

|  |
| --- |
| Renouvellement d’autorisation de l’activité de soins de Médecine en hospitalisation complète |

**PARTIE I – PRESENTATION DE L’ETABLISSEMENT**

|  |
| --- |
| * 1. **Coordonnées de l’établissement**
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale |  |
| Adresse |  |
| CP Commune |  |
| Email |  |
| N° FINESS  |  |

|  |
| --- |
| SITE GEOGRAPHIQUE  |
| Nom |  |
| Adresse |  |
| CP Commune |  |
| Email |  |
| N° FINESS  |  |
|  |
| * 1. **Statut juridique**
 |

* établissement public de santé
* établissement privé de santé à but lucratif
* établissement privé ESPIC
* autre établissement privé à but non lucratif

|  |
| --- |
| * 1. **Présentation générale de l’établissement**
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités de soins**  | **Dernière date d’autorisation ou renouvellement d’autorisation** | **Capacité installée**au 1er janvier de l’année N **en lits et places** |
| ***Secteur sanitaire*****Activité de court séjour****Médecine :** Hospitalisation complète Hospitalisation à temps partiel**Chirurgie** Hospitalisation complète Unité de chirurgie/anesthésie ambulatoire**HAD****SSR****Autre…****Activité de long séjour****USLD** ***Secteur médico-social*****EHPAD****Autre…** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Activités relevant d’une reconnaissance contractuelle (unité de surveillance continue…) | Date de reconnaissance | Capacité installée au 1er janvier de l’année N en lits  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| * 1. **Présentation de l’activité de Médecine**
 |

**Médecine hospitalisation complète**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Médecine  | Capacités installées au 1er janvier de l’année N (places) | Implantation géographique(Préciser si pour un même établissement,plusieurs implantations géographiques existent) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Pour information : Médecine hospitalisation de jour***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Médecine et à préciser si des spécialité(s) médicale(s) sont pratiquée(s)* | *Capacités installées au 1er janvier de l’année N (places)* | *Implantation géographique**(Préciser si pour un même établissement,**plusieurs implantations géographiques existent)* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Présentation générale de l’activité concernée**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Hospitalisation complète** | ***Pour information :******Hospitalisation à temps partiel*** |
| Date de la décision ou du renouvellement précédent |  |  |
| Date d’effet de la décision |  |  |
| Date de fin de validité de la décision |  |  |
| Date de la dernière visite de conformité  |  |  |
| Résultat de la visite de conformité (Conforme, non-conforme, non réalisée) |  |  |
| Recommandations éventuelles suite à la visite de conformité et réponses apportées |  |  |

En Médecine hospitalisation complète, assurez-vous une prise en charge de médecine de spécialité : [ ]  Oui [ ]  Non

 Si oui, compléter le tableau ci-dessous :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Spécialités**  | CapacitésInstallées au 1er janvier de l’année N (en lits) | Organisation en unité ou service dédiéOui/Non | Implantation géographique(Préciser si pour un même établissement,plusieurs implantations géographiques existent) |
|  |  |  |
| Cardiologie |  |  |  |
| Endocrinologie diabète et nutrition |  |  |  |
| Gériatrie |  |  |  |
| Hépato-gastro-entérologie |  |  |  |
| Médecine interne, infectiologie, dermatologie |  |  |  |
| Néphrologie |  |  |  |
| Neurologie |  |  |  |
| Oncologie |  |  |  |
| Pédiatrie |  |  |  |
| Pneumologie |  |  |  |
| Rhumatologie, Médecine Physique et réadaptation (MPR) |  |  |  |
| Autre(s) à préciser |  |  |  |

Si vous assurez une prise en charge en gériatrie, préciser les modalités :

Cette prise en charge est-elle organisée en unité médicale selon la définition du Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de l’ATIH (§ I.1.1) : [ ]  Oui [ ]  Non

## Partie II : Présentation des résultats de l’évaluation de l’autorisation antérieure – Etat de réalisation des objectifs et des engagements

#### Etat de réalisation des objectifs que le promoteur s’était fixé pour la mise en œuvre des objectifs du SROS en terme d’accessibilité, de qualité et de sécurité des patients, de continuité des soins, de prise en charge globale du patient (R. 6122-32-1 au a du 4°)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs généraux****du SROS 3 et du SROS PRS** | **Objectifs établissement** | **Résultats** | **Observations** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* *Fournir une explication accompagnée de justificatifs si besoin est*

##### Locaux

Indiquez la répartition des chambres à 1 place et à plusieurs places

Des modifications ont-elles été réalisées depuis la date de l’autorisation à renouveler ?

[ ]  Oui [ ]  Non

Si **OUI**, lesquelles ?

##### Le personnel de l’activité de soins de Médecine hospitalisation complète

**Personnel médical de l’activité de soins de Médecine hospitalisation complète**

* Préciser la liste nominative des praticiens, leur(s) spécialité(s) si elles sont pratiquées, avec leur statut et diplôme et le nombre d’ETP (Equivalent temps plein) :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Médecine et précision si Spécialité** | **Statut (à préciser si titulaire, contractuel…)** | **ETP \* pour l’activité de Médecine**  | **Diplôme(s)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*\* ETP = (exemple : un mi-temps = 0.5 ETP ; 3 vacations hebdomadaires = 0.3 ETP*

* Continuité et permanence des soins
* Fournir le tableau de service pour l’année N
* Fournir le tableau des gardes et astreintes pour les trois mois précédant l’envoi de la demande de renouvellement

**Le joindre en annexe**

* Préciser l’organisation mise en place pour assurer la continuité et la permanence des soins pour l’activité de soins de Médecine, et indiquez pour les établissements de santé publics la date de saisine de la COPS, la date de saisine de la CME :
* Fournir la liste nominative des praticiens pour assurer la continuité des soins, leur(s) spécialité(s), leur statut et la copie des diplômes.

**La joindre en annexe**

 **Personnel non médical de l’activité de soins de Médecine hospitalisation complète**

* Nombre d’ETP affectés à l’activité de soins de Médecine
* Préciser pour la Médecine et par spécialités médicales si elles sont pratiquées, la qualification, le statut du personnel non médical et le nombre d’ETP (Equivalent temps plein) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Service de médecine concerné** **Et préciser si spécialités** | **Qualification de l’agent** | **Statut (préciser si titulaire, contractuel…)** | **ETP \* pour l’activité de Médecine** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\* ETP = (exemple : un mi-temps = 0.5 ETP)*

* Préciser l’organisation mise en place pour assurer la continuité de la prise en charge des patients.
* Signaler les modifications éventuelles de l’équipe de praticiens depuis la date de l’autorisation à renouveler  (recrutement ou départ de praticiens)

##### Coopérations et mutualisations

* Conventions (dont avec des établissements de recours, HAD, SSR, EHPAD…)

Liste et objet des conventions, date de la signature (**conventions à fournir en annexe).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Objet de la convention** | **Date de signature de la convention** |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Inscription dans un ou des réseau(x) ? [ ]  Oui [ ]  Non

Le ou lesquels et expliciter la démarche

* Organisation de la sortie du patient vers le domicile : expliquer notamment le processus, les contacts, le calendrier éventuellement défini et son suivi et /ou joindre la procédure mise en œuvre.

**Joindre la procédure en annexe**

* Organisation de la sortie du patient vers l’HAD : expliquer notamment le processus, les contacts, le calendrier éventuellement défini et son suivi et /ou joindre la procédure mise en œuvre.

**Joindre la procédure en annexe**

* Organisation de la sortie du patient vers le SSR : expliquer notamment le processus, les contacts, le calendrier éventuellement défini et son suivi et /ou joindre la procédure mise en œuvre.

**Joindre la procédure en annexe**

##### Accessibilité

* L’accessibilité architecturale est elle garantie ? [ ]  Oui [ ]  Non
* Accessibilité financière [ ]  Oui [ ]  Non
* Accessibilité aux personnes en situation de handicap [ ]  Oui [ ]  Non

Indiquez les actions ou organisations mise sen place pour faciliter l’accès aux soins des personnes en situation de handicap

Indiquez pour les établissements publics de santé : nombre et pourcentage de praticiens de Médecine ayant une activité libérale et secteur d’appartenance (I et II), et précisez par spécialité.

Indiquez pour les établissements privés de santé : nombre et pourcentage de praticiens de Médecine et secteur d’appartenance (I et II), et précisez par spécialité.

* Existe-il des difficultés d’absorption des flux de patients en Médecine hospitalisation complète à certaines périodes de l’année ?

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, indiquez les difficultés et si elles sont spécifiques à certaines spécialités.

 Préciser les actions entreprises en interne à l’établissement et en externe :

 Transmettre le retour d’expérience réalisé lié au dernier évènement de difficultés d’absorption des flux de patients.

**Le joindre en annexe**

##### *Pour information : charte(s) de fonctionnement de l’unité (ou des unités) de médecine en hospitalisation à temps partiel définie à l’article D. 6124-305 du CSP*

*Une charte de fonctionnement existe-t-elle ? [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Non concerné*

***La joindre en annexe***

#### Etat de réalisation des objectifs du CPOM 2007 et 2013-2018 conclu entre le titulaire de l’autorisation et l’ARS, des engagements pris dans le cadre de ce CPOM afférents à l’activité de soins de Médecine

* Lister les orientations stratégiques concernant l’activité de Médecine hospitalisation complète

Préciser par le suivi des indicateurs fixés, la réalisation des objectifs opérationnels, le ou les plans d’action définis (annexe 1 du CPOM)

* Lister les coopérations territoriales développées en rapport avec l’activité de Médecine hospitalisation complète

Préciser par le suivi des indicateurs fixés, l’avancement des objectifs opérationnels (annexe 2 du CPOM)

* Etat d’avancement du développement de la Médecine hospitalisation à temps partiel par substitution à la Médecine hospitalisation complète

Préciser par le suivi des indicateurs fixés, la réalisation des objectifs opérationnels, le ou les plans d’action définis

* Etat d’avancement du développement de la Médecine hospitalisation à domicile après la prise en charge en Médecine hospitalisation complète

Préciser par le suivi des indicateurs fixés, la réalisation des objectifs opérationnels, le ou les plans d’action définis

#### Etat de réalisation, le cas échéant, des conditions particulières dont peut avoir été assortie l'autorisation, en vertu de l’article [L. 6122-7](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=EBCF7DB9CBEAFE21208BE646926949B0.tpdjo15v_2?idArticle=LEGIARTI000020886425&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100525) du code de la santé publique :

* Conditions relatives à la participation à une ou plusieurs des missions de service public définies à [l'article L. 6112-1 du CSP](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=78720EA9D403AC08F683DFF35816EB4A.tpdjo03v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690680&dateTexte=&categorieLien=cid)
* Engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération de nature à favoriser une utilisation commune des moyens et la permanence des soins sans lesquels l’autorisation n’aurait pas été accordée

#### Etat de réalisation des différents engagements pris par le demandeur (article R. 6122-32-1 au e du 1°) : détailler

* concernant la réalisation et le maintien des conditions d'implantation **et des** conditions techniques de fonctionnementde l’activité de soins considérée *(seules des conditions techniques de fonctionnement existent et uniquement pour l’HTP) :*
* concernant le maintien des autres caractéristiques du projet après l’autorisation ou le renouvellement de celle-ci :
* concernant le montant des dépenses à la charge de l'assurance maladie ou le volume d'activité :

#### Résultats du recueil et du traitement des indicateurs d'évaluation portant sur les activités de soins de médecine en hospitalisation complète

##### **Indicateurs** d’activité quantitatifs Médecine :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Année N-5** | **Année N-4** | **Année N-3** | **Année N-2** | **Année N-1**  |
| Nombre d’entrées |  |  |  |  |  |
| Nb de séjours en hospitalisation complète |  |  |  |  |  |
| Nb de séjours en hospitalisation complète de moins de 24 heures |  |  |  |  |  |
| Nb de séjours en hospitalisation complète de moins de 48 heures |  |  |  |  |  |
| Nb de journées totales en hospitalisation complète |  |  |  |  |  |
| Taux d’occupation en hospitalisation complète |  |  |  |  |  |
| Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète |  |  |  |  |  |

Préciser l’activité de Médecine hospitalisation à temps complet par spécialités sur 3 ans (2012 – 2014)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Spécialités | Nombre de journées totales | Taux d’occupation | DMS |
|  | N-3 | N-2 | N-1 | N-3 | N-2 | N-1 | N-3 | N-2 | N-1 |
| Cardiologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Endocrinologie diabète et nutrition |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gériatrie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hépato-gastro-entérologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Médecine interne, infectiologie, dermatologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Néphrologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Neurologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oncologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pédiatrie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pneumologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rhumatologie, Médecine Physique et réadaptation (MPR) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autre(s) à préciser |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Pour information :*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***Année N-5*** | ***Année N-4*** | ***Année N-3*** | ***Année N-2*** | ***Année N-1***  |
| *Nombre d’entrées* |  |  |  |  |  |
| *Nb de venues en hospitalisation à temps partiel* |  |  |  |  |  |

Préciser le rapport Médecine hospitalisation à temps partiel / Médecine hospitalisation à temps complet au cours des cinq dernières années

##### 10 GHM les plus fréquents sur les cinq dernières années (N-5 à N), par ordre décroissant :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N°** | **Intitulé GHM** | **Année N-5** | **Année N-4** | **Année N-3** | **Année N-2** | **Année N-1** |
| Hospitalisation complète  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

*Pour information :*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***N°*** | ***Intitulé GHM*** | ***Année N-5*** | ***Année N-4*** | ***Année N-3*** | ***Année N-2*** | ***Année N-1*** |
| *Hospitalisation à Temps partiel* |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

* + 1. **Origine géographique des patients :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hospitalisation Complète****Origine patients** | **N-5** | **N-4** | **N-3** | **N-2** | **N-1** |
| Nb | % | Nb | % | Nb | % | Nb | % | Nb | % |
| Du département de l’établissement |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Des autres départements de la Région Basse-Normandie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hors Région Basse-Normandie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Pour information :*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Hospitalisation à Temps partiel*** ***Origine patients*** | ***N-5*** | ***N-4*** | ***N-3*** | ***N-2*** | ***N-1*** |
| *Nb* | *%* | *Nb* | *%* | *Nb* | *%* | *Nb* | *%* |
| *Du département de l’établissement* |  |  |  |  |  |  |  |  |

##### Indicateurs d’activité qualitatifs

**Résultat du recueil et du traitement des indicateurs d’évaluation que l’établissement a pu mettre en œuvre :**

Résultats des Indicateurs IPAQQS,

- indicateur de tenue du dossier patient TDP,

- traçabilité de la douleur TRD,

- délai d’envoi du courrier au médecin traitant

Nombre de revues de morbimortalité par service (ou par spécialité) et par an

Taux d’admission directe en Médecine hospitalisation complète

Taux de ré hospitalisations

Evaluation de la mise en œuvre du programme AMI Alzheimer,

Evaluation de la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée…

#### Résultats de la participation des personnels médicaux et non médicaux intervenant dans la procédure d’évaluation

*Il convient de montrer dans cette partie, que l’information et la participation des personnels médicaux et non médicaux constituent une étape importante de la démarche qualité et notamment que les éléments d’évaluation sont transmis régulièrement à la CME ainsi qu’aux cadres chargés de l’organisation des services afin qu’ils soient en mesure de participer activement à la procédure d’évaluation.*

#### Résultats de l'évaluation de la satisfaction des patients prévus dans le dossier initial

*L’analyse des questionnaires de satisfaction remis à l’admission, la synthèse des plaintes et réclamations ou encore les éléments valorisants du rapport de certification de votre établissement peuvent vous aider à étoffer cette partie du dossier.*

## Partie III : Engagements et propositions pour la période d’autorisation à venir de 7 ans

### MODIFICATIONS EVENTUELLES ENVISAGEES

Le titulaire de l’autorisation présente les modifications qu’il envisage pour la période de validité de l’autorisation renouvelée sur les points suivants :

#### Objectifs du SROS-PRS, auxquels vous entendez répondre notamment en termes d’accessibilité, de qualité et de sécurité des patients, de continuité des soins, de prise en charge globale du patient et notamment la personne âgée…, ainsi que les objectifs quantifiés de l’offre de soins (R 6122-32-1 au d du 1).

**Objectifs au regard du PRS-SROS 2013-2018**

Déclinez les orientations développées, les actions définies, les indicateurs de suivi, ainsi que le calendrier

**Objectifs au regard du CPOM 2013-2018**

Orientation(s) stratégique(s) de l’établissement pour l’activité au regard du SROS-PRS

* + - Objectifs stratégiques et opérationnels
		- Indicateurs de suivi
		- Résultats attendus
		- Observations

* + 1. **Projets d’évolution concernant le fonctionnement**

Il convient de présenter les modifications que vous envisagez, pour la période de validité de l'autorisation à renouveler, pour vous mettre en conformité avec les orientations du volet médecine du SROS-PRS.

Les demandes de modification des conditions d’exécution de l’autorisation sont à indiquer clairement dans la partie « modifications éventuelles envisagées », sachant toutefois qu’elles devront faire l’objet :

* soit d’un dossier complet avec passage en CSOS et dépôt dans le cadre des périodes ouvertes à cet effet
* soit d’une application de l’art D 6122-38 II du CSP (information du DGARS qui s’il constate que la modification ne nécessite pas une nouvelle décision d’autorisation, donne son accord au projet en indiquant qu’il sera procédé après réalisation à une vérification du maintien de la conformité)

####

#### Projets d’évolutions concernant les conventions de coopérations ou l’appartenance aux réseaux de santé :

Indiquer les projets de convention de coopération ou d’appartenance à des GCS, GIE et réseaux de santé, l’objet de ces coopérations.

#### Projets d’évolutions concernant les personnels et leur qualification

1. *Un tableau de présentation des personnels figure en annexe II de ce document*

 Etat des effectifs, administratifs, médicaux et d'autres catégories, appelés à évoluer pour exercer dans l'activité de soins de Médecine hospitalisation complète

#### Modifications envisagées de l’organisation des installations, services

 Un descriptif succinct de la modification projetée est joint au dossier. (Locaux, plateaux techniques personnels, moyens supplémentaires).

 **A défaut de présentation de ces modifications, le renouvellement sera considéré comme sollicité à l’identique**

###  ACTUALISATION DE LA PARTIE RELATIVE A L’EVALUATION POUR LA PERIODE D’AUTORISATION A VENIR de 7 ans (R.6122-32-1 au 4°)

Cette actualisation doit être réalisée en tenant compte :

* des dispositions du SROS-PRS,
* des résultats de l’évaluation correspondant à la période d’autorisation précédente,
* et le cas échéant des mesures prises ou que vous vous engagez à prendre pour corriger les éventuels écarts constatés.

Elle précise :

* les objectifs que vous vous fixez pour mettre en œuvre les objectifs du SROS-PRS, au regard de l'accessibilité, de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que de la continuité et de la prise en charge globale du patient, pour l’activité de soins de médecine
* les indicateurs supplémentaires que vous envisagez éventuellement d’utiliser
* les modalités de recueil et de traitement de ces indicateurs
* les modalités de participation des personnels médicaux et non médicaux intervenant dans la procédure d'évaluation
* les procédures ou les méthodes d'évaluation de la satisfaction des patients. (Utiliser les méthodes publiées par la Haute Autorité de santé)

#### RENOUVELLEMENT D’ENGAGEMENT POUR LA PERIODE A VENIR :

Je soussigné, en ma qualité de représentant légal de l’établissement m’engage à :

[ ]  réaliser et maintenir les conditions d’implantation ainsi que les conditions techniques de fonctionnement fixées en application des articles L 6123-1 et L 6124-1 du code de santé publique *(conditions en attente de publication pour la médecine en HC mais déjà publiées pour la médecine en HTP)*

[ ]  respecter un volume d’activité ou un montant de dépenses à la charge de l’assurance maladie

[ ]  ne pas modifier les caractéristiques de l’activité autorisée sous ses différentes modalités

[ ] Erreur! Signet non défini.[ ]  respecter les effectifs et la qualification des personnels, notamment médicaux, nécessaires à la mise en œuvre de l’activité autorisée sous ses différentes modalités

[ ]  réaliser l’évaluation prévue à l’article [L 6122-5](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=17680B31A8A80F74AE7AD34761094B85.tpdjo13v_1?idArticle=LEGIARTI000006690818&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100520) du Code de la Santé Publique

[ ]  mettre en place et utiliser le dispositif TRAJECTOIRE.

Date

Signature du titulaire