

****

**Service émetteur :**

**Direction des coopérations territoriales et de la performance**

**Direction adjointe de l’hospitalisation et de l’autonomie**

**Pôle Autorisations et appels à projets**

**DOSSIER TYPE SIMPLIFIE D’EVALUATION EN VUE D’UN RENOUVELLEMENT D’AUTORISATION**

**MEDECINE**

**Campagne 2020**

**Liste des informations à fournir**

Le renouvellement d’une autorisation s’opère par le biais du dépôt d’un dossier d’évaluation 14 mois minimum avant l’échéance de cette autorisation (art. L6122-10 du code de la santé publique).

Un nombre important d’autorisations de médecine doivent faire l’objet d’un renouvellement en 2020, dans un contexte où, la même année, cette activité devrait faire l’objet d’une réforme. Elle va imposer une révision du PRS et, derrière, une remise à plat de toutes les autorisations.

Au regard de ces éléments, un dossier d’évaluation simplifié vous est proposé.

Il doit être adressé en un exemplaire papier à la Délégation départementale dont relève l’activité et adressé sous format électronique à [ars-bretagne-autorisations-sanitaires@ars.sante.fr](mailto:ars-bretagne-autorisations-sanitaires@ars.sante.fr)

La demande de renouvellement de médecine concerne :

□ de l’hospitalisation complète (HC)

□ de l’hospitalisation de jour (HDJ)

## I – Renseignements administratifs :

Entité juridique : dénomination et coordonnées

Représentant légal : identité

N° d’immatriculation FINESS

Adresse d’implantation de l’activité si différente de celle de l’entité juridique

Spécialités concernées

Personne(s) responsable(s) du dossier : nom(s) – fonctions – coordonnées téléphoniques et électroniques

**II - Environnement de l’activité :**

* Les contours de l’activité :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | adulte | | enfant | |
| Hospitalisation complète | *oui/non* | Nombre de lits | *oui/non* | Nombre de lits |
| Hospitalisation de semaine | *oui/non* | Nombre de lits | *oui/non* | Nombre de lits |
| Hospitalisation partielle | *oui/non* | Nombre de places | *oui/non* | Nombre de places |
| Médecine interventionnelle | *Oui/non* | | | |

*La Médecine en hospitalisation complète (avec nuitées), inclut l’hospitalisation de semaine. Préciser si concerne les adultes et/ou les enfants (pédiatrie)*

*Médecine en Hospitalisation de jour s’entend hors séances relevant des activités IRC / traitement du cancer : Préciser si concerne les adultes et/ou les enfants (pédiatrie)*

*L’activité interventionnelle regroupe les actes non chirurgicaux diagnostiques ou thérapeutiques pouvant être réalisés avec anesthésie générale ou loco régionale ou actes interventionnels utilisant l’imagerie avec AG ou ALR ( hors cardiologie et neuroradiologie interventionnelles faisant chacune l’objet d’une autorisation propre). Ne pas détailler les modalités*

* Les différentes unités médicales de médecine sur l’établissement :

Nombre d’unités médicales relevant de l’autorisation médecine :

Citer les différentes unités médicales correspondant à une spécialité d’organe en médecine. Une unité médicale de spécialité doit être placée sous la responsabilité médicale de médecins de ladite spécialité

Y a-t-il une unité médicale de gériatrie aigue ? *oui/non*

Y a-t-il une unité de médecine interne ? *oui/non*

Y a-t-il une unité médicale de pédiatrie ? *oui/non*

Y a-t-il une unité dédiée à la médecine post-urgence (différente de l’UHCD)? *oui/non*

## III– Données d’activité relatives à l’autorisation, objet du renouvellement :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | HC | | | | | | | | HDJ | interventionnelle |
| Année | nbre lits installés | Nbre de séjours | TO | DMS | % des séjours faisant suite à passage aux urgences | % séjours > 75 ans | % des séjours avec niveau sévérité 3 ou 4 | % décès | Nbre de venues en HDJ ( hors séances dialyse et traitement du cancer) | Nbre de séjours interventionnels ( GHM en K) |
| N-2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N-1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**IV – Organisation et fonctionnement :**

Locaux :

Pour l’activité d’hospitalisation complète :

|  |  |
| --- | --- |
| Y a-t-il des chambres à deux lits ou plus de deux lits ? | *Si oui, combien ?* |
| Nombre de chambres individuelles |  |

Y a-t-il un projet de reconstruction dans les 5 ans à venir ? Préciser l’état d’avancée du projet

Pour l’activité d’hospitalisation de jour :

Situation de l’unité : *bâtiment – étage*

|  |  |
| --- | --- |
| Jours et horaires d’ouverture de l’unité |  |
| Nombre de places de l’unité |  |
| L’unité est-elle individualisée ? |  |
| Présence d’une salle de repos ? |  |
| L’accueil des personnes qui accompagnent les patients est prévu ? (préciser) |  |

Personnel :

* Médical :

*Pour les CHU, les établissements de référence et établissements disposant de plus de 20 médecins de spécialité différentes :*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Site (pour ets multisites) | Nombre | spécialité | ETP dédié à l’activité |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* + y a-t-il des postes médicaux non pourvus pour cette autorisation ? *oui/non* *et combien ?*
  + place de l’intérim : *nombre de médecins intérimaires différents ayant réalisé au moins une mission sur l’année N-1 , dans au moins une unité de médecine .*

*Pour les autres établissements :*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | spécialité | Statut | ETP dédié à l’activité | Année de naissance |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Nombre de médecins exprimé en ETP si salarié de l’établissement ; exprimé en nombre de médecins si libéraux de ville venant sur l’établissement*

* + y a-t-il des postes médicaux non pourvus pour cette autorisation ? *oui/non* *et combien ?*
  + place de l’intérim : *nombre de médecins intérimaires différents ayant réalisé au moins une mission sur l’année N-1 , dans au moins une unité de médecine .*

Disposez-vous de compétences médicales (si oui préciser) :

* + en soins palliatifs
  + pour la prise en charge de la douleur
  + en hygiène

Disposez-vous de compétences paramédicales (si oui préciser) :

* en soins palliatifs
* pour la prise en charge de la douleur
* en hygiène

Fonctionnement :

* Accueillez-vous des patients en médecine en aval d’un service d’urgence ?
* L’accueil des patients est-il possible :
  + Après 18H en semaine : *Oui/non*
  + Après 20H en semaine : *Oui/non*
  + Le week-end, les jours fériés, la nuit ? *Oui/non (en précisant)*
* Modalités d’organisation de la sortie du patient : décrire

Existe-t-il une procédure de dépistage des personnes à risque de perte d’autonomie,

Comment accompagnez-vous le retour au domicile d’un patient ? êtes-vous acteur d’un plan d’aide ?

* Délai moyen d’envoi du compte-rendu d’hospitalisation au médecin traitant
* Organisation de la continuité des soins :

L’établissement est tenu d’assurer la continuité médicale des soins pour les patients hospitalisés en unité de médecine dont il a la charge, sur place ou en astreinte avec délai d’intervention compatible avec la sécurité des patients.

La continuité des soins est assurée dans toutes les unités médicales et formalisée : *oui /non*

Décrire les modalités d’organisation : *en quelques lignes, garde ou astreinte, affichage dans poste de soins IDE, qui est l’effecteur qui se déplace au lit du patient …*

* Pour l’activité d’hospitalisation de jour : Existe t-il une charte de fonctionnement conforme au décret du 20 août 2012 ?

## V – Engagements du demandeur :

Le demandeur s’engage à :

-respecter le volume d’activité ou de dépenses à la charge de l’Assurance maladie

- réaliser une évaluation

Signature du responsable de la structure