

*Lecture des données PILOTE en lien avec
les données e-PMSI : MCO séjours (Titre 1)*

Les informations présentées par PILOTE sont issues de bases de données provenant :

- d'extractions des différentes applications utilisées à l'AP-HP : SAP, Gilda, Phédra...
- ou des bases de données transmises à la plate-forme e-PMSI...

L'utilisation de PILOTE présente plusieurs intérêts :

- **PILOTE permet une utilisation dynamique des données : possibilité de sélectionner un niveau de structure plus ou moins fin, de changer de période d'analyse, ...**
- **PILOTE est en mesure d'appliquer aux données traitées les mêmes règles de gestion que l'ATIH dans ses restitutions, aboutissant à des résultats totaux identiques à e-PMSI. PILOTE offre ainsi la possibilité d'avoir une vision d'amont sur les données avant de les transmettre sur la plate-forme e-PMSI.**

Il est ainsi possible de voir, par exemple, les sites où les erreurs de chainage sont importantes et de les corriger avant envoi.



Mener une analyse combinant PILOTE et les tableaux e-PMSI peut permettre d'identifier les tendances (évolution de l'activité ou des recettes...), d'anticiper les recettes à venir (notion de recettes potentielles), les changements structurels (basculer vers l'ambulatoire, taux de facturabilité, case-mix...), ou encore les dysfonctionnements (problèmes d'appariement ou de recueil des médicaments et DMI aux séjours...) ; permettant d'améliorer le pilotage de l'activité et des recettes : suivi d'activité, prévisions, corrections...

Sommaire

1. Différents niveaux de recettes restituées dans PILOTE	4
2. Quels rapprochement peuvent être faits avec les données e-PMSI ?	7
2.1. Rapprochements des séjours valorisés	
2.2. Passage de la valorisation brute au montant remboursé	
3. Analyse des recettes	13
3.1. Répartition des recettes au sein des Unités de Recueil Médical (URM)	
3.1.1. Règle générale : répartition des recettes des GHS, EXH, EXB, PO, RAP et ANT	
3.1.2. Cas particulier : répartition des recettes des suppléments	
3.2. TMCT, RMCT et RMJ	
3.2.1. Définitions	
3.2.2. PILOTE	
4. Suivi de l'écart à la cible	17
4.1. Le tableau de bord médico-économique	
4.2. Rapport « MCO10 – Séjours MCO – Ecart à la cible »	

A partir des données présentes dans le RSA (Résumés de Sortie Anonymes transmis au Ministère), PILOTE détermine une valorisation de l'activité d'hospitalisation MCO.

1. Différents niveaux de recettes restitués dans PILOTE :

Dans les rapports prédéfinis une distinction est faite entre les séjours hors IVG et les séjours d'IVG, qui sont traités à part sur e-PMSI.

Plusieurs manières de déterminer les recettes sont disponibles selon l'analyse qui doit être menée.

Les différents niveaux sont :

- **Valorisation théorique** : valorisation de l'activité d'hospitalisation en considérant **100% du tarif T2A pour tous les séjours transmis, en dehors des séjours en erreur**, indifféremment du critère facturable ou non à l'assurance maladie, des situations de patients en attente de droit ou en attente de taux (le taux de prise en charge du patient n'est pas encore fixé), ou du taux de prise en charge du patient.

Dans certains rapports prédéfinis une distinction est faite entre les séjours hors IVG et les séjours d'IVG.

Il s'agit d'une méthode de valorisation au plus proche de l'activité puisqu'elle ne prend en compte que les informations médicales du séjour et non les informations administratives.

- **Base facturable AM** : valorisation de l'activité d'hospitalisation en considérant **100% du tarif T2A pour les séjours facturables à l'assurance maladie uniquement**. (La valorisation des séjours des patients non facturables à l'assurance maladie, en attente de décision sur les droits du patient, et les séjours en erreurs ne sont pas considérés ici.)

Les séjours considérés sont ceux dont le taux de prise en charge est connu et ceux en attente de taux. La valorisation de l'activité d'hospitalisation est déterminée en considérant 100% du tarif T2A.

Dans les rapports prédéfinis une distinction est faite entre les séjours hors IVG et les séjours d'IVG.

- **Remboursé Assurance Maladie** : valorisation de l'activité des séjours facturables à l'assurance maladie. **Prise en compte du taux de prise en charge propre à chaque patient, quand il est connu (entre 80% et 100%), et pour les patients en attente de taux, prise en compte du taux de prise en charge minimum : 80%.**

(Cette méthode de calcul de la valorisation correspond de celle appliquée par e-PMSI.)

Le rapport entre le montant de cette valorisation et la base facturable AM permet de définir le taux moyen de prise en charge.

-les recettes potentielles : (uniquement sur PILOTE) Il s'agit d'une valorisation cherchant à se situer au plus près des recettes qui seront perçues par l'établissement avec la prise en compte de recettes constatées dans l'immédiat :

- **les recettes « remboursées assurance maladie »** (y compris les IVG) pour les séjours facturables (c'est à dire avec prise en compte du taux de prise en charge de chaque patient).



Taux de facturabilité : Base facturable AM / Valorisation théorique

→ Poids en recettes 100% T2A des patients facturables à l'assurance maladie.

Taux moyen de prise en charge (PEC AM) : Remboursé AM / Base facturable AM

→ Taux moyen de prise en charge, la prise en charge est fonction de chaque patient.

Et en y incluant également les recettes à venir :

- Les séjours en attente de taux se voient ainsi pris en compte non plus à 80% mais à hauteur du **taux de prise en charge moyen AM de la structure**.
- Les séjours en attente de droit sont pris en compte en appliquant à la valorisation 100% T2A (valorisation théorique) le taux moyen de prise en charge AM de la structure
- Les séjours avec problème de chaînage ou de codage des variables bloquantes sont pris en compte en appliquant à la valorisation 100% T2A (valorisation théorique) le taux de facturabilité puis le taux de prise en charge moyen AM de la structure (très peu de séjours concernés).

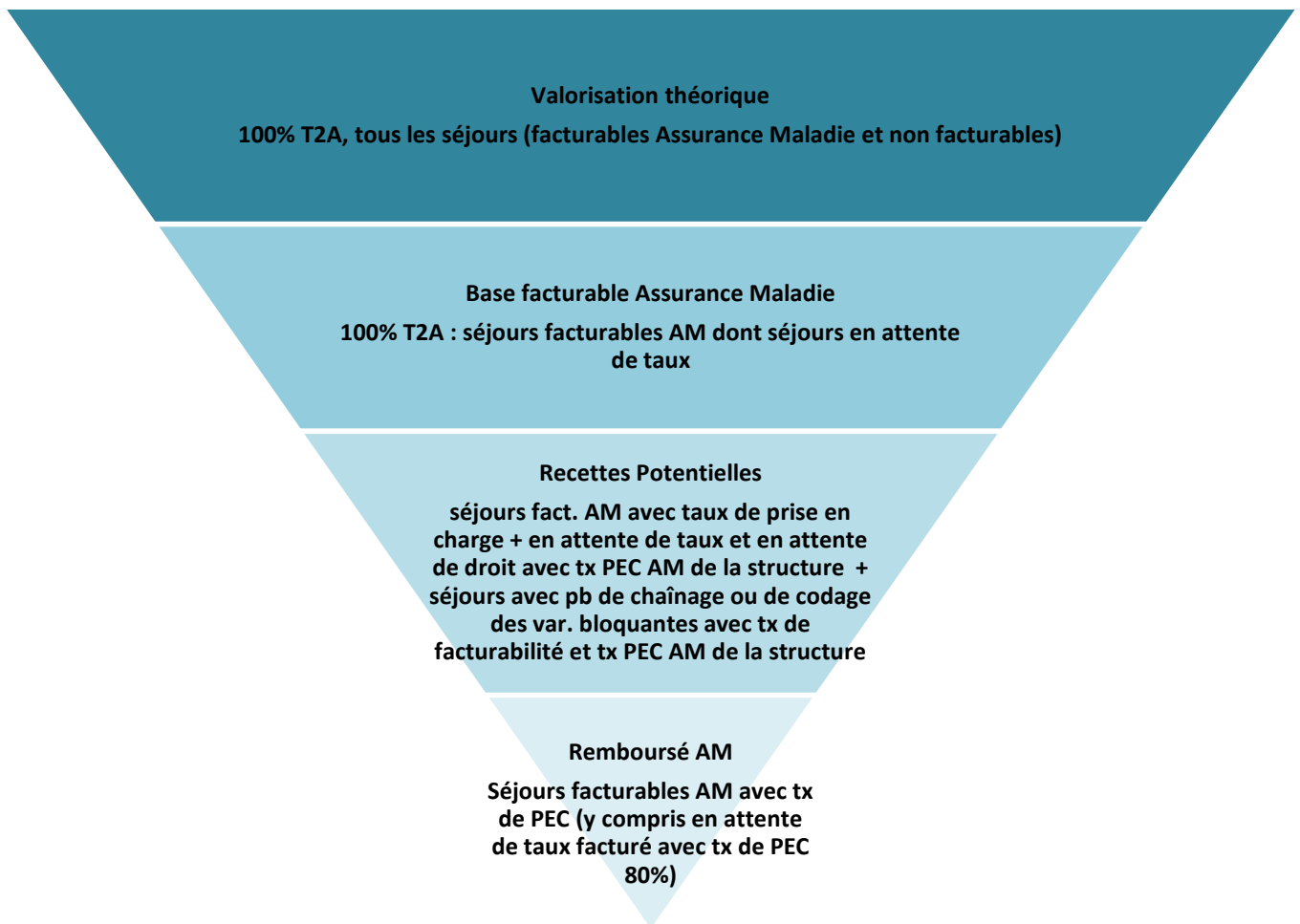


Il est considéré que ces recettes sont attendues après enrichissement ou corrections des données administratives du patient sur ses droits.



Au niveau des recettes potentielles, être vigilant sur ces recettes potentielles en fonction du taux d'exhaustivité et du nombre de dossiers en attente de droits.

Pour résumer dans PILOTE :



Utilisation des recettes potentielles :

- Ecart à la cible pour les situations infra-annuelles
- Comptes d'exploitation
- Calcul des RAMR (différence entre les recettes potentielles et les recettes « remboursé AM »).

2. Quels rapprochements peuvent-être faits avec les données e-PMSI ?

2.1. Rapprochement des séjours valorisés :

PILOTE et e-PMSI présentent chacun leur tableau de synthèse sur la façon d'aboutir aux séjours facturables à l'assurance maladie à partir des séjours transmis.

Pour e-PMSI il s'agit du tableau : **Tableau [1.V.1.SV] A de la plate-forme :**

Tableau [1.V.1.SV] A - Date du traitement: 30/03/2021

Séjours valorisés

AP-HP (Finess=750712184)

2021 M2 : janvier et février

	Nb Séjours/Séances	Montant BR
Séjours transmis	211 526	448 644 524,96
Séjours en CM 90	50	0,00
Séjours en prestation inter-établissement	712	1 060 875,95
Séjours en GHS 9999	12 347	0,00
Séjours avec pb de chaînage (hors NN, rdth et PO)	578	1 526 429,29
Séjours avec pb de codage des variables bloquantes	14	41 160,93
Séjours en attente de décision sur les droits du patient	3 985	9 870 820,56
Séjours non facturable à l'AM hors PO	6 580	16 508 633,82
Séjours avec PO sur patient arrivé décédé ou avec PO non facturables à l'AM	5	28 157,24
Montant lié à la suppression des SI/SC en cas de limitation	0	0,00
Séjours valorisés	187 255	419 608 447,17
Dont séjours en attente de taux de prise en charge	237	714 150,19

- Pour PILOTE, il s'agit du tableau de bord: « **VAL10 : Valorisation théorique et recette AM des séjours par rubrique de valorisation** », onglet « **Séjours transmis et base facturable** »

	Nb de séjours et séances	Valorisation
Séjours transmis		
Séjours transmis	211 524	446 226 444 €

Séjours non traités (hors IVG)		
Séjours en CM 90 (hors 90H02Z et 90H03Z)	50	0 €
Séjours en GHS 9999 (hors IVG)	10 604	0 €
Prestation inter-établissement	707	1 047 562 €
Séjours (hors IVG)		
Séjours traités (hors IVG)	198 443	444 463 721 €
Séjours avec pb de chaînage	601	1 515 744 €
Séjours avec pb de codage des variables bloquantes	14	40 873 €
Séjours en attente de décision sur les droits du patient	3 986	9 803 034 €
Séjours non facturables à l'AM	6 588	16 425 400 €
Séjours facturables à l'AM	187 254	416 627 053 €
PO remboursés sur séjours non facturables à l'AM		51 617 €
Séjours radiothérapie et nouveaux nés en attente de décision sur les droits du patient	19 472	24 521 440 €
Base facturable à l'AM *	187 254	416 678 670 €

IVG		
IVG traités	1 720	715 161 €
Séjours avec pb de chaînage	1	463 €
Séjours avec pb de codage des variables bloquantes	0	0 €
Séjours en attente de décision sur les droits du patient	35	14 873 €
Séjours non facturables à l'AM	179	76 358 €
Base facturable à l'AM	1 505	623 467 €

Les rapprochements entre ces deux tableaux permettent d'arriver aux mêmes chiffres, en effectuant cependant, au préalable, quelques retraitements (en gras ci-dessous) :

- **Pour les effectifs :**

PILOTE	=	e-PMSI
Séjours transmis	=	Séjours transmis
Séjours en GHS 9999 + IVG Traités	=	Séjours en GHS 9999
Séjours non facturables à l'AM	=	Séjours non facturables à l'AM hors PO + Séjours avec PO sur patient arrivé décédé ou avec PO non facturables à l'AM
base facturable à l'AM (hors IVG)	=	Séjours valorisés

Les séjours d'IVG sont ainsi considérés dans les séjours en GHS 9999 par e-PMSI, et PILOTE ne distingue pas au sein des séjours non facturables ce qui relève de PO (Prélèvements d'Organes) ou non. A l'issue de ces retraitements, PILOTE présente les mêmes effectifs qu'e-PMSI.

- Pour la valorisation :

PILOTE		e-PMSI
Séjours transmis	≈	Séjours transmis
Base facturable AM	≈	Séjours valorisés + Montant lié à la suppression des SI/SC en cas de limitation

Pour déterminer la valorisation, PILOTE applique des règles de gestion qui se veulent le plus proches possible d'e-PMSI, mais l'exactitude à l'euro près n'est pas atteinte.



Le « montant BR» (pour Montant Base de Remboursement) d'e-PMSI correspond à une valorisation 100% T2A dans PILOTE.

2.2. Passage de la valorisation brute au montant remboursé :

PILOTE et e-PMSI proposent chacun un tableau de restitution permettant de passer de ce « Montant BR » au « Montant remboursé », c'est-à-dire pour reprendre les libellés employés par PILOTE : de la « base facturable AM » au « Remboursé AM ». Pour rappel le passage entre ces deux valorisations repose sur la prise en compte du taux de prise en charge AM de chaque séjour.



La ligne « rehospi dans le même GHM » n'est pas disponible sur PILOTE.

Les IVG ne sont pas présentes dans ce tableau e-PMSI.

-Pour e-PMSI il s'agit du tableau : **1.V.1.RAV : Tableau [1.V.1.RAV] de la plate-forme**

Tableau [1.V.1.RAV] - Date du traitement: 30/03/2021

Récapitulation activité - Valorisation

AP-HP (Finess=750712184)

2021 M2 : janvier et février

Type	Montant BR avt 1er Mars	Montant BR ap 1er Mars	Montant BR total	Montant BR avec coefficient prudentiel(*)	Montant remboursé AM	Montant remboursé AM ap 1er Mars
Coefficient géographique	1,07	0,00	.	.	.	.
Coefficient prudentiel (en %)	0,993	0,000	.	.	.	.
Coefficient relatif aux allègements de charges	1,0000	0,0000	.	.	.	.
Valorisation des GHS	353 992 347,67	0,00	353 992 347,67	351 514 401,23	332 121 995,36	0,00
Valorisation extrême bas (à déduire)	-727 341,43	0,00	-727 341,43	-722 250,04	-709 129,81	0,00
Valorisation séjours avec rehoosp dans même GHM (à déduire)	-11 068,01	0,00	-11 068,01	-10 990,53	-10 990,53	0,00
Valorisation journées extrême haut	8 114 237,66	0,00	8 114 237,66	8 057 437,99	7 844 343,69	0,00
Valorisation actes GHS 9615 en Hospit.	758 018,76	0,00	758 018,76	752 712,63	742 501,92	0,00
Valorisation suppléments radiothérapie pédiatrique	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valorisation suppléments antepartum	475 093,93	0,00	475 093,93	471 768,27	470 360,01	0,00
Valorisation actes RDTH en Hospit.	275 727,98	0,00	275 727,98	273 797,88	269 572,06	0,00
Valorisation suppléments de réanimation	22 987 766,74	0,00	22 987 766,74	22 826 852,37	22 244 187,51	0,00
Valorisation suppléments de réa pédiatrique	3 812 129,04	0,00	3 812 129,04	3 785 444,14	3 685 898,82	0,00
Valorisation suppléments de néonate sans SI	2 407 978,74	0,00	2 407 978,74	2 391 122,89	2 384 512,38	0,00
Valorisation suppléments de néonate avec SI	2 439 525,96	0,00	2 439 525,96	2 422 449,27	2 416 325,10	0,00
Valorisation suppléments de réanimation néonate	4 004 987,13	0,00	4 004 987,13	3 976 952,22	3 975 591,25	0,00
Valorisation prélèvements d'organe	188 714,85	0,00	188 714,85	187 393,85	187 393,85	0,00
Valorisation des actes de caissons hyperbares en sus	41 284,26	0,00	41 284,26	40 995,27	39 391,11	0,00
Valorisation suppléments de dialyse	819 433,94	0,00	819 433,94	813 697,90	806 292,85	0,00
Valorisation suppléments pour pose de défibrillateur	72 212,53	0,00	72 212,53	71 707,05	71 707,05	0,00
mnt_supp_inno	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valorisation suppléments de surveillance continue validés	5 016 571,75	0,00	5 016 571,75	4 981 455,74	4 774 243,81	0,00
Valorisation suppléments de soins intensifs validés	14 940 825,67	0,00	14 940 825,67	14 836 239,89	14 436 001,93	0,00
Total valorisation	419 608 447,17	0,00	419 608 447,17	416 671 188,04	395 750 198,36	0,00



Les encadrés couleurs permettent de faire la correspondance des données entre e-PMSI et PILOTE.

Les autres items sont identiques entre eux.

-Pour PILOTE : Tableau de bord « VAL10 : Valorisation théorique et recette AM des séjours par rubrique de valorisation », onglet « Séjours valorisés et remboursés AM par rubriques »

Séjour traité	Rubrique de valorisation	Recettes								
		Valorisation théorique			Base facturable AM			Remboursé AM		
		2021	2 020	% Evol	2021	2 020	% Evol	2021	2 020	% Evol
	1 - VALORISATION DES GHS (HORS DIALYSE)	374 435 077 €	420 695 632 €	-11,0 %	351 510 893 €	399 681 404 €	-12,1 %	332 156 332 €	379 576 931 €	-12,5 %
	2 - VALORISATION EXTREME BAS (-)	-779 466 €	-842 597 €	-7,5 %	-722 250 €	-797 485 €	-9,4 %	-709 130 €	-782 409 €	-9,4 %
	3 - VALORISATION EXTREME HAUT	8 819 140 €	11 487 301 €	-23,2 %	8 057 438 €	10 531 383 €	-23,5 %	7 838 548 €	10 432 096 €	-24,9 %
	4 - IRRADIATIONS (TECHNIQUES SPECIALES) EN HOSPITALISATION	23 782 €	126 313 €	-81,2 %	16 590 €	126 313 €	-86,9 %	16 590 €	123 674 €	-86,6 %
	5 - IRRADIATIONS (TECHNIQUES COMPLEXES) EN HOSPITALISATION	39 943 €	39 417 €	1,3 %	36 925 €	37 990 €	-2,8 %	36 499 €	37 741 €	-3,3 %
	6 - IRRADIATIONS (AUTRES TECHNIQUES) EN HOSPITALISATION	1 046 €	88 €	1 094,4 %	1 046 €	88 €	1 094,4 %	994 €	88 €	1 034,6 %
	8 - SEANCE DE RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE EN HOSPITALISATION (GHS 9622)	236 196 €	192 333 €	22,0 %	219 237 €	177 298 €	23,7 %	212 851 €	175 709 €	21,1 %
	1 - ACTE D'HEMODIALYSE	843 106 €	1 078 357 €	-21,8 %	794 520 €	970 382 €	-18,1 %	786 993 €	969 337 €	-18,8 %
	2 - ACTES D'ENTRAINEMENT A LA DIALYSE PERITONEALE AUTOMATISEE	885 €	444 €	99,1 %	885 €	444 €	99,1 %	708 €	444 €	59,3 %
	3 - ACTES D'ENTRAINEMENT A LA DIALYSE PERITONEALE CONTINUE AMBULATOIRE	18 245 €	2 500 €	629,9 %	18 245 €	2 500 €	629,9 %	18 245 €	2 500 €	629,9 %
	4 - ACTES D'ENTRAINEMENT A L'HEMODIALYSE	0 €	1 708 €	-100,0 %	0 €	1 708 €	-100,0 %	0 €	1 708 €	-100,0 %
	5 - DIALYSE PERITONEALE	48 €	6 824 €	-99,3 %	48 €	6 824 €	-99,3 %	48 €	6 824 €	-99,3 %
	SUPPLEMENT ANTEPARTUM	541 790 €	820 281 €	-34,0 %	471 768 €	748 747 €	-37,0 %	470 360 €	747 098 €	-37,0 %
	SUPPLEMENT RADIOTHERAPIE PEDIATRIQUE	0 €	450 €	-100,0 %	0 €	450 €	-100,0 %	0 €	450 €	-100,0 %
	1 - SUPPLEMENTS DE REANIMATION	24 976 170 €	22 812 716 €	8,5 %	22 826 852 €	21 293 477 €	7,2 %	22 242 886 €	21 121 130 €	5,3 %
	2 - SUPPLEMENTS DE SOINS INTENSIFS VALIDES	14 068 331 €	15 456 868 €	-8,9 %	13 138 204 €	14 655 813 €	-10,4 %	12 804 565 €	14 459 629 €	-11,4 %
	3 - SUPPLEMENTS DE SURVEILLANCE CONTINUE VALIDES	5 285 777 €	6 524 940 €	-19,0 %	4 981 456 €	6 062 842 €	-17,8 %	4 774 133 €	5 935 324 €	-19,6 %
	4 - SUPPLEMENTS DE NEONATOLOGIE SANS SOINS INTENSIFS	2 484 448 €	3 064 355 €	-18,9 %	2 391 123 €	2 831 568 €	-15,6 %	2 384 512 €	2 830 068 €	-15,7 %
	5 - SUPPLEMENTS DE NEONATOLOGIE AVEC SOINS INTENSIFS	2 442 863 €	2 880 277 €	-15,2 %	2 422 449 €	2 786 514 €	-13,1 %	2 416 325 €	2 783 974 €	-13,2 %
	6 - SUPPLEMENTS DE REANIMATION NEONATOLOGIE	4 056 666 €	4 645 319 €	-12,7 %	3 976 952 €	4 451 927 €	-10,7 %	3 975 591 €	4 447 824 €	-10,8 %
	7 - SUPPLEMENTS DE REANIMATION PEDIATRIE	4 010 977 €	3 353 108 €	19,6 %	3 785 444 €	3 205 622 €	18,1 %	3 685 899 €	3 118 107 €	18,2 %
	8 - SUPPLEMENTS DE SOINS INTENSIFS ISSUS DE REANIMATION	1 864 190 €	1 897 187 €	-1,7 %	1 698 036 €	1 776 384 €	-4,4 %	1 630 415 €	1 716 855 €	-5,0 %
	1 - ACTES DE L'ESSAI HYPERBARE	43 075 €	47 454 €	-9,2 %	40 965 €	46 261 €	-11,4 %	39 391 €	45 425 €	-13,3 %
	PRELEVEMENT ET MISE SOUS MACHINE A PERFUSSION DES DEUX REINS	0 €	5 196 €	-100,0 %	0 €	5 196 €	-100,0 %	0 €	5 196 €	-100,0 %
	1 - PO I : REIN(S) OU FOIE	54 752 €	94 305 €	-41,9 %	54 752 €	94 305 €	-41,9 %	54 752 €	94 305 €	-41,9 %
	2 - PO B : TOUS LES AUTRES CAS	11 009 €	0 €		11 009 €	0 €		11 009 €	0 €	
	3 - PO B : REIN(S), FOIE, PANCREAS, COEUR, POUMON	99 573 €	136 424 €	-27,0 %	99 573 €	136 424 €	-27,0 %	99 573 €	136 424 €	-27,0 %
	4 - PO IV : PRELEVEMENTS D'ORGANES SUR COEUR ARRETE	0 €	29 151 €	-100,0 %	0 €	29 151 €	-100,0 %	0 €	29 151 €	-100,0 %
	5 - PO V : PRELEVEMENT DE REIN (S)	7 339 €	7 374 €	-0,5 %	7 339 €	7 374 €	-0,5 %	7 339 €	7 374 €	-0,5 %
	6 - PO VI : PRELEVEMENT DU FOIE	4 749 €	9 543 €	-50,2 %	4 749 €	9 543 €	-50,2 %	4 749 €	9 543 €	-50,2 %
	7 - PO VII : PRELEVEMENT DE POUMON(S)	2 202 €	3 871 €	-43,1 %	2 202 €	3 871 €	-43,1 %	2 202 €	3 871 €	-43,1 %
	8 - PO VIII : PRELEVEMENT DE CŒUR OU DU BLOC	5 181 €	5 726 €	-8,5 %	5 181 €	5 726 €	-8,5 %	5 181 €	5 726 €	-8,5 %
	9 - PO IX : PRELEVEMENT DE PANCREAS	2 590 €	651 €	298,1 %	2 590 €	651 €	298,1 %	2 590 €	651 €	298,1 %
	1 - APHERESE EN HOSPITALISATION	772 349 €	1 086 339 €	-28,9 %	752 713 €	1 079 556 €	-29,7 %	742 502 €	1 067 926 €	-30,5 %
	1 - SUPPLEMENTS DEFIBRILLATEUR CARDIAQUE (SDC)	71 707 €	72 047 €	-0,5 %	71 707 €	72 047 €	-0,5 %	71 707 €	72 047 €	-0,5 %
	SEJOUR TRAITE HORS IVG	444 463 721 €	495 741 877 €	-10,3 %	416 678 670 €	470 633 290 €	-11,4 %	395 784 336 €	449 178 986 €	-11,9 %
	1 - FORFAIT TOUT COMPRIS AVEC ANESTHESIE	281 273 €	436 792 €	-35,5 %	238 418 €	389 316 €	-38,8 %	232 322 €	386 479 €	-39,9 %
	2 - FORFAIT POUR IVG MEDICAMENTEUSE	240 191 €	282 061 €	-14,8 %	210 202 €	249 527 €	-15,8 %	192 603 €	238 267 €	-19,1 %
	3 - FORFAIT TOUT COMPRIS AVEC ANESTHESIE	19 257 €	13 281 €	45,0 %	15 273 €	10 625 €	43,0 %	13 879 €	10 492 €	30,4 %
	5 - FORFAIT TOUT COMPRIS, SANS ANESTHESIE ET SURVEILLANCE MEDICALE	171 402 €	211 242 €	-18,9 %	157 042 €	187 616 €	-16,3 %	154 726 €	187 431 €	-17,4 %
	8 - FORFAIT TOUT COMPRIS SANS ANESTHESIE	3 038 €	1 519 €	100,0 %	2 532 €	1 013 €	150,0 %	2 228 €	810 €	175,0 %
	SEJOUR TRAITE IVG	715 161 €	943 895 €	-24,2 %	623 467 €	838 096 €	-25,6 %	595 758 €	823 470 €	-27,7 %

Le montant e-PMSI « total valorisation » de la colonne « Montant Remboursé AM » correspond à la somme du montant qui sera notifié dans l'arrêté de versement aux lignes : Forfait GHS + Suppléments et PO

Exemple : Extrait arrêté de versement M02 2021

	F : Montant calculé de l'activité N de la période (cumulée depuis janvier)
Forfait GHS + supplément	395 562 804,52
PO	187 393,85
IVG	595 791,29
DMI séjour	11 496 292,79
Médicaments séjour	68 462 806,62
Médicaments ATU séjour	4 200 278,24
Transports	0,00
Total	480 505 367,31

!IMPORTANT

-La correspondance entre PILOTE et e-PMSI n'est valable qu'au moment de l'analyse des données de la dernière remontée.

En effet, l'envoi mensuel des données se fait en cumulé. Donc sur e-PMSI, d'un mois à l'autre, les données sont « figées », tandis que sur PILOTE, les données des mois précédents s'actualisent en fonction des nouvelles remontées.

-Comme sur e-PMSI, les données PILOTE n'intègrent pas les données lamda.

-La distinction HP/HC ne sera pas tout à fait identique entre e-PMSI et PILOTE, car le typage dans PILOTE repose sur l'UG. Donc, certaines UG d'HC peuvent faire des séjours sans nuitée (exemple de la chirurgie ambulatoire forain) et inversement.



-Pour visualiser les données vues à date, telles qu'elles étaient au moment des remontées, il est possible d'utiliser la vue « MCO historisation ».

-Les données lamda sont accessibles dans la vue MCO, à travers les indicateurs lamda.

3. Analyse des recettes :

PILOTE permet d'analyser la composition du montant total des recettes selon deux axes :

- la structure
- la rubrique de valorisation.

3.1. Répartition des recettes au sein des Unités de Recueil Médical (URM) :

3.1.1. Règle générale : répartition des recettes des GHS, EXH, EXB, PO, RAP et ANT :

La répartition de ces recettes se fait en fonction d'un coefficient calculé pour chaque passage URM du séjour. Il s'agit d'un coefficient mixte, appelé coefficient de répartition, prenant en compte la durée du séjour dans l'URM et le poids économique de cette URM. Ce coefficient est basé :

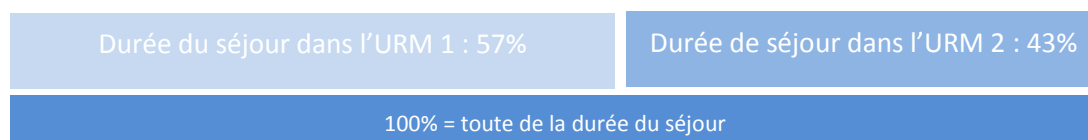
- pour 50 %, sur la durée du passage dans l'URM
- pour 50 %, sur le TMCT (Tarif Moyen du Cas Traité) de l'URM

$$\text{Coefficient de répartition} = \frac{1}{2} \times \frac{(\text{durée du passage URM} + 1)}{\sum (\text{durée du passage URM} + 1)} + \frac{1}{2} \times \frac{(\text{TMCT séjour mono RUM})}{\sum (\text{TMCT séjour mono RUM})}$$

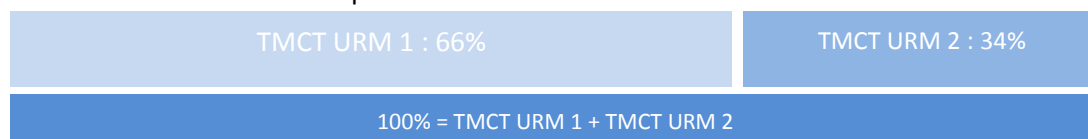
NB : La durée est calculée à partir des durées des passages URM en jours, des séjours. Pour un séjour et une URM donnés, le coefficient de durée est égal au rapport de la durée du passage de ce séjour dans l'URM (plus 1 jour) et de la somme des durées des passages de ce séjour dans chaque URM (plus 1 jour).

Exemple : pour un séjour de 100 € qui s'est passé dans 2 URM (séjour dit « multi RUM), les recettes sont à répartir dans les deux URM :

- 50% des recettes sont réparties selon la durée du passage dans l'URM :



- 50% des recettes sont réparties selon le TMCT de l'URM :



URM 1 se verra ainsi affectée de : 100€ x 50% x (57%+66%) = 61,5€

Et l'URM 2 de : 100€ x 50% x (43%+34%) = 38,5€



Le coefficient lié au TMCT n'est appliqué que s'il a pu être valablement calculé pour l'ensemble des URM du séjour, c'est-à-dire, s'il existe au moins 30 séjours mono-RUM pour chaque URM du séjour depuis le début de l'année. Sinon, le coefficient de répartition est simplifié, et est basé seulement sur la durée de passage.

$$\text{Coefficient de répartition simplifié} = \frac{(\text{durée du passage URM} + 1)}{\sum (\text{durée du passage URM} + 1)}$$

3.1.2. Cas particulier : répartition des recettes des suppléments :

L'attribution de ces recettes n'est autorisée que sur des URM spécifiques. Même si le séjour n'a été effectué que dans une seule URM, les règles suivantes sont appliquées :

- Recherche des URM candidates parmi les seules URM du séjour. Dans le cas d'une recherche parmi les URM du séjour, le coefficient de répartition est basé sur la durée de passage dans l'URM (plus 1 jour) rapportée à la somme des durées de passage de ce séjour dans les URM candidates (plus 1 jour).

$$\text{Coefficient de répartition} = \frac{(\text{durée du passage URM} + 1)}{\sum (\text{durée du passage URM candidate} + 1)}$$
 - Dans le cas où le séjour ne passe par aucune URM candidate aux suppléments, le coefficient de ventilation est basé sur le nb d'URM candidates dans l'établissement

$$\text{Coefficient de répartition} = \frac{1}{\text{nb UMA candidates dans l'établissement}}$$

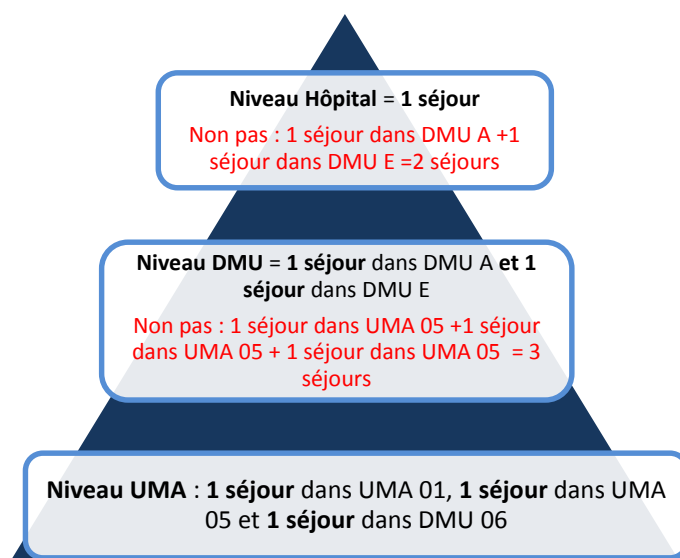
- si aucune URM candidate n'est retrouvée, la recette du supplément est attribuée à l'URM « inconnue » de l'établissement.

!IMPORTANT

Le passage d'un niveau de structure ne modifie pas les recettes : le niveau supérieur est bien égal à la somme des niveaux inférieurs (somme des recettes des DMU = recettes totales du GH).

Pour les séjours, il en est autrement : il est fréquent que lors d'un séjour, notamment en HC, le patient soit passé par plusieurs UMA, dans ce cas il n'y a pas de répartition du séjour au sein des UMA

fréquentées : **1 séjours sera compté comme 1 séjour dans chaque UMA fréquenté.**



3.2. TMCT, RMCT et RMJ :

3.2.1. Définitions

- **TMCT (Tarif Moyen du Cas Traité)** : il représente la moyenne des tarifs des GHS avec application du coefficient géographique, en tenant compte des Bornes Hautes (BH) et des Bornes Basses (BB) des GHS, mais sans les suppléments.

Au niveau structure infra-établissement, la répartition du tarif GHS est réalisée à 50% prorata temporis et à 50% en fonction du TMCT des séjours mono-RUM de l'UMA.

$$TMCT = \frac{\text{Valorisation théorique hors suppléments}}{\text{nombre de séjours et/ou séances}}$$

- **RMCT (Recette Moyenne du Cas traité)** : même caractéristique que pour le TMCT mais avec l'intégration des suppléments.

$$RMCT = \frac{\text{Valorisation théorique avec suppléments}}{\text{nombre de séjours et/ou séances}}$$

- **RMJ (Recettes moyenne par jour)** : même numérateur que pour le RMCT mais ici rapporté au nombre de journée :

$$RMJ = \frac{\text{Valorisation théorique des GHS(+BH - BB)x coef. géographique}}{\text{nombre de séjours et/ou séances}}$$

3.2.2. PILOTE :

Ces indicateurs sont présents dans la Vue MCO, permettant de les inclure dans des requêtes.

Ces ratios de recettes permettent d'effectuer un suivi des recettes moyennes générées par chaque séjour et leur évolution par rapport à N-1. Les indicateurs sont disponibles à tous les niveaux de structure : du GH à l'UG. Pour mener une observation de ces ratios il convient néanmoins de distinguer le type d'hospitalisation (HC ou HP) et, dans une moindre mesure, la catégorie de séjour (durée du séjour ou séance), selon quoi les recettes n'ont pas le même ordre de grandeur. A titre d'exemple voici les valeurs de ces ratios pour l'ensemble de l'AP-HP :

Type d'hospitalisation	Catégorie de séjours	TMCT	RMCT	RMJ
HC	1 NUIT	556 €	835 €	835 €
	2 NUITS	963 €	1 301 €	651 €
	> 2 NUITS	5 241 €	6 462 €	669 €
HP	LES SEANCES	418 €	450 €	450 €
	0 NUIT	857 €	894 €	894 €

Mais il existe aussi un rapport prédéfini : « Val 11 : Ratio de recettes (TMCT, RCMT, RMJ) »

Les critères sont à sélectionner parmi « les invites » :

Choix du périmètre

Temps
* 2021 - 02 FEVRIER

Type d'hospitalisation :

- HOSPITALISATION COMPLETE
- HOSPITALISATION PARTIELLE
- INCONNU

Tout sélectionner Tout désélectionner

Catégorie de séjours :

- LES SEANCES
- 0 NUIT
- 1 NUIT
- 2 NUITS
- > 2 NUITS

Tout sélectionner Tout désélectionner

Type de structure

- AP
- GH
- Etablissement

Structure

- SUN - AP-HP/SORBONNE UNIVERSITE
- NUP - AP-HP/NORD UNIVERSITE DE PARIS
- CUP - AP-HP/CENTRE-UNIVERSITE PARIS
- UPS - AP-HP/UNIVERSITE PARIS SACLAY
- PSD - AP-HP/HU PARIS SEINE-SAINT-DENIS
- HMN - AP-HP/HU HENRI MONDOR
- H38 - HND
- H64 - VPD
- H84 - SSL

Tout sélectionner Tout désélectionner



Actuellement, au niveau infra-établissement, il est plutôt recommandé d'utiliser le requêteur.
(problèmes de ventilation en cours de résolution)

4. Suivi de l'écart à la cible

4.1. Le tableau de bord médico-économique :

Les cibles d'activités d'hospitalisation complète, d'hospitalisation partielle et de recettes notifiées pour l'année en cours lors des conférences budgétaires, sont intégrées dans PILOTE après avoir été saisonnalisées. Ces cibles sont rapprochées du réalisé dans le rapport « *Tableau de bord médico-économique* ».

Concernant les cibles d'activité le réalisé de l'année en cours correspond aux séjours réalisés.

Pour la cible de recettes, le réalisé de l'année en cours est valorisé selon le niveau de recettes « recettes potentielles » :

RECETTE						
TITRE 1 : PRODUITS DE L'HOSPITALISATION	CUMUL N	EVOL N/N-1	CIBLE	% ECART CIBLE	ECART CIBLE	
SEJOURS (RECETTE POTENTIELLE HORS SEJOURS NON CODES)	2 492 664 707	-6,4%	2 787 193 567	-10,6%	-294 528 860	
MO T2A	397 089 345			-	-	
MO ATU	54 852 305			-	-	
DMI	69 873 140	-8,1%		-	-	
ALTERNATIVE DIALYSE	337 139	2,5%		-	-	
TITRE 1 : PRODUITS DES PRESTATIONS EXTERNES	CUMUL N	EVOL N/N-1	CIBLE	% ECART CIBLE	ECART CIBLE	
ATU	16 018 041	-21,3%		-	-	
NGAP	150 655 923	-18,4%		-	-	
CCAM	81 070 024	-19,3%		-	-	
FORFAITS TECHNIQUES	44 699 161	-8,8%		-	-	
PROTHESES	3 335 506	-18,3%		-	-	
TOTAL FACTURES TRANSMISES PAR SAP (DONNEES PMSI)	316 653 769	-13,8%	411 222 435	-23,0%	-94 568 666	
MCO						
ACTIVITE MCO	CUMUL N	EVOL N/N-1	CIBLE	% ECART CIBLE	ECART CIBLE	
TAUX DE SEVERITE 3 ET 4	12,3%	1,1%		-	-	
HC (SEJOURS)	527 498	-11,2%	621 102	-15,1%	-93 604	
HP (SEJOURS ET SEANCES)	674 541	-9,1%	782 228	-13,8%	-107 687	
DMS HC	6,3	0,2		-	-	
IP	1,09	0,48%		-	-	
TOO HC	79,4%	-4,7%		-	-	

4.2. Rapport « MCO10 – Séjours MCO – Ecart à la cible » :

Ce tableau propose des écarts à la cible des séjours en HC, HP et recettes potentielles, avec un détail de l'ensemble des données d'activité et de recettes potentielles : le réalisé en cumulé sur l'année en cours, le réalisé (constaté en fin d'année) sur la même période à N-1, la cible saisonnalisée pour la période. Il est possible d'aller au niveau GH.

Séjours MCO	Hospitalisation complète							Hospitalisation partielle								
	2018	2019	2020	Ecart	%Evol	Cible	Ecart à la cible	% écart à la cible	2018	2019	2020	Ecart	%Evol	Cible	Ecart à la cible	% écart à la cible
APHP	0	593 718	527 498	-66 220	-11,2 %	621 102	-93 604	-15,1 %	0	742 053	674 541	-67 512	-9,1 %	782 228	-107 687	-13,8 %
SUN - AP-HP SORBONNE UNIVERSITE	0	152 643	133 119	-19 524	-12,8 %	156 876	-23 757	-15,1 %	0	212 281	197 706	-14 575	-6,9 %	218 682	-20 976	-9,6 %
NUP - AP-HP NORD UNIVERSITE DE PARIS	0	145 321	136 411	-8 910	-6,1 %	162 598	-26 187	-16,1 %	0	159 564	152 962	-6 602	-4,1 %	180 916	-27 954	-15,5 %
CUP - AP-HP CENTRE-UNIVERSITE	0	120 950	106 022	-14 928	-12,3 %	123 770	-17 748	-14,3 %	0	170 889	149 976	-20 913	-12,2 %	176 086	-26 110	-14,8 %



Le réalisé en nombre de séjours est alimenté par les RSS (remontées hebdomadaires), alors que les cibles en nombre de séjours sont en cibles mensuelles cumulées.