

****

**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**

**CHIRURGIE EN HOSPITALISATION COMPLÈTE**

**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 chirurgie 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)

## I – Données administratives :

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

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

**II – Organisation et fonctionnement :**

Activité :

* Nombre de séjours /an et DMS:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Spécialité chirurgicale | N-2 | N-1 | DMS N-1 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Locaux :

* Situation de l’unité : *bâtiment – étage*
* Bloc opératoire : Nombre de salles d’intervention :

Nombre de postes en SSPI :

Personnel :

* Médical :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pour les CH hors CHU, noms des chirurgiens intervenant | Spécialité | Statut | ETP dédiés à la chirurgie en HC dans l’ets |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Nombre de postes de chirurgiens vacants ?
* Nombre en ETP de chirurgiens en CDD ou contractuels ?
* Nombre de chirurgiens intervenants dans d’autres établissements avec indication de leur nombre en ETP, de leurs noms et leurs spécialités
* Nombre en ETP de MAR intervenants ?
* Nombre de postes de MAR vacants ?

Fonctionnement :

- Organisation mise en place pour assurer la continuité de la prise en charge des patients ?

- Organisation mise en place pour assurer la permanence des soins ?

- Modalités d’organisation de la sortie du patient

**III – Objectifs :**

Quel est votre plan d’actions de développement de la chirurgie ambulatoire ? Ou en est son état de réalisation ?

**IV – Données d’évaluation :**

Quels sont vos indicateurs d’auto-évaluation se rapportant à la chirurgie en hospitalisation complète ? Quels sont vos résultats au regard de ces indicateurs ?

## 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