés

Afin d'avoir des taux d'occupation cohérents, il convient de ne pas compter les lits non occupables du fait des consignes sanitaires nationales dans le nombre de journées lits d'ouverture et de lits installés.  
Ex : 2ème lit des chambres doubles condamné, services fermés...

### 8.3. Découpage analytique

Il convient de se référer à l'arbre analytique disponible sur la page internet dédiée à l'ENC MCO pour prendre connaissance des nouvelles sections « COVID ». Pour rappel, il s'agit :

- 933.32 Réanimation – COVID 19
- 934.131.81 Maladies infectieuses – COVID 19
- 934.141.11 Surveillance continue médecine - COVID 19
- 934.141.12 Soins intensifs médicaux – COVID 19
- 934.153 Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) - COVID 19
- 932.115 Accueil et Traitement des Urgences – COVID 19
- 932.36 Laboratoire\_Centre de prélèvement et analyses COVID 19
- HORS\_ETUDE\_VACC Centre de vaccination COVID-19

#### 8.4. Consignes

**Cas 1 : Pour un service de soins donné, l'établissement a créé une UM spécifique PMSI dédiée COVID, et est en capacité de suivre**, depuis le début de la crise sanitaire, l'affectation de son personnel et de ses charges sur une / des UF dédiée COVID.

⇒ Utilisation des SA « COVID »

- **Ex 1** : Une unité de Dermato qui devient Unité COVID pendant 3 mois.

L'établissement a créé une UM COVID et a tracé toutes les charges et l'activité afférentes. Il convient de créer la « SA 934.131.81 Maladies infectieuses – COVID » pour les 3 mois. Les 9 mois restants, l'unité de Dermato retrouve son UM d'origine et la SA ad hoc.

- **Ex 2** : Une unité de Dermato et une unité de Gastro qui deviennent des unités COVID pendant 3 mois.

L'établissement a créé une UM COVID commune et a tracé toutes les charges et l'activité afférentes. Il convient de créer la SA « 934.131.81 Maladies infectieuses – COVID », regroupant ces 2 unités pendant les 3 mois. Les 9 mois restants, chacune de ses 2 unités retrouve son UM d'origine et la SA ad hoc.

**Cas 2 : Pour un service de soins donné, l'établissement n'a pas créé une UM spécifique PMSI dédiée COVID mais est en capacité d'identifier les charges par UF.**

⇒ Il n'est pas attendu de modification du découpage analytique mais l'établissement **devra utiliser le suffixe 90** avec un libellé adapté et précis.

⇒ **Si la SA en question était déjà suffixée, il conviendrait d'utiliser impérativement la codification suivante : 90 + suffixe antérieur.**

- **Ex** : La SA 934.211.1 01 devient la SA 934.211.1 9001

- **Ex** : Une unité de Dermato qui devient Unité COVID pendant 3 mois.

L'établissement a maintenu l'imputation des charges sur l'UF Dermato. La SA reste « 934.131.4 – Dermatologie » (Il n'y a pas de modification de la relation UF – UM – SA) en ajoutant le suffixe 90.

**Cas 3 : L'établissement n'a pas créé une UM spécifique PMSI dédiée COVID et il n'est pas en capacité d'identifier les charges de manière robuste par UF.**

⇒ Il convient d'utiliser les SA suivantes :

- 934.111 Médecine générale non orientée ou spécialités indifférenciées - unité mutualisée et/ou
- SA 934.211.1 Chirurgie générale et spécialités indifférenciées - unité mutualisée
- **En ajoutant le suffixe 90 avec un libellé adapté et précis**
- **Si la SA en question était déjà suffixée, il convient d'utiliser impérativement la codification suivante : 90 + suffixe antérieur.**

- **Ex** : La SA 934.211.1 01 devient la SA 934.211.1 9001

- **Ex** : Une unité de Dermato et une unité de Gastro qui deviennent des unités COVID pendant 3 mois.

L'établissement n'a pas identifié les charges sur ces 2 unités pendant la période « COVID ». Les 2 UF/UM sont à regrouper sous la SA 934.111 Médecine générale non orientée ou spécialités indifférenciées - unité mutualisée en ajoutant le suffixe 90 avec un libellé explicite.

**Cas 4 : L'établissement a pu affecter tous ses surcoûts COVID (ETP, consommables médicaux...) sur 1 seule UF (type 'Plan Blanc' ou 'COVID').**

Cette UF fonctionne selon le principe d'une UF de « pool », c'est-à-dire, **l'établissement répartit les charges sur les SA consommatrices selon une clé à sa discrétion.**

- A défaut, il pourra les répartir au prorata du nombre de journées d'hospitalisations sur les SAC concernées.

**Pour la partie de ces charges qui sont suivables au séjour, l'établissement les suivra** dans les fichiers ARAMIS sur les séjours typés COVID du PMSI au réel s'il en a la capacité.

#### 8.5. Correspondance des SA N / N-1

Les SA suffixées en 90 n'ont pas le même périmètre entre N et N-1 du fait de la crise sanitaire. Aussi, elles ne doivent pas être mises en correspondance dans le paramétrage d'ARCAH.

Par exemple dans le cas d'une SA de chirurgie recevant de nouvelles charges COVID, il convient de procéder comme suit :

Code SA 2020	Code SA 2021
SA 934.211.1 Chirurgie générale et spécialités indifférenciées - unité mutualisée	Supprimé / Non concerné
Supprimé / Non concerné	SA 934.211.1. <b>90</b> Chirurgie générale et spécialités indifférenciées - unité mutualisée et COVID

## 9. Logiciel VisualENC

Le logiciel VisualENC est « unique » pour les ENC MCO, HAD et SSR. Il permet à l'établissement :

- De récupérer ses données au séjour
- D'identifier les corrections à réaliser sur les logiciels ARCAH/ARAMIS
- D'utiliser la base de coûts

Ces informations sont à récupérer via le logiciel VisualENC qui permet à la fois de restituer les données au séjour mais également d'afficher le numéro de RSS et le numéro administratif.

### Pré Requis :

- Les données ARCAH et ARAMIS doivent être déposées sur la plateforme e-ENC
- La commande de traitement des tableaux de contrôle doit être réalisée sur la plateforme e-ENC
- L'établissement doit être capable de fournir les fichiers des archives PMSI pour la période M12 ou M0 (si l'établissement a utilisé le M0 dans ARAMIS)
- L'établissement doit également avoir un accès internet



Pour les utilisateurs réalisant plusieurs ENC (via plusieurs FINESS ou plusieurs champs), le logiciel ne peut pas gérer plusieurs identifications, il faut modifier les informations d'identification pour chaque FINESS ou champs, et relancer le traitement.

## 10. Aide au remplissage du Plan Comptable de l'Etude (PC)

Le **Plan Comptable de l'Etude (PC)** poursuit le double objectif suivant :

- Fournir une base commune aux établissements ex-DG et ex-OQN d'intitulés et de classement des charges et des produits ;
- Faciliter le suivi des règles d'imputation des charges et des produits.

### Import des données du compte financier (Ex-DG uniquement)

Le fichier comportant les données financières est disponible sur la plateforme e-ENC et la plateforme e-RTC, une fois les données saisies sur la plateforme ANCRE.

Ce dispositif optionnel permet à l'utilisateur d'importer les données de l'onglet **DONNEES\_BRUTES\_CRP\_H** dans l'onglet 2-PC d'ARCAAnH afin d'éviter des ressaisies.

En cliquant sur ce bouton : les colonnes et lignes bleues s'ouvrent automatiquement et les données du CF sont importées dans les colonnes « Solde débit issu du CF » et « Solde crédit » issus du CF dans les comptes correspondants.



- Quand le compte financier est plus fin, des regroupements se font automatiquement.

Numéro de compte	Libellés des comptes	Montant CF (J)	Compte du CF à détailler ou à regrouper	Regroupement auto des comptes CF (K)
▼ ▶		MONTANT_CF	INFO_CF	INFO_RECLASS
<b>Charges :</b>				
6011	Achats stockés de matières premières et fournitures à caractère médical et pharmaceutique	0		300
60111	Achats stockés de matières premières et fournitures à caractère pharmaceutique	100	Regroupement auto en 6011	-100
60112	Achats stockés de matières premières et fournitures à caractère médical	200	Regroupement auto en 6011	-200

- Quand les comptes n'existent pas dans le compte financier, l'utilisateur doit reclasser les montants dans les comptes analytiques :

Numéro de compte	Libellés des comptes	Montant CF (J)	Compte du CF à détailler ou à regrouper	Reclassement des comptes CF à détailler (L)
▼ ▶		MONTANT_CF	INFO_CF	RECLASSE_CF
<b>Charges :</b>				
60215	Achats stockés : Produits sanguins	200	A détailler	-200
60215PSL	Achats stockés : Produits sanguins labiles			150
60215HPSL	Achats stockés : Produits sanguins hors produits sanguins labiles			50

Une fois les reclassements réalisés, le total de la colonne Reclassement des comptes CF à détailler (L) doit être à zéro.

- La balance peut être saisie ou importée (dans le fichier d'import des données de 2-PC) pour permettre à l'utilisateur de contrôler ses données dans la colonne **CONTROLE\_CF**.
- La suite des retraitements reste identique avec ou sans import du CF.

### Corrections extracomptables dans l'onglet 2-PC

Une colonne dans l'onglet 2-PC du classeur ARCAAnH permet aux établissements d'avoir recours à des retraitements extracomptables dans la mesure où ils restent marginaux.

Exemple : des locations d'équipements à caractère médical sont imputées comptablement à tort en locations d'équipements à caractère non médical.

Les comptes financiers font état des soldes suivants :

613152	Locations mobilières à caractère médical : Equipements	<b>700 000</b>
613252	Locations mobilières à caractère non médical : Equipements	<b>300 000</b>

Or, il s'avère que le compte de « Locations mobilières à caractère non médical : Equipements » a enregistré également des Locations d'équipements à caractère médical pour 100 K€.

L'établissement retrace les soldes du PC de la manière suivante pour « rectifier » l'erreur comptable :

		Montant issu de la balance	Reclassement extra-comptable	Montant retraité
613152	Locations mobilières à caractère médical : Equipements	700 000	100 000	800 000
613252	Locations mobilières à caractère non médical : Equipements	300 000	-100 000	200 000

### Autocontrôle du résultat PC

L'onglet 2-PCE permet de vérifier la concordance du résultat du PC avec celui des comptes de l'exercice.

Les établissements pourront donc s'assurer en lecture directe que le résultat issu des données PC enregistrées est strictement conforme à celui des Comptes Financiers (Hélios) pour les ex-DG et à celui des Comptes Annuels pour les ex-OQN.

### PC Partie Produits

Tous les produits sont enregistrés dans l'onglet 2-PC, mais seuls certains produits impacteront *in fine* les résultats de l'étude.

Le PC se présente dans un premier temps sur 3 colonnes (cf. schéma ci-dessous) :

- La colonne U correspond à la balance de l'établissement et doit être conforme aux comptes de l'exercice (colonne encerclée en bleu).
- La colonne V permet d'avoir recours à des retraitements extra-comptables de compte à compte de façon marginale. Le total de cette colonne doit être égal à 0.
- La colonne W est obtenue en sommant la colonne U et la colonne V.

L	M	U	V	W
Numéro de compte	Libellés des comptes	Montant issu de la balance (A)	Retraitement extra-comptable (B)	Montant retraité (C) (=J+K+L+A+B)
▼ ▶		MONTANT	RETRAITE	MONTANT_R

Dans un deuxième temps, toujours dans l'onglet 2-PC, les produits sont répartis entre 5 colonnes (cf schéma ci-dessous) :

Numéro de compte	Libellés des comptes	Charges incorporables / Produits admis en atténuation des charges (E)	Charges non incorporables et Produits non déductibles Autres - Hors périmètre (F)	Produits non déductibles : Produits de l'activité hospitalière (G)	Produits non déductibles : Recettes liées aux Act. Subs. et RCRA (H)	Charges non incorporables et Produits non déductibles Par nature (I)
▼ ▶		CL_PAC	CNI_PND_A	CNI_PND_H	CNI_PND_R	CNI_PND_N

- Produits admis en atténuation des charges : ce sont les produits reportés dans la phase 3 impactant *in fine* les résultats de l'étude
- Produits non déductibles Autres - Hors périmètre : affectation non automatique du compte en CNI/PND
- Produits non déductibles : Produits de l'activité hospitalière
- Produits non déductibles : Recettes liées aux Act. Subs. et RCRA : ces recettes sont reportées dans l'onglet 5 (elles ne sont plus traitées en onglet 3-SA)
- Produits non déductibles Par nature : affectation automatique du compte en CNI/PND

### Précisions sur l'enregistrement des produits de tarification hospitalière du PC

Pour les produits de l'activité hospitalière, les comptes de correspondance, spécifiques, ont été créés depuis la campagne 2013 (comptes 73 pour les établissements utilisant les règles de la M21). En revanche, ces comptes ne correspondent pas au plan comptable général utilisé par les établissements ex-OQN.

- **Etablissements ex-DG**

Les produits de l'activité hospitalière (Titres 1 et 2 de recettes) sont enregistrés dans les comptes 73, en suivant le schéma suivant :



Numéro de compte	Libellés des comptes	Montant issu de la balance (A)	Reclassement extra-comptable (B)	Montant retraité (C)	Total Charges et produits ventilés (D) (=E+F+G+H+I)	ECART (C) - (D) doit être nul	Charges incorporables / Produits admis en atténuation des charges (E)	Produits non déductibles : Produits de l'activité hospitalière (G)
701	Ventes de produits finis			0	0	0		
702	Ventes de produits intermédiaires			0	0	0		
703	Ventes de produits résiduels			0	0	0		
704	Travail			0	0	0		
705	Etudes			0	0	0		
706	Prestations de services			0	0	0		
7071	Ritrocession de médicaments			0	0	0		
7078	Autres ventes de marchandises			0	0	0		
70811	Produits exploités dans l'intérêt du personnel - Logements			0	0	0	0	
70812	Produits exploités dans l'intérêt du personnel - Repas			0	0	0	0	
70813	Produits exploités dans l'intérêt du personnel - Crèches			0	0	0	0	
70818	Produits exploités dans l'intérêt du personnel - Autres			0	0	0		
70821	Prestations délivrées aux usagers et accompagnants - Chambres			0	0	0		
70822	Prestations délivrées aux usagers et accompagnants - Repas			0	0	0		
70823	Prestations délivrées aux usagers et accompagnants - Téléphone			0	0	0		
70824	Prestations délivrées aux usagers et accompagnants - Majorations pour chambre particulière			0	0	0		
70825	Produits des prestations hôtelières facturées au titre de l'article L.174-20 du code de la sécurité sociale			0	0	0		
70828	Prestations délivrées aux usagers et accompagnants - Autres			0	0	0		
7093	Locations diverses			0	0	0		
7094	Mise à disposition de personnel facturée			0	0	0		
7095	Redevances des pratéiens versées aux établissements ex OQN			0	0	0		
7097	Remboursement de frais par les CRPA			0	0	0		
7098	Autres produits d'activités annexes			0	0	0		
709	RFR accordés par l'établissement			0	0	0		
71	Production stockée			0	0	0	0	
72	Production immobilisée			0	0	0	0	
731	Produits à la charge de l'assurance maladie			0	0	0		0
732	Produits à la charge des patients, organismes complémentaires et compagnies d'assurance			0	0	0		0
733	Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France			0	0	0		0
734	Prestations effectuées au profit des malades d'un autre établissement			0	0	0		0
735	Produits à la charge de l'Etat, collectivités territoriales et autres organismes publics			0	0	0		0

- **Etablissements ex-OQN**

Les produits de l'activité hospitalière correspondent au total des produits assurance maladie, organismes complémentaires, patients, produits versés par l'Etat ou les autres établissements. Ces produits sont enregistrés en comptes 70 et éventuellement en comptes 74 (MS-OSPAC).

⇒ Le transcodage des comptes 70 et 74 en compte 73 n'est pas demandé pour les établissements ex-OQN : les comptes d'origines sont à conserver mais les montants seront à imputer dans la colonne T et sur la ligne adéquate comme le montre l'exemple ci-dessous :

Exemple extrait de balance ex-OQN :

Compte	Libellé	Solde Crédit
70600000	SEJOUR CHI	160 731.61
70600100	GHS CHIRURGIE	12 866 042.37
70600200	SUPPLEMENT SSC	456 025.42
70600300	GHS MEDECINE	1 016 805.85
70600400	GHS AMBULATOIRE	2 694 523.51
70601000	GHS UHCD	44 669.97
70602000	SEJOUR MEDECINE	79 308.51
70605400	SEANCES CHIMIO AMBULATOIRES	462 111.93
70610400	CHAMBRE PARTICULIERE CHI	1 015 986.84
70612400	CHAMBRE PARTICULIERE MEDECINE	87 594.00
70613400	CHAMBRE PARTICULIERE AMBU	31 620.00
708410	REPAS EXTERNE	1 849.77
708460	REPAS ACCOMPAGNANTS	34 190.35
708500	LOCATION CAB. MEDICAUX	237 612.25

Produits de tarification hospitalière = 17 780 K€

Autres produits hors tarification hospitalière  
(Chambre part.) = 1 135 K€

Autres produits hors tarification hospitalière  
= 274 K€

### Transcodage au PC :

Numéro de compte	Libellés des comptes	Montant issu de la balance (A)	Reclassement extra-comptable (B)	Montant retraité (C)	Total Charges et produits ventilés (D) (=E+F+G+H+I)	ECART (C) - (D) doit être nul	Charges incorporables / Produits admis en atténuation des charges (E)	Produits non déductibles : Produits de l'activité hospitalière (G)
702	Ventes de produits intermédiaires			0	0	0		
703	Ventes de produits résiduels			0	0	0		
704	Travaux			0	0	0		
705	Etudes			0	0	0		
706	Prestations de services	17 780,19		17 780,219	17 780,219	0		17 780,219
7071	Rétrocession de médicaments			0	0	0		
7078	Autres ventes de marchandises			0	0	0		
70811	Produits exploités dans l'intérêt du personnel - Logements			0	0	0		
70812	Produits exploités dans l'intérêt du personnel - Repas			0	0	0		
70813	Produits exploités dans l'intérêt du personnel - Crèches			0	0	0		
70818	Produits exploités dans l'intérêt du personnel - Autres			0	0	0		
70821	Prestations délivrées aux usagers et accompagnants - Chambres			0	0	0		
70822	Prestations délivrées aux usagers et accompagnants - Repas	34 190		34 190	34 190	0		
70823	Prestations délivrées aux usagers et accompagnants - Téléphone			0	0	0		
70824	Prestations délivrées aux usagers et accompagnants - Majorations pour chambre particulière	1135 201		1135 201	1135 201	0		
70825	Produits des prestations hospitalières facturées au titre de l'article L174-20 du code de la sécurité sociale			0	0	0		
70828	Prestations délivrées aux usagers et accompagnants - Autres			0	0	0		
7083	Locations diverses	237 612		237 612	237 612	0		
7084	Mise à disposition de personnel facturée			0	0	0		
7085	Redevances des praticiens versées aux établissements ex OQN			0	0	0		
7087	Remboursement de frais par les CRPA			0	0	0		
7088	Autres produits d'activités annexes	1850		1850	1850	0		
709	RPR accordés par l'établissement			0	0	0		
71	Production stockée			0	0	0		
72	Production immobilisée			0	0	0		
731	Produits à la charge de l'assurance maladie			0	0	0		0
732	Produits à la charge des patients, organismes complémentaires et compagnies d'assurance			0	0	0		0
733	Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France			0	0	0		0
734	Prestations effectuées au profit des malades d'un autre établissement			0	0	0		0
735	Produits à la charge de l'Etat, collectivités territoriales et autres organismes publics			0	0	0		0

Ne rien enregistrer

### PC Partie Charges

Toutes les charges sont enregistrées dans l'onglet 2-PC, mais seules certaines charges impacteront *in fine* les résultats de l'étude.

Le PC se présente dans un premier temps sur 3 colonnes (cf. schéma ci-dessous) :

- La colonne AB correspond à la balance de l'établissement et doit être conforme aux comptes de l'exercice (colonne cerclée en bleu).
- La colonne AC permet d'avoir recours à des retraitements extra-comptables de compte à compte de façon marginale. Le total de cette colonne doit être égal à 0.
- La colonne AD est obtenue en sommant la colonne AB et la colonne AC.

S	T	AB	AC	AD
ATI H logo				
Numéro de compte	Libellés des comptes	Montant issu de la balance (A)	Retraitement extra-comptable (B)	Montant retraité (C) (= J+K+L+A+B)
▼	▶	MONTANT	RETRAITE	MONTANT_R

Dans un deuxième temps, toujours dans l'onglet 2-PC, les charges sont réparties entre 3 colonnes (cf schéma ci-dessous) :

Numéro de compte	Libellés des comptes	Charges incorporables / Produits admis en atténuation des charges (E)	Charges non incorporables et Produits non déductibles Autres - Hors périmètre (F)	Produits non déductibles : Produits de l'activité hospitalière (G)	Produits non déductibles : Recettes liées aux Act. Suiss. et RCRA (H)	Charges non incorporables et Produits non déductibles Par nature (I)
▼ ▶		CL_PAC	CNI_PND_A	CNI_PND_H	CNI_PND_R	CNI_PND_N

- Charges incorporables : ce sont les charges reportées dans la phase 3 impactant in fine les résultats de l'étude
- Charges non incorporables Autres - Hors périmètre : affectation non automatique du compte en CNI/PND
- Charges non incorporables Par nature : affectation automatique du compte en CNI/PND

### L'affectation des charges de sous-traitance à caractère médical et leur remplissage dans les outils

Pour s'harmoniser avec le RTC, **il est demandé de créer une SAMT sous-traitance quel que soit le cas de figure rencontré.**

- Créer une SAMT 'Sous-traitance' et affecter les charges à cette SAMT. La nature d'UO à indiquer est « Montant\_ST ».
  - Le suivi des montants au séjour est à faire dans ARAMIS en fichier 7. Si le sous-traitant transmet les actes CCAM et les numéros de séjour, **il convient de transcoder les actes en montant**, et suivre les montants au séjour dans ARAMIS en fichier 7.
  - Le résiduel, s'il y a, sera déversé à la journée sur l'ensemble des séjours par l'ATIH.
  - En conséquence, il n'est pas attendu d'autre nature d'UO que « Montant\_ST » dans les SAMT de sous-traitance à caractère médical.
- La totalité des charges de sous-traitance est à ventiler sur la SAMT. Les montants concernant les différents champs et/ou sections sont à déclarer uniquement en onglet UO sur les lignes dédiées au détail des unités d'œuvre. Le total des UO en onglet UO doit être égal au total de charges nettes ventilées en phase 3-SA sur la SAMT (pour contrôle, le coût unitaire des SAMT ST suivies en montant en TDC 6.1 doit être de 1€).
- L'utilisation de la SA 932.59 Autres techniques d'imagerie n'est autorisée que pour l'imagerie indifférenciée en **sous-traitance**. Pour les SAMT internes, il convient d'utiliser un numéro de SA plus fin.
- **Sous-traitance médicale laboratoire** : dès lors qu'il existe des charges de STM labo transcodées en comptes 61113 et 61113HN et afin de ne pas fausser les taux de suivi des TDC 2.4 Taux de suivi des charges à suivre au séjour - sous-traitance (charte qualité) en ENC MCO, il faut suivre 2 SAMT distinctes.
- Se référer également au paragraphe dédié dans ce document de consignes pour le « **Traitement de la sous-traitance de transport d'usagers** »

*NB : pour les établissements ayant plusieurs plateaux sous-traités d'un même type (ex : 3 plateaux d'imagerie sous-traité), il est autorisé de regrouper tous ces plateaux au sein d'une même SAMT sous-traitance.*

Les charges en compte 611 doivent être affectées en 3 – SA sur des SAMT Sous-traitance ou Groupement avec UO « Montant ST ».

### Traitement des charges et des produits liés à la participation à l'ENC de votre établissement

Le financement ENC correspond à un versement d'une subvention de l'ATIH via la DRFIP du Rhône. De ce fait, nous recommandons **de l'affecter à la section « produits non déductibles » (PND)** dans l'ENC afin de ne pas impacter les coûts des séjours du financement / participation à l'ENC.

### Affectation des charges de personnel – Précision sur les alternants

Les « alternants » partagent leur temps entre l'école / l'université et l'établissement de santé.

Il convient de ne comptabiliser **en ETP uniquement la quote-part relative** à leur présence dans l'établissement et d'y adjoindre les charges afférentes.

### **Cas des établissements multi champs (réalisant l'ENC MCO et ayant une activité SSR/PSY/HAD)**

Il est rappelé que la méthodologie analytique se déroule en 2 temps :

- Dans un 1er temps (en phase 3 – SA), il s'agit d'affecter toutes les charges de LGG et LM uniquement et en totalité sur les SA LGG et LM (hors affectations directes attendues dans l'ENC en SAMT ou SAMT Plateaux SSR). Il ne faut pas ventiler sur les champs hors ENC les charges relevant des sections de logistique (même si elles sont connues)
- Dans un 2nd temps, ces charges des sections de logistiques sont réparties entre les différents champs (SAC MCO/ SAC SSR/ Intervenants HAD, SAMT, Consultations, hors ENC, etc.) au prorata des unités d'œuvre recueillies (en phase Clé\_champs).

Les sections de LGG et LM ont vocation à « travailler » pour l'ensemble de l'établissement, tous champs confondus. Cela vaut notamment pour les charges de personnel relevant de LGG et LM qui ne doivent pas être affectées sur les SA « MCO/SSR/HAD/PSY Hors ENC » dès la phase 3-SA, car cela fausse le modèle.

### **Cas des établissements réalisant des classeurs en miroir**

Un document spécifique est disponible ; à demander aux référents ENC.

## **11.L'affectation des produits et des charges des autres activités (hors périmètre du champ de l'étude)**

### **Redevances des praticiens libéraux et intervenants libéraux**

Les redevances payées par les praticiens et intervenants RR libéraux compensent les charges engagées par l'établissement dans le cadre de leur activité libérale. A l'issue de la phase 5 d'ARCAH, le montant des charges (directes + indirectes) doit être égal au montant des redevances (marge = 0). Dans le cas de redevances intégrant une multitude de services (prise en charge de matériels, locaux de consultations, etc.), il faudra travailler sur la distinction entre redevances praticiens et autres ventes de biens et services.

### **Activité des budgets annexes**

Les refacturations du budget principal aux budgets annexes peuvent concerner des charges induites de consommations de SA médico-techniques (B/BHN, ICR/AHN, minutes de plateaux de RR...). A l'issue de la phase 5 d'ARCAH, le montant des charges (directes + indirectes) doit être égal au montant des produits de refacturation (marge = 0) s'il n'y a pas de consommations de SAMT. En cas de consommations de SAMT, la marge résiduelle doit correspondre exclusivement aux produits de refacturation des consommations de SAMT.

### **Traitements des activités subsidiaires**

#### **Activité subsidiaire\_1 : Rétrocession de médicaments :**

A l'issue de la phase 5 d'ARCAH, la différence entre les produits et les charges (directes + indirectes) doit correspondre à la marge réelle réalisée par l'établissement pour cette activité.

#### **Activité subsidiaire\_2 : Mise à disposition de personnel facturé**

/!\ Attention : Le personnel mis à disposition et refacturé dans le cadre d'un groupement est à indiquer en compte 7084 – Mise à disposition de personnel facturé > sur la section Refacturation aux groupements et non sur l'activité subsidiaire « Mise à disposition de personnel ». A l'issue de la phase 5 d'ARCAH, la différence entre les produits et les charges (directes + indirectes) doit correspondre à la marge réelle réalisée par l'établissement pour cette activité.

#### **Activité subsidiaire\_3 : Prestations délivrées aux usagers et accompagnants**

A l'issue de la phase 5 d'ARCAH : la différence entre les produits et les charges (directes + indirectes) doit correspondre à la marge réelle réalisée par l'établissement pour ces activités annexes.

#### **Activité subsidiaire\_4 : Autres ventes de biens et services**

Les autres ventes portent sur des biens et services très variés, dont les 4 principaux postes de recettes sont :

- Ventes de produits fabriqués et prestations de services. Ex : Cours d'aquagym pour des personnes externes à l'établissement réalisés par une personne salariée de l'établissement
- Ventes de marchandises. Ex : boissons, produits d'hygiène, librairie, accessoires
- Locations diverses. Ex : locaux appartenant à l'établissement loués par un autre établissement, un laboratoire, un radiologue, un coiffeur...
- Autres produits d'activités annexes. Ex : Repas produits pour (ou revendus à) l'extérieur, Blanchisserie réalisée pour l'extérieur, Redevances commerciales des prestataires externes (location téléviseurs, produits audio et vidéo, distributeurs automatiques de boissons et nourriture, coiffeuse ...).

A l'issue de la phase 5 d'ARCAH : la différence entre les produits et les charges (directes + indirectes) doit correspondre à la marge réelle réalisée par l'établissement pour ces activités subsidiaires.

#### **Activités subsidiaires 5 : Refacturation aux groupements**

La SA refacturation aux groupements (GIE, GCS, GHT hors porteur du GHT...) enregistre les charges correspondant aux moyens que l'établissement met à disposition des groupements dont il est membre en les lui facturant, et les recettes correspondantes.

Les natures de charges peuvent être très variées : personnel, matériel, entretien/maintenance, consommables médicaux, logistique...

A l'issue de la phase 5 d'ARCAH, la différence entre les produits et les charges (directes + indirectes) doit être nulle.

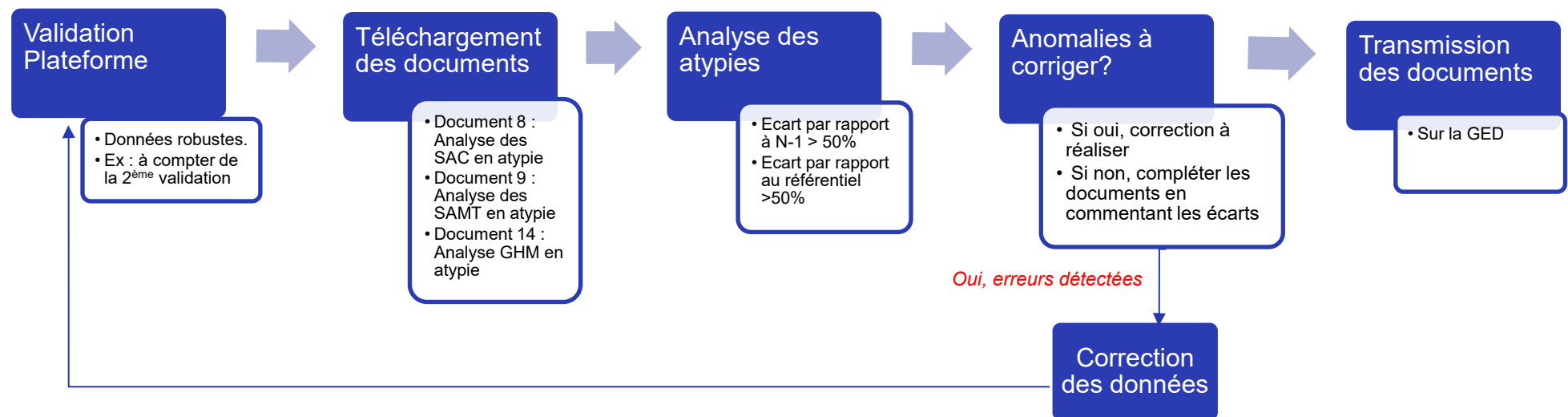
Se reporter au paragraphe 14.4. Traitement des groupements.

## 12. Analyse et justification des atypies

3 documents existent pour :

- Identifier les anomalies pouvant avoir un impact sur la valorisation des séjours (SAC, SAMT, GHM) ;
- Éviter d'intégrer des données qui biaisent la base de coûts et le référentiel national ;
- Permettre à l'établissement d'identifier des axes d'amélioration interne (*codage PMSI, ventilation des charges, actions sur le terrain...*)

⇒ **Chaque fichier doit être obligatoirement renseigné par l'établissement et le superviseur afin de justifier les SA et GHM en anomalie / atypie**



### Télécharger les documents indiquant les atypies

Ces documents sont disponibles sur la plateforme e-ENC, après avoir commandé les tableaux de contrôle :

- Document 8 : Analyse des SAC en atypie
- Document 10 : Analyse des SAMT en atypie
- Document 15 : Analyse GHM en atypie

Ces fichiers sont à télécharger en « .csv ». Chaque fichier comprend :

- La liste des SAC / SAMT / GHM en atypie ;
- Le coût journalier / coût d'UO / coût brut moyen N ;
- Le coût journalier / coût d'UO / coût brut moyen N-1 ;
- Le coût du référentiel ENC N-1 ;
- Une colonne pour indiquer les commentaires de l'établissement ;
- Une colonne pour indiquer les commentaires du superviseur.

Le fichier est téléchargé et à remplir **à partir de la 2<sup>ème</sup> validation** et, en tout état de cause, dès lors que les données de l'établissement **sont jugées suffisamment robustes**.

### Analyser les atypies

#### Définition des atypies

Une SAC / SAMT est considérée en atypie lorsque le coût journalier / d'UO de l'établissement s'écarte de plus de 50% du coût de référence ENC ou le coût journalier / d'UO s'écarte de 40% à 50% par rapport au coût de référence ENC ET le coût d'UO a une évolution de plus de 30% par rapport à N-1.

Un GHM est considéré en atypie lorsque le coût du GHM de l'établissement s'écarte de plus de 50% du coût de référence ENC ou par rapport à N-1. Seuls les GHM de plus de 30 séjours / séances apparaîtront dans la liste des atypies.

#### Les causes d'atypie

Chaque atypie devra être étudiée pour identifier son origine :

- Soit les atypies peuvent **être liées à des erreurs, qui nécessitent des corrections ou une amélioration à indiquer pour l'année suivante** dans le traitement réalisé.
  - Exemples : mauvaise imputation, non exhaustivité des charges ou des UO, problèmes de codage
- Soit les atypies peuvent être **expliquées par des spécificités de l'établissement** et doivent être justifiées. Il convient d'expliquer pourquoi dans la colonne « Commentaires établissements ».
  - Les justifications attendues sont de nature **opérationnelle/ terrain** et ne doivent pas se limiter à un simple constat.
  - Quelques exemples de justifications
    - **Les charges directes** : le recours à des molécules ou consommables plus coûteux, quelques séjours très atypiques au sein d'un GHM, nombre d'actes réalisés...
    - **Le parcours patient** : prise en charge particulière/ complexe, explications de la variation de la DMS en interne, passage dans une SA en atypie

- **La nature de l'activité** : création, une sous-activité, centre de référence avec de gros volume, organisation interne spécifique...
- **Le personnel** : difficulté de recrutement, recours intérim...
- **Un défaut de suivi des charges** : imputation de personnel, suivi au séjour...
- **Impact des charges indirectes** : coûts LGG +/- élevés par rapport à la réf....

### Réaliser les analyses

Dans un premier temps : **il faut identifier sur quel poste de charge provient l'atypie** à l'aide des tableaux de contrôle

- **Pour les SAC et SAMT** : charges de personnel, charges à caractère médical, charges de LM, LGG
- **Pour les GHM** : charges directes, charges cliniques, charges SAMT, charges de LGG

L'établissement peut ensuite rechercher **l'explication de l'atypie sur le poste de charge** en s'appuyant :

- Base de coût individuelle,
- Tableaux de contrôle,
- Logiciels en interne,
- En échangeant avec l'équipe projet (DIM, pharmacie, RH...) et les services cliniques concernés

Pour vous aider dans l'analyse des GHM, 3 documents sont également à votre disposition (cf. Guide de lecture des TdC pour une information plus détaillée) :

### **Doc 12 : Coûts décomposés par GHM et consommation d'UO des SAMT.**

**Les coûts des GHM sont répartis :**

- Par type de SA (SAC, grandes familles de SAMT, LM, LGG, Charges directes, honoraires)
- Par année (N vs N-1)
- Par rapport à la référentiel ENC

Un dernier onglet présente la répartition des consommations d'UO par GHM par grande famille de SAMT.

### **Doc 13 : Coûts décomposés détaillés par GHM**

Les coûts décomposés sont détaillés par GHM :

- Par postes de charges, à l'identique de la base de coûts. Les « grandes familles » de coûts sont ainsi décomposées (cf. tableau ci-dessous) ;
- Pour l'année N.

NB : Le fichier présente pour chaque GHM le montant des charges suivables au séjour par poste de charges :

- En distinguant Charges directes honoraires et honoraires seuls.

Ce fichier permet d'aller plus loin dans l'analyse des GHM de votre établissement.

### **Doc 14 : GHM observés par SA**

Ce fichier à télécharger en « .CSV » indique l'ensemble des GHM concernés par chaque SAC / SAMT.

### Transmission des documents d'analyse des atypies

L'établissement dépose les 3 documents sur la GED Alfresco de façon à ce que le superviseur puisse les récupérer :

- <https://ged-enc.atih.sante.fr/share/>
- Espace Documentaire > Sanitaire > [AAAA]> Etablissement



Le superviseur intègre ces fichiers dans la fiche navette.

Plusieurs versions de documents d'analyse d'atypie pourront être produites au cours de la campagne. Des variations peuvent être constatées d'une validation à l'autre :

- De nouvelles atypies peuvent apparaître ;
- Des atypies peuvent disparaître ;
- Des sections en atypie peuvent rester mais pour des motifs différents.

Après la validation finale, les documents avec les commentaires des établissements et des superviseurs seront joints, dans des onglets dédiés, du rapport de supervision.

Les justifications de l'établissement sont intégrées, in fine, dans la fiche RIV.

## 13. Consignes Méthodologiques

### 13.1. Consignes relatives à l'ENC MCO – établissements de dialyse

#### Découpage analytique – principes

Les sections d'analyse (SA) sont les modalités de traitement identifiées pour chaque antenne ou au domicile du patient.

Lorsqu'une antenne est située géographiquement sur le même site que le siège, elle doit être déclarée séparément du siège en créant autant de sections principales que de modalités de traitement présentes sur cette antenne.

Le tableau suivant récapitule les sections d'analyse possibles, c'est à dire les activités pouvant être déclarées pour chaque antenne ainsi que les activités réalisées à domicile.

Voici l'arbre analytique des SA de dialyse :

933.1	Dialyse
933.11	Hémodialyse
933.111	Hémodialyse en centre pour adulte (GHS 9605)
933.112	Hémodialyse en centre pour enfant (GHS 9617)
933.113	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (D11)
933.114	Autodialyse simple (D12)
933.115	Autodialyse assistée (D13)
933.12	Entraînement à la dialyse
933.121	Entraînement à l'hémodialyse à domicile et à l'autodialyse (GHS 9604)
933.125	Entraînement à l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (D24)
933.126	Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) (GHS 9603)
933.127	Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) (D21)
933.128	Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée (DPA) (GHS 9602)
933.129	Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée (DPA) (D20)
933.13	Dialyse à domicile
933.131	Domicile - Hémodialyse à domicile (D14)
933.132	Domicile - Dialyse péritonéale automatisée (DPA) (D15)
933.133	Domicile - Dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) (D16)
933.134	Domicile - Dialyse péritonéale automatisée pour une hospitalisation d'une durée comprise entre 3 et 6 jours (D22)
933.135	Domicile - Dialyse péritonéale continue ambulatoire pour une hospitalisation d'une durée comprise entre 3 et 6 jours (D23)

La liste de l'ensemble des sections d'analyse disponibles pour décrire l'activité sanitaire est présente en annexe du guide méthodologique de l'ENC, disponible sur le site internet de l'ATI H.

Toutes les structures géographiques d'une entité juridique doivent participer.

#### En pratique :

- Utilisation du code SA pour la modalité de traitement
- Utilisation du suffixe pour signifier l'antenne

#### Exemple :

L'antenne A fait du centre lourd Adulte et de l'autodialyse simple.

L'antenne B fait les mêmes activités.

Il faut créer 4 sections :

- 933.111.01 : Centre lourd adulte Antenne A : le suffixe 01 en dernière position signifie l'antenne A
- 933.114.01 : Autodialyse simple Antenne A

- 933.111.02 : Centre lourd adulte Antenne B : le suffixe 02 en dernière position signifie l'antenne B
- 933.114.02 : Autodialyse simple Antenne B

- Seuil en nombre de séances pour créer une section

Si l'établissement n'est pas en mesure d'isoler de manière robuste les coûts liés aux séances d'entraînement à l'hémodialyse, les charges pourront être regroupées si elles représentent moins de 30 séances.

- Traitement des forfaits minorés (D22 et D23)

Isoler ces coûts semble très complexe. Néanmoins si un établissement est en capacité de tracer l'information, il convient de lui laisser la possibilité de le faire.

### **Découpage analytique - compléments**

Afin d'affiner la connaissance des coûts, il peut être intéressant de créer des sous-sections en utilisant les suffixes. Il est rappelé que les établissements souhaitant affiner leur découpage devront être à même d'affecter les charges de façon robuste sur le niveau le plus fin du découpage réalisé.

Les propositions ci-dessous sont facultatives.

- Identifier les charges liées aux dialyses longues durées qui induisent des coûts supérieurs

Centres d'hémodialyse - Art. D712-133 CSP :

« Lorsque le centre d'hémodialyse assure des séances longues, de six heures au minimum, pour l'ensemble des patients de la séance, l'équipe doit assurer la présence en cours de séance d'au moins un infirmier ou d'une infirmière pour cinq patients et d'un aide-soignant ou d'une aide-soignante pour dix patients. »

Unités de dialyse médicalisée - Art. D712-140 CSP :

« Lorsque l'unité de dialyse médicalisée assure des séances longues, de six heures au minimum, pour l'ensemble des patients de la séance, la présence en cours de séance d'au moins un infirmier ou une infirmière pour cinq patients est suffisante. »

Le suffixe est libre. Il convient par contre de bien indiquer dans le libellé saisi standard / longue durée.

Exemple :

9331131 - Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (D11) - standard

9331132 - Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (D11) – longue durée

- Différencier dans le D14 les prises en charge selon la prise en charge standard, plus coûteuse en consommables, ou sur cycleur.

Cette différence est idéalement à réaliser avec un suivi au séjour des consommables.

En cas de souhait de création de sous-section, le suffixe est libre. Il convient par contre de bien indiquer dans le libellé saisi standard / sur cycleur, Exemple :

9331311 - Domicile - Hémodialyse à domicile (D14) - standard

9331312 - Domicile - Hémodialyse à domicile (D14) - sur cycleur

### **Paramétrage des natures d'UO des SAMT**

Lors du paramétrage d'ARCAH, il est demandé d'indiquer pour chaque section la nature de l'unité d'œuvre.

Cette unité d'œuvre va être la clé de répartition utilisée pour déverser les charges de la section d'analyse sur les séjours/séances ayant consommé des ressources de la section.

Dans le cadre de l'activité de dialyse 2 unités d'œuvre peuvent être indiquées :

2. Les séances
3. Les ICR

<b>Que dois-je indiquer comme UO pour les SAMT dans la phase « UO » dans ARCAH ?</b>		
	« ICR »	« Séances »
SAMT de dialyse avec uniquement des factures (pas de RSS)	Non autorisé	Obligatoire
SAMT de dialyse avec uniquement des séjours RSS	Préconisée	Possible

Pour une section médico-technique donnée, si la **nature de l'UO est la séance** l'établissement **n'est alors pas dans l'obligation de réaliser le fichier 3** dans ARAMIS « consommation des UO par séjour et SAMT hors laboratoire ».

Point d'attention : dans le cas où un établissement réaliserait ce fichier 3 malgré une UO séance pour la SAMT, ce sont les données du fichier 3 qui seront reprises dans les tableaux de contrôle. L'écart entre les données des fichiers 3 et fichier 2 ou RSS fera l'objet d'un tableau de contrôle et devra être justifié.

### **Précisions sur l'affectation des charges aux sections d'analyse**

Charges de logistique :

L'ouverture des comptes de transport sur les sections dédiées à la dialyse permet une affectation directe des charges de logistiques et de livraison. Il convient donc de ne pas affecter les charges sur la section « Autres LM ».

Traitement des honoraires (volet PMSI - RSF-C)

Pour les établissements ex-OQN, l'intégration des honoraires médicaux facturés dans les RSF-C doit être traitée de façon spécifique pour chaque établissement.

En effet, certains établissements de dialyse facturent des consultations (RSF-C) en sus des forfaits (RSF-B) pour leurs médecins salariés (charges déjà en comptabilité réparties sur les sections selon les modalités).

Ces montants ne sont pas reversés aux médecins salariés.

=> Pour éviter de compter à la fois les charges de salaires des médecins et les consultations facturées en RSF-C, il convient de ne pas intégrer les montants facturés en RSF-C.

Les honoraires médicaux en RSF-C retenus en complément dans la base de coût seront ceux hors comptabilité d'exploitation.

Un tableau de contrôle dédié permet à l'établissement de valider, en lien avec son superviseur, le traitement opéré (tableau 7.5 : Recueil des honoraires des RSF-C par FINESS géographique).

Les charges de personnel médical sont à distinguer en fonction des activités :

- Activité hors consultation :
  - Visites obligatoires d'un néphrologue sur chaque antenne dont la fréquence varie en fonction des modalités de traitement (ex : une fois par mois en autodialyse assistée, une fois par trimestre en autodialyse simple)
  - Temps médical consacré aux autres activités (administration, coordination, formation, participation au CLIN, astreinte...)
- Consultations médicales relatives au suivi des patients dialysés hospitalisés en antenne ou à domicile
- Consultations de pré-dialyse et post-dialyse (hors périmètre de l'enquête de coûts, en externe)

L'affectation des charges de personnel médical en compte d'exploitation ou hors compte d'exploitation suit les règles suivantes :

Type d'activité	Mode de réalisation	Règle d'affectation dans l'ENC
Activité hors consultation	Visites obligatoires d'un néphrologue sur chaque antenne	Aux sections principales
	Temps médical consacré aux autres activités	Aux sections de logistique médicale (LM)/logistique et gestion générale (LGG) idoines
Consultations médicales	Réalisées au profit des dialysés	Aux sections principales
	Consultations de pré-dialyse et post-dialyse	A la section « Consultations et Soins externes »

Ainsi, en ce qui concerne les consultations médicales et les visites sur site, l'établissement doit veiller à identifier le temps que chaque médecin consacre aux patients hospitalisés en dialyse. Si besoin, l'estimation de ce temps médical peut faire l'objet d'une enquête spécifique de l'établissement sur une ou deux semaines afin d'appréhender au mieux la répartition du temps médical par section principale.

⇒ Pour chacun des comptes de charges, une fois ce partage de temps effectué, la quote-part des charges correspondantes doit être affectée aux sections principales dans lesquelles les médecins ont exercé leurs activités.

#### L'eau, l'énergie et l'électricité

Ces charges étant importantes lors des séances de dialyse, elles doivent être affectées le plus finement possible aux sections principales.

⇒ Pour les antennes, les charges relatives à l'eau sont à affecter aux sections principales.

⇒ A noter que les versements aux patients sont à affecter exclusivement aux sections principales des domiciles concernés.

#### Indemnités tierce-personne

Ces charges relatives au versement de l'indemnité tierce personne (c'est à dire facturées à l'assurance maladie puis reversées par la structure au patient) doivent être intégrées au coût des séances.

⇒ Ces charges ne concernent que les modalités de traitement à domicile et doivent être affectées aux sections principales concernées.

Concernant l'indemnité tierce personne, afin de pouvoir identifier facilement cette charge, elle devra être enregistrée au compte 6225+6226PA+6227+6228PA Rémunérations d'intermédiaires et honoraires des personnels autres (mise à jour de la fiche précédente qui préconisait l'utilisation du compte 628).

### **Le PMSI et les suivis au séjour dans ARAMIS**

- Les principes sont décrits dans le guide PMSI disponible sur <https://www.atih.sante.fr/guide-methodologique-mco-2022>
- Principaux sigles :

RUM : Résumé d'unité médicale

RSS : Résumé de sortie standardisé

RSA : Résumé de sortie anonyme

RSF : Résumé standardisé de facturation

RSFA : Résumé standardisé de facturation, anonyme

### **Phase d'identification des séjours dans ARAMIS**

Dans ARAMIS, la phase « Identification du Séjour » permet de faire le lien entre les données du PMSI importées et les suivis au séjour réalisés dans les phases suivantes.

L'établissement doit donc s'interroger sur le numéro utilisé pour ses suivis au séjour (charges médicales, consommation d'unités d'œuvre...).



Une aide vous guidera dans les modalités à sélectionner.

		Numéro de RSS du fichier RSS / numéro de facture du fichier RSF-B	Numéro administratif du fichier RSS	Import du fichier 0 : numéro interne
Cas 1 : des factures de dialyse sont émises (établissement ex-OQN : via le fichier RSF-B : Prestations Hospitalières) sans recueil de RSS		Préconisée	Non autorisé	Possible
Cas 2 : l'établissement n'a que des séjours au sens PMSI (RSS) (des factures peuvent être reliées à ces RSS)	Problème d'unicité numéro de RSS - numéro administratif dans son PMSI*	Préconisée	Non autorisé	Possible
	L'établissement n'a pas de problème d'unicité dans son PMSI	Préconisée	Possible	Possible
Cas 3 : l'établissement a des séjours au sens PMSI (RSS) et des factures (RSF-B) sans recueil de RSS		Préconisée	Non autorisé	Possible

\* Dans le cas où l'établissement a un problème d'unicité dans son PMSI, cela signifie que plusieurs numéros de séjours sont reliés à un même numéro administratif. Si l'établissement souhaite utiliser le numéro administratif comme identifiant séjour des fichiers à importer dans ARAMIS, ARAMIS ne pourra pas affecter la charge ou l'UO au bon RSS : l'utilisation du numéro administratif est donc impossible. Le logiciel ARAMIS oblige à utiliser le numéro de RSS/numéro de facture ou le fichier 0 dans ce cas.

### **Parcours du patient – correspondance UM-SA dans ARAMIS**

#### Principes

Dans ARAMIS, la phase « Correspondance UM-SA » permet de faire le lien entre les données importées dans « IMPORT PMSI » et le découpage analytique importé dans « IMPORT ARCA nH ».

L'établissement doit s'interroger sur les modalités de facturation de son activité de dialyse et analyser ce que contiennent ses archives PMSI.

3 cas sont détaillés ci-dessous :

- Cas 1 : seules des factures de dialyse sont émises (établissement ex-OQN : via le fichier RSF-B : Prestations Hospitalières), il n'y a aucun RSS dans le PMSI pour tous ses FINESS géographiques
- Cas 2 : l'établissement n'a que des séjours au sens PMSI (RSS) pour tous ses FINESS géographiques,
- Cas 3 : l'établissement a des séjours au sens PMSI (RSS) pour au moins un FINESS géographique et des factures (RSF-B) pour au moins un FINESS géographique.

**Cas 1 : seules des factures de dialyse sont émises (RSF-B) – pas de RSS**

Dans ce cas l'établissement n'a pas d'UM (Unité Médicale au sens du PMSI).

Pour pouvoir rattacher les charges qui seront affectées dans les différentes sections d'analyses (cf. partie 1 sur le découpage analytique), l'établissement va devoir **décrire le parcours du patient à travers le fichier 2**.

Les champs attendus sont les suivants :

<b>Libellé des champs</b>	<b>Descriptif</b>
N° FINESS	N° FINESS géographique
Identifiant séjour	Numéro de la facture ou numéro interne (cf. point 3)
Ordre de passage (ième SA)	Nombre entier
Nombre de journées ou de séances	Nombre de séances concernées
Numéro de SAC/SAMT	Selon le découpage analytique. Les codes sont les mêmes que ceux d'ARCAH => cf. phase d'import d'ARCAH à l'aide de SA_ARCANH_MCO_FINESS_ANNEE.zip

**Points d'attention :**

- Il convient d'indiquer le nombre de séances réalisées pour chacune des modalités de traitement, soit sur une même ligne, soit en utilisant le numéro d'ordre (exemple 1)
- Si 2 modalités de traitement différentes sont listées sur une même facture, il conviendra de faire 2 lignes différentes en utilisant le numéro d'ordre (exemple 2).

**Exemple 1 :**

Facture n° 20172021 datée du 10/06/2016 qui concerne 2 séances « Forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée »

Fichier 2 =>

1 ligne :

FINESS ; 20172021 ; 1 ; 2 ; 933111

ou 2 lignes à une séance en utilisant le numéro d'ordre :

FINESS ; 20172021 ; 1 ; 1 ; 933111

FINESS ; 20172021 ; 2 ; 1 ; 933111

**Exemple 2:**

Facture n° 20172022 datée du 10/06/2016 qui concerne

1 séance « Forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée »

1 séance « Forfait d'hémodialyse à domicile »

Fichier 2 = 2 lignes =>

FINESS ; 20172022 ; 1 ; 1 ; 933111

FINESS ; 20172022 ; s2 ; 1 ; 933131

**Cas 2 : l'établissement n'a que des séjours de dialyse au sens PMSI (RSS)**

Ces séjours peuvent répondre aux cas suivants :

- des séjours de dialyse avec un groupage en séance de dialyse (GHM 28Z01Z, 28Z02Z, 28Z03Z et 28Z04Z),
- des séjours ne concernant pas l'activité de dialyse.

Dans le PMSI, l'établissement a des Unité Médicales (cf. dans le PMSI le « fichier d' information des UM (IUM) »).

Afin de décrire le parcours du patient, il convient **de rattacher ces Unités Médicales aux Sections d'Analyse décrites dans le découpage analytique** (cf. point 1).

L'établissement aura 3 possibilités :

Saisie manuelle de la correspondance UM-SA

Importation du fichier de correspondance UM-SA

Importation du nombre de journées /séances par SA d'hébergement et par séjour (fichier 2 décrit dans le cas 1 de ce point)

**Correspondance UM-SA**

- Saisie manuelle de ma correspondance UM-SA
- Fichier 1 : Importation du fichier de correspondance UM-SA
- Fichier 2 : Importation du nombre de journées/séances par SA d'hébergement et par séjour

Fichier 2 : Nombre de journées/séances par SA d'hébergement par séjour

Rapport contenant 0 erreurs bloquantes et 0 erreurs non bloquantes.



**Points d'attention :**

Si lors de l'importation des archives PMSI, des séjours sont sans UM, un message vous informe que vous ne pouvez importer que le fichier 2. L'information est également affichée au moment de l'importation des archives PMSI.

### Correspondance UM-SA

Vous avez des UM manquantes dans votre PMSI OU vous avez des factures de dialyse dans au moins un de vos établissements.

Seul l'utilisation du fichier 2, nombre de journées/séances par SA par séjour/facture est possible pour l'import des fichiers ARAMIS.

Si votre découpage en UM dans le PMSI ne respecte pas la règle de l'ENC : « une SA doit être créée par modalité de traitement et par FINESS géographique » alors vous devez importer le fichier 2.

### **Cas 3 : l'établissement a des séjours au sens PMSI (RSS) et des factures**

Si votre établissement a des séjours (RSS) et des factures de dialyse (pas de RSS) => lors de la correspondance UM-SA, il **faudra réaliser le fichier 2 sur l'ensemble de votre activité (description dans le cas 1)**.

### Synthèse :

Que dois-je choisir lors de la phase « Correspondance UM-SA » dans ARAMIS ?		
	Saisie manuelle ou import du fichier 1	Parcours du patient dans le fichier 2
Cas 1 : des factures de dialyse sont émises (établissement ex-OQN : via le fichier RSF-B : Prestations Hospitalières)	Non autorisé	Obligatoire
Cas 2 : l'établissement n'a que des séjours au sens PMSI (RSS)	Préconisée	Possible
Cas 3 : l'établissement a des séjours au sens PMSI (RSS) et des factures (RSF-B)	Non autorisé	Obligatoire

### RSA pondérés (pour le calcul de la part variable)

Ces éléments sont repris dans le tableau 3.4 : Calcul des RSA pondérés.

La convention définit le calcul des RSA pondérés :

$$\Rightarrow \text{RSA pondérés} = (\text{nombre de RSA hors séances}) + (\text{nombre de séances} \times 0,1)$$

Les données d'activité transmises dans ARAMIS sont basées sur le M12.

En cas de fermeture d'antenne en cours d'année, il n'y a pas de transmission de M12. Les données de suivis au séjour ne peuvent en conséquence pas être transmises dans ARAMIS. Dans ARCANH, les coûts équivalents sont à imputer à la section « Activités hors ENC/ Activités cliniques MCO »

⇒ Seuls les FINESS Géographiques ayant transmis un M12 PMSI sont concernés par le calcul.

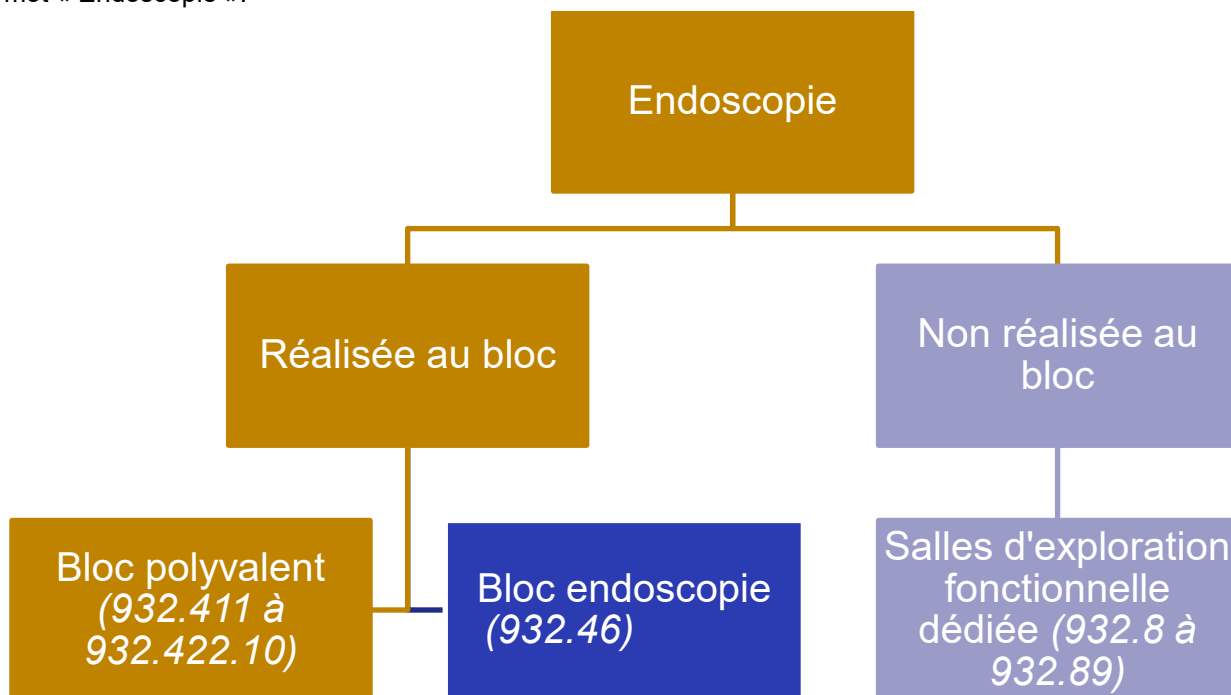
#### Calcul opéré :

- Si un séjour est codé dans le RSS du M12 PMSI :
  - Séjour non groupé en séances => 1 RSA hors séances
  - Séjour groupé en séance => nombre de séances
- Si non, recherche dans les factures des codes en D :
  - le forfait DPA (D15) ou DPCA (D16) fixé en annexe 2 peut être facturé pour chaque semaine de traitement :
    - 1 code = 3 séances
  - pour tous les autres codes en D listés ci-dessous :
    - 1 code = 1 séance

### **13.2. Traitement de l'endoscopie dans l'ENC**

Si l'endoscopie est réalisée hors bloc, il faut créer une SAMT explorations fonctionnelles.

Si l'endoscopie est réalisée au bloc, il faut créer une SAMT bloc endoscopie, à différencier du bloc général, s'il est possible de dissocier les coûts. Dans ce cas, bien indiquer dans le libellé de la SA le mot « Endoscopie ».



#### **Traitement de l'endoscopie en cas d'accueil direct en plateau technique :**

Dans certains cas, un patient peut être accueilli directement sur le PT d'endoscopie sans passage par une SAC d'ambulatoire identifiée. Si ce type d'accueil est effectué au sein de l'établissement :

- **Dans les établissements ex-DGF :**

La totalité des charges est attachée à la **SAMT 932.46 Bloc dédié endoscopie**

Créer une SAC dédiée, à laquelle seront rattachés les patients via l'UM

Dans cette SAC dédiée ne doivent transiter **que** les patients dont la prise en charge est effectuée directement par le PT d'endoscopie.

On a donc une SAC dite « fictive » dont le nombre de séjours est non nul, mais avec un montant de charges nul.

- **Dans les établissements ex-OQN :**

La totalité des charges est attachée à la SAMT 932.46 Bloc dédié endoscopie.

Vous avez la possibilité de rattacher l'UM des patients accueillis directement sur le plateau technique à la SAMT 932.46.

Dans ce cas, les charges et les patients transitent via la même section d'analyse (la SAMT 932.46).

**13.3. Traitement de la curiethérapie dans l'ENC**

Dans un premier temps, l'établissement doit schématiser les parcours possibles de patients concernés par la curiethérapie. Ces parcours vont permettre d'identifier le traitement à réaliser dans l'ENC.

Le déroulement d'une curiethérapie varie en fonction du cancer traité, du type d'implants utilisés (temporaires ou permanents) et de la dose utilisée. Elle dépend également de l'organisation de l'établissement et du matériel dont il dispose.

Le traitement indiqué ne concerne pas les autres traitements possibles en médecine nucléaire.

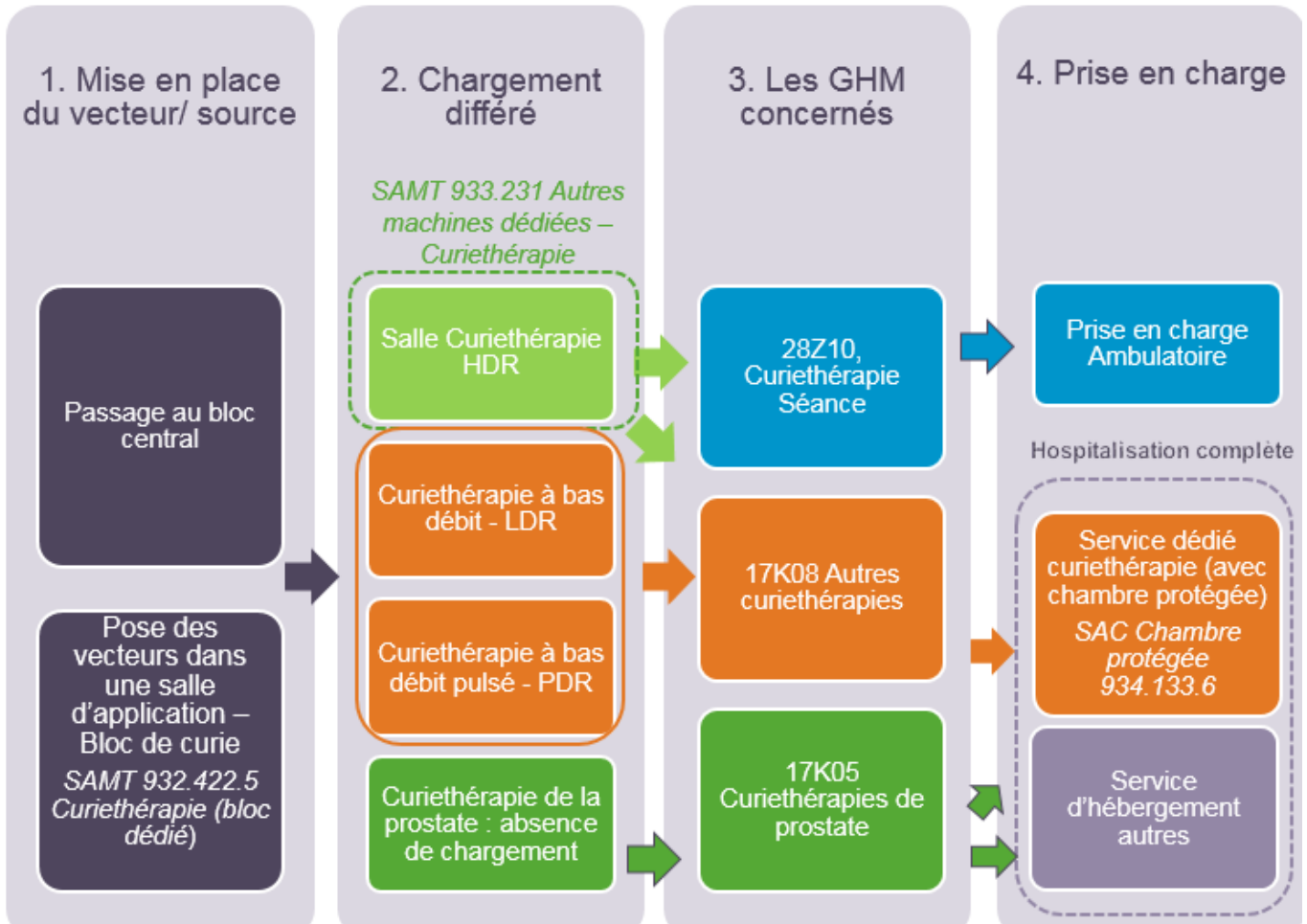
**Les sections spécifiques à la curiethérapie**

Les codes SA spécifiques pour les séjours/séances de curiethérapie sont les suivants :

- 932.422.5 Curiothérapie (bloc dédié) – Salle d'application
- 933.231 Autres machines dédiées – Curiothérapie
  - *Machine à spécifier dans le libellé : ex HDR*
- 934.133.6 Irradiation en chambres protégées (médecine nucléaire dont curiethérapie) (SAC)
  - *Indiquer dans le libellé si c'est un service dédié de curiethérapie*

L'utilisation de ces codes dépend du parcours du patient. Les différents parcours sont identifiés ci-dessous.

D'autres sections non spécifiques peuvent également être utilisées selon le parcours.



Les différents parcours identifiés

Ces parcours ont été schématisés à partir d'un groupe de travail avec des établissements.

**Cas du GHM 28Z10 :**

S'agissant d'un GHM de séance, il doit être rattaché à une SAMT Bloc (Bloc dédié Curiethérapie 932.422.5 ou Bloc Central sous-sections 932.4) pour la mise en place du dispositif ainsi que la SAMT Salle curiethérapie 933.231. Le dispositif peut être mis en place en sale de Curiethérapie HDR, mais ce cas sera à justifier auprès de votre superviseur.

**Cas du GHM 17K08 :**

Il s'agit de séjours de Curiethérapie avec des techniques HDR / PDR, le séjour doit être rattaché à une SAC (SAC 934.133.6 Radiothérapie en chambres protégées (médecine nucléaire dont curiethérapie) ou autre SAC lambda). Un passage en SAMT Curiethérapie (avec ICR en fichier 3) est également à rattacher au séjour. Tout autre particularité sera à expliquer à votre superviseur.

Séjour	Parcours type	
HDR	SAMT Bloc (bloc curiethérapie <b>ou</b> bloc central pour la mise en place du dispositif) + SAMT 933.231 Salle Curiethérapie (HDR)	SAC Lambda
PDR	SAMT Bloc (bloc curiethérapie <b>ou</b> bloc central pour la mise en place du dispositif) + SAMT 933.231 Salle Curiethérapie (HDR)	SAC Lambda
	SAMT Bloc (bloc curiethérapie <b>ou</b> bloc central pour la mise en place du dispositif)	SAC 934.133.6 Irradiation en chambre protégée

**Cas du GHM 17K05 :**

Il s'agit de séjours de Curiethérapie de prostate avec grains d'iode. Le séjour doit être rattaché à une SAC Lambda ainsi qu'un passage au bloc (Bloc dédié Curiethérapie 932.422.5 ou Bloc Central sous-sections 932.4) pour la pose du dispositif. En revanche un passage en SAMT 934.133.6 Irradiation en chambre protégée n'est pas nécessaire pour cette technique.

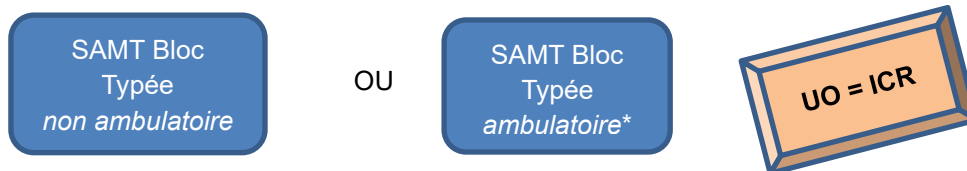
**Contrôle du traitement réalisé dans l'ENC**

Un tableau de contrôle : « Vérification des informations pour les séjours/séances concernés par l'activité de curiethérapie » permet de vérifier les parcours des patients en curiethérapie et donc de leur affecter les bons coûts de prise de charge, selon les GHM de curiethérapie.

### 13.4. Traitement de l'ambulatoire dans l'ENC

Pour l'hospitalisation ambulatoire, la méthodologie de l'ENC préconise de créer une SAC pour l'hospitalisation de jour et une SAMT pour le bloc opératoire.  
Le parcours du patient est synthétisé de la façon suivante :

1/ Passage du patient au bloc :



*\*Si l'établissement est capable de faire la distinction en termes d'activité et de coût sinon utilisation exclusive d'une SAMT typée Non ambulatoire.*

Cette SAMT se voit affecter la quote-part des charges de personnel médical, soignant et autre concourant à leur activité, des charges à caractère médical et des charges d'autre nature **liées au fonctionnement des plateaux médicotéchniques**.



2/ Puis le patient passe dans une SAC lambda ayant comme mode de prise en charge « Hospitalisation de Jour-Nuit » :



Cette SAC se voit affecter la quote-part des charges de personnel médical, soignant et autre concourant à leur activité, des charges à caractère médical et des charges d'autres natures **liées à une unité d'hébergement**. Cette SAC restera à 0 euros de charges dans le cas où aucune charge n'est à déclarer.

### 13.5. Traitement de la chirurgie robotique dans l'ENC

Deux cas sont possibles :

#### **Cas 1 : Si le robot est confondu avec un bloc existant :**

Exemple : Le robot peut être déplacé d'une salle à l'autre par exemple ou le robot est situé dans une salle de bloc qui réalise des interventions diverses (nécessitant ou non un robot)

#### **Il faut ventiler les coûts sur 2 SAMT Distinctes :**

- **Coût de la salle de bloc**
  - o **Confondu avec la SAMT Bloc polyvalent ou Spécialisé** (code SA est de 932.41 à 932.43) **hors charges dédiées à la machine « Robot »**
  - o Elle contient les coûts de la salle : personnel, matériel **hors charges dédiées à la machine « Robot »**

Ex : Le personnel est commun avec le bloc général : utilisation de la SAMT 932.411 Bloc multidisciplinaire

⇒ La clé de cette SAMT Bloc (polyvalent ou spécialisé) **est l'ICR**

#### - **Surcoût lié au robot :**

- o Création d'une SAMT complémentaire dont le code est **932.44 – Bloc Robot Coûts machine uniquement. Vous pouvez préciser dans le libellé si le robot est dédié à une spécialité uniquement pour permettre d'éventuelles évolutions de l'arbre (ex : « Robot cardiologie interventionnelle »)**.
  - Cette SAMT se verra imputer **seulement les charges liées au robot** : les charges d'amortissement, d'entretien maintenance, matériel spécifique à l'usage du robot (pinces...)
  - Les autres charges (personnels, charges médicales liées au patient...) sont à imputer sur la SAMT Bloc précédente

⇒ La clé de cette SAMT Robot est le **passage**.

⇒ Ainsi, pour un séjour passant par le robot, ce séjour se verra affecter des ICR pour la SAMT « bloc » et un passage pour la SAMT « robot ».

#### **Cas 2 : Si le robot est clairement distingué (salle dédiée, personnel dédié)**

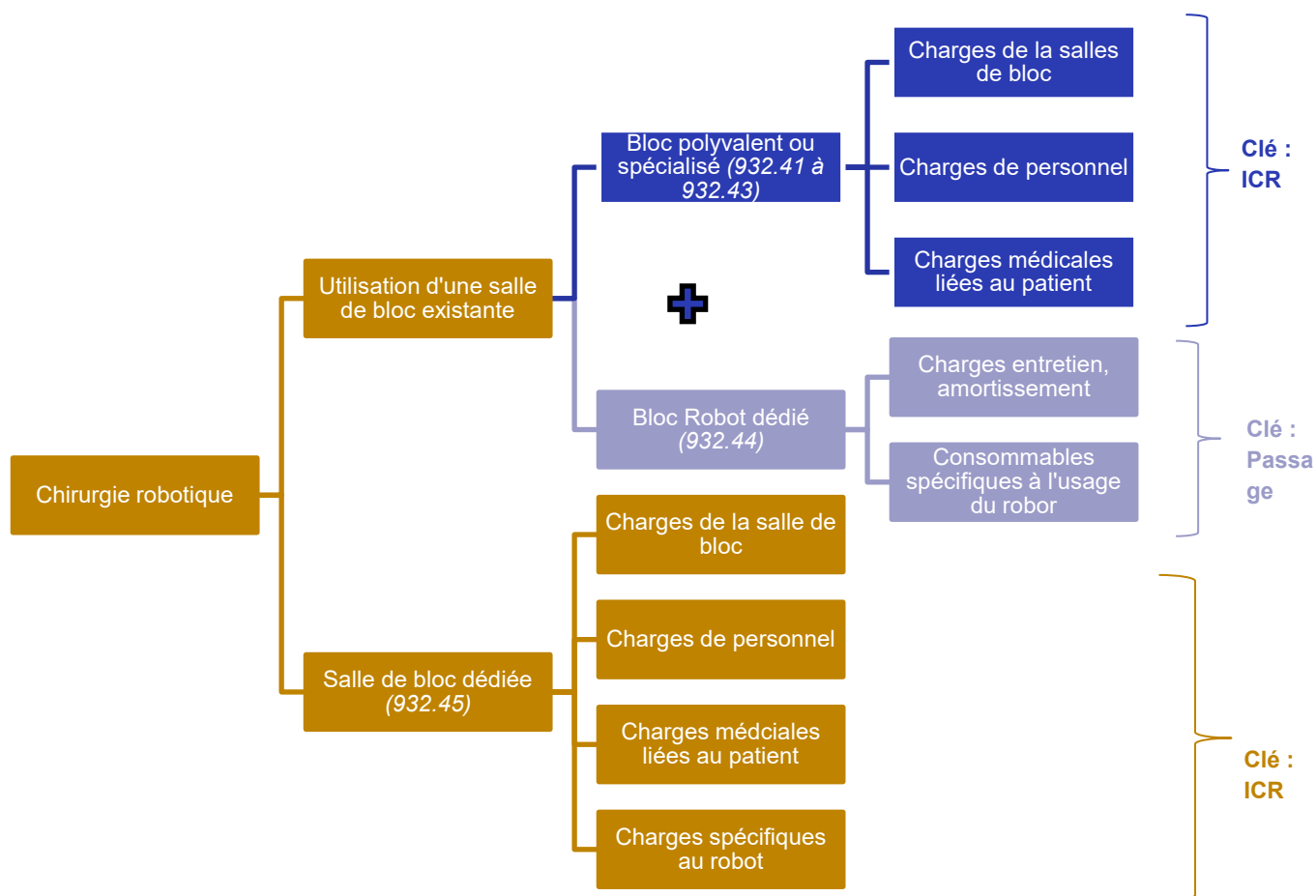
Création d'une section de bloc dédiée **932.45 – Bloc Robot\_Salle dédiée avec personnel (coût machine + personnel dédié)**.

Les coûts inclus le coût de personnel et les coûts de la machine.

La clé de cette SAMT 932.45 - Bloc Robot\_Salle dédiée avec personnel (coût machine + personnel dédié) **est l'ICR**.

Dans les deux cas, les UO sont à recueillir en globalité dans ARCA<sup>n</sup>H afin de calculer le cout d'UO et à recueillir au séjour dans ARAMIS (fichier 3) pour les patients hospitalisés en MCO.

#### **Schéma de synthèse - traitement du robot**



### 13.6. Traitement de l'Hébergement Temporaire Non Médicalisé (HTNM)

Après une expérimentation de 3 ans, les « hébergements temporaires non médicalisés » ou « hôtels hospitaliers » sont généralisés et ouverts à tout établissement publics et privés, dans les champs MCO et SSR souhaitant les mettre en place à compter de janvier 2022.

Ce financement prend la forme d'un forfait à la nuitée financé par les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation 'article 2 du décret n° 2021-1114 du 25 août 2021.

#### Textes de loi et références

- Code de la santé publique : article L6111-1-6
- Décret n°2021-1114 du 25 août 2021 relatif à la mise en œuvre de la prestation d'hébergement temporaire non médicalisé
- Arrêté du 25 août 2021 fixant les conditions d'accès au financement de l'hébergement temporaire non médicalisé
- Arrêté du 8 octobre 2021 précisant les critères d'éligibilité à l'hébergement temporaire non médicalisé

La section Hébergement Temporaire Non Médicalisé est une section de Logistique et Gestion Générale (LGG), dont le **traitement est spécifique** : **931.19 Hébergement Temporaire Non Médicalisé (HTNM)**

**1/ Traitement des produits** : Le FIR est non déductible dans ARCA nH

**2/ Traitement des charges**

- **Cas 1** : L'établissement réalise la prestation d'hébergement **au sein de son établissement de santé**, dans des locaux clairement identifiés et distinct des espaces de soins et d'hospitalisation :
  - Il faut typer dans le paramétrage d'ARCA nH : « **Totalement internalisée** » ou « **Partiellement sous-traitée** » ou « **Groupement** »
  - **L'ensemble des charges** est à imputer en phase 3, y compris de fournitures hôtelières, de charges locatives ou d'investissement...
- **Cas 2** : Dans la prestation est déléguée à un tiers, **en dehors de l'établissement** :
  - Il faut typer dans le paramétrage d'ARCA nH : « **Totalement sous-traitée** » ou « **Groupement** »
  - Les factures des hôtels ou des autres établissements sous convention sont à imputer dans les comptes « **6288 Autres prestations diverses** »

**3/ Les unités d'œuvres**

La clé de répartition attendue est le **nombre de nuitées**, sur les SAC HDJ / HC, les consultations, les SAMT.

Il faudra indiquer le nombre de nuitées par champ en phase Clé\_champs et **détailler obligatoirement par SA dans la phase Clé d'ARCA nH.**

Si une nuitée correspond à des prises en charges dans plusieurs SA, cette nuitée sera répartie entre les SA de prise en charge.

### 13.7. Traitement des transports inter et intra établissements

#### Traitement des transports inter et intra établissements

##### a) Au niveau du plan comptable ENC :

- Les produits sont comptabilisés dans le compte 731 Produits à la charge de l'assurance maladie et ils ne sont pas déductibles.
- Les charges sont comptabilisées dans le compte 6243+6245 Transports d'usagers du plan comptable de l'ENC.

##### b) Deux cas sont possibles **pour l'affectation des charges et des imputations au séjour** :

- **Cas 1 : Les transports sont totalement internalisés ou partiellement sous-traités** (une partie du processus est sous-traitée) :
  - Paramétrage de la SA LGG : 931172 Transport motorisé des patients (hors SMUR)
  - L'unité d'œuvre préconisée est le nombre de courses motorisées dans les phases de ventilation des clés d'ARCAH
- **Cas 2 : Les transports (hors SMUR/SDIS) sont sous-traités** :
  - Les charges sont affectées en phase 3-SA sur les SAC commanditaires
  - Le suivi au séjour est maintenu et doit être réalisé via le fichier 7 d'ARAMIS, avec le type de dépense « Sous-traitance – Transport des patients (hors SMUR) »

### 13.8. Traitement de la sous-traitance de transport d'usagers

Pour les charges de **sous-traitance de transport d'usagers hors SMUR**, le traitement suivant est attendu :

- En onglet 3-SA, imputation aux sections consommatrices (SAC principalement) des charges de sous-traitance transport d'usagers hors SMUR enregistrées en compte 6243+6245
- Suivi au séjour de la charge de sous-traitance transport hors SMUR dans le fichier 7 ARAMIS en type de dépense 15 « Sous-traitance – Transport des patients (hors SMUR) »

### 13.9. Traitement des carences ambulancières et du SDIS

Rappel de la réglementation :

**Les indisponibilités ambulancières ou carences ambulancières** sont définies par l'article L. 1424-42 du code des collectivités territoriales qui précise que : « les interventions pour cause d'indisponibilité ambulancière sont **effectuées par les SDIS à la demande de la régulation médicale du centre 15**, lorsque celle-ci constate le **défaut de disponibilité des transporteurs** sanitaires privés, et que ces interventions ne relèvent pas de l'article L. 1424-2 du CCT ».

Ne sont donc pas susceptibles de donner lieu à une carence, les missions suivantes qui concernent :

- un prompt secours
- une intervention sur la voie publique
- une évacuation de victime d'un incendie ou d'un accident routier

Traitement dans l'ENC :

Les missions de secours à personnes, accomplies par le SDIS hors de son champ de compétence propre, à la demande de la régulation du SAMU, relèvent :

- soit d' « appuis logistiques SMUR » dont le tarif est fixé par une convention entre le conseil d'administration du SDIS et l'hôpital gestionnaire du SMUR.

- **Seuls les établissements gestionnaires de SMUR auront une facturation SDIS au titre des appuis logistiques.**
- Soit de « carences ambulancières » dont le tarif est fixé par arrêté interministériel (**209 € - Arrêté du 19 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les services d'incendie et de secours et les établissements sièges des SAMU mentionnée à l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales**)
  - **Seuls les établissements siège de SAMU auront une facturation SDIS au titre des carences ambulancières.**

Les charges sont à affecter aux sections suivantes :

- « Appuis logistiques SMUR » → sections SMUR
- « Carences ambulancières » → sections SMUR. Le FIR associé est affecté en produit non déductible en onglet 2-PC.

### **Précisions sur l'imputation des produits sanguins labiles (PSL)**

Afin de ne pas fausser le taux de suivi au séjour, il est préconisé d'affecter les charges de PSL qui ont été consommées aux Urgences sur les SAC du séjour qui suivent ce passage aux urgences.

#### **13.10. Précisions sur l'imputation des DMI**

La règle est d'affecter les DMI/DMI LES sur les SAC.

Néanmoins, si le taux de suivi respecte le taux de la charte qualité, les établissements ex-OQN ont la possibilité de maintenir leur affectation de DMI/DMI LES sur les SAMT.

#### **13.11. Traitement de la rémunération à l'acte**

Pour les établissements ex-DGF, la rémunération à l'acte pour la partie concernant les hospitalisés du périmètre de l'ENC MCO est intégrée dans les comptes 648. Il est demandé aux établissements d'isoler ces montants, par type de personnel, dans les comptes 648PS\_RA, 648PM\_RA, 648SF\_RA, 648PA\_RA, 648PI\_RA en phase 2-PC.

Les recettes liées à la redevance de la rémunération à l'acte **pour les patients hospitalisés uniquement** sont à isoler dans le compte 7532\_RA, en phase 2-PC.

Ces comptes sont repris à l'identique en phase 3-SA, les montants doivent donc être affectés sur les sections consommatrices. Ils seront groupés dans le poste de charge « RA », dont le suivi au séjour est à effectuer en fichier 9 d'ARAMIS (en net de redevance, celle-ci étant atténuée via le compte 7532\_RA), et à renseigner dans l'onglet 6-cd du classeur ARCAH.

#### **13.12. SMUR hélicopté sans charge d'hélicoptère**

Cas d'un SMUR hélicopté où l'hélicoptère est loué par un autre établissement et mis à disposition sans refacturation → Il est demandé de créer la SAACT\_SPE\_MCO\_SMUR Q0231 « SMUR hélicopté sans charge d'hélicoptère ».

#### **13.13. Consommations d'alimentation**

En phase 3-SA, les charges du compte « 6023+30323 – consommations d'alimentation » sont ventilées en priorité sur la section Restauration. Néanmoins, il est permis de ventiler des charges de ce compte sur les SAC MCO. Dans ce cas, il est à noter que seules les sections d'obstétrique, de néonatalogie et

de pédiatrie doivent contenir des charges de ce compte-là. En effet, cette affectation directement sur les SAC MCO n'est attendue que dans le cas de consommation de lait maternel.

#### **13.14. Traitement des Centres de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT)**

Les CLAT assurent les missions suivantes :

- Dispensent des consultations de dépistage (radiographie pulmonaire, tubertest ou IDR, test sanguin)
- Assurent l'enquête autour d'un cas de tuberculose et le dépistage des sujets contacts. Nous nous chargeons également du bilan, du traitement et de l'éducation thérapeutique des patients tuberculeux
- Assurent la vaccination par le BCG et le suivi médical de personnes atteintes de la tuberculose
- Vaccinent contre la tuberculose.

Si votre établissement présente cette activité, il est demandé de créer une section HORS\_ETUDE à libellé libre, en précisant l'activité « CLAT » dans le libellé à saisir. C'est cette section qui permettra de recueillir les charges de cette activité.

#### **13.15. Activités de soins de support**

##### **Description de l'activité et de l'organisation**

Les activités de soins de support sont organisées comme suit :

- Deux situations se détachent en termes d'organisation :
  - Des locaux regroupés géographiquement sur un même « plateau »
  - Pas de locaux distincts. Les professionnels utilisent les salles de consultation ou se déplacent directement au chevet du patient.
- Les principaux métiers :
  - Psychologue, Kiné, Diététicien, Educateur sportif, assistant social, nutritionniste, orthophoniste, onco-esthéticien...
- Le parcours clinique :
  - Le patient hospitalisé ou en consultation vient pour voir 3 ou 4 professionnels dans la journée et repart soit dans sa chambre, soit à son domicile.
  - Pour les consultations externes, le patient se rend en salle de consultation « lambda ». Pour les hospitalisés, le praticien se rend au chevet du patient.

Les organisations sont très différentes dans les établissements :

- Soit les soins de support sont un service de soin à part entière (cad une SAC avec une UM), adossé généralement à un hôpital de jour.
- Soit les soins de support sont un ensemble de consultations et sont attachés à 1 ou plusieurs SAMT
- Soit on retrouve les 2 cad :
  - 1 SAC HJ, pour la partie hospitalisation
  - 1 SAMT « Activité Réadaptation – rééducation »

## Traitement dans l'ENC

- Afin d'homogénéiser le découpage analytique, il est demandé de créer :
  - Création de la SAC : 934.134.8 « Soins de support »
  - Création de la SAMT 932.738 « Activité Réadaptation – rééducation – Soins de support ». Ainsi les comparaisons (benchmark) ne se mélangeront pas avec les établissements MCO, hors CLCC, qui utilisent ces sections.

### **13.16.** Traitement des RRRO de laboratoire en sous-traitance correspondant à une remise accordée en contrepartie des prélèvements sanguins réalisés par le personnel soignant de l'établissement

Le traitement des RRRO (Rabais Remises Ristournes Obtenus) de laboratoire en sous-traitance correspondant à une remise accordée en contrepartie des prélèvements sanguins réalisés par le personnel soignant de l'établissement est le suivant :

- En onglet 3-SA, les comptes 641PS des personnels réalisant ces prélèvements et les comptes 609/619 de RRRO sont imputés sur les SAC consommatrices

Ainsi, les charges de sous-traitance laboratoire (61113\*), imputées dans la SAMT laboratoire en sous-traitance concernée, ne sont pas atténuées des RRRO. Les charges suivies au séjour dans ARAMIS et déclarées en onglet 6-cd sont brutes de ces RRRO.

### **13.17.** Suppléments de tarif non pris en charges par l'AM

Les praticiens réalisent parfois des interventions avec des DMI coûteux non pris en charge par l'Assurance Maladie (implants en ophtalmo par exemple).

Ces DMI donnent lieu à une facturation en sus aux patients/Mutuelles.

Les produits afférents sont parfois enregistrés en produits hospitaliers 732 et/ou 706, et déclarés en PND ou enregistrés en produits d'activité annexe déclarés en activité subsidiaire autres ventes de B&S.

### **Traitement dans l'ENC :**

Dans le cas d'un traitement en produits hospitaliers, les charges de DMI restent dans la SAC ou le bloc de prise en charge du patient.

### **13.18.** Prise en charge en urgence sans autorisation d'urgence

Certains établissements présentent une activité d'accueil d'urgence non programmée, bien qu'ils ne disposent pas d'une autorisation d'urgence. Dans ce cas, plusieurs situations ont été identifiées :

- Accueil direct au sein des services d'hospitalisation : les charges de l'accueil « urgence » doivent rester dans la SAC concernée.
- Accueil en plateau d'accueil dédié :
  - Si l'établissement sait identifier l'activité et les charges afférentes, il est demandé de créer une SAMT 932.112 ou les sous-sections 932.112.x « Urgences (hors décret 2006-577) ».
  - Si l'établissement ne sait pas identifier l'activité et les charges afférentes, il est demandé de garder l'affectation directe dans les SAC de prise en charge des patients.

### **13.19.** Traitement des clés/UO des urgences dans un classeur fusionné

Dans le classeur fusionné, les clés des SAMT remontées en onglet « Clé » sur les SAMT Urgences sont utilisées dans l'onglet « UO » et imputées automatiquement en intégralité sur la ligne « Pour les hospitalisés MCO ». Pourtant, les SAMT Urgences relèvent des passages pour la patients hospitalisés MCO mais aussi pour des patients externes. Dans ce cas, il faut retraiter le montant de la ligne « Pour les patients hospitalisés MCO » pour transférer les UO des passages externes aux urgences sur la ligne « Autres ». Le contrôle « UO : C12 – Etbts MCO : contrôle sur le retraitement des clés des urgences entre hospitalisés et externes » vient identifier ce point.

### **13.20.** Traitement des soins de support (CLCC)

Les CLCC ont mis en place des soins de support dans le parcours des patients. Ces soins regroupent les activités de diététique, kinésithérapie, ergothérapie, l'équipe de psychologues, orthophonie, etc.

Le passage en soins de support peut être réalisé au cours d'une hospitalisation en HC ou HJ.

Suite à un groupe de travail avec les établissements CLCC, il est proposé d'utiliser 2 nouvelles SA pour identifier les soins de support :

- Création de la SAC : 934.134.8 « Soins de support », pour les établissements identifiant cette activité clairement dans une UM dédiée
- Création de la SAMT 932.738 « Activité Réadaptation – rééducation – Soins de support ». Ainsi les comparaisons (benchmark) ne se mélangeront pas avec les établissements MCO hors CLCC, qui utilisent ces sections.

### **13.21.** Traitement de la sous-traitance d'imagerie pour l'interprétation du résultat uniquement

Dans le cas où l'établissement fait appel à de la sous-traitance pour l'interprétation du résultat d'un acte d'imagerie, il faut effectuer un retraitement extra-comptable en onglet 2-PC. En effet, l'acte génère des ICR qui serviront à ventiler les charges de la SAMT concernée et il n'est pas nécessaire de créer une SAMT en sous-traitance :

- Les charges de sous-traitance remontent en compte 61112
- Retraiter ces charges afin de les transférer en compte 6223
- En onglet 3-SA, affecter ces charges directement sur la SAMT Interne d'Imagerie concernée.

### **13.22.** Traitement analytique de la médecine légale

Les charges de médecine légale sont à imputer dans la section « HORS\_ETUDE\_UMJ – Unité Médico-Judiciaire ».

Les produits sont à traiter différemment en fonction du vecteur de financement :

- Subvention versée par le ministère de la justice : admise en atténuation des charges dans la section hors étude susmentionnée.
- Autres subventions de fonctionnement : les produits sont réputés non déductibles.

### **13.23. Traitement de la MS-OSP PP09 Engagement maternité volet hébergement**

Les charges de cette activité ne peuvent pas être saisies sur cette MS-OSP. Il était demandé auparavant de les affecter sur les SA consommatrices.

A partir de l'ENC MCO portant sur les données 2024, les charges afférentes à la MS-OSP PP09 doivent être affectées à la SA LGG « 931.19 Hébergement Temporaire Non Médicalisé (HTNM) ».

## **14. Fiches Techniques**

### **14.1. Fiche technique : Mieux comprendre l'activité de greffes et de prélèvement d'organes et son traitement dans l'ENC**

**Comment doivent-être traitées les dépenses des activités de greffes et de prélèvements d'organes ?**

#### **Activité de prélèvements d'organes**

Cas 1 : Cas « général »

Le séjour doit être identifié dans une unité d'hébergement (SAC) (UO = la journée)

Les actes de prélèvements d'organes sont à recueillir sur une SAMT de bloc (UO = ICR)

Point de vue financement : création d'un GHM + paiement du forfait prélèvements d'organes (PO) payé par l'assurance maladie

Cas 2 : le patient arrive décédé : un RUM est produit avec DP imposé en Z52. Le séjour doit être identifié dans une unité d'hébergement (SAC) (UO = la journée)

Les actes de prélèvements d'organes sont à recueillir sur une SAMT de bloc (UO = ICR)

Point de vue financement : création d'un GHM avec financement à 0 / uniquement paiement forfaits prélèvements d'organes (PO) payé par l'assurance maladie mentionnés dans FICHCOMP.

*(Le forfait PO couvre les charges de diagnostic de mort encéphalique, d'occupation de bloc opératoire, de bilan et typage HLA des donneurs de restitution et transport du corps et de conservation des organes.*

*En cas de donneur décédé après arrêt cardiaque, le PO4 couvre également les charges d'utilisation de machines à perfusion. A noter que le transport de l'équipe chirurgicale n'est pas inclus dans ces forfaits)*

Les produits du forfait PO sont enregistrés, pour les établissements ex-DGF, en compte 731115 donc hors étude ENC

#### **Activité de transplantation d'organes = greffes, post greffe et suivi**

Le séjour doit être identifié dans une unité d'hébergement (SAC) (UO = la journée)

Les actes de greffes d'organes sont à recueillir sur une SAMT de bloc (UO = ICR)

Point de vue financement, en plus du GHM, cette activité fait l'objet d'un forfait de transplantation d'organes et de greffes de moelles osseuses (FAG) payé par l'ARS

*NB : La composante organe du FAG permet la prise en charge des activités transversales à la greffe telles que : la coordination des activités de transplantation avec donneurs décédés et vivants, la prise en charge des greffés par des psychologues, des diététiciens, des assistants sociaux et des masseurs kinésithérapeutes, les astreintes de chirurgie, d'anesthésie et d'infirmiers, le transport des équipes de*

greffe en cas de déplacement en vue d'un prélèvement, le coût de transport des greffons, le HLA pour cross match au moment de la greffe, le typage HLA des patients nouvellement inscrits en liste d'attente et le coût du suivi HLA des inscrits, la prise en charge des donneurs vivants pour la part non facturable à l'assurance maladie (bilans, transports, hôtellerie, compensation salariale, ticket modérateur, forfait journalier...). Depuis 2012, le FAG finance également la mise à disposition d'un parc de machines à perfusion des reins.

Ces produits sont enregistrés, pour les établissements ex-DGF, en compte 731143 donc hors étude ENC

### **Activité de coordination du prélèvement d'organes**

Les dépenses liées à la coordination doivent être isolées dans une SA de LM (SA 936.7 autres Logistiques médicales – Coordination et prélèvement d'organes) : Dans la SA LM « Autres logistiques médicales », il est possible que cette section englobe d'autres types de charges. Pour cette SA, la clé de ventilation permettant le déversement sur les sections est laissée au choix de l'établissement.

Point de vue financement, cette activité fait l'objet d'un forfait coordination des prélèvements d'organes (CPO)

Ces produits sont enregistrés, pour les établissements ex-DGF, en compte 731142.

Il existe également la MS-OSP « prélèvements de tissus lors de prélèvement multi-organes et à cœur arrêté » : Sont financés à travers cette MS-OSP les frais de prélèvement et de conservation par les « banques de tissus » / centres de ressources biologiques (CRB) à des fins thérapeutiques (et non pas de recherche) des tissus suivants : artères, veines, os massifs. Les couts liés à cette activité sont à isoler dans la Phase 3-SA sur la MS-OSP correspondante.

## **14.2. Fiche technique : Cas des EMI/ETI**

### **La problématique porte sur la diversité des enregistrements comptables des produits EMI ou ETI et sur l'absence d'homogénéité de leur imputation analytique en phase III.**

Le contrat de bon usage prévoit un encouragement des établissements (privés et publics) à négocier les prix des SP FES et DMI FES auprès de leurs fournisseurs par une rémunération complémentaire sur l'écart médicament indemnisable (EMI) ou l'écart tarif indemnisable (ETI).

Cette rémunération est calculée sur la base de l'écart entre le Prix négocié et le Prix de responsabilité  $x P \% \times$  Quantité (Pour les établissements ex-OQN, P est égal à 50%). La rémunération ainsi calculée est entièrement prise en charge par l'AM (pas d'application du taux de Prise en charge).

Un code nature de prestation permet d'identifier le montant de la majoration associé au médicament : EMI.

Un code nature de prestation permet d'identifier le montant de la majoration associé au produit et prestation : ETI

Comptablement, l'établissement enregistre :

- **En charges d'exploitation ou hors exploitation**, les SP FES et DMI FES à leurs valeurs d'achat prix négocié => intégration dans l'ENC d'un coût réel, inférieur au tarif de responsabilité ;
- **En produits d'exploitation ou hors exploitation**, au moment de la facturation du dossier patient, la refacturation au prix d'achat (en titre 1 et 2) et **en produits d'exploitation (obligatoire)**, leur rémunération EMI ou ETI calculée. L'EMI/ETI est enregistré le plus souvent en comptes 701, 791 ou 707 apparaissant donc en titre 3.

Consigne :

### **Imputation de l'intégralité de la rémunération EMI ou ETI en produit non déductible (PND).**

La charge de SP et/ou DMI FES doit rester imputée sur le champ ENC.

#### 14.3. Fiche technique : Liste de consommables médicaux « traceurs » de radiofréquence

Cette liste est issue du travail sur les **consommables de radiofréquence** effectué en collaboration avec les fédérations hospitalières. La liste proposée a été construite avec la base de données Phast qui propose un recensement des dispositifs médicaux disponibles en France sur la base notamment des informations issues des industriels et des utilisateurs. Le champ de l'étude est limité strictement à la radiofréquence, les autres techniques comme la cryothérapie sont exclues. Cette liste volontairement réduite a retenu les informations les plus concordantes, nous ne pouvons garantir l'exhaustivité.

Cette liste est disponible sur le site de l'ATIHI partie liste traceur : <http://www.atih.sante.fr/enc-mco-donnees-2023>

#### **Coté ARAMIS :**

Le document 7 est à télécharger en « .CSV » ; il fournit la liste des séjours pour lesquels au moins un acte de radiofréquence a été identifié parmi une liste fermée d'actes CCAM.

Cette liste figure dans le guide de lecture des tableaux de contrôle.

Il est attendu un suivi au séjour pour les actes CCAM de cette liste dans le fichier 7 d'ARAMIS (poste de charge **14** – Consommables médicaux liste traceurs de radiofréquence)

#### 14.4. Fiche technique : Traitement des groupements

Dans l'ENC, le terme « groupement » désigne l'ensemble des dispositifs de coopération entre différents établissements :

- **De natures juridiques différentes<sup>1</sup>:**
  - GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
  - GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
  - GIE : Groupement d'Intérêt Economique
  - GIP : Groupement d'Intérêt Public
  - Conventions de coopération
  - Autre...
- **Portant sur des activités diverses** : activités cliniques, plateaux techniques, fonctions de logistique médicale, fonctions de logistique générale...

Des informations sur les recompositions de l'offre hospitalière sont disponibles sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/article/les-recompositions-de-l-offre-de-soins>

Le développement des groupements justifie des **consignes générales** de traitement dans l'ENC, **pour déclarer les coûts et les moyens afférents à l'activité en groupement**.

**Chaque établissement**, membre d'un groupement et participant à l'ENC, **doit être vigilant pour adapter et affiner ces consignes**, compte tenu de son organisation et des pratiques possibles et complexes, liées à ses groupements.

Ces consignes seront complétées prochainement par des exemples à travailler avec les établissements.

#### **1. Etape 1 : Identifier les groupements à retraiter**

Il convient dans un premier temps d'identifier les activités de l'établissement réalisées dans le cadre d'un ou plusieurs groupements et de comprendre les organisations mises en place.

L'établissement peut se référer au bordereau ORG - Organisation et Coopération de la **SAE**. Ce bordereau recense les coopérations auxquelles l'établissement participe.

Seuls les groupements et coopérations faisant l'**objet de flux financiers et comptables** sont à prendre en compte dans l'étude.

---

<sup>1</sup> Cf. Rapport au Parlement sur les recompositions hospitalières 2017- DGOS – Mai 2018

Pour réaliser les analyses, le contrôle de gestion (ou le responsable ARCA<sup>n</sup>H) doit se procurer les documents suivants :

- **Conventions de constitution des groupements**
- **Comptes annuels du groupement** (lorsqu'ils existent), auprès des services comptables
- **Grand-livre** des opérations auprès des services comptables

## 2. Etape 2 : Analyser les flux

Il est impératif de **documenter les différents flux identifiés et retraitements à réaliser** dans le cadre des groupements.

Les retraitements à réaliser devront être validés avec le superviseur dès les premières validations.

L'objectif des retraitements est de **neutraliser les flux inter-établissements** :

- Pour une correcte affectation des charges, produits et des unités d'œuvre des **patients hospitalisés**, *par exclusion des activités externes notamment*
- Pour ne garder **que l'activité de l'établissement**, *par rapport aux autres membres du groupement*

### 1- Avant tout, identifier qui porte l'activité ?

L'établissement doit s'interroger **sur le recueil de l'activité au niveau du PMSI et des forfaits techniques** :

- Qui assure la facturation de l'activité ? L'exploitation de l'équipement ?

Par exemple dans le cas des forfaits techniques : est-ce le groupement qui facture les forfaits techniques directement ou alors les établissements partenaires ?

Si l'établissement membre du groupement réalise le recueil dans son PMSI, il doit garder l'activité, créer la section correspondante dans son paramétrage.

### 2- Comment le groupement refacture-t-il ses prestations/charges aux membres ?



### 3- Comment l'établissement facture-t-il ses charges au groupement ?



**Les différentes charges engagées** (personnel, honoraires médecins, consommables...) dans le cadre du groupement pourront faire l'objet de retraitements, mais peuvent être **complexes à identifier** dans la comptabilité analytique existante.

Par ailleurs, il convient d'analyser **les produits reversés** par le groupement.

## 3. Etape 3 : Procéder aux retraitements

Le traitement spécifique des GHT (pour les établissements supports et les établissements membres) est distingué du traitement des autres groupements.

### 3.1. Le traitement particulier dans l'ENC des GHT

Le GHT, c'est la mutualisation de fonctions supports (SI, DIM, achats) pour affecter les moyens indispensables au déploiement du projet médico-soignant partagé et répondre aux besoins des patients du territoire.

Les informations sur le GHT sont disponibles sur le site du Ministère des Solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/>

#### i. Pour les établissements support de GHT

- **Paramétrage dans ARCA<sup>n</sup>H :**

**Sélectionner le Budget annexe G - Groupements Hospitaliers de Territoire - EPS support**

Ce budget annexe n'a pas vocation à retracer toutes les opérations en recettes et en dépenses liées à ces activités, mais seulement les **coûts de gestion inhérents au pilotage** assuré par l'établissement support pour le compte des établissements parties.

- **2 types flux sont à retracer dans le classeur ARCAH:**

- **Pour les charges mises à disposition et facturées au budget G**



En phase 2, les recettes de refacturation du budget H au budget G, enregistrées en compte 7087 Remboursement de frais par les CRPA, sont affectées en "Produits non déductibles - Recettes liées aux Act. Subs. et RCRA".

En phase 3 : **affectation des charges au budget annexe G** (charges directes)

En phase 5 : identification des charges **indirectes** de LM/LGG/STR à imputer au GHT dans la section Budget G - Groupements Hospitaliers de Territoire - EPS support.

A l'issue de la phase 5, la marge pour le budget G doit être nulle.

- **Pour les charges refacturées par le GHT à l'établissement :**



Le budget G doit être à **l'équilibre**. Une refacturation est donc réalisée à tous les membres, y compris l'établissement support.

Cette charge est à comptabiliser dans le **compte « 653 » Contributions aux groupements** hospitaliers de territoire (GHT) imputables uniquement sur les fonctions LM, LGG, MS-OSP...

Il s'agit de répartir cette contribution par section en fonction de la nature de charges présentes sur la facture du GHT (DIM, SACG, DSI...), comme pour les frais de siège.

ii. **Pour les établissements membres du GHT (hors Etab. support) :**

**Les types flux sont à retracer dans le classeur ARCAH :**

- **Pour les charges mises à disposition et facturées au GHT**



En phase 2, les recettes de refacturation au GHT sont affectées en "Produits non déductibles - Recettes liées aux Act. Subs. et RCRA".

En phase 3, affectation **des charges en « activité subsidiaire Refacturation aux groupements »** (charges directes).

En phase 5 : identification des charges **indirectes** de LM/LGG/STR à imputer au groupement dans la section **« activité subsidiaire Refacturation aux groupements »**

A l'issue de la phase 5, la marge pour « activité subsidiaire Refacturation aux groupements » doit être nulle.

- **Pour les charges refacturées par le GHT à l'établissement :**



Le budget G doit être à **l'équilibre**. Une refacturation est donc réalisée à tous les membres, y compris l'établissement support.

Cette charge est à comptabiliser dans le **compte « 653 » Contributions aux groupements** hospitaliers de territoire (GHT) imputables uniquement sur les fonctions LM, LGG, MS-OSP...

Il s'agit de répartir la contribution par section en fonction de la nature de charges présentes sur la facture du GHT (DIM, SACG, DSI...), comme pour les frais de siège.

### 3.2. Le traitement général dans l'ENC des groupements hors GHT

Pour identifier les flux et le traitement des groupements dans l'ENC, des adaptations ont été réalisées.

1. **Au niveau du Paramétrage d'ARCA<sup>n</sup>H** : au-delà des SAMT déjà typées en « Groupement » sur les campagnes antérieures, toutes les sections de LM et LGG concernées devront être typées en « Groupement »

2. **Au niveau du classeur ARCA<sup>n</sup>H**

- **Plan comptable (Onglet 2-PC) et 3-SA**

Les comptes suivants sont désormais **imputables en 2-PC comme charges non incorporables Autres – Hors périmètre**.

- 658 : Charges diverses de gestion courante
- 655 : Quote-part des résultats sur opérations faites en commun (perte)

**ou comme produits non déductibles : recettes liées aux act. Subs et RCRA (H).**

- 755 : Quotes-parts de résultat sur opérations faites en commun (bénéfice)
- 758 : Produits divers de gestion courante

➤ Il est possible d'affecter ces produits et charges sur toutes les sections

**a) Pour les charges refacturées par le groupement à l'établissement :**



Les comptes de charges ci-dessous **sont des charges incorporables en phase 2-PC et sont imputables par section en 3-SA.**

6521M	Contribution aux GIP à une structure médicale
6521NM	Contribution aux GIP à une structure non médicale
6522M	Contribution aux GIE à une structure médicale
6522NM	Contribution aux GIE à une structure non médicale
6523M	Contribution aux GCS à une structure médicale
6523NM	Contribution aux GCS à une structure non médicale
6528M	Autres contributions à des structures de coopération à une structure médicale
6528NM	Autres contributions à des structures de coopération à une structure non médicale

Il s'agit de répartir la contribution par sections consommatrices des activités mises en œuvre par le groupement.

Des retraitements extracomptables peuvent être nécessaires, en onglet 2-PC, afin de ventiler les montants sur les postes de charges correspondant à la réalité des natures de charges (*se rapprocher du superviseur*).

**b) Pour les charges mises à disposition et facturées au groupement**

Point d'attention : le cas décrit ci-dessous **ne concerne que les refacturations faisant l'objet d'un flux financier identifié**. En cas de charges supportées sans refacturation, les retraitements ci-dessous ne sont pas applicables.



La refacturation aux groupements (GIE, GCS, GHT hors porteur du GHT...) enregistre les charges correspondant aux moyens que l'établissement met à disposition des groupements dont il est membre en les lui facturant, et les recettes correspondantes.

Les natures de charges peuvent être très variées : personnel, matériel, entretien/maintenance, consommables médicaux, logistique.

Dans le classeur ARCA<sup>NH</sup>, utilisation de la nouvelle section **activité subsidiaire « Refacturation aux groupements »** (ACT\_SUBS5) :

**En onglet 2-PC** : Enregistrement des recettes de facturation au groupement dans la colonne PND Recettes liées aux Act. Subs. et RCRA

**En onglet 3-SA** :

- Affectation **des charges en « activité subsidiaire Refacturation aux groupements »** (charges directes)
- **!! Attention** : Le personnel mis à disposition et refacturé **dans le cadre d'un groupement** sont à indiquer en **compte 7084** – Mise à disposition de personnel facturé > **sur la section Refacturation aux groupements** et non sur l'activité subsidiaire « Mise à disposition de personnel »

*Exemple : l'établissement met à disposition du personnel pour la blanchisserie dans le cadre d'un groupement, les charges et produits sont à identifier dans l'Act\_subsid5 – Refacturation aux groupements*

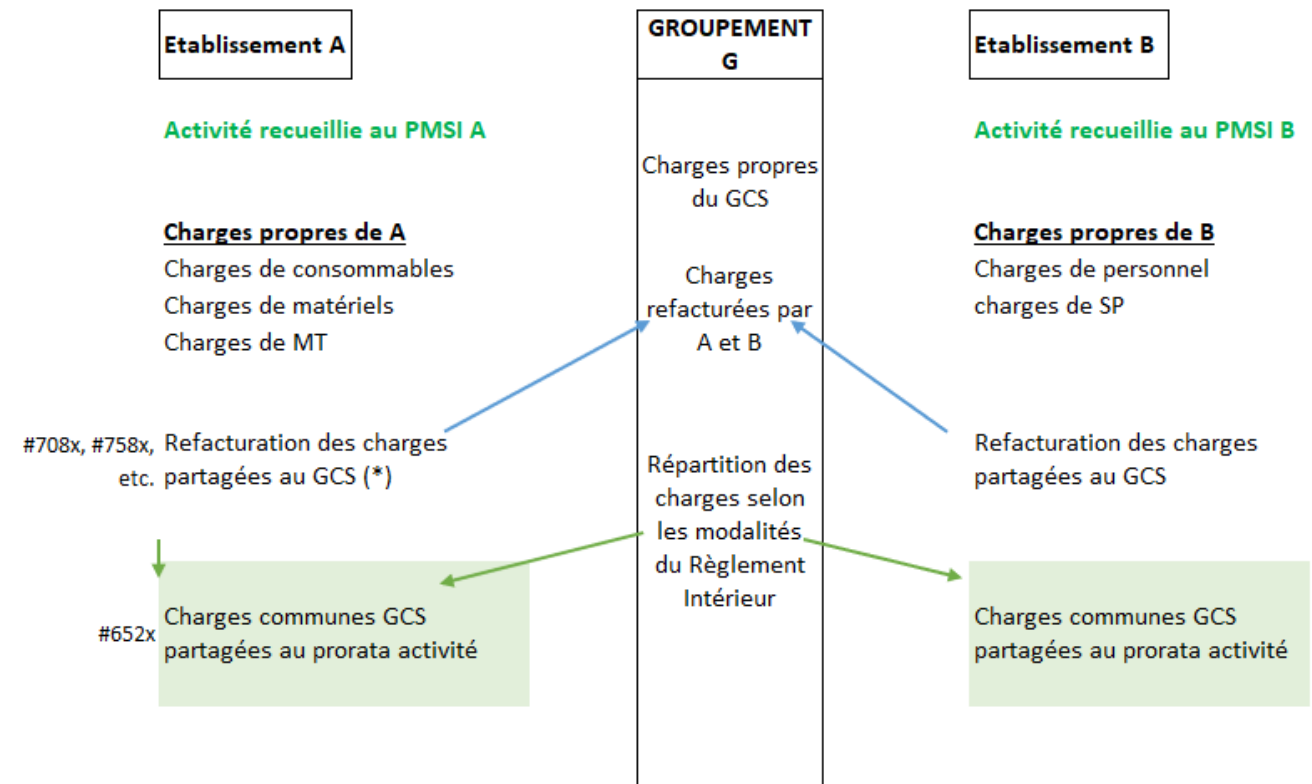
**En phase 5** : identification des charges **indirectes** de LM/LGG/STR à imputer au groupement dans la section « **activité subsidiaire Refacturation aux groupements** »

A l'issue de la phase 5, pour la SA Activité subsidiaire Refacturation aux groupements :

- **S'il n'y a pas de consommations de SAMT** : La marge doit être nulle.
- **En cas de consommations de SAMT**, la marge résiduelle doit correspondre exclusivement aux produits de refacturation des consommations de SAMT. Les UO des SAMT correspondantes sont déclarées en 1\_DA en fonction des activités réalisées dans le cadre du groupement.

**Au niveau des unités d'œuvre** : En fonction des flux comptabilisés et du recueil PMSI, il faut être vigilant à **déclarer les unités d'œuvre en lien** pour éviter les doublons d'UO ou au contraire d'oublier de déclarer des unités d'œuvre.

#### 4. Traitement par étape préconisé pour GCS à flux complexes, d'activités cliniques



**Traitement pas à pas**

→ Etape 1 (blue arrow)  
→ Etape 2 (green arrow)

**Etape 1** : Elimination des moyens (charges) refacturés (produits de refacturation 708x, 758x, etc.) :

Soit retraitement en onglet 5 dans la colonne retraitement des groupements  
Soit en atténuation des charges propres

**Etape 2** : Importation au PCE de la Qpart des charges communes GCS

**Etape intermédiaire** : récupérer le compte de résultat du GCS et le prorata de répartition des charges entre les établissements membres A et B (R1)

Résultat : Charges résiduelles propres non refacturées + charges communes en provenance du GCS = charges complètes de l'activité pour chaque éta A et B

**(\*) Cas particulier**



#### 14.5. Fiche technique : Atteindre et améliorer les taux de suivi au séjour

- Quelques rappels issus **de de la Charte Qualité**

Le modèle ENC MCO prévoit, parallèlement à l'affectation systématique des charges aux sections d'analyse, d'affecter certaines d'entre elles directement aux séjours qui les ont consommées.

La plupart des charges affectables au séjour faisant l'**objet d'un suivi réglementaire défini par la Charte Qualité**, les établissements doivent disposer d'informations permettant d'obtenir des taux de suivi élevés.

Les indicateurs retenus pour apprécier la qualité du suivi des charges directes au séjour distinguent les catégories de dépense suivantes :

- Produits sanguins labiles
- Dispositifs médicaux implantables, liste T2A
- Spécialités pharmaceutiques, liste T2A
- Dispositifs médicaux implantables, hors liste T2A
- Spécialités pharmaceutiques, hors liste T2A
- Consommables médicaux suivables dans la charte qualité (cf. chapitre 3)
- Sous-traitance

Pour chacune de ces catégories, l'indicateur est défini par : **Charges totales AFFECTÉES au séjour / Charges totales AFFECTABLES au séjour**

- Les charges totales affectées au séjour sont issues du logiciel **ARAMIS**, alimenté par séjour pour les besoins de l'ENC.
- Les charges totales affectables au séjour sont obtenues à partir des données comptables renseignées dans **ARCA nH** conformément au guide méthodologique de l'ENC (ARCA nH - phase 6, charges totales affectables au séjour de l'hospitalisation MCO).

- **Le respect des taux de suivi**

Les taux de suivi sont des **indicateurs à minima** que l'établissement s'engage à poursuivre.

Le non-respect par l'établissement des taux de suivi des charges directes au séjour, décrits dans la charte qualité, a un impact sur les montants financiers supplémentaires liés à la qualité des données, comme indiqué dans la Convention ENC.

- **Les évolutions des taux de suivi**

Les taux de suivi au séjour **peuvent évoluer** chaque année. Les évolutions sont discutées et arbitrées selon la comitologie ENC. Les établissements sont informés dès que possible de ces évolutions.

- **Principe des 80/20**

Dans le cas où le système d'information ne permet pas de suivre les charges ou les UO au séjour, deux approches sont à considérer, **à l'aide de l'équipe Projet** (Pharmacien, DIM, chefs de pôle...).

- **Approche par le prix** : Identifier au sein d'une catégorie de dépenses les articles les plus coûteux
  - Ex : certains services ont recours à du matériel / consommable spécifique, qui coûte cher et qui peut être tracé par patient
- **Approche par le volume** : Identifier les produits les plus consommés

**Il est souvent nécessaire de croiser les requêtes** : Les prix des articles sont dans un logiciel et les quantités administrées par patient dans un autre.

- **Aller plus loin à l'aide des tableaux de contrôles**

Des tableaux de contrôles vous indiquent également des éléments sur lesquels vous pouvez améliorer le taux de suivi au séjour, soit en cours de campagne ou en axes d'amélioration pour l'année suivante. Ces sont des éléments pour lesquels, l'administration est souvent traçable au niveau du patient :

- **Chimiothérapie** : 4.20 : Séances de **chimiothérapie** sans dépenses de spécialités pharmaceutiques
- **Curiethérapie de prostate** :
  - Tableau 4.7.3 : Vérification des informations pour les séjours de curiethérapie de prostate en 17K05 - Parcours
  - Tableau 4.7.4 : Vérification des informations pour les séjours de curiethérapie de prostate (GHM 17K05) – montant du suivi au séjour
  - Tableau 4.7.5 : Vérification des informations pour les séjours de curiethérapie de prostate (GHM 17K05) – séjours concernés
- **Consommables de radiofréquence** : Tableau 4.24 : Vérification des consommables médicaux liste traceurs MCO

## 15. Nous contacter

### Questions méthodologiques

**Votre interlocuteur principal pendant la phase de supervision est votre superviseur, sollicitez-le systématiquement en première intention, il représente l'ATI H.** Son rôle est de vous accompagner, contrôler et analyser vos données. Il transmettra vos demandes à l'ATI H si nécessaire.

### Questions techniques

Nous vous recommandons de poser vos questions sur « **l'assistance utilisateur** », accessible sur le site de l'ATI H à l'adresse suivante :

<http://www.atih.sante.fr/> rubrique Support utilisateurs / bouton **nouveau canal unique**

**La connexion ne se fait pas avec un identifiant PLAGE, il faut créer un compte pour cette application de support.** Toutes les informations sont disponibles à ce lien

<https://www.atih.sante.fr/support-utilisateurs>

### [assistance.atih.sante.fr](https://www.atih.sante.fr/assistance.atih.sante.fr)

- pour toutes les questions techniques relatives aux **logiciels ARCA nH, ARAMIS et VisualENC**  
Rubrique Informations sur les coûts > ENC MCO > Logiciels – ENC MCO
- pour toutes les questions relatives à la **Plateforme e-ENC ou à la GED Alfresco**  
Rubrique Informations sur les coûts > ENC MCO > Plateforme e-ENC – ENC MCO,
- pour toutes les questions **méthodologiques** auxquelles votre superviseur n'aurait pas pu répondre : Rubrique Informations sur les coûts > ENC MCO > Support méthodologique – ENC MCO,

Toutes vos questions seront étudiées et obtiendront une réponse dans les meilleurs délais.

Il est inutile de multiplier les supports de vos questions (assistance utilisateur, mail) car ce sont les mêmes interlocuteurs qui en sont destinataires.

### Autre

Pour toute autre question, vous pouvez nous contacter par mail aux adresses mail indiquées ci-après : [enc.mco@atih.sante.fr](mailto:enc.mco@atih.sante.fr)