

Analyse comparative de l'activité hospitalière entre les régions

2012



Sommaire

Guide de lecture	3
Alsace	7
Aquitaine	12
Auvergne	18
Basse-Normandie	23
Bourgogne	28
Bretagne	35
Centre	41
Champagne-Ardenne	47
Corse	52
Franche-Comté	57
Haute-Normandie	62
Ile-de-France	67
Languedoc-Roussillon	73
Limousin	79
Lorraine	84
Midi-Pyrénées	90
Nord-Pas-de-Calais	95
Provence-Alpes-Côte d’Azur	102
Pays de la Loire	107
Picardie	112
Poitou-Charentes	118
Rhône Alpes	123
Guadeloupe	128
Martinique	133
Guyane	139
Océan Indien	144
Glossaire	151

Guide de lecture

A partir des fiches régionales M12 2012 mises à dispositions sur SNATIH, les Agences Régionales de Santé (ARS) ont réalisé une analyse éclairant la dynamique d'activité de leur région, notamment par rapport à la tendance nationale.

Les fiches de synthèses suivantes ont pour objectif de résumer l'information contenue dans les fiches régionales ainsi que les explications apportées par les ARS selon une structure standardisée. Les explications fournies par les ARS sont restituées dans des encadrés.

Pour chaque région, la synthèse est articulée selon le plan suivant.

1. Éléments de contexte

Il s'agit dans un premier temps de présenter des données de contexte récentes pour chacune des régions (population, part des personnes âgées de 75 ans et plus...). Ces données proviennent de différentes sources mentionnées dans le tableau. Lorsqu'une ARS a transmis des précisions sur le contexte sociodémographique, économique ou médical de la région, ces éléments sont rapportés dans un encadré.

T 1 | Données de contexte 2012

	Région	France entière
Population. en milliers d'habitants (2010. INSEE)		64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010. INSEE)		8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes. 2012. Fonds CMU) -		6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011. [mise à jour juillet 2013], ADELI)		193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital. standardisés. pour 1 000 habitants (2012. SNATIH)		270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012. SNATIH)		5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012. SNATIH)		5,5%

Exemple d'encadré restituant l'analyse d'une ARS :

Selon l'ARS, l'Aquitaine est une région qui vieillit mais qui reste favorisée. Les indicateurs de richesse, de démographie médicale et de mortalité sont plutôt satisfaisants. Néanmoins, ces indicateurs cachent de réelles disparités intra régionales. La densité de médecins est bien plus faible et l'accès aux soins plus difficile dans les territoires ruraux comme la Dordogne et le Lot-et-Garonne. Les professionnels de santé restent concentrés sur les pôles urbains ou les zones côtières. La mortalité prématurée est plus élevée en Aquitaine en raison des décès dus aux accidents de la route ou aux maladies liées au tabac.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

Cette partie présente des données de cadrage sur l'ensemble de l'allocation des ressources des établissements de la région.

Le premier tableau offre un premier aperçu sur le poids de la région en termes de séjours et la répartition des deux secteurs de financement dans la région. Le nombre d'établissements analysés correspond au nombre d'établissement ayant transmis leurs données via le PMSI.

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés		
Nombre de séjours (en milliers)		

Source : PMSI MCO

Pour les deux secteurs sont ensuite mentionnés dans le texte :

- le montant des **recettes finançant l'activité ODMCO** 2012 en date de remboursement, ainsi que son évolution entre 2011 et 2012 en date de soins ;
- et afin d'analyser l'évolution des recettes relatives la part tarifs, i.e. celle des séjours (GHS et suppléments (REA, STF...), ainsi que les actes et consultations externes (uniquement pour le secteur ex-DG), la notion de volume économique est davantage mobilisée. Cette notion permet de neutraliser l'effet lié au changement de classification ainsi que les modifications tarifaires.

L'évolution du volume économique des actes et consultations externes correspond à un volume estimé en date de soins, et figurant dans la note de conjoncture M12 2012 ;

- l'évolution des recettes liées à la **liste en sus** à périmètre tarifaire constant ;
- enfin l'évolution des dotations MIGAC est évoquée.

Dans cette partie, le champ d'étude correspond uniquement aux **séjours rémunérés en GHS (hors suppléments)**.

Il convient de noter par rapport aux fiches régionales transmises sur SNATIH, les données du secteur ex-DG ont été actualisées de façon à intégrer les transmissions LAMDA relatives à l'exercice 2011.

Le tableau suivant synthétise l'évolution du volume économique entre 2011 et 2012 pour les deux secteurs de financement, et permet d'établir une comparaison avec le niveau national. Le volume économique peut être décomposé en effet volume, qui correspond à l'évolution du nombre de séjours.

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Région	France	Région	France
Evolution du volume économique		+3,1%		+1,0%
dont effet nombre de séjours*		+2,1%		+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)		+1,0%		+0,0%

* La notion de « nombre de séjours » correspond aux séjours et séances hors dialyse financée en forfaits D

Source : PMSI MCO

2.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Pour les deux secteurs, la progression du volume économique ainsi que sa décomposition est ici déclinée selon les territoires de santé, les catégories d'établissements et les établissements. L'évolution du volume économique par territoire de santé est illustrée à travers des cartes régionales. Afin de se concentrer sur l'essentiel, seuls les éléments les plus contributeurs à la croissance en volume économique ainsi que les évolutions les plus remarquables sont décrites et expliquées.

2.2. Caractéristiques des séjours

De la même manière que dans la partie précédente, l'analyse du volume économique est ici déclinée par catégorie d'activité de soins (CAS), catégories majeures de diagnostics (CMD) et niveaux de sévérité.

3.2.1 *Catégories d'activités de soins (CAS)*

3.2.2 *Catégories majeures de diagnostics (CMD)*

3.2.3 *Niveaux de sévérité*

3. Evolution comparée de la dynamique de chaque secteur

Cette partie n'est pas forcément présente dans toutes les synthèses. Elle figure lorsque les ARS ont apportés des éléments analysant des possibles transferts d'activités entre les deux secteurs de financement.

Alsace

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Alsace	France entière
Population. en milliers d'habitants (2010, INSEE)	1 845,7	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010, INSEE)	7,9%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes, 2012, Fonds CMU)	4,7%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011, [mise à jour juillet 2013], ADELI)	195,4	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital, standardisés, pour 1 000 habitants (2012, SNATIH)	277,5	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012, SNATIH)	2,0%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012, SNATIH)	6,1%	5,5%

La région Alsace se caractérise par un taux de fuite peu élevé.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	20	11*
Nombre de séjours (en milliers)	623,52	141,22

Source : PMSI MCO

* Seuls 11 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 23 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les **recettes associées à la part tarifs** s'élèvent à **1,2 milliard d'euros** et ont **augmenté de +2,6% entre 2011 et 2012**. L'évolution du volume économique de la part tarifs et celle associée aux séjours, sont inférieures au niveau national. Les actes et consultations externes (ACE) en Alsace augmentent en revanche au même rythme.

D'après l'analyse régionale, la croissance très soutenue des recettes d'ACE observée en 2011 s'expliquait en majeure partie par le démarrage de nouvelles activités au CH d'Altkirch, au CH de Mulhouse et au CLCC. Il semble que l'activité 2012 marque le **retour à un rythme de progression « normal » des recettes d'ACE**.

L'évolution des recettes liées à la liste en sus est inférieure à la moyenne nationale (+5,5% vs +6,0%).

Selon l'analyse régionale, ce sont les anti-infectieux qui expliquent la croissance des recettes des médicaments facturables.

Concernant la dotation annuelle des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), la baisse de la composante MIG est plus prononcée en région. L'augmentation de la composante AC est plus soutenue en Alsace.

Secteur ex-OQN

Les recettes de la part tarifs atteignent 188 millions d'euro. Comme pour le secteur ex-DG, ces recettes ont progressé de +2,6% entre 2011 et 2012. L'évolution du volume économique de la part tarifs et celle des séjours s'inscrivent dans la tendance nationale.

Contrairement à l'an passé où les recettes de la liste en sus étaient en forte progression (+14,0%), entre 2011 et 2012, ces recettes sont en forte baisse (-12,7% vs -0,7% au niveau national).

Ces fortes variations sont liées à la prise en charge d'un patient hémophile en 2011, nécessitant la dispensation de deux produits particulièrement onéreux.

Sur la dotation annuelle MIGAC, l'Alsace se distingue de la tendance nationale. La composante MIG est marquée par une relative stabilité des recettes (+0,9% vs -27,5% au niveau national). L'enveloppe AC progresse plus rapidement en région que sur l'ensemble de la France (+62,1% vs +34,3%).

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Alsace	France	Alsace	France
Evolution du volume économique	+2,7%	+3,1%	+1,3%	+1,0%
dont effet nombre de séjours	+0,7%	+2,1%	+2,7%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+2,0%	+1,0%	-1,4%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Pour le **secteur ex-DG**, la hausse du volume économique est inférieure en région. Contrairement à la tendance nationale, cette hausse est expliquée par un fort effet structure (+2,0%), l'augmentation du nombre de séjours étant modérée (+0,7%).

Le volume économique des **cliniques privées** progresse légèrement plus vite que l'évolution nationale (+1,3% vs +1,0%). L'évolution du nombre de séjours est à l'origine de cette augmentation (+2,7%). L'effet structure est négatif (-1,4%).

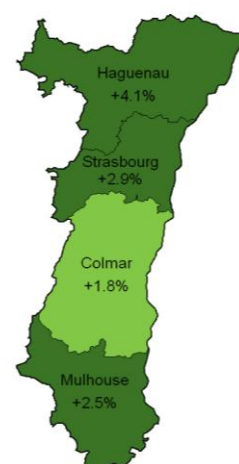
3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Pour les deux secteurs, l'évolution du volume économique est contrastée selon les territoires de santé et les catégories d'établissements.

Au sein du **secteur ex-DG**, l'augmentation du volume économique est bien supérieure à l'évolution régionale pour le **territoire d'Haguenau**. Ce résultat contraste avec l'an passé, où le volume économique de ce territoire était en baisse. L'établissement qui contribue le plus à la croissance du volume de ce territoire est le **CH d'Haguenau**. La hausse de l'activité du centre hospitalier est concentrée sur l'hospitalisation complète, et en particulier en médecine.

Pour les catégories d'établissements, les Hôpitaux universitaires de Strasbourg (CHR) ont un volume économique qui augmente plus rapidement que l'ensemble des CHR nationaux (+3,9% vs +3,0%). Sur les autres catégories, la hausse du volume est inférieure à leurs homologues nationaux. Pour les CH et CLCC, cette différence s'explique par une baisse du nombre de séjours.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-DG



La croissance du volume économique régional est essentiellement expliquée par trois établissements : les **Hôpitaux Universitaires de Strasbourg** (qui explique la moitié de la croissance), le **CH de Mulhouse** et le **CH d'Haguenau**. Le CH de Mulhouse et d'Haguenau sont notamment marqués par une forte progression des séjours de niveau 3 et 4.

Au sein du **secteur ex-OQN**, les trois territoires de santé sont caractérisés par une hausse du volume économique comprise entre +1,0% et +1,6%. L'évolution du nombre de séjours est moins homogène (comprise entre +1,8% et +3,5%). Par conséquent, plus l'évolution du nombre de séjours est forte, plus l'effet structure est en baisse.

Sur l'ensemble de la région, trois cliniques contribuent fortement à la croissance du volume économique régional, et six établissements sur dix sont marqués par une hausse du volume.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Comme au niveau national et comme l'année passée, la croissance du volume économique du **secteur ex-DG** alsacien s'explique principalement par **l'hospitalisation complète**. Contrairement à l'an passé, c'est l'activité de **médecine avec nuitée(s)** qui explique plus de la moitié de cette croissance. Excepté pour cette catégorie d'activités de soins, le volume économique des autres CAS progresse moins vite que les évolutions nationales.

Contrairement à la tendance nationale, où la chirurgie ambulatoire explique plus de 70% de la croissance du volume du **secteur ex-OQN**, cette dernière contribue à seulement 40% de la croissance du volume régional. **Ce sont les techniques peu invasives qui expliquent la majeure partie de l'augmentation du volume économique en Alsace sur ce secteur.**

L'Alsace se distingue de la tendance nationale sur d'autres points :

- la **forte progression**, en volume économique et en nombre de séjours, **des séjours sans nuitée(s) et des séances** ;
- la baisse du volume de l'hospitalisation complète (médecine et chirurgie), qui freine la croissance du volume économique régional.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Au sein du **secteur ex-DG**, les contributions et évolutions constatées au niveau régional s'inscrivent dans la tendance nationale. **Quatre CMD contribuent à près de 80% de la croissance du volume** économique régional :

- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » ;
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- la CMD 6 « Affections du tube digestif » ;
- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif ».

La croissance de ces CMD est majoritairement expliquée par l'activité des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Le CH de Mulhouse se positionne davantage sur la CMD 5, le CH d'Haguenau sur la CMD 6. Le CH de Colmar explique une partie de la croissance de la CMD 8.

Les affections de l'appareil génital masculin (CMD 12), qui affichait une forte hausse du volume économique entre 2010 et 2011, voient leur volume baisser entre 2011 et 2012.

S'agissant des **établissements ex-OQN**, l'évolution du volume économique est très variable d'une CMD à l'autre. **La CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » qui contribue le plus à la croissance du volume économique national, explique également la croissance du volume en région.** En revanche, la contribution des CMD suivantes est beaucoup plus importante en région :

- CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » ;
- CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- CMD 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé ».

3.2.3 Niveaux de sévérité

Pour le **secteur ex-DG**, les évolutions régionales suivent globalement la **tendance nationale**. Le volume économique des séjours de niveau 2 augmente tout de même plus rapidement que la moyenne nationale, et la baisse du volume associé aux séjours de niveau 1 est également plus prononcée.

Au sein du **secteur ex-OQN**, **l'Alsace se distingue de la tendance nationale** sur trois points :

- La forte baisse du volume économique associé aux séjours de niveau 1 ;
- La stabilité du volume économique des séjours de niveau 4 ;
- La forte contribution à la croissance en volume des séjours de niveau 2.

Aquitaine

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Aquitaine	France entière
Population, en milliers d'habitants (2010, INSEE)	3 232,4	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010, INSEE)	10,6%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes, 2012, Fonds CMU)	5,2%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011, [mise à jour juillet 2013], ADELI)	223,6	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital, standardisés, pour 1 000 habitants (2012, SNATIH)	277,2	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012, SNATIH)	4,2%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012, SNATIH)	6,6%	5,5%

Selon l'analyse régionale, l'Aquitaine est une région qui vieillit mais qui reste favorisée. Les indicateurs de richesse, de démographie médicale et de mortalité sont plutôt satisfaisants. Néanmoins, ces indicateurs cachent de réelles disparités intra-régionales. La densité de médecins est bien plus faible et l'accès aux soins plus difficile dans les territoires ruraux comme la Dordogne et le Lot-et-Garonne. Les professionnels de santé restent concentrés sur les pôles urbains ou les zones côtières. La mortalité prématurée est plus élevée en Aquitaine en raison des décès dus aux accidents de la route ou aux maladies liées au tabac.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	35	46*
Nombre de séjours (en milliers)	750,94	453,45

Source : PMSI MCO

* 46 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 112 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les **recettes associées à la part tarifs** atteignent **1,5 milliard d'euros** et ont augmenté de **+4,0% entre 2011 et 2012**. Le volume économique de la part tarifs ainsi que celui des séjours progresse davantage que la moyenne nationale. Le rythme de croissance des actes et consultations s'est ralenti par rapport à l'an passé, mais reste supérieur à l'évolution nationale (+4,8% vs +3,1%). Le CHU de Bordeaux contribue à la majeure partie de cette progression.

Les recettes associées à la liste en sus augmentent également plus vite que les recettes nationales.

Pour la dotation annuelle des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), les recettes de la composante AC sont à nouveau à la hausse cette année. L'augmentation reste toutefois inférieure à l'évolution nationale.

Secteur ex-OQN

Les **recettes de la part tarifs** sont de **549 millions d'euro** et ont progressé de **+3,0%**. La hausse du volume économique de la part tarifs est similaire à celle observée nationalement. Celle des séjours est en revanche inférieure.

Les recettes associées aux médicaments et DMI payés en sus sont en baisse (-2,5% vs -0,7%).

Concernant la dotation annuelle MIGAC, les crédits MIG sont en baisse et la légère baisse de la composante AC contraste avec la forte augmentation nationale.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Aquitaine	France	Aquitaine	France
Evolution du volume économique	+3,8%	+3,1%	+0,7%	+1,0%
dont effet nombre de séjours	+1,3%	+2,1%	+1,7%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+2,5%	+1,0%	-1,0%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Pour le **secteur ex-DG**, le volume économique des séjours progresse davantage que le volume national (+3,8% vs +3,1%). Pour autant, l'augmentation du nombre de séjours est plus faible en région (+1,3% vs +2,1%). **C'est donc l'effet structure (+2,5%) qui est à l'origine de la forte augmentation du volume économique régional.**

Au sein du **secteur ex-OQN**, l'augmentation du volume est légèrement inférieure au niveau national (+0,7% vs 1,0%). Cette hausse est due à l'augmentation du nombre de séjours, l'effet structure étant négatif.

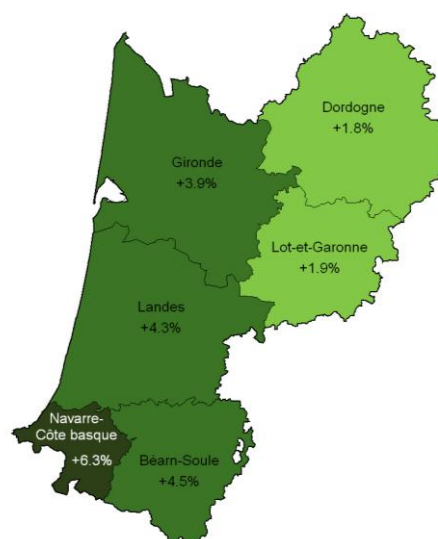
3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Les variations en termes de volume économique ne sont pas homogènes selon les territoires de santé, les catégories d'établissements et les établissements.

Pour les **établissements ex-DG**, quatre territoires affichent une hausse du volume économique supérieure à la l'évolution régionale : la Gironde, les Landes, Navarre/Côte-Basque et le Béarn-Soule. Pour les deux premiers, qui représentent 70% des séjours de la région, c'est l'effet structure qui explique cette augmentation. **En Gironde, 9 établissements sur 16 ont un effet structure supérieur à +1%. Et 3 établissements sur 5 possèdent cette caractéristique dans les Landes.** Sur les territoires de Navarre/Côte-Basque et le Béarn-Soule, l'augmentation du nombre de séjours est à l'origine de la croissance du volume économique. Ces deux territoires

représentent seulement 15% des séjours de la région.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-DG

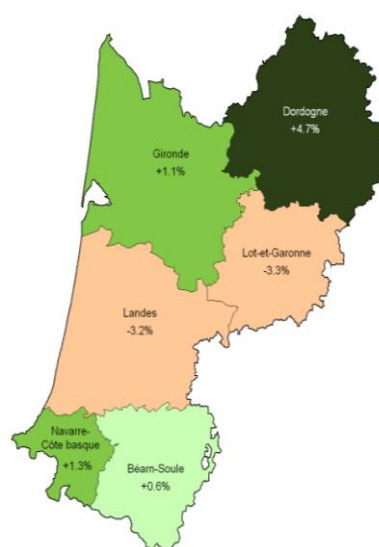


Les établissements les plus contributeurs à la croissance du volume économique restent le CHU de Bordeaux, le CH de Libourne et le CHIC de la Côte Basque. **La hausse du volume au CHU de Bordeaux est uniquement due à l'effet structure. Selon la région, l'établissement a précisé qu'un réel effort d'exhaustivité de codage avait été réalisé.** Certains établissements de Dordogne ou du Lot-et-Garonne sont marqués par une baisse du volume économique liés à des difficultés de recrutement de praticiens (exemple du CH de Villeneuve sur Lot).

S'agissant des **cliniques privées**, l'évolution du volume économique oscille entre -3,3% (Lot-et-Garonne) et +4,7% (Dordogne). Ces deux territoires sont pour autant confrontés à une baisse du nombre de séjours, mais le fort effet structure observé en Dordogne entraîne l'augmentation du volume économique. Cette caractéristique est liée à l'activité d'un seul établissement.

Sur l'ensemble de la région, les évolutions constatées sur les 46 cliniques sont très variables.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Pour les **établissements du secteur ex-DG**, la croissance du volume économique régional est majoritairement expliquée par l'hospitalisation complète (médecine et chirurgie non ambulatoire), comme au niveau national. La croissance en volume des différentes CAS est souvent supérieure à l'augmentation nationale. Plusieurs faits sont également remarquables :

- la croissance des séances (en volume et en nombre de séjours) est moins soutenue en région ;
- les séjours de médecine sans nuitée sont en baisse.

Cette baisse des séjours pourrait être liée à un transfert d'activité du CHU de Bordeaux et du CH de Dax vers le champ des Soins de Suite et Réadaptation.

- **Les séjours de médecine (ambulatoire ou non) sont caractérisés par un fort effet structure.**

Pour les **cliniques privées**, comme au niveau national, **la chirurgie ambulatoire et les techniques peu invasives sont les catégories qui contribuent le plus à la croissance du volume économique régional**. La croissance des techniques peu invasives s'explique par une hausse des endoscopies, des poses de cathétérismes cardiaques et des explorations nocturnes.

En termes d'évolution, la région Aquitaine est caractérisée par quelques atypies :

- **la baisse des séjours de chirurgie non ambulatoire ;**
- **la forte croissance des séjours de médecine, notamment pris en charge en ambulatoire.**

Cette croissance est notamment concentrée sur quelques activités : l'alimentation parentérale pour malnutrition protéino-énergétique légère de patients insuffisants rénaux chroniques, les ligatures de veines et éveinages, et les séjours pour douleurs abdominales, gastroentérites...

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Comme l'an passé, les trois CMD les plus contributrices à la croissance du volume économique du **secteur ex-DG** sont identiques à celles observées au niveau national :

- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire », croissance expliquée par la pneumologie ;
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire ».

Pour cette CMD ce sont les activités de chirurgie cardio-thoracique et les cathérismes vasculaires et interventionnels qui contribuent à la hausse du volume.

- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif », dont l'augmentation est notamment expliquée par l'orthopédie.

Certaines tendances contrastent avec les résultats nationaux : le volume économique des affections du système nerveux (CMD 1), de l'œil (CMD 2) et du système hépatobiliaires et du pancréas (CMD 7) progresse davantage en région. **Les affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles (CMD 10) sont marquées par une augmentation des séjours particulièrement forte (+18,4%).**

L'ARS rapporte une progression des séjours liés aux diabètes et aux maladies métaboliques.

Au sein du **secteur ex-OQN**, quelques CMD les plus contributrices sont identiques à celles observées nationalement :

- la CMD 2 « Affections de l'œil », qui doit son dynamisme à la chirurgie de la cataracte ;
- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif », croissance expliquée par la montée en charge de l'orthopédie – traumatologie.

En revanche, d'autres CMD, dont les évolutions contrastent avec les variations nationales, sont fortement contributrices à la croissance du volume régional :

- la CMD 1 « Affections du système nerveux ».

Selon la région, le développement de la chirurgie du rachis, de la neuro-chirurgie et de la neurologie médicale est à l'origine de ce résultat.

- la CMD 11 « Affections du rein et des voies urinaires » ;
- la CMD 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé », activité en hausse, plus particulièrement sur 4 cliniques.

3.2.3 Niveaux de sévérité

Pour les **établissements ex-DG**, la variation du volume économique des différents niveaux de sévérité diffère quelque peu des évolutions nationales. La baisse du volume des séjours de niveaux 1 est moins prononcée en région tandis que **la hausse des séjours de niveau 4 est bien plus soutenue**. L'activité du CHU de Bordeaux contribue à la moitié de la croissance des séjours de niveau 4. Les séjours de courte durée (niveau T) sont en baisse en région alors qu'ils sont stables sur la France.

Sur les **établissements ex-OQN**, les évolutions suivent globalement la tendance nationale. Seule la baisse du volume économique des séjours de niveau 2 contraste avec la légère augmentation nationale.

Auvergne

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Auvergne	France entière
Population, en milliers d'habitants (2010, INSEE)	1 347,4	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010, INSEE)	11,2%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes, 2012, Fonds CMU)	4,9%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011, [mise à jour juillet 2013], ADELI)	172,8	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital, standardisés, pour 1 000 habitants (2012, SNATIH)	253,0	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012, SNATIH)	10,6%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012, SNATIH)	9,1%	5,5%

La population en région Auvergne est plus souvent âgée. Cependant le taux de recours à l'hôpital en MCO est inférieur au taux de recours moyen en France.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	14	12*
Nombre de séjours (en milliers)	358,24	147,02

* 12 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 30 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les **recettes de la part tarifs** s'élèvent à **715 millions d'euros**. Ces recettes ont progressé de +3,8% par rapport à 2011. Comme l'an passé, l'augmentation du volume économique de la part tarifs, et celle des séjours sont supérieures au niveau national. **L'Auvergne fait partie des six régions où les actes et consultations externes sont en baisse.**

Les recettes des spécialités pharmaceutiques et DMI facturables en sus progressent moins vite que l'évolution nationale.

A propos de la dotation annuelle des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), la forte baisse des crédits AC contraste avec l'augmentation observée au niveau national.

La région rappelle que la dotation AC 2011 comprenait, à titre non pérenne, une dotation exceptionnelle de 10M€ au titre de l'investissement du CHU.

Secteur ex-OQN

Les **recettes de la part tarifs** atteignent **166 millions d'euros** et ont augmenté de **+2,7% entre 2011 et 2012**. La hausse du volume économique de la part tarifs est similaire au niveau national (+1,4% vs +1,7%). Celle des séjours est en revanche bien inférieure (+0,3% vs +1,3%).

La baisse des recettes associées à la liste en sus est plus prononcée en région.

Sur les dotations MIGAC, la baisse des crédits MIG est moins soutenue en Auvergne. La quasi-stabilité de la composante AC contraste avec la forte hausse observée au niveau national.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Auvergne	France	Auvergne	France
Evolution du volume économique	+4,4%	+3,1%	+0,3%	+1,0%
dont évolution du nombre de séjours	+4,2%	+2,1%	+1,2%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+0,2%	+1,0%	-0,9%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Pour le **secteur ex-DG**, les évolutions 2011/2012 sont semblables à celles de l'année passée. Le volume économique progresse de +4,4% (vs +3,1% pour la France entière). L'augmentation du nombre de séjours est à l'origine de cette hausse, puisque l'effet structure est nul.

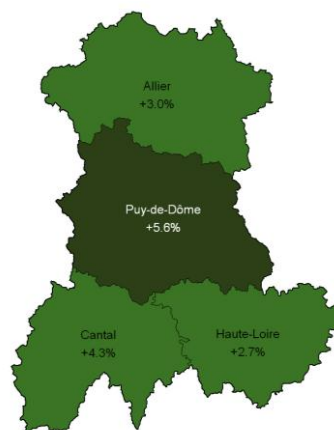
Pour les établissements du **secteur ex-OQN**, le volume économique augmente légèrement (+0,3%). La hausse du nombre de séjours, supérieure à l'augmentation nationale, est compensée par un effet structure négatif (-0,9%).

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

L'évolution du volume économique n'est pas uniforme selon le territoire de santé, les catégories d'établissements et les établissements.

Sur le **secteur ex-DG**, tous les territoires de santé affichent une hausse du volume économique supérieure à +3%. Cette hausse est expliquée par l'augmentation du nombre de séjours. Le volume économique du **Puy-de-Dôme** augmente plus rapidement que sur les autres territoires (+5,6%), en raison de l'implantation du **CLCC** et du **CHU de Clermont-Ferrand**, établissements dynamiques et contributeurs à la croissance.

Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-DG



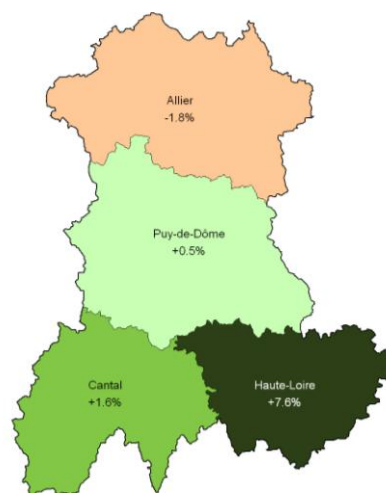
Concernant les catégories d'établissements, le volume économique du **CLCC d'Auvergne** progresse bien plus vite que ses homologues nationaux (+24,3% vs +4,5%). Un fort effet structure (+14,6%) est à l'origine de la hausse du volume. D'après l'analyse régionale, trois explications peuvent être à l'origine de l'augmentation du volume au sein du CLCC : le transfert de la chirurgie thoracique du CHU vers le CLCC, l'ouverture de lits de réanimation et le recrutement de praticiens sur l'activité de cancérologie. Pour les centres hospitaliers, la croissance du volume économique est plus forte en Auvergne. En effet, huit CH de la région Auvergne (sur douze) affichent une évolution du volume économique supérieure à +3%.

Sur l'ensemble de la région, tous les établissements sont concernés par une augmentation du volume économique supérieure à +1%. Un quart de la croissance du volume régional est imputable au CHU de Clermont, un autre quart au CLCC. La moitié restante est due à l'activité des 12 centres hospitaliers.

Pour les **cliniques privées ex-OQN**, le volume économique diminue sur le territoire de l'**Allier** (-1,8%) et augmente fortement en **Haute-Loire** (+7,6%). Le dynamisme de la Haute-Loire est dû à la montée en charge d'une clinique, notamment sur l'activité de médecine.

Sur l'ensemble des établissements de la région, les variations du volume économique sont très dispersées. Cinq établissements affichent une baisse du volume économique, sept sont concernés par une hausse du volume.

Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Sur le **secteur ex-DG**, l'hospitalisation complète explique plus de 60% de la croissance du volume économique régional. **Pour toutes les CAS, exceptés l'obstétrique-enfant et les séjours de médecine avec nuitée(s), le volume économique en région progresse plus vite que celui observé au niveau national.**

Sur le **secteur ex-OQN**, les évolutions en volume de l'ensemble des CAS sont très différentes des évolutions nationales. Quelques **atypiques** peuvent être citées comme exemple :

- **La forte croissance en volume économique des séjours de médecine**, notamment réalisés en ambulatoire.

Cette forte croissance est à mettre en relation avec la progression de l'activité de médecine dans une des cliniques de Haute-Loire, qui bénéficie d'une autorisation pour cette activité depuis 2010.

- la croissance plus soutenue des séjours de techniques peu invasives, que ce soit en volume ou en nombre de séjours ;
- la baisse du volume économique de la chirurgie non ambulatoire, en raison d'une baisse des séjours.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Pour le **secteur ex-DG**, les CMD les plus contributrices à la croissance du volume sont les mêmes que celles observées nationalement :

- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » ;
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- la CMD 6 « Affections du tube digestif » ;
- la CMD 8 « Affection et traumatisme de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif ».

Ces quatre CMD ont un volume économique qui progresse plus vite que les évolutions nationales. C'est le cas également des affections de l'œil (CMD 2), des affections du système hépatobiliaire et du pancréas (CMD 7), et des affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles (CMD 10).

Pour le **secteur ex-OQN**, les évolutions 2011/2012 de l'Auvergne sont également **atypiques** par rapport à la situation nationale. Les CMD qui contribuent fortement à la croissance du volume régional sont différentes de celle observée nationalement. Elles présentent toutes une augmentation du volume supérieure à +6%. Ce sont :

- la CMD 3 « Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents » ;
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- la CMD 20 « Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci » ;
- la CMD 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé ».

3.2.3 Niveaux de sévérité

Pour les **établissements ex-DG**, l'augmentation du volume économique des séjours de **niveau 2, 3, 4, J et T est supérieure à l'évolution nationale**. L'écart est probant sur les séjours de niveau 2 (+6,7% vs +3,3%). L'ARS mentionne une forte progression du volume économique des décès (niveau E), lié à un fort effet structure. Cette tendance pourrait refléter une aggravation des cas pris en charge.

Pour le **secteur ex-OQN**, les évolutions sont différentes des variations nationale. Le volume économique des séjours de niveau 1, 2 et 3 sont en baisse. Le volume des séjours en ambulatoire et de courte durée progresse de manière similaire au niveau national. L'augmentation du volume des séjours de niveau 4 est plus soutenue en région, et est due uniquement à un fort effet structure.

Basse-Normandie

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Basse-Normandie	France entière
Population. en milliers d'habitants (2010. INSEE)	1 473,5	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010. INSEE)	10,3%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes. 2012. Fonds CMU) -	5,1%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011, [mise à jour juillet 2013], ADELI)	154,3	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital. standardisés. pour 1 000 habitants (2012. SNATIH)	258,4	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012. SNATIH)	8,1%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012. SNATIH)	7,6%	5,5%

L'ARS souligne le fait que la population de la Basse-Normandie progresse peu. La région est marquée par le vieillissement de la population, et donc un recours croissant à l'hospitalisation. La population bas-normande est plus affectée par des troubles cardiaques et vasculaires (alimentation plus riche, alcoolisme plus élevée que la moyenne nationale). Concernant l'offre de soins, la densité de professionnels médicaux est moins dense que la moyenne nationale. L'attractivité du territoire caennais se renforce ; les professionnels médicaux et les établissements de soins y sont plus nombreux, au détriment du territoire de l'Orne. Le secteur public semble cependant subir la concurrence du secteur privé sur certaines activités (le cardio-vasculaire, le digestif et l'orthopédie traumatologique).

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	22	11*
Nombre de séjours (en milliers)	418,49	128,17

Source : PMSI MCO

* 11 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 18 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les recettes associées à la part tarifs atteignent 835 millions d'euros et ont augmenté de +1,9% entre 2011 et 2012. Le volume économique de la part tarif et celui des séjours augmentent moins rapidement que les progressions nationales.

Les recettes associées à la liste en sus sont en baisse, ce qui contraste avec la hausse nationale.

Selon l'analyse régionale, cette baisse est liée à une diminution des recettes sur les molécules onéreuses.

Pour les dotations MIGAC, l'augmentation des crédits AC est bien plus prononcée en région.

Secteur ex-OQN

En 2012, les recettes associées à la part tarifs atteignent 160 millions d'euros et ont augmenté de +5,9% entre 2011 et 2012. La hausse du volume économique de la part tarif et celle des séjours (y compris suppléments) sont supérieures à la moyenne nationale.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 4 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Basse-Normandie	France	Basse-Normandie	France
Evolution du volume économique	+2,0%	+3,1%	+4,0%	+1,0%
dont évolution du nombre de séjours	+1,4%	+2,1%	+3,0%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+0,7%	+1,0%	+1,0%	+0,0%

Source : PMSI MCO

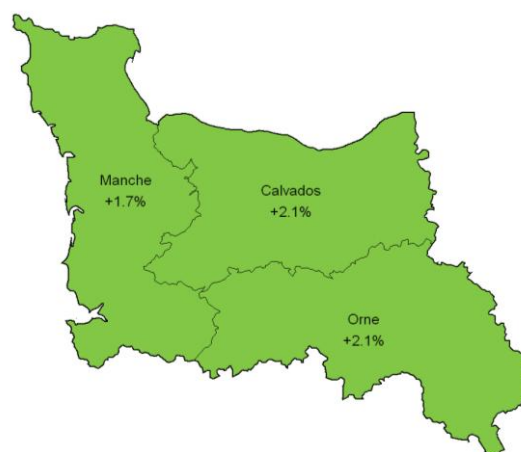
Comme l'an passé, le volume économique des séjours réalisés par les établissements du **secteur ex-DG** progresse moins vite que la tendance nationale (+2,0% vs +3,1%). L'augmentation du nombre de séjours ainsi que l'effet structure sont plus modérés en région.

S'agissant des **cliniques privées ex-OQN**, la progression du volume économique est bien supérieure à l'augmentation nationale (+4,0% vs +1,0%). La hausse du nombre de séjours et l'effet structure sont supérieurs en Basse-Normandie.

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Pour le **secteur ex-DG**, les variations du volume économique sont homogènes selon les territoires de santé (comprises entre +1,7% et +2,1%). Néanmoins, la décomposition entre l'effet nombre de séjours et l'effet structure est différente d'un territoire à l'autre. Dans le Calvados, c'est l'augmentation du nombre de séjours qui explique la progression du volume économique, dans l'Orne, c'est l'effet structure. L'effet structure est supérieur à +3% dans cinq des six établissements de l'Orne. Dans le territoire de la Manche, ce sont les deux effets qui sont à l'origine de l'augmentation.

Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-DG

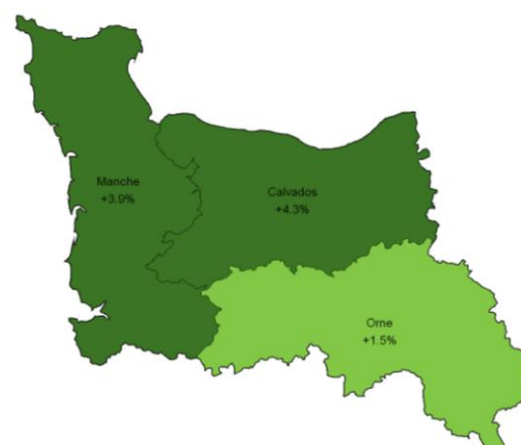


Mis à part le CLCC, le volume économique des différentes catégories d'établissements progresse moins vite en Basse-Normandie qu'au niveau national. L'évolution plus modérée du nombre de séjours, voire la baisse pour les EBNL, est à l'origine de ce résultat. A l'inverse, le volume économique du CLCC progresse plus vite que celui de ses homologues nationaux.

Sur l'ensemble de la région, les établissements contribuant fortement à l'augmentation du volume sont : le CHU de Caen, le CLCC Baclesse, le CH d'Avranches-Granville, le CH de Lisieux et le CH d'Alençon.

Au sein des **établissements ex-OQN**, la croissance du volume économique régional est essentiellement imputable à l'activité du Calvados, et dans une moindre mesure de la Manche. L'Orne affiche une évolution bien plus modérée du volume économique.

Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-OQN



Sur l'ensemble des territoires, un établissement explique près de la moitié de la croissance régionale. Sur les onze établissements analysés, une seule clinique affiche une baisse du volume économique.

3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Sur le **secteur ex-DG**, les évolutions et les contributions à la croissance des différentes CAS sont atypiques. La Basse-Normandie explique 70% de sa croissance en volume par le dynamisme de la médecine avec nuitée(s). **Contrairement à la tendance nationale, la chirurgie non ambulatoire affiche une baisse du volume, et donc freine l'augmentation du volume économique régional. Le volume économique et le nombre de séjours de la chirurgie ambulatoire est en baisse.** En revanche, le volume des techniques et des séances sont très dynamiques, que ce soit en volume, en nombre de séjours ou en effet structure.

Ce sont les séances de chimiothérapie qui explique la croissance des séances.

Comme l'ensemble des établissements ex-OQN, 70% de la croissance est expliquée par le dynamisme de la chirurgie. La contribution de la chirurgie est d'autant plus forte en Basse-Normandie que la chirurgie explique 70% de l'augmentation constatée de 4%, là où France entière la chirurgie explique 70% d'une augmentation de 1%. Les techniques peu invasives et les activités liées à l'obstétrique sont également plus dynamiques en Basse-Normandie, que ce soit en volume ou en nombre de séjours. Les séances affichent en revanche une baisse du volume économique.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Sur le **secteur ex-DG**, les cinq CMD les plus contributrices à la croissance régionale sont les mêmes qu'au niveau national : les affections du système nerveux (CMD 1), les affections de l'appareil respiratoire et circulatoire (CMD 4 et 5), les affections du tube digestif (CMD 6) et les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif (CMD 8).

Chacune de ces CMD concentrent une part plus importante de séjours en région, et l'augmentation du volume économique y est plus modérée par rapport au niveau national.

Pour le **secteur ex-OQN**, les CMD les plus contributrices à la croissance du volume économique régional sont :

- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » ;
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- la CMD 2 « Affections de l'œil ».

Le volume économique de ces trois CMD augmente plus rapidement en région que sur la France entière. Les affections de l'appareil respiratoire (CMD 4), qui contribuent fortement à la croissance du volume économique national, sont en recul en région. Et inversement, pour les affections du tube digestif (CMD 6)

3.2.3 Niveaux de sévérité

Au sein des **établissements ex-DG**, la particularité de la Basse-Normandie réside dans la quasi-stabilité des séjours d'ambulatoire et de courte durée. En effet, le secteur ex-OQN a gagné en part de marché sur ces niveaux (3 points de part de marché sur les séjours en J, un point sur les séjours en T). La croissance plus modérée du volume économique des séjours de niveau 4 (+3,7% vs +6,8%) est imputable à un effet structure négatif (-3,5%).

Pour les **cliniques ex-OQN**, le volume économique des séjours de niveau 1, 2, 3, 4 et J augmente bien plus rapidement en région. La hausse plus soutenue du nombre de séjours en est à l'origine.

Bourgogne

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Bourgogne	France entière
Population, en milliers d'habitants (2010, INSEE)	1 642,1	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010, INSEE)	11,0%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes, 2012, Fonds CMU)	5,0%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011, [mise à jour juillet 2013], ADELI)	161	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital, standardisés, pour 1 000 habitants (2012, SNATIH)	267,7	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012, SNATIH)	12,5%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012, SNATIH)	9,7%	5,5%

L'ARS précise les éléments de contexte suivants. Avec 1,6 millions d'habitants, la Bourgogne représente moins de 3% de la population française. La population continue d'augmenter, mais à un rythme plus modéré depuis les années 1970, sauf dans la Nièvre (diminution de sa population). **La région est marquée par le vieillissement de sa population, plus particulièrement dans la Nièvre et en Saône et Loire. Ce phénomène est ainsi susceptible de faire évoluer les modes de prise en charge et d'accompagnement.**

Les indicateurs globaux de santé s'améliorent. La mortalité prématurée (avant 65 ans) représente 18% des décès en Bourgogne. Les principales causes sont les cancers (41%), les traumatismes et empoisonnements (16%), et les maladies cardiovasculaires (14%). Les pathologies cardiovasculaires et neurovasculaires touchent plus particulièrement la Nièvre, l'Yonne et le nord/nord-ouest de la Côte d'Or, où il est constaté un recours aux soins hospitaliers de courte durée plus important en région qu'en moyenne. Quant aux cancers, la Nièvre et la Saône et Loire présentent des taux d'hospitalisation pour ces pathologies plus élevés que les autres départements de la région.

Sur l'offre globale de santé, la dispersion importante de la population sur l'ensemble de la région entraîne également un étalement de l'offre ambulatoire, hospitalière et médico-sociale. Cette dispersion se trouve ainsi fragilisée tant sur le plan financier que sur celui des ressources médicales et paramédicales. L'offre conséquente dans le champ hospitalier se caractérise par des structures d'hospitalisation de court séjour nombreuses, de tailles et d'activités diverses. Le secteur public est fortement investi dans l'activité de médecine avec 5 fois plus de lits que le secteur privé ; ce dernier par contre dispose d'un peu plus de lits et places de chirurgie. Le maillage de la région est assuré par

les services des urgences mais avec une inégale effectivité de la permanence des soins. La permanence des soins ambulatoires notamment (86 secteurs de garde), appuyée par quelques maisons médicales de garde, fonctionne différemment selon les départements. De nombreux défis sont donc à relever pour organiser l'offre de santé de façon à ce qu'elle réponde aux besoins de la population régionale.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	23	14*
Nombre de séjours (en milliers)	437,96	181,17

Source : PMSI MCO

* 14 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 34 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les **recettes de la part tarifs** atteignent **904 millions d'euros** et sont en hausse de **+4,0% par rapport à l'année 2011**. Le volume économique de la part tarifs et celui des séjours (suppléments journaliers compris) augmentent plus rapidement en région.

Le constat est identique pour les actes et consultations externes (+4,0% vs +3,1%).

Deux explications sont fournies par la région afin d'expliquer la hausse des ACE :

- l'amélioration de l'exhaustivité du codage, notamment au CHU (principal contributeur à la croissance) qui s'était préparé à la mise en place de la facturation individuelle de ces actes (projet FIDES), effective depuis avril 2013 ;
- le possible déport des actes réalisés en ville vers les consultations externes à l'hôpital sur certaines zones de la région.

Après une évolution 2010/2011 à la baisse, les recettes de la liste en sus sont à nouveau à la hausse (+12,9%). Ce sont le CHU de Dijon et les CH de Macon et Chalon-sur-Saône qui sont à l'origine de cette augmentation.

Enfin, pour la dotation annuelle des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), les évolutions régionales sont plus prononcées. La baisse des crédits MIG et la hausse de l'enveloppe AC sont plus importantes en région.

La délégation de crédits AC au dernier trimestre 2012 afin d'accompagner les établissements en situation de difficultés financières explique la forte hausse.

Secteur ex-OQN

Les **recettes de la part tarifs** sont de **191 millions d'euros** et ont progressé de **+3,3% entre 2011 et 2012**. La hausse du volume économique de la part tarifs est légèrement inférieure à celle observée nationalement. Celle des séjours est en revanche nettement supérieure.

La baisse des recettes des médicaments et DMI payés en sus est plus prononcée en région.

Après une croissance soutenue entre 2010 et 2011, la dotation MIGAC est marquée par une forte baisse des crédits sur les deux enveloppes.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Bourgogne	France	Bourgogne	France
Evolution du volume économique	+3,5%	+3,1%	+2,0%	+1,0%
dont évolution du nombre de séjours	+2,4%	+2,1%	+1,8%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+1,1%	+1,0%	+0,2%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Contrairement à l'an passé, le volume économique des séjours du **secteur ex-DG** augmente plus rapidement en Bourgogne (+3,5% vs +3,1%). La hausse du nombre de séjours et l'effet structure sont légèrement supérieurs en région.

Au regard des évolutions 2010/2011, la région conclut donc à un « rattrapage » d'activité en 2012.

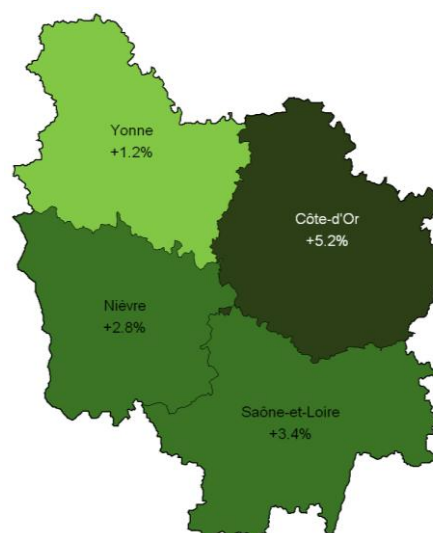
Pour les **cliniques privées ex-OQN**, la hausse du volume économique est également supérieure en Bourgogne (+2,0% vs +1,0%). Seule l'augmentation du nombre de séjours explique la progression du volume.

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Pour les deux secteurs, l'évolution du volume économique n'est pas uniforme selon les territoires de santé, les catégories d'établissements et les établissements.

Pour le **secteur ex-DG**, le territoire de la Côte d'Or présente une progression du volume supérieure à l'évolution régionale (+5,2%). Ce résultat est lié à l'augmentation du nombre de séjours. Quatre établissements sur cinq sont concernés par une augmentation du volume supérieure à +5%, et le dynamisme du CHU de Dijon accélère l'augmentation de l'activité dans ce territoire. **A contrario, dans l'Yonne la hausse du volume économique est moindre (+1,2%), en raison d'une stabilité des séjours.** Sur ce territoire, le volume économique de trois établissements (sur cinq) est en baisse.

Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-DG



La déclinaison par catégories d'établissements révèle deux faits remarquables :

- **La plus forte évolution du volume économique pour le CHR et le CLCC de la région**, par rapport à leurs homologues nationaux. Les deux établissements sont marqués par une forte progression du nombre de séjours.

Selon l'ARS, le dynamisme du CHU est lié à la réorganisation de l'activité suite à son déménagement. Le CHU a fait le choix de développer l'hospitalisation de jour et de semaine. Les séances, notamment d'hémodialyse sont également en hausse. Enfin, le codage des séjours sur e-pmsi a gagné en régularité et est moins sujet à rattrapage en fin d'année.

De son côté, le CLCC a augmenté son activité, majoritairement sur les séances de chimiothérapie.

- **Une baisse du volume du seul EBNL de la région, en raison d'une chute du nombre de séjours.**

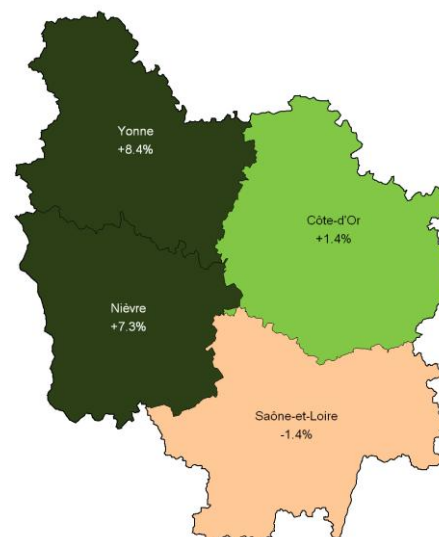
Sur l'ensemble de la région, 60% de la croissance est expliqué par l'activité de deux établissements : le CHU de Dijon et le CH de Chalon sur Saône.

Le centre hospitalier a fait l'objet en octobre 2011 d'un changement de site avec extension de capacité. Il y a donc eu un effet attractivité lié au nouvel hôpital, conjugué à la réalisation du plan d'actions inscrit à son contrat de performance. Ce phénomène a très probablement impacté les autres établissements dont il est l'hôpital pivot ; les centres hospitaliers de Montceau les Mines, du Creusot et d'Autun ayant subi une forte diminution du nombre de leurs séjours.

Pour les **cliniques privées ex-OQN**, ce sont les territoires de la Nièvre et de l'Yonne qui affichent les plus fortes hausses du volume économique, en raison d'une augmentation quasi-identique du nombre de séjours. Ces deux territoires semblent « rattraper » les baisses d'activités enregistrées en 2011. Le volume et le nombre de séjours sont en baisse en Saône et Loire.

Sur l'ensemble de la région, l'évolution du volume et du nombre de séjours est très contrastée d'un établissement à l'autre. Neuf établissements sont concernés par une hausse du volume (dont deux par une hausse supérieure à +10%), cinq établissements par une baisse.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

S'agissant de l'activité des établissements du **secteur ex-DG**, le poids de l'hospitalisation complète (chirurgie et médecine non ambulatoire) dans la contribution à la croissance du volume économique est plus important en région. Sur les autres CAS, la Bourgogne possède quelques spécificités par rapport à la tendance nationale :

- une croissance du volume économique plus soutenue pour les techniques peu invasives et les séjours de médecine en ambulatoire ;
- une hausse du volume mais surtout du nombre de séjours bien moins soutenue pour la chirurgie ambulatoire ;
- une baisse du volume économique sur les séjours d'obstétrique.

Comme au niveau national, la croissance du volume économique des **établissements ex-OQN** en Bourgogne s'explique par le dynamisme de la chirurgie ambulatoire (notamment ophtalmologique) et des techniques peu invasives. La région se distingue cependant des résultats nationaux par la baisse du volume sur l'obstétrique, les séances et les séjours de médecine non ambulatoire.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Cette année, sur le **secteur ex-DG**, les CMD les plus contributrices à la croissance du volume en Bourgogne sont globalement similaires à celles de la croissance nationale :

- CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » ;
- CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- CMD 6 « Affections du tube digestif ».

La particularité de la Bourgogne réside dans la baisse du volume et du nombre de séjours des affections de l'œil (CMD 2).

Comme au niveau national, les CMD suivantes contribuent fortement à la croissance du volume économique des **établissements ex-OQN**.

- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » ;
- la CMD 10 « Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles ».

Mais les affections de l'œil (CMD 2) présentent une hausse du volume économique et une contribution à la croissance très forte en Bourgogne (+20% de séjours). Rappelons qu'entre 2010 et 2011, cette CMD était en baisse.

3.2.3 Niveaux de sévérité

Au sein des **établissements ex-DG**, les évolutions en volume des niveaux 1, 2, 3 et 4 sont légèrement différentes de la tendance nationale. La baisse du volume des séjours de niveau 1 et la hausse des séjours de niveau 2 sont moins soutenues en région. **Le volume économique et le nombre de séjours associés au niveau 3 et 4 progressent en revanche plus vite que la tendance nationale.**

Le vieillissement de la population et l'amélioration du codage semblent être les principaux facteurs de ces évolutions.

Pour le **secteur ex-OQN**, les évolutions en volume des séjours de niveaux 1, 2, 3 et 4 sont **atypiques**. Le volume économique des séjours de niveau 1 est en hausse tandis que celui des séjours de niveau 2 et 4 est en baisse. **Le volume économique des séjours de niveau 4 diminue de -20%, dont une baisse du nombre de séjours de -10% et un effet structure de -10%.**

4. Evolution comparée de la dynamique de chaque secteur

L'ARS s'interroge sur un possible déport des séjours lourds vers le secteur public.

Le CHU de Dijon et le CH de Chalon sur Saône ont fait l'objet d'un certain nombre de restructurations :

- déménagement, révision des organisations, développement des alternatives à l'hospitalisation complète, facturation directe des ACE... pour le CHU
- augmentation des capacités pour le CH de Chalon sur Saône.

Globalement, les cliniques de l'agglomération dijonnaise ne semblent pas avoir souffert de la restructuration du CHU. Toutefois sur l'obstétrique, la baisse d'activité observée sur une des cliniques peut être mise en parallèle de la hausse d'activité observée au CHU.

En revanche, le CH de Chalon a contribué au dynamisme de son territoire, très probablement au détriment des établissements publics et privés voisins.

Bretagne

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Bretagne	France entière
Population, en milliers d'habitants (2010, INSEE)	3 199,1	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010, INSEE)	10%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes, 2012, Fonds CMU)	3,7%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011, [mise à jour juillet 2013], ADELI)	172,7	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital, standardisés, pour 1 000 habitants (2012, SNATIH)	252,9	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012, SNATIH)	3,7%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012, SNATIH)	3,6%	5,5%

Du point de vue démographique, la région Bretagne concentre une part plus importante de personnes âgées que la moyenne nationale. Néanmoins, le vieillissement de la population est hétérogène selon les territoires de santé. Les territoires localisant les CHU sont par exemple moins concernés. L'agence régionale de santé de Bretagne anticipe tout de même une accentuation du phénomène de vieillissement en raison de l'attractivité de la région vis-à-vis des retraités. Concernant la structure sociologique, la Bretagne est constituée d'une part plus élevée d'agriculteurs et d'ouvriers. Le taux de bénéficiaires de la CMU-C de la Bretagne est le plus bas de France.

Des données épidémiologiques tendent à montrer que la Bretagne possède un taux de mortalité plus élevé que la moyenne nationale. Cette surmortalité est en partie liée à un fort taux de suicide. Néanmoins, la première cause de décès reste les maladies de l'appareil circulatoire, devant les cancers et les morts violentes. Devant ces résultats inquiétants, des campagnes de prévention, informations et dépistages se sont développées.

Concernant l'offre de soins hospitalière, l'année 2012 a été marquée par le passage à la T2A de la fusion de deux ex hôpitaux locaux. Les taux de fuite et d'attractivité se compensent. Le CHU de Rennes attire un certain nombre de patients des départements limitrophes. Les fuites de séjours se réalisent vers le l'APHP (activités de recours de niveau national), le CHU de Nantes (expertise inter-régionale) ou les établissements de Châteaubriant (proximité géographique).

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	35	19*
Nombre de séjours (en milliers)	800,36	307,71

Source : PMSI MCO

* 19 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 51 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, **les recettes associées à la part tarifs s'élèvent à 1,6 milliard d'euros** et ont augmenté de **+2,4% entre 2011 et 2012**. L'augmentation du volume économique de la part tarifs et celle des séjours (y compris suppléments journaliers) sont inférieures aux augmentations nationales. Les actes et consultations externes progressent légèrement moins rapidement en Bretagne (+2,9% vs +3,1%).

Les différences de facturation des forfaits techniques entre 2011 et 2012 (tarif amorti, expérimentation FIDES) expliquent en partie ce résultat d'après la région.

Les recettes associées aux médicaments et DMI payés en sus augmentent plus vite en région.

Selon l'instance régionale, cette augmentation est due à des recrutements de chirurgiens (poses de DMI du rachis et développement de la chirurgie de l'appareil locomoteur).

Au niveau de la dotation annuelle des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), l'évolution des différentes enveloppes s'inscrit dans la tendance nationale.

L'agence régionale explique la baisse des crédits MIG par le transfert du financement de la permanence des soins en établissements de santé, des centres périnataux de proximité, des centres de diagnostics anonymes et de l'éducation thérapeutique de l'enveloppe MIG vers le fonds d'intervention régional (FIR).

Secteur ex-OQN

Les **recettes 2012 de la part tarifs** des cliniques privées ex-OQN atteignent **358 millions d'euros**, soit **+5,2% d'évolution par rapport à 2011**. Le volume économique de la part tarifs, et celui des séjours, progressent plus rapidement en région.

Les recettes liées à la liste en sus sont en légère baisse (-0,3%), comme observé à l'échelle nationale (-0,7%).

Pour la dotation annuelle MIGAC, la composante AC progresse de façon spectaculaire en Bretagne (+104,4% vs +34,3% pour la France entière).

La région précise que des enveloppes MIG telle que l'enveloppe UHSI provisionnée dans l'attente de son ouverture ont été utilisées en accompagnement contractuel pour renforcer ponctuellement les situations financières des établissements.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Bretagne	France	Bretagne	France
Evolution du volume économique	+2,2%	+3,1%	+2,6%	+1,0%
dont évolution du nombre de séjours	+1,2%	+2,1%	+2,1%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+1,1%	+1,0%	+0,5%	+0,0%

Source : PMSI MCO

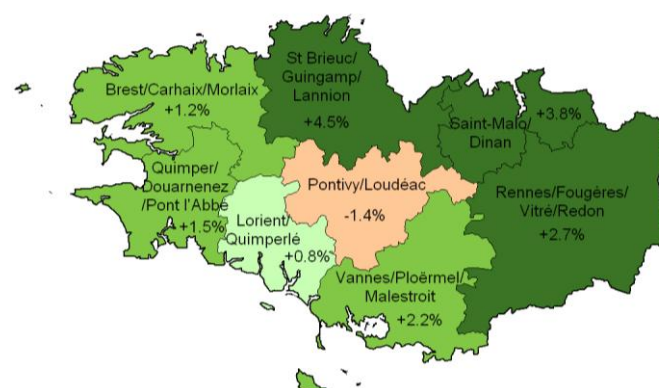
Dans les établissements du **secteur ex-DG**, le volume économique des séjours progresse moins rapidement en Bretagne (+2,2% vs +3,1%). L'augmentation du nombre de séjours est inférieure à la croissance nationale, l'effet structure est identique.

Comme l'an passé, le volume économique du **secteur ex-OQN** breton augmente plus vite que le volume national. L'augmentation du nombre de séjours est supérieure à l'évolution nationale, l'effet structure également.

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Au sein du **secteur ex-DG**, la variation du volume économique et du nombre de séjours est hétérogène d'un territoire à l'autre. Dans les territoires de St-Malo/Dinan et de Briec/Guingamp/Lannion le volume économique évolue de plus de +3%, en raison d'une forte hausse du nombre de séjours. Le volume économique et le nombre de séjours de chaque établissement des territoires mentionnés sont en hausse.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-DG



L'ARS précise qu'il existe une forte hausse de l'activité de séances sur ces deux territoires.

A l'inverse, le volume du territoire de Pontivy/Loudéac est en baisse, à cause d'un effet structure négatif (-5,1%). Les deux établissements de ce territoire sont concernés par une baisse du volume, mais l'effet structure négatif est imputable au CH Centre Bretagne.

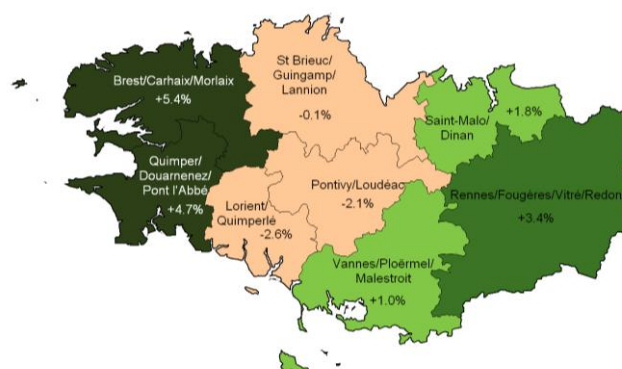
Excepté pour les établissements à but non lucratif (EBNL), le volume économique associé aux différentes catégories d'établissements progresse moins vite en Bretagne. **Les CHR bretons sont notamment caractérisés par une stabilité des séjours, le CLCC par une diminution du nombre de séjours.** Il faut rappeler qu'en 2011, cet établissement présentait une évolution du volume économique très supérieure au national.

Sur l'ensemble de la région, la moitié de la croissance du volume économique est imputable au CHU de Rennes et au CH de Brest. Quatre établissements freinent l'augmentation du volume économique.

Concernant les **cliniques privées ex-OQN**, de forts écarts d'évolution du volume économique existent entre les territoires de santé. Pour deux territoires la hausse du volume économique est supérieure à +4% alors que pour les trois autres il est en diminution.

Sur l'ensemble de la région, six établissements semblent expliquer la majeure partie de la croissance du volume économique régional. Six autres sont concernés par une baisse de leur activité.

Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Pour le **secteur ex-DG**, les évolutions et contributions à la croissance du volume des différentes activités sont similaires à la tendance nationale. L'hospitalisation complète contribue à 65% de la croissance du volume économique régional, bien que le volume progresse légèrement moins vite que le rythme national. Deux spécificités sont remarquables :

- **La croissance plus soutenue de la chirurgie ambulatoire**, en volume comme en nombre de séjours.

D'après la région, quatre établissements sont à l'origine de cette forte croissance : le CH de Bretagne Atlantique (reprise de l'activité d'urologie), de St Brieuc, de St Malo et la clinique Porte de Lorient (recrutement de praticiens vasculaires et développement de la chirurgie orthopédique).

- La baisse des séjours en obstétrique-mère et de médecine en ambulatoire.

Selon l'instance régionale, la baisse de l'activité de médecine ambulatoire est spécifique aux centres hospitaliers, et particulièrement remarquable au CH Bretagne Atlantique, de Lannion, et de Dinan.

Au sein des **établissements ex-OQN**, comme l'an passé, la croissance du volume économique est principalement due à l'activité de chirurgie (ambulatoire ou non). La Bretagne se distingue des résultats nationaux sur trois points :

- la hausse plus soutenue de la chirurgie ambulatoire, en volume ou en nombre de séjours ;
- **la forte hausse des séances, qui contribuent ainsi à expliquer 10% de la croissance du volume régional.** Cette croissance est portée par trois établissements selon la région ;
- la croissance bien plus modérée des séjours de médecine (ambulatoire ou non).

Quel que soit le secteur de financement, l'ARS confirme une substitution de la chirurgie en hospitalisation complète par l'ambulatoire. Cette substitution est plus ou moins forte selon les établissements.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Pour les **établissements ex-DG**, les affections du système nerveux (CMD 1) est la CMD la plus contributrice à la croissance du volume économique régionale, suivi par les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif (CMD 8).

Les CMD qui contribuent fortement à la croissance du volume national (CMD 4, 5 et 6) présentent une évolution plus modérée en région. **Le volume économique des affections de l'œil (CMD 2) est en baisse, du fait d'un effet structure négatif. Celui des affections du rein et des voies urinaires (CMD 11) progresse bien plus rapidement en Bretagne.** Cette croissance semble être liée à la reprise de l'activité d'urologie au CH Bretagne Atlantique.

Dans les **établissements ex-OQN**, les CMD les plus contributrices à la croissance sont les mêmes que celles observées au niveau national :

- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » ;
- la CMD 10 « Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles » ;
- la CMD 2 « Affections de l'œil ».

La hausse du volume pour ces trois CMD est bien supérieure en région.

3.2.3 Niveaux de sévérité

Au sein des **établissements ex-DG**, deux faits sont remarquables : **la baisse plus prononcée du volume économique des séjours de niveau 1 et la hausse plus soutenue des séjours de niveau 4.**

La région rapporte que de nombreux audits ont été réalisés avec pour conséquence, d'une part des correctifs de type LAMDA et d'autre part des améliorations de codage médical qui peuvent expliquer ces taux d'évolution élevés.

Pour les **établissements ex-OQN**, quelques tendances régionales s'éloignent des évolutions nationales. **Le volume économique et le nombre de séjours de niveau 3, 4 et J augmentent davantage en région.** La croissance des séjours de courte durée (niveau T) est en revanche plus modérée.

Centre

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Centre	France entière
Population, en milliers d'habitants (2010, INSEE)	2 548,1	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010, INSEE)	10,2%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes, 2012, Fonds CMU)	5,4%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011, [mise à jour juillet 2013], ADELI)	154,8	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital, standardisés, pour 1 000 habitants (2012, SNATIH)	250,0	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012, SNATIH)	13,4%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012, SNATIH)	5,3%	5,5%

L'analyse régionale fait mention de plusieurs phénomènes pouvant expliquer les caractéristiques et l'évolution de l'activité hospitalière dans la région Centre.

Sur les éléments démographiques, le **vieillissement de la population** semble plus prononcé dans la région que la moyenne nationale : l'indice de vieillissement de la population de la région se situe à 77,6 soit supérieur de 10 points à l'indice France entière de 67,9, et plus particulièrement dans trois départements : le Cher : 95,8, l'Indre : 112,9 et le Loir et Cher : 89,9.

D'autre part, **la problématique de la démographie médicale est particulièrement sensible en région Centre**. En effet, la phase « diagnostic régional de santé » du PRSP établit à 12 % le taux de postes de PH vacants dans les établissements publics, ce taux est inchangé en 2013. Les derniers chiffres de l'INSEE, incluant les établissements de santé et l'offre ambulatoire, placent la région Centre au 2ème rang le plus faible (après la Picardie) pour le nombre de médecins total pour 100 000 habitants. Sur six départements, seul le département d'Indre et Loire, siège du CHRU, se situe au-dessus des ratios nationaux.

Concernant l'organisation de l'offre de soins hospitalière, la concentration de l'activité MCO parmi les 24 établissements T2A publics, observée depuis plusieurs exercices, se poursuit : les six CH de référence et les deux CHR produisent 85 % de l'activité et des recettes. Cette concentration résulte des choix de l'ARH/ARS dans les décisions d'autorisations des activités de soins sur les plateaux techniques des établissements de référence. Cette évolution pourrait se poursuivre à terme pour des établissements de proximité dont l'activité de chirurgie et de maternité est particulièrement fragile. De même,

sur les vingt cliniques privées MCO, dont les regroupements ont précédé ceux du secteur public, 14 établissements produisent 86 % de l'activité et des recettes.

L'amélioration de l'exhaustivité mensuelle des transmissions est constatée, notamment pour les 2 CHR et les 6 CH de référence.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	24	20*
Nombre de séjours (en milliers)	526,65	252,56

Source : PMSI MCO

* Seuls 20 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 64 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les **recettes de la part tarifs** s'élèvent à **1,1 milliards d'euros**. Ces recettes ont progressé de **+2,6% entre 2011 et 2012**. Comme l'an passé, le volume économique associé à la part tarifs et le nombre de séjours progressent légèrement moins vite que le rythme national. Les actes et consultations externes progressent de +3,5% contre +3,1% pour la France entière.

D'après l'Agence régionale de santé, seuls trois établissements (sur 22 ayant la possibilité de réaliser ce type de prestations) enregistrent une légère diminution de cette prise en charge. Les passages aux urgences constituent globalement 10% des recettes des consultations et actes externes.

Les recettes de la liste des médicaments et DMI payés en sus augmentent plus rapidement que la tendance nationale (+6,6% vs +6,0%).

Le CHRU de Tours est le principal contributeur de cette croissance en raison de l'utilisation d'immunodépresseurs, du développement de transplantation hépatiques, et des DMI sur les sphères cardio-vasculaires (prothèses cardio-vasculaires et cœurs artificiels).

Pour la dotation annuelle des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), les deux enveloppes sont en baisse. La diminution de la composante AC en région contraste avec la hausse observée au niveau national.

Secteur ex-OQN

Les recettes de la part tarifs atteignent 331,5 millions d'euros et ont augmenté de +3,5% par rapport à 2011. Le volume économique de la part tarifs et le nombre de séjours augmentent plus vite que les évolutions nationales.

Contrairement à l'an passé, les recettes des médicaments et DMI payés en sus sont en baisse. Cette baisse est plus prononcée que la diminution nationale.

Pour la dotation annuelle MIGAC, les tendances régionales suivent globalement les évolutions nationales. La baisse de la composante MIG est toutefois plus prononcée en région, alors que l'augmentation de l'enveloppe AC est moins soutenue.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Centre	France	Centre	France
Evolution du volume économique	+2,4%	+3,1%	+2,2%	+1,0%
dont effet nombre de séjours	+1,8%	+2,1%	+1,4%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+0,5%	+1,0%	+0,7%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Pour le **secteur ex-DG**, le volume économique des séjours hospitaliers augmente moins rapidement en région qu'au niveau national (+2,4% vs +3,1%). La hausse du volume en région est essentiellement expliquée par l'évolution du nombre de séjours (+1,8% vs +3,1%).

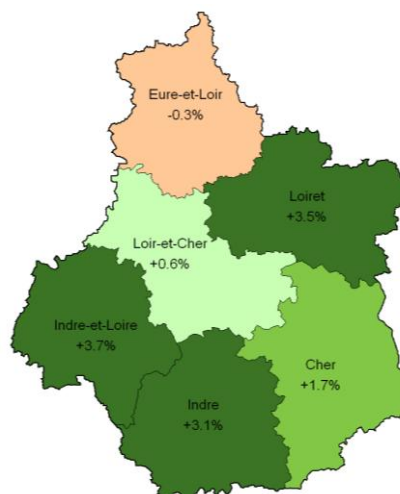
Pour les **établissements ex-OQN**, le volume économique progresse plus rapidement en région. L'augmentation du nombre de séjours et l'effet structure sont plus élevés en région Centre par rapport au niveau national.

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Pour les deux secteurs, l'évolution du volume économique n'est pas uniforme selon les territoires de santé, les catégories d'établissements et les établissements.

Pour les **établissements ex-DG**, trois territoires sont concernés par une hausse du volume économique supérieure à +3% : l'Indre, l'Indre-et-Loire et le Loiret. L'Indre et le Loiret expliquent leurs augmentations par la hausse du nombre de séjours, notamment au CH de Châteauroux (Indre), au CHR d'Orléans (Loiret) et au CH de l'agglomération montargoise (Loiret). A l'inverse, la hausse du volume économique en Indre-et-Loire est davantage due à un fort effet structure. **En Eure-et-Loir le volume économique évolue à la baisse.**

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-DG



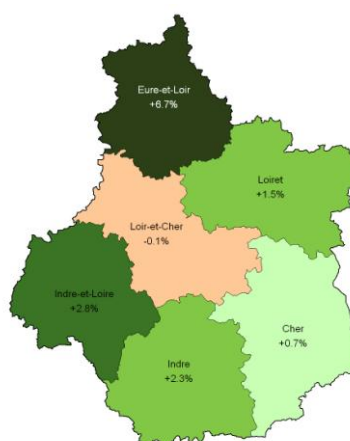
Selon l'analyse régionale, les deux CH de proximité du territoire augmentent leur activité, mais ne compensent pas les baisses d'activité des CH de Chartres et Dreux. Leur situation géographique, aux franges franciliennes, est un facteur explicatif des difficultés de remplacement du personnel hospitalier spécialisé, et de la fuite des patients vers les établissements parisiens.

Concernant les catégories d'établissements, le volume économique de l'EBNL de la région, l'Hôpital St Jean de Briare, augmente bien plus rapidement que l'ensemble des EBNL nationaux. Néanmoins, cet établissement représente moins de 1% des séjours de la région. **Le volume économique des deux CHR de la région (Tours et Orléans) progresse plus vite que celui de leurs homologues nationaux. Ces deux établissements représentent 46% des séjours de la région et expliquent à eux seuls plus de 60% de la croissance du volume régional.**

Pour le **secteur ex-OQN**, l'augmentation du volume économique est très hétérogène selon le territoire de santé. En Eure-et-Loir le volume économique croît de +6,7%, avec une forte hausse du nombre de séjours et d'un effet structure élevé. Toutefois, cette forte hausse du volume est portée par un seul établissement.

Sur l'ensemble de la région, quatre établissements expliquent la majeure partie de la croissance du volume économique. Les cliniques qui concentrent une part importante de séjours, affichent une croissance plus modérée du volume économique.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Au sein du **secteur ex-DG**, l'hospitalisation complète (chirurgie et médecine non ambulatoire) génère toujours l'essentiel de la croissance du volume économique régional (69%). Avec une hausse du volume économique de +8,8%, la chirurgie ambulatoire explique également 10% de cette croissance. Ce sont les deux CHR et les CH de Bourges, Dreux et Blois qui contribuent au dynamisme de cette activité.

Plusieurs tendances régionales se distinguent de la moyenne nationale :

- la croissance plus modérée du volume économique et des séjours avec techniques peu invasives ;
- l'augmentation moins soutenue du volume économique des séances, alors que l'augmentation du nombre de séjours est similaire au niveau national ;
- la forte hausse des séjours sans acte classant et sans nuitée, en volume et en nombre de séjours. L'activité des deux CHR et du CH de Montargis explique principalement la croissance de cette catégorie d'activités de soins. Cette augmentation contraste également avec la baisse observée l'an passé.

Pour les **cliniques privées ex-OQN**, la région Centre se distingue nettement de la moyenne nationale :

- **la croissance du volume économique régional est davantage expliquée par l'hospitalisation complète** (chirurgie et médecine avec nuitée(s)) que par la chirurgie ambulatoire. Le volume économique de la chirurgie ambulatoire progresse toutefois à un rythme similaire à l'évolution nationale ;
- **l'augmentation du volume économique des séances et des techniques peu invasives est plus soutenue en région ;**
- le volume économique de l'obstétrique est en hausse ;
- les séjours de médecine sans nuitée sont en baisse.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Les deux CMD les plus contributrices à la croissance du volume économique régional des **établissements ex-DG** sont les mêmes que celles observées nationalement :

- La CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » ;
- La CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;

Contrairement aux résultats nationaux, les affections du système hépatobiliaire et du pancréas (CMD 7) expliquent une part importante de la croissance du volume économique régional (12%). Le volume de cette CMD progresse de +7,3% vs +2,8% au niveau national. **En revanche, le volume économique des affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif (CMD 8) augmente peu (+0,3%), en raison d'une baisse du nombre de séjours (-1,9%).**

Pour le **secteur ex-OQN**, les évolutions des différentes CMD sont très contrastées, et les indicateurs régionaux se démarquent des tendances nationales.

Les CMD les plus contributrices à la croissance du volume économique régional sont :

- la CMD 6 « Affections de l'appareil digestif » ;
- la CMD 10 « Affections endocriniennes, métabolique et nutritionnelles » ;
- la CMD 5 « Affection de l'appareil circulatoire ».

L'année passée, l'ARS avait expliqué l'évolution des affections de l'appareil circulatoire (CMD 5) par le développement de séjours coûteux en chirurgie cardiaques dans deux établissements : pontage aortocoronarien, chirurgie de remplacement valvulaire avec CEC (circulation extra-corporelle) et poses de défibrillateur cardiaque. La hausse de l'activité en CMD 10 s'expliquait par le développement important de la chirurgie de l'obésité.

3.2.3 Niveaux de sévérité

En ce qui concerne le **secteur ex-DG**, l'évolution des séjours de niveaux 1, 2, 3 et 4 en région s'inscrit dans la tendance nationale. La hausse du volume économique associé aux séjours de niveau 4 est tout de même plus prononcée en région.

Pour le **secteur ex-OQN**, les évolutions régionales des séjours de niveau 1, 2, 3 et 4 sont plus prononcées que les variations nationales. La baisse du volume économique des séjours de niveau 1 est plus marquée, et **la hausse du volume associé aux séjours de niveau 2, 3 et 4 est bien plus soutenue en région.**

Champagne-Ardenne

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Champagne-Ardenne	France entière
Population. en milliers d'habitants (2010. INSEE)	1 335,9	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010. INSEE)	9,1%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes. 2012. Fonds CMU) -	7,0%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011. [mise à jour juillet 2013] ADELI)	162,9	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital. standardisés. pour 1 000 habitants (2012. SNATIH)	275,7	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012. SNATIH)	8,9%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012. SNATIH)	10,6%	5,5%

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	15	15*
Nombre de séjours (en milliers)	337,11	164,12

Source : PMSI MCO

* Seuls 15 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 34 établissements.

Secteur ex-DG

Entre 2011 et 2012, les recettes d'activité en lien avec les séjours ont augmenté en date de remboursement de +3.3%. Les recettes associées à la part tarifs atteignent en date de soins 667 millions d'euros et ont augmenté de +3,4% entre 2011 et 2012. Les évolutions du volume économique de la part tarifs, et celui des séjours sont légèrement supérieurs au niveau national. Les actes et consultations externes ont augmenté en date de remboursement de +3.1% en région contre 4.8% au niveau national alors qu'en dates de soins ces prestations augmentent au même rythme que l'évolution nationale.

Contrairement à l'année passée, la hausse des recettes associées aux médicaments et DMI payés en sus est inférieure à la moyenne nationale (+3,6% vs +6,0%).

Sur la dotation annuelle des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), la baisse des recettes de la composante AC contraste avec les évolutions observées au niveau national. Cette spécificité a déjà été observée l'an passé.

Secteur ex-OQN

En date de soins, les **recettes de la part tarifs sont de 179 millions d'euros** en 2012 et ont progressé de **+0,5% par rapport à 2011**. Le volume économique de la part tarifs et celui des séjours est en baisse.

Comme l'année dernière, la baisse des recettes associées aux médicaments et DMI payés en sus est plus prononcée en région (-1,8% vs -0,7%).

Enfin, concernant la dotation MIGAC, les recettes de la composante MIG diminuent en région au même rythme que la tendance nationale. En revanche, la progression des recettes de l'enveloppe AC est très forte (+171,4% vs +34,3%).

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Champagne-Ardenne	France	Champagne-Ardenne	France
Evolution du volume économique	+3,4%	+3,1%	-3,0%	+1,0%
dont effet nombre de séjours	+3,0%	+2,1%	-1,7%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+0,4%	+1,0%	-1,3%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Le volume économique des séjours hospitaliers réalisés par les **établissements ex-DG** de la région progresse légèrement plus rapidement que la moyenne nationale (+3,4% vs +3,1%). Cette croissance du volume est en majeure partie expliquée par la hausse du nombre de séjours (+3,0%), l'effet structure étant inférieur au niveau national.

Dans les établissements du **secteur ex-OQN**, le volume économique diminue de -3,0% à la fois du fait d'une baisse du nombre de séjours (-1,7%) et d'un effet structure négatif (-1,3%).

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Comme pour la plupart des régions, l'évolution du volume économique n'est pas uniforme selon les territoires de santé, les catégories d'établissements, et les établissements.

²

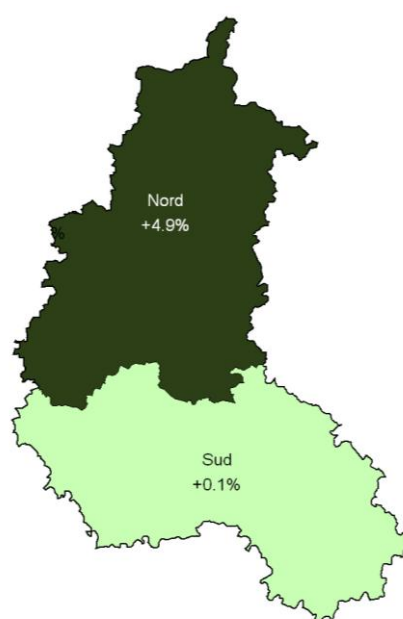
Au sein de **secteur ex-DG**, les évolutions 2011/2012 sont marquées par une inversion des tendances 2010/2011. Contrairement à l'an passé, c'est le **territoire Nord** qui dynamise cette année la croissance du volume économique en Champagne-Ardenne, en partie en raison de

l'ouverture du GCS territorial Ardenne Nord. Le territoire Sud est quant à lui caractérisé par une stabilité du volume et du nombre de séjours.

Une analyse par catégorie d'établissements montre que la croissance du volume des centres hospitaliers (CH) et celle des centres hospitaliers régionaux (CHR) de la région sont plus faibles que leurs homologues nationaux, en raison d'une moindre hausse du nombre de séjours. Après avoir observé des indicateurs en baisse sur 2010/2011, **le CLCC régional, l'Institut Jean Godinot, affiche des évolutions plus soutenues que l'ensemble des CLCC de France.** D'après la région, l'établissement a fait l'acquisition d'un **équipement de tomothérapie**, lui permettant d'augmenter son activité en lien avec la radiothérapie. En 2011, la région avait expliqué le ralentissement de l'activité par un manque d'exhaustivité des données (dû à un changement de logiciel) et par le départ de deux chirurgiens.

En dehors de la croissance induite par l'ouverture du GCS, la croissance du volume économique régionale est expliquée par l'activité du CH de Charleville-Mézières, le CLCC Jean Godinot, le CH de Chalons et le CHR de Reims. Selon la région, le CH de Charleville-Mézières a augmenté son activité en transformant des lits d'hospitalisation complète en lits d'hospitalisation de jour, et en développant son activité de rhumatologie. Le CH de Chalons doit sa hausse d'activité à une nette amélioration de codage, d'où un effet structure élevé.

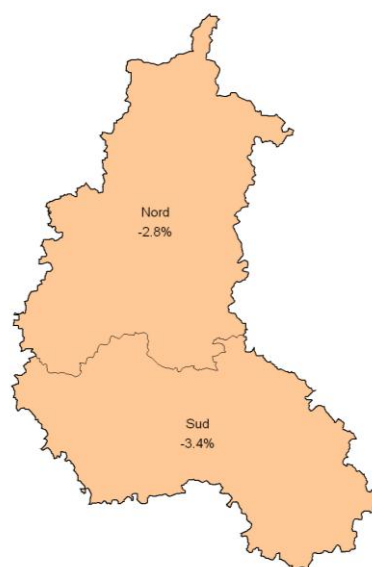
Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-DG



Au sein du **secteur ex-OQN**, la baisse du volume économique est observable sur les deux territoires de santé, et la décomposition entre effet nombre de séjours et effet structure est similaire.

Sur l'ensemble de la région, huit établissements sur quinze sont concernés par une baisse du volume économique.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Sur le **secteur ex-DG**, la région Champagne-Ardenne affiche quelques spécificités par rapport au niveau national :

- **la contribution à la croissance des activités de chirurgie ambulatoire, des techniques peu invasives et des séances est nettement supérieure à la moyenne nationale.** Le volume économique de la chirurgie progresse +25,5% en région, celui des techniques peu invasives de +14,8% et celui des séances de +8,3% ;
- par conséquent, la contribution à la croissance de l'hospitalisation complète (chirurgie non ambulatoire et séjours sans acte classant avec nuitées) est bien moindre qu'au niveau national ;
- le volume économique associé à l'activité d'obstétrique est en baisse.

Au sein du **secteur ex-OQN**, les CAS qui contribuent les plus fortement à la croissance sont les mêmes que celles observées au niveau national : la chirurgie et les techniques peu invasives. La hausse du volume économique des techniques peu invasives en région est notamment supérieure au niveau national (+5,1% vs +2,3%).

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Comme au niveau national, les quatre CMD les plus contributrices à la croissance du **secteur ex-DG** sont :

- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » ;
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- la CMD 6 « Affections du tube digestif » ;
- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif ».

Le volume économique des CMD 4 et 8 progresse bien plus rapidement en région, contribuant ainsi davantage à la croissance du volume économique qu'au niveau national.

Pour le **secteur ex-OQN**, les 3 CMD qui contribuent à la décroissance du volume économique régionale sont :

- la CMD 6 « Affections du tube digestif » ;
- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » ;
- la CMD 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé ».

La baisse des séjours dans les CMD 8, 23 et 2 (« Affections de l'œil ») contraste avec les augmentations observées au niveau national

3.2.3 Niveaux de sévérité

Sur le **secteur ex-DG**, les évolutions du volume économique associé aux séjours de niveaux 1, 2, 3 et 4 diffèrent par rapport au niveau national. **Le volume progresse plus vite en région sur les séjours de niveaux 2 et 3, moins rapidement sur les séjours de niveau 4.** La baisse du volume économique des séjours de niveau 1 est plus prononcée en Champagne-Ardenne.

Pour les **établissements ex-OQN**, **le volume économique associé aux séjours de niveaux 1, 2 et 3 sont en baisse.** Le volume des séjours de niveau 4 augmente plus vite que le niveau national.

4. Evolution comparée de la dynamique de chaque secteur

La nette progression du secteur ex-DG est en partie liée au transfert des autorisations l'ancienne Polyclinique du Parc au GCS territorial Ardenne Nord en juillet 2012.

Corse

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Corse	France entière
Population, en milliers d'habitants (2010, INSEE)	309,7	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010, INSEE)	10,0%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes, 2012, Fonds CMU)	3,9%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011, [mise à jour juillet 2013], ADELI)	205,05	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital, standardisés, pour 1 000 habitants (2012, SNATIH)	284,0	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012, SNATIH)	15,6%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012, SNATIH)	3,9%	5,5%

L'ARS avait rapporté en 2012, les éléments suivants :

La Corse est la région ayant connu la plus forte croissance démographique depuis 1999. Cette croissance provient exclusivement des phénomènes migratoires. En tenant compte des tranches d'âge, les personnes de 75 ans et plus représentent 10% de la population. Le vieillissement de la population sera le trait marquant de la démographie insulaire dans les années à venir.

La densité médicale est élevée. En revanche, au niveau hospitalier, il existe des carences en équipement, et en personnel dans les services chirurgicaux. En moyenne, pour les résidents corses, deux hospitalisations sur quinze sont réalisées sur le continent, d'où un taux de fuite relativement élevé. Face aux flux touristiques (deux millions de visiteurs par an), le système de santé est confronté à un permanent effort d'adaptation. L'impact se traduit surtout par une hausse de la consommation en médecine ambulatoire et à un accroissement du recours aux consultations non programmées dans les établissements de santé.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	4	7*
Nombre de séjours (en milliers)	68,06	48,96

Source : PMSI MCO

* 7 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 14 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les **recettes associées à la part tarifs** s'élève à **111 millions d'euros** et ont progressé de **+2,5% par rapport à 2011**. L'augmentation du volume économique de la part tarifs est légèrement inférieure à la progression nationale, celle des séjours (y compris suppléments) légèrement supérieure. **La Corse fait partie des six régions où les actes et consultations externes sont en baisse (-4,2%)**.

Les recettes des médicaments et DMI payés en sus sont en baisse (-4,8%).

Sur la dotation annuelle des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), la baisse des crédits MIG et la hausse de la composante AC sont plus prononcées en région.

Secteur ex-OQN

Les **recettes de la part tarifs** sont d'environ **55 millions d'euros**. Ces recettes ont augmenté de +2,3% entre 2011 et 2012. Le volume économique de la part tarifs progresse légèrement moins rapidement en région. Celui des séjours et suppléments journaliers est stable (+0,2%). Alors que l'an passé les recettes étaient en hausse, entre 2011 et 2012 la diminution des recettes associées à la liste en sus est plus prononcée pour la Corse qu'au niveau national.

Pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), les évolutions des deux enveloppes sont inverses aux tendances nationales. Les crédits MIG sont en hausse, les crédits AC en baisse.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Corse	France	Corse	France
Evolution du volume économique	+0,7%	+3,1%	-3,9%	+1,0%
dont évolution du nombre de séjours	-1,3%	+2,1%	-2,7%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+2,1%	+1,0%	-1,2%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Au sein des établissements du **secteur ex-DG**, le volume économique progresse peu (+0,7%). Ce résultat est lié à une baisse du nombre de séjours (-1,3%), compensée par un fort effet structure (+2,1%).

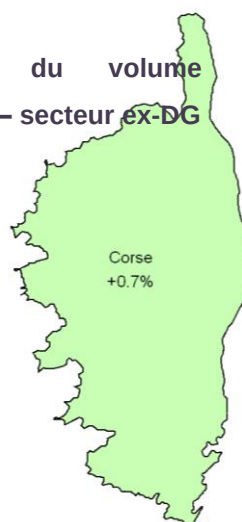
Pour les cliniques privées du **secteur ex-OQN**, le volume économique est en baisse (-3,9%), en raison d'une baisse du nombre de séjours (-2,7%) et d'un effet structure négatif (-1,2%).

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Le **secteur ex-DG** corse est composé de quatre centres hospitaliers (CH).

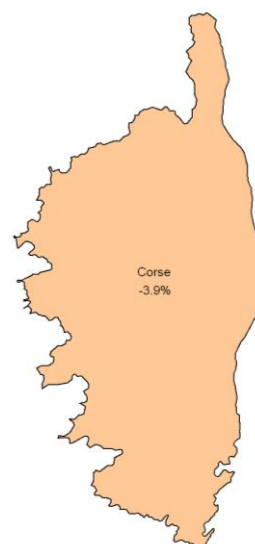
Le CH d'Ajaccio contribue à 80% de la croissance du volume économique régional. alors que le nombre de séjours diminue. L'effet structure élevé observé au niveau régional est donc imputable au CH d'Ajaccio. Le CHI de Corté-Tattone est dynamique (en volume et en nombre de séjours). En revanche, les deux autres établissements (Bastia et Castelluccio) sont concernés par une baisse du volume économique.

Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-DG



Au sein des cliniques privées du **secteur ex-OQN**, l'évolution des indicateurs diffère d'un établissement à l'autre. Quatre établissements sont en baisse d'activité (en volume et en séjours) et contribuent ainsi à la décroissance du volume régional. Les trois autres établissements freinent cette décroissance.

Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Pour le **secteur ex-DG**, les évolutions et contributions à la croissance du volume des différentes sont atypiques par rapport aux tendances nationales :

- **la majeure partie de la croissance du volume économique régional est imputable aux séjours de médecine avec nuitée(s) ;**
- la chirurgie ambulatoire et l'obstétrique augmente plus rapidement en région, que ce soit en volume ou en nombre de séjours ;
- le volume et le nombre de séjours de la chirurgie non ambulatoire, des techniques peu invasives, des séances et des séjours de médecine ambulatoire sont en baisse.

Au sein des **cliniques ex-OQN**, seules deux activités sont concernées par une hausse du volume économique : la chirurgie et la médecine réalisée en ambulatoire. **La baisse des séjours et celle du volume économique sont particulièrement importantes sur l'obstétrique, les séances et la médecine non ambulatoire.**

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Sur le **secteur ex-DG**, les évolutions et contributions des CMD sont très différentes en **Corse, par rapport à l'échelle nationale**. Les deux CMD les plus contributrices sont :

- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » ;
- la CMD 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé ».

Contrairement à la tendance nationale, le volume économique et le nombre de séjours des CMD 2 (œil), CMD 3 (ORL), CMD 5 (appareil circulatoire), CMD 6 (tube digestif), CMD 8 (appareil musculosquelettique) sont en baisse.

Pour les **établissements ex-OQN**, les trois CMD qui contribuent le plus à la décroissance du volume économique régional sont :

- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- la CMD 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé » ;
- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif ».

La catégorie des affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles (CMD 10) fait partie des CMD qui freinent la décroissance du volume.

3.2.3 Niveaux de sévérité

Sur l'ensemble des **établissements ex-DG**, les évolutions en volume des niveaux de sévérité sont **atypiques**. Le volume économique des séjours de **niveaux 2 et 4 est en baisse, en raison d'un effet structure négatif**. L'augmentation du volume économique des séjours de niveau 3 est moindre en région. Celle des séjours d'ambulatoire (niveau J) est supérieure. Le volume et le nombre de séjours de courte durée (niveau T) sont en baisse en région.

Pour les **cliniques privées ex-OQN**, le volume économique des séjours de **niveaux 2, 4 et T est en baisse** en région, à cause d'une diminution du nombre de séjours.

Franche-Comté

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Franche-Comté	France entière
Population. en milliers d'habitants (2010. INSEE)	1 171,8	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010. INSEE)	9,0%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes. 2012. Fonds CMU) -	5,1%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011, [mise à jour juillet 2013], ADELI)	161,7	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital. standardisés. pour 1 000 habitants (2012. SNATIH)	254,9	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012. SNATIH)	8,4%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012. SNATIH)	4,2%	5,5%

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	11	7*
Nombre de séjours (en milliers)	343,62	80,93

Source : PMSI MCO

* Seuls 7 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 20 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les **recettes de la part tarifs** atteignent **619 millions d'euros** et ont progressé de **+4,3% par rapport à l'année 2011**. Le volume économique de la part tarifs et de celui des séjours (y compris suppléments journaliers) augmente bien plus rapidement qu'à l'échelle nationale. **En revanche, le Franche-Comté fait partie des six régions dont les actes et consultations externes sont en baisse.**

Après une baisse des recettes entre 2010 et 2011, les recettes des médicaments et DMI de la liste en sus sont en forte hausse (+10,4%).

Au sujet de la dotation annuelle MIGAC, les deux enveloppes affichent une baisse de leurs crédits.

Secteur ex-OQN

Les **recettes associées à la part tarifs** sont de **96 millions d'euros** et ont augmenté de **+2,0% par rapport à l'année 2011**. Comme l'année passée, la croissance du volume économique de la part tarif, et celle des séjours (y compris suppléments journaliers) sont inférieures à la tendance nationale.

Cette année, les recettes de la liste en sus sont en forte augmentation (+6,6%).

Sur la dotation MIGAC, les recettes de la composante MIG sont en baisse alors que la composante AC est marquée par une forte croissance de ses recettes.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 5 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Franche-Comté	France	Franche-Comté	France
Evolution du volume économique	+2,9%	+3,1%	+0,3%	+1,0%
dont évolution du nombre de séjours	+3,7%	+2,1%	+1,5%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	-0,8%	+1,0%	-1,2%	+0,0%

Source : PMSI MCO

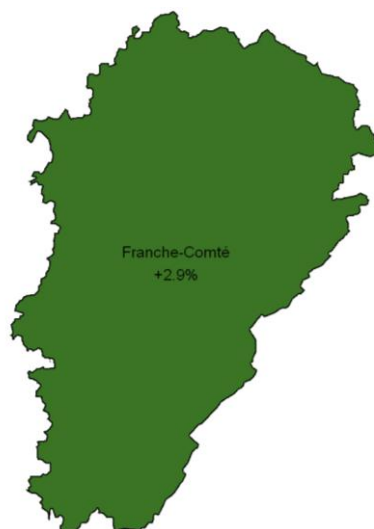
Sur le **secteur ex-DG**, le volume économique régional progresse de manière similaire au volume national. **L'augmentation du nombre de séjours est en revanche plus soutenue en région (+3,7%)**. L'effet structure est négatif.

Pour les **établissements ex-OQN**, le volume économique est quasiment stable, en raison d'une compensation entre une augmentation du nombre de séjours et un effet structure négatif.

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Au sein des **établissements ex-DG**, le volume économique des CH et CHR de Franche-Comté augmente au même rythme que leurs homologues nationaux. Toutefois, la hausse du nombre de séjours pour les CH de la région est bien plus forte que pour l'ensemble des CH nationaux (+5,0% vs +2,0%). La croissance des séjours est élevée notamment au CH de Lons le Saunier, de Belfort et au CH Louis Pasteur Dole.

Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-DG



Ces trois établissements contribuent fortement à la croissance du volume économique régional. Néanmoins, **le CH de Besançon, qui concentre 39% de l'activité, est le premier contributeur à la croissance.**

Pour le **secteur ex-OQN**, l'évolution du volume économique et du nombre de séjours est très variable d'un établissement à l'autre. **La dynamique du secteur ex-OQN est en fait étroitement liée à l'activité d'un seul établissement.** Trois établissements affichent une stabilité du volume économique, deux autres une baisse.

Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

L'an passé, la chirurgie contribuait à 70% de la croissance du volume économique du **secteur ex-DG**. Cette année, ce sont les séjours de médecine non ambulatoire et les séances qui expliquent la croissance du volume économique 2011/2012 de la Franche-Comté. D'autres tendances sont remarquables :

- l'augmentation très prononcée du volume économique des séjours de médecine en ambulatoire, due à une forte hausse du nombre de séjours ;
- la croissance plus modérée du volume économique des techniques peu invasives et de la chirurgie.

Comme l'ensemble des **établissements ex-OQN** de France, ceux de la région Franche-Comté réalisent la majeure partie de leur croissance grâce à la chirurgie ambulatoire et les techniques peu invasives. Plusieurs atypies sont tout de même notables :

- la baisse de l'activité (volume et séjours) de chirurgie non ambulatoire, d'obstétrique et des séjours de médecine avec nuitée(s) ;
- la forte croissance des séances, en volume économique et en nombre de séances.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Les **CMD** qui contribuent le plus à la croissance du volume économique **des établissements ex-DG** de la région sont similaires à celles observées nationalement :

- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » ;
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif ».

Avec une évolution du volume économique de +9,1% les affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins (CMD 9) expliquent une part importante de la croissance régionale.

Pour le **secteur ex-OQN**, les CMD les plus contributrices à la croissance du volume régional sont les mêmes que l'an passé :

- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » ;
- la CMD 6 « Affections du tube digestif » ;
- la CMD 2 « Affections de l'œil ».

Comme pour le secteur ex-DG, les affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins (CMD 9) expliquent une part importante de la croissance régionale du secteur ex-OQN.

L'ARS souligne que la baisse importante des séjours pris en charge dans le cadre de la CMD 05 « Affections de l'appareil circulatoire » dans les établissements ex-OQN semble avoir été compensée en termes d'offre de soins par les établissements ex-DG qui enregistrent une hausse d'activité sur cette CMD.

3.2.3 Niveaux de sévérité

Pour le **secteur ex-DG**, les évolutions du volume économique des séjours de niveau 1, 2, 3, 4 et J s'inscrivent globalement dans la tendance nationale. La baisse du volume économique des séjours de niveau 1 est tout de même plus prononcée. En revanche, l'augmentation du volume des séjours de niveau 3, 4 et J est moins rapide que la croissance observée à l'échelle nationale.

La hausse des niveaux de sévérité plus sévère est justifiée par l'ARS par une meilleure qualité de codage.

Le **secteur ex-OQN** franc-comtois est marqué par plusieurs atypies :

- la baisse du volume économique des séjours de niveau 2 et la baisse très prononcée des séjours de niveau 4.
- l'augmentation soutenue du volume économique des séjours de courte durée.

Haute-Normandie

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Haute-Normandie	France entière
Population. en milliers d'habitants (2010. INSEE)	1 837,0	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010. INSEE)	8,4%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes. 2012. Fonds CMU) -	6,6%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011. [mise à jour juillet 2013] ADELI)	155,2	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital. standardisés. pour 1 000 habitants (2012. SNATIH)	272,6	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012. SNATIH)	10,0%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012. SNATIH)	3,2%	5,5%

Depuis 1999, la croissance de la population décélère pour aujourd'hui être en dessous du rythme de croissance nationale.

Le taux de chômage en Haute-Normandie (10,6 %) est d'1 point supérieur au taux de chômage métropolitain (9,6%). En revanche les inégalités sociales sont moins fortes que moyenne nationale.

La situation sanitaire, appréhendée au travers de l'espérance de vie à la naissance, des taux de décès standardisés pour les pathologies les plus fréquentes et de la fréquence des principales ALD est moins favorable que pour l'ensemble de la population nationale. Ce résultat peut s'expliquer par la prévalence plus forte des comportements à risque (consommation régulière de substances psychoactives).

L'offre sanitaire libérale est moins dense que la moyenne : la densité de médecins généralistes, de dentistes, mais aussi de masseurs-kinésithérapeutes et d'infirmiers situent la Haute Normandie dans le quart des régions les moins bien dotées. De même, l'offre hospitalière est moins développée quel que soit le champ MCO, psychiatrie, SSR et HAD. En revanche, son taux d'équipements médico-sociaux la situe un peu au-dessus de la moyenne.

Plus de 9 % des haut-normands se font soigner à l'extérieur de leur région (6 % en moyenne nationale) et les hôpitaux haut-normands accueillent seulement 3 % des patients résidant dans d'autres régions.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 1 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	16	15*
Nombre de séjours (en milliers)	421,48	213,23

Source : PMSI MCO

* 15 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 23 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les **recettes de la part tarifs** s'élèvent à **805 millions d'euros** et ont progressé de **+3,3% par rapport à 2011**. L'évolution du volume économique de la part tarifs et celle des séjours (y compris suppléments journaliers) sont similaires aux évolutions nationales. Comme l'année dernière, les actes et consultations externes augmentent plus rapidement que la moyenne nationale (+4,5% vs +3,1%).

Les recettes des médicaments et DMI payés en sus progressent bien plus rapidement en région. Selon la région, trois établissements sont à l'origine de cette augmentation. Il faut toutefois souligner que l'évolution des recettes entre 2010 et 2011 était à la baisse.

S'agissant de dotation annuelle des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), la baisse des crédits MIG et l'augmentation de la composante AC sont plus prononcées en région.

Secteur ex-OQN

Les **recettes de la part tarifs** sont d'environ **230 millions d'euros**. Ces recettes sont en hausse de **+2,6% par rapport à 2011**. L'évolution du volume économique de la part tarifs et celle des séjours (y compris suppléments journaliers) sont similaires à la hausse nationale.

La baisse des recettes de la liste en sus est plus prononcée en région.

Concernant la dotation annuelle MIGAC, les deux enveloppes diminuent au même rythme (-31%). La baisse des crédits AC contraste avec la hausse nationale.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 2 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Haute-Normandie	France	Haute-Normandie	France
Evolution du volume économique	+3,5%	+3,1%	+1,3%	+1,0%
dont évolution du nombre de séjours	+3,8%	+2,1%	+0,4%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	-0,3%	+1,0%	+0,8%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Dans les établissements du **secteur ex-DG**, le volume économique progresse légèrement plus vite en région par rapport au niveau national. La hausse du volume est intégralement liée à l'augmentation du nombre de séjours. L'effet structure est négatif.

Pour les **cliniques privées ex-OQN**, le volume augmente légèrement plus rapidement en Haute-Normandie (+1,3% vs +1,0%). L'augmentation du nombre de séjours est pourtant plus modérée en région (+0,4% vs +1,0%). C'est donc l'effet structure qui explique la hausse du volume économique.

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Comme dans la plupart des régions, l'évolution du volume économique n'est pas uniforme selon le territoire de santé, la catégorie d'établissement, et les établissements.

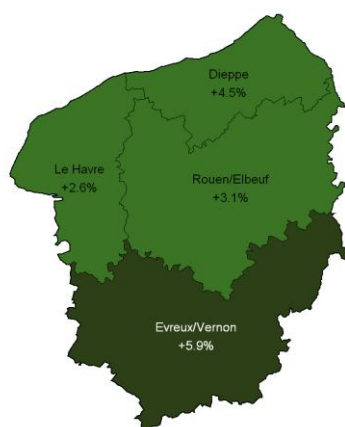
Au sein du **secteur ex-DG**, l'augmentation du volume économique varie entre **+2,6% (Le Havre)** et **+5,9% (Evreux/Vernon)** selon les territoires de santé. Néanmoins, cette hétérogénéité est uniquement due à des différences d'effet structure puisque tous les territoires affichent une hausse du nombre de séjours comprise entre **+3,5% (Rouen/Elbeuf)** et **+4,4% (Evreux/Vernon)**. Le dynamisme de ce dernier territoire est principalement dû à l'activité du CHI d'Evreux-Vernon.

Concernant les catégories d'établissements, **les CH et CHR de Haute-Normandie affichent une évolution du volume économique supérieure à leurs homologues nationaux**, en raison d'une plus forte croissance du nombre de séjours. **A l'inverse, le CLCC et l'établissement à but non lucratif de la région sont moins dynamique (en volume économique) que les CLCC et EBNL nationaux**. Le CLCC affiche pourtant une forte hausse des séjours (+4,8%).

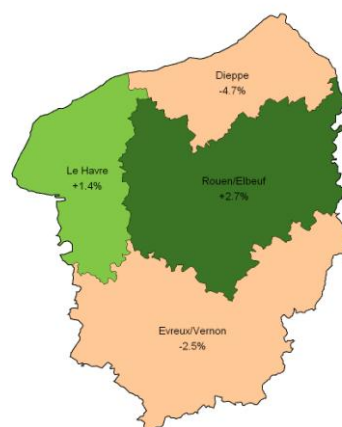
Sur l'ensemble de la région, 40% de la croissance en volume est porté par le CHU de Rouen. Le CHI d'Evreux-Vernon et le CH du Havre contribuent également fortement à cette croissance.

L'ARS rappelle que le CHI d'Evreux-Vernon a eu en 2011 une activité en faible progression suite au déménagement dans les nouveaux locaux fin 2010.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-DG



Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-OQN



Concernant l'activité des **cliniques ex-OQN**, l'évolution du volume économique est très contrastée selon les territoires de santé. Il est en baisse dans le territoire de Dieppe et d'Evreux/Vernon, en raison d'une chute du nombre de séjours et d'un effet structure négatif. Il est en hausse dans les territoires du Havre et de Rouen/Elbeuf.

Les évolutions du volume économique ainsi que sa décomposition sont très hétérogènes en fonction des établissements : seuls six établissements sur quinze présentent une croissance du volume économique.

3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Dans les hôpitaux du **secteur ex-DG**, les évolutions régionales et contributions à la croissance des différentes CAS sont semblables à celles observées nationalement. La majeure partie de la croissance du volume économique régional est imputable aux séjours en hospitalisation complète. Deux spécificités régionales sont notables : la hausse plus soutenue des séances et des séjours de médecine en ambulatoire, que ce soit en volume économique ou nombre de séjours.

Comme au niveau national, le **secteur ex-OQN** de Haute-Normandie doit l'essentiel de sa croissance à l'activité de chirurgie ambulatoire, et dans une moindre mesure aux techniques peu invasives. La région affiche tout de même quelques spécificités :

- une forte hausse du volume économique et du nombre de séjours de médecine en ambulatoire ;
- une baisse des séances, en volume et en nombre ;
- une baisse plus prononcée des séjours d'obstétrique, que ce soit en volume ou nombre de séjours.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Pour l'ensemble des établissements du **secteur ex-DG**, les trois CMD qui contribuent le plus à la croissance du volume économique régional sont les mêmes que l'an passé :

- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » ;
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- la CMD 6 « Affections du tube digestif ».

Ces trois CMD affichent une hausse du volume économique supérieure en région.

Pour le **secteur ex-OQN**, les deux CMD qui contribuent le plus à la croissance du volume régional sont :

- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » ;
- la CMD 10 « Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles ».

Le volume économique des affections du système nerveux (CMD 1), du système hépatobiliaire et du pancréas (CMD 7) mais également des affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis (CMD 17) augmente bien plus rapidement en région. A contrario, le volume des affections de l'appareil respiratoire et circulatoire sont en baisse (CMD 4 et 5).

3.2.3 Niveaux de sévérité

Dans les établissements du **secteur ex-DG**, l'augmentation du volume économique associé aux séjours de niveau 3, 4, J et T est plus forte en région, en raison d'une croissance plus soutenue du nombre de séjours. La région explique cette évolution par une amélioration du codage.

S'agissant de l'activité en cliniques privées ex-OQN, les évolutions en volume des séjours de niveau 1, 2, 3 et 4 suivent globalement la tendance nationale. La hausse du volume des séjours de courte durée (niveau T) est en revanche bien supérieure en région, en raison d'une hausse plus soutenue du nombre de séjours mais également d'un effet structure élevé.

Ile-de-France

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Ile-de-France	France entière
Population. en milliers d'habitants (2010. INSEE)	11 786,2	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010. INSEE)	6,5%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes. 2012. Fonds CMU) -	6,1%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011. [mise à jour juillet 2013] ADELI)	219,3	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital. standardisés. pour 1 000 habitants (2012. SNATIH)	266,6	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012. SNATIH)	2,5%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012. SNATIH)	7,0%	5,5%

La population francilienne est une population plus jeune (forte part des personnes âgées de moins de 25 ans) et dynamique (premier rang pour le taux de natalité brut). La région fait également état d'une population en bonne santé. La première cause de décès reste le cancer, devant les maladies cardio-vasculaires.

Concernant l'offre de soins hospitalière, l'ARS rappelle une des conclusions du PSRS francilien : lorsqu'on s'intéresse à l'activité francilienne en regard de celle de la France entière, il semble falloir tenir compte de son **statut de région capitale** : une « **zone de recours national en matière d'offre de soins et de réflexions sur les politiques de santé, zone d'échanges internationaux, territoires de migrations...** »

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	74	113*
Nombre de séjours (en milliers)	2 765,29	1 232,44

Source : PMSI MCO

* 113 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 175 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les **recettes associées à la part tarifs** s'élèvent à **6,2 milliards d'euros**. Ces recettes ont progressé de **+2,8% entre 2011 et 2012**. Comme l'an passé, les évolutions du volume économique de la part tarifs et de celui des séjours (suppléments journaliers compris) est similaire au niveau national. Les actes et consultations externes progressent au même rythme que la croissance nationale (+3,2% vs +3,1%).

La hausse des recettes et DMI payés en sus est moins prononcée en région Ile-de-France (+4,5% vs +6,0%).

Concernant l'évolution de la dotation annuelle MIGAC, les crédits des deux composantes sont en baisse. La baisse des crédits AC en région contraste avec la hausse observée au niveau national.

Secteur ex-OQN

Les **recettes de la part tarifs** sont de **1,5 milliard d'euros** et ont augmenté de **+0,5% par rapport à 2011**. Le volume économique de la part tarif et celui des séjours (y compris suppléments journaliers) est en baisse. Ces évolutions contrastent avec les hausses observées au niveau national.

Les recettes associées à la liste en sus en région diminuent au même rythme que les recettes nationales.

Comme l'an passé, la progression de la dotation MIGAC en région se distingue sur la composante AC : les crédits augmentent plus fortement qu'au niveau national.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Ile-de-France	France	Ile-de-France	France
Evolution du volume économique	+3,5%	+3,1%	-1,4%	+1,0%
dont évolution du nombre de séjours	+2,2%	+2,1%	-0,5%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+1,3%	+1,0%	-0,9%	+0,0%

Source : PMSI MCO

L'augmentation du volume économique des séjours réalisés par les **établissements ex-DG** est légèrement supérieure à la moyenne nationale (+3,5% vs +3,1%). L'augmentation du nombre de séjours et l'effet structure sont légèrement supérieurs en région.

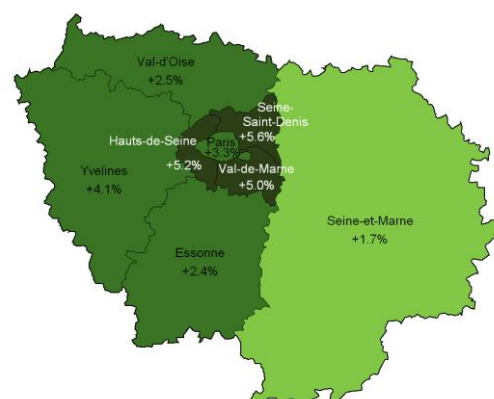
Sur le secteur **ex-OQN**, le volume économique est en baisse (-1,4%), en raison d'une baisse du nombre de séjours et d'un effet structure négatif.

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Quel que soit le secteur, la variation du volume économique n'est pas uniforme selon les territoires de santé, les catégories d'établissements et les établissements.

Au sein des **établissements ex-DG**, tous les territoires de santé affichent une hausse du volume économique comprise entre +1,7% (Seine-et-Marne) et +5,6% (Seine-St-Denis). La hausse moins soutenue de la Seine-et-Marne s'explique par une baisse du nombre de séjours (-2,3%). Sur ce territoire, quatre établissements sont concernés par une baisse des séjours, dont le CH de Lagny-Marne la Vallée (-15,4% de séjours). En Seine-St-Denis, quatre établissements sur cinq affichent une hausse du volume économique supérieur à +4%, liée à la fois à une hausse du nombre de séjours et à un fort effet structure.

Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-DG



Globalement, l'analyse régionale distingue un centre région (75, 92, 93, 94, plus le 78) très dynamique en volume économique, et des territoires plus périphériques légèrement moins dynamiques (77, 91, 95). Les trois départements qui progressent le plus en volume économique (au-dessus de 5%) sont les départements de la petite couronne qui ceignent Paris. Ces constats sont appuyés par la contribution des territoires à l'augmentation du volume économique régional, puisque Paris, qui pèse 57% du volume économique francilien, a contribué à plus de la moitié de son augmentation, et les départements de la petite couronne réunis à près de 25%.

Sur les catégories d'établissements, deux tendances sont remarquables : la hausse moins soutenue en volume des CLCC franciliens et le dynamisme des EBNL de la région. La croissance des CLCC en Ile-de-France est due à un fort effet structure. Le dynamisme des EBNL franciliens est quant à lui imputable à une forte croissance du nombre de séjours puisque l'effet structure est négatif.

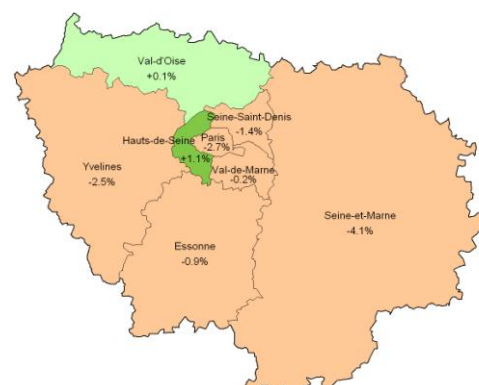
Sur l'ensemble de la région, l'APHP contribue à plus de 40% de la croissance du volume économique régional. La contribution à la croissance de chacun des 112 autres établissements est inférieure à 5%. **Plusieurs établissements se démarquent par une forte hausse du volume économique : le GH Paris St-Joseph, l'Institut Gustave Roussy ainsi que les CH de St-Denis et de Créteil...**

Pour le **secteur ex-OQN**, six territoires de santé sur huit sont concernés par une baisse du volume économique. Pour quatre d'entre eux, c'est la baisse du nombre de séjours qui explique ce résultat, pour les deux autres, c'est l'effet structure.

Sur l'ensemble de la région, plus d'une soixantaine d'établissements affichent une baisse du volume économique.

Evolution du volume économique

2011/2012 – secteur ex-OQN



D'après l'instance régionale, les écarts observés entre les territoires font ressortir les constats dressés à l'occasion du PRS francilien : la région est globalement en bonne santé mais certaines disparités sont marquantes à l'échelle des territoires, en termes d'espérance de vie, de mortalité prématurée par exemple, recoupant les réalités économiques et sociales. Le PRS expose ainsi que « les fortes inégalités de conditions sociales qui caractérisent la région se traduisent ainsi par des inégalités de santé, que l'on qualifie de « sociales » parce qu'elles sont corrélées à des déterminants sociaux, et que l'on qualifie de « territoriales » parce qu'elles s'ancrent dans des disparités en termes de territoires ». Il pourrait donc exister des dynamiques de recours aux soins propres à certains territoires, les uns plus marqués par la précarité (le 93 par exemple), les autres par des pathologies liées au vieillissement de la population (le 92 par exemple).

3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Pour le **secteur ex-DG**, les évolutions et contributions des différentes activités **s'inscrivent globalement dans la tendance nationale**. L'hospitalisation complète contribue à plus de 60% de la croissance du volume économique régional et la chirurgie ambulatoire affiche une forte hausse du volume économique. En Ile-de-France, le volume économique de l'obstétrique et celui des séjours sans nuitée progresse plus vite que la moyenne France entière.

La baisse du volume économique du **secteur ex-OQN** francilien est notamment imputable à la baisse du volume et du nombre de séjours de la chirurgie non ambulatoire. L'obstétrique ainsi que les séjours de médecine avec nuitée(s) sont également concernés par une diminution d'activité. Les autres CAS affichent une hausse

du volume économique. Celle des séances est plus soutenue en région par rapport au niveau national, celle des séjours de médecine en ambulatoire est bien plus modérée.

Pour les deux secteurs, l'ARS rapproche le développement de l'ambulatoire aux incitations tarifaires, mais également aux politiques régionales, contractuelles ou menées dans le cadre du suivi de la performance des établissements. Cette démarche, qui s'inscrit dans la stratégie nationale de développement de la chirurgie ambulatoire dans le cadre du programme de gestion du risque, semble se retrouver dans les chiffres, puisque la chirurgie non ambulatoire progresse peu dans le secteur public et diminue dans le secteur privé, indiquant une forme de transfert de l'activité chirurgicale non ambulatoire vers l'ambulatoire.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Pour le **secteur ex-DG**, les CMD qui contribuent le plus à la croissance du volume économique de la région sont :

- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » ;
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- la CMD 1 « Affections du système nerveux ».

Les affections du tube digestif (CMD 6) et les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif (CMD 8), qui font partie des CMD les plus contributrices à la croissance du volume national, progresse moins rapidement en région Ile-de-France.

En dehors des CM d'obstétrique (CM 14 et 15), les CMD qui contribuent principalement à la baisse du volume économique du **secteur ex-OQN** sont :

- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- la CMD 6 « Affections du tube digestif ».

A l'inverse, le dynamisme des affections de l'œil (CMD 2) et les affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles (CMD 10) freine la baisse du volume économique.

3.2.3 Niveaux de sévérité

Pour les **établissements ex-DG**, la hausse du volume économique régional s'explique par le dynamisme des séjours de niveau 2 et 3. **La croissance en volume et en nombre des séjours de niveau 4 est bien moins soutenue en région.**

La hausse des niveaux de sévérité plus élevés s'expliquerait à la fois par le recentrage de l'hospitalisation sur les maladies graves, la prise en charge des polyopathologies et des phases aiguës, ou du traitement des personnes âgées. En parallèle l'activité plus légère (baisse du nombre de séjours de niveau 1) bascule vers la médecine de ville ou vers l'ambulatoire (en forte augmentation dans la région).

Pour les **cliniques privées**, le volume économique est en baisse sur les séjours de niveau 1, 2, 3 et 4. Pour les niveaux 1, 2, 3, cette baisse est due à une diminution du nombre de séjours, pour le niveau 4 à un effet structure négatif. Le volume des séjours en ambulatoire et de courte durée sont en revanche en hausse.

4. Evolution comparée de la dynamique de chaque secteur

Sur l'activité de Médecine, Chirurgie et Obstétrique, l'ARS observe une relative stabilité des parts de marché. Le secteur ex-DG progresse légèrement pour représenter plus 80% des séjours en 2012. Les évolutions contraires, entre les deux secteurs, de la chirurgie non ambulatoire et de l'obstétrique, indiquent une captation de parts de marché pour les établissements ex-DG, déjà observée l'année précédente. La croissance des parts de marché observée pour les établissements à but non lucratif depuis 2005 connaît donc un ralentissement mais ne s'interrompt pas. **La part du volume économique des établissements ex-DG est toujours bien supérieure au volume des séjours de cette catégorie, indiquant un recrutement de séjours plus lourds et mobilisant davantage de moyens.**

Languedoc-Roussillon

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Languedoc-Roussillon	France entière
Population, en milliers d'habitants (2010, INSEE)	2 636,4	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010, INSEE)	10,4%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes, 2012, Fonds CMU)	9,3%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011, [mise à jour juillet 2013], ADELI)	232,5	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital, standardisés, pour 1 000 habitants (2012, SNATIH)	272,8	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012, SNATIH)	7,0%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012, SNATIH)	6,8%	5,5%

L'instance régionale rapporte que le Languedoc-Roussillon se caractérise par une des plus fortes croissances de population (de l'ordre de +1% par an), par un vieillissement modéré mais surtout par une très grande précarité. Ce dernier aspect influe le recours aux soins, notamment par un recours tardif, souvent plus grave et compliqué et orienté vers les structures publiques. Pourtant, l'offre de soins libérale (médecine de ville ou hospitalière) est plus élevée que la moyenne nationale.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	18	32*
Nombre de séjours (en milliers)	541,41	423,00

Source : PMSI MCO

* 32 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 79 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les **recettes associées à la part tarifs** s'élèvent à **1,1 milliards d'euros** et ont progressé de **+2,4% par rapport à 2011**. Le volume économique de la part tarifs et celui des séjours (y compris suppléments journaliers) progressent moins rapidement en région qu'à l'échelle nationale. En revanche, et comme l'an passé, les actes et consultations externes augmentent plus vite qu'au niveau national (+5,2% vs +3,1%).

De même, les recettes des médicaments et DMI payés en sus progressent plus en Languedoc-Roussillon (+8,1% vs +6,1%).

Sur la dotation annuelle des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), les crédits MIG sont en baisse. Les recettes de la composante AC augmentent moins vite par rapport à l'évolution nationale.

Secteur ex-OQN

Les **recettes de la part tarifs** sont d'environ **512 millions d'euros**. Ces recettes ont augmenté de **+5,2% entre 2011 et 2012**. La hausse du volume économique de la part tarifs et celle des séjours (y compris suppléments journaliers) sont supérieures au niveau national.

Contrairement à la tendance nationale, les recettes de la liste en sus sont en hausse.

Sur la dotation annuelle MIGAC, les évolutions des crédits des deux enveloppes s'inscrivent dans la tendance nationale.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Languedoc-Roussillon	France	Languedoc-Roussillon	France
Evolution du volume économique	+2,5%	+3,1%	+2,7%	+1,0%
dont évolution du nombre de séjours	+3,2%	+2,1%	+1,4%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	-0,7%	+1,0%	+1,3%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Au sein des établissements du **secteur ex-DG**, le volume économique des séjours hospitaliers progresse moins rapidement que le volume national (+2,5% vs +3,1%). **L'augmentation du nombre de séjours est pourtant plus soutenue (+3,2% vs +2,1%)**. Cette moindre croissance en volume économique est donc liée à un effet structure négatif (-0,7%).

Selon la région, cet effet est sans doute lié au défaut de transmission d'informations pour une partie des séjours du CHU de Montpellier.

Pour les cliniques privées du **secteur ex-OQN**, la hausse du volume économique est **supérieure à l'évolution nationale (+2,7% vs +1,0%)**. L'augmentation du nombre de séjours est légèrement supérieure (+1,4% vs +1,0%) mais **c'est surtout l'effet structure qui est plus important (+1,3% vs +0,0%)**.

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Pour le **secteur ex-DG**, la hausse du volume économique est **plutôt homogène d'un territoire de santé à un autre (entre +2,0% et +3,2%)**. La croissance en volume des territoires de l'Aude et de la Lozère est davantage le résultat d'un effet structure élevé, alors que pour les autres territoires, c'est l'augmentation du nombre de séjours qui explique celle du volume économique.

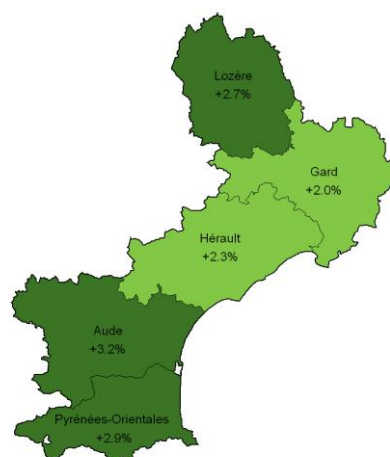
Au niveau des catégories d'établissements, **le CLCC et les EBNL** du Languedoc-Roussillon affichent une augmentation du volume économique **plus forte que leurs homologues nationaux**. Non seulement, le nombre de séjours progresse beaucoup plus rapidement, mais l'effet structure est aussi plus élevé. Le volume économique des CHR de la région augmente en revanche moins vite que celui de l'ensemble des CHR nationaux, en raison d'un effet structure négatif (effet négatif observé dans les deux CHR).

Trois établissements sont fortement contributeurs à la croissance du volume économique régional : le CLCC Paul Lamarque, le CH de Béziers et le CHU de Nîmes.

Les établissements concernés par des hausses de volume ont rapporté à l'instance régionale les explications suivantes : une évolution du **codage** (notamment un recueil plus exhaustif des comorbidités), une évolution des typologies de **patients** (vieillesse, pathologies plus lourdes), des modifications de **l'organisation** interne de l'établissement, des situations **conjoncturelles** (grèves, absence de praticiens...) et des transferts d'activité et des modifications de positionnement sur le territoire.

Seulement deux établissements affichent une baisse du volume économique. Le volume économique du **CHU de Montpellier se stabilise** à cause d'une compensation de l'augmentation du nombre de séjours par un effet structure négatif.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-DG



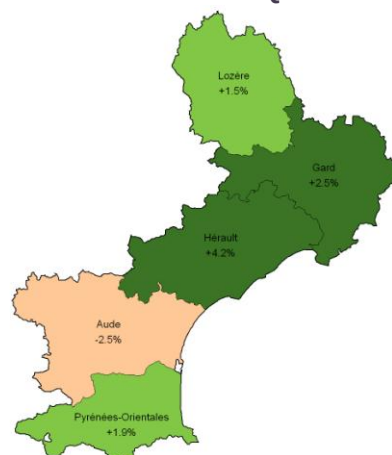
L'ARS souligne que les données du CHU de Montpellier sont à interpréter avec prudence car l'année 2012 a été marquée par le changement de système d'informations interne. Ce changement a engendré des retards, voire des manques de transmissions, à la fois en terme de séjours et en terme d'informations par séjour. Cette mauvaise qualité d'information aura un impact non seulement sur l'analyse 2012 mais également sur 2013 qui sera comparée à une année 2012 non exhaustive.

Au sein des cliniques privées du **secteur ex-OQN**, l'évolution du volume économique est variable selon les territoires de santé.

Le territoire de l'Hérault affiche une hausse du volume de +5,2% tandis que le volume est en baisse dans l'Aude (-2,5%).

Sur l'ensemble de la région, cinq établissements contribuent fortement à la croissance du volume économique. Une douzaine d'établissements (sur 32) sont concernés par une baisse du volume économique.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Pour le **secteur ex-DG**, seulement 50% de la croissance du volume économique régional est expliquée par l'hospitalisation complète (vs près de 70% à l'échelle nationale). **Les séances et les séjours de médecine ambulatoire** (qui affichent une forte hausse de l'activité, en volume et en séjours), **contribuent pour un tiers** à cette croissance.

Contrairement à la tendance nationale, **l'hospitalisation complète explique la majeure partie de la croissance** du volume dans le **secteur ex-OQN**. Les séjours de chirurgie et de médecine non ambulatoire augmentent en effet bien plus vite en région par rapport à l'échelle nationale.

La région émet l'hypothèse d'un rattrapage, puisque les taux de recours notamment en médecine étaient bien plus faibles par rapport au niveau national.

Le volume économique des séances, des techniques peu invasives, et des séjours de médecine en ambulatoire progresse au même rythme que les volumes nationaux.

L'ARS n'est pas surprise par la moindre hausse de la chirurgie ambulatoire, étant donné que la région semblait « en avance » sur le développement de cette activité.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Sur le **secteur ex-DG**, les trois CMD qui contribuent le plus à la croissance du volume économique régional sont :

- La CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- La CMD 6 « Affections du tube digestif » ;
- La CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif ».

Les affections du **rein et des voies urinaires** (CMD 9), et les affections **endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles** (CMD 10) affichent une hausse du volume économique bien **plus forte en région**, et contribuent ainsi fortement à la croissance du volume. En revanche, le volume économique des affections de l'appareil respiratoire (CMD 4) est en baisse en région.

Pour les **établissements ex-OQN**, quatre CMD contribuent fortement à la croissance du volume régional :

- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » ;
- la CMD 10 « Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles » ;
- la CMD 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé » ;
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire ».

Le volume économique de ces quatre CMD augmente plus rapidement en région qu'à l'échelle nationale. En revanche, celui des **affections de l'œil** (CMD 2), et des **affections des oreilles, du nez, de la gorge et de la bouche** (CMD 3) est en baisse.

3.2.3 Niveaux de sévérité

Sur le **secteur ex-DG** du Languedoc-Roussillon, les évolutions du volume économique des différents niveaux de sévérité sont atypiques :

- le volume économique des séjours de niveau 1 est en hausse alors qu'il est en baisse au niveau national ;
- celui des séjours de niveaux 2, 3 et 4 progresse, mais moins vite qu'à l'échelle nationale ;
- celui des séjours d'ambulatoire et de courte durée progresse plus rapidement.

Pour le **secteur ex-OQN**, l'augmentation du volume économique des séjours de niveaux 2, 3 et 4 est plus importante en région, en raison d'une hausse du nombre de séjours plus forte. Celle des séjours d'ambulatoire et de courte durée est moindre.

La progression des séjours aux niveaux de sévérité élevés est expliquée par les établissements par une amélioration du **codage** et la prise en charge d'une nouvelle typologie de **patients** (avec plus de comorbidités et de polypathologies, particulièrement dans la prise en charge des cancers).

4. Evolution comparée de la dynamique de chaque secteur

Entre 2011 et 2012, le secteur privé affiche une dynamique nettement plus importante que le secteur public. Toutefois, sur le plus long terme, de 2009 à 2012, les parts de marchés restent relativement stables pour l'ensemble des départements. Sur cette même période, nous observons une stabilité du nombre de séjours de médecine, une progression des actes techniques, de la chirurgie et des séances.

Limousin

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Limousin	France entière
Population. en milliers d'habitants (2010. INSEE)	742,8	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010. INSEE)	13,1%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes. 2012. Fonds CMU) -	5,5%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011, [mise à jour juillet 2013], ADELI)	181,3	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital. standardisés. pour 1 000 habitants (2012. SNATIH)	247,3	270,3
Taux de fuite MCO hors séjours (2012. SNATIH)	8,2%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séjours (2012. SNATIH)	16,3%	5,5%

Le Limousin compte près de 743 000 habitants au 1er janvier 2010, soit 1,1% de la population métropolitaine. La croissance démographique, uniquement portée par les flux migratoires, est moins forte que sur l'ensemble de la France. La population, ainsi que l'activité économique est majoritairement concentrée à l'ouest tandis que l'est est plus rural. Les contrastes infra régionaux constatés, entre l'ouest et l'est mais également entre le milieu urbain et rural, placent les personnes qui vivent dans les territoires Limousin dans des situations d'inégalités face à la santé. **La population du Limousin est également une population âgée, la plus âgée de France.** Le Limousin est la seule région où le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans est supérieur au nombre de personnes âgées de moins de 20 ans. Par ailleurs, les taux de natalité et fécondité du Limousin sont nettement inférieurs à la moyenne nationale. Avec une population nettement plus âgée que la moyenne nationale, le Limousin a le plus fort taux de mortalité en France : 12,2 décès pour 1 000 habitants (8,5 en France métropolitaine). **Avec un tiers de l'ensemble des décès, les maladies de l'appareil circulatoire sont la 1ère cause de décès en Limousin. Viennent ensuite, dans plus d'un quart des cas, les décès survenus suites à des tumeurs. Les cancers, la mortalité liée à l'alcool et au tabac ainsi que les suicides sont importants en Limousin.**

Concernant l'offre de soins, la répartition des médecins généralistes et spécialistes est inégale selon les territoires. La moyenne d'âge des praticiens est par ailleurs élevée. La densité médicale est plus faible en région Limousin, notamment en ce qui concerne les médecins spécialistes. **La pénurie de médecins de ville est accentuée dans le département de la Creuse, et le pourcentage élevé de médecins libéraux âgés de**

plus de 50 ans est inquiétante. Cette situation devient d'autant plus préoccupante compte tenu du caractère âgé de la population, de l'habitat dispersé et des disparités d'installation. Sur le système hospitalier, avec une quarantaine d'établissements de santé publics et privés, pour une capacité d'accueil globale d'environ 6 500 lits et places d'hospitalisation, le Limousin bénéficie d'une bonne infrastructure sanitaire. 8,2% des habitants du Limousin se font soigner en dehors de la région (5,5% en moyenne nationale) et les établissements de santé du Limousin accueillent près de 18% des patients résidant dans d'autres régions. La région est également bien dotée en établissements médicaux-social (EHPAD), puisque le taux d'équipement de la région en lits médicalisés est supérieur à celui de la France : 105,5 lits ou places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus contre 96,1 au niveau national. Il en est de même pour les places de SSIAD.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 6 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	12	6*
Nombre de séjours (en milliers)	235,48	84,31

Source : PMSI MCO

* 6 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 12 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les **recettes de la part tarifs** sont de **446 millions d'euros** et ont augmenté de **+4,1 entre 2011 et 2012**. Le volume économique de la part tarif et celui des séjours progresse moins rapidement en région par rapport à l'échelle nationale. **Le Limousin fait partie des six régions affichant une baisse des actes et consultations externes.**

Contrairement à l'an passé, les recettes des médicaments et DMI payés en sus augmentent moins vite que la moyenne nationale.

Sur la dotation annuelle des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), la hausse des crédits AC est plus prononcée en région.

Secteur ex-OQN

Les **recettes associées à la part tarifs** atteignent **100 millions d'euros**. Elles ont augmenté de +1,3% par rapport à 2011. **Le volume économique de la part tarif et celui des séjours (y compris suppléments journaliers) est en baisse.**

Après une baisse marquée entre 2010 et 2011, les recettes de la liste en sus sont à nouveau en hausse. La croissance de ces recettes en région est supérieure au niveau national (+6,3% vs -0,7%).

Concernant la dotation annuelle MIGAC, les évolutions sont plus modérées en région : la baisse des crédits MIG est moins forte, la hausse de la composante AC est plus soutenue.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 7 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Limousin	France	Limousin	France
Evolution du volume économique	+1,3%	+3,1%	-0,2%	+1,0%
dont évolution du nombre de séjours	+1,0%	+2,1%	-0,5%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+0,3%	+1,0%	+0,3%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Dans les établissements du **secteur ex-DG**, le volume économique progresse plus modérément que l'évolution nationale (+1,3% vs +3,1%). Ce résultat est lié à la fois à une augmentation du nombre de séjours plus modérée en région (+1,0% vs +2,1%) et à un effet structure quasi-nul (+0,3%).

Pour les **cliniques privées ex-OQN**, le volume économique est en légère baisse (-0,2%) en raison d'une baisse du nombre de séjours (-0,5%).

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Au sein des établissements du **secteur ex-DG**, l'évolution du volume économique est variable d'une catégorie d'établissement à l'autre (-9,9% pour les EBNL vs +2,1% pour les CH). Les deux EBNL de la région affichent une baisse du volume économique, liée principalement à un effet structure négatif. Le volume économique des CH et CHR de la région progresse moins vite que celui de leurs homologues nationaux. Pour les CH, c'est l'effet structure négatif qui explique cette tendance, pour le CHU de Limoges, c'est la baisse du nombre de séjours. **Malgré cette diminution en séjours, le CHU de Limoges reste un établissement fortement contributeur à la croissance du volume économique.** L'instance régionale souligne que le CHU

est en cours de contrat performance ANAP. D'autres établissements contribuent également fortement à cette croissance : le CH Dubois-Brive, le CH de Guéret et le CH de Tulle.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-DG



Selon la région, la progression du CH de Brive est liée à une amélioration du codage, de son organisation et à l'augmentation de capacité en oncologie. Le CH de Guéret enregistre quant à lui une hausse de l'activité sur la chimiothérapie, auparavant réalisé dans une clinique privée. Le recrutement d'un chirurgien en digestif serait à l'origine de la hausse d'activité au CH de Tulle. Comme mentionné précédemment, ce sont les deux EBNL de la région qui freinent la croissance du volume en région.

Sur l'ensemble des établissements privés **ex-OQN**, les évolutions du volume économique et des séjours sont très contrastées selon les établissements. Trois établissements contribuent à la baisse du volume économique régional, tandis que trois établissements freinent cette décroissance.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Dans les établissements du **secteur ex-DG**, les évolutions et contributions à la croissance du volume économique des différentes CAS sont atypiques en Limousin. **La majeure partie de la croissance du volume économique régional est expliquée par les séjours de médecine non ambulatoire et les techniques peu invasives. Contrairement à la tendance nationale, le volume économique et le nombre de séjours de la chirurgie non ambulatoire est en baisse.** La hausse des séances et de la chirurgie ambulatoire est plus modérée en région.

Concernant les six cliniques privées **ex-OQN**, **la décroissance du volume économique régional est expliquée par la baisse du volume sur les séjours de médecine (plus particulièrement en hospitalisation complète) et les séjours d'obstétrique.** La hausse du volume économique des autres catégories de soins s'inscrit dans la tendance nationale, et contribuent à freiner la décroissance globale du secteur.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Au sein des **établissements ex-DG**, les CMD qui contribuent le plus à la croissance du volume économique sont :

- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » ;
- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » ;
- la CMD 10 « Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles ».

La forte hausse du volume économique de la CMD 10 constitue une spécificité de la région Limousin. De même que la baisse du volume sur les affections de l'œil (CMD 2), des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents (CMD 3).

Pour les **cliniques ex-OQN**, les CMD qui contribuent le plus à la décroissance du volume régional sont par exemple :

- la CMD 7 « Affections du système hépatobiliaire et du pancréas » ;
- la CMD 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé ».

Le volume économique des affections de l'œil (CMD 2) progresse en revanche plus rapidement en région.

3.2.3 Niveaux de sévérité

Sur le **secteur ex-DG**, les évolutions du volume économique des séjours de niveau 1, 2, 3, 4, J et T s'inscrivent dans la tendance nationale. La baisse du volume des séjours de niveau 1 est tout de même plus prononcée, la hausse des séjours de niveau 2, 3, 4 plus modérée en région.

Sur le **secteur ex-OQN**, trois évolutions sont remarquables par rapport aux tendances nationales :

- la baisse du volume sur les séjours de niveau 3 ;
- l'augmentation plus soutenue du volume des séjours de niveau 4, liée à la fois à un fort effet nombre de séjours et structure ;
- la baisse de l'activité sur les séjours de courte durée, que ce soit en volume ou en séjours.

Lorraine

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Lorraine	France entière
Population. en milliers d'habitants (2010. INSEE)	2 350,9	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010. INSEE)	8,8%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes. 2012. Fonds CMU) -	5,6%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011, [mise à jour juillet 2013], ADELI)	166,6	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital. standardisés. pour 1 000 habitants (2012. SNATIH)	282,5	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012. SNATIH)	5,6%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012. SNATIH)	3,7%	5,5%

La région Lorraine comporte plusieurs spécificités. D'une part, elle connaît depuis les années 1980 des restructurations industrielles, liées à la disparition progressive des industries sidérurgiques, minières, textiles. Ces restructurations ont entraîné une forte diminution de la demande de soins. D'autre part, la région se caractérise par une surabondance et une fragmentation de l'offre de soins. Les agglomérations de Metz et Nancy disposent chacune à la fois d'un centre hospitalier régional (CHR) et de plusieurs cliniques privées en concurrence directe. Le nord de la région présente également un grand nombre d'établissements à but non lucratif (EBNL) hérité du passé industriel qui nécessite une réorganisation de l'offre de soins hospitaliers actuellement en cours. Celle-ci est enfin complétée par un maillage de l'ensemble de la région par des centres hospitaliers (CH) de taille moyenne.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur Ex-DG	Secteur Ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	34	14*
Nombre de séjours (en milliers)	657,37	208,25

Source : PMSI MCO

* 14 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 32 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, **les recettes de la part tarifs s'élèvent à 1,3 milliard d'euros** et ont progressé de **+1,9% par rapport à 2011**. L'évolution du volume économique de la part tarifs et celle des séjours sont bien inférieures aux évolutions nationales. Comme l'an passé, les actes et consultations externes augmentent également moins rapidement que la moyenne nationale (+1,0% vs +3,1%).

Les recettes des médicaments et DMI facturables en sus des séjours augmentent de façon légèrement plus modérée en région (+5,3% vs +6,0%).

L'ARS propose plusieurs explications à la hausse des recettes sur ce poste de dépenses : une hausse de certaines activités nécessitant l'utilisation de molécules onéreuses ou DMI (hausse des séances de chimiothérapies anticancéreuses, pose de prothèses orthopédiques ou de stimulateurs cardiaques), le développement de nouvelles pratiques (liées à un recrutement de praticiens, à une modification des pratiques...), la prise en charge de patients à pathologie lourdes (prise en charge de patients hémophiles, de maladies rares...).

Sur la dotation annuelle MIGAC, la baisse des crédits MIG et la hausse de la composante AC est plus prononcée en région.

La région explique la baisse des crédits MIG par la création du Fonds d'Intervention Régional (FIR) au 1er mars 2012, qui a entraîné un transfert d'enveloppes MIG vers ce nouveau fonds. En 2012, ce transfert a concerné les crédits destinés au financement de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES), des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), des centres périnataux de proximité (CPP) et de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). La croissance des crédits AC est expliquée par une délégation nationale exceptionnelle de 35M€ en faveur d'établissements présentant des risques importants de rupture de trésorerie.

Secteur ex-OQN

Les **recettes de la part tarifs** sont d'environ **251 millions d'euros**. Ces recettes sont en hausse de +3,3% par rapport à 2011. L'évolution du volume économique de la part tarifs est supérieure à l'évolution nationale. Celle des séjours (y compris suppléments journaliers) est similaire.

Les recettes concernant les médicaments et DMI facturables en sus sont en légère baisse (-0,1% vs -0,7% sur la France entière). D'après la région, ce sont les molécules onéreuses qui expliquent la baisse des recettes sur ce poste.

Sur la dotation annuelle MIGAC, la baisse des crédits MIG et la hausse de la composante AC est plus prononcée en région. Les explications fournies par l'ARS sur le secteur ex-DG sont également valable sur le secteur ex-OQN.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Lorraine	France	Lorraine	France
Evolution du volume économique	+1,6%	+3,1%	+1,3%	+1,0%
dont évolution du nombre de séjours	+0,8%	+2,1%	+1,0%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+0,8%	+1,0%	+0,3%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Dans les établissements du **secteur ex-DG**, l'augmentation du volume économique des séjours hospitaliers est inférieure au niveau national (+1,6% vs +3,1%), en raison d'un effet nombre de séjours inférieur (+0,8% vs +2,1%). L'ARS note une décélération de la croissance du nombre de séjours par rapport à 2010/2011.

Pour les **cliniques privées ex-OQN**, le volume augmente très légèrement plus en Lorraine qu'à l'échelle nationale (+1,3% vs +1,0%), en raison d'un effet structure légèrement supérieur (+0,3% vs +0,0%). La hausse du volume économique est beaucoup moins importante que celle de l'année antérieure (+1,3% vs +4,1%).

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

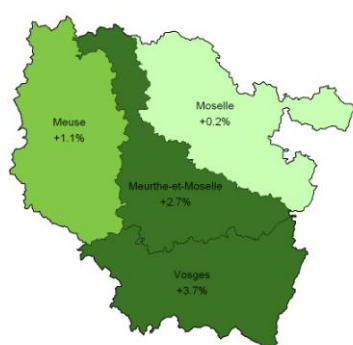
L'évolution du volume économique n'est pas uniforme selon le territoire de santé, la catégorie d'établissement et les établissements.

En ce qui concerne l'activité des hôpitaux du **secteur ex-DG**, tous les territoires de santé affichent une hausse du volume économique comprise entre +0,2% (Moselle) et +3,7% (Vosges). La Moselle est concernée par une baisse du nombre de séjours (comme la Meuse), en partie liée à la restructuration de l'offre de soins en Moselle est.

Au niveau des catégories d'établissements, les CH et CHR lorrains ont un volume économique qui augmente plus rapidement que leurs homologues nationaux. **En revanche, l'évolution du volume économique est inférieure à l'évolution nationale pour le centre de lutte contre le cancer (CLCC) et très inférieure pour les EBNL (-8,0% vs +2,3%).** Concernant ces derniers, la région explique cette baisse par une diminution importante des séjours en particulier dans les établissements EBNL de Moselle actuellement en cours de restructuration. Toutes catégories confondues, deux établissements contribuent fortement à la croissance du volume économique régional : le CHR de Metz-Thionville et le CHU de Nancy qui réalisent respectivement près de 20% des séjours chacun.

L'importante progression du CHR de Metz-Thionville résulte en partie de la reprise des autorisations détenues par Alpha Santé sur le site d'Hayange au 1/08/2012. A l'inverse, trois établissements EBNL de Moselle impactent à la baisse le taux de croissance de la région : l'Hôpital d'Hayange (dont les autorisations ont été reprises par le CHR de Metz-Thionville) ainsi que l'hôpital de Freyming-Merlebach et Hospitalor situés dans le bassin houiller, actuellement en cours de restructuration.

**Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-DG**



**Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-OQN**



Concernant l'activité des **cliniques ex-OQN**, l'évolution du volume économique est très hétérogène selon les territoires de santé. La croissance du volume régional est portée par les établissements de la Moselle, de la Meuse et dans une moindre mesure de la Meurthe et Moselle.

Avec une diminution du volume de -7,0%, le territoire des Vosges freine la croissance régionale. La baisse d'activité sur ce territoire est liée à la fermeture d'une clinique courant 2012, et à la baisse d'activité dans un autre établissement.

Sur les quatorze établissements privés lucratifs de la région, quatre contribuent à l'essentiel de la croissance du volume économique régional.

3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Dans les hôpitaux du **secteur ex-DG**, les CAS qui contribuent les plus à la croissance du volume sont les mêmes que celles observées à l'échelle nationale : la médecine et la chirurgie non ambulatoire. Quelques tendances spécifiques à la région Lorraine sont remarquables :

- **l'augmentation plus modérée du volume économique des activités chirurgicales, des techniques peu invasives et des séjours de médecine en ambulatoire ;**
- la hausse plus soutenue du volume et du nombre de séances ;
- la baisse plus prononcée de l'obstétrique en région, tendance déjà remarquable en 2011.

Selon l'ARS, cette baisse continue de l'obstétrique pourrait s'expliquer par la baisse de l'indice conjoncturel de fécondité lorrain.

Les catégories de soins de l'activité des **cliniques privées ex-OQN** les plus contributrices à la croissance sont la chirurgie et les techniques peu invasives. Le volume économique des séances et des techniques peu invasives progresse bien plus vite en région. Celui de l'obstétrique et des séjours de médecine sont en baisse, en raison d'une baisse du nombre de séjours.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Pour l'ensemble des établissements du **secteur ex-DG**, parmi les cinq CMD les plus contributrices à la croissance du volume, trois sont les mêmes qu'au niveau national :

- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » ;
- la CMD 6 « Affections du tube digestif ».

Viennent ensuite les affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles (CMD 10), et les affections du sang et des organes hématopoïétiques (CMD 16). **La forte croissance en volume de ces deux CMD est atypique par rapport à l'échelle nationale.**

Pour l'ensemble des établissements du **secteur ex-OQN**, parmi les cinq CMD les plus contributrices à la croissance du volume, trois sont les mêmes qu'au niveau national, c'est à dire :

- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique » ;
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;

- la CMD 10 «Affections endocriniennes».

Viennent ensuite les facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé (CMD 23) et les affections du système nerveux (CMD 1) qui se distinguent de la tendance nationale avec une hausse du volume économique bien plus élevée en Lorraine.

3.2.3 Niveaux de sévérité

Dans les établissements du **secteur ex-DG** lorrains, les niveaux de sévérité 3 et 4 contribuent à la croissance du volume économique de façon plus importante qu'au niveau national. A l'inverse, la baisse des séjours de niveau de sévérité 1 est également plus importante qu'au niveau national. Ceci peut s'expliquer par une amélioration du codage dans de nombreux établissements lorrains.

S'agissant de l'activité en **cliniques privées ex-OQN**, le volume des séjours associés aux niveaux 3, 4 progresse bien plus vite en région, constat déjà réalisé en 2011.

Midi-Pyrénées

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Midi-Pyrénées	France entière
Population, en milliers d'habitants (2010, INSEE)	2 881,8	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010, INSEE)	10,5%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes, 2012, Fonds CMU)	5,9%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011 [mise à jour juillet 2013], ADELI)	222,0	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital, standardisés, pour 1 000 habitants (2012, SNATIH)	268,9	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012, SNATIH)	6,0%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012, SNATIH)	5,7%	5,5%

L'ARS apporte les éléments complémentaires suivants :

Avec plus de 2,8 millions d'habitants, la région se situe au 8^e rang des régions. Elle représente environ 4,5% de la population métropolitaine. Une très grosse agglomération, Toulouse, rassemble les deux tiers de la population régionale. La population midi-pyrénéenne est plutôt âgée. L'indice de vieillissement (nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est de 84,1 (2006) alors qu'il est de 67 pour la France métropolitaine. Les départements ruraux sont affectés par un fort vieillissement (117 pour le Gers et 119 pour le Lot) alors que la Haute-Garonne est dans la moyenne nationale.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	29	27*
Nombre de séjours (en milliers)	621,14	403,82

Source : PMSI MCO

* Seuls 27 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 85 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les **recettes associées à la part tarifs** s'élèvent à **1,2 milliard d'euros** et ont augmenté de **+3,2% entre 2011 et 2012**. L'évolution du volume économique de la part tarifs et celle des séjours (suppléments journaliers compris) sont similaires aux évolutions nationales. Comme l'an passé, les actes et consultations externes progressent davantage que la moyenne nationale (+6,9% vs +4,8%).

Après une forte hausse entre 2010 et 2011, la progression des recettes de la liste en sus est inférieure à l'évolution nationale (+1,8% vs +6,0%).

Les dotations liées aux missions d'intérêt général évoluent de façon similaire à la tendance nationale.

Secteur ex-OQN

Les **recettes de la part tarifs** atteignent **500 millions d'euros**. Entre 2011 et 2012, elles ont progressé de **+3,9%**. Le volume économique des séjours et celui de la part tarifs augmentent plus rapidement en région par rapport à l'échelle nationale.

Comme l'année passée, les recettes de la liste en sus sont en légère hausse (+0,9%).

S'agissant de la dotation annuelle MIGAC, la baisse des crédits MIG et la hausse de la composante AC sont plus modérées en région Midi-Pyrénées.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Midi-Pyrénées	France	Midi-Pyrénées	France
Evolution du volume économique	+2,8%	+3,1%	+2,1%	+1,0%
dont évolution du nombre de séjours	+2,4%	+2,1%	+1,7%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+0,3%	+1,0%	+0,4%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Pour le **secteur ex-DG**, le volume économique progresse de manière plus modérée en région (+2,8% vs +3,1%), en raison d'un effet structure inférieur (+0,3% vs +1,0%).

S'agissant des **cliniques privées**, la hausse du volume économique des séjours est supérieure à la moyenne nationale (+2,1% vs +1,0%). Cette progression est principalement due à l'augmentation du nombre de séjours (+1,7%). La hausse du nombre de séjours 2011/2012 est identique à celle de 2010/2011.

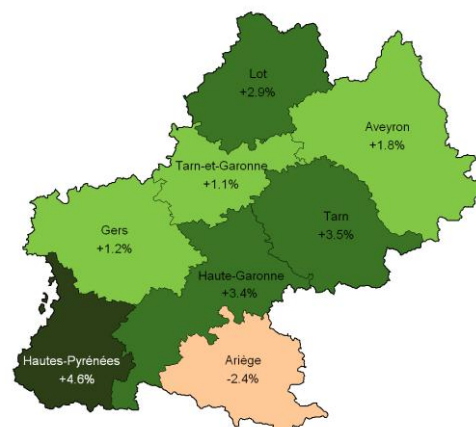
3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Pour les deux secteurs, l'évolution du volume économique est contrastée selon les territoires de santé et les catégories d'établissements.

Au sein du **secteur ex-DG**, le volume économique est en baisse en Ariège et augmente plus rapidement que le rythme de progression régional dans trois territoires de santé (Hautes-Pyrénées, Tarn et Haute-Garonne). La baisse du volume économique en Ariège est liée à une diminution du nombre de séjours. Cette baisse s'explique par la diminution de l'activité au CH du Pays d'Olmes. En Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées et Tarn, le volume économique est en hausse dans tous les établissements, sauf deux.

Evolution du volume économique

2011/2012 – secteur ex-DG



Concernant les catégories d'établissements, **le volume des CH et CLCC régionaux augmente moins rapidement que leurs homologues nationaux**, alors que la hausse du nombre de séjours est plus forte. **Un effet structure moins fort, voire négatif pour le CLCC explique ce résultat.** Le volume économique des EBNL de la région est également en baisse (-0,5%), en raison d'une chute du nombre de séjours (-4,9%). Cette baisse est le reflet de la baisse d'activité à la polyclinique Sainte-Barbe.

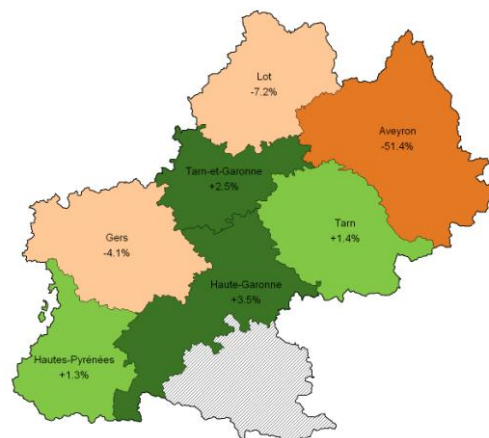
Toutes catégories confondues, **l'activité du CHU de Toulouse explique à lui seul près de la moitié de la croissance du volume économique régional.** Viennent ensuite le CH de Rodez et de Bigorre.

Le CH de Rodez a notamment profité d'un transfert d'activité d'une clinique privée sur l'activité de chirurgie ambulatoire.

Au sein du **secteur ex-OQN**, le volume économique ainsi que le nombre de séjours sont en baisse dans trois territoires de santé. Le volume est en hausse dans les quatre autres. Sur le territoire des Hautes-Pyrénées, c'est l'effet structure (+2,6%) qui explique la hausse du volume économique.

Sur l'ensemble de la région, **cinq cliniques contribuent très fortement à la croissance du volume économique**. 19 établissements sur 27 présentent tout de même une hausse du volume.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Comme au niveau national, la croissance du volume économique du **secteur ex-DG** de la région s'explique principalement par l'hospitalisation complète. **Néanmoins, le volume économique des séjours de médecine avec nuitée(s) progresse moins vite en région**. La hausse du volume de l'obstétrique est supérieure à l'évolution nationale. **Le volume économique des séjours de médecine sans nuitée est en baisse en Midi-Pyrénées**.

Pour les **cliniques privées ex-OQN**, les contributions à la croissance du volume économique des différentes CAS se rapprochent de celles observées sur le secteur ex-DG. **En effet, ce sont les séjours en hospitalisation complète (chirurgie et médecine non ambulatoires) qui expliquent la majeure partie de la croissance**. La chirurgie ambulatoire contribue à un tiers de la croissance régionale, contre 73% à l'échelle nationale. Par ailleurs, le volume économique des techniques peu invasives, des séances et des séjours de médecine sans nuitée est en baisse. Pour les techniques peu invasives, cette baisse est liée à un effet structure négatif (-3,0%).

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Au sein du **secteur ex-DG**, les cinq CMD les plus contributrices à la croissance du volume économique en région sont les mêmes que celles observées à l'échelle nationale (CMD 1, 4, 5, 6 et 8). Le volume économique des affections de l'œil (CMD 2) et du tube digestif (CMD 6) progresse davantage en région.

S'agissant des **établissements ex-OQN**, les quatre CMD qui expliquent l'essentiel de la croissance du volume économique régionale sont :

- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » ;
- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » ;
- la CMD 10 « Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles » ;
- la CMD 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé ».

Le volume économique des affections de l'œil (CMD 2) augmente moins vite en région. Contrairement à la tendance nationale, celui des affections de l'appareil circulatoire (CMD 5) est en baisse.

3.2.3 Niveaux de sévérité

Pour le **secteur ex-DG**, la déclinaison du volume par niveau de sévérité montre quelques atypies régionales :

- la hausse du volume économique est plus prononcée en région pour les séjours de niveaux 2 et J ;
- **le volume économique est en baisse sur les séjours de niveau 4 et de courte durée (niveau T).**

Selon la région, la hausse de l'activité sur les niveaux 2 et 3 est liée à une amélioration du codage, celle de niveau J à la progression de la prise en charge en ambulatoire.

Au sein du **secteur ex-OQN**, le volume économique des séjours de niveaux 1, 2, 3, 4, J et T est en hausse. L'augmentation du volume économique des séjours de niveau 3, 4 et T est plus modérée en région.

Nord-Pas-de-Calais

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Nord-Pas-de-Calais	France entière
Population, en milliers d'habitants (2010, INSEE)	4 038,2	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010, INSEE)	7,6%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes, 2012, Fonds CMU)	10,1%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011 [mise à jour juillet 2013], ADELI)	173,1	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital, standardisés, pour 1 000 habitants (2012, SNATIH)	309,4	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012, SNATIH)	1,7%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012, SNATIH)	2,3%	5,5%

L'ARS souligne le mauvais état de santé de la population du Nord-Pas-de-Calais. Les indicateurs de mortalité (taux de mortalité, taux de mortalité prématurée) sont supérieurs à la moyenne nationale. Le Nord-Pas-de-Calais est également davantage concerné par la mortalité liée à l'alcoolisme et au suicide. Ainsi, le taux de recours à l'hospitalisation est plus élevé en région. Néanmoins, lorsque ce taux est standardisé sur le sexe et l'âge, mais également sur l'état de santé, ce taux de recours se rapprocherait du taux national.

L'ARS souligne également des disparités infra régionales. Les indicateurs de mortalité sont moins satisfaisants dans l'Artois-Douais et le Hainaut-Cambrésis, deux territoires davantage marqués par la précarité sociale. Le taux de recours aux soins hospitaliers est néanmoins variable : il est plutôt faible dans l'Artois-Douais et fort dans le Hainaut-Cambrésis. A l'inverse, le Littoral et la Métropole Flandres intérieures abritent une population en meilleure santé par rapport à la moyenne régionale. L'offre hospitalière y est également plus développée, et ce plus particulièrement dans l'agglomération de Lille.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	37	39
Nombre de séjours (en milliers)	1137,87	454,93

Source : PMSI MCO

* 39 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 93 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, **les recettes associées à la part tarifs** s'élèvent à 2,2 milliards d'euros, soit **+3,3% par rapport à 2011**. Comme l'an passé, les évolutions du volume économique de la part tarifs et des séjours (y compris les suppléments journaliers) sont similaires à celles du niveau national. **Les actes et consultations externes progressent nettement plus vite qu'à l'échelle nationale (+6,3% vs +3,1%).**

La parution de la circulaire frontière, combinée aux contrôles T2A ont entraîné probablement un transfert d'activité entre l'hospitalisation et les activités externes. Par ailleurs, en vue de la facturation prochaine au fil de l'eau, les établissements travaillent et explorent leur chaîne de facturation notamment externe ce qui améliore l'exhaustivité et la qualité du codage avec une répercussion à la hausse sur la valorisation. Enfin, la faible densité en médecins spécialistes de ville sur certains territoires peut notamment expliquer la hausse des recours à l'hôpital. Toujours selon la région, la crise économique et la montée de la précarité conduisent également les patients à consulter davantage à l'hôpital au détriment des médecins de ville, pour des raisons financières.

La hausse des recettes associées aux médicaments et DMI payés en sus est légèrement supérieure à l'évolution nationale (+6,8% vs +6,0%).

A propos de la dotation annuelle des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), les deux enveloppes sont en baisse. La baisse des crédits AC en région contraste avec la hausse observée au niveau national.

Secteur ex-OQN

Les **recettes de la part tarifs** atteignent **571 millions d'euros** en 2012, elles ont progressé de **+3,3% sur un an**. Le volume économique de la part tarif et celui des séjours (suppléments journaliers compris) augmentent plus vite en région.

Comme l'an dernier, la baisse des recettes de médicaments et DMI payés en sus est plus prononcée en région (−1,6% vs −0,7%).

Sur la dotation annuelle MIGAC, les deux composantes sont en baisse. La baisse des crédits AC en région contraste avec la hausse nationale.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Nord-Pas-de-Calais	France	Nord-Pas-de-Calais	France
Evolution du volume économique	+3,3%	+3,1%	+2,0%	+1,0%
dont évolution du nombre de séjours	+2,0%	+2,1%	+1,1%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+1,3%	+1,0%	+0,9%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Pour les établissements du **secteur ex-DG**, l'augmentation du volume économique, celle des séjours et l'effet structure en région sont très proches des indicateurs observés à l'échelle nationale.

Au sein des **cliniques privées ex-OQN**, le volume économique progresse plus vite qu'à l'échelle nationale (+2,0% vs +1,0%), en raison d'un effet structure plus élevé.

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Comme dans la majorité des régions, l'évolution du volume économique n'est pas uniforme selon les territoires de santé, les catégories d'établissements et les établissements.

Pour les établissements du **secteur ex-DG**, **le volume économique est en hausse dans tous les territoires de santé. Mais ce résultat global masque des disparités.** L'Artois-Douais et le Littoral affichent une hausse du volume économique inférieure à la moyenne régionale. Cette évolution inférieure est liée à une stabilité du nombre de séjours, la hausse du volume étant due uniquement à l'effet structure. **Le territoire du Hainaut-Cambrésis et la Métropole Flandres intérieures sont concernés par une hausse du volume et du nombre de séjours supérieures à la moyenne régionale.** Le premier, dont des extensions capacitaires dans certains établissement pourraient expliquer l'effet nombre de séjours, est également caractérisé par un fort effet structure.

Au sujet des catégories d'établissements, le volume économique des CHR et CLCC de la région progresse moins vite que leurs homologues nationaux, inversement pour les EBNL.

La croissance plus modérée du CHU de Lille est liée à une moindre hausse des séjours.

La région rappelle qu'en 2011, le CHU avait connu une forte hausse des séjours en raison d'une extension capacitaire, et du développement de l'activité d'addictologie et de la prise

en charge des troubles des conduites alimentaires. En 2012, l'ouverture d'une unité de prise en charge post-urgence contribue à expliquer l'augmentation d'activité 2011/2012.

La moindre croissance du CLCC est expliquée par un effet structure négatif (-3,3%).

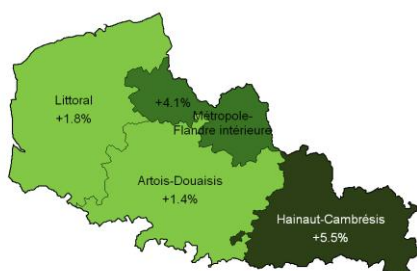
L'analyse régionale mentionne une diminution régulière de la DMS des séjours d'hospitalisation complète depuis 2010 avec un effet borne basse important en 2012.

Pour les EBNL, la hausse plus soutenue du volume économique s'explique par une forte croissance du nombre de séjours.

La région l'explique en partie par l'intégration d'une Clinique Privée (qui a changé de statut en cours d'année) au sein d'un GCS ESPIC.

Toutes catégories confondues, **contrairement à d'autres régions**, la croissance du volume économique est **moins concentrée sur un petit nombre d'établissements**. L'établissement le plus contributeur, le GCS des hôpitaux catholiques de Lille, explique seulement 25% de la croissance du volume régional. Viennent ensuite le CH de Valenciennes, le CHR de Lille et les CH de Lens et Roubaix.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-DG



Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-OQN



Concernant l'activité des **cliniques privées ex-OQN**, l'évolution du volume est variable selon les territoires de santé. Trois territoires affichent une hausse du volume économique supérieure à la moyenne régionale, tandis que le Hainaut-Cambrésis est concerné par une baisse d'activité (en volume comme en séjours). La diminution d'activité sur ce territoire est liée au rattachement de la clinique Sainte-Marie, devenue ESPIC ex-DG, au GCS des hôpitaux de l'institut catholique de Lille.

Tous territoires confondus, une dizaine de cliniques expliquent la majeure partie de la croissance en volume économique. Quatorze établissements sont concernés par une baisse du volume.

3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Au sein des **établissements ex-DG**, les séjours réalisés en hospitalisation complète expliquent la majeure partie de la croissance du volume économique régional. La région se distingue de la tendance nationale sur différents points :

- le volume économique et le nombre de séjours en chirurgie (ambulatoire ou non), en techniques peu invasives ou séances progressent davantage en région ;
- l'obstétrique et la médecine en ambulatoire sont en baisse, que ce soit en volume ou en nombre de séjours.

Selon la région, la baisse des séjours de médecine en ambulatoire est peut-être liée aux contrôles externes qui ciblent chaque année les séjours de ce type.

Sur le **secteur ex-OQN**, la contribution à la croissance des différentes CAS est différente en Nord-Pas-de Calais. Certes, la chirurgie contribue à la majeure partie de la croissance, mais cela est dû plus particulièrement au dynamisme de la chirurgie non ambulatoire. L'obstétrique explique également une part non négligeable de la hausse du volume. L'explication est liée en partie à une clinique de la métropole qui en raison d'un problème informatique avait transmis partiellement l'activité obstétrique en 2011. Le volume économique associé aux techniques peu invasives et aux séances est stable.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Pour le **secteur ex-DG**, les CMD suivantes contribuent fortement à la croissance du volume régional et national :

- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire ».

En dehors des interventions majeures sur le thorax qui progressent de +12,4%, l'augmentation concerne majoritairement les GHM de médecine chez l'adulte comme les pneumonies et pleurésies, les bronchites et asthme, les broncho-pneumopathies chroniques surinfectées, les maladies pulmonaires interstitielles, les épanchements pleuraux et les fibroses kystiques pulmonaires. Les niveaux de sévérité élevés sont beaucoup plus concernés. Cette augmentation est peut-être due à un effet codage induit par une meilleure description des bactéries responsables d'infections.

- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- la CMD 6 « Affections du tube digestif ».

Contrairement à la tendance nationale, les affections du rein et des voies urinaires (CMD 11) expliquent une part non négligeable de la croissance (14%).

L'augmentation concerne les séjours chirurgicaux sur les reins, les uretères et la vessie à la fois pour tumeurs malignes et non malignes, ainsi que les interventions transurétrales ou par voie transcutanée et les créations de fistules artério-veineuses. En médecine, les séjours pour insuffisance rénale et dialyse, pour infections des reins et des voies urinaires, les endoscopies et les lithotrities extra-corporelles augmentent.

Le volume économique des affections de l'œil (CMD 2) augmente davantage en région.

L'augmentation concerne surtout l'activité ambulatoire et de niveau de sévérité 1 pour les GHM d'interventions sur le cristallin, la rétine et les autres interventions extra-oculaires chez l'adulte. Le volume des affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif (CMD 8) progresse moins rapidement.

Au sein des **établissements ex-OQN**, les CMD les plus contributrices sont, en dehors de l'obstétrique (CMD 15) :

- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif ».

En chirurgie l'activité chirurgicale pour pose de prothèses de genou, d'épaule ou de hanche augmente sensiblement de même que les interventions sous arthroscopies. En médecine l'augmentation d'activité n'est pas ciblée sur des prises en charge particulières.

- la CMD 10 « Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins ».

L'augmentation concerne surtout la chirurgie et notamment les interventions pour prise en charge de l'obésité. L'activité de médecine progresse et concerne essentiellement les séjours pour obésité et les troubles du métabolisme de l'adulte.

- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire ».

L'effet structure est prépondérant. Néanmoins, la région observe une augmentation du nombre de séjours chirurgicaux et interventionnels : pontages coronaires, pose de stimulateurs et de défibrillateurs, d'endoprothèses vasculaires et traitement des troubles du rythme. En médecine les séjours pour infarctus aigu du myocarde et douleurs thoraciques ont augmenté.

La hausse du volume économique sur les affections de l'œil (CMD 2) est supérieure à l'évolution nationale. La hausse de cette CMD s'explique par une augmentation des interventions sur le cristallin.

3.2.3 Niveaux de sévérité

En **ex-DG**, les évolutions en volume économique associés aux différents niveaux de sévérité sont globalement similaires aux évolutions nationales. Toutefois, la hausse du volume économique des séjours de niveau 3 est plus forte en région. Le volume des séjours de courte durée (niveau T) est en baisse. Cette baisse semble être le reflet de la diminution des séjours de médecine sans nuitée.

D'après l'instance régionale, la modification des listes de comorbidités en 2011 peut expliquer l'augmentation du nombre de séjours de sévérité plus élevée par un effet codage.

Pour le **secteur ex-OQN**, la croissance du volume économique des séjours des niveaux 2, 4 et T est supérieure à l'évolution nationale.

4. Evolution comparée de la dynamique de chaque secteur

Le secteur ex-DG progresse plus vite que le secteur ex-OQN mais la tendance est à la stabilisation dans la continuité de l'an dernier, alors que le secteur ex-OQN progresse plus que l'an dernier et dépasse la moyenne nationale. Le profil évolutif des activités de soins n'est pas comparable. Dans le secteur ex-DG, la chirurgie ambulatoire, les techniques peu invasives et les séances progressent le plus. Dans le secteur ex-OQN, la chirurgie progresse moins vite que l'an dernier mais représente à elle seule 70% de la contribution à la croissance du volume économique et les séjours ambulatoires de médecine augmentent. Dans les deux secteurs la prise en charge des affections endocriniennes (notamment celle de l'obésité aussi bien en chirurgie qu'en médecine) et celle des affections ophtalmologiques augmentent sensiblement. L'évolution des autres catégories majeures de diagnostics évoluent différemment et parfois à l'opposé.

Provence-Alpes-Côte d'Azur

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	PACA	France entière
Population, en milliers d'habitants (2010, INSEE)	4 899,2	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010, INSEE)	10,3%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes, 2012, Fonds CMU)	7,6%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011 [mise à jour juillet 2013], ADELI)	267,3	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital, standardisés, pour 1 000 habitants (2012, SNATIH)	293,0	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012, SNATIH)	3,0%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012, SNATIH)	4,7%	5,5%

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur se caractérise par un taux de fuite pour les hospitalisations en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) particulièrement faible.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	48	60*
Nombre de séjours (en milliers)	1295,58	696,09

Source : PMSI MCO

* 60 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 133 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les **recettes associées à la part tarifs** atteignent **2,5 milliards d'euros** et ont augmenté de **+3,5% par rapport à 2011**. Le volume économique de la part tarif et celui des séjours augmentent plus rapidement en région. Les actes et consultations externes progressent au même rythme qu'à l'échelle nationale (+2,9% vs +3,1%).

Pour les spécialités pharmaceutiques et DMI facturables en sus, la progression des recettes est similaire au niveau national (+6,3% vs 6,0%).

S'agissant de la dotation MIGAC, les deux composantes sont en baisse. La baisse des crédits AC contraste avec l'évolution nationale.

Secteur ex-OQN

En 2012, les **recettes associées à la part tarifs** atteignent **844 millions d'euros** et ont augmenté de **+2,9%**. La hausse du volume économique de la part tarif est similaire à l'évolution nationale. En revanche, celle des séjours (suppléments journaliers compris) est supérieure.

Les recettes de la liste en sus baissent légèrement (-0,3% vs -0,7% sur la France entière).

Concernant la dotation MIGAC, la baisse des crédits MIG et la hausse de la composante AC sont plus soutenue en région.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	PACA	France	PACA	France
Evolution du volume économique	+4,0%	+3,1%	+1,8%	+1,0%
dont évolution du nombre de séjours	+2,2%	+2,1%	+1,7%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+1,7%	+1,0%	+0,2%	+0,0%

Source : PMSI MCO

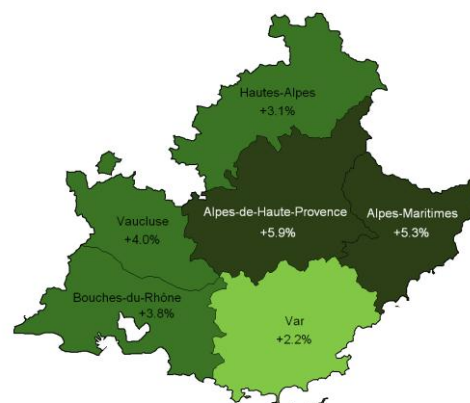
Le volume économique des séjours du **secteur ex-DG** progresse bien plus vite en région (**+4,0% vs +3,1%**), en raison d'un effet structure supérieur à celui observé nationalement (+1,7% vs +1,0%). L'augmentation du nombre de séjours est en effet quasiment identique (+2,2% vs +2,1%).

De même, le volume économique des séjours hospitaliers des **cliniques privées** progresse plus vite en région (**+1,8% vs +1,0%**). La hausse du nombre de séjours est supérieure en région PACA, tandis que l'effet structure est similaire.

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Sur le **secteur ex-DG**, tous les territoires de santé sont caractérisés par une hausse du volume économique, comprise entre +2,2% (Var) et +5,9% (Alpes-de-Haute-Provence). Le moindre dynamisme du Var est lié à un effet structure négatif, qui est également observé dans six établissements sur sept du territoire. Dans les **Alpes-de-Haute-Provence** et les **Alpes-Maritimes** le volume économique et le nombre de séjours progressent plus vite que la moyenne régionale. Le dynamisme du premier est essentiellement lié à l'activité du **CH de Manosque**, celui du second est davantage réparti sur quelques établissements.

Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-DG



Sur les catégories d'établissements, **le volume économique des CH et CHR augmente plus vite en région PACA**. Pour les CH, la hausse du nombre de séjours est supérieure à l'évolution nationale. Pour les CHR, l'effet nombre de séjours et l'effet structure sont tous les deux supérieurs en région.

Sur l'ensemble de la région, **l'AP-HM contribue à 30% de la croissance du volume économique, et le CHU de Nice en explique 14%**.

La région souligne que l'évolution de l'activité de l'AP-HM est cohérente avec une orientation poursuivie depuis plusieurs exercices déjà visant au redressement d'un PMCT (poids moyen du cas traité) très bas par rapport aux autres CHU. Le CHU de Nice a quant à lui procédé à amélioration du codage et, d'autre part, au développement de prises en charge des plaies complexes et de la douleur en soins palliatifs.

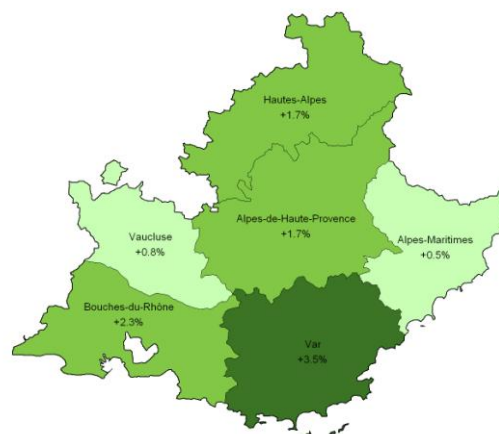
La contribution à la croissance des autres établissements est inférieure à 10%. Le dynamisme du CH Henri Duffaut (nouveaux locaux pour le service maternité), du CH Pierre Nouveau (effet nouvel hôpital) et du CHI de Toulon est tout de même remarquable. Peu d'établissements (7 sur 48) présentent une baisse du volume économique.

Au sein du **secteur ex-OQN**, deux territoires de santé affichent une hausse du volume économique supérieure à l'évolution nationale : le Var (+3,5%) et les Bouches-du-Rhône (+2,3%), en raison d'une forte hausse du nombre de séjours. Le volume économique ainsi que le nombre de séjours progressent peu dans les Alpes-Maritimes et le Vaucluse.

Sur soixante établissements analysés, une clinique explique 30% de la croissance du volume économique régional. Mais la hausse de l'activité dans cette clinique demeure artificielle, étant donné que les données 2011 concernent uniquement les trois derniers mois de l'année. Malgré une croissance régionale soutenue, une vingtaine d'établissements

sont concernés par une baisse du volume économique.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Pour le **secteur ex-DG**, les séjours réalisés en hospitalisation complète, ainsi que les techniques peu invasives contribuent à la majeure partie de la croissance du volume économique régional. L'augmentation du volume économique des séjours de médecine et des techniques peu invasives est plus prononcée en région. Pour les techniques peu invasives, l'importance de l'effet structure est à relever (+3,7%). A l'inverse, la hausse du volume économique de la chirurgie et des séances est plus modérée en région PACA, en raison d'une hausse plus faible du nombre de séjours.

Comme l'an passé, la chirurgie explique la quasi-totalité de la croissance du volume économique des **établissements ex-OQN** de la région. Les augmentations du volume économique de la chirurgie non ambulatoire, des séances et des séjours de médecine partielle sont supérieures aux hausses nationales.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

S'agissant de l'activité des **établissements ex-DG**, les CMD les plus contributrices à la croissance du volume économique régional sont identiques à celles observées nationalement :

- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » ;
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif ».

Le volume économique de ces trois CMD progresse plus vite en région, en raison d'une augmentation supérieure du nombre de séjours. D'autres CMD affichent une évolution du volume plus rapide en région : les affections du système nerveux (CMD 1), celles des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents (CMD 3), celles du système hépatobiliaires et du pancréas (CMD 7).

Sur le **secteur ex-OQN**, les CMD les plus contributrices à la croissance du volume sont :

- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » ;
- la CMD 10 « Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles ».

Le volume économique des affections de l'œil (CMD 2) et des affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins (CMD 9) augmente davantage en région.

3.2.3 Niveaux de sévérité

Sur le **secteur ex-DG**, l'évolution du volume économique des différents niveaux de sévérité s'inscrit globalement dans la tendance nationale. **La hausse du volume associée aux niveaux 3, 4 et séjours de courte durée est tout de même plus prononcée en région, celle des séjours de niveau 2 et d'ambulatoire est en revanche moins soutenue.**

Pour les **établissements ex-OQN**, les variations régionales du volume économique sont **proches des évolutions nationales, excepté pour les séjours de courte durée**. Le volume de ces séjours augmentent bien plus vite en région, en raison d'un effet structure plus important.

Pays de la Loire

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Pays de la Loire	France entière
Population, en milliers d'habitants (2010, INSEE)	3 571,5	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010, INSEE)	9,2%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes, 2012, Fonds CMU) -	4,4%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011 [mise à jour juillet 2013], ADELI)	162,0	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital, standardisés, pour 1 000 habitants (2012, SNATIH)	261,0	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012, SNATIH)	5,2%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012, SNATIH)	6,6%	5,5%

L'ARS précise que la structure de la population des Pays de la Loire est similaire à la structure nationale. La part des personnes âgées de moins de 20 ans est légèrement plus élevée, la part de celles âgées de plus de 60 ans légèrement plus faible. La Vendée concentre une part de personnes âgées plus importante que les autres territoires. La Loire-Atlantique concentre 36% de la population de la région, alors que celle de la Mayenne ne représente que 9% de la population.

Concernant les restructurations du secteur ex-DG, le bassin de St Nazaire est marqué par la création de la Cité Sanitaire pendant l'été 2012. Le CH de St Nazaire et le Pôle Mutualiste de St Nazaire (devenu la Clinique de l'Estuaire) ont été regroupés sur le même site. Cette restructuration a conduit à des transferts entre les deux établissements dont la gynécologie et l'obstétrique qui n'est plus que sur le site du Centre Hospitalier.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	25	26*
Nombre de séjours (en milliers)	836,04	439,8

Source : PMSI MCO

* 26 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 61 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les **recettes associées à la part tarifs** atteignent **1,6 milliard d'euros, soit +3,1% en un an**. Comme l'année passée, le volume économique de la part tarifs et celui des séjours sont similaires aux tendances nationales. Les actes et consultations externes (ACE) progressent légèrement moins rapidement en région qu'au niveau national (+2,7% vs +3,1%).

Les établissements qui concentrent le plus d'ACE sont le centre de lutte contre le cancer (l'institut de cancérologie de l'ouest [ICO]), les centres hospitaliers de la Roche sur Yon et de St Nazaire.

Les recettes de la liste en sus progressent plus vite que l'augmentation nationale (+7,2% vs +6,0%).

D'après l'analyse régionale, les DMI et l'utilisation de molécules en hospitalisation à domicile par le centre hospitalier de Château du Loir (utilisation en lien avec la dynamique d'activité de son service HAD) expliquent cette augmentation.

Concernant la dotation MIGAC, l'évolution des enveloppes MIG et AC en région s'inscrit dans la tendance nationale.

Secteur ex-OQN

En 2012, les **recettes associées à la part tarifs** atteignent **478 millions d'euros** et ont augmenté de **+3,9% par rapport à 2011**. Le volume économique de la part tarif et celui des séjours augmentent plus vite que l'évolution nationale.

Par rapport à l'an passé, la croissance des recettes des médicaments et DMI payés en sus s'est ralentie mais reste en hausse, contrairement à la baisse observée au niveau national (+1,3% vs -0,7%).

S'agissant des financements par la dotation MIGAC, les deux enveloppes sont en baisse. La baisse de la composante MIG est toutefois moins prononcée en région.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Pays de la Loire	France	Pays de la Loire	France
Evolution du volume économique	+2,8%	+3,1%	+1,6%	+1,0%
dont évolution du nombre de séjours	+1,7%	+2,1%	+1,5%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+1,1%	+1,0%	+0,1%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Dans les établissements du **secteur ex-DG**, l'augmentation du volume économique des séjours hospitaliers est légèrement inférieure à la moyenne nationale (+2,8% vs +3,1%), en raison d'une augmentation moins forte du nombre de séjours (+1,7% vs +2,1%).

Le volume économique des séjours des **cliniques privées** progresse plus rapidement que le volume national (+1,6%). Ce résultat est lié à une augmentation du nombre de séjours plus élevée en région (+1,5% vs +1,0%).

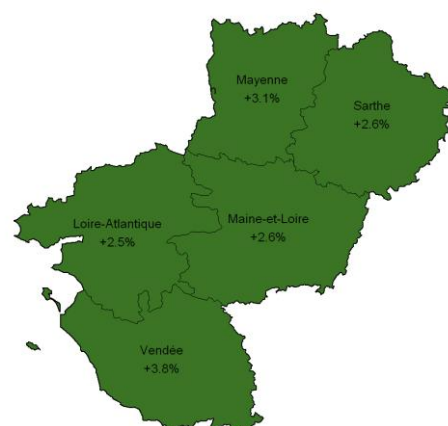
3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Au sein des **établissements ex-DG**, l'évolution du volume selon les territoires de santé est plutôt homogène : la hausse du volume est supérieur à +2,5% dans tous les territoires. La Vendée se distingue avec une croissance en volume économique de +3,8%. Sur ce territoire, l'effet structure est plus élevé que le niveau régional (+1,8% vs +1,1%). Trois établissements sur quatre sont en effet caractérisés par un effet structure supérieur à +2,0% (CH La Roche sur Yon, Fontenay le Comte, Challans).

Sur les catégories d'établissements, les tendances régionales qui s'écartent le plus de la tendance nationale concernent les EBNL et les CLCC. Le volume économique des EBNL de la région augmente davantage que celui de leurs homologues nationaux (+4,5% vs +2,6%), en raison

d'un fort effet structure (+3,7%). Le Pôle hospitalier mutualiste de St Nazaire, qui contribue fortement à la croissance du volume des EBNL régionaux, affiche par exemple un effet structure supérieur à +7%.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-DG



A l'inverse, le volume économique du CLCC progresse moins rapidement que celui de l'ensemble des CLCC nationaux (+2,1% vs +4,5%). La hausse du nombre de séjours et l'effet structure sont plus faibles.

Les établissements les plus contributeurs à la croissance du volume régional sont répartis sur quatre des cinq territoires de santé. Ce sont le **CHU de Nantes**, celui d'**Angers**, et les **CH du Mans et de la Roche sur Yon**. Ces quatre établissements représentent la moitié des séjours de la région et expliquent 60% de la croissance du volume économique régional.

Pour le **secteur ex-OQN**, l'évolution du volume économique est disparate selon les territoires de santé. **Le volume économique augmente fortement en Vendée (+4,8%) tandis qu'il baisse en Mayenne (-0,2%)**. La Vendée doit son augmentation en volume à une hausse du nombre de séjours (+3,4%). Toutes les cliniques du territoire sont dynamiques. La baisse du volume en Mayenne s'explique par une quasi-stabilité des séjours et un effet structure négatif. **Sur l'ensemble de la région, six établissements expliquent l'essentiel de la croissance du volume économique régional.**

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Pour le **secteur ex-DG**, les évolutions et les contributions à la croissance des différentes **catégories de soins** sont similaires aux tendances nationales. La majeure partie de la croissance du volume économique régional est en effet expliquée par l'hospitalisation complète.

Les évolutions sont proches des variations nationales, excepté pour les séances et les séjours de médecine en ambulatoire. Le volume économique de ces deux activités progresse moins rapidement. **Le nombre de séjours de médecine sans nuitée est d'ailleurs en baisse.**

La quasi-totalité de la croissance du volume économique régional du **secteur ex-OQN** s'explique par la chirurgie et les techniques peu invasives qui **contribuent bien plus fortement à la croissance qu'au niveau national**. La hausse du volume économique de ces deux catégories est en effet plus élevée en région. Deux éléments sont également à noter :

- la hausse plus soutenue des séances, que ce soit en nombre de séjours ou volume économique ;
- la baisse plus prononcée des séjours d'obstétrique.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Pour le **secteur ex-DG**, les CMD qui contribuent le plus à la croissance du volume économique de la région sont :

- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » ;
- la CMD 1 « Affections du système nerveux » ;
- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire ».

Ces trois CMD font partie des cinq CMD les plus contributrices à la croissance du volume économique national. Néanmoins, l'augmentation du volume est bien supérieure en région pour les CMD 1 et 8. Le volume économique des affections de l'œil (CMD 2) progresse également plus vite en région. A contrario, il augmente moins rapidement pour les affections de l'appareil circulatoire (CMD 5) et pour les affections du tube digestif (CMD 6).

Comme l'an passé, les CMD les plus contributrices à la croissance du volume du **secteur ex-OQN** sont :

- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » ;
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- la CMD 2 « Affections de l'œil ».

L'augmentation du volume des CMD 8 et 5 est bien plus soutenue en région. Celle des affections endocriniennes, métaboliques, et nutritionnelles (CMD 10) est plus modérée.

3.2.3 Niveaux de sévérité

Pour les **établissements ex-DG**, la croissance du volume économique des séjours de niveau 1, 2, 3, 4 et J est similaire aux évolutions nationales. La croissance des séjours de niveau 2, 3, 4 est justifiée par un meilleur codage et une appropriation de la version 11 de la classification des GHM par les établissements. **Seule la baisse du volume des séjours de courte durée (niveau T) est remarquable.**

Sur le **secteur ex-OQN**, la déclinaison par niveau de sévérité en région contraste avec les évolutions nationales. Le volume économique des séjours de niveau 1 est en hausse, en raison d'un fort effet structure. **Celui des séjours de niveau 4 est en revanche en baisse**, l'évolution du nombre de séjours et l'effet structure étant négatif.

Picardie

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Picardie	France entière
Population. en milliers d'habitants (2010. INSEE)	1 914,8	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010. INSEE)	7,9%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes. 2012. Fonds CMU) -	6,7%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011. [mise à jour juillet 2013] ADELI)	139,4	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital. standardisés. pour 1 000 habitants (2012. SNATIH)	287,0	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012. SNATIH)	18,6%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012. SNATIH)	5,2%	5,5%

La croissance de la population résidant en Picardie est moins rapide que celle de l'ensemble de la population française. En revanche la population âgée de 75 ans et plus progresse au même rythme. La région Picardie est donc caractérisée par un vieillissement de la population.

Concernant l'état de santé de la population, les indicateurs de mortalité sont peu satisfaisants. Le taux de mortalité global, et celui pour cancer, sont les deuxièmes plus élevés de France, derrière la région Nord-Pas-de-Calais.

La région présente des densités de professionnels de santé qui la situe le plus souvent dans les dernières positions des régions françaises. Elle se trouve même au dernier rang, notamment pour les médecins spécialistes libéraux.

Concernant les restructurations du tissu hospitalier, l'année 2012 a été marquée par la fusion du CH de Senlis et de Creil, devenu le GHPSO (Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise). Selon la région, cette fusion explique probablement la progression moindre des recettes et du volume économique régional par rapport au niveau national. Cette différence peut, partiellement, s'expliquer, notamment, par un « effet fusion » du GHPSO (perte d'une partie marginale de séjours liés aux transferts intersites, premières restructurations amenant des fermetures temporaires de lits, des reconfigurations capacitaires, attente de « potentialisation » des bâtiments en cours d'achèvement, actions à mener sur les nouvelles organisations en matière de lien avec la « ville »). En effet, sur ce nouvel établissement, il a été constaté une baisse de l'activité répercutée sur les recettes de l'année 2012

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	25	14*
Nombre de séjours (en milliers)	499,51	144,14

Source : PMSI MCO

* Seuls 14 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 32 établissements.

Secteur ex-DG

Entre 2011 et 2012, les **recettes associées à la part tarifs** augmentent de **+2,7%**, pour atteindre **974 millions d'euros** en 2012. Comme l'an passé, les évolutions du volume économique de la part tarifs, et celle des séjours sont inférieures au niveau national. Le volume économique des actes et consultations externes augmentent de +3,1%, c'est-à-dire au même rythme que celui observé nationalement.

Cette année, la hausse des recettes pour les médicaments et DMI payés en sus est inférieure à la moyenne nationale (+4,3% vs +6,0%).

Sur la dotation annuelle des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), la baisse des recettes de la composante MIG est beaucoup plus prononcée que la diminution nationale.

Pour l'ARS, cette diminution s'explique par le financement à partir du 1er mars 2012 d'anciennes MIG par le FIR, notamment la PDSes qui représente plus de 20 millions d'euros.

Secteur ex-OQN

Les recettes de la part tarifs sont de **162 millions d'euros** et ont progressé de **+4,3%** entre 2011 et 2012. Cette année, l'augmentation du volume économique de la part tarifs, et celle des séjours est bien supérieure à la moyenne nationale.

Contrairement à ce qui est observé au niveau national, les recettes des médicaments et DMI payés en sus progressent fortement en Picardie (+9,9% vs -0,7%).

Enfin, en ce qui concerne les recettes de la dotation MIGAC, les crédits AC sont marqués par une stabilité des recettes.

Le contraste d'évolution des recettes entre les deux secteurs peut s'expliquer par une possible nouvelle répartition des parts de marché entre les établissements ex-DG (ralentissement) et ex-OQN (croissance) ; cependant quelques établissements du secteur ex-DG ont néanmoins connu une hausse d'activité importante en région (Compiègne, ST Quentin).

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-QQN	
	Picardie	France	Picardie	France
Evolution du volume économique	+2,1%	+3,1%	+3,7%	+1,0%
dont effet nombre de séjours	+0,6%	+2,1%	+2,4%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+1,5%	+0,6%	+1,2%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Le volume économique des séjours hospitaliers réalisés par les **établissements ex-DG** de la région progresse moins rapidement que la moyenne nationale (+2,1% vs +3,1%). La progression du nombre de séjours est particulièrement faible (+0,6%), alors que l'effet structure est élevé (+1,5%).

Pour les **établissements ex-QQN**, le volume économique est en hausse de +3,7%, en raison d'une forte progression du nombre de séjours (+2,4%). L'effet structure est également plus élevé que celui observé au niveau national.

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

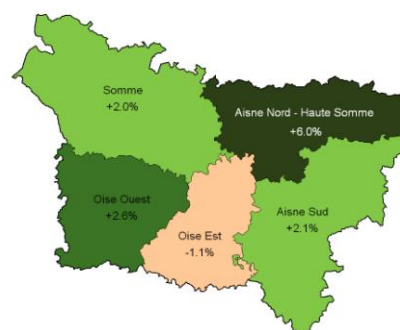
Comme pour la plupart des régions, l'évolution du volume économique n'est pas uniforme selon les territoires de santé, les catégories d'établissements, et les établissements.

Pour le **secteur ex-DG**, le volume économique du territoire de l'Aisne nord/Haute Somme et celui de l'Oise-Ouest progressent davantage que le volume régional (+6,0% resp. +2,6%).

- Le volume économique de l'**Aisne nord/Haute Somme** est dynamisé par un **fort effet structure** (+5,0%). Trois établissements de ce territoire se caractérisent par un fort effet structure : le CH de St Quentin, le CH Brisset d'Hirson et le CH de Péronne.
- Pour le **territoire de l'Oise-Ouest**, c'est le **CH de Beauvais** qui

contribue fortement à la croissance du volume économique.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-DG



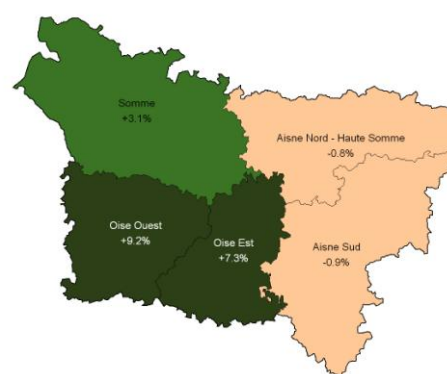
Concernant les catégories d'établissements, les tendances les plus remarquables sont observables sur les centres hospitaliers (**CH**) et les établissements à but non lucratif (**EBNL**). Ces deux catégories se caractérisent par une **stabilité resp. une baisse du nombre de séjours**. La croissance en volume économique de ces catégories est donc liée à un fort effet structure.

Sur l'ensemble de la région, **quatre établissements contribuent fortement à la croissance du volume économique** régional : le **CH de St-Quentin**, le **CHU d'Amiens**, le **CH de Compiègne** et celui de **Beauvais**.

Au sein du **secteur ex-OQN**, les deux **territoires de l'Oise** (Est et Ouest) sont concernés par une **forte hausse du volume économique**, en raison d'un effet structure très élevé.

Sur l'ensemble de la région, **un établissement explique 40% de la croissance du volume économique régional** du secteur. Entre 2010 et 2011, seulement quatre établissements (sur quatorze) connaissaient une hausse du volume économique. Entre 2011 et 2012, ils sont dix à afficher une croissance du volume économique.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Sur le **secteur ex-DG**, la région Picardie affiche de nombreuses spécificités par rapport à la tendance nationale :

- une **croissance du volume économique plus modérée pour les séjours de chirurgie ambulatoire**, les séances et les séjours sans acte classant avec nuitée ;
- une **baisse du volume économique de l'obstétrique** et des séjours sans acte classant et sans nuitée ;
- une **plus forte contribution de la chirurgie non ambulatoire à la croissance du volume économique**.

Selon l'ARS, la plus forte part de séjours de chirurgie ambulatoire en région (4,7% vs 4,1%) pourrait expliquer la moindre croissance des séjours de cette activité, la majorité des établissements ayant effectué leur « rattrapage » les années précédentes.

La dynamique des différentes CAS **sur le secteur ex-OQN** en Picardie est très différente de ce qui est observé au niveau national :

- la **croissance du volume économique** est davantage expliquée par les séjours en hospitalisation complète que par l'ambulatoire. La chirurgie ambulatoire contribue seulement à 17% de la croissance du volume (vs 73% au niveau national) ;
- le volume économique des séances progressent bien plus rapidement en région (+10,4% vs +1,6%), en raison d'une **forte hausse du nombre de séances** (+10,6%).

Pour la chirurgie ambulatoire, l'évolution (en nombre de séjours et en volume économique) est moindre qu'au niveau national pour les deux secteurs. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que le taux de chirurgie ambulatoire de la région était déjà au-dessus de la moyenne nationale en 2011. La tendance générale est donc toujours à la progression mais logiquement moins importante que les années précédentes (« rattrapage » du retard effectué pour la majorité des établissements).

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Les **deux CMD qui contribuent le plus à la croissance du volume économique du secteur ex-DG** au niveau national, expliquent encore bien plus fortement l'évolution du volume de la Picardie :

- la progression de la **CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire »** explique 27% de la croissance du volume (vs 15% au niveau national) ;
- l'augmentation de la **CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire »** explique 26% de la croissance du volume (vs 18% au niveau national).

Pour le secteur ex-OQN, comme au niveau national, les CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique » et 10 « Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles » contribuent fortement à la croissance du volume économique régional. La Picardie présente toutefois quelques particularités :

- la **CMD 6 « Affections de l'appareil digestif »** expliquent **20,5% de la croissance du volume régional**, alors qu'au niveau national, le volume économique de cette catégorie est en baisse ;
- la **CMD 2 « Affections de l'œil »** contribue **peu à la croissance du volume**. Cette CMD 2 concentre 7% des séjours de Picardie tandis qu'elle représente 10% de l'activité au niveau national.

3.2.3 Niveaux de sévérité

Sur le **secteur ex-DG**, l'évolution du volume économique associé aux différents niveaux de sévérité s'inscrit globalement dans la tendance nationale. La hausse du volume économique des séjours de niveaux 2 et 3 est tout de même plus modérée en Picardie, tandis que celle

des séjours de niveaux 4 est plus soutenue. La Picardie affiche également une baisse des séjours de courte durée.

Pour les **établissements ex-OQN**, le volume économique des séjours de niveaux 2, 3, 4 progresse bien plus rapidement en région. La baisse du volume concernant les séjours de courte durée contraste également avec l'augmentation nationale.

Concernant les niveaux de sévérité, notamment le niveau 4, la progression observée pour les établissements des deux secteurs serait liée en majorité à des prises en charge plus lourdes liées à l'état de santé de la population picarde. Une partie de cette évolution peut également s'expliquer par une amélioration du codage dans certains établissements.

4. Evolution comparée de la dynamique de chaque secteur

Comme évoqué précédemment, le secteur ex-OQN maintient sa dynamique d'accroissement contrairement au secteur ex-DG qui semble stagner voire ralentir pour certains établissements.

Ces tendances peuvent s'expliquer par les restructurations en cours entraînant des évolutions des parts de marché en médecine, chirurgie et obstétrique entre les établissements d'un même territoire. Les établissements ex-OQN ont une maturité plus aboutie dans des concepts organisationnels type chirurgie ambulatoire qui constituent une « vitrine » pour le recrutement de patients et correspondant aux évolutions des pratiques médicales.

Les restructurations en cours, les mesures de plan de retour à l'équilibre pour certains établissements ex-DG ont pour objectifs d'améliorer la performance et l'efficacité de ces établissements afin de les repositionner sur leurs territoires respectifs et leur permettre d'améliorer leurs activités et leurs recettes.

Poitou-Charentes

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Poitou-Charentes	France entière
Population, en milliers d'habitants (2010, INSEE)	1 770,4	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010, INSEE)	11,3%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes, 2012, Fonds CMU)	5,4%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011 [mise à jour juillet 2013], ADELI)	168,5	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital, standardisés, pour 1 000 habitants (2012, SNATIH)	265,5	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012, SNATIH)	12,8%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012, SNATIH)	5,4%	5,5%

La région Poitou-Charentes se caractérise par une proportion importante de personnes âgées ainsi qu'un taux de fuite pour les soins MCO deux fois plus élevé que le taux de fuite moyen.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	18	12*
Nombre de séjours (en milliers)	506,53	154,76

Source : PMSI-MCO

* Seuls 12 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 31 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les **recettes associées à la part tarifs** atteignent **869 millions d'euros** et ont augmenté de **+3,1% par rapport à 2011**. Le volume économique de la part tarifs et celui des séjours évoluent comme la tendance nationale. Comme l'an passé, les actes et consultations externes progressent plus rapidement (+4,9% vs +3,1%).

Après une baisse des recettes entre 2010 et 2011, les recettes des médicaments et DMI payés en sus (74 M€) sont à nouveau à la hausse (+3,0%).

Concernant la dotation MIGAC, les deux enveloppes sont en baisse en région comme au niveau national.

Selon l'ARS, la baisse des MIG peut être expliquée par le transfert de quatre missions d'intérêt général (permanence des soins, dépistage, éducation thérapeutique et centres périnataux) vers le fonds d'intervention régional (FIR) au 1er mars 2012. La baisse de la composante AC s'expliquerait par la réfaction de base opérée en début d'année par le niveau national et le gel au titre des mises en réserve prudentielles. Ces mouvements concernent toutes les régions.

Secteur ex-OQN

En 2012, les **recettes associées à la part tarifs** atteignent **161 millions d'euros**. Le montant de ces recettes est quasiment stable depuis 2010. Comme l'an passé, le volume économique de la part tarifs ainsi que celui des séjours sont en baisse (respectivement -0,8% et -0,9%). A contrario, les recettes des médicaments et DMI de la liste en sus sont en hausse (+3,8% vs -0,7%).

Concernant la dotation MIGAC, la baisse des MIG est plus prononcée en région alors que la hausse de la composante AC est moins soutenue par rapport au niveau national.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 8 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Poitou-Charentes	France	Poitou-Charentes	France
Evolution du volume économique	+2,9%	+3,1%	-1,1%	+1,0%
dont effet nombre de séjours	+2,9%	+2,1%	-1,1%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+0,0%	+1,0%	+0,0%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Pour les **établissements ex-DG**, la hausse du volume économique des séjours hospitaliers est similaire à la moyenne nationale (+2,9% vs +3,1%). Contrairement à la tendance nationale, **l'augmentation du volume économique est entièrement due à la hausse des séjours** (+2,9%).

Au sein du **secteur ex-OQN**, le volume économique est en baisse (-1,1%), en raison d'une baisse identique du nombre de séjours (-1,1%).

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

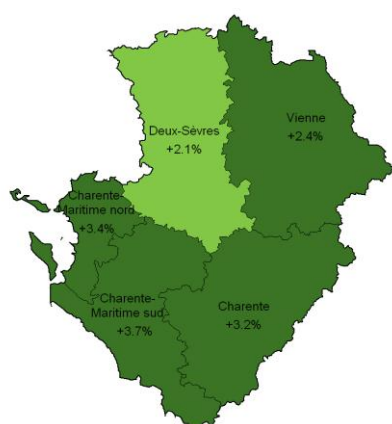
Pour les établissements du **secteur ex-DG**, la hausse du volume économique est comprise entre +2,1% (Deux-Sèvres) et +3,7% (Charente-Maritime Sud et Est). **Dans tous les territoires de santé, excepté les Deux-Sèvres, l'augmentation du volume économique est due à une forte hausse du nombre de séjours**, l'effet structure étant négatif. Sur le territoire des Deux-Sèvres, c'est l'inverse qui est observable : le nombre de séjours est en baisse (-0,3%) et l'effet structure est élevé (+2,3%).

A propos des catégories d'établissements, la croissance en volume des centres hospitaliers de Poitou-Charentes est équivalente à celle des CH nationaux (+3,3% vs +3,2%). En revanche, l'effet nombre de séjours est davantage contributeur à cette croissance par rapport à la tendance nationale. Le volume économique du centre hospitalier régional universitaire de la région, le CHU de Poitiers, augmente en revanche moins rapidement que celui de l'ensemble des CHRU (+1,7% vs +3,0%).

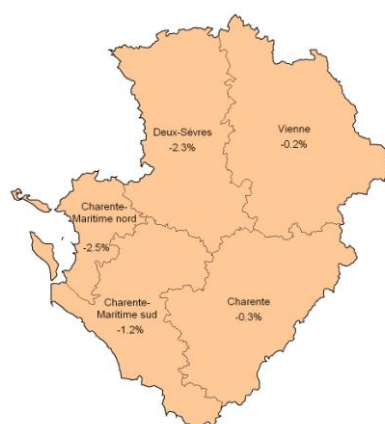
Sur l'ensemble de la région, cinq établissements (sur 18) contribuent chacun à plus de 10% de la croissance du volume économique régional : le CH d'Angoulême, le GH de la Rochelle, le CH de Saintonge, le CH Camille Guérin et le CHU de Poitiers.

L'ARS estime qu'une partie de l'augmentation du volume économique du CH de Rochefort fait suite à son déménagement dans de nouveaux locaux en mars 2011.

Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-DG



Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-OQN



S'agissant du **secteur ex-OQN**, tous les territoires de santé affichent une **baisse** du volume économique due, pour quatre d'entre eux, à une **baisse du nombre** de séjours.

Sur l'ensemble de la région, neuf établissements (sur 12) sont concernés par une baisse du volume économique. **Seuls trois établissements affichent une hausse en volume et séjours.**

3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Au sein du **secteur ex-DG**, les catégories d'activités de soins les plus contributrices à la croissance du volume régional sont les mêmes qu'au niveau national : les séjours sans acte classant avec nuitée(s) et la chirurgie (ambulatoire ou non). La région Poitou-Charentes se démarque par rapport à la moyenne nationale sur quelques points :

- **le volume économique et le nombre de séjours de la chirurgie ambulatoire et des séances progressent plus vite en région.**

La forte progression des séances est expliquée par plusieurs phénomènes. D'une part, le Pôle Régional de Cancérologie ouvert par le CHU de Poitiers en 2010 a visiblement redistribué une partie de l'activité au sein du département notamment par la collaboration entre le CHU et le CH Montmorillon qui vont à terme fusionner. D'autre part, la création du GCS GCCOR en 2008 a favorisé le redémarrage des séances de radiothérapie sur l'Angoumois, et indirectement, a favorisé l'arrivée de nouveaux praticiens qui ont développé une activité de chimiothérapie dans une clinique privée.

- l'augmentation du volume des techniques peu invasives est moindre. Cette CAS contribue donc peu à la croissance du volume régional, contrairement au niveau national ;
- **les séjours sans acte classant et sans nuitée sont en baisse**, que ce soit en volume ou en nombre de séjours.

L'analyse régionale explique cette décroissance comme une conséquence directe des contrôles de l'Assurance maladie. L'une des priorités des contrôles T2A de l'Assurance Maladie est la vérification des séjours sans nuitée qui pourraient être des consultations externes ou des forfaits SE. Après un contrôle, il a été observé, dans certains cas, une baisse significative des séjours sans acte classant et sans nuitée consécutive à un meilleur respect des règles de codage.

Pour les **établissements ex-OQN**, toutes les activités affichent un volume économique en baisse, excepté les séances, les techniques peu invasives et la chirurgie ambulatoire. **La chirurgie non ambulatoire et l'obstétrique sont les activités qui contribuent le plus à la baisse du volume économique régional.**

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Au sein du **secteur ex-DG**, les CMD qui contribuent le plus à la croissance du volume régional sont les suivantes :

- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » ;

- la CMD 6 « Affections du tube digestif » ;
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » ;
- la CMD 1 « Affections du système nerveux ».

Ces quatre CMD contribuent également fortement à la croissance du volume au niveau national. Néanmoins, le volume économique des CMD 4 et 6 augmente bien plus rapidement en région.

Pour le **secteur ex-OQN**, les CMD qui expliquent la baisse du volume économique régional sont :

- la CMD 12 « Affections de l'appareil génital masculin » ;
- la CMD 14 « Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum » ;
- la CMD 2 « Affections de l'œil ».

L'augmentation du volume économique de la CMD 6 « Affections du tube digestif » contraste avec la baisse nationale, et freine la décroissance du volume économique régional.

3.2.3 Niveaux de sévérité

Pour le **secteur ex-DG**, les évolutions du volume économique des séjours classés dans les différents niveaux de sévérité (notamment 1, 2, 3, 4 et ambulatoire) suivent la tendance nationale.

L'activité du **secteur ex-OQN** du Poitou-Charentes affiche une forte baisse du volume économique des séjours de niveau 1 et 2. A l'inverse, la hausse du volume économique des séjours de niveau 3 et 4 est bien plus prononcée en région.

La part de ces séjours étant plus faible qu'au niveau national, la région considère ces fortes augmentations comme un phénomène de rattrapage.

4. Evolution comparée de la dynamique de chaque secteur

Selon l'ARS, l'une des tendances lourdes de l'année 2012 est la diminution de l'activité (et par conséquent des parts de marché) des établissements privés par rapport aux publics. L'analyse régionale mentionne des transferts d'activité entre les secteurs selon les territoires de santé.

Sur le territoire de Charente, les établissements publics auraient bénéficié d'un transfert d'activité, notamment de cancérologie, grâce à une collaboration avec le secteur privé.

Sur le territoire de Vienne, le CH de Châtelleraut gagne des parts de marché par rapport à la clinique de Châtelleraut, notamment en chirurgie, en raison d'une migration de praticiens.

Rhône Alpes

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Rhône-Alpes	France entière
Population, en milliers d'habitants (2010, INSEE)	6 230,7	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010, INSEE)	8,4%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes, 2012, Fonds CMU)	4,7%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011 [mise à jour juillet 2013], ADELI)	190,8	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital, standardisés, pour 1 000 habitants (2012, SNATIH)	262,1	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012, SNATIH)	3,4%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012, SNATIH)	5,1%	5,5%

Selon l'agence régionale de santé de Rhône-Alpes, la région est moins impactée par les problèmes de précarité et de déserts médicaux... que d'autres régions. Seuls la croissance démographique et le vieillissement de la population impacteraient l'évolution de l'activité hospitalière. L'ARS mentionne une hausse du nombre de séjours des personnes âgées de plus de 80 ans supérieure à +5%, avec des pics sur certaines période (1er trimestre, juillet et octobre). Ce vieillissement impacte de deux manières les recettes ODMCO dans la mesure où il induit à la fois un effet volume (nombre de séjours) et un effet structure (lourdeur des cas et niveau des GHM).

Concernant l'offre de soins hospitalière, la récente modernisation de plusieurs centres hospitaliers (Villefranche, Bourgoin-Jallieu, Chambéry, Alpes-Léman, Annecy, Valence, Bourg-en-Bresse, hôpitaux du Léman, Montélimar) et de certaines cliniques continuent de contribuer fortement au développement de l'activité hospitalière.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	61	49*
Nombre de séjours (en milliers)	1558,44	612,56

Source : PMSI MCO

* 49 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 115 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les recettes associées à la part tarifs atteignent **3,1 milliards** d'euros et ont augmenté de **+3,4%** sur un an. Le volume économique de la part tarifs et celui des séjours augmentent légèrement plus qu'au niveau national. Les actes et consultations externes progressent moins vite que la moyenne nationale (+1,7% vs +3,1%).

Contrairement à l'an passé, les recettes associées aux médicaments et DMI payés en sus augmentent plus rapidement que la moyenne nationale (+6,9% vs +6,0%).

S'agissant de la dotation annuelle MIGAC, les crédits AC continuent de diminuer (-16% entre 2011 et 2012, après une baisse de -14% entre 2010 et 2011). Cette baisse contraste avec l'augmentation nationale.

Secteur ex-OQN

En 2012, les **recettes associées à la part tarifs** atteignent **764 millions d'euros** et ont augmenté de **+2,8%**. Le volume économique de la part tarifs et des séjours évolue comme au niveau national.

Au titre de la dotation MGIAC, la baisse de l'enveloppe MIG et l'augmentation de la composante AC sont plus prononcées en région par rapport à la moyenne nationale.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Rhône-Alpes	France	Rhône-Alpes	France
Evolution du volume économique	+3,4%	+3,1%	+1,0%	+1,0%
dont effet nombre de séjours	+2,6%	+2,1%	+0,7%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+0,8%	+1,0%	+0,3%	+0,0%

Source : PMSI MCO

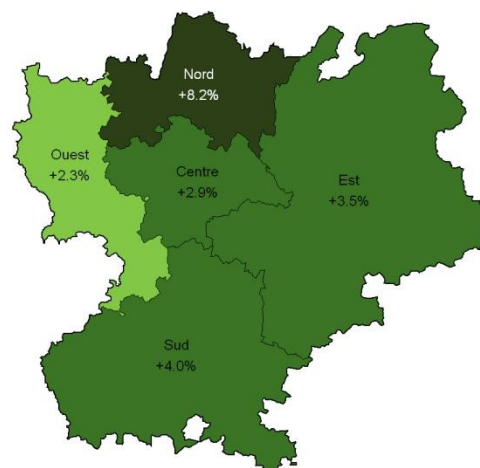
Pour les **établissements ex-DG**, la hausse du volume économique des séjours est supérieure au niveau national (+3,4% vs +3,1%). Cette progression plus rapide est liée à une augmentation plus soutenue du nombre de séjours (+2,6%).

Pour les **cliniques privées ex-OQN**, l'augmentation du volume économique est identique à l'évolution nationale. La décomposition du volume économique entre l'évolution du nombre de séjours et l'effet structure est également similaire.

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Au sein du **secteur ex-DG**, deux territoires de santé affichent une hausse du volume économique bien supérieure à l'évolution régionale : le **territoire Nord** (+8,2%) et le **territoire Sud** (+4,0%). Pour le premier, cette augmentation est en majeure partie expliquée par la croissance du nombre de séjours (+6,2%). **Le CH de Villefranche sur Saône est l'établissement le plus contributeur à la croissance du volume du territoire Nord.** Pour le second, l'explication est partagée entre hausse du nombre de séjours (+2,0%) et fort effet structure (+2,0%). La croissance en volume économique du territoire Sud est expliquée par le dynamisme du CH de Valence.

Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-DG

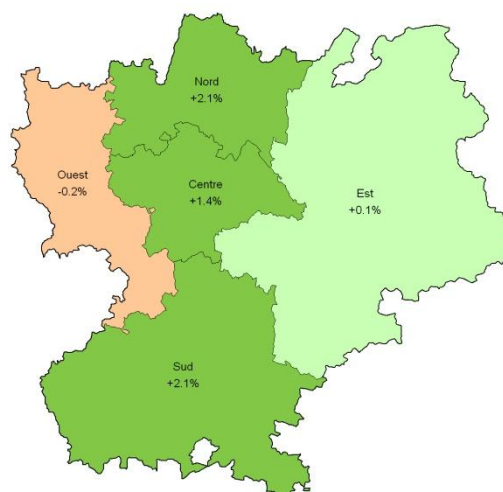


Contrairement à beaucoup de régions, la croissance du volume économique régional est expliquée par l'activité d'un grand nombre d'établissements. Neuf établissements ont une contribution à la croissance comprise entre 6 et 10%. Malgré la présence de trois centres hospitaliers universitaires dans la région, les **trois établissements les plus contributeurs sont des centres hospitaliers : Villefranche sur Saône, Bourgoin-Jallieu et Chambéry**

Pour les **établissements ex-OQN**, ce sont également les **territoires Nord et Sud** qui affichent les plus fortes augmentations du volume économique. Le volume économique du territoire Ouest est en revanche en baisse (-0,2%), en raison d'une diminution du nombre de séjours (-0,6%).

Sur l'ensemble de la région, douze établissements contribuent à plus de 10% de la croissance du volume économique. Les établissements ayant fait l'objet d'une fusion présentent un volume stable entre 2011 et 2012.

Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Pour les **établissements du secteur ex-DG**, le poids de l'hospitalisation complète dans la contribution à la croissance du volume est moindre que l'année passée. Rhône-Alpes se distingue légèrement de la moyenne nationale avec :

- une plus forte contribution à la croissance des activités de chirurgie ambulatoire, des techniques peu invasives et des séances ;
- une hausse de l'activité d'obstétrique, que ce soit en volume ou nombre de séjours ;
- une augmentation du volume économique plus modérée pour les séjours de médecine, en partie liée à une baisse des séjours sans nuitée.

Pour les **cliniques privées ex-OQN**, les évolutions du volume économique des différentes catégories de soins s'inscrivent globalement dans la tendance nationale. **La contribution à la croissance de la chirurgie non ambulatoire est toutefois plus forte**, en raison d'un effet structure plus élevé qui compense la baisse des séjours.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Pour le **secteur ex-DG**, la déclinaison du volume économique par CMD montre des tendances similaires aux évolutions nationales. Les quatre CMD qui contribuent le plus à la croissance du volume régional sont également celles qui expliquent le plus l'augmentation du volume national (CMD 4, 5, 6 et 8). Toutefois, le volume économique de **la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » progresse davantage en région.**

Pour les **cliniques privées ex-OQN**, les évolutions régionales diffèrent des tendances nationales. La CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » contribue à plus de 75% de la croissance du volume économique (vs 47% au niveau national). **La légère baisse de la CMD 2 « Affections de l'œil » (en volume économique et en nombre de séjours) contraste également avec l'augmentation observée au niveau national.**

Sur les deux secteurs, la croissance de la CMD 8 est en partie liée à la hausse de l'activité d'orthopédie traumatologie.

3.2.3 Niveaux de sévérité

Dans le **secteur ex-DG**, les évolutions du volume économique déclinées par niveau de sévérité s'inscrivent globalement dans la tendance nationale. Sur la décomposition entre effet

nombre de séjours et effet structure, le secteur public de Rhône-Alpes est porté par un fort effet volume, l'effet structure étant moins élevé qu'en 2011, et même légèrement en-dessous de la moyenne.

Dans le **secteur ex-OQN**, la déclinaison des résultats par niveaux de sévérité met en évidence deux spécificités de la région Rhône-Alpes :

- **une augmentation beaucoup plus soutenue du volume économique et des séjours de niveau 4 ;**
- une baisse des séjours de niveau T.

Les éléments rapportés l'année passée par l'ARS sur les complications et morbidités associées (CMAS) sont maintenus en 2012. **Les CMA suivantes ont en effet fortement contribué à la croissance des séjours de niveau 3 :**

- **la malnutrition protéino-énergétique, codée une fois sur deux pour les patients de 80 ans et plus ;**
- **les soins palliatifs.**

Le codage de la CMA « diabète sucré non insulino-dépendant » semblerait également faciliter le passage des séjours de niveau 1 vers le niveau 2.

Guadeloupe

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Guadeloupe	France entière
Population, en milliers d'habitants (2010, INSEE)	403,4	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010, INSEE)	6,3%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes, 2012, Fonds CMU)	23,6%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011, [mise à jour juillet 2013], ADELI)	169,2	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital, standardisés, pour 1 000 habitants (2012, SNATIH)	285,2	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012, SNATIH)	5,4%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012, SNATIH)	1,1%	5,5%

D'après l'analyse régionale, l'offre de soins hospitalière a été marquée en 2012 par une recomposition de l'activité. L'ARS souligne également que les établissements de Guadeloupe, qu'ils soient publics ou privés, n'ont pas la même capacité à s'adapter, réorienter leur activité et leur mode de prise en charge au même rythme que les établissements métropolitains.

Quelques ratios sont à mettre en exergue :

- le taux de bénéficiaires CMU-C élevé par rapport au national ;
- une densité de médecins libéraux inférieure, pour un taux de recours MCO à l'hôpital brut (non corrigé de l'effet âge et sexe) équivalent au plan national.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	6	8*
Nombre de séjours (en milliers)	76,78	45,89

Source : PMSI MCO

* 8 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 10 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les **recettes associées à la part tarifs** atteignent **188 millions d'euros** et ont augmenté de **+2,7% entre 2011 et 2012**. L'évolution du volume économique de la part tarif est similaire à l'évolution nationale, mais celle des séjours est bien supérieure (+4,9% vs +3,3%). La Guadeloupe fait partie des six régions où les actes et consultations externes sont en baisse.

Les recettes liées aux médicaments et DMI évoluent plus vite en région. Le développement de l'activité de cancérologie semble expliquer cette augmentation.

Concernant la dotation MIGAC, la hausse des crédits MIG en région contraste avec la baisse nationale. L'augmentation de la composante AC est plus soutenue en Guadeloupe, compte tenu de la situation financière dégradée de trois établissements, au risque de rupture de trésorerie avérée.

Secteur ex-OQN

En 2012, les **recettes associées à la part tarifs** atteignent près de **100 millions d'euros** et ont augmenté de **+3,6% entre 2011 et 2012**. Comme l'année passée, l'augmentation du volume économique de la part tarifs est nettement supérieure à la moyenne nationale (+3,2% vs +1,7%). En revanche, celle des séjours est légèrement inférieure (+1,0% vs +1,3%).

Les recettes de la liste en sus sont en net recul (-46,1%).

Au titre de la dotation annuelle MIGAC, les recettes des crédits MIG est en hausse, et la composante AC est stable. Le secteur privé a vu ses dotations ciblées sur la mise en œuvre de la PDSES et la prise en charge de la précarité.

La progression des MIGAC dans le secteur public est liée à des aides exceptionnelles en 2012 pour venir à l'appui de plusieurs établissements dans la perspective de mesures de redressement financier, et dans l'attente que les re compositions encours portent leurs fruits.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Guadeloupe	France entière	Guadeloupe	France entière
Evolution du volume économique	+3,0%	+3,1%	-1,1%	+1,0%
dont évolution du nombre de séjours	+4,1%	+2,1%	-0,1%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	-1,1%	+1,0%	-1,1%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Sur le **secteur ex-DG**, l'augmentation du volume économique des séjours est similaire au niveau national. Néanmoins, l'augmentation des séjours est bien supérieure à la hausse observée sur la France entière (+4,1% vs +2,1%). L'effet structure est négatif.

Selon la région, l'augmentation du nombre de séjours est normale, étant donné la densité médicale des libéraux, ainsi que les taux de recours à la chirurgie qui restent inférieur au national.

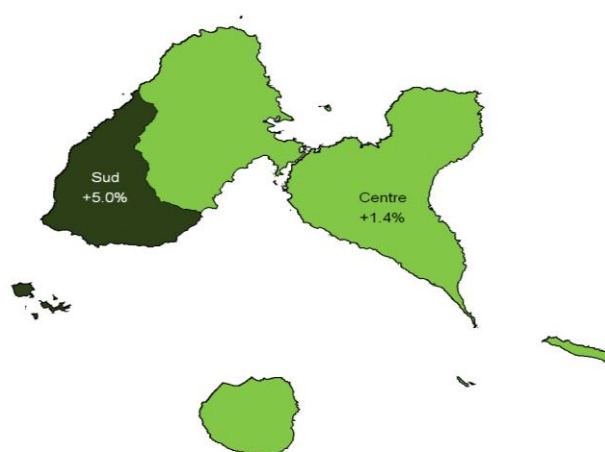
Le volume économique des **cliniques privées ex-OQN** est en baisse, en raison d'un effet structure négatif. Le nombre de séjours est stable.

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Pour les établissements du **secteur ex-DG**, la hausse du volume économique des CH et du CHR est similaire à l'ensemble des CH et CHR nationaux. **Le CHU de Pointe-à-Pitre, qui contribue à l'essentiel de la croissance du volume régional, affiche une hausse du nombre de séjours bien supérieure à celle des CHR nationaux (+5,3% vs +2,0%).** Parmi les centres hospitaliers, trois établissements sont concernés par une augmentation du volume économique supérieure à +3%. A l'inverse, le volume économique décroît pour les CH de Sainte-Marie et CH Louis Daniel Beauperthuis, qui représentent 2% des séjours de la région. Le CH de Sainte-Marie a cessé son activité de chirurgie et d'obstétrique tandis que le CH Beauperthuis

et le CH M. Selbonne fermeront leur activité de médecine en 2013.

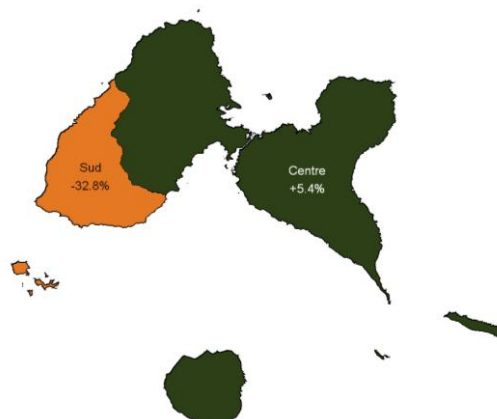
Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-DG



Pour les **cliniques privées ex-OQN**, le volume économique du territoire Sud est en baisse. La baisse d'activité dans deux cliniques s'ajoute à la fermeture de l'activité de médecine dans une clinique. Sur le territoire centre, seuls deux établissements présentent une hausse du volume économique. La forte hausse du nombre de séjours (autour de +14%) compense des effets structure négatifs.

Sur les sept établissements en activité en 2012, cinq sont donc concernés par une baisse du volume

Evolution du volume économique 2011/2012– secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Contrairement à l'an passé, la croissance du volume économique régional du **secteur ex-DG** est principalement due à la médecine, notamment non ambulatoire. **Les évolutions de la Guadeloupe sont très atypiques** par rapport à celles observées sur la France entière :

- l'augmentation des séjours de médecine et des séances est bien plus soutenue en région, que ce soit en volume économique ou en nombre de séjours.

Les séances de chimiothérapie et de radiothérapie sont en forte hausse, principalement au CHU, rapporte la région.

- la hausse du volume des techniques peu invasives est également supérieure mais est uniquement le résultat de l'effet structure ;
- le volume économique de la chirurgie ambulatoire est en baisse, et celui de l'obstétrique également.

La baisse du volume économique du **secteur ex-OQN** est principalement due à une chute du volume sur les séjours de médecine non ambulatoire et sur les séances. Les séjours d'obstétrique sont également en baisse. En revanche, les séjours de médecine en ambulatoire, la chirurgie et les techniques peu invasives freinent la décroissance du volume.

Il est donc constaté des positionnements inverses entre les deux secteurs.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Au sein des **établissements ex-DG**, les CMD les plus contributrices à la croissance du volume économique sont :

- la CMD 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé » ;
- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » ;
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire ».

D'autres CMD contribuent également fortement à la croissance du volume régional. Quelques exemples peuvent être cités : les affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles (CMD 10) et les maladies infectieuses et parasitaires (CMD 18).

Pour le **secteur ex-OQN**, la **CMD qui explique la majeure partie de la baisse du volume est la CMD 23** « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé ». L'an passé, cette CMD était celle qui contribuait le plus à la croissance du secteur. Les CMD qui freinent la décroissance, par une hausse de leur volume économique, sont les affections de l'œil (CMD 2) et les affections du tube digestif (CMD 6). La croissance des affections de l'œil est expliquée par l'activité de chirurgie ophtalmique, celle de la CMD 6 par les endoscopies digestives et biliaires.

L'ARS souligne que le secteur public réalise une activité plus diversifiée que le secteur ex-OQN. En effet, les dix catégories majeures de diagnostics qui concentrent le plus de séjours dans chacun des deux secteurs représentent 65% des séjours en ex-DG, et 80% des séjours en ex-OQN. Cette diversité de l'activité est conforme au rôle attribué au secteur public dans ses missions, mais illustre également les difficultés d'équilibre financier que connaissent ces mêmes établissements : maintien d'activités diversifiées, maillage territorial sur un des bassins populationnels restreints et concurrencés.

3.2.3 Niveaux de sévérité

Pour le **secteur ex-DG**, la **déclinaison du volume économique par niveau de sévérité montre des différences certaines avec les résultats nationaux.**

En Guadeloupe, le volume des séjours de niveau 1 (sans sévérité) est stable en raison d'une compensation de la hausse du nombre de séjours par un effet structure négatif. Le volume économique et le nombre des séjours de niveau 2 et 3 augmentent davantage en région. **Le volume économique des séjours de niveau 4 est en baisse, à cause d'un effet structure négatif.**

Comme pour le secteur ex-DG, la progression du volume économique des séjours de niveau 2 et 3 est plus rapide en région pour le **secteur ex-OQN**. **Le volume économique et le nombre de séjours de niveau 4 sont en baisse.** En revanche, les séjours de courte durée sont en forte hausse, que ce soit en volume ou en séjours.

Martinique

1. Éléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Martinique	France entière
Population, en milliers d'habitants (2010, INSEE)	394,2	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010, INSEE)	7,2%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes, 2012, Fonds CMU)	23,7%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011 [mise à jour juillet 2013], ADELI)	136,1	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital, standardisés, pour 1 000 habitants (2012, SNATIH)	227,6	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012, SNATIH)	4,1%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012, SNATIH)	2,4%	5,5%

L'analyse régionale souligne que la population martiniquaise est marquée par un vieillissement accéléré par rapport à la tendance nationale. En effet, si la population de 75 ans et plus a augmenté de 13% au niveau national entre 2006 et 2012, elle a augmenté de 24% en Martinique. Cette évolution impacte le système de santé martiniquais et entraîne une inévitable augmentation du taux brut de recours aux soins, tant sur la médecine que sur la chirurgie.

Parallèlement, on constate un ralentissement de la fécondité en Martinique, dont le taux de natalité s'approche progressivement du taux métropolitain. Ceci entraîne une réduction de l'activité d'obstétrique dont le taux brut de recours a baissé entre 2006 et 2012.

L'année 2012 a été marquée par l'accélération du processus de restructuration de l'offre publique en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) qui a mené à la fusion des trois principaux établissements publics MCO de la région au 1er janvier 2013. Dans le cadre de la préfiguration de cette fusion, de nouveaux transferts d'activité ont été réalisés entre ces établissements :

- Transfert d'une partie de l'activité de chirurgie du CHU de Fort de France vers le CH du Lamentin (chirurgie ambulatoire, urologie, ophtalmologie et ORL-Stomatologie) ;
- La fermeture de la chirurgie du CH Louis Domergue à Trinité, basculée vers les deux autres établissements (CHU de Fort de France et CH du Lamentin).

Par ailleurs, les centres hospitaliers du Carbet et de Saint Pierre et l'EHPAD du Prêcheur ont fusionné au 1er janvier 2012 pour constituer le centre hospitalier Nord Caraïbe. Les activités concernées relèvent des soins de suite et réadaptation (SSR) et de la prise en charge de

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre d'établissements analysés	5	2*
Nombre de séjours (en milliers)	104,35	21,16

Source : PMSI MCO

* 2 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 6 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les **recettes associées à la part tarifs** atteignent **245 millions d'euros** et ont augmenté de **+4,6% par rapport à 2011**. Après une évolution 2010/2011 à la baisse (liée au déménagement d'un établissement), le volume économique de la part tarif et celui des séjours (suppléments journaliers compris) augmentent plus rapidement par rapport à l'échelle nationale. Selon l'ARS, les établissements ont donc réalisé un rattrapage de valorisation d'activité. **En revanche, les actes et consultations externes sont toujours en baisse (-1,6%).**

L'instance régionale explique cette évolution par la diminution des accueils et traitements aux urgences (ATU) en partie du fait de la fermeture partielle du service des urgences du centre hospitalier du Lamentin (fermeture le week-end à partir du mois de juillet 2012) et la montée en charge des maisons médicales de garde, installées aux portes des services d'urgences de Fort de France et de Trinité. Par ailleurs, l'informatisation partielle des consultations externes des trois principaux établissements MCO (30% des services ne disposent pas d'informatique de gestion du flux des patients) laisse penser qu'une partie de l'activité réalisée en externe reste encore non facturée par les établissements. Un chantier pour l'amélioration de la chaîne de facturation des consultations externes a été proposé par l'établissement dans le cadre de son plan de retour à l'équilibre (accord-cadre signé le 3 décembre 2012 dans le cadre de la fusion des trois établissements constituant le CHU de Martinique).

Les recettes des médicaments et DMI payés en sus progressent moins rapidement qu'au niveau national : +2,1% vs +3,5%.

Concernant la dotation MIGAC, le triplement des crédits d'aide à la contractualisation (AC) contraste avec la tendance nationale.

Une partie de cette évolution vient du soutien aux établissements en difficulté financière qui ont nécessité un accompagnement particulier, non reconductible, en 2012 (CHU de Fort de France, CH Lamentin, CH Louis Domergue).

Secteur ex-OQN

En 2012, les **recettes associées à la part tarifs** atteignent **49 millions d'euros, bondissant de +13,0% sur un an**. Comme l'an passé, la hausse du volume économique de la part tarifs est nettement supérieure au niveau national (+12,4% vs +1,9%). Celle des séjours est également supérieure mais dans une moindre mesure (+3,4% vs +1,3%).

Les recettes de la liste en sus sont en baisse (-1,4% vs -0,7%).

Sur la dotation annuelle MIGAC, les crédits MIG sont en baisse. Mais la baisse est plus modérée que la diminution nationale. Les crédits AC sont stables en région.

D'après l'analyse régionale, la forte hausse des recettes du secteur ex-OQN est liée à l'augmentation de recettes d'un seul établissement d'hospitalisation à domicile qui a vu ses recettes augmenter de près de +60%. L'ARS ne dispose pas d'une visibilité suffisante sur l'activité de l'établissement pour en expliquer les causes. Par ailleurs l'établissement a fait l'objet, en 2011 et 2012, de deux missions d'inspections successives dont l'une a été menée avec les services de l'Assurance Maladie.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Martinique	France	Martinique	France
Evolution du volume économique	+2,7%	+3,1%	+1,8%	+1,0%
dont évolution du nombre de séjours	+1,5%	+2,1%	+0,5%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+1,2%	+1,0%	+1,2%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Pour le **secteur ex-DG**, le volume économique des séjours augmente moins rapidement que le volume national (+2,7% vs +3,1%), en raison d'une hausse moins soutenue du nombre de séjours (+1,5% vs +2,1%).

Au sein des **établissements ex-OQN**, le volume économique des séjours progresse davantage que le volume national (+1,8% vs +1,0%). Ce résultat est lié à un fort effet structure (+1,2%), puisque la hausse du nombre de séjours est plus modérée en région (+0,5% vs +1,0%).

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Quel que soit le secteur, l'évolution du volume économique est contrastée selon les catégories d'établissements et les établissements.

Pour le **secteur ex-DG**, le volume économique des CH et CHR de la Martinique augmente moins rapidement que leurs homologues nationaux. Pour les CH, ce résultat est dû à une baisse du nombre de séjours. La croissance en volume économique est uniquement due à un fort effet structure (+3,4%). L'effet structure est notamment supérieur à +4% dans trois CH sur quatre. A l'inverse, la moindre croissance du CHU de Fort de France par rapport au

CHR nationaux est expliqué par un effet structure négatif (-0,1%).

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-DG



Toutes catégories confondues, **le CHU de Fort de France et le CH du Lamentin contribuent à la quasi-totalité de la croissance du volume économique régionale**. L'hôpital du Marin affiche lui aussi une hausse du volume et du nombre de séjours. L'ARS précise que l'établissement a eu recours en 2012 à un consultant national, expert en codage PMSI. Le volume économique du CH Louis Domergue et de l'hôpital Saint Esprit est en baisse, en raison d'une baisse du nombre de séjours.

Sur les six **établissements ex-OQN** de l'île, seuls deux enregistrent une activité en GHS, les autres étant trois établissements de dialyse et un établissement HAD. Le volume économique est en hausse dans les deux établissements analysés. Pourtant, l'un observe une diminution du nombre de séjours.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Pour les établissements du **secteur ex-DG**, plus de 80% de la croissance du volume économique est expliqué par les séjours d'hospitalisation complète (chirurgie et médecine non ambulatoires). D'après l'ARS, la croissance de ces séjours est imputable à l'activité du CH du Lamentin, et celle de l'hôpital Marin pour la médecine avec nuitée(s). Contrairement à la tendance nationale, les techniques peu invasives contribuent peu à cette croissance, et inversement pour la médecine sans nuitée. Deux autres tendances sont observées :

- L'augmentation plus soutenue des indicateurs (volume, nombre de séjours, effet structure) concernant la chirurgie (ambulatoire ou non) en région.

La région enregistrant un retard certain en matière de chirurgie ambulatoire, cette évolution est probablement le résultat de la réorganisation de la chirurgie au sein du CHU de Martinique, en préfiguration en 2012, visant à centraliser la majeure partie de la chirurgie ambulatoire de l'établissement sur le site du Lamentin.

- La quasi stabilité des séances.

Dans les **cliniques privées ex-OQN**, les techniques peu invasives expliquent la moitié de la croissance en volume économique, avant la chirurgie ambulatoire. La forte contribution de l'obstétrique est également à mentionner.

D'après l'analyse régionale, le dynamisme des techniques peu invasives est dû à l'augmentation des endoscopies digestives et génito-urinaires, notamment dans une des deux cliniques. De même, le développement de la chirurgie ambulatoire est particulièrement marqué sur la chirurgie viscérale et orthopédique.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Au sein du **secteur ex-DG**, les trois CMD qui contribuent à la hausse du volume économique régional sont :

- la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » ;
- la CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » ;
- la CMD 1 « Affections du système nerveux ».

L'ARS explique la hausse des affections respiratoires (CMD 4) par l'augmentation de l'activité de pneumologie. L'augmentation des affections du système nerveux (CMD 1) est localisée au CHU de Fort de France et s'explique par l'accroissement de l'activité de

chirurgie du rachis et neurochirurgie et la pose de neurostimulateurs, dont une partie est liée à des reprises, réalisées en 2012, sur neurostimulateurs défaillants.

Pour les **établissements ex-OQN**, les CMD les plus contributrices à la croissance du volume économique sont :

- la CMD 13 « Affections de l'appareil génital féminin » ;
- la CMD 6 « Affections du tube digestif » ;
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire ».

Comme évoqué précédemment, la croissance des affections du tube digestif (CMD 6) est expliquée par l'augmentation des endoscopies digestives et de la chirurgie viscérale. Celle des affections de l'appareil génital féminin (CMD 13) est imputable à la hausse des hystérectomies.

3.2.3 Niveaux de sévérité

Dans le **secteur public**, la progression du volume économique et du nombre de séjours de niveau 3, 4, J et T est nettement supérieure en région.

S'agissant du **secteur privé**, le volume économique des séjours de niveaux 3 et 4 augmente bien plus rapidement en région, en raison d'une forte hausse du nombre de séjours. Les séjours de niveau 3 sont également caractérisés par un fort effet structure.

4. Evolution comparée de la dynamique de chaque secteur

- Alternatives à l'hospitalisation en développement dans les deux secteurs

Le secteur ex-DGF semble enfin avoir amorcé une réorganisation de son activité vers les alternatives à l'hospitalisation qui conduit, via une réorganisation des trois principaux établissements MCO fusionnés au 1er janvier 2013, à une augmentation de l'activité tant en médecine qu'en chirurgie, et qui s'est traduit par une augmentation de l'activité de chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation de jour.

Néanmoins, le secteur ex-OQN se positionne plus nettement en termes d'alternatives à l'hospitalisation complète, notamment en termes d'Anesthésie-Chirurgie Ambulatoire qui s'organise de façon particulièrement efficace à la clinique Saint-Paul.

- Répartition de la chirurgie au niveau régional

Le CHU de Martinique a axé une part du développement de son volume économique sur la chirurgie lourde (chirurgie majeure du thorax, de l'appareil respiratoire, chirurgie majeure de l'appareil locomoteur, chirurgie du rachis et la neurochirurgie, pose de neurostimulateurs, chirurgie cardio-thoracique), l'objectif étant de se positionner en établissement de référence malgré les difficultés financières et organisationnelles qu'il a pu rencontrer pendant la phase de préfiguration.

Les établissements ex-OQN restent quant à eux positionnés sur des secteurs chirurgicaux tels que le digestif et l'orthopédie pour lesquels ils apportent une réponse non négligeable aux besoins de la population locale.

Guyane

1. Eléments de contexte

T 1 I Données de contexte 2012

	Guyane	France entière
Population, en milliers d'habitants (2010, INSEE)	229,0	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010, INSEE)	1,6%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes, 2012, Fonds CMU)	32,2%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011, [mise à jour juillet 2013], ADELI)	70,5	193,3

Taux de recours MCO à l'hôpital, standardisés, pour 1 000 habitants (2012, SNATIH)	234,1	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012, SNATIH)	8,1%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012, SNATIH)	0,3%	5,5%

En 2012, le tissu hospitalier de la Guyane est composé de deux centres hospitaliers, un établissement à but non lucratif et deux cliniques privées, soit une clinique de moins par rapport à l'exercice 2011.

La région fait état d'un réel problème d'accès aux soins, résultat de différentes causes : la concentration des établissements de santé sur le littoral et le déficit de médecins de ville, notamment de spécialistes. Par conséquent, les patients sont pris en charge par le système hospitalier très « tardivement », et le développement d'alternatives à l'hospitalisation devient difficile.

Les établissements de Guyane étant soumis à la T2A depuis janvier 2010, actuellement, la Guyane semble davantage dans une optique de « rattrapage » que dans une voie de restructuration de ses activités.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-QQN
Nombre d'établissements analysés	3	2*
Nombre de séjours (en milliers)	45,31	6,86

Source : PMSI MCO

* Seuls 2 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-QQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 6 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les **recettes de la part tarifs** s'élèvent à **102 millions d'euros**. Ces recettes ont progressé de +7,4% par rapport à 2011. Contrairement à l'an passé, l'augmentation du volume économique de la part tarifs, celle des séjours, et celle des actes et consultations externes sont nettement supérieures au niveau national.

En revanche, l'évolution des recettes liées à la liste en sus est inférieure à la moyenne nationale.

Concernant la dotation annuelle des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), les crédits MIG en région diminuent moins que les crédits nationaux. La composante AC augmente bien plus vite en région qu'au niveau national.

L'ARS explique l'évolution de la composante AC en raison d'un passage à la tarification à l'activité et à la compensation des effets seuils pour des petits établissements.

Secteur ex-OQN

Les **recettes de la part tarifs** atteignent **20 millions d'euros**. Après une très forte augmentation entre 2010 et 2011, ces recettes ainsi que le volume économique associé à la part tarifs sont en baisse d'environ -7,0% entre 2011 et 2012. En revanche, la hausse du volume économique des séjours est supérieure au niveau national.

Contrairement à l'année passée, les recettes liées aux médicaments et DMI sont en forte baisse.

A propos de la dotation annuelle des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), les évolutions des deux composantes suivent la tendance nationale, tout en étant moins prononcées.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Guyane	France	Guyane	France
Evolution du volume économique	+3,7%	+3,1%	+2,6%	+1,0%
dont effet nombre de séjours	+2,9%	+2,1%	+6,8%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+0,8%	+1,0%	-3,9%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Le volume économique des **établissements ex-DG** progresse de **+3,7%** (vs +3,1% pour la France entière). L'augmentation du nombre de séjours est essentiellement à l'origine de cette hausse (+2,9%).

Pour les établissements du **secteur ex-OQN**, le volume économique des séjours progresse plus vite que la moyenne nationale (+2,6% vs +1,0%). La forte hausse du nombre de séjours (+6,8%) est à l'origine de cette augmentation, puisque l'effet structure est négatif.

3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Sur le **secteur ex-DG**, le volume économique de la catégorie des centres hospitaliers (CH) est stable. Mais cette stabilité cache des disparités : le dynamisme du CH St Laurent du Maroni compense la baisse d'activité du CH de Cayenne.

La croissance du volume économique régional est expliquée quasi totalement par le seul établissement à but non lucratif (EBNL) du département : le CMC de Kourou. Cet établissement affiche une hausse du volume économique et du nombre de séjours de +20%. L'année 2011 pour le CMC Kourou avait été marquée par des conflits sociaux importants, induisant peu de séjours en 2011,

d'où la forte hausse des séjours entre 2011 et 2012.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-DG



Pour les **cliniques privées ex-OQN**, l'année 2011 a été marquée par la fermeture d'une clinique. Ainsi, en 2012, deux établissements sont en activité dont un essentiellement tourné vers le SSR.

Evolution du volume économique 2011/2012 – secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Sur le **secteur ex-DG**, la Guyane est une région atypique :

- **60% de la croissance du volume économique** régional est imputable à **l'obstétrique**. La prise en charge en hospitalisation complète (que ça soit en médecine ou chirurgie) contribue au reste de la croissance ;

- le volume économique et le nombre de séjours réalisés en **chirurgie ambulatoire** sont **en baisse**. Cette activité contribuait à la majeure partie de la croissance entre 2010 et 2011 ;
- de même, le **nombre de séances et le volume économique associé** sont en **forte diminution** (-6,5% en nombre de séances ; -7,4% en volume).

En **ex-OQN**, la croissance du volume économique régional est imputable au **dynamisme de la chirurgie ambulatoire et des techniques invasives**. Les évolutions de ces deux catégories sont bien supérieures au niveau national, que ce soit en volume économique ou en nombre de séjours. Ce sont également les techniques peu invasives qui expliquent l'effet structure négatif.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Pour le **secteur ex-DG**, les CMD les plus contributrices à la croissance du volume économique régional, en dehors de l'obstétrique (CMD 14 et 15) sont :

- la CMD 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé » ;
- la CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire ».

Pour ces deux CMD, l'évolution du nombre de séjours explique la quasi-totalité de la croissance en volume.

Dans le **secteur ex-OQN**, la CMD 6 « Affections du tube digestif » représente 37% de l'activité et contribue ainsi fortement à la croissance du volume économique régional. En raison d'une augmentation spectaculaire de ses séjours et de son volume économique, la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » contribue fortement à la croissance, alors qu'elle ne représente que 3% de l'activité du secteur.

3.2.3 Niveaux de sévérité

Pour les **établissements ex-DG**, la progression du volume économique des différents niveaux de sévérité ne **reflètent pas la tendance nationale**. La Guyane explique la majeure partie de sa croissance en volume par l'évolution des séjours de niveau 1. A contrario, le volume des séjours de **niveau 4 est en forte baisse** (-24%). Le volume économique des séjours en **ambulatoire ou de courte durée** est également en **baisse**.

Pour le **secteur ex-OQN**, les évolutions régionales **diffèrent de la tendance nationale**. Le volume économique et le nombre de séjours de niveaux 2 et 4 baissent en Guyane. L'augmentation du volume et des séjours de niveau 3 est en revanche bien plus prononcée en région qu'au niveau national.

Océan Indien

1. Eléments de contexte

L'ARS Océan Indien exerce ses compétences à La Réunion et à Mayotte. Ces deux îles, distantes de plus de 1500 km, sont corrélativement forts différentes.

A Mayotte, il n'existe qu'un centre hospitalier ayant une activité de MCO dont le financement est encore, à ce jour, une dotation annuelle de financement (DAF).

Les soins de santé primaires sont assurés par un réseau de dispensaires et 36 médecins libéraux. Aussi, le contexte 2012 reste marqué par une insuffisance de l'offre de soins au niveau de ce territoire de santé.

A La Réunion, plus d'un tiers de la population est précarisée. La densité de médecins libéraux reste plus faible qu'en Métropole et tout particulièrement en médecins spécialistes. Par contre, le taux de recours MCO se rapproche du taux France entière.

T 1 I Données de contexte 2012

	Mayotte	La Réunion	France entière
Population, en milliers d'habitants (2010, INSEE)	212,7 (2012)	821,1	64 612,9
Part des 75 ans et plus (2010, INSEE)	0,8%	3,4%	8,8%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (tous régimes, 2012, Fonds CMU) -	ND	35,3%	6,8%
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2011, [mise à jour juillet 2013], ADELI)	ND	165,7	193,3
Taux de recours MCO à l'hôpital, standardisés, pour 1 000 habitants (2012, SNATIH)	ND	264,3	270,3
Taux de fuite MCO hors séances (2012, SNATIH)	ND	1,4%	5,5%
Taux d'attractivité MCO hors séances (2012, SNATIH)	ND	0,4%	5,5%

A La Réunion, l'offre de soins est marquée par :

- la première année pleine d'activité du CHU de La Réunion suite à la fusion du CHD Félix Guyon et du GH Sud Réunion en janvier 2012 ;
- l'emménagement du GH Est Réunion dans de nouveaux locaux, qui semble avoir un effet important sur l'évolution d'activité.

A Mayotte :

- l'ouverture d'une structure de dialyse privée en 2012.

2. Analyse des recettes finançant l'activité MCO

T 2 I Part des secteurs en nombre de séjours en 2012

	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN	Mayotte
Nombre d'établissements analysés	3	7*	1
Nombre de séjours (en milliers)	170,54	66,71	30,4

Source : PMSI MCO

* 7 établissements ont été pris en compte pour calculer le nombre de séjours et le volume économique du champ ex-OQN. En revanche, l'analyse des recettes a porté sur 32 établissements.

Secteur ex-DG

En 2012, les **recettes associées à la part tarifs** atteignent **411 millions d'euros** et ont augmenté de **+7,1% entre 2011 et 2012**. Le volume économique de cette part tarifs et le nombre des séjours (suppléments journaliers compris) progressent bien plus vite sur l'île que sur l'ensemble de la France. Après une évolution 2010/2011 à la baisse, les actes et consultations externes (ACE) sont en forte hausse (+8,5% vs +3,1% France entière). Le CHU de la Réunion, qui représente les trois quarts des ACE, est le principal contributeur à la croissance.

Comme l'an passé, la hausse des recettes de la liste en sus est supérieure à l'augmentation nationale (+9,5% vs +6,0%). Selon la région, ce sont les dispositifs médicaux implantables qui expliquent la croissance de ces recettes.

Sur la dotation annuelle MIGAC, la baisse des crédits MIG et la hausse de la composante AC sont plus prononcées à la Réunion.

Secteur ex-OQN

En 2012, les **recettes associées à la part tarifs** atteignent **163 millions d'euros** et ont augmenté de **+7,3% entre 2011 et 2012**. Comme l'année dernière, l'augmentation du volume économique de la part tarifs et du nombre de séjours est nettement supérieure à la moyenne nationale.

Après une hausse soutenue entre 2010 et 2011, la baisse des recettes de la liste en sus est plus prononcée en région.

Pour la dotation MIGAC, la baisse des crédits MIG est plus modérée en région tandis que la hausse des crédits AC est plus soutenue.

Mayotte

En 2012, la DAF du CHM a représenté 134,71 millions d'euros, en augmentation de +7% entre 2011 et 2012.

3. Evolution de l'activité hospitalière MCO

T 3 I Evolution du volume économique 2011-2012

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Réunion	France	Réunion	France
Evolution du volume économique	+6,3%	+3,1%	+2,6%	+1,0%
dont évolution du nombre de séjours	+5,5%	+2,1%	+2,5%	+1,0%
dont effet structure (comprenant le changement de structure à classification constante ainsi que le changement de classification)	+0,8%	+1,0%	+0,0%	+0,0%

Source : PMSI MCO

Au sein du **secteur ex-DG**, le volume économique progresse plus vite en région (+6,3% vs +3,1%) en raison d'une forte hausse du nombre de séjours (+5,5%).

Pour les **cliniques privées ex-OQN**, l'augmentation du volume économique des séjours est également supérieure au niveau national (+2,6% vs +1,0%). La hausse du nombre de séjours explique totalement cette augmentation.

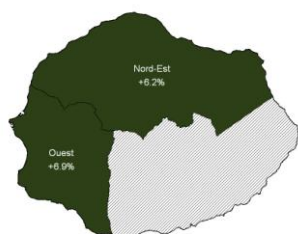
3.1. Caractéristiques des offreurs de soins

Que ce soit pour le secteur ex-DG ou ex-OQN, l'évolution du volume économique est contrastée selon les établissements.

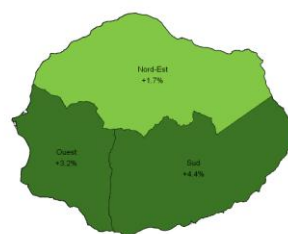
Pour le **secteur ex-DG**, le **CHU de la Réunion** explique près de 70% de la croissance du **volume économique de l'île**. Le volume économique de cet établissement évolue de plus de +5%, du fait d'une forte augmentation du nombre de séjours. **Les deux centres hospitaliers sont plus dynamiques en volume économique, le GH Est Réunion grâce à la hausse du nombre de séjours, le CH Gabriel Martin grâce à un fort effet structure.**

Parmi les établissements **ex-OQN**, le volume économique est en hausse pour cinq établissements sur sept. Cette augmentation varie de +2,3% à +11%. Quatre d'entre eux expliquent leur dynamisme en volume par un effet nombre de séjours.

Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-DG



Evolution du volume économique
2011/2012 – secteur ex-OQN



3.2. Caractéristiques des séjours

3.2.1 Catégories d'activités de soins (CAS)

Comme à l'échelle nationale, le **secteur ex-DG** de la Réunion est marqué par une **forte contribution à la croissance des séjours en hospitalisation complète**. La médecine et la chirurgie non ambulatoire, ainsi que **les séances et les techniques peu invasives progressent bien plus vite à la Réunion par rapport à l'augmentation nationale**, que ce soit en volume économique ou en nombre de séjours. En revanche, la hausse de la chirurgie ambulatoire est bien plus modérée en région. Les séjours de médecine en ambulatoire sont en baisse.

A Mayotte, les activités en ambulatoire sont aussi en baisse, au profit des hospitalisations complètes. Cette tendance se retrouve aussi bien pour la médecine (-9,8% en médecine en hospitalisation de jour contre +6,7% en médecine d'hospitalisation complète, -3,9% en chirurgie ambulatoire contre +5,1 en chirurgie non ambulatoire).

Le ralentissement de la chirurgie ambulatoire est le résultat d'un ralentissement d'activité sur la chirurgie inter-spécialités (dont interventions sur la peau), la chirurgie ophtalmologique (en particulier la cataracte) et la chirurgie traumatologique (dont chirurgie de la main). Ces activités sont même en baisse au GH Est Réunion.

En médecine ambulatoire, la baisse des séjours concerne notamment les activités inter-spécialités et les affections cardio-vasculaires.

Pour les **cliniques privées ex-OQN**, plusieurs catégories expliquent la croissance du volume économique régional : la chirurgie, et notamment la chirurgie ambulatoire, les techniques peu invasives et les séances. Sur ces quatre activités, la hausse du volume économique est bien supérieure en région, en raison d'une forte hausse du nombre de séjours. Les séjours de médecine, et en particulier de médecine en ambulatoire sont en baisse.

Tous secteurs confondus, la croissance soutenue de la chirurgie non ambulatoire est expliquée par l'augmentation d'activité de chirurgie orthopédique (chirurgie majeure et arthroscopie), la chirurgie digestive, hépatobiliaire et pancréatique, la chirurgie gynécologique (utérus) et urologique.

L'augmentation des techniques peu invasives est liée à celle des endoscopies digestives et biliaires, des cathétérismes vasculaires thérapeutiques et diagnostiques, des actes ORL et stomatologie...

La hausse des séances est principalement due à l'augmentation de la chimiothérapie non tumorale.

3.2.2 Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Au sein du **secteur ex-DG**, les CMD qui contribuent le plus à la croissance du volume économique régional sont similaires à celles observées à l'échelle nationale (CMD 5, 6, 8), **exceptée la CMD 23** « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé ».

Le volume économique des CMD suivantes est en forte hausse en région, par rapport aux évolutions nationales :

- la CMD 3 « Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents » ;
- la CMD 7 « Affections du système hépatobiliaire et du pancréas » ;
- la CMD 11 « Affections du rein et des voies urinaires » ;
- la CMD 12 « Affections de l'appareil génital masculin ».

Le volume économique des affections de l'œil est en revanche en baisse.

Pour le **secteur ex-OQN**, les affections de l'œil (CMD 2) contribuent fortement à la croissance du volume économique régional. C'est le cas également des affections de l'appareil circulatoires (CMD 5). Pour ces deux CMD ainsi que pour les affections du système hépatobiliaire et du pancréas (CMD 7) la hausse du volume économique est plus forte qu'au niveau national.

3.2.3 Niveaux de sévérité

Pour les **établissements ex-DG**, la hausse du volume économique associé aux séjours de niveau 2, 3 et 4 est bien plus élevée en région. Le volume économique des séjours en ambulatoire (niveau J) augmente peu, celui des séjours de courte durée (niveau T) diminue.

Pour les **cliniques privées ex-OQN**, plusieurs atypies sont remarquables :

- la hausse plus soutenue du volume économique des séjours de niveau 2 et 3 ;
- la baisse du volume et du nombre de séjours de niveau 4. Cette situation semble liée à la baisse d'activité à la Clinique de Sainte-Clotilde, spécialisée dans la chirurgie vasculaire.

(ce n'est pas ce qu'on constate dans le PMSI)

Pour le **Centre Hospitalier de Mayotte**, le part des séjours de sévérité 3 et 4 ont augmenté. Par contre, la part des séjours ambulatoires progresse peu.

Glossaire

Actes et consultations externes : prestations dispensées dans les établissements de santé en dehors des séjours hospitaliers. Elles se composent de trois groupes de prestations : les prestations relatives aux interruptions volontaires de grossesses (IVG), les prestations hospitalières réalisées en ambulatoire, (accueils et traitements en urgence (ATU), les forfaits sécurité environnement hospitalier (SE), forfaits hebdomadaires de dialyse hors centre (ou alternative à la dialyse en centre), forfaits petits matériels (FFM)), et les actes et consultations externes référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la classification commune des actes médicaux (CCAM) et les forfaits techniques de radiologie (FTN).

Ambulatoire : séjours hospitaliers sans nuitée

ARS : Agence régionale de santé

CAS : Catégories d'activité de soins. Il s'agit d'un regroupement selon huit catégories de l'ensemble de l'activité MCO selon une combinaison de la troisième lettre du GHM (C, M, K, Z) et de la durée de séjour (avec ou sans nuitée).

Catégories d'établissements : catégorisation juridique des établissements du secteur ex-DG

CH : centre hospitalier (général)

CHR/CHU : centre hospitalier régional et/ou universitaire

CLCC : centre de lutte contre le cancer

EBNL : établissement à but non lucratif.

CMD : Catégories majeures de diagnostics, regroupement selon 27 catégories de l'ensemble de l'activité MCO, correspondant aux deux premières lettres du GHM

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

DAF : Dotation annuelle de financement

Effet structure : effet lié à la déformation de la structure d'activité entre deux périodes. Cela correspond à l'évolution du volume économique moyen par séjour, aussi appelé poids moyen du cas traité (PMCT) relatif.

Effet nombre de séjours : effet standard quantifiant l'évolution du nombre de séjours dispensés. Il s'agit donc d'une des composantes de l'évolution du volume économique défini plus loin.

GHM : Groupe homogène de malades, identifié par un code à 6 caractères pour l'activité MCO. Très schématiquement, le séjour hospitalier est d'abord classé en CMD (catégorie majeure de diagnostic, 2 premiers caractères du GHM) selon son diagnostic principal (motif pour lequel le patient a été hospitalisé). Ensuite, il est qualifié de chirurgical ou médical selon la présence (ou non) d'actes opératoires classant (3eme caractère du GHM). Puis, il est classé dans une racine en fonction des informations du résumé de sortie, concernant les diagnostics, les actes, l'âge, le sexe, le mode de sortie. Enfin, il est classé dans un GHM selon les CMA (complications et morbidités associées) pour déterminer les niveaux de sévérité (1 à 4), et la durée de séjour pour distinguer notamment l'activité ambulatoire ou de très courte durée.

GHS : Groupe homogène de séjours, permet d'associer un tarif à un GHM pour l'activité MCO.

HAD : Hospitalisation à domicile.

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique. Ensemble des activités médicales de courts séjours hospitaliers soumises à la tarification à l'activité.

Liste en sus : spécialités pharmaceutiques dispensées aux patients lors d'un séjour hospitaliers et facturées en plus du financement par le tarif des GHS.

MIGAC (MIG et AC) : dotation annuelle de financement des missions d'intérêt général (MIG) et d'aides à la contractualisation (AC) allouées par les agences régionales de santé aux établissements relevant de leurs compétences en plus des prestations tarifées à l'activité.

Niveaux de sévérité : indique la lourdeur de la prise en charge pour un séjour induite par des complications, il est identifié par le 6^{ème} caractère du GHM.

ODMCO : objectif de dépenses en médecine, chirurgie, obstétrique.

ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie.

OQN : objectif quantifié national

Part tarifs : regroupement de l'ensemble des prestations de l'activité MCO valorisées à l'aide d'échelles tarifaires nationales, soit les séjours hospitaliers (y compris les suppléments journaliers), les actes et consultations externes et autres prestations hospitalières délivrées en externe, les prestations délivrées lors d'une hospitalisation à domicile.

Racine : regroupe sur le champ MCO un ensemble de séjours correspondant à une même activité, elle est identifiée par les 5 premiers caractères du GHM (cf. GHM).

Secteur de financement :

Ex-DG : établissements anciennement sous dotation globale

Ex-OQN : cliniques privées anciennement sous objectifs quantifiés nationaux

SSR : soins de suite et réadaptation.

Suppléments journaliers aux séjours : valorisation spécifique rattachée à des séjours MCO dans le cas de prises en charge donnant lieu à une facturation journalière supplémentaire du tarif GHS (réanimation, soins intensifs, etc.).

Type de prise en charge : en MCO il permet de distinguer les séjours pris en charge en ambulatoire (sans nuitée), les séjours en hospitalisation complète (au moins une nuitée) et les séances.

Volume économique : valorisation monétaire des séjours hospitaliers en MCO groupés selon une classification de GHM donnée. Le volume économique présenté dans ce document repose sur la valorisation de séjours groupés en version v11c des GHM et valorisées selon les tarifs en vigueur au 1^{er} mars 2011. Les suppléments journaliers, le taux de remboursement et le coefficient de transition propres à chaque établissement ne sont pas pris en compte.

Analyse comparative de l'activité hospitalière entre les régions

2012

Chaque année, l'ATIH publie l'analyse nationale de l'activité hospitalière des établissements de santé. Dans la continuité de la photographie générale de l'activité 2012, ce rapport, en deux tomes, décline l'analyse des séjours de médecine, chirurgie et obstétrique au niveau régional puis départemental.

Le tome 1 « Comparaison inter-régionale » examine l'activité hospitalière régionale et départementale selon différents critères.

Le tome 2 « Atlas régional » décrit finement l'activité hospitalière par région en intégrant des informations d'analyse qualitative issues des Agences régionales de santé (ARS).

Plus précisément, « l'Atlas régional » est composé de fiches, pour chacune des 26 régions, toutes structurées de manière identique. Cette approche apporte des éclairages sur l'activité et la dynamique de chaque région. Des éléments de contexte, une distinction de l'activité par secteur de financement ainsi qu'une approche économique constituent la particularité de cet atlas. La description s'effectue non seulement en nombre de séjours mais également en masse financière. Les évolutions sont commentées et expliquées à partir des informations transmises par les ARS.
