

Les données d'activité et de contrôle

**Les tableaux OVALIDE**

## 4 types de tableaux :

- ❑ Quantitatifs
- ❑ Descriptifs de l'activité (intégrés à la lecture de l'algorithme)
- ❑ Qualitatifs (avec tableaux récents, évolution septembre 2016)
- ❑ Tableaux descriptifs financiers

## Quantitatifs

- ❑ Caractéristiques démographiques ([1.D.1.CDEM](#))
- ❑ L'activité transmise sur une période ([1.D.0.RTP](#))

Permet d'observer l'activité cumulée en RHA et sa répartition mensuelle.

Attention à la lecture de ce tableau et la vérification d'une période comparable de n-1.

La période des données s'observe selon le jeudi de la semaine mais le cumul d'activité mensuel (de n-1 puis de la période précédente de n) s'effectue selon la date du lundi

2016	RHA	%RHA	N-1	%N-1
Janvier	736	12,9	847	14,1
Février	948	16,7	648	10,7
Mars	749	13,2	835	13,9
Avril	711	12,5	661	11,0
Mai	870	15,3	695	11,5
Juin	635	11,2	887	14,7
Juillet	527	9,3	671	11,1
<b>Août</b>	<b>510</b>	<b>9,0</b>	<b>784</b>	<b>13,0</b>

2016	RHA	%RHA	N-1	%N-1
Janvier	736	11,4	847	12,6
Février	948	14,7	648	9,7
Mars	749	11,7	835	12,5
Avril	711	11,1	661	9,9
Mai	870	13,5	695	10,4
Juin	635	9,9	887	13,2
Juillet	527	8,2	671	10,0
<b>Août</b>	<b>653</b>	<b>10,2</b>	<b>784</b>	<b>11,7</b>
Septembre	600	9,3	672	10,0

Août 2016							
n°	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
31	1	2	3	4	5	6	7
32	8	9	10	11	12	13	14
33	<u>15</u>	16	17	18	19	20	21
34	22	23	24	25	26	27	28
<b>35</b>	<b>29</b>	30	31				

La semaine 35 appartient à Septembre (jeudi 01/09)  
 En cumul d'activité la semaine 35 appartient à Aout (lundi 29 aout).  
 La comparaison avec N-1 s'effectue sur des données cumulées à M12 avec un périmètre de comparaison différent **possible** d'une semaine.

# **Descriptifs de l'activité**

## **(intégrés à la lecture de l'algorithme)**

**La première étape** : classer chaque RHS dans une catégorie majeure (CM) (15 CM)

**La deuxième étape** : classer chaque RHS dans un groupe nosologique (GN), décrivant le plus souvent la pathologie principale.

On dénombre 92 listes, le nombre de listes par CM est variable (CM 08 = 23 listes, CM 01 = 16 listes ...)

**Pour les hospitalisations à temps complet** la classification s'effectue par séjour :

- ▣ **On attribue au séjour le GN le plus fréquent parmi ses 10 premiers RHS**
- ▣ **Sur la totalité des RHS si le séjour est constitué de 10 RHS ou moins**

*En cas d'égalité entre 2 GN, le GN attribué au séjour sera le 1<sup>er</sup> observé chronologiquement parmi les GN les plus fréquents.*

On utilise ensuite l'ensemble des informations du séjour pour poursuivre le groupage en RGME puis en GME.

**Pour les hospitalisations à temps partiel** la classification s'effectue par RHS :

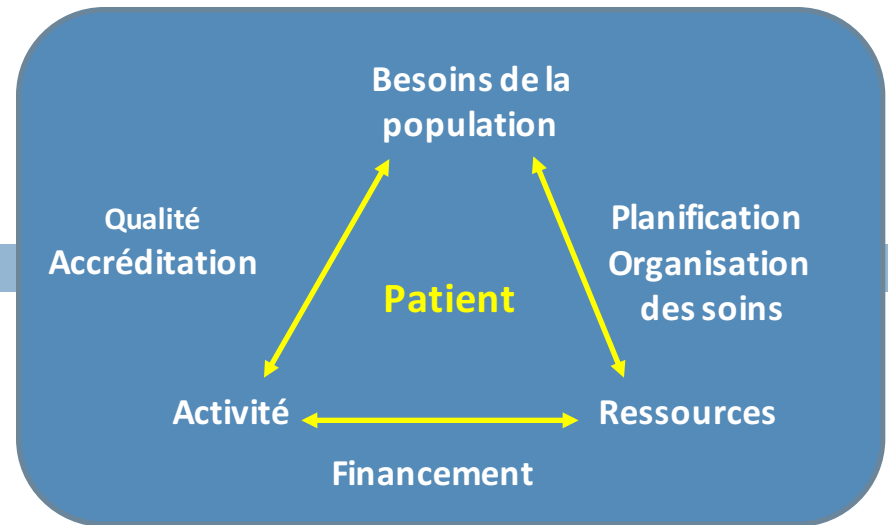
- ▣ Le GME ne tient compte que des informations présentes sur le RHS observé.

# CM - GN

7

## 2 types d'optimisation :

- Financière
- Activité



L'orientation en CM puis en GN est conditionnée dans la quasi-totalité des cas par le choix du couple MMP – AE et principalement par le choix de la MMP avec 3 conséquences :

- **Adaptation de l'activité aux autorisations :**
  - [Tableaux OVALIDE 1.D.2.RTYP A-B-C](#) (type d'autorisation)
  - [Tableaux OVALIDE 1.D.2.DA](#) (Diversité et CM / autorisation)
- **Retours d'informations conformes à l'attente médicale** (lecture appropriée (médicale) des données issues de l'information médicale)
  - En CM (Tableaux OVALIDE [1.D.2.CMHC](#) et [1.D.2CMHP](#))
  - en GN (Tableaux OVALIDE [1.D.2.GNHC](#) et [1.D.2GNHP](#))
- **Valorisation ?** (hiérarchie des GN)

## Exemples :

- Les comas végétatifs et états pauci relationnels (un seul GN mais conditions strictes pour orientation)
- Les accidents vasculaires cérébraux (4 GN conditionnés par le choix de la MMP)
- Les lésions médullaires
- Les polytraumatismes
- Les fractures du col fémoral et implants articulaires

NB : 3 FPPC classent en GN mais une seule situation nécessite d'être observée (Les soins palliatifs = **Z51.5**)

*Utilité d'un tableau OVALIDE ([1.D.2.DAMMP](#)) permettant d'observer le choix de la MMP principalement en cas de codage décentralisé.*

*Intérêt du **ZAIGU** permettant de décrire des situations de décompensation médicale traduisant la médicalisation des SSR (patients instables). L'utilisation de ce code est observable dans un seul tableau OVALIDE ([1.D.2.CIM A](#))*



Une troisième étape classe :

- **Le séjour pour l'hospitalisation complète**
- **Chaque RHS pour l'hospitalisation à temps partiel**

dans une racine de groupes médico-économiques (RGME) généralement selon une logique de consommation de ressources.

L'orientation dans une RGME se fonde sur l'analyse **d'une ou plusieurs des variables** parmi les cinq décrites ci-dessous :

- ▣ Âge
- ▣ Indicateur post chirurgical
- ▣ Dépendances physique
- ▣ Dépendance cognitive
- ▣ Actes de rééducation-réadaptation

L'âge est calculé à partir de la date de naissance et la date du lundi contenu :

- pour l'hospitalisation complète dans le premier RHS du séjour
- pour l'hospitalisation à temps partiel dans chaque RHS

L'indicateur âge est utilisé de façon quantitative et **en 3 classes** :

- ▣ âge compris entre 0 et 17 ans (inclus) ;
- ▣ âge compris entre 18 et 74 ans (inclus) ;
- ▣ âge égal ou supérieur à 75 ans.

Observation de la répartition par classes d'âge et caractéristiques démographiques

2 Tableaux 1.D.1.CDEM

- A (classe d'âge)
- B (caractéristiques démographiques et mortalité)

L'indicateur « post chirurgical » est calculé à partir de la variable date d'intervention chirurgicale :

- pour l'hospitalisation complète **dans le premier RHS du séjour**
- pour l'hospitalisation à temps partiel dans chaque RHS

L'indicateur « post chirurgical » est utilisé de façon quantitative **en 2 classes** :

- ▣ Post chirurgical : un délai depuis l'intervention inférieur ou égal à 90 jours
- ▣ Non post chirurgical : délai depuis l'intervention supérieur à 90 jours ou date d'intervention absente.

*L'observation de ces données post opératoires se fait dans les tableaux C de la description des CM et des GN.*

**La dépendance physique** est calculée en additionnant la cotation des 4 variables de dépendance physique du RHS :

- **Pour un séjour d'hospitalisation complète** sur la dépendance physique **du premier RHS du séjour**
- **Pour un séjour d'hospitalisation à temps partiel**, chaque RHS est considéré avec sa dépendance physique propre, indépendamment des autres RHS du séjour.

La dépendance physique est utilisée de façon quantitative et en **4 classes** :

- Dep Phys = 4
- Dep Phys comprise entre 5 et 8 (inclus)
- Dep Phys comprise entre 9 et 12 (inclus)
- Dep Phys comprise entre 13 et 16 (inclus)

**La dépendance cognitive** est calculée en additionnant la cotation des 2 variables de dépendance cognitive du RHS :

- **Pour un séjour d'hospitalisation complète** sur la dépendance cognitive du premier RHS du séjour
- **Pour un séjour d'hospitalisation à temps partiel**, chaque RHS est considéré avec sa dépendance cognitive propre, indépendamment des autres RHS du séjour.

La dépendance cognitive est utilisée de façon quantitative et en **4 classes** :

- Dep Cogn = 2 ;
- Dep Cogn comprise entre 3 et 4 (inclus)
- Dep Cogn comprise entre 5 et 6 (inclus)
- Dep Cogn comprise entre 7 et 8 (inclus)

	CM	GN	RGME
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>92</b>	<b>273</b>
<b>DEPENDANCE PHYSIQUE</b>	<b>13</b>	<b>65</b>	<b>213</b>
<b>DEPENDANCE PHYSIQUE</b>	<b>86,7%</b>	<b>70,7%</b>	<b>78%</b>
<b>DEPENDANCE COGNITIVE</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>38</b>
<b>DEPENDANCE COGNITIVE</b>	<b>46,7%</b>	<b>13%</b>	<b>13,9%</b>

Tableaux OVALIDE observant les scores de dépendance :

- [1.D.2.AVQA](#) (à l'admission en hospitalisation complète)
- [1.D.2.AVQS](#) (à la sortie en hospitalisation complète)
- [1.DAVQHP](#) (en hospitalisation à temps partiel)

Ajout en 2017 des scores de dépendance à l'entrée et à la sortie (HC) par RHA (HTP)

- par CM tableaux [1.D.2.CMHC](#) et [1.D.2CMHP](#)
- par GN tableaux [1.D.2.GNHC](#) et [1.D.2GNHP](#)

**La rééducation** est calculé en additionnant les pondérations des actes de rééducation réadaptation codés (CSARR et CCAM), puis en divisant le résultat par le nombre total de jours de présence en semaine (**du lundi au vendredi**) :

- **Pour un séjour d'hospitalisation complète**, le score RR est calculé sur **l'ensemble des RHS du séjour**.
- **Dans un séjour d'hospitalisation à temps partiel**, le score RR est calculé indépendamment pour chaque RHS.

Chaque acte de rééducation-réadaptation possède une pondération en fonction de la consommation de ressources qu'il représente (annexe 8)

- Ce score est utilisé de façon quantitative et en **2 classes** inférieur (et égal) ou supérieur à un seuil variant selon les RGME

<b>code</b>	<b>étape ou modulateur</b>	<b>pondération</b>		
<b>ALQ+183</b>		<b>55</b>		<b>ALM+167</b> 37
<b>ALQ+065</b>		<b>38</b>		<b>ANR+259</b> 36
<b>ALQ+110</b>		<b>61</b>		<b>ALR+201</b> 31
<b>ALQ+247</b>		<b>55</b>		<b>ALR+073</b> 37
<b>ALQ+137</b>		<b>38</b>		<b>ANR+237</b> 36
<b>ALQ+250</b>		<b>61</b>		<b>ALR+004</b> 31
<b>ALQ+111</b>		<b>66</b>		<b>ANR+089</b> 36
<b>ALQ+176</b>		<b>99</b>		<b>ANR+219</b> 36
<b>ALQ+001</b>		<b>99</b>		<b>ANM+048</b> 23
<b>ALQ+285</b>		<b>99</b>		<b>ANM+201</b> 28
<b>ANQ+067</b>		<b>60</b>		<b>ANM+069</b> 28
<b>ANQ+105</b>		<b>41</b>		<b>ANR+128</b> 36
<b>ANQ+095</b>		<b>64</b>		<b>ANR+032</b> 36
<b>GKQ+190</b>		<b>55</b>		<b>ANR+216</b> 36
<b>GKQ+162</b>		<b>38</b>		<b>ANR+270</b> 25
<b>GKQ+053</b>		<b>61</b>		<b>ANR+270 HW</b> 45
<b>GKQ+139</b>		<b>55</b>		<b>ANR+270 LJ</b> 45
<b>GKQ+102</b>		<b>38</b>		<b>ANR+094</b> 14
---		---		<b>ANR+094 HW</b> 19
				<b>ANR+094 LJ</b> 19
				<b>GKR+181</b> 44
				<b>GKR+213</b> 20



L'évaluation de l'effet du score de RR sur la valorisation du séjour retrouve une différentielle défavorable de 0,35€ identique entre les ex OQN et le ex DG.

Applicable sur l'ensemble des prises en charge

Coefficient de technicité = 
$$\frac{\text{Valorisation de l'activité} + (0,35\text{€} * \text{score RR total})}{\text{Valorisation de l'activité}}$$

S'applique à l'ensemble de l'activité et s'observe également selon le type d'hospitalisation :

- Hospitalisation à temps complet
- Hospitalisation à temps partiel

Les scores de pondération distinguant l'HC et l'HTP sont observables sur plusieurs tableaux :

- Par CM : [1.D.2.ARRCM](#)
- Par GN : [1.D.2.ARRGN](#)
- Par Intervenant : [1.D.2.CSINT](#)
- Par Sous Chapitre / Intervenant et par Actes / Intervenant : [1.D.2.CSARR](#)

L'observation de la rééducation à partir des tableaux OVALIDE

▪ **Une insuffisance potentielle :**

- Des évaluations (initiale, intermédiaire, finale) [1.D.2.EVAL](#)
- De l'appareillage [1.D.2.APP](#)
- Des actes d'éducation et d'information [1.D.2.EDUC](#)
- Des situations particulières / modulateurs [1.D.2.MODUL](#)
- Des professionnels [1.D.2.CSINT](#)

▪ **Les organisations :**

- Les types de prise en charge (collectif, non dédié...) [1.D.2.COLL](#)

▪ **Les données potentiellement financières :**

- Les modulateurs [1.D.2.MODUL](#)
- La balnéothérapie [1.D.2.BALNEO](#)
- Les plateaux techniques spécifiques [1.D.2.CSDOC](#)

La dernière étape définit la GME en attribuant un niveau :

- ▣ 0 pour les GME « zéro jour »
- ▣ 1 ou 2 pour les autres GME selon le niveau de sévérité

## Le niveau 0

La GME dits « zéro jour » = Les prises en charge réalisées au cours d'une seule journée civile.

- ▣ Venues quotidiennes en hospitalisation à temps partiel
- ▣ Hospitalisation complète dont la date d'entrée est identique à la date de sortie.

Lorsque le niveau 0 existe pour la racine considérée, le RHS est affecté au GME zéro jour, ou dans le cas contraire au GME de niveau 1

Les niveaux de sévérité 1 et 2 permettent de différencier deux niveaux de complexité de prise en charge au sein d'une même racine de GME, en fonction des codes de la CIM-10 et de la CCAM présents dans les recueils du séjour

## Le niveau 1

- ▣ Les suites de RHS d'hospitalisation complète ne comportant aucun code marqueur de sévérité
- ▣ Les recueils d'hospitalisation à temps partiel si la racine de GME n'a pas de subdivision « zéro jour ».

## Le niveau 2 pour un séjour nécessite

- ▣ Que l'hospitalisation soit à temps complet
- ▣ La suite de RHS comporte au moins un code CIM 10 renseignant les diagnostics associés significatifs ou la morbidité principale appartenant à la liste des CMA ou un acte médical CCAM appartenant à la liste des actes marqueurs de sévérité
- ▣ qu'il ne soit pas exclu du fait de sa similitude avec un des codes orientant dans le même groupe nosologique que celui retenu pour le séjour
- ▣ que le niveau de sévérité 2 existe pour le groupe considéré.

**Nécessité de connaître les CMA** (complications ou morbidités associées) morbidité (CIM10) et des actes médicaux (CCAM). *Annexe 4 du volume 1 du manuel de groupage en GME*

Parmi les codes de morbidité certains :

- **Nécessitent une précision de codage (traçabilité dans le dossier):**
  - Escarres (L89) Hémiplégie (G81) Aplasie médullaire (D61) Thrombophlébite (I80)...
- **Concernent des situations de soins particulières :**
  - Isolement (Z29.0)
  - Surveillance de stomies (Z43)
  - Appareil de traction (Z47.80)
  - Greffe d'os (Z94.6)
  - Lits identifiés de Soins Palliatifs (Z51.5) [Tableau 1.D.2.LISP](#)
  - Les polyhandicaps lourds [Tableau 1.D.2.POLYH](#)
- **Concernent des situations sociales ou de précarité particulières :**
  - Situations de précarité [Tableau 1.D.2.PREC](#)
  - **Attente de placement (Z75.1)** *observation des modes de sortie ([1.D.2.MEMS](#))*

## Liste des codes de la CCAM considérés comme CMA

22

Codes	Libellés
EBLA003	POSE CATHÉ RELIÉ À 1VN PROF. MB SUP/COU TRANSCUT+DIFFUSEUR SSCUT.
EPLF002	POSE 1CATHÉ CTR TRANSCUT.
FELF004	TRANSFU. CG > 1/2MASSE SANG CHEZ ADULTE/À 40ML/KG CHEZ N-NÉ MOINS/24H
GLLD002	VENTIL. DISCONTINUE MASQUE/EMBOUT PR KINÉSITHÉRAPIE/24H
GLLD015	VENTIL. TRACH. +PEP < 6+FIO2 < 60%/24H
HFCB001	GASTROSTOMIE TRANSCUT. +GUID ENDOS.
HFCH001	GASTROSTOMIE TRANSCUT. +GUID ÉCHO +/-RADIO
HFKD001	CHANGT 1SONDE GASTROSTOMIE V. EXT. SANS GUID
HFKH001	CHANGT 1SONDE GASTR.STOM/GASTR.JÉJ.STOM V. EXT. GUID RADIO
HGCH001	JÉJ.STOM +GUID ÉCHO +/-RADIO
HMCH001	CHOLÉCYSTOSTOMIE TRANSCUT. +GUID ÉCHO +/-RADIO
HSLD002	ALIMT ENTÉR. SONDE >35CAL/KG/J/24H
HSLF001	ALIMT ENTÉR. +PARENTÉRALE >35CAL/KG/J/24H
HSLF003	ALIMT PARENTÉRALE >35CAL/KG/J/24H
JAKD001	CHANGT 1SONDE NÉPHROSTOMIE/PYÉLOSTOMIE
JCKD001	CHANGT 1SONDE URÉT.STOM CUT.
JCLE001	POSE 1SONDE URÉTÉRALE THÉRAP. ENDOS. RÉTROGRADE
JDKD001	CHANGT 1SONDE CYSTOSTOMIE
JDLF001	POSE 1CATHÉ. INTRAVÉSICAL TRANSCUT. SUPRAPUBIENNE
PCLB002	SÉANCE BOTOX MUSC. TRANSCUT. SANS EMG DÉTECTION
PCLB003	SÉANCE BOTOX MUSC. TRANSCUT. + EMG DÉTECTION

Med. Onéreux  
[1.V.2.VMED](#)

Actes CCAM  
[1.D.2.CCAM](#)

## Observation de la part des séjours avec CMA

- Un seul tableau OVALIDE [1.D.2.GMEHC](#)  
(dernière ligne effectuant le total de l'activité entre les 2 tableaux avant mars et après mars)

### L'intérêt de ce tableau :

- Observer le % des séjours avec CMA (niveau 2)
- Observer le % des journées avec CMA (niveau 2)
- Observer les Racine de GME orientant le plus en CMA

M12 2017	Total séjour	Séjours niveau 0	Séjours niveau 1	Séjours niveau 2	Total journées	Journées niveau 0	Journées niveau 1	Journées niveau 2
<b>Total</b>	<b>1 230</b>	<b>1</b>	<b>813</b>	<b>416</b>	<b>47 591</b>	<b>0</b>	<b>24 068</b>	<b>23 523</b>

- ✓ % de séjours avec CMA = 33,8%
- ✓ % de journées avec CMA = 49,4%
- ✓ DMP des séjours sans CMA = 29,6 jours
- ✓ DMP des séjours avec CMA = 56,5 jours

# Qualitatifs

*(avec tableaux récents évolution septembre 2016)*



## Erreurs « bloquantes »

- ❑ **GME en erreur ([1.Q.1.NSE](#))** 1<sup>er</sup> tableau à observer.  
*Tous les séjours en erreur de groupage disparaissent de l'analyse d'activité et de la valorisation lorsque celle-ci sera mise en place.*
- ❑ Synthèse des erreurs de chainage et de structure des séjours ([1.Q.2.CHSP](#))

## Nouveaux tableaux observant la qualité du recueil ([1.QSYNTH](#))

- ❑ CIM 10
  - Codes imprécis, incompatibilité / sexe, /âge
  - Atypie de codage (J81 – Z29.0)
- ❑ CSARR
  - FPPC = catégorie Z50 sans acte CSARR / RHA ???
  - Atypie de codage des synthèses (ZZC+221)

## Valorisation de l'activité

*(Tableaux traduisant la DMA, début de mise à disposition mai 2017)*

- *Séjours (DMA)*
- *Molécules onéreuses*
- *ACE*

- ❑ SSRHA/RHA valorisés ([1.V.1.SV](#))
  - Ne prend en compte que les séjours terminés après mars 2017 sans anomalie de groupage, de chainage, ou de variables bloquantes dans le génération d'ANO
- ❑ Les case mix des séjours non valorisés de janvier à mai ([1.V.1.CMSS](#))
- ❑ Les données de facturation (FJ – TM - % de remboursement) issues d'ANOHOSP ([1.V.1.TXR](#) – [1.V.1.AQI](#))
- ❑ Les tableaux de tarifs par type d'hospitalisation (HC – HTP), cumulés par GME, RGME et par niveau (sévérité) ([1.V.1.CMTHC](#) – [1.V.1.CMTHP](#))
- ❑ Résumé de l'activité sur les effectifs et la valorisation ([1.V.1.RAEV](#))
  - Ces tableaux comportent également :
    - les différents coefficients applicables à l'établissement (géographique, spécialisation, transition)
    - La part DMA

# Tableaux 1.V.1.CMTHC

Par niveaux de sévérité (tableau C)

## Tableaux DMA

Niveau GME	Effectif HC	Montant BR Total	Dont Z B	Dont Z F	Dont Z H
1	632	4 478 732,6	769 674,1	1 247 830,7	2 461 254,8
2	331	5 919 860,5	1 446 727,7	548 156,2	3 924 976,5
Total	963	10 398 593,1	2 216374,8	1 795 986,6	6 386 231,3

Analyse de ces données des séjours terminés sur la période (M03 à M12)

- Niveau 2
  - **34,4% des séjours**
  - **56,9% de la valorisation brute**
- Les suppléments Zone Haute
  - **55% de la valorisation brute pour les niveaux 1**
  - **66,3% de la valorisation brute pour les niveaux 2**
  - **61,4% de l'ensemble**

## Tableaux 1.V.1.RAEV

## Tableaux DMA

Le tableau A présente les coefficients liés à l'établissement et/ou intervenant dans le calcul de la DMA.

Fraction DMA 2017	Coefficient géographique	Coefficient de spécialisation	Coefficient de transition
0,10	1,00	1,05	1,01

Le tableau C présente l'écart entre la DMA théorique annuelle, calculée par l'ATIH, et le montant de la DMA calculée pour la transmission.

*NB : les données théoriques de ce tableaux se lisent sur 10 mois de mars à décembre)*

DMA 2017 Montant	DMA théorique totale	DMA théorique période	Ecart
<b>1 050 628</b>	<b>899 835</b>	<b>899 835</b>	<b>+150 793</b>

30

# Evolutions 2018

# Evolutions 2018

## **V2018 option 1 = Adaptation d'un nouvel algorithme proposé par l'ATIH**

### ➤ **Meilleure prise en compte de la rééducation**

- Augmentation du nombre de GN utilisant la rééducation comme variable structurante

V2017 = 23 GN / 92

V2018 = 57 GN / 92

### ➤ **Modifier la structure de la classification**

- En utilisant différemment les variables classantes
- En créant un Indice Synthétique de Lourdeur médico-Economique (ISLE)

3 niveaux de lourdeur au lieu de 2 niveaux de sévérité

**V2018 option 2 = Conservation du modèle 2017 (choix pour 2018)**

## ❑ Variables administratives

### ➤ Nouvelle variable « Type d'unité spécifique »

- Unité de soins palliatifs (USP) = **code 08**
- Unité cognitivo-comportementale (UCC) = **code 09**
- Unité état végétatif et pauci-relationnel (EVC-EPR) = **code 10**

## ❑ Variables médicales

### ➤ **Dépendance, ajout de la toilette** dans la variable habillage qui devient « Habillage ou Toilette »

- Aucune conséquence sur le calcul du score AVQ physique

### ➤ **CSARR :**

- **recueil obligatoire de la date de réalisation** de l'acte. Prise en compte de règles de recueil de la fréquence journalière des actes avec date de **réalisation de l'acte OBLIGATOIRE**
- **Suppression des pondérations** pour certains couples actes / professions



# Evolutions 2018

## □ Clôture administrative des séjours longs

➤ **Notice rectificative du 15/01/2018**  
*« Désormais, à M12 2017, l'établissement réalisera ses transmissions selon les règles en vigueur pour l'ensemble des séjours, quelle que soit leur date de début. La gestion des séjours à cheval sur deux exercices (année N-1 et année N) et non clos en fin d'exercice de l'année N dans le cadre du calcul de la dotation modulée à l'activité (DMA) sera réalisée par les outils de l'ATIH (GENRHA et OVALIDE) sans changement dans les modalités de recueil PMSI. »*

## □ Consultations avancées

- **Permettre d'étendre la facturation de consultations spécialisées réalisées par des praticiens salariés (secteurs ex DG ou ex OQN) « hors les murs » de l'établissement de santé (centre de santé, EHPAD, collectivités territoriales, PSY...).**
- Les données de consultations réalisées « hors les murs » seront transmises sur le FINESS géographique de l'unité médicale dont relève le praticien.

## □ Valorisation à 100% des actes et consultations externes réalisés en SSR

- **Projet de mesure PLFSS 2018** : Pour les établissements sous DAF, un financement à 100% des ACE réalisés dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018 est prévu.