



**5^{ème} Journée Nationale des Innovations Hospitalières
Bordeaux – 26 Juin 2014**



**Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille**

Impact économique d'un projet d'investissement

Bruno Rossetti (CHRU LILLE)

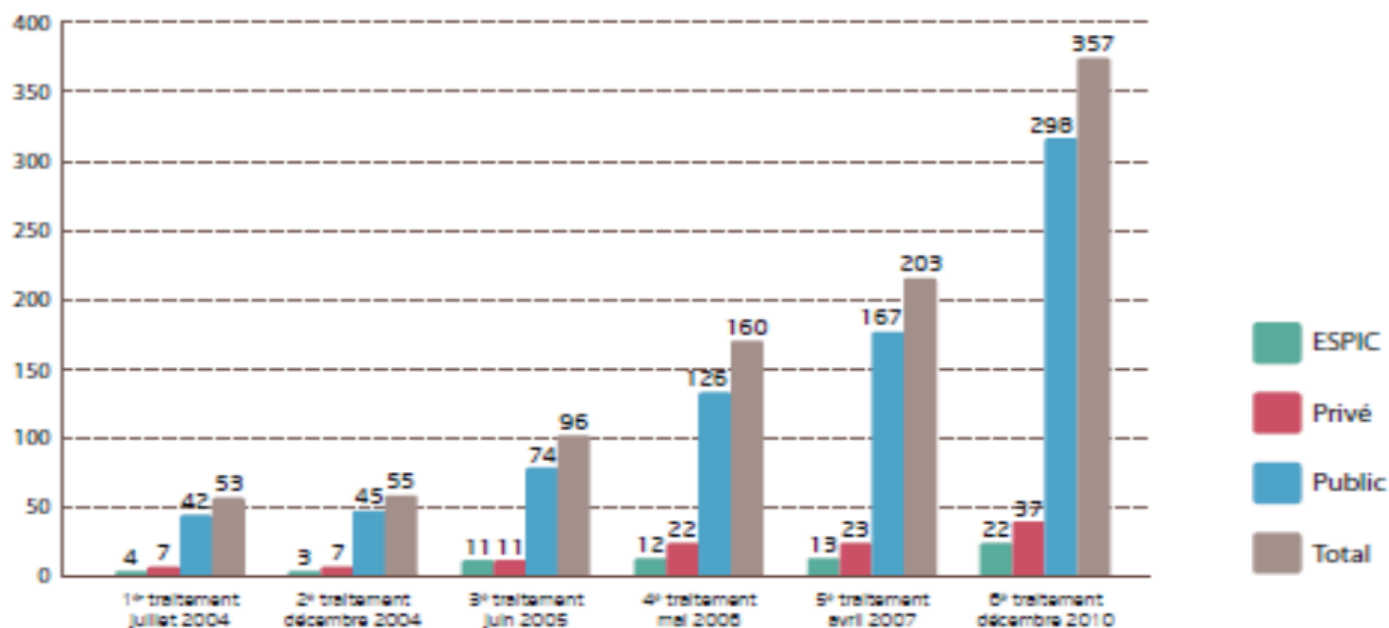
**Directeur Délégué à l'urbanisme et au projet Sud – Directeur
délégué au Pôle Cardio Vasculaire Pulmonaire – Conseiller à
l'ANAP**

Benoît Dervaux (CHRU Lille)

Economiste de la santé - MCU –PH



Contexte



STATUT ETABLISSEMENT	NB OPERATIONS	NB TOTAL DE LITS ET PLACES	M ² SDO	M ² SU
ESPIC	22	1 877	202 945	130 484
Privé	37	5 783	467 692	319 632
Public	298	39 603	4 134 855	2 611 765
TOTAL	357	47 263	4 805 493	3 061 881

Données de l'Observatoire des coûts de la construction hospitalière
ANAP - 2011

PLAN

1. Acteurs et contexte réglementaire autour d'un projet d'investissement
2. Processus de constitution d'un projet d'investissement hospitalier
3. Apport des outils de la médico-économie dans l'évaluation d'un projet d'investissement hospitalier

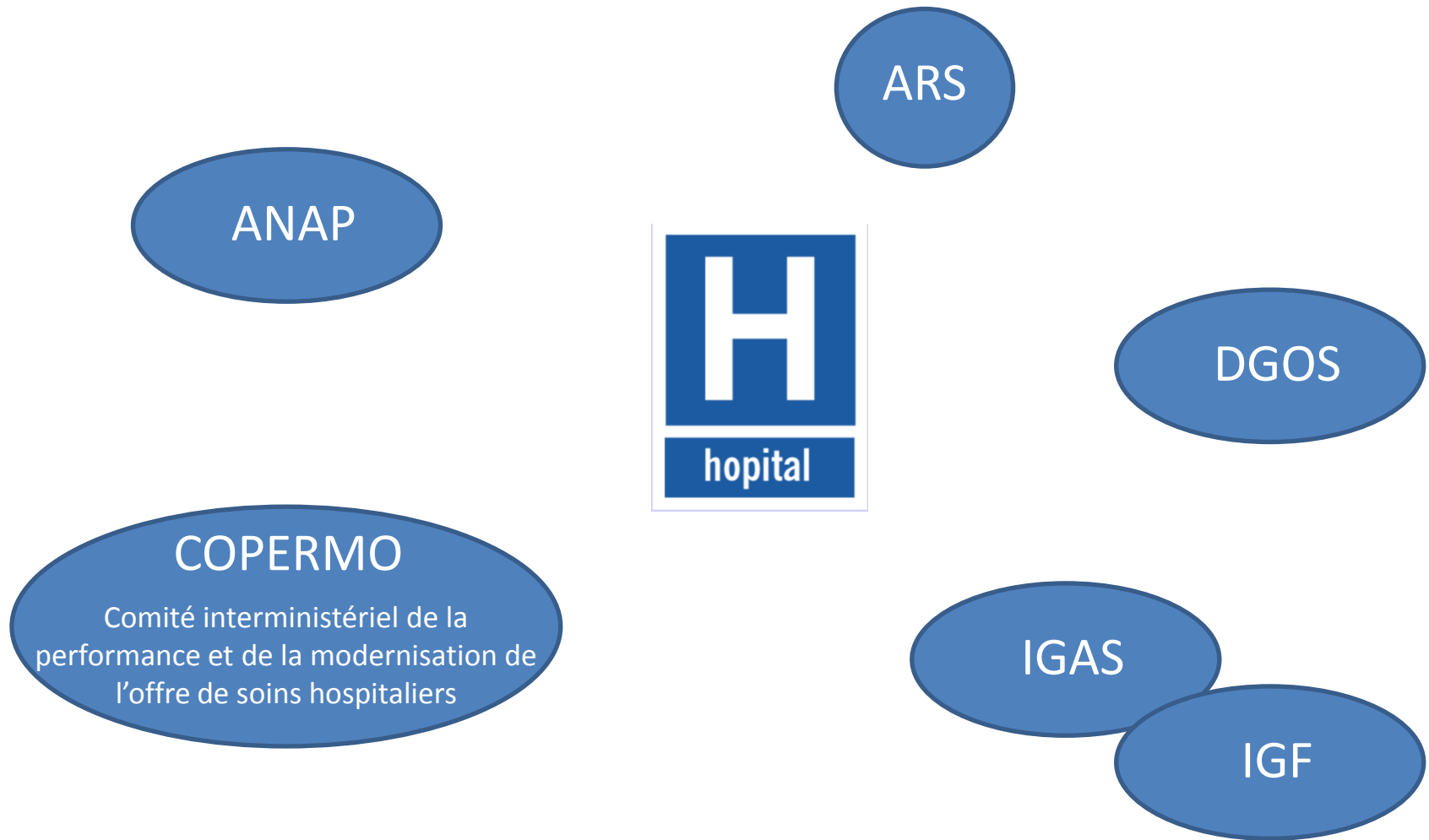


**5^{ème} Journée Nationale des Innovations Hospitalières
Bordeaux - 26 Juin 2014**

1. Acteurs et contexte réglementaire autour d'un projet d'investissement



1. Les acteurs et le contexte réglementaire



1. Les acteurs et le contexte réglementaire

COPERMO – Circulaire DGOS/PF1/DSS/DGFiP/2013/271 (06/2013)

Objectifs prioritaires :

Volet « performance »

1) Définir la stratégie nationale d'amélioration de la performance des établissements

Cadrage et évaluation des programmes nationaux ; promotion de nouveaux référentiels et outils d'analyse de la performance ; mise en valeur des expériences innovantes.

2) Arrêter, en lien avec les ARS, les trajectoires de retour à l'équilibre des établissements en difficulté financière (45 établissements)

Liste d'établissements arrêtée conjointement avec les ARS en début d'année

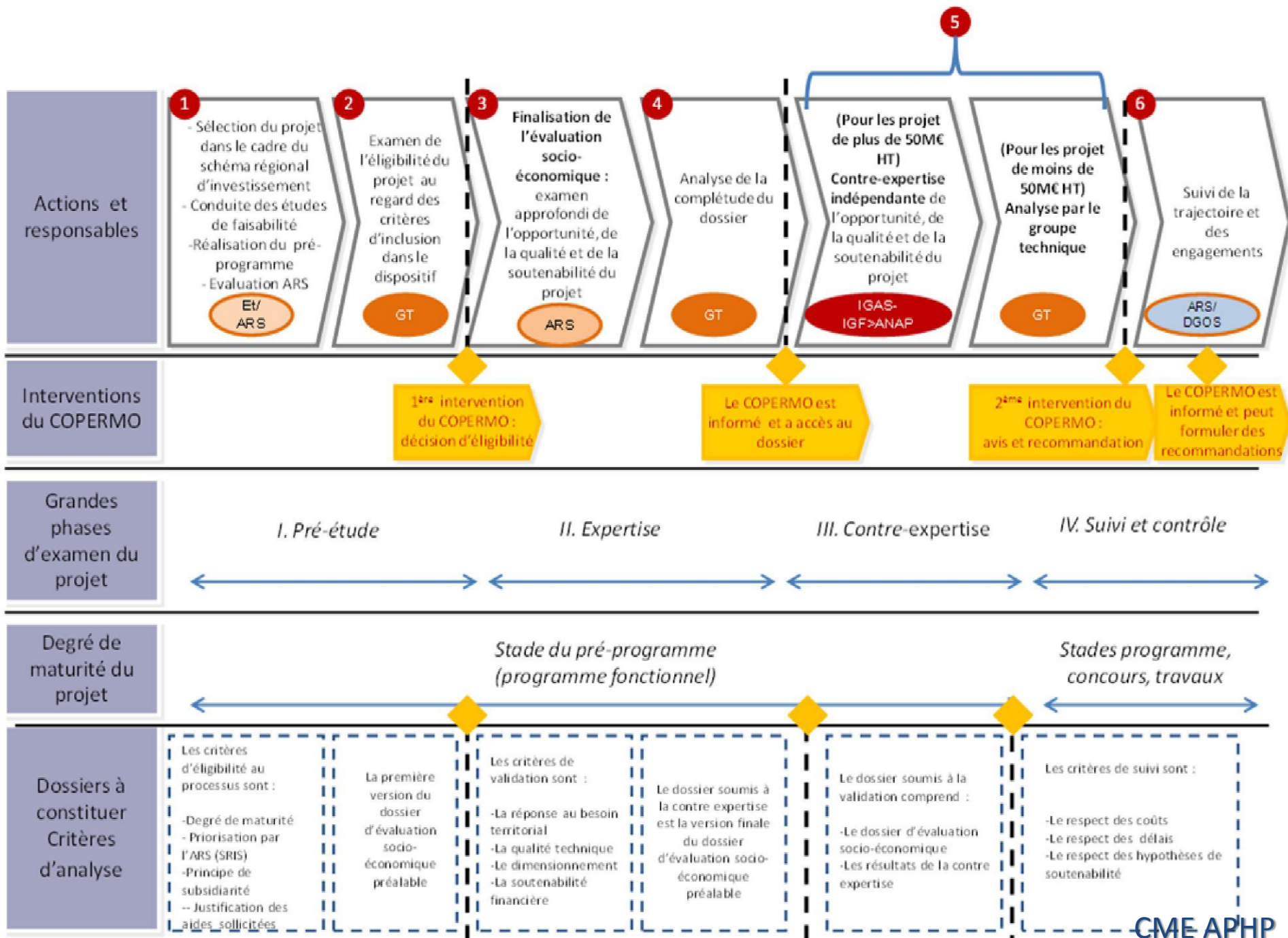
Volet « investissement »

1) Définir la stratégie nationale en matière d'investissement hospitalier

Cadrage et pilotage du soutien à l'investissement des établissements de santé ; promotion de nouveaux référentiels et des outils d'analyse de la qualité des projets

2) Valider les projets d'investissement d'ampleur exceptionnelle et ceux demandant à être soutenus au niveau national

Cadre de l'art. 17 de la loi de programmation pluriannuelle



1. Les acteurs et le contexte réglementaire

- **INSTRUCTION N°DGOS/PF1/MSIOS/2014/50 du 13 février 2014 relative à l'organisation des revues des projets d'investissement bénéficiant d'un accompagnement financier de l'échelon national.**

L'instruction rappelle qu'une rénovation en profondeur de la stratégie de soutien à l'investissement en santé a été engagée avec pour objectifs de :

- Mieux insérer les projets d'investissement dans les territoires : les investissements doivent être mis au service du parcours patient
- Renforcer la performance des projets qui se conformeront aux critères et référentiels les plus exigeants
- Garantir la soutenabilité financière des investissements

1. Les acteurs et le contexte réglementaire

- **Instruction n° DGOS/PF1/DGCS/ 2013/216 du 28 mai 20 13** relative au cadrage général de la démarche d'élaboration du schéma régional d'investissement en santé (SRIS)
- **Décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013** relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
- **Décret n° 2013-1211 du 23 décembre 2013** relatif à la procédure d'évaluation des investissements publics en application de l'article 17 de la loi no 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017
- **Instruction n° DGOS/PF/MSIOS/2013/225 du 04 juin 20 13** relative au lancement opérationnel du volet financement du programme hôpital numérique

1. Les acteurs et le contexte réglementaire

IGAS, RAPPORT N°RM2013-032P / IGF N°2012-M072-02

- *Les tarifs n'incluent pas la totalité des coûts d'investissement et n'ont pas vocation à l'inclure pour les opérations lourdes et restructurantes.*

[13] La mission a pu démontrer que les coûts d'investissements ne sont pas intégralement inclus dans les tarifs et que cette inclusion est purement théorique. Au demeurant, la régulation prix/volume, aboutissant à la fixation du niveau des tarifs, ne permet pas de prendre en compte le niveau des charges. Plus préoccupant, la mission a mis en évidence un **décrochage entre les tarifs et la couverture des charges**, qui menace la situation financière des établissements et nécessite, pour en limiter l'effet, de ralentir l'évolution des charges, d'évaluer dans le cadre de l'ONDAM hospitalier le *quantum* d'économies réalisables annuellement par les établissements de santé et de les faire porter directement sur les charges et non sur les seules recettes.

[14] Au final, les tarifs couvrent l'investissement courant et n'ont couvert que partiellement, étant donné le faible niveau des **marges brutes** passées, les charges d'investissements immobiliers lourds. Les opérations immobilières lourdes relevant de la recomposition de l'offre de soins peuvent donc justifier un financement par dotations ou subventions ;

1. Les acteurs et le contexte réglementaire

IGAS, RAPPORT N°RM2013-032P / IGF N°2012-M072-02

- *Dégager un maximum de **marge brute** par une gestion interne maîtrisée pour que les établissements autofinancent au maximum leur investissement*

[16] **Ainsi, dégager un maximum d'autofinancement à terme par une gestion interne pilotée à la marge brute non aidée demeure la clef la plus immédiate pour financer l'investissement.**

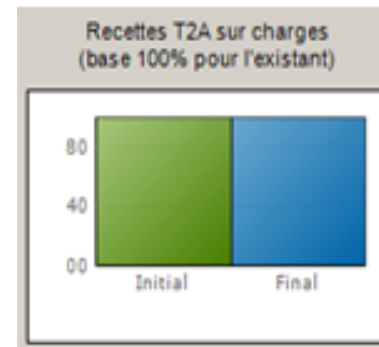
Si le niveau national et le niveau régional doivent préserver un financement extratarifaire pour les opérations stratégiques, l'établissement doit être le premier à sauvegarder ses capacités de **financement pour l'avenir**, ce qui implique qu'il l'arbitre contre d'autres progressions de dépense, notamment des charges de personnel. Calculée avant les dotations aux amortissements, dépréciations et provisions, **le taux de marge brute** constitue un résultat purement économique, plutôt que comptable, qui doit couvrir les investissements passés et futurs, *i.e.* les investissements courants, ainsi que le service de la dette couvrant les investissements immobiliers lourds. Il constitue donc le solde intermédiaire de gestion clef dans le pilotage des établissements. Il convient évidemment de considérer cet indicateur hors aides financières. Or, le taux de marge brute hors aides financières était de seulement 5,1 % en 2011, alors qu'il doit financer les investissements courants incompressibles, au minimum 3 %, ainsi que la charge de la dette, qui absorbait globalement 4,2 % en 2011, ce qui signifie que ce rythme d'investissement n'est pas soutenable à terme.

1. Les acteurs et le contexte réglementaire

La marge brute

Le **taux de marge brute** permet de mesurer la marge dégagée par l'**exploitation courante** pour financer les charges financières, les charges d'amortissements, c'est-à-dire **pour financer les investissements**.

$$\frac{\text{RECETTES}}{\text{CHARGES}} = 1,08$$



Ælipce

Les hôpitaux doivent faire progresser leur taux de marge brute (moyenne à 5%) d'environ 3% .

1. Les acteurs et le contexte réglementaire

Cour des comptes



LA DETTE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Avril 2014

Récapitulatif des recommandations

- 1. réserver le financement des investissements par l'emprunt exclusivement aux projets permettant aux établissements publics de santé d'atteindre un taux de marge d'au moins 8 % ;*



**5^{ème} Journée Nationale des Innovations Hospitalières
Bordeaux - 26 Juin 2014**

2. Processus de constitution d'un projet d'investissement hospitalier



2. Processus de constitution d'un projet d'investissement hospitalier

Préambule

L'établissement dans son environnement : géographie, démographie, situation et limites architecturales de la structure, état des infrastructures, des équipements, etc ...

- **Chapitre 1 : mesure et recherche de la performance pour l'existant**
 - Chapitre 1.1 : Présentation exhaustive chiffrée de l'organisation médico-soignante de l'établissement : hébergements et plateaux techniques au regard de l'activité existante
 - Chapitre 1.2 : Présentation exhaustive chiffrée de l'organisation médico-soignante de l'établissement optimisée : hébergements et plateaux techniques au regard de l'activité existante retraitée
- **Chapitre 2 : adaptation de l'activité future au Projet d'Etablissement – au SROS – au SIOS – au PRS : le projet d'activité, le capacitaire lits et places**
 - Présentation exhaustive chiffrée de l'organisation médico-soignante de l'établissement pour sa part hébergements au regard de l'activité projetée
- **Chapitre 3 : le capacitaire du plateau technique**
 - Présentation exhaustive chiffrée de l'organisation médico-soignante des éléments de plateaux techniques de l'établissement au regard de l'activité projetée

2. Processus de constitution d'un projet d'investissement hospitalier

- **Chapitre 4 : le dimensionnement physique du projet**
 - Tableau de dimensionnement des surfaces
- **Chapitre 5 : dimensionnement financier du projet**
 - Évaluation financière du projet et des charges induites
- **Chapitre 6 : processus général, synthèse**
 - Synthèse économique et financière au regard de la situation de l'établissement
- **Chapitre 7 : proposition de suivi du projet durant ses différentes phases d'études**
 - Évolution du projet à ses différentes phases d'études (si nécessaire) en fonction de l'état d'avancement du projet – plans du projet.

Ælipce

Evaluation et Amélioration des Indices de PerformanCE

Ælipce, projet engagé par l'ANAP en 2010, est constitué de trois modules , le module activité (hors fonctions supports), le module dimensionnement des surfaces, le module économique et financier.

Deux projets peuvent présenter des chiffres identiques tout en étant totalement différents :

- nombre de journées d'hospitalisation
- recettes, dépenses, temps de retour
- surface du projet
- montant de l'investissement

Ces chiffres sont par nature des indices de performance et non pas des indicateurs.

Ce qui est nouveau n'est pas toujours moderne ... **en terme de mode gestion du financement des projets : le COPERMO**

Processus général simplifié de programmation d'un projet : l'EPRD de projet

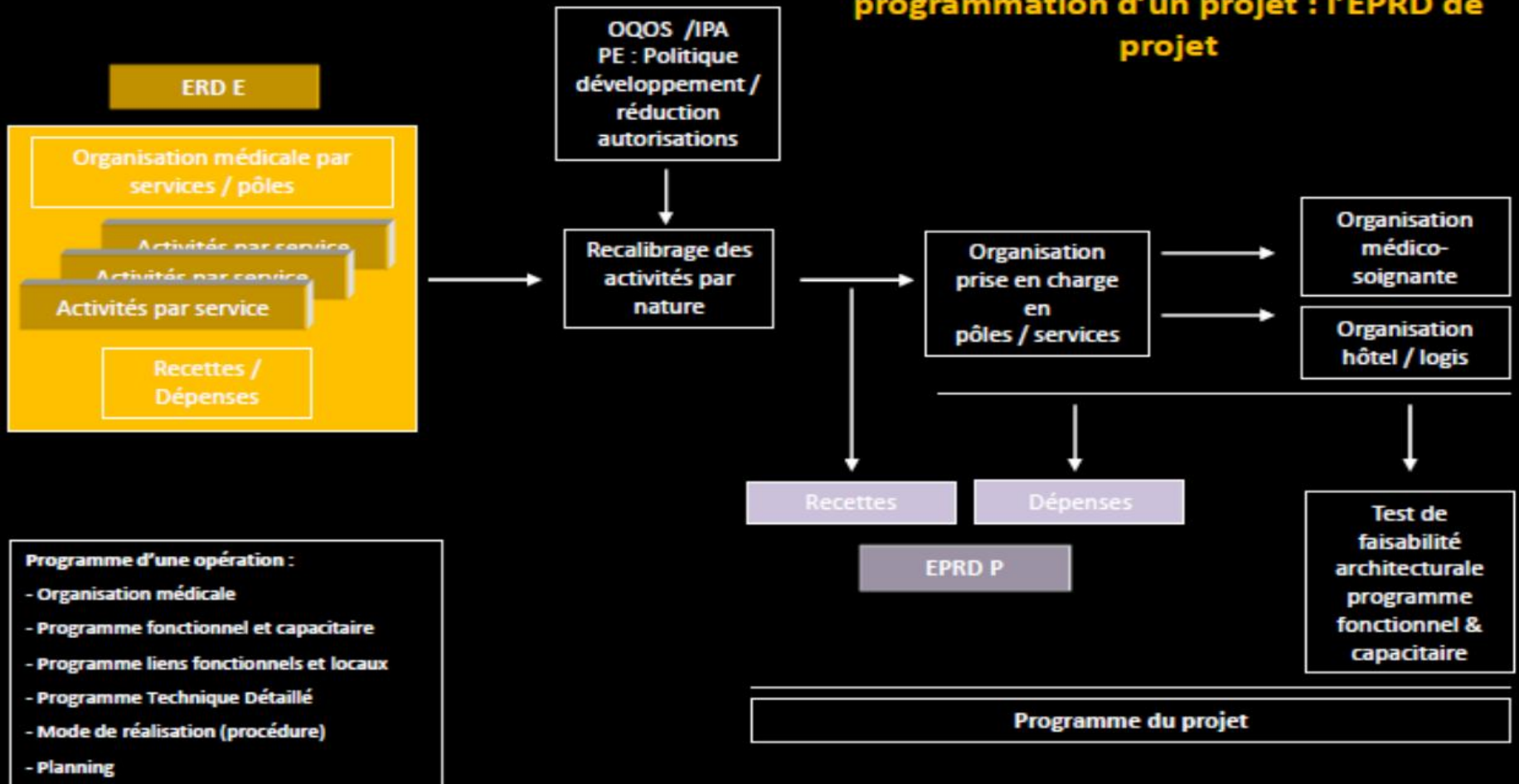
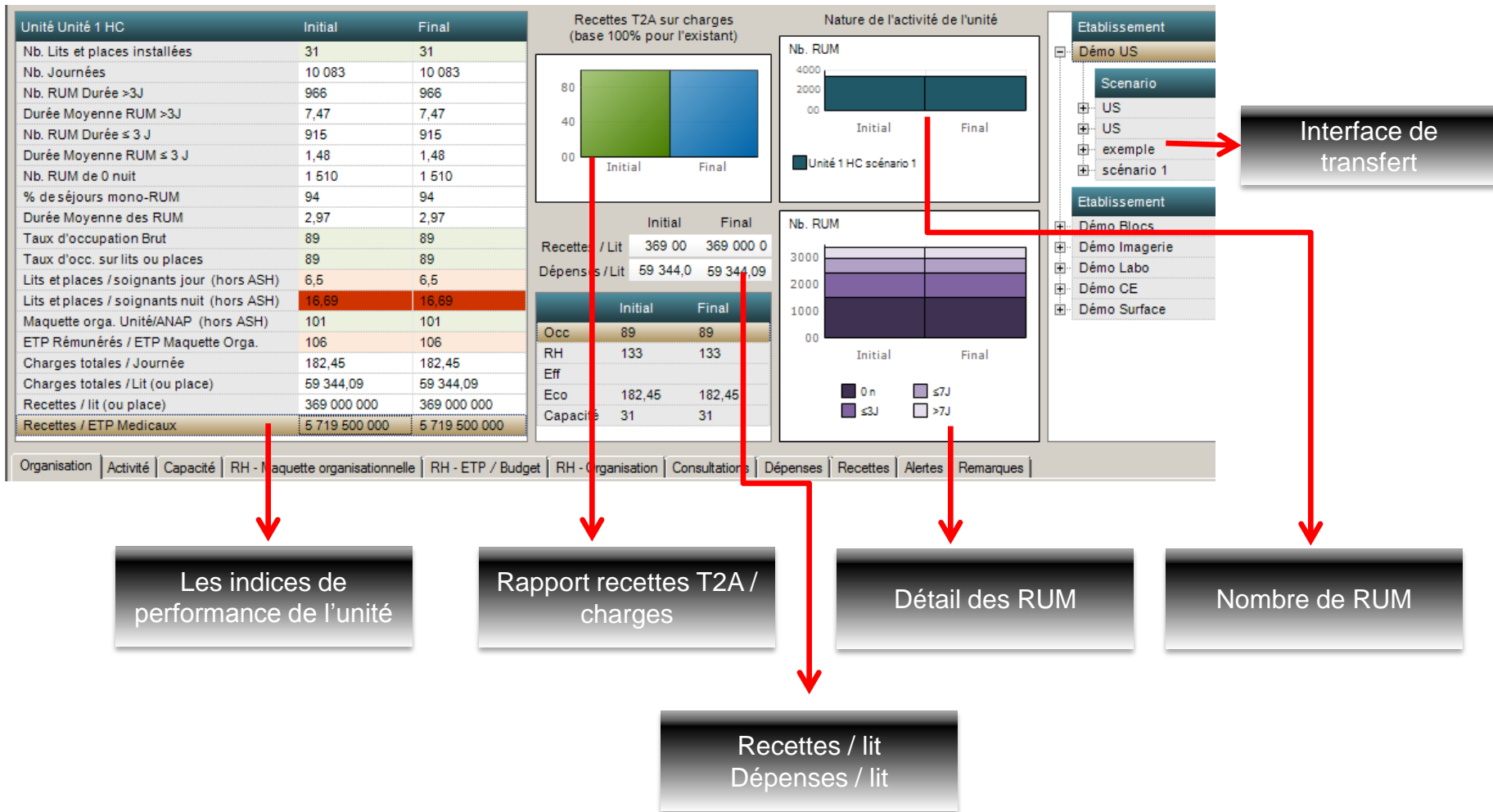


Tableau de bord général



Les indices de performance de l'unité

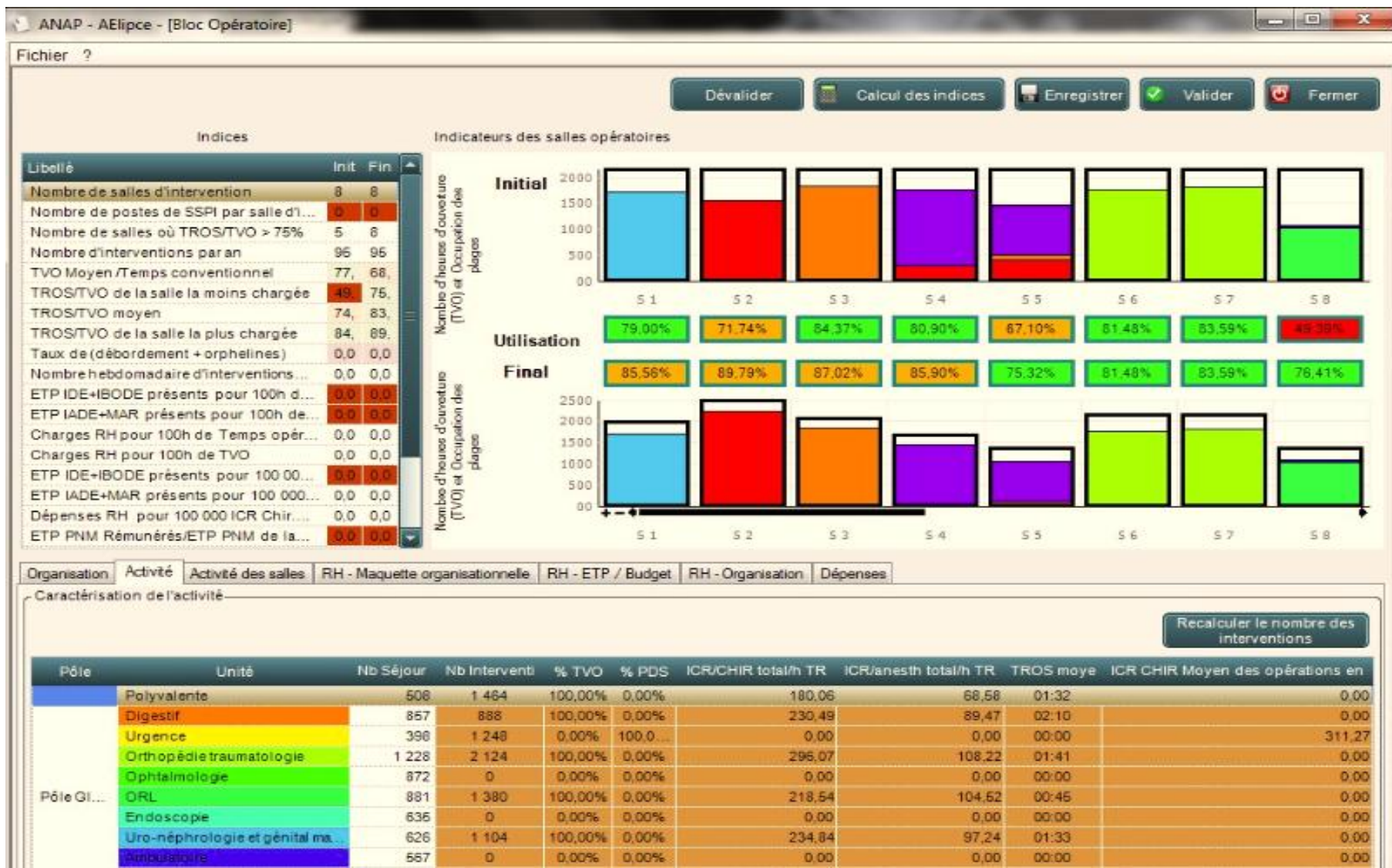
Rapport recettes T2A / charges

Détail des RUM

Nombre de RUM

Recettes / lit
Dépenses / lit

Dimensionnement du plateau technique, les blocs opératoires



Dimensionnement des surfaces

ANAP - Ælipce - [Surface]

Fichier ?

Calcul des indices

Enregistrer

Fermer

Indices capacitaires et de surface

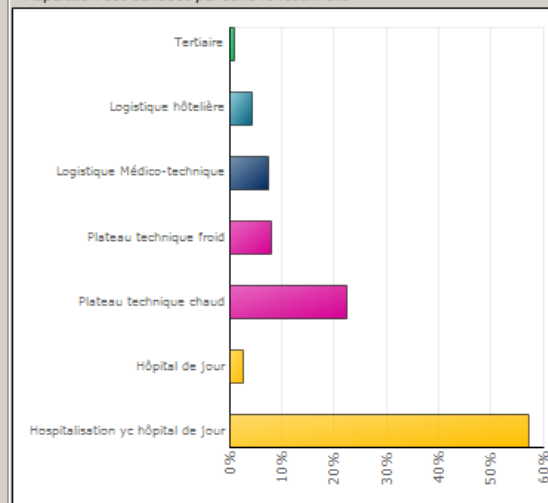
Capacitaire total de l'hospitalisation yc HdJ : nb. Tot...	285,00
Hospit Conventionnelle : nb total de lits	255,00
Hospit conventionnelle : nb de lits par unité	28,33
Hôpital de jour : nb total de places	10,00
Hôpital de jour : nb de places par unité	10,00
Réanimation, SI et SC : nb total de lits	20,00
Réanimation, SI et SC : nb de lits par unité	20,00
Nombre de salles de bloc opératoire	8
Nombre de salles imagerie	9
Nombre de box de consultations/explorations	3
Surface utile (SU) totale en m²	11 957,00
Surface dans œuvre (SDO) globale en m²	18 528,16
Ratio SDO globale/SU	1,55
Ratio SDO globale/lit ou place	65,01

Estimation des coûts

Estimation des coûts

Date de valeur	01/01/2013	
Indice BT01 de référence	884,60	Initialisation du BT01
Indice BT01 Choisi	884,60	Mettre à jour
Coût de construction TTC	46 320 425,00	
Coût de maintenance hors GER annuel € T	499 391,00	
Coût d'énergie annuel € TTC	475 580,00	
Coût d'entretien annuel € TTC	855 381,00	
Nombre d'unités d'hospit. conventionnelles		9
Nombre d'unités d'hôpitaux de jour		1
Nombre d'unités de Réanimation, SI , SC		1

Répartition des surfaces par zone fonctionnelle



Projet | Organisation des surfaces d'hébergement | **Détail des surfaces** | Synthèse des surfaces et coûts de construction-maintenance | Hypothèses maintenance | Coûts d'énergie | Coûts d'entretien

Analyse des surfaces du projet

+ Créer une surface

Actualiser les données à partir du Module 1

Zones fonctionnelles	Secteur fonctionnel	Intitulé du secteur	Commentaires	Activité	Capacité	Surface SU
				-	-	-
Hospitalisation	Médecine	Médecine		45 000	120	3 000
Hospitalisation	Chirurgie	Chirurgie		25 000	90	2 100
Hospitalisation	Obstétrique	Obstétrique		10 000	30	850
Hospitalisation	Pédiatrie	Pédiatrie		4 000	15	580
Hospitalisation	UCA – UMA (Hôpital de jour)	HdJ		5 000	10	281
Plateau technique chaud	Bloc opératoire y compris SSPI	Bloc op		2 200 000	8	1 350
Plateau technique froid	Imagerie	Imagerie		0	9	850
Logistique Médico-technique	Laboratoires - Biologie	Labo		22	0	900
Logistique hôtelière	Restauration (UCP) Liaison...	UCP		500 000	0	600
Tertiaire	Services techniques y compri...	ST		0	0	110
Plateau technique chaud	Réanimation et SC	soins critiques		0	20	1 190
Plateau technique froid	Consultations Explorations	Plateau de consultations		30	3	146

Module économique et financier

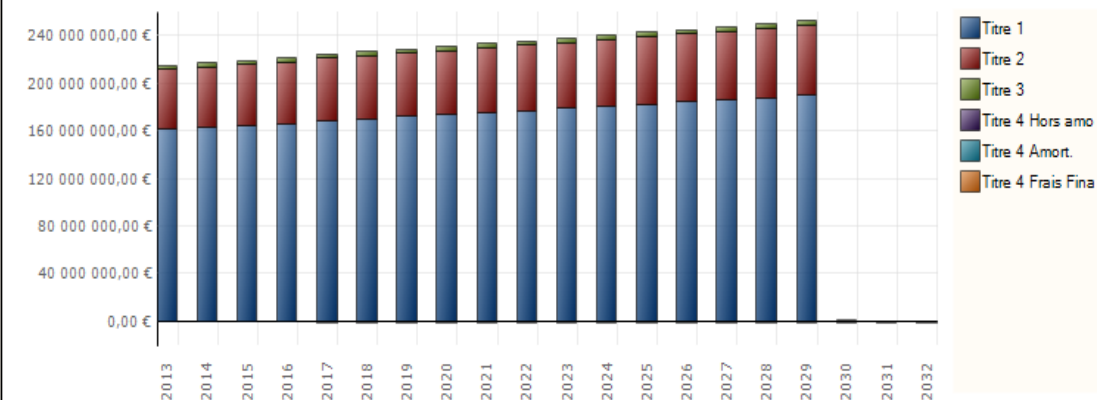
ANAP - Ælipce - [ModuleFinancier]

Fichier ?

Calcul des indices Enregistrer Fermer

	Actuellement	Si on ne fait rien	Projet
Durée amortissement moyenne			20
Durée amortissement max			20
Equilibre du projet	88 000		2013
Annee resultat passe positif			2017

Tableau de bord récapitulatif du projet



Projet **Détail par période** Analyse Temporelle Retour sur investissement

+ Ajouter une période + Ajouter une phase + Ajouter un investissement

Période	Scénario de rattachement	Date de début	Date de fin	Titre 1	Titre 2	Titre 3	Recettes	Commentaire	Supp.	
Période 0		01/01/2013	01/01/2017	150 632 000,00	50 000 000,00	3 248 000,00	219 000 000,00		X	
Phase		Date de début		Date de fin		Supp.				
Phase 0		01/01/2013		01/01/2030		X				
Investissement		Classe	Intitule	Date de début	Date de réception	Total des investissements	2 ans	3 ans	5 ans	10 ans
Investissement 0		Non médical	Etude	01/01/2013	31/12/2017	800 000,00				0,00
Investissement 1		Travaux	Travaux	01/01/0001	31/12/2017	20 000 000,00				
Période	Scénario de rattachement	Date de début	Date de fin	Titre 1	Titre 2	Titre 3	Recettes	Commentaire	Supp.	
Période 1		01/01/2017	01/01/2030	151 264 000,00	50 000 000,00	3 248 000,00	224 000 000,00		X	



**5^{ème} Journée Nationale des Innovations Hospitalières
Bordeaux - 26 Juin 2014**

3. Analyse coût/bénéfice des infrastructures hospitalières



Guideline



Department of Health, NSW
73 Miller Street North Sydney NSW 2060
Locked Mail Bag 961 North Sydney NSW 2059
Telephone (02) 9391 9000 Fax (02) 9391 9101
<http://www.health.nsw.gov.au/policies/>

Capital Projects - Economic Appraisal

Document Number GL2011_006

Publication date 12-May-2011



Approche financière vs approche économique (1)

- ▲ **Les approches financière et économique sont différentes**
- ▲ **Elles ne poursuivent pas les mêmes objectifs**
 - ▼ L'approche financière vise à évaluer la capacité de l'établissement à financer l'investissement (soutenabilité)
 - ▼ L'approche économique vise à estimer du rapport coût/bénéfice de l'investissement (efficience)
- ▲ **Elles n'adoptent pas la même perspective et ne valorisent pas les mêmes éléments**
 - ▼ Approche financière
 - → point de vue de l'établissement
 - → valorisation des services produits (séjours, consultations)
 - ▼ Approche économique
 - → point de vue de la collectivité (Santé Publique)
 - → valorisation de l'impact sur le système de santé et sur l'état de santé de la population
- ▲ **Les deux approches sont complémentaires**
- ▲ **Les indicateurs d'évaluation peuvent être similaires (VAN, délai de récupération, TIR) mais leur interprétation est bien sûr différente**

Indicateurs sur retour sur investissement (ROI)

- La Valeur Actuelle Nette (VAN) mesure la rentabilité du projet.

$$VAN_{\theta} = -I_0 + \sum_{t=1}^N \frac{CF_t}{(1+\theta)^t} = -I_0 - \sum_{t=1}^N \frac{CF_t^-}{(1+\theta)^t} + \sum_{t=1}^N \frac{CF_t^+}{(1+\theta)^t}$$

Où I_0 est la dépense initiale d'investissement, CF_t est le solde des flux financiers de l'année t (cash flows), CF_t^- est la valeur absolue du solde déficitaire des flux de trésoreries de l'année t , CF_t^+ le solde excédentaire des flux de trésoreries de l'année t , et θ le taux d'actualisation (cf. discussion *infra*).

Interprétation des résultats :

- VAN positive : projet rentable et dégage de la capacité supplémentaire d'investissement.
- VAN nulle : investissement amorti.
- VAN négative : projet non rentable et remet en cause la capacité future d'investissement.

Indicateurs sur retour sur investissement (ROI)

- Le délai de récupération : c'est la période nécessaire pour que les flux d'exploitation permettent de couvrir les flux d'investissement induits par l'opération.

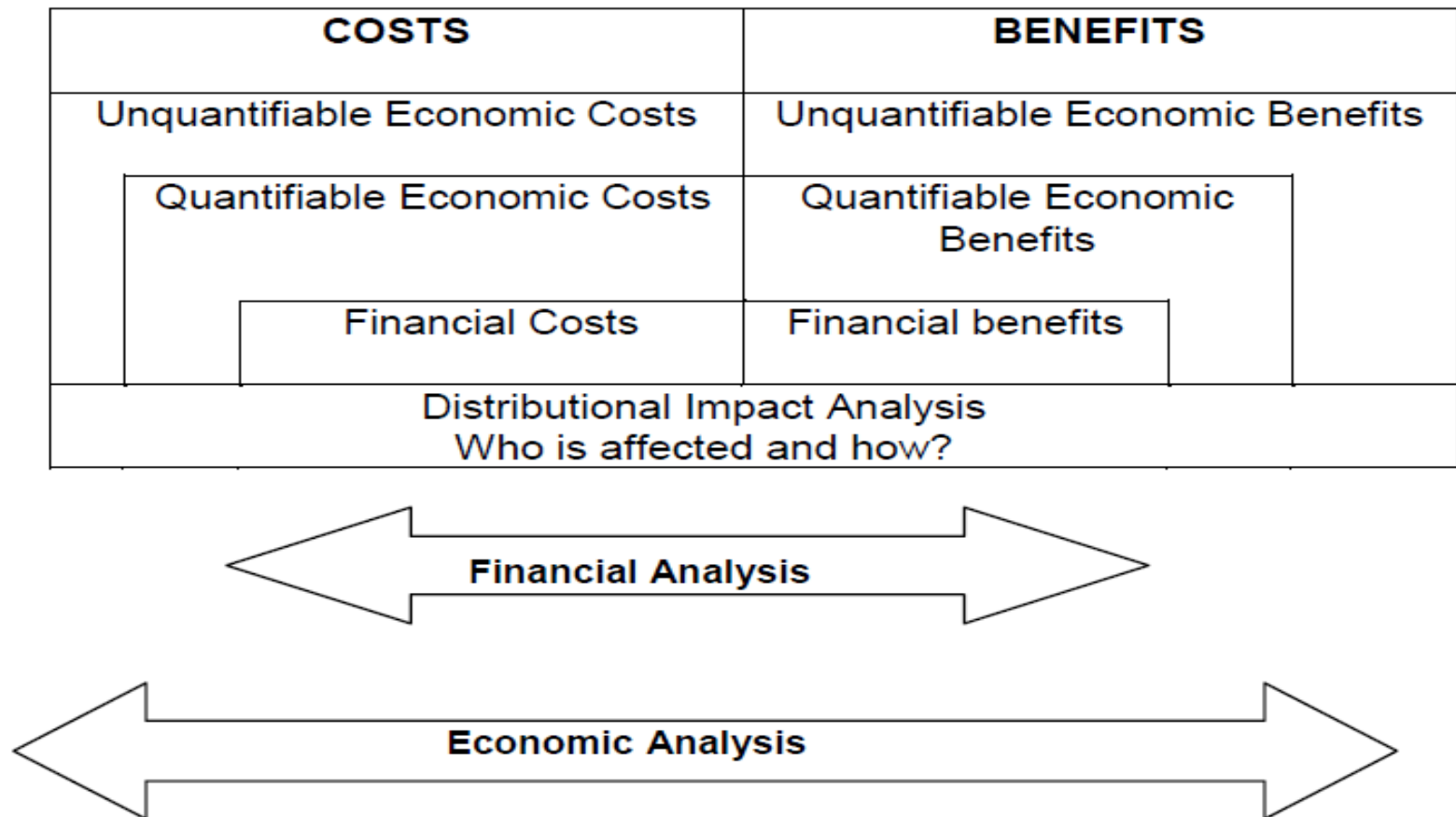
$$DR_{\theta} \text{ tel que } I_0 = \sum_{t=1}^{DR} \frac{CF_t}{(1+\theta)^t}$$

- Le taux interne de rentabilité (TIR) : définit la robustesse de la VAN aux variations du taux d'actualisation. C'est la valeur du taux d'actualisation θ pour laquelle la VAN s'annule.

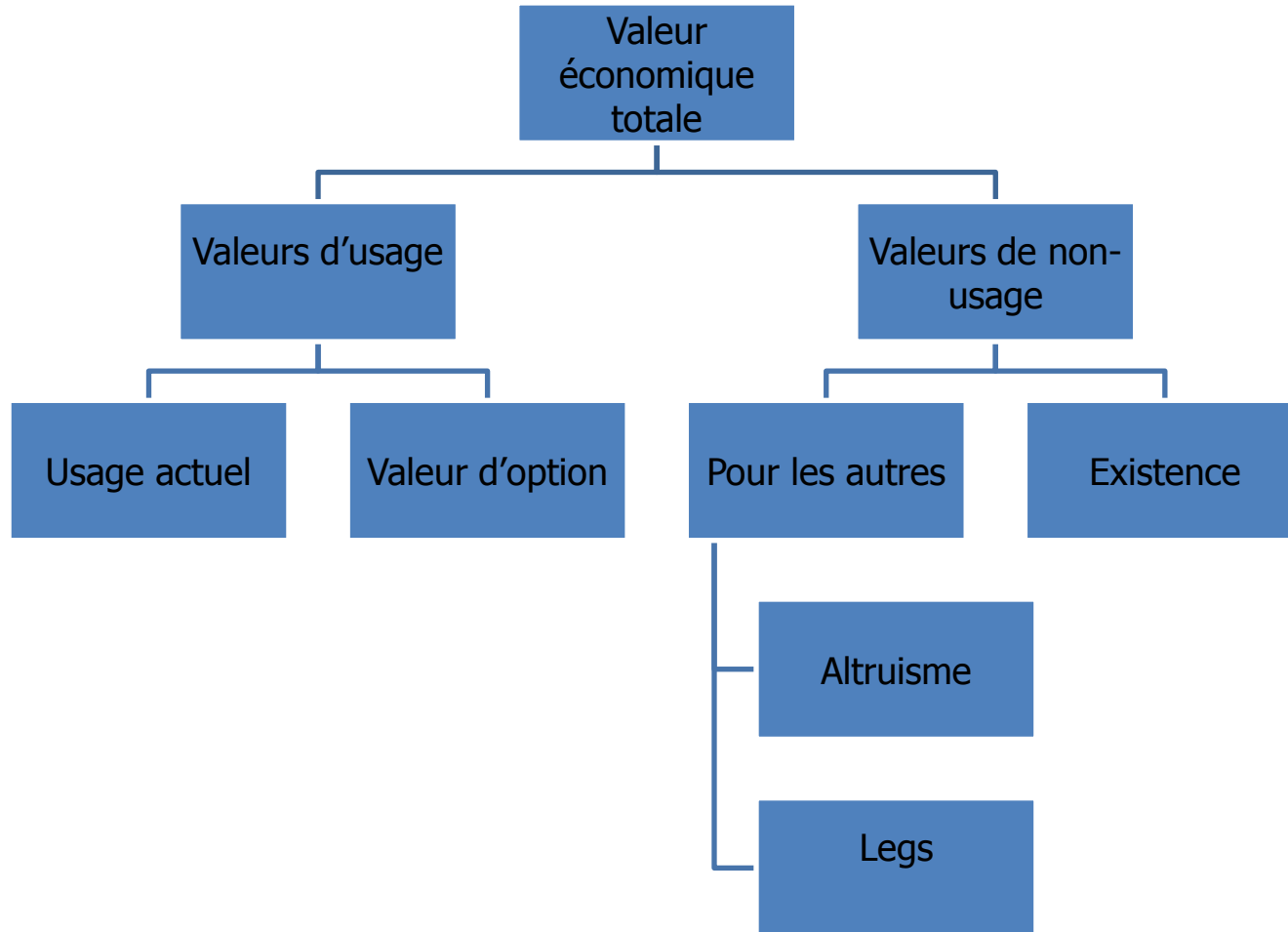
$$\text{TIR, } \theta \text{ tel que } VAN_{\theta} = 0 \Leftrightarrow I_0 + \sum_{t=1}^N \frac{CF_t^-}{(1+\theta)^t} = \sum_{t=1}^N \frac{CF_t^+}{(1+\theta)^t}$$

Approche financière vs approche économique (2)

Figure 1.1: Economic appraisal techniques – types of evaluation



La valeur d'un bien



Les méthodes d'évaluation

	Préférences révélées	Préférences déclarées
Méthodes directes	Monétarisation au prix de marchés Coûts de restauration, de remplacement Coûts évités, effets de productivité	Évaluations contingentes
Méthodes indirectes	Dépenses de protection et comportements de prévention Coûts de déplacement Prix hédonistes	Analyse conjointe Classement contingent Comparaison par paires

Les étapes de l'évaluation (1)

- Etat de l'existant
- Quantification des besoins et explicitation des objectifs (en termes de service rendu à la population pour ne pas privilégier a priori l'option d'investissement)
- Identification des alternatives
 - Statu quo (niveau de performance, estimation des besoins non satisfaits, délai d'attente, qualité de la prise en charge – coût de la mise aux normes)
 - Options avec investissement en capital
 - Construction à neuf
 - Réarmement/réhabilitation des infrastructures existantes
 - Délocalisation
 - En considérant différents scénarios de phasage et de dimensionnement des projets

Les étapes de l'évaluation (2)

Identification des alternatives (suite)

Options sans investissement en capital

- Amélioration de la performance
- Transfert d'activités vers d'autres structures à proximité (exploitation des surcapacités)
- Renforcement des coopérations
- Externalisation d'activités
- Développement de stratégies alternatives de prise en charge (prévention, diagnostic précoce, prise en charge ambulatoire)

Comparaison des bénéfices et des coûts des différentes options

Les coûts et les bénéfices

▀ Les coûts :

- Les coûts en capital (foncier, bâtiment, équipement)
- Les coûts de maintenance
- Les coûts de fonctionnement (clinique et non clinique)
- Les coûts de transport (en cas de relocalisation ou de transfert)

▀ Les bénéfices :

- Les bénéfices de santé (en termes de morbi-mortalité, de qualité de vie)
- Les économies réalisées ou les coûts évités au sein de l'établissement et dans le système de santé (ou dans le système économique globalement, *e.g.* pertes/gains de production)
- La valeur vénale des investissements
- Autres bénéfices (attractivité, enseignement et recherche)

Resource Cost	Include / Exclude	Comment on treatment
General principles		All direct and indirect implications
Sunk cost	Exclude	
Opportunity costs	Include	Applies to all resources but most explicit in valuation of property
Avoided costs	Include	Reflected in the total cost analysis for each option.
Capital costs:		
Initial capital costs	Include	For base case, capital costs to meet statutory requirements
Life-cycle costs	Include	For all options
Refurbishment costs	Include	For refurbishment options
Medical equipment	Include	
Operating / recurrent costs:		
Clinical	Include	Consider and assess impact of future levels of clinical service delivery and future model of care Costs will be different across options
Cost of transferring/ treating patients in private hospitals	Varies	Subject to DOH/ministerial approval. This is only applicable where there is capacity in nearby private hospitals for the specified clinical services.
Non-clinical	Include	Include catering, linen, security etc
Facilities related running and maintenance cost		Include cost to maintain new and existing facilities at good industry practice.
Forecast savings	Include	Reflected in assessment of recurrent costs
Property values / opportunity costs:		
Property in LHN use	Include	
Property bought	Include	Use purchase price
Property rented	Include	Use market rent
Property transfer to Health	Include	
Other		
Commissioning / decanting costs	Include	

Benefits	Monetary valuation	Quantification	Qualitative assessment	Comment on treatment
LHN and agency benefits				
Savings in patient transportation costs		√		Reflected in LHN's resource costs
Reduced clinical costs	√	√	√	Changes to clinical costs and other ongoing costs
Residual value of assets	√	√		Based on the cost of the improvement (ie the asset value less the land component). After adjustment of this cost to reflect the change in the value of money between the time of investment and the end of the analysis period, the residual is the portion of the adjusted cost that corresponds to the estimated proportion of the economic life of the asset remaining at the end of the analysis period.
Property revenues	√	√		Property sold by LHN
Reduced adverse events	varies	varies	varies	Historical data may be limited. Quantification where possible but this is an area where there is no accepted methodology
Workforce benefit - Attract and retain clinical staff	varies	varies	varies	Any savings in recruitment cost will be reflected in the LHN's resource costs
Improved hospital design quality	varies	varies	varies	Impact such as improved patient recovery times Where possible, estimate incremental benefits (eg reduced clinical costs)
Health benefits				
Increased service delivery / reduced unmet demand / closed service gaps		√	√	Compare the services outcomes (no of treatments and bed utilisation data) with the base case.

Benefits	Monetary valuation	Quantification	Qualitative assessment	Comment on treatment
Improved patient recovery times			√	
Increased duration of life / lives saved		May be measured by lives, life years	varies	For capital projects with multi-clinical configurations, these aspects are difficult to quantify and value. A qualitative assessment must be included demonstrating how these improved health impacts are to be achieved.
Improved quality of life		May be measured by Quality Adjusted Life Years (QALYs)	√	
Benefits for patients and carers				
Travel time savings	√	√		Refer to guidance notes in Appendix 4. Key variables are: <ul style="list-style-type: none"> • the no of people affected • the average hours saved • savings in average travel distance • travel cost per km Contact LHN and DOH Statewide Services Development Branch to ascertain data on the current and projected number of patients affected receiving treatment
Distress and discomfort			√	

A Cost-Benefit Analysis of a New Safety Net Clinic in Petersburg, Virginia

Objectif :

- Evaluation coûts/bénéfices de la création d'une structure de soins primaires pour des populations vulnérables à Petersburg (Virginie)

Michelle Beasley
Kaitlin Coffey
Amy Haldeman

The Thomas Jefferson Program in Public Policy
The College of William and Mary
December 14, 2009

Un exemple (2)

Coûts :

- Salaires
- Taxes et charges sociales
- Investissement (bâtiment, équipement)
- Assurance
- Frais généraux

Bénéfices :

- Revenus d'activité
- Réduction du nombre des urgences
- Hospitalisations évitées
- Amélioration de la productivité des patients
- Impact macro-économique (réduction des fuites de patients)

B-C sur 10 ans (actualisés) :

Perspective collective : \$13 400 000

Perspective clinique : \$ -6 900 000

En tenant compte de l'évolution des prix et de la pyramide des âges de la population

Developing New Approaches to Measuring NHS Outputs and Productivity Second Interim Report Data for Productivity Estimates

Diane Dawson
Hugh Gravelle
Paul Kind
Mary O'Mahony
Andrew Street
Martin Weale

THE UNIVERSITY *of York*
CENTRE FOR HEALTH ECONOMICS

Estimation des bénéfiques (2)

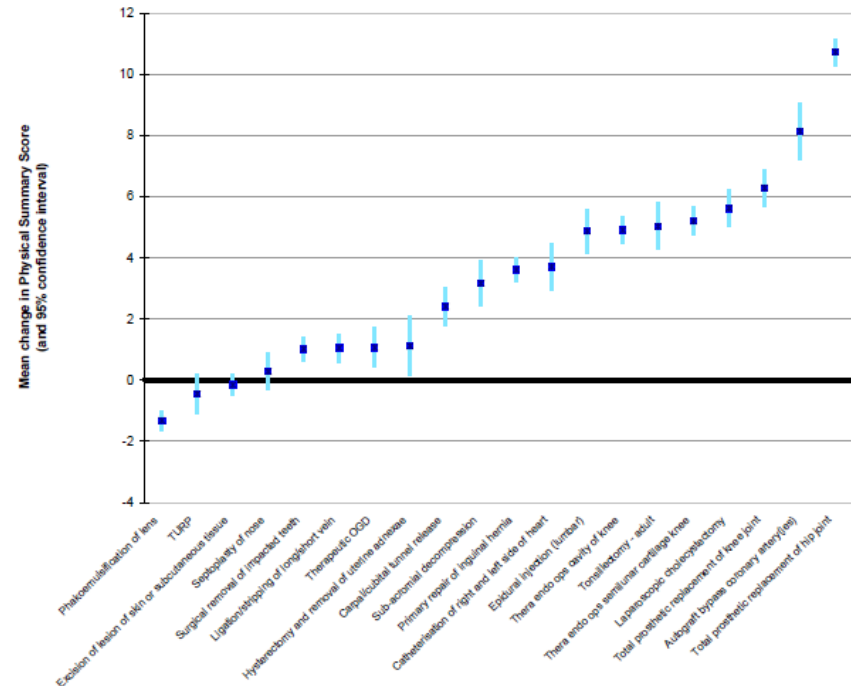
Table 3.4 EQ-5D score by HRG

Group	N	Mean EQ-5D	Standard Deviation in EQ-5D
Total	29541	0.66	0.32
E14	1141	0.61	0.31
J37	811	0.76	0.28
F06	741	0.69	0.30
B02	700	0.67	0.29
M06	631	0.74	0.30
S22	550	0.63	0.31
F35	547	0.73	0.29
M07	515	0.74	0.29
L21	479	0.69	0.30
N12	422	0.85	0.23

BUPA Compagny
6 années
70 hôpitaux privés
90000 épisodes de soins

Health Outcomes Data Repository (HODaR)
29541 séjours

Figure 3.6 Changes in BUPA patients' SF-36® physical summary score after 12 weeks, by surgical intervention



Valorisation des bénéfices

Commissariat général
à la stratégie
et à la prospective



PREMIER MINISTRE

RAPPORTS & DOCUMENTS

SEPT.
2013

ÉVALUATION
SOCIOÉCONOMIQUE
DES INVESTISSEMENTS
PUBLICS



5^{ème} Journée Nationale des Innovations Hospitalières
Bordeaux - 26 Juin 2014



▲ Pertinence

- ▶ Evaluation du besoin par l'ARS puis définition/dimensionnement d'un projet dans la perspective de l'établissement **ou** approche comparative et intégrée dans une perspective de Santé Publique
- ▶ Quel poids dans la décision ?

▲ Faisabilité

- ▶ Disponibilité des données / modélisation
- ▶ Horizon temporel / Incertitude
- ▶ Quel timing ?

▲ Qui en a la charge ?

- ▶ Ministère/ARS ou établissement
- ▶ Quelles compétences ?



**5^{ème} Journée Nationale des Innovations Hospitalières
Bordeaux - 26 Juin 2014**

Merci de votre attention

