

DOCUMENTATION TECHNIQUE POUR LA REALISATION DE LA CAMPAGNE ENC MCO données 2018

Consignes de mise en œuvre

Mai 2019

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 sont surlignés **en bleu**.

Table Des Matières

Table des matières

1	Rappels de bonnes pratiques pour la gestion de projets ENC	5
2	Téléchargement des logiciels ARCANH et ARAMIS avec un compte Plage	6
3	Logiciel ARCANH	6
	3.1 NOUVEAUTES LOGICIEL ARCANH	6
	3.2. DONNEES ADMINISTRATIVES (ONGLET 1-DA)	6
4.	Imputation des produits et des charges	6
	4.1. AIDE AU REMPLISSAGE DU PLAN COMPTABLE DE L'ÉTUDE (ONGLET 2 PC).....	6
	4.2. CORRECTIONS EXTRACOMPTABLES	7
	4.2.1 AUTOCONTROLE DU RESULTAT	7
	4.2.2. PLAN COMPTABLE (PC) - PARTIE PRODUITS	8
	4.2.3. PLAN COMPTABLE - PARTIE CHARGES	11
	4.3. L'AFFECTATION DES CHARGES DE SOUS-TRAITANCE A CARACTERE MEDICAL ET LEUR REMPLISSAGE DANS LES OUTILS.....	12
	4.4. RAPPEL - SECTION D'ANALYSE 9325 IMAGERIE.....	16
	4.5. RAPPEL - TRAITEMENT DES CHARGES ET DES PRODUITS LIES A LA PARTICIPATION A L'ENC DE VOTRE ETABLISSEMENT	16
	4.6. AFFECTATION DES CHARGES DE PERSONNEL – PRECISION SUR LES ALTERNANTS	16
5.	L'affectation des produits et des charges des autres activités (hors périmètre du champ de l'étude) 17	
	5.1. LES ACTIVITES CONCERNEES ET SA CORRESPONDANTES	17
	5.2. IMPUTATION DES PRODUITS	17
	5.3. IMPUTATION DES CHARGES	17

5.4. REDEVANCES DES PRATICIENS LIBERAUX ET INTERVENANTS DE RR LIBERAUX	21
5.5. ACTIVITE DES BUDGETS ANNEXES	22
5.6. ACTIVITE SUBSIDIAIRE_1: RETROCESSION DE MEDICAMENTS.....	23
5.7. ACTIVITE SUBSIDIAIRE_2 : MISE A DISPOSITION DE PERSONNEL FACTURE	24
5.8. ACTIVITE SUBSIDIAIRE_3 : PRESTATIONS DELIVREES AUX USAGERS ET ACCOMPAGNANTS.....	25
5.9. ACTIVITE SUBSIDIAIRE_4 : AUTRES VENTES DE BIENS ET SERVICES.....	26
6. Logiciel ARAMIS.....	28
6.1. MESURE DE LA CHARGE EN SOINS DANS L'ENC MCO : POURSUITE DE LA PHASE EXPLORATOIRE	28
6.2. RECUEIL D'INFORMATIONS SUR LE CARACTERE « PROGRAMME – NON PROGRAMME » DES SEJOURS DANS L'ENC	28
7. Arbre Analytique.....	30
7.1. EVOLUTION DE L'ARBRE ANALYTIQUE.....	30
7.2. FOCUS RADIOTHERAPIE.....	32
8. Unités d'œuvre	35
8.1. PRECISIONS SUR LES ICR.....	35
8.2. PRECISIONS SUR LES OMEGAS	36
8.3. PRECISIONS SUR LES UO DE LABORATOIRE B ET LABORATOIRE D'ACP	39
8.4. UO STE	40
9. Analyse et justification des atypies	43
10. Consignes Méthodologiques.....	45
10.1. CONSIGNES RELATIVES A L'ENC MCO – ETABLISSEMENTS DE DIALYSE.....	45
10.1.1. DECOUPAGE ANALYTIQUE – PRINCIPES.....	45
10.1.2. DECOUPAGE ANALYTIQUE - COMPLEMENTS.....	46
10.1.3. PARAMETRAGE DES NATURES D'UO DES SAMT.....	47
10.1.4. PRECISIONS SUR L'AFFECTATION DES CHARGES AUX SECTIONS D'ANALYSE.....	48
10.1.5. LE PMSI ET LES SUIVIS AU SEJOUR DANS ARAMIS.....	50
10.1.6. PHASE D'IDENTIFICATION DES SEJOURS DANS ARAMIS	50
10.1.7. PARCOURS DU PATIENT – CORRESPONDANCE UM-SA DANS ARAMIS	51
10.1.8 RSA PONDERES (POUR LE CALCUL DE LA PART VARIABLE)	54
10.1.9 ESTIMATION DE L'IMPACT DU CHANGEMENT DES DUREES D'AMORTISSEMENT DES GENERATEURS D'HEMODIALYSE	
55	
10.2. CONSIGNE SUR LA REMUNERATION DES ACTES DE FIV REALISES EN LABORATOIRE SUITE A UNE PONCTION D'OVOCYTES...	56
10.3 TRAITEMENT DE L'ENDOSCOPIE DANS L'ENC	57
10.4 TRAITEMENT DU LITHOTRITEUR OU LITHOTRIPEUR DANS L'ENC	57
10.5 TRAITEMENT DE LA CURIETHERAPIE DANS L'ENC	58
10.6 TRAITEMENT DE L'AMBULATOIRE DANS L'ENC.....	62
10.7 TRAITEMENT DE LA CHIRURGIE ROBOTIQUE DANS L'ENC	63
10.8 TRAITEMENT DE L'APHERESE.....	65

10.9 TRAITEMENT DES TEP SCAN ET TEP IRM	65
10.10 TRAITEMENT DES CHARGES LIEES AU FINANCEMENT DE LA RECHERCHE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DES MISSIONS D'INTERET GENERAL DANS L'ENC	65
10.11 TRAITEMENT DES SUBVENTIONS « HOPITAL NUMERIQUE » DANS L'ENC	70
10.12 TRAITEMENT DES HOTELS HOSPITALIERS	70
10.13 TRAITEMENT DES TRANSPORTS INTER ET INTRA ETABLISSEMENTS	72
10.14 TRAITEMENT DE LA SOUS-TRAITANCE DE TRANSPORT D'USAGERS	73
10.15 TRAITEMENT DES CARENCES AMBULANCIERES ET DU SDIS	74
10.16 TRAITEMENT DU BRANCARDAGE	74
11. Fiches Techniques	76
11.1 FICHE TECHNIQUE : MIEUX COMPRENDRE L'ACTIVITE DE GREFFES ET DE PRELEVEMENT D'ORGANES ET SON TRAITEMENT DANS L'ENC	76
11.2. FICHE TECHNIQUE : CAS DES EMI/ETI	78
11.3 FICHE TECHNIQUE : LISTE DE CONSOMMABLES MEDICAUX « TRACEUR » DE RADIOFREQUENCE	79
11.4. FICHE TECHNIQUE DES HONORAIRES POUR LES ETABLISSEMENTS EX-OQN	80
11.5 TRAITEMENT DES GROUPEMENTS	81
Nous contacter	87

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 fondamental
 - 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.

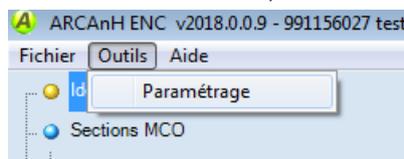
- **La mise en place d'un répertoire avec une sauvegarde automatique des données**

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

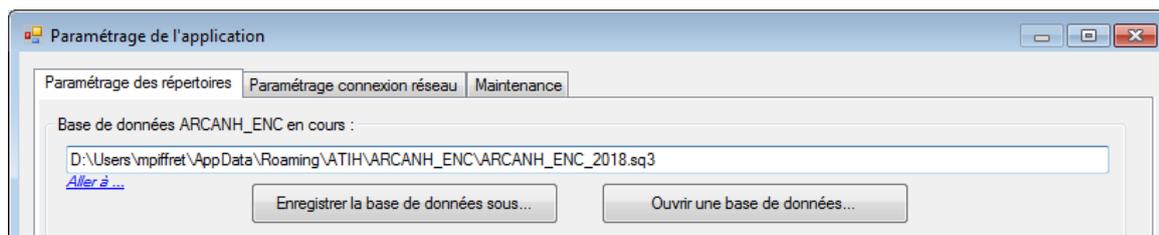
Il est préconisé de **modifier ces liens à chaque installation pour sauvegarder les données sur un répertoire commun** à l'équipe projet et dont la sauvegarde est réalisée de manière automatique par le service informatique de l'établissement.

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 ARCANH et ARAMIS avec un compte Plage

A compter de cette année, 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

- **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 (souvent au DIM).
- Pour avoir les droits adéquats : il faut demander à votre administrateur Plage de vous attribuer **les droits en tant que Gestionnaire de Fichier sur le domaine ENC-SANIT**

3 Logiciel ARCANH

3.1 Nouveautés logiciel ARCANH

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

3.2. Données administratives (onglet 1-DA)

Les informations attendues pour les données administratives sont dans le Guide ENC : nombre d'entrées, nombre de journées-lits d'ouverture, nombre de lits installés...

4. Imputation des produits et des charges

4.1. Aide au remplissage du Plan Comptable de l'Etude (onglet 2 PC)

Le **Plan Comptable de l'Etude (PC)** poursuit un 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.

4.2. Corrections extracomptables

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	700 000
613252	Locations mobilières à caractère non médical : Equipements	300 000

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

	Montant issu de la balance	Reclassement extracomptable	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	

4.2.1 Autocontrôle du résultat

L'onglet 2-PC 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.

4.2.2. Plan comptable (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.

En 2017, le PC se présente dans un premier temps sur 3 colonnes (cf. schéma ci-dessous) :

La colonne R correspond à la balance de l'établissement et doit être conforme aux comptes de l'exercice (colonne cerclée en bleu).

La colonne S permet d'avoir recours à des retraitements extra-comptable de compte à compte de façon marginale. Le total de cette colonne doit être égal à 0.

La colonne T est obtenue en sommant la colonne S et la colonne R.

P	Q	R	S	T
Numéro de compte	Libellés des comptes	Montant issu de la balance (A)	Reclassement extra-comptable (B)	Montant retraité (C)
▼ ▶		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)
▼ ▶		CI_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 (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 :

**Produits conformes
aux comptes de
l'exercice**

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 J	Produits non déductibles : Produits de l'activité hospitalière (F)
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	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	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	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		
7083	Locations diverses			0	0	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			0	0	0		
709	EBR 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 (MIGAC).

⇒ 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 :

Número 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	Travaux			0	0	0		
705	Etudes			0	0	0		
706	Prestations de services	17 780.33		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		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		0
70821	Prestations délivrées aux usagers et accompagnants - Chambres			0	0	0		0
70822	Prestations délivrées aux usagers et accompagnants - Repas	34 190		34 190	34 190	0		0
70823	Prestations délivrées aux usagers et accompagnants - Téléphone			0	0	0		0
70824	Prestations délivrées aux usagers et accompagnants - Majorations pour chambre particulière	1 135 201		1 135 201	1 135 201	0		0
70825	Produits des prestations hospitalières facturées au titre de l'article L.174-20 du code de la sécurité sociale			0	0	0		0
70828	Prestations délivrées aux usagers et accompagnants - Autres			0	0	0		0
7083	Locations diverses	237 612		237 612	237 612	0		0
7084	Mise à disposition de personnel facturée			0	0	0		0
7085	Redevances des praticiens versées aux établissements ex OQN			0	0	0		0
7087	Remboursement de frais par les CRPA			0	0	0		0
7088	Autres produits d'activités annexes	1 850		1 850	1 850	0		0
709	FRR accordés par l'établissement			0	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

Ne rien enregistrer

4.2.3. Plan comptable - partie charges

Toutes les charges sont enregistrées dans l'onglet 2-PC, mais seuls 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 R correspond à la balance de l'établissement et doit être conforme aux comptes de l'exercice (colonne cerclée en bleu).

La colonne S permet d'avoir recours à des retraitements extra-comptable de compte à compte de façon marginale. Le total de cette colonne doit être égal à 0.

La colonne T est obtenue en sommant la colonne S et la colonne R.

P	Q	R	S	T
Numéro de compte	Libellés des comptes	Montant issu de la balance (A)	Reclassement extra-comptable (B)	Montant retraité (C)
▼ ▶		MONTANT	RETRAITE	MONTANT_R

Dans un deuxième temps, toujours dans l'onglet 2-PCE 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. 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

- 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

4.3. 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. **L'UO pour ventiler le résiduel est la journée.**

Cas concernant la sous-traitance à caractère médicale (imagerie, labo...)	Traitement dans l'ENC
Cas 1 : le sous-traitant transmet tout ou partie des montants de sous-traitance	<p>-Créer une SAMT 'sous-traitance' et affecter les charges à cette SAMT. -Cocher en Mode de fonctionnement « Sous-traitance » -Indiquer comme nature d'UO « Montant ST ». ne pas oublier de mettre les montants globaux consommés par les autres champs d'activité s'il y a.</p> <p>-Suivre les montants au séjour dans ARAMIS : fichier 7</p> <p>-Le résiduel, s'il y a, sera déversé à la journée sur l'ensemble des séjours</p>
Cas 2 : le sous-traitant transmet les actes CCAM et les N° de séjour ET ce recueil est exhaustif	<p>-Créer une SAMT 'sous-traitance' et affecter les charges à cette SAMT. -Cocher en Mode de fonctionnement « Sous-traitance » -Indiquer la nature prédéfinie selon le type de SAMT (B, ICR ...). ne pas oublier de mettre les UO globales consommées par les autres champs d'activité s'il y a.</p> <p>-Suivre les UO au séjour dans ARAMIS : fichiers 3 et 4</p> <p>-Il ne peut pas y avoir de résiduel dans ce cas là</p>
Cas 3 : le sous-traitant transmet les actes CCAM et les N° de séjour MAIS ce recueil n'est pas exhaustif	<p>-Créer une SAMT 'sous-traitance' et affecter les charges à ces SAMT. -Cocher en Mode de fonctionnement « Sous-traitance » -Indiquer comme nature d'UO « Montant ST ». ne pas oublier de mettre les montants globaux consommés par les autres champs d'activité s'il y a</p> <p>-Transcoder les actes en montants et suivre les montants au séjour dans ARAMIS : fichier 7</p> <p>-Le résiduel sera déversé à la journée sur l'ensemble des séjours</p>

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.

Aide au remplissage :

- Onglet DA

Données	Sections d'analyse médico-techniques	Sections d'analyse médico-techniques	Sections d'analyse médico-techniques
	URGENCES MEDICO CHIRURGICALES	Sous-traitance Laboratoire	Sous-traitance Imagerie
	932111	932310	93251102
Racine SA	932111	93231	932511
Suffixe		0	02
Libellé officiel	Urgences	Laboratoire	Radiostandard 2
Mode de prise en charge			
Type de SAMT	Non ambulatoire	Non ambulatoire	Non ambulatoire
Mode de fonctionnement de la SAMT	Interne	Sous Traitance	Sous Traitance
Données sur les unités d'œuvre des SAMT (recueil du 01/01/N au 31/12/N)			
Nature de l'unité d'œuvre	Passage	B/BHN	Montants
Nombre d'unités d'œuvre produites	42 000,00	78 000,00	120 000,00
Pour les séjours d'hospitalisation MCO	9 000,00	25 000,00	60 000,00
Pour les consultations et soins externes MCO	33 000,00	20 000,00	10 000,00
Pour les MIG MCO-HAD (hors MERRI fixes)			
Pour les séjours d'hospitalisation SSR		12 000,00	48 000,00
Pour les consultations et soins externes SSR			
Pour les séjours HAD		11 000,00	
Pour les séjours d'hospitalisation PSY			
Pour les consultations et soins externes PSY			
Pour les budgets annexes		10 000,00	2 000,00
Pour des patients hospitalisés à l'extérieur			
Autres			

	932111	932310	93251102	
Libellé officiel	Urgences	Laboratoire	Radiostandard 2	
Mode de fonctionnement de la SAMT	Interne	Sous Traitance	Sous Traitance	
Nature de l'unité d'œuvre	Passage	B/BHN	Montants	
INSTRUCTIONS onglet DA	Ne pas imputer de charges de STM plateaux MT sur le SAU : si l'examen (labo, radio, etc.) est réalisé sur un passage suivi d'hospitalisation : imputation en SAMT de STM puis suivi au séjour en fichier 3 ou 4 ou 7 (ICR/B/montant), si l'examen est réalisé sur un passage "externe" alors déclarer ce nbre d'UO en DA, SAMT STM - ligne 55 - consultations et soins externes MCO, pour qu'il soit oté du traitement.	<p>Déclarer sur la ligne 54 "Pour les séjours d'hospitalisation MCO", le nbre d'UO ou le montant afférent à la STM sur de l'hospitalisation en MCO (hors part externe)</p> <p>Déclarer sur les lignes suivantes les Nbres d'UO ou montant du hors champ ENC MCO (externes MCO, etc.)</p>		<p style="text-align: center;">Conclusions</p> <p>Les déclarations d'UO produites en SAMT de ST doivent correspondre au même périmètre que le montant imputé en section de SAMT de Sous Traitance en phase 3-A.</p>
Prorata Séjours MCO	0,214285714	0,320512821	0,5	
Prorata Nbre UO sur séjours MCO	9000	25000	60000	
INSTRUCTIONS Fichier aramis		Suivre 25000 B en fichier 4 sur les séjours	Suivre entre 0 et 60000€ sur les séjours en fichier 7	
Montant afférent aux séjours MCO avec l'UO ad hoc	428,57	57 692,31	60 000,00	
INSTRUCTIONS Onglet 3-SA	Aucun montant de STM à imputer sur une autre SAMT que la SAMT de STM SAUF exceptionnellement un montant de prestation fournie par un laboratoire externe, (par exemple, manip ou mise en culture, etc.) qui ne concernerait donc pas un patient ou une partie d'un examen patient.	Imputer toute la charge sur la SAMT ST		

- Onglet 3-SA

Numéro de compte (Codes d'import)	Intitulés	Rappel : Total montants PCE+ honoraires (A)	Montant total Phase III tous champs (B)	ECART (A) - (B) doit être nul	Sections d'analyse cliniques MCO	Sections d'analyse médico-techniques	Sections d'analyse médico-techniques	Sections d'analyse médico-techniques
					Libellé SAC	Urgences	Sous-traitance Laboratoire	Sous-traitance Imagerie
		TOT_PCE	TOT_phase3		934xxx	932111	932310	93251102
61111	Sous traitance à caractère médical : kinésithérapie	0,0	0,0	0,0				
61112	Sous traitance à caractère médical : Imagerie médicale	120 000,0	120 000,0	0,0				120 000
61113HN	Sous traitance à caractère médical : laboratoires hors nomenclature	0,0	0,0	0,0				
61113	Sous traitance à caractère médical : laboratoires	180 000,0	180 000,0	0,0			180 000	
61114	Sous traitance à caractère médical : dentistes	1 500,0	1 500,0	0,0	1 500			
61115	Sous traitance à caractère médical : Consultations spécialisées	40 000,0	40 000,0	0,0	38 000	2 000		
61117	Sous traitance à caractère médical : hospitalisation à l'extérieur	5 800,0	5 800,0	0,0	5 800			
Total des charges d'exploitation		372 300,0	372 300,0	0,0	45 300	2 000	180 000	120 000

4.4. Rappel - Section d'analyse 9325 Imagerie

L'utilisation de la SA 9325 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.

4.5. Rappel - 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.

Les charges et les ETP correspondant à la mise en œuvre de l'ENC sont à affecter en charges non incorporables (CNI).

4.6. 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.

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

5.1. Les activités concernées et SA correspondantes

Redevances des praticiens libéraux	Redevances des praticiens libéraux	REDEV
RCRA	DNA et SIC	A
	USLD	B
	Ecoles	C
	EHPAD	E
	Groupements Hospitaliers de Territoire - EPS support	G
	Maison de retraite	J
	CAT social	L
	CAT prod et com	M
	SSIAD	N
	L312-1 CASF	P
Act. Subs.	Rétrocession de médicaments	ACT_SUBSID1
	Mise à disposition de personnel facturé	ACT_SUBSID2
	Prestations délivrées aux usagers et accompagnants	ACT_SUBSID3
	Autres ventes de biens et de services	ACT_SUBSID4
	Refacturation aux groupements	ACT_SUBSID5

5.2. Imputation des produits

Les produits sont :

- les recettes des activités subsidiaires et remboursement de CRA (produits de titre 3). Ces produits sont identifiés dès l'onglet 2-PCE dans la colonne « Produits non déductibles :
- Recettes liées aux Act. Subs. et RCRA » et imputés sur les SA dans l'onglet 5.

Les produits admis en atténuation des charges engagées pour ces activités imputés sur les SA en onglet 3-SA

5.3. Imputation des charges

Les charges des autres activités peuvent concerner toutes les catégories et nature de charges.

Il y a trois catégories de charges :

Les charges directes

Personnel, consommations d'achats stockés, consommations d'achats non stockés, matériels, maintenance... directement imputables dans ces SA en **phase 3-SA** (par compte comptable).

Les charges indirectes

Logistique médicale, logistique générale et de gestion, structure sont imputées à ces SA en **phase 5** d'ArcanH, en différenciant les charges de personnel par catégorie PM, PS, PA, PDS, participation, et les charges diverses.

Les charges induites

Les charges induites concernent les charges relatives aux consommations d'activités médico-techniques (SAMT) ; Les UO consommées par les budgets annexes et activités subsidiaires sont renseignées dans les données administratives d'ArcanH :

- en UO produites par les SAMT actes CCAM pour les budgets annexes et pour les patients hospitalisés à l'extérieur,
- parmi les minutes produites hors hospitalisation SSR des plateaux techniques SSR

Nota : ces charges induites ne sont pas reportées dans les SA Budgets annexes et activités subsidiaires dans ArcanH => il se pourra donc que les marges résiduelles en phase 5 présentent un écart justifié par ce non-report.

Zones de saisie dans ARCANH onglet 1-DA :

Données administratives d'activité (du 1er janvier au 31 décembre)	Sections d'analyse médico-techniques		SAMT Plateaux techniques spécialisés SSR	
	EF 1	Autres explorations fonctionnelles spécialisées	kiné respi	kiné loco
	9328901	9328902	932717801	932717802
Nombre de minutes produites hors hospitalisation SSR			0	0
Nature de l'unité d'œuvre	ICR	ICR		
Nombre d'unités d'œuvre produites par les SAMT produisant des actes CCAM	11 000	200		
Pour les séjours d'hospitalisation SSR	1000	100		
Pour les consultations et soins externes SSR	0	0		
Pour le secteur MCO (hospitalisation et consultation)	10000	100		
Pour le secteur PSY (hospitalisation et consultation)	0	0		
Pour le secteur HAD	0	0		
Pour les MIG (hors MERPI fixes)	0	0		
Pour les budgets annexes	0	0		
Pour des patients hospitalisés à l'extérieur	0	0		
Examens pré et post hospitalisation	0	0		
Autres	0	0		

Exemple : Imputation d'une partie des charges directes consommées, en phase 3-SA ; Report en phase 5 et identification des charges indirectes en phase 5

Recettes identifiées en 2-PC

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)
7085	Redevances des praticiens versées aux établissements ex OQN	CL_PAC	CNI_PND_A	CNI_PND_H	CNI_PND_R
					427 006

Recettes imputées en onglet 5

	Rappel des montants à affecter de la Phase 2-PCE (a)	TOTAL de la Phase 5 (b)	ECART (a) - (b) doit être nul	Redevances des praticiens libéraux
	rappel	phase5	restant	REDEV
RECETTES LIEES AUX ACTIVITES SUBSIDIAIRES ET RCRA IDENTIFIEES EN PHASE 2-PCE				
7085	Redevances des praticiens versées aux établissements ex OQN	7085	427 006	427 006
			0	427 006

Charges et produits imputés en 3-SA

Intitulés	
Redevances des praticiens libéraux	
Redevances des praticiens libéraux	

Rappel en onglet 5 des charges et produits imputé:

	Redevances des praticiens libéraux
	REDEV
RAPPEL DES CHARGES DIRECTES IDENTIFIEES EN PHASE 3-SA	
PS	8 756
PA	0
PM	0
AUTRES CHARGES	23 414
PRODUITS EN ATTENUATION	-560
TOTAL DES CHARGES NETTES DIRECTES identifiées en Phase 3-SA (B)	31 610

5.4. Redevances des praticiens libéraux et intervenants de RR libéraux

Type de charges afférentes aux activités hors sanitaire

Ces redevances payées par les praticiens et intervenants RR libéraux compensent les charges engagées par l'établissement dans le cadre de leur activité libérale. Ces charges peuvent concerner notamment :

Nature de Charges	Imputation directe en phase 3-SA	Imputation indirecte en phase 5
Charges de personnel <ul style="list-style-type: none"> - PS - PA - PM - PDS - Participation 	Si personnels dédiés à la gestion des honoraires, par exemple	Toutes les LM Les LGG suivantes <ul style="list-style-type: none"> Accueil et gestion des malades Services administratifs à caractère général Services Hôteliers Blanchisserie DIM
Autres dépenses <ul style="list-style-type: none"> - Spécialités pharmaceutiques, consommables médicaux... - Dotations/locations de matériels médicaux et dépenses d'entretien/maintenance - Dotations/locations de matériel informatique à caractère médical et maintenance - Dotations/locations de matériel informatique à caractère non médical dont Logiciels et maintenance - Téléphone, internet - Dotations/locations de matériel de bureau, fournitures administratives - Electricité, ménage, - Dotations/locations immobilières - Prestations externes de gestion 	<ul style="list-style-type: none"> Oui Oui Oui Non Non Non Non Non Non 	<ul style="list-style-type: none"> Non Non DSI DSI DSI Services administratifs à caractère général Services Hôteliers STR Immobilier Services administratifs à caractère général

Conclusion :

A l'issue de la phase 5 d'ARCAⁿH, le montant des charges (directes + indirectes) doit être égal aux 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.

5.5. Activité des budgets annexes

Les refacturations du budget principal (CRPP) aux budgets annexes (CRPA) peuvent concerner des charges très variées, dont :

Nature de Charges	Imputation directe en phase 3-SA	Imputation indirecte en phase 5
Charges de personnel <ul style="list-style-type: none"> - PS - PA - PM - PDS - Participation 	Si personnels dédiés par exemple : <ul style="list-style-type: none"> - à l'accueil des patients - à la gestion du linge - au service des repas - à la comptabilité, facturation 	Toutes les LM Les LGG suivantes : Services administratifs à caractère général SALP Services Hôteliers Restauration Blanchisserie Accueil et gestion des malades DSI Transport motorisé de patients
Autres dépenses <ul style="list-style-type: none"> - Spécialités pharmaceutiques, consommables médicaux - Alimentation, équipements de cuisine - Dotations/locations de matériel à caractère médical (dont matériel informatique) et sa maintenance - Fournitures consommables (emballages) et dotations/locations/charges de petit matériel hôtelier pour matériel de livraison des spécialités pharma, des repas, du linge (chariots...) - Dotations véhicule de transport + carburant + entretien véhicule - Matériel et maintenance informatique à caractère non médical - Téléphone, internet - Electricité, ménage, eau - Prestations externes de nettoyage - Prestations externes blanchissage, alimentation, informatique, transport de biens, gestion - Dotations/locations immobilières - Entretien-maintenance immobilières - Charges financières sur emprunts relatifs notamment à l'immobilier 	Oui Non Oui Non Non Non Non Non Oui Non Non Non Non	Non Restauration Non Services hôteliers, pharmacie, restauration, blanchisserie Services hôteliers DSI DSI Services hôteliers Services hôteliers Restauration, blanchisserie, DSI, Services hôteliers, Services administratifs à caractère général STR Immobilier STR Immobilier STR Financière

Les refacturations du budget principal aux budgets annexes peuvent également concerner des charges induites de consommations de SA médico-techniques (B/BHN, ICR/AHN, minutes de plateaux de RR...).

Conclusion :

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.

5.6. Activité subsidiaire_1: Rétrocession de médicaments

Les charges concernées portent sur tout ou partie des charges suivantes :

Nature de Charges	Imputation directe en phase 3-SA	Imputation indirecte en phase 5
Charges de personnel <ul style="list-style-type: none">- PA- PM- Participation	Si personnels dédiés	LM Pharmacie LGG suivantes : Services administratifs à caractère général Services hôteliers
Autres dépenses <ul style="list-style-type: none">- Spécialités pharmaceutiques, consommables médicaux- Fournitures consommables (emballages) et dotations/locations/charges de petit matériel hôtelier pour matériel de livraison (chariots...)- Dotations véhicule de transport + carburant + entretien véhicule- Prestations externes de transport de biens- Prestations externes de gestion	Oui Non Non Non Non	Non Services hôteliers, pharmacie Services Hôteliers Services Hôteliers Services administratifs à caractère général

Conclusion :

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.

5.7. Activité subsidiaire_2 : Mise à disposition de personnel facturé

!/ 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 ».

Les charges concernées portent sur tout ou partie des charges suivantes :

Nature de Charges	Imputation directe en phase 3-SA	Imputation indirecte en phase 5
Charges de personnel <ul style="list-style-type: none">- PS- PA- PM- Participation	Oui	LGG suivantes : Services administratifs à caractère général SALP
Autres dépenses <ul style="list-style-type: none">- Frais de déplacement- Prestation externe de gestion	Non Non	SALP, Services Hôteliers Services administratifs à caractère général

Conclusion :

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.

5.8. Activité subsidiaire_3 : Prestations délivrées aux usagers et accompagnants

Les produits de prestations délivrées aux usagers et accompagnants concernent principalement les prestations et charges suivantes :

Nature de Charges	Imputation directe en phase 3-SA	Imputation indirecte en phase 5
Charges de personnel <ul style="list-style-type: none"> - PS - PA - Participation 	Personnels dédiés	LGG suivantes : Services administratifs à caractère général Accueil et gestion des malades Services hôteliers Blanchisserie
Autres dépenses <ul style="list-style-type: none"> - Alimentation - Prestations externes d'alimentation - Dotation matériel de blanchisserie - Prestations externes de blanchisserie - Prestations externes nettoyage - Communications téléphoniques et dotations matériels de téléphonie et maintenance - Communication internet, dotations matériel internet et maintenance réseau - Dotations téléviseurs, abonnements câble/canal+/Satellite, maintenance téléviseurs - Prestations externes de gestion 	Non Non Non Non Oui Non Non Non Non	LGG suivantes : Restauration Non Blanchisserie Non Services hôteliers DSI DSI Services hôteliers, Entretien-maintenance, Services administratifs à caractère général Accueil et gestion des malades, Services administratifs à caractère général

Conclusion : 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.

5.9. 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 ...).
- Produits de co-utilisation (7543)
 - Cf. traitement 2017 sur la quote part des charges et produits relative aux patients des co-utilisateurs.

Nature de Charges	Imputation directe en phase 3-SA	Imputation indirecte en phase 5
Charges de personnel <ul style="list-style-type: none"> - PA - Participation 	Personnels dédiés	LM stérilisation LGG : <ul style="list-style-type: none"> Services administratifs à caractère général Accueil et gestion des malades Services hôteliers Blanchisserie Restauration Entretien-maintenance

Nature de Charges	Imputation directe en phase 3-SA	Imputation indirecte en phase 5
Autres dépenses		LM et LGG :
- Consommables et marchandises à caractère médical et produits d'hygiène	Oui	Non
- Consommables et marchandises à caractère hôtelier et général (boissons, librairie, accessoires...)	Non	Restauration, Services administratifs à caractère général
- Dotation/location de matériel (ex : caisse enregistreuse, matériels de cuisine, matériels de blanchisserie, matériel de stérilisation...) et maintenance	Non	Restauration, blanchisserie, stérilisation
- Alimentation	Non	Restauration
- Prestations externes d'alimentation	Non	Restauration
- Produits d'entretien	Non	Services hôteliers
- Prestations externes de nettoyage	Oui	Services hôteliers
- Prestations externes de blanchisserie	Non	Blanchisserie
- Fournitures consommables (emballages) et dotations/locations/charges de petit matériel hôtelier pour matériel de livraison des repas, du linge (chariots...)	Non	Services hôteliers, restauration
- Dotations véhicule de transport + carburant + entretien véhicule	Non	Services hôteliers
- Communications téléphoniques et dotations matériels de téléphonie et maintenance	Non	DSI
- Communication internet, dotations matériel internet et maintenance réseau	Non	DSI
- Dotations/locations immobilières	Non	STR immobilier
- Entretien-maintenance immobilières	Non	STR immobilier
- Charges financières sur emprunts relatifs notamment à l'immobilier	Non	STR financier
- Electricité, eau, chauffage	Non	Services hôteliers
- Prestations externes de gestion	Non	Accueil et gestion des malades, Services administratifs à caractère général
- etc		

Conclusion :

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.

6. Logiciel ARAMIS

6.1. 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'ATIH 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'ATIH 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 : pour sa campagne sur les données 2017, la méthodologie et les outils ENC MCO permettront 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'ATIH 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'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/enc-mco-donnees-2018>

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.

6.2. Recueil d'informations sur le caractère « Programmé – Non programmé » des séjours dans l'ENC

Depuis fin 2011, un groupe technique piloté par l'ATIH a été mis en place, auquel participent les Fédérations, la DGOS et la DREES.

Ce groupe a pour objet de travailler sur les **éventuels différentiels de coûts existant entre les séjours non programmés et les séjours programmés**. A ce jour, des analyses économétriques ont pu être menées à partir des données de coûts issues de l'ENC. Cependant, les conclusions de ces travaux se heurtent au non repérage de manière certaine des séjours « non programmés ». Dès lors, le groupe en a élaboré une définition.

Le recueil est maintenu sur les données 2018.

Vous trouverez les informations nécessaires au recueil dans le guide des outils ENC disponible sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/enc-mco-donnees-2018>

7. Arbre Analytique

7.1. Evolution de l'arbre analytique

Création de sections analytiques

Motif de la création	Code SA	Libellé SA
Prise en compte du décret n° 2016-1703 du 12 décembre 2016	931.19	Hôtel hospitalier
Création de la section pour identifier le surcoût machine et comptabiliser les passages au bloc robot dans l'ENC.	932.44	Bloc Robot - Coût machine
Mise à jour des pratiques	932.533	Tomographe par Emission de Positons (TEP) - IRM
Identification de l'aphérèse	932.990.96	Autres Activités Médico-Techniques - Aphérèse
Création suite à la suppression de la SA 933123	933.126	Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) (GHS 9603)
Création suite à la suppression de la SA 933123	933.127	Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) (D21)
Création suite à la suppression de la SA 933124	933.128	Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée (DPA) (GHS 9602)
Création suite à la suppression de la SA 933124	933.129	Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée (DPA) (D20)
Création suite à la MAJ de l'arrêté MIG - MCO	F20	Le Centre national de coordination du dépistage néonatal (CNCDN)
Création suite à la MAJ de l'arrêté MIG - MCO	F21	Les plateformes maladies rares
Création suite à la MAJ de l'arrêté MIG - MCO	F22	Les bases de données sur les maladies rares
Cette section regroupe les MIG MCO et HAD ne concernant pas le périmètre d'activité déclaré dans l'ENC.	MIG_MCOHAD_horsENC	MIG et MERRI variables MCO/HAD ne concernant pas le périmètre d'activité déclaré dans l'ENC
La section HORSSSR a été recodée en MIG_SSR_horsENC.	MIG_SSR_horsENC	MIG et MERRI variables SSR ne concernant pas le périmètre d'activité déclaré dans l'ENC
Création pour identifier le traitement de la refacturation aux groupements	ACT_SUBSID5	Refacturations aux groupements
Cette section a été ajoutée afin de mettre en adéquation l'arbre analytique et les logiciels ARCAH.	SAMT_HORS_ENC	Plateaux médico-techniques ne produisant pas pour l'ENC

Modification de sections analytiques

Motif de la modification	Code SA	Libellé SA
Modification du libellé suite à MAJ de l'arrêté MIG- MCO	F04	Les centres de référence maladies rares labellisés (hors centres inclus dans les MIG F05, F06, F07)
Modification du libellé suite à MAJ de l'arrêté MIG- MCO	F05	Les centres labellisés Maladies hémorragiques constitutionnelles
Modification du libellé suite à MAJ de l'arrêté MIG- MCO	F06	Les centres labellisés Mucoviscidose
Modification du libellé suite à MAJ de l'arrêté MIG- MCO	F07	Les centres labellisés Sclérose latérale amyotrophique (SLA) et autres maladies du neurone moteur
Modification du libellé suite à MAJ de l'arrêté MIG- MCO	H03	Les centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) mentionnés à l'article R. 1413-83 du code de la santé publique
Cette section est recodée en ACTIVITE_AUTRE_HORS_ETUDES.	934-935AA	Autres activités hors études

7.2. Focus Radiothérapie

Suite aux observations issues des résultats de l'enquête de coûts Radiothérapie 2013 et aux comparaisons avec ceux de l'ENC, le découpage de la radiothérapie évolue.

Il s'agit d'affiner l'arbre analytique afin de dissocier l'ensemble des techniques.

Le COPIL ENC-RTC du 13 décembre 2016 a validé cette évolution ainsi que la consigne d'un découpage plus fin pour l'ENC 2018.

Ces éléments ont été retravaillés et le nouvel arbre a été validé lors du COPIL ENC du 8 novembre 2017.

Code SA	Libellé de la SA	SA ouvertes à compter du RTC et ENC 2018
933.2	RADIOTHÉRAPIE	
933.21	Préparation à l'irradiation	
933.211	Préparation à l'irradiation - Techniques particulières (irradiation crâniospinale de médulloblastome, irradiation médullaire totale, irradiation sous anesthésie,...)	X
933.212	Préparation à l'irradiation - Stéréotaxie	X
933.213	Préparation à l'irradiation - RCMI	X
933.214	Préparation à l'irradiation - Curiothérapie	X
933.215	Préparation à l'irradiation - Protonthérapie	X
933.216	Préparation à l'irradiation - 3D	X
933.217	Préparation à l'irradiation - 2D	X
933.218	Préparation à l'irradiation - Autres à spécifier	X
933.219	Préparation à l'irradiation -Non spécifiable	X
933.22	Irradiation	
933.221	Irradiation sur machine non dédiée	X
933.221.1	Irradiation sur machine non dédiée - Techniques particulières (irradiation crâniospinale de médulloblastome, irradiation médullaire totale, irradiation sous anesthésie,...)	X
933.221.2	Irradiation sur machine non dédiée - Stéréotaxie	X
933.221.4	Irradiation sur machine non dédiée - RCMI avec IGRT	X
933.221.5	Irradiation sur machine non dédiée - RCMI sans IGRT	X
933.221.6	Irradiation sur machine non dédiée - 3D complexe	X
933.221.7	Irradiation sur machine non dédiée - 3D simple	X
933.221.8	Irradiation sur machine non dédiée - 2D	X
933.222	Irradiation sur machine dédiée - Cyberknife	X
933.222.1	Irradiation sur machine dédiée - Cyberknife - Techniques particulières (irradiation crâniospinale de médulloblastome, irradiation médullaire totale, irradiation sous anesthésie,...)	X
933.222.2	Irradiation sur machine dédiée - Cyberknife - Stéréotaxie	X
933.222.6	Irradiation sur machine dédiée - Cyberknife - Autres techniques à spécifier dans ARCAH	X
933.223	Irradiation sur machine dédiée - Novalis / VersaHD	X

933.223.1	Irradiation sur machine dédiée - Novalis / VersaHD - Techniques particulières (irradiation crâniospinale de médulloblastome, irradiation médullaire totale, irradiation sous anesthésie,...)	X
933.223.2	Irradiation sur machine dédiée - Novalis / VersaHD - Stéréotaxie	X
933.223.3	Irradiation sur machine dédiée - Novalis / VersaHD - RCMI avec IGRT	X
933.223.4	Irradiation sur machine dédiée - Novalis / VersaHD - RCMI sans IGRT	X
933.223.5	Irradiation sur machine dédiée - Novalis / VersaHD - 3D complexe	X
933.223.6	Irradiation sur machine dédiée - Novalis / VersaHD - Autres techniques à spécifier dans ARCAH	X
933.224	Irradiation sur machine dédiée - Tomothérapie	X
933.224.1	Irradiation sur machine dédiée - Tomothérapie - Techniques particulières (irradiation crâniospinale de médulloblastome, irradiation médullaire totale, irradiation sous anesthésie,...)	X
933.224.3	Irradiation sur machine dédiée - Tomothérapie - RCMI avec IGRT	X
933.224.4	Irradiation sur machine dédiée - Tomothérapie - RCMI sans IGRT	X
933.224.6	Irradiation sur machine dédiée - Tomothérapie - Autres techniques à spécifier dans ARCAH	X
933.225	Irradiation sur machine dédiée - Gamma Knife	X
933.225.1	Irradiation sur machine dédiée - Gamma Knife - Stéréotaxie	X
933.226	Autres machines dédiées à spécifier	X
933.226.1	Autres machines dédiées à spécifier - Techniques particulières (irradiation crâniospinale de médulloblastome, irradiation médullaire totale, irradiation sous anesthésie,...)	X
933.226.2	Autres machines dédiées à spécifier - Stéréotaxie	X
933.226.3	Autres machines dédiées à spécifier - RCMI avec IGRT	X
933.226.4	Autres machines dédiées à spécifier - RCMI sans IGRT	X
933.226.5	Autres machines dédiées à spécifier - 3D complexe	X
933.229	Irradiation sur machine non spécifiable	X
933.23	Autres machines dédiées	
933.231	Autres machines dédiées - Curiethérapie	X
933.232	Autres machines dédiées - Protonthérapie	X

7.3. Traitement de l'UHSI et des chambres sécurisées dans l'ENC

Se reporter à l'onglet « Focus personnes détenus » dans l'arbre analytique RTC/ENC, disponible sur le site de l'ATIH.

Il est demandé de n'imputer sur les sections T02 et T04 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 les UHSI, il est demandé par convention d'imputer le coût sur une section 934.112.9 " Médecine générale avec fréquentation particulière de malades autres".

⇒ Surcoût liés à la gestion des détenus à imputer dans les MIG idoines.

8. Unités d'œuvre

8.1. 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'ATIH (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'ATIH.**

🔔 Pour récupérer la dernière version des ICR, il faut procéder comme suit :

- Aller sur la page internet suivante : <https://www.atih.sante.fr/ccam-descriptive-usage-pmsi-2019>
- Télécharger le fichier « Le fichier complémentaire au format Excel » en cliquant sur le lien hypertexte ;
- Dans le fichier, les colonnes suivantes permettent de recueillir la valeur ICR de l'acte :
 - ICR "public" activité 1
 - ICR "privé" activité 1
 - ICR activité 4
 - ICR anapath
 - ICR réa

8.2. Précisions sur les omégas

Depuis l'ENC données 2014, l'ATIH calcule pour les établissements les omégas à partir de leurs données PMSI. Toutefois, les établissements ont la possibilité de nous transmettre leur propre calcul via le fichier 5 du logiciel ARAMIS dans le cas où le calcul de l'ATIH 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 :

$$\text{Oméga} = P1 + P2 = [\text{durée} \times (A1 + 23 \times \ln(\text{durée}10))] + [\text{Somme (points par réalisation d'acte)}]$$

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 !

Six 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 correspondant 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).

TABLE DE CORRESPONDANCE ACTES DE REANIMATION ET SCORE OMEGA

code principal	phase	activité	SCORE de réanimation	Libellé
A1			17	
B			23	
ABQP001	0	1	31	Surveillance continue de la pression intracrânienne, par 24 heures
DZQJ006	0	1	23	Échographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques par voie œsophagienne, au lit du malade
DZQM001	0	1	14	ECHO TRANSTHORACIQUE COEUR + DES GROS VSSX AU LIT
DZQM005	0	1	14	Échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade
ENLF001	0	1	22	Pose de dispositif intra-artériel de surveillance de la pression intra-artérielle
EPLF002	0	1	20	Pose d'un cathéter veineux central, par voie transcutanée
EQLF002	0	1	21	Perfusion intraveineuse de produit de remplissage à un débit supérieur à 50 millilitres par kilogramme [ml/kg] en moins de 24 heures chez, l'adulte
EQQP011	0	1	8	Surveillance continue de la pression intra-artérielle et/ou de la pression intraveineuse centrale par méthodes effractives, par 24 heures
FELF003	0	1	11	Administration intraveineuse simultanée de deux des produits sanguins suivants : plasma frais congelé, plaquettes, facteur antihémophilique, fibrinogène, antithrombine III pour suppléance de coagulopathie
FELF004	0	1	16	Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume supérieur à une demi-masse sanguine chez l'adulte ou à 40 millilitres par kilogramme [ml/kg] chez le nouveau-né en moins de 24 heures
FELF011	0	1	18	Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demi-masse sanguine
GELD004	0	1	10	Intubation trachéale
GEP004	0	1	38	Trachéotomie, par cericotomie
GEQE012	0	1	42	Fibroskopie bronchique, chez un patient intubé ou trachéotomisé
GGJB001	0	1	24	Drainage d'un épanchement de la cavité pleurale, par voie transcutanée sans guidage
GLLD004	0	1	46	Ventilation mécanique intra-trachéale avec pression expiratoire positive [PEP] supérieure à 6 et/ou FiO2 supérieure à 60%, avec technique de décubitus ventral alterné par 24 heures
GLLD008	0	1	43	Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive [PEP] supérieure à 6 et/ou FiO2 supérieure à 60%, par 24 heures
GLLD012	0	1	21	Ventilation mécanique continue au masque facial pour suppléance ventilatoire, par 24 heures
GLLD015	0	1	39	Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive [PEP] inférieure ou égale à 6 et FiO2 inférieure ou égale à 60%, par 24 heures
GLLD017	0	1	39	Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, en dehors de la ventilation mécanique, par 24 heures
GLLP001	0	1	6	O2THER + SURV CONTINUE L.OXYMETRIE SF VENTIL / 24H
HSLD002	0	1	8	Alimentation entérale par sonde avec apport de plus de 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures
HSLF002	0	1	15	Alimentation parentérale avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures
JVJF002	0	1	37	Épuration extrarénale par hémodialyse, hémodiafiltration ou hémofiltration discontinuée pour insuffisance rénale aiguë, par 24 heures
ZZQP003	0	1	26	Surveillance médicalisée du transport intrahospitalier d'un patient ventilé

TABLE DES VALEURS DU TERME P1

Durée (en jours)	$P1 = \text{Durée} * [A1+23*\text{Ln}(\text{Durée}10)]$
1	P1 = 17,0
2	P1 = 31,9
3	P1 = 75,8
4	P1 = 127,5
5	P1 = 185,1
6	P1 = 247,3
7	P1 = 313,3
8	P1 = 382,6
9	P1 = 454,8
≥ 10	$P1 = \text{Durée} * 52,96$

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

8.3. 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 listées ci-dessous.

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

Variable des UO de laboratoire :

- UO issues de la nomenclature :
 - **B pour les labos** avec activité selon la nomenclature NABM
 - Laboratoire avec activité hors nomenclature : **Valeur de l'acte selon la nomenclature (B ou Valorisation Euro*)**
- UO issues de la nomenclature RIHN (Référentiel innovant hors nomenclature cf. <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/rihn>) :
 - **Valeur de l'acte selon le référentiel RIHN (BHN ou Valorisation Euro*)**
- Nombre d'actes complémentaires (cf. <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/rihn>)
 - **Valeur de l'acte selon le référentiel des actes complémentaires (B/ BHN ou Valorisation Euro*)**
- Nombre d'acte Sans Nomenclature → unités d'œuvre d'autres actes « Hors Toute Nomenclature » (**B ou Valorisation Euro***) - (attention : pas d'actes de la liste des actes obsolètes / ces actes peuvent provenir de la liste complémentaire des actes).

(*) Pour les **laboratoires hors ACP**, l'établissement peut utiliser soit la cotation B ou soit la valeur de l'acte selon le référentiel en euros. Afin de pouvoir réaliser les contrôles par rapport au coût de référence, la nature de l'UO devra impérativement être renseignée lors du paramétrage de la section de laboratoire : « B » ou « 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).

Pour l'ENC portant sur les données 2018, l'ensemble des UO, y compris celles des actes sans nomenclature, sont à déclarer dans l'onglet 1-DA.

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).

8.4. UO STE

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-coutsV2-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

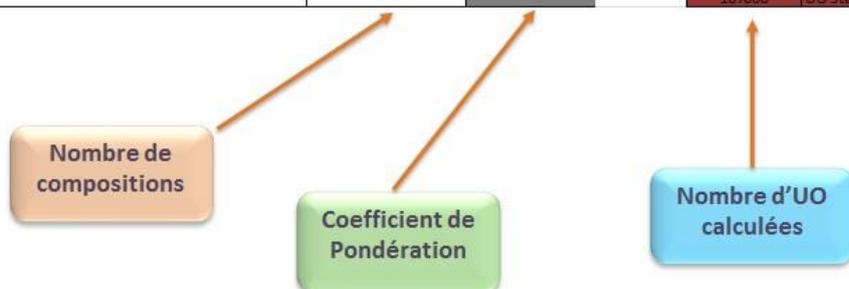
L'établissement pourra s'appuyer sur les éléments structurants suivants pour démarrer la mise en place de ce recueil :

- 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 :
 - Référence de la composition
 - Date/heure de la réalisation de la stérilisation
 - 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	
BLOCS OPÉRATOIRES					
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	UO Sté total



- **Nombre d'unités d'œuvre totale**

L'établissement recueille séparément la production pour l'interne et la production pour d'autres établissements. Dans ARCAAnH RTC, 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'utilisée en interne

9. Analyse et justification des atypies

A compter de la campagne 2018, 3 nouveaux documents ont été créés 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

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

- **Création de 3 nouveaux documents**

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

- **Document 10 : Analyse des SAC en atypie**
- **Document 11 : 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 cout journalier/ cout d'UO/ cout brut moyen N
- Le cout journalier/ cout d'UO/ cout brut moyen N-1
- Le cout du référentiel ENC N-1
- Une colonne pour indiquer les commentaires de l'établissement
- Une colonne pour indiquer les commentaires du superviseur

- **Télécharger des documents**

Le fichier est télécharger et à remplir à **partir de la 2^{ème} validation** et, en tout état de cause, dès lors que les données de l'établissement **sont jugées suffisamment robustes**.

- **Analyser les atypies**

① 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.

① Les causes d'atypie

Chaque atypie devra être étudiée pour identifier son origine :

- Les atypies peuvent **être liées à des erreurs**, qui nécessitent des corrections dans le traitement réalisé. *Ex : mauvaise imputation, non exhaustivité des charges ou des uo.....*
- Les atypies doivent être justifiées. Il convient d'expliquer pourquoi dans la colonne « Commentaires établissements ». Les justifications peuvent porter sur le parcours patient, une prise en charge particulière, une variation de l'activité, une variation des charges...

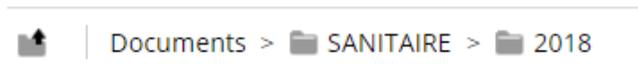
Pour réaliser les analyses, les établissements peuvent s'appuyer sur :

- la base de coût individuelle
- les tableaux de contrôles
- les logiciels en interne
- en échangeant avec l'équipe projet

- **Transmission des documents**

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.

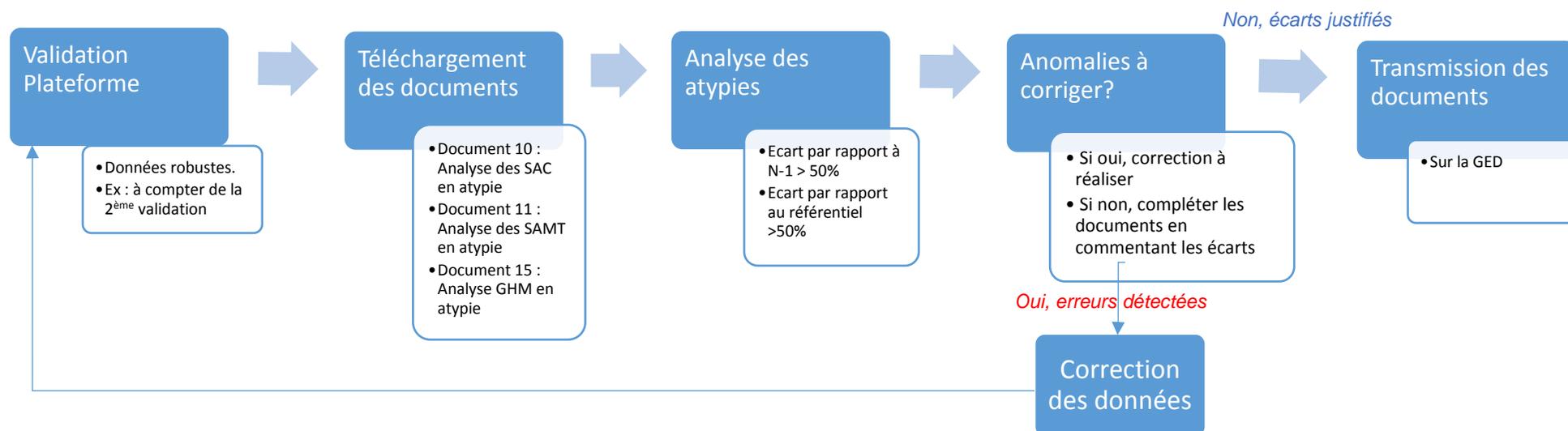
Plusieurs versions de documents d'analyse d'atypie pourront être produites au cours de la campagne. Des variations peuvent être constatées d'une validation à l'autre :

- 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.

- **En synthèse :**



10. Consignes Méthodologiques

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

10.1.1. 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.

Afin de simplifier les contrôles, l'arbre analytique a évolué en 2018 pour les sections qui mélangeaient des séances groupées en GHS et des forfaits en D.

933.1	9331	DIALYSE
933.11	93311	Hémodialyse
933.111	933111	Hémodialyse en centre pour adulte (GHS 9605)
933.112	933112	Hémodialyse en centre pour enfant (GHS 9617)
933.113	933113	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (D11)
933.114	933114	Autodialyse simple (D12)
933.115	933115	Autodialyse assistée (D13)
933.12	93312	Entraînement à la dialyse
933.121	933121	Entraînement à l'hémodialyse à domicile et à l'autodialyse (GHS 9604)
933.123	933123	Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) (GHS 9603) / (D21)
933.124	933124	Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée (DPA) (GHS 9602) / (D20)
933.125	933125	Entraînement à l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (D24)
933.126	933123	Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) (GHS 9603)
933.127	933126	Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) (D21)
933.128	933124	Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée (DPA) (GHS 9602)
933.129	933127	Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée (DPA) (D20)
933.13	93313	Dialyse à domicile
933.131	933131	Domicile - Hémodialyse à domicile (D14)
933.132	933132	Domicile - Dialyse péritonéale automatisée (DPA) (D15)
933.133	933133	Domicile - Dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) (D16)
933.134	933134	Domicile - Dialyse péritonéale automatisée pour une hospitalisation d'une durée comprise entre 3 et 6 jours (D22)
933.135	933135	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 disponible pour décrire l'activité sanitaire est présente en annexe du guide méthodologique de l'ENC, disponible sur le site internet de l'ATIH.

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.

10.1.2. 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

10.1.3. 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 :

- Les séances
- Les ICR

Que dois-je indiquer comme UO pour les SAMT dans la phase « 1-DA » dans ARCAH ?		
	« 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.

10.1.4. Précisions sur l'affectation des charges aux sections d'analyse

Charges de logistiques :

L'ouverture des comptes de transport sur les sections dédiées à la dialyse à compter de la campagne 2017 permet une affectation directe des charges de logistiques et de livraison. Il convient donc de ne plus affecter les charges sur la section autre LM comme cela avait été fait lors de la campagne portant sur les données 2016.

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 reversements 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).

10.1.5. 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-2018>
- 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

10.1.6. 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.

10.1.7. 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 ARCAH ».

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 :

Libellé des champs	Descriptif
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 ;2 ;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.



Enregistrer

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

10.1.8 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 ARCAH, 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

10.1.9 Estimation de l'impact du changement des durées d'amortissement des générateurs d'hémodialyse

L'arrêté du 31 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 25 avril 2005 relatif aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux dans les établissements de santé exerçant l'activité « traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale » a modifié les durées d'amortissement des générateurs (7 à 10 ou 12 ans et 10 à 12 ans).

Un matériel peut ainsi être utilisé mais totalement amorti et donc sans charge les comptes 2018.

Les questions suivantes sont intégrées au bilan préalable :

« Votre établissement est-il impacté par le changement des durées d'amortissement des générateurs d'hémodialyse (arrêté du 31 juillet 2014) ? »

« Estimation de la charge d'amortissement non incluse dans les comptes 2017 (en euros) : »

Exemple : générateur A amortissement de 1000 €/an, amorti totalement le 31/12/2016 mais utilisé jusqu'au 31/12/2017

		Réel en comptabilité	Réel en comptabilité	Amortissements non intégrés en comptabilité	Amortissements non intégrés en comptabilité
Date d'acquisition	Type de matériel	2016	2017	2016	2017
01/01/2010	Exemple - Générateur A	1000	0	0	1000

10.2. Consigne sur la rémunération des actes de FIV réalisés en laboratoire suite à une ponction d'ovocytes

Rappel de la facturation :

L'acte de biologie B1550 doit être facturé en qualité d'acte externe, à l'occasion du transfert embryonnaire, réalisé à l'occasion d'une nouvelle prise en charge de la patiente, et généralement en externe. La modalité de facturation consiste donc à facturer, au titre de l'activité externe, l'acte de biologie (B1550) ainsi que l'acte médical ccam JSED001 « Transfert intra-utérin d'embryon, par voie vaginale », d'une valeur de 52,25. Aussi, dans les rares cas d'hospitalisation, cet acte est, pour les établissements ex-DG, compris dans le tarif du séjour du transfert d'embryon, soit dans la racine 13C07 et, pour les établissements ex-OQN, facturé en sus du GHS correspondant.

Impact ENC :

Cas de réalisation de l'acte de biologie B1550 en externe :

En cas de réalisation de l'acte dans le laboratoire interne à l'établissement, le B correspondant est enregistré dans le champ « Pour les consultations et soins externes MCO » de la SAMT concernée.

En cas de réalisation de l'acte dans un laboratoire externe, la facture sera affectée dans une SAMT Laboratoire sous-traitance. Dans l'onglet 1-DA, les UO ou montants selon le suivi choisi devront être déclarés « Pour les consultations et soins externes MCO ».

Ainsi dans les deux cas, les charges sont écartées de l'étude.

Cas de réalisation de l'acte de biologie B1550 en hospitalisation (plus rare) :

Pour les établissements Ex-DG :

En cas de réalisation de l'acte dans le laboratoire interne à l'établissement, le B correspondant est enregistré dans le champ « Pour les séjours d'hospitalisation MCO » de la SAMT concernée.

En cas de réalisation de l'acte dans un laboratoire externe, la facture sera affectée dans une SAMT Laboratoire sous-traitance. Dans l'onglet 1-DA, les UO ou montants selon le suivi choisi devront être déclarés « Pour les séjours d'hospitalisation MCO ». Dans ARAMIS un suivi au séjour est à réaliser.

Pour les établissements Ex-OQN :

En cas de réalisation de l'acte dans le laboratoire interne à l'établissement, le B correspondant est enregistré dans le champ « Pour les consultations et soins externes MCO » de la SAMT concernée.

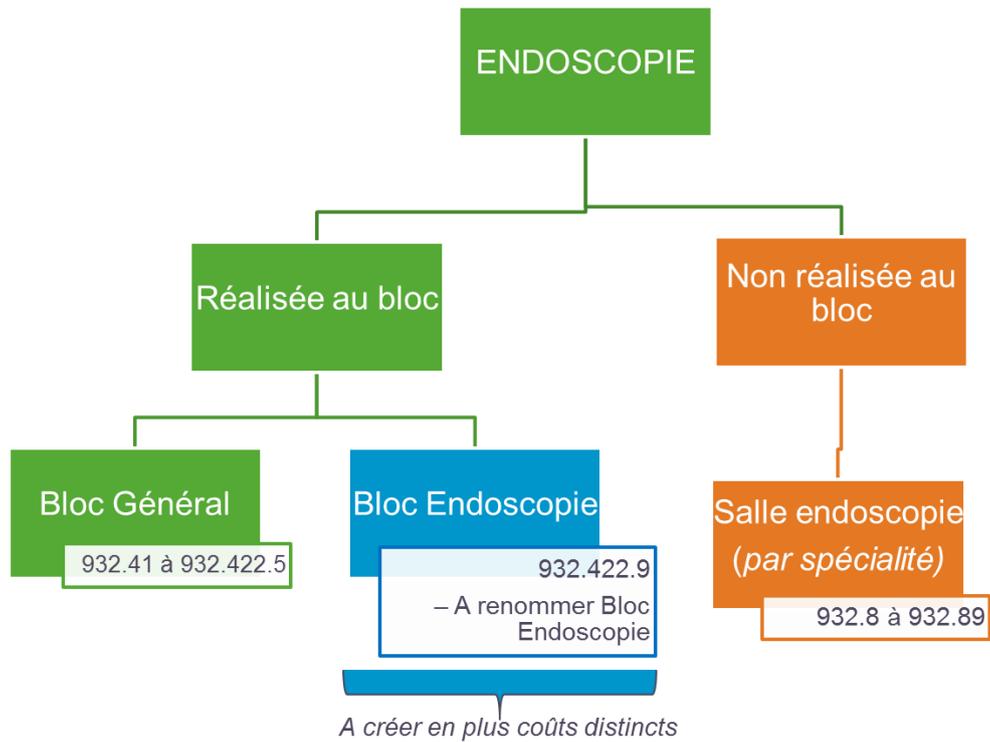
En cas de réalisation de l'acte dans un laboratoire externe, la facture sera affectée dans une SAMT Laboratoire sous-traitance. Dans l'onglet 1-DA, les UO ou montants selon le suivi choisi devront être déclarés « Pour les consultations et soins externes MCO ».

Ainsi dans les deux cas, les charges sont écartées de l'étude.

10.3 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, merci de bien indiquer dans le libellé de la SA le mot « Endoscopie ».



10.4 Traitement du Lithotriteur ou lithotriporteur dans l'ENC

Il est préconisé de créer une SAMT, s'il est possible de distinguer les coûts liés au Lithotriteur ou lithotriporteur.

Dans ce cas, le code SAMT à utiliser est le 932.422.9 et il conviendra d'indiquer dans le libellé de la SAMT « Lithotriteur »

10.5 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.

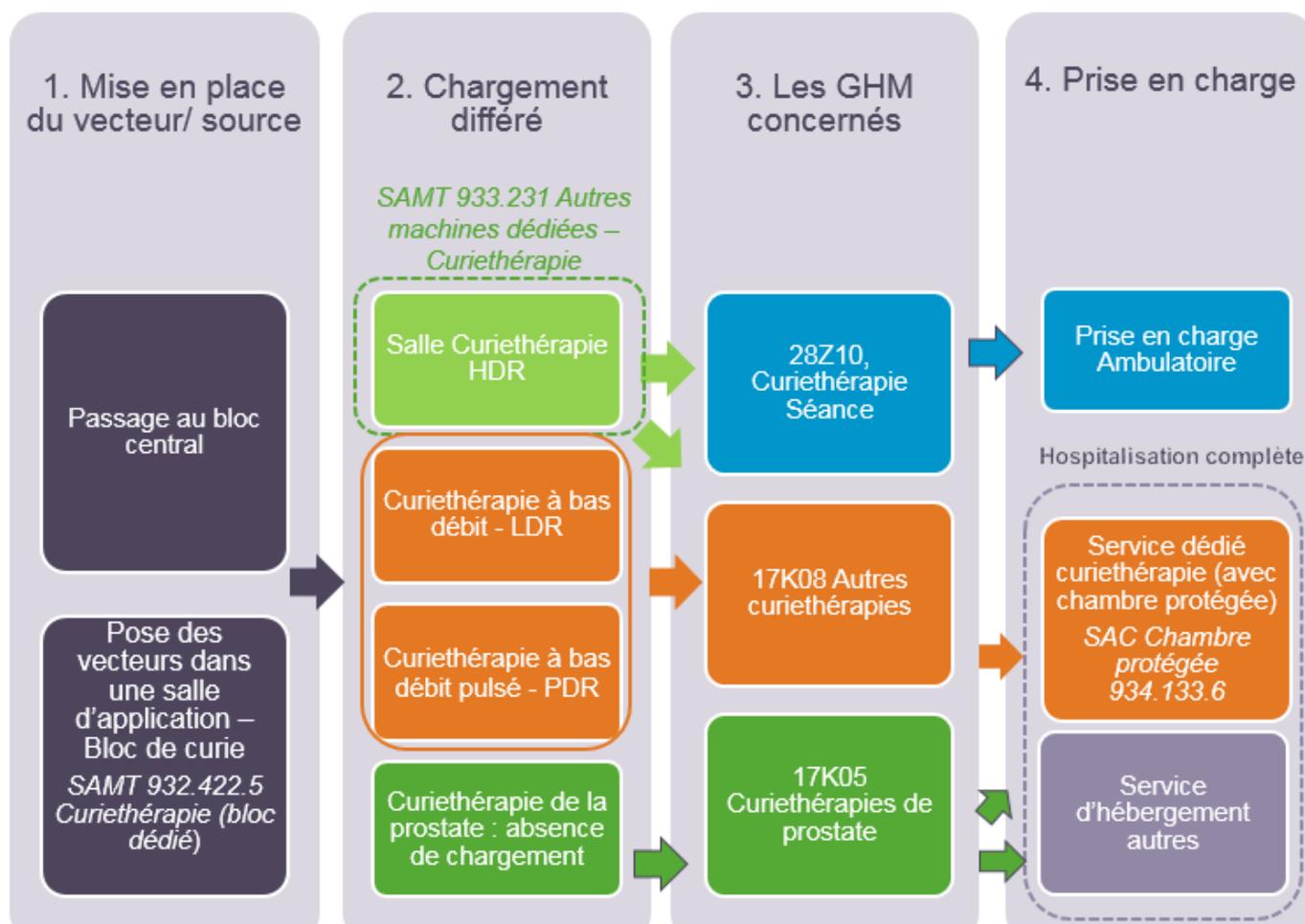
1. Les sections spécifiques à la curiethérapie

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

- 932.422.5 Curiethérapie (bloc dédié) – Salle d'application
- 933.231 Autres machines dédiées – Curiethérapie
 - 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.

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

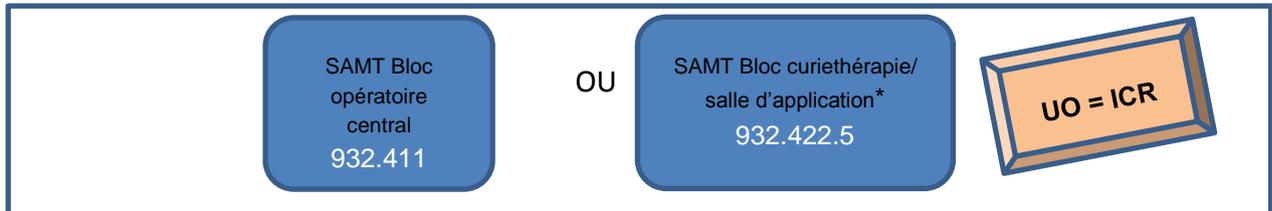


2. Les différents parcours identifiés

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

2.1. La mise en place des applicateurs/ matériel vecteur

Le matériel vecteur est posé chez le patient soit au bloc général soit dans une salle d'application, salle blindée dédiée à la curiethérapie (932.422.5 – Curiothérapie bloc dédié)



**Si l'établissement est capable de faire la distinction en termes d'activité et de coût.*

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

Les ICR par séjour et par SAMT sont à indiquer dans le fichier 3 d'ARAMIS.

Si des consommables spécifiques sont affectables au séjour, il faut les indiquer dans le fichier 7 d'ARAMIS.

2.2. Le chargement différé

Une fois la pose des vecteurs réalisée, les sources radioactives sont introduites à l'aide d'un projecteur de sources via différentes techniques :

2.2.1. Curiothérapie à bas débit de dose

Cette technique nécessite que le patient soit pris en charge, en hospitalisation complète, dans une **chambre protégée** (matériel projecteur de source PDR ou LDR).

La section à utiliser est **934.133.6 Irradiation en chambres protégées** (médecine nucléaire dont curiothérapie).

L'établissement peut **préciser dans le libellé** s'il s'agit d'un service dédié à la Curiothérapie.

Cette SAC se voit affecter :

- les charges de personnel médical, soignant et autre concourant à son activité, ainsi que des charges à caractère médical et des charges d'autre nature liées à une unité d'hébergement classique,
- mais également les charges liées aux chambres protégées au sein du service de curiothérapie (amortissement, consommables, sources...).

(Ex : service de curiothérapie avec 10 lits dont 2 chambres protégées)



Les UO en journée sont à indiquer dans l'onglet 1-DA du classeur ARCAH

2.2.2. Curiethérapie à haut débit de dose

Cette technique utilise un matériel projecteur de source HDR.

Les temps de traitement durent quelques minutes. Les irradiations sont conduites dans un local souvent adjacent à la salle d'application.

Cette technique est utilisée pour des patients pris en charge en ambulatoire mais aussi en hospitalisation complète.

- **Si la prise en charge du patient nécessite une hospitalisation en séances :**

L'établissement peut **préciser dans le libellé** le type de machine (ex : HDR)

Le patient passe dans la SAMT curiethérapie : celle-ci se voit affecter la quote-part des charges de personnel médical, soignant et autre, des charges à caractère médical et des charges d'autre nature **liées au plateau de curiethérapie**.



Les ICR par séjour et par SAMT sont à indiquer dans le fichier 3 d'ARAMIS.

- **Si la prise en charge du patient nécessite une hospitalisation complète :**

Certains établissements ont recours à la curiethérapie à haut débit de dose, y compris pour les patients en hospitalisation complète :

- Il faut donc **déclarer la SAMT Curieothérapie pour le chargement** : celle-ci se voit affecter la quote-part des charges de personnel médical, soignant et autre, des charges à caractère médical et des charges d'autre nature **liées au plateau de curiethérapie**.



- **Et déclarer par ailleurs l'unité d'hébergement :**

- en chambre protégée dans un service de curiethérapie dédié (à préciser dans le libellé)
- ou dans une SAC d'hébergement classique (ex : SAC urologie, 934.241 chirurgie carcinologique, 934.134.2 médecine carcinologique...)



Les UO en journée sont à indiquer dans l'onglet 1-DA du classeur ARCAH.

3. Cas particulier des curiethérapies de la prostate par Iode 125

Les grains d'iodes radioactifs sont implantés au bloc.

Le patient ne va pas nécessairement en chambre protégée. Les implants sont permanents alors que, dans d'autres curiethérapies, les sources sont temporaires.

Les charges financières relatives aux grains d'iodes (Iode 125) sont à **suivre au séjour dans le fichier 7 d'ARAMIS.**

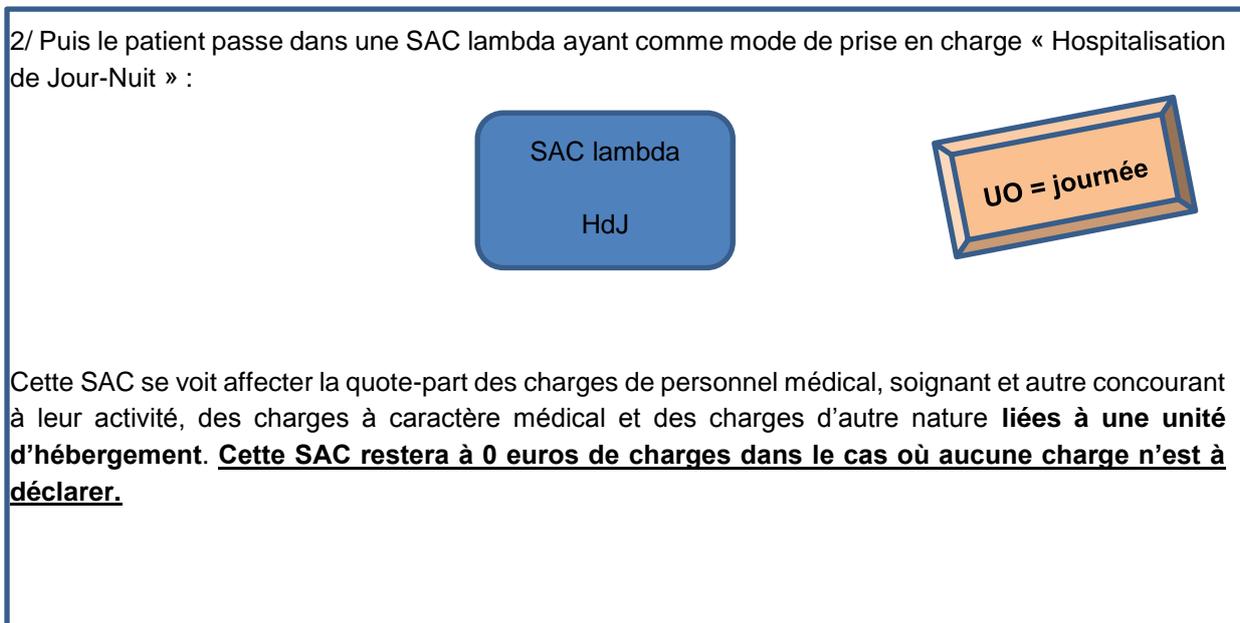
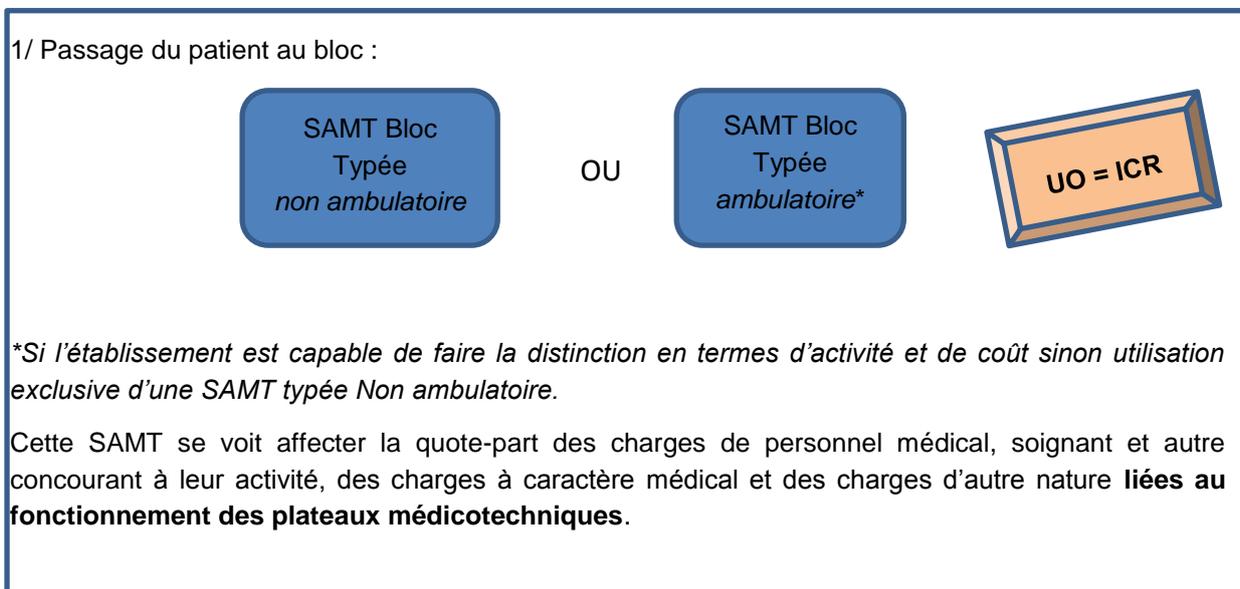
4. Contrôle du traitement réalisé dans l'ENC

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.

10.6 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 :



10.7 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:**
 1. **Coût de la salle de bloc**
 - **Confondu avec la SAMT Bloc Général ou Spécialisé** (code SA est entre 932.41 à 932.43) **hors charge dédiées à la machine « Robot »**
 - Elle contient les couts de la salle: personnel, matériel **hors charge dédiées à la machine « Robot**
 - Ex: Le personnel est commun avec le bloc général : utilisation de la SAMT 932.41 Bloc Chirurgie Générale
 - La clé de cette SAMT Bloc (Général ou spécialisé) **est l'ICR**
 2. **Surcoût lié au robot:**
 - Création d'1 SAMT complémentaire dont le code est **932.44 – Bloc Robot « Coûts machine »**
 - 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**.

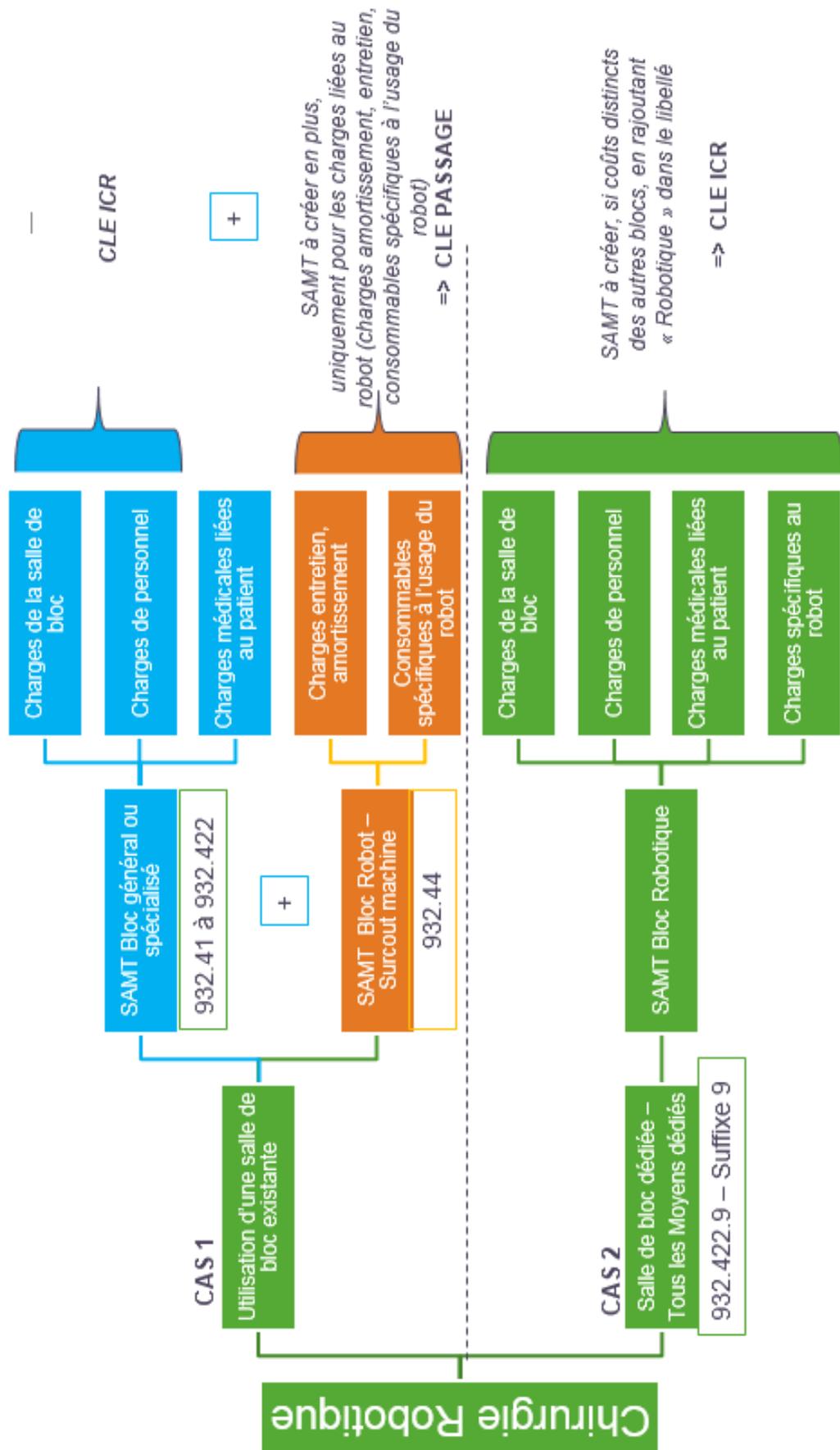
⇒ Ainsi, pour un séjour passant par le robot, ce séjour se verra affecter des ICR pour la SAMT « bloc » et un passage pour la SAMT « robot ».

Cas 2: Si le robot est clairement distinguée (salle dédiée, personnel dédié)

- Création d'une section de bloc dédiée **932.422.9 – Bloc autres spécialités avec le suffixe 09** en **indiquant dans le libellé de la SA le mot « Robotique »**
- Coûts inclus: cout de personnel, cout machine
- La clé de cette SAMT 932.422.9 – Bloc Robotique dédié **est l'ICR**

Dans les deux cas, les UO sont à recueillir en globalité dans ARCAAnH 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



10.8 Traitement de l'aphérèse

L'activité d'aphérèse doit être identifiée par la section médico technique « 932.990.96 Autres Activités Médico-Techniques – Aphérèse »

10.9 Traitement des TEP Scan et TEP IRM

Dans le cadre du suivi de l'activité des Tomographe par Emission de Positons (TEP), il est demandé de distinguer :

- L'activité du TEP Scan sur la SAMT 932.532
- L'activité du TEP IRM sur la SAMT 932.533

10.10 Traitement des charges liées au financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans l'ENC

L'objectif de l'ENC est à la fois de constituer des référentiels de coûts par séjour/séquence et est également un outil de construction tarifaire. De ce fait, il est nécessaire d'identifier les coûts liés à certains financements.

Point de vue Financement :

Précisions apportées pour certains types de financement	Traitement des charges liées au financement	Traitement des produits
MIGAC :		
-MIG :		
-MERRI dotation socle (Anciennement fixe et modulable)	inclus dans les charges des séjours (non dissociable)	non admis en atténuation des coûts de l'étude
-MERRI part variable	voir tableau joint	non admis en atténuation des coûts de l'étude
-Autres MIG	voir tableau joint	non admis en atténuation des coûts de l'étude
-AC	inclus dans les charges des séjours (non dissociable)	non admis en atténuation des coûts de l'étude
FIR		
-FIR finançant la partie MIG	Voir tableau joint	non admis en atténuation des coûts de l'étude
-ancien FIQCS (QCSV)	voir tableau joint	non admis en atténuation des coûts de l'étude

-ancien FMESPP	Dépend de l'activité financée : essentiellement en LGG et STR	non admis en atténuation des coûts de l'étude
-FIR pour autres	Dépend de l'activité financée	Dépend de l'activité financée
CNR	Dépend de l'activité financée	non admis en atténuation des coûts de l'étude
Autres financements pour la recherche	voir tableau joint	non admis en atténuation des coûts de l'étude
Autres financements pour l'enseignement (si dans la comptabilité d'exploitation de l'ébt)	voir tableau joint	non admis en atténuation des coûts de l'étude

NB sur les MERRI :

La **dotation socle** est destinée à financer des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation. Elle est répartie en fonction d'indicateurs de résultats ou de moyens, avec une forte valeur incitative.

La **part variable** est destinée au financement de missions précises dans le champ de la recherche, de l'innovation et de la référence, dont les catégories sont déterminées par l'article D.162-8 du code de la sécurité sociale. Ces dotations financent les projets de recherche appliquée en santé, les structures et les dispositifs d'appui à la recherche et à l'innovation, les activités hautement spécialisées assurées par des centres de référence, les activités de soins réalisées à des fins expérimentales et pour la validation des innovations dans le champ des technologies de santé et la dispensation des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs.

Point de vue Activité :

Voir tableau excel publié sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/enc-mco-donnees-2018>

MIG « autres »

En principe, la catégorie « autre » n'est pas utilisée dans l'ENC. Il faut contacter le pôle ENC en cas de nécessité.

Année de recueil

La liste des MIG indiquées dans l'onglet ENC est celle de l'année de recueil des données.

Exemple pour les données 2018 :

Pour l'ENC, dans ARCAAnH, nous mettons la liste des MIG 2018. Il s'agit donc d'identifier les charges des activités concernées consommées sur cette année-là.

(Le financement de ces MIG n'interviendra qu'en 2019. Ainsi, au moment du remplissage de l'outil, l'établissement peut connaître le montant du financement. Cependant, dans le cadre de l'ENC, cette information n'est pas requise).

1. Suppression dans l'arrêté MIG

Code	Libellé	Traitement des charges	Traitement des produits
G021	Act-spé-MCO: Médicaments bénéficiant ou ayant bénéficié d'une ATU en attente de leur agrément : ATU de cohorte	Les charges sont imputées sur les SA consommatrices, avec un suivi au séjour en parallèle. La MIG G021 n'apparaît plus dans le paramétrage.	Le produit en provenance du "Fonds pour le financement de l'Innovation pharmaceutique (FFIP)" sera non admis en atténuation des coûts de l'étude (PND)
G022	Act-spé-MCO: Médicaments bénéficiant ou ayant bénéficié d'une ATU en attente de leur agrément : ATU nominative	: Les charges sont imputées sur les SA consommatrices, avec un suivi au séjour en parallèle. La MIG G022 n'apparaît plus dans le paramétrage.	ENC /RTC : Le produit en provenance du "Fonds pour le financement de l'Innovation pharmaceutique (FFIP)" sera non admis en atténuation des coûts de l'étude (PND)

2. Création dans l'arrêté MIG

Code	Libellé	Traitement des charges	Traitement des produits
F20	Act-spé-MCO : Le Centre national de coordination du dépistage néonatal (CNCDN)	ENC : Charges à imputer en Phase 3-SA sur les sections MIG comme les autres missions d'intérêt général avec un code à créer (F20)	731183 Dotation MIG Produits non admis en atténuation des coûts de l'étude
F21	Act-spé-MCO : Les plateformes maladies rares	ENC : Charges à imputer en Phase 3-SA sur les sections MIG comme les autres missions d'intérêt général avec un code à créer (F21)	731183 Dotation MIG Produits non admis en atténuation des coûts de l'étude

F22	Act-spé-MCO : Les bases de données sur les maladies rares	ENC : Charges à imputer en Phase 3-SA sur les sections MIG comme les autres missions d'intérêt général avec un code à créer (F22)	731183 Dotation MIG Produits non admis en atténuation des coûts de l'étude
-----	---	---	---

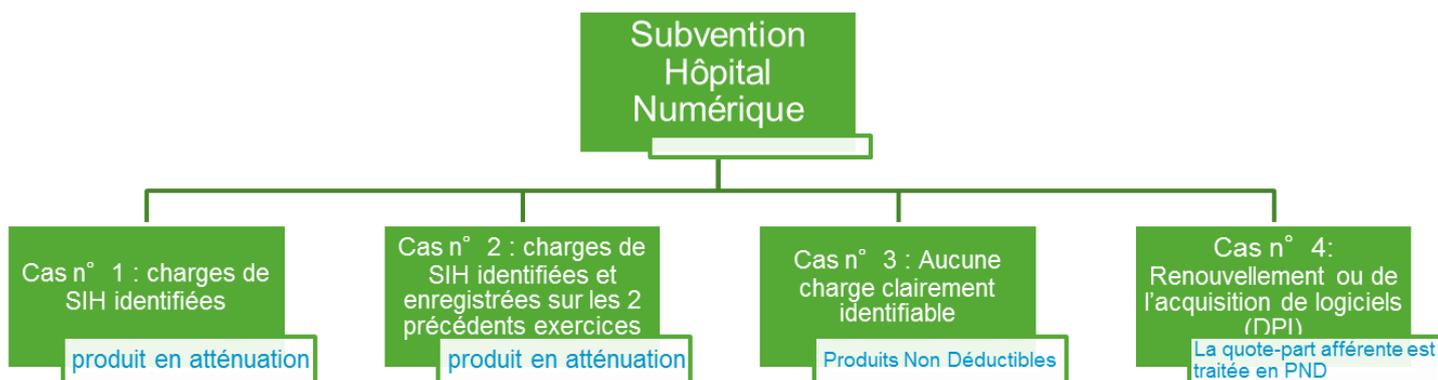
3. Modification de libellé de MIG

Code	NOUVEAU libellé	ANCIEN Libellé	Traitement des charges	Traitement des produits
H03	Act-spé-MCO: Les centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) mentionnés à l'article R. 1413-83 du code de la santé publique	Act-spé-MCO: Les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN) mentionnées dans l'arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales	Idem N-1	731183 Dotation MIG Produits non admis en atténuation des coûts de l'étude
F04	Act-spé-MCO: Les centres de référence maladies rares labellisés (hors centres inclus dans les MIG F05, F06, F07)	Act-spé-MCO: Les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares	ENC : Charges à imputer en Phase 3-SA sur les sections MIG comme les autres missions d'intérêt général avec un code à créer (F04)	ENC / RTC 731183 Dotation MIG Produits non admis en atténuation des coûts de l'étude
F05	Act-spé-MCO: Les centres labellisés Maladies hémorragiques constitutionnelles	Act-spé-MCO: Les centres de référence sur l'hémophilie	ENC : Charges à imputer en Phase 3-SA sur les sections MIG comme les autres missions d'intérêt général avec un code à créer (F05)	ENC / RTC 731183 Dotation MIG Produits non admis en atténuation des coûts de l'étude

10.11 Traitement des subventions « Hôpital Numérique » dans l'ENC

Différents cas sont à distinguer pour traiter la subvention liée à « Hôpital Numérique » dans l'ENC :

- **Cas n°1** : La subvention perçue finance **des charges de SIH ciblées sur l'exercice** (formation, divers équipements que l'établissement a enregistré en charge)
⇒ **Subvention en produit en atténuation.**
- **Cas n°2** : La subvention perçue finance des charges de SIH identifiées et enregistrées **sur les 2 précédents exercices.**
⇒ **Subvention en produit en atténuation.**
- **Cas n°3** : La subvention perçue ne finance **aucune charge clairement identifiable** par l'établissement ni sur l'exercice ni sur les exercices précédents
⇒ **Subvention traitée en PND.**
- **Cas n°4** : La subvention est enregistrée en subvention d'investissements SIH qui sont fléchés pour la subvention mais correspondent à du renouvellement ou de l'acquisition de logiciels (DPI) la plupart du temps. **Le traitement comptable permet un étalement sur plusieurs exercices.**
⇒ **La quote-part afférente est traitée en PND.**



10.12 Traitement des Hôtels Hospitaliers

Une nouvelle section 931.19 Hôtel Hospitalier a été créée dans le cadre de l'arrêté du 6 Juillet 2017 et du décret n°2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à l'expérimentation des **hébergements temporaires non médicalisés de patients**.

Les établissements de santé peuvent proposer à leurs patients une prestation d'hébergement en amont ou en aval de leur prise en charge hospitalière, notamment en cas de soins itératifs. La prestation d'hébergement est temporaire, anticipée et programmée dans le cadre du parcours de soins du patient. Elle est non médicalisée. Aucun soin n'est réalisé dans ce lieu d'hébergement par l'établissement de santé.

Une liste fermée indique 41 établissements de santé participant à l'expérimentation.

Néanmoins, les établissements de santé qui ont recours à ce type d'hébergement temporaire peuvent utiliser la section.

La section Hôtel Hospitalier est une section de Logistique et Gestion Générale (**LGG**), dont le **traitement est spécifique** : **931.19 Hôtel hospitalier**

1. Traitement des produits : Le FIR est non déductible dans ARCAAnH

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'ARCAAnH : « 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'ARCAAnH : « 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 7-Champs et **détailler obligatoirement par SA dans la phase 7 LOG d'ARCAAnH**.

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

10.13 Traitement des transports inter et intra établissements

Suite à l'article 80 de la LFSS 2017, les modalités de prise en charge des dépenses de transports de patients hospitalisés ou en permission de sortie par les établissements de santé ont changé. Jusqu'alors limité, le périmètre des dépenses de transports à la charge des établissements de santé évolue à compter du 1er octobre 2018.

La réforme prévoit de confier aux seuls établissements de santé la responsabilité du financement de l'ensemble de ces transports, inter et intra hospitaliers (sauf exceptions prévues dans l'art.80)

Par conséquent, une augmentation des charges de transport est attendue pour les champs MCO, SSR et PSY liée à la modification des périmètres de charges (transfert inter établissements, permission...).

L'ensemble des consignes relative à la « Prise en charge des dépenses de transport par les établissements de santé » est disponible sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/article/prise-en-charge-des-depenses-de-transport-par-les-etablissements-de-sante>

Au niveau du financement, des suppléments ont été mis en place en cas de transfert :

- Transports définitifs entre deux établissements géographiques : TDE
- Transports provisoires pour réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie : TSE

Un recueil d'information spécifique, sous la forme d'un FICHSUP, a par ailleurs été déployé et une notice technique a été rédigée par l'ATIH :

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3369/notice_technique_complementaire_recueil_transports_n_cim-mf-559-6-2018.pdf

Le traitement attendu dans l'ENC est le suivant :

- Au niveau du plan comptable ENC :
 - o Les produits sont comptabilisés dans le compte 731 Produits à la charge de l'assurance maladie et ils ne sont pas déductibles.
 - o Les charges sont comptabilisées dans le compte 6243+6245 Transports d'usagers du plan comptable de l'ENC.
- Deux cas sont possibles pour l'affectation des charges et des imputations au séjour :
 - o 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 7 d'ARCAH
 - o 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) »

10.14 Traitement de la sous-traitance de transport d'usagers

- Pour les charges de **sous-traitance de transport d'usagers SMUR**, le traitement suivant est attendu :
 - Paramétrage d'une SAMT SMUR en sous-traitance
 - Renseignement des UO par bénéficiaire dans l'onglet 1-DA d'ARCAH (l'UO pouvant être « Montants »)
 - En onglet 3-SA, imputation dans cette SAMT des charges de sous-traitance transport d'usagers SMUR enregistrées en compte 6243+6245
 - Suivi au séjour de la charge de sous-traitance transport SMUR dans le fichier 7 ARAMIS en type de dépense 13 « Sous-traitance – SMUR » si l'UO choisie est « Montants », sinon suivi au séjour des UO dans le fichier 3 ARAMIS

- 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) »

10.15 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 **défait 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 (117 €).
 - **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 » => section SMUR et atténuation du remboursement FIR de ces montants

10.16 Traitement du brancardage

Le brancardage peut prendre comme type :

- « **Centralisé** » lorsqu'une équipe commune est dédiée à cette fonction, et que cette équipe intervient dans différents services.

- « **Décentralisé** » lorsque cette fonction est incluse dans les services, le personnel est affecté directement au sein de chaque service.

Dans le cas où le brancardage est typé « décentralisé », l'établissement a la possibilité :

- De laisser la section « brancardage » à vide, c'est-à-dire sans aucune charge imputée à cette section. Les coûts sont inclus dans les services.
- OU d'effectuer un retraitement afin d'alimenter cette section pour calculer un coût d'UO.
 - Ce retraitement doit être exhaustif en terme de charges et en nombre d'unité d'œuvre déclaré (clé préconisée : nombre de courses)

11. Fiches Techniques

11.1 Fiche technique : Mieux comprendre l'activité de greffes et de prélèvement d'organes et son traitement dans l'ENC

Comment doivent-êtré traité 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 924.6 autres Logistique médicale – 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 SAC, SAMT, SAMX est laissé au choix de l'établissement.

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

Ces produits sont enregistrés, pour les établissements ex-DGF, en compte 731142 donc hors étude ENC.

Il existe également la MIG «prélèvements de tissus lors de prélèvement multi-organes et à cœur arrêté » : Sont financés à travers cette MIG 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 III MIG sur la MIG correspondante.

11.2. 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 % x 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.

11.3 Fiche technique : Liste de consommables médicaux « traceur » 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'ATIH partie liste traceur : <http://www.atih.sante.fr/enc-mco-donnees-2018>

Coté ARAMIS :

Nouveauté : le document 7

Ce fichier à télécharger en « .CSV » 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 7 – Autres consommables médicaux)

11.4. Fiche technique des honoraires pour les établissements ex-OQN

Pour l'ENC, certains honoraires se trouvant dans les RSF-C sont récupérés et affectés sur les séjours idoines dans des catégories prédéfinies.

Les catégories prédéfinies sont :

Code catégorie	Libellé de la catégorie
HM_IM	Honoraires médicaux . imagerie
HM_B_AUTRES	Honoraires médicaux . autres laboratoires
HM_ANEST	Honoraires médicaux . anesthésie
HM_OBS	Honoraires médicaux . obstétrique
HM_CHIR	Honoraires médicaux . chirurgie
HM_AUTRES	Honoraires médicaux . autres actes médicaux
H_SOIGNANT	Honoraires soignants
H_AUTRES	Honoraires autres
HM_CS	Consultations et Visites

Vous trouverez l'ensemble des informations nécessaires à ce sujet dans le document Excel joint.

11.5 Traitement des groupements

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

- **De natures juridiques différentes¹:**
 - 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. Étape 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.

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

Pour réaliser les analyses, le contrôle de gestion (ou le responsable ARCAⁿH) 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 ARCAH :**

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, MIG...

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) :

2 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, MIG...

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, à compter de la campagne portant sur les données 2018 :

1. **Au niveau du Paramétrage d'ARCAH** : 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 ARCAH**

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

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

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

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

- o 755 : Quotes-parts de résultat sur opérations faites en commun (bénéfice)
- o 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 peut être très variées : personnel, matériel, entretien/maintenance, consommables médicaux, logistique.

Dans le classeur ARCAH, 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.

Nous contacter

Questions méthodologiques

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

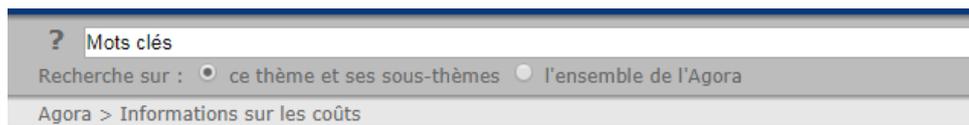
Questions techniques

Nous vous recommandons de poser vos questions sur le forum Agora, accessible sur le site de l'ATIH à l'adresse suivante :

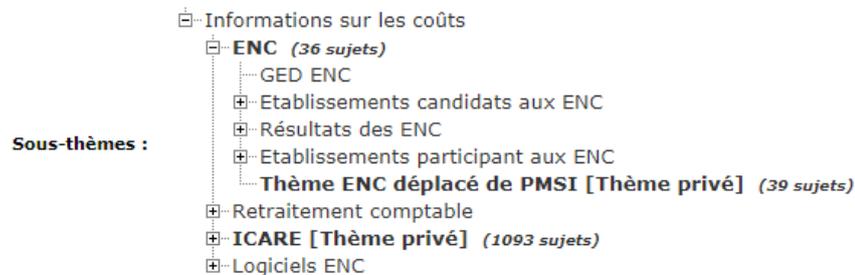
<http://www.atih.sante.fr> rubrique Agora (FAQ) dans le menu :

- **Logiciels ENC** pour toutes les questions relatives aux logiciels Arcanh et Aramis.
- **GED ENC** pour toutes les questions relatives à Alfresco.

Pour accéder à ce forum, vous avez besoin de votre login et mot de passe e-PMSI. Vos questions seront visibles par tous, soyez donc vigilants quant à la confidentialité de vos demandes.



Informations sur les coûts



S'abonner

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

Autre

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