

**Ministère des affaires sociales et de la santé**

**Appel à projets pour l’expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés des patients**

**Annexe 2 : dossier de candidature**

Date limite de soumission des projets : 30 jours après la parution de l’arrêté

1. **Partie administrative**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identité** **Statut juridique de l’établissement de santé demandeur****Le cas échéant, site concerné** |  |
| **Adresse postale** |  |
| **Région concernée**  |  |
| **Nom, adresse (postale, mail) du directeur de l’établissement faisant la demande** |  |
| **Nom et coordonnées (postale, mail, téléphone) de la personne en charge du dossier au sein de l’établissement** |  |
| **Nom du (ou des) prestataire(s), le cas échéant, adresse postale, statut juridique**  |  |
| **Décrire les liens fonctionnels (prévus ou envisagés) entre l’établissement et le prestataire le cas échéant : procédure de choix, type de prestataire, organisation du partenariat (convention, autre)** *Maximum ½ page pour cet item* |  |
| **Le cas échéant : autres conventions passées par le demandeur avec d’autres établissements ou professionnels de projet en lien avec le projet actuel**  |  |

Fournir en annexe :

* La convention ou le projet de convention entre l’établissement de santé et le (ou les) prestataire(s) le cas échéant ; si celle-ci est à l’état de projet, l’établissement doit s’engager à transmettre au directeur de l’ARS et du directeur de la DGOS la convention définitive signée entre l’établissement et le tiers assurant la prestation d’hébergement après autorisation et avant tout démarrage de l’activité et au maintien des caractéristiques du projet après son autorisation (cf. point 5).
1. **Résumé synthétique du projet**

|  |
| --- |
|  |
| *maximum 1 page*  |

1. **Partie technique**

3-1 : Présentation de l’établissement demandeur

|  |  |
| --- | --- |
| **Décrire les orientations principales de l’établissement (projet médical de l’établissement)** |  |
| **Décrire les principaux domaines d’activité***(ex : cancérologie, chirurgie orthopédique, …)* |  |
| **Données chiffrées d’activité***2012-2015 dans les principaux domaines d’activité* |  |
| **Positionnement de l’établissement dans l’offre des soins régionale** |  |
| *maximum 1 page par item* |

3-2 : Finalité du projet déposé

|  |  |
| --- | --- |
| **Finalité du projet au regard des orientations stratégiques de l’établissement de santé** |  |
| **Objectifs généraux du projet en termes****-de parcours de soins** **-qualité des soins****-satisfaction des patients****-efficience**  |  |
| *maximum 1 page par item* |

3-3 : Populations et périmètre de l’activité concernés par le projet

|  |  |
| --- | --- |
| **Types de populations concernées par le projet** (exemples : patients âgés, enfants, personnes habitant dans des territoires éloignés de l’offre de soins)*Ajouter une argumentaire relatif à ce choix (pertinence au regard des besoins identifiés de la population, des orientations de l’établissement…)*  |  |
| **Nombre de personnes potentiellement concernées** *Argumenter ces estimations compte tenu de l’activité de l’établissement* |  |
| *maximum 1/2 page par item* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Types de séjours potentiellement concernés (hospitalisation complète, HDJ, séances…)** *Ajouter un argumentaire relatif à ce choix (pertinence au regard des besoins identifiés de la population, des orientations de l’établissement…)*  |  |
| **Nombre potentiel de séjours concernés***Argumenter ces estimations compte tenu de l’activité de l’établissement* |  |
| *maximum 1/2 page par item* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Types de prises en charge hospitalières concernés (exemple : radiothérapie, chirurgie orthopédique…)** *Argumenter ce choix (pertinence au regard des besoins identifiés de la population, des orientations de l’établissement…)*  |  |
| *maximum 1/2 page*  |

3-4 : Dimensionnement envisagé

|  |  |
| --- | --- |
| **-Nombre de chambres** **-Capacité d’accueil par chambre****-Possibilité ou non d’accueil d’un (ou plusieurs) accompagnant(s)**  |  |
| **% de chambres affecté à l’hébergement non médicalisé dans la structure**  |  |
| *maximum 1/4 page par item* |

3-5 : Détermination d’objectifs opérationnels

|  |  |
| --- | --- |
| **Volume envisagé sur 1 an :****-nombre de séjours d’hébergement****-durée prévisionnelle moyenne de l’hébergement** **-nombre de nuitées****-nombre de personnes concernées** *Compte tenu des potentiels estimés au point 3-3, envisager des objectifs en volume avec une montée en charge**Argumenter ces objectifs compte tenu du projet et de l’activité de l’établissement*  |  |
| **Qualité/sécurité des soins***Fixer des objectifs à atteindre et les indicateurs de mesure envisagés (exemple : satisfaction des patients, taux de ré-hospitalisation*  |  |
| **Efficience** *Fixer des objectifs chiffrés à atteindre et les indicateurs envisagés (exemples : réduction de DMS, réduction de la prescription de transport)* |  |
| *maximum 1/2 page par item* |

3-6 : Description des prestations proposées

|  |  |
| --- | --- |
| **Contenu de la prestation** *(hébergement, petit déjeuner, repas, transport du patient de l’établissement vers le lieu d’hébergement si celui-ci est différent de l’ES)* |  |
| **Description de l’organisation du transport du patient de l’établissement vers le lieu d’hébergement** |  |
| **Description des locaux des locaux d’hébergement et des accès** *(personnes à mobilité réduite, temps d’accès par rapport à l’établissement)*  |  |
| **Description des modalités prévues pour assurer l’hygiène des chambres** |  |
| *maximum 1/2 page par item* |

Fournir en annexe :

* Le plan de la structure d’hébergement et de son accès (à défaut sa localisation, et le plan parviendra ultérieurement) ;
* Les protocoles (ou projets) pour assurer l’hygiène des chambres validés par l’établissement de santé qui seront mis en œuvre par la structure d’hébergement

Si ces documents ne sont pas encore disponibles au moment du dépôt de candidature, ils seront demandés au moment du démarrage du projet.

3-7 : Description des modalités d’organisation de la prestation et des outils envisagés

|  |  |
| --- | --- |
| **Description des modalités d’analyse de l’éligibilité des patients** *(grille de recueil et d’analyse)* |  |
| **Description des modalités d’information, de recueil du consentement et de mesure de la satisfaction du patient** |  |
| **Modalités de coordination envisagées entre l’établissement et la structure d’hébergement le cas échéant**  |  |
| **Description de l’organisation du circuit du patient** *(pré-admission, admission, transport vers le site d’hébergement, admission, séjours, sortie)* |  |
| **Décrire les procédures prévues en cas d’urgence vitale ou de besoin de soins non programmés survenant dans la structure d’hébergement**  |  |
| **Modalités de recueil, d’analyse et de traitement des dysfonctionnements éventuels survenant lors du séjour du patient**  |  |
| *maximum 1/2 page par item* |

Fournir en annexe :

* L’outil d’éligibilité s’il est disponible
* Les documents d’information, de recueil de consentement et de satisfaction du patient

Si ces documents ne sont pas encore disponibles au moment du dépôt de candidature, ils seront demandés au moment du démarrage du projet.

 ‘**4- Partie financière :**

4-1 : Concernant le projet et la prestation d’hébergement non médicalisé : fournir les éléments descriptifs détaillés et chiffrés suivants :

|  |  |
| --- | --- |
| **L’évaluation des coûts afférents à la mise en place du projet** *(conception, montage, travaux d’aménagement de locaux le cas échéant, investissements, personnel en ETP, etc.) ;* **et les ressources financières prévues à cet effet par l’établissement de santé porteur du projet** *(financements destinés à couvrir les coûts).* |  |
| **L’évaluation des coûts de gestion du projet et de fonctionnement de la prestation d’hébergement** (*pilotage, organisation, exploitation, coordination, suivi, structure d’hébergement le cas échéant, personnel en ETP, réalisation du rapport annuel, etc.)*;**et les ressources financières prévues à cet effet par l’établissement de santé porteur du projet** *(financements destinés à couvrir les coûts)*. |  |
| **L’équilibre financier global prévisionnel du projet avec un état de l’ensemble des charges et des recettes estimées, sur la base de l’activité prévisionnelle intégrant la montée en charge.** |  |
| *maximum 1 page par item* |

##

4-2 : Concernant les conditions tarifaires de la prestation d’hébergement non médicalisé : fournir les éléments descriptifs détaillés et chiffrés suivants *(préciser le cas échéant les différentes situations envisagées)* :

|  |  |
| --- | --- |
| **Tarif de la nuitée d’hébergement non médicalisé qui sera facturé par la structure d’hébergement, selon le type de prestation d’hébergement proposé,****ou coût estimé de la nuitée si la prestation sera assurée par l’établissement de santé lui-même :***Par exemple :* * + *Tarif de la nuitée en chambre double*
* *avec et sans accompagnant*
* *avec et sans petit déjeuner*
	+ *Tarif de la nuitée en chambre familiale*
* *avec et sans accompagnant*
* *avec et sans petit déjeuner*
	+ *Etc.*
 |  |
| * **La répartition (en %) envisagée pour le financement de la nuitée, pour chacun des tarifs de nuitée indiqués précédemment : part du tarif de la nuitée qui sera payée par l’établissement de santé**
* **le cas échéant, part du tarif de la nuitée qui sera payée par le patient et/ou l’organisme d’assurance maladie complémentaire\***
* **le cas échéant, part du tarif de la nuitée qui sera couverte par d’autres financements** *(préciser lesquels ; par ex. : fondation).*
 |  |
| *maximum 1 page par item* |

\**Nota bene : La part restant à la charge du patient ne peut excéder le montant du forfait journalier mentionné à l’article L. 174-4 du code de la sécurité sociale, fixé à 18 euros par l’arrêté du 23 décembre 2009 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale).*

##  4-3 : Concernant les autres éléments relatifs au financement de la prestation d’hébergement non médicalisé :

|  |  |
| --- | --- |
| **Le cas échéant, les conditions des éventuels accords conclus par l’établissement de santé avec les organismes d’assurance maladie complémentaire et les caisses primaires d’assurance maladie.** |  |
| **Le cas échéant, les éléments relatifs au conventionnement passé avec le prestataire** *(conditions financières, etc.).* |  |
| **Le cas échéant, les éléments envisagés concernant l’organisation et les modalités de facturation des nuitées d’hébergement** *(circuit, justificatif, temporalité, etc.).* |  |
| **Tout autre élément d’information associé.** |  |
| *maximum 1/2 page par item* |

**5- Engagements des candidats**

**Engagement et signature du directeur d’établissement :**

|  |
| --- |
| **Nom de l’établissement de santé candidat :****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, directeur d’établissement :* Déclare avoir pris connaissance du projet d’hébergement temporaire non médicalisé pour patient et certifie l’exactitude des informations présentes dans ce dossier;
* Déclare avoir pris connaissance du décret et de l’arrêté concernant l’« expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients » ;
* autorise les équipes de mon établissement à participer au projet et m'engage à leur en permettre la réalisation ;
* m’engage après autorisation au maintien des caractéristiques du projet tel que décrit dans le présent document ;
* m’engage à fournir un rapport annuel d’activité ;
* m’engage à participer à l’évaluation nationale finale de l’ensemble des projets mis en œuvre;
* autres engagements (cf. point 1, rayer les mentions inutiles)

□ à transmettre au Directeur de l’ARS et au Directeur de la DGOS avant tout démarrage de l’activité la convention définitive entre l’établissement de santé que je représente et le prestataire□ à fournir au Directeur de l’ARS et au Directeur de la DGOS les pièces mentionnées aux points 3-5, 3-6 et 3-7. Cachet de l’établissement Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature : |

**Modalités de candidature**

**Attention : Tout dossier papier incomplet ou hors délai entrainera l'inéligibilité du projet**

Le dossier finalisé est transmis :

* à l’ARS territorialement compétente **sous forme électronique et sous forme papier au plus tard 30 jours après la parution du présent arrêté**. Les deux formats doivent être **strictement identiques** à l’exception des signatures
* à la DGOS **sous forme électronique (**DGOS-R3@sante.gouv.fr)  **et sous forme papier à l’adresse suivante** (Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction Générale de l’Offre de Soins (DGOS), à l’attention du bureau des plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aigües (R3), 7 avenue Duquesne, 75007 Paris) **au plus tard au plus tard 30 jours après la parution du présent arrêté**.