Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

10/02/86

Origine :

DGR

MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

Réf. :

DGR n° 1877/86

Plan de classement :

25202	2453					
-------	------	--	--	--	--	--

Objet :

MATERIEL POUR SOINS ET TRAITEMENTS A DOMICILE. CIRCUIT DE DISTRIBUTION DE L'APPAREILLAGE AUX ASSURES.

Il est demandé aux caisses qui ont mis en place une procédure particulière de distribution de matériel pour soins et traitements à domicile de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint.

Pièces jointes :

0	1
---	---

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

15/03/86

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

10/02/86

MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
(pour attribution)

Origine : MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
DGR (pour information)

N/Réf. : DGR n° 1877/86

Objet : Matériel pour soins et traitements à domicile. Circuit de distribution de l'appareillage aux assurés.

L'attention de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés a été appelée sur la mise en place, par un certain nombre de caisses, de procédures nouvelles de distribution de matériel pour soins et traitements à domicile, en particulier pour le matériel dont l'achat n'est pas prévu au TIPS.

Devant le développement de ces initiatives, qui s'inscrivent dans le cadre d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé, la Caisse Nationale souhaiterait pouvoir obtenir un bilan général de la situation.

A cet effet, il est demandé aux caisses concernées de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint qui devrait permettre une approche du système mis en place. Il est bien évident que les caisses ont la possibilité d'apporter toute autre précision qu'elles jugent utile.

Le questionnaire devra être retourné à la Division chargée des Relations avec les Professions de Santé avant le 15 mars 1986 (pour toute précision, contacter Melle LARRANETA ou Mme DE RORTHAYS au poste 90.342).

Le Directeur-Adjoint
chargé de la Direction
de la Gestion du Risque

M. BARUBE

CAISSE PRIMAIRE DE

I - Avez-vous mis en place un système particulier de distribution de l'appareillage ?

OUI

NON

* Si oui, depuis quelle date ?

II - Envisagez-vous de mettre en place un tel système ?

OUI

NON

* Si oui, à partir de quelle date ?

* Selon quelles modalités ? (à préciser à l'aide du questionnaire ci-joint).

I - LA CLIENTELE

I - Indiquer le nombre de personnes qui ont bénéficié de ces prestations au cours de l'année 1985 :

..... personnes.

II - Répartition des bénéficiaires (en nombre) de :

..... 0 à 18 ans :

..... 18 à 60 ans :

..... 60 ans et plus :

III - Répartition des bénéficiaires en fonction du sexe :

..... nombres d'hommes :

..... nombres de femmes :

II - LE MATERIEL

I - Matériel concerné :

	OUI	NON
<u>V.H.P.</u> :	☐	☐
<u>Lits</u> :	☐	☐
<u>Accessoires pour lits</u> :	☐	☐
Autres :	☐	☐

(moniteur cardiaque pour nourrisson, glucometer, aérosols)

A préciser :

.....
.....
.....

II - Préciser l'étendue de votre parc (en nombre) :

..... V.H.P.:

..... Lits :

.....Accessoires pour lits :

..... Autres :

(moniteur cardiaque pour nourrisson, glucometer, aérosols)

III - Envisagez-vous d'étendre le parc de matériel actuellement disponible ?

OUI

NON

* Si oui, à quel type de matériel ? (préciser) :

IV - Origine du matériel :

Le matériel mis à la disposition par la caisse provient :

OUI

NON

de dons d'assurés

d'achats par la caisse

Si oui, sur quels fonds (à préciser) :

.....
.....
.....

A) Si le matériel est propriété de la caisse :

OUI

NON

A1 - La gestion du matériel
relève de la seule caisse

Si oui, préciser avec quels moyens (en matériel, en personnel) :

.....
.....
.....

OUI

NON

A2 - La gestion est confiée à un tiers :

Si oui, remplir les rubriques suivantes :

A21 - Qualité du tiers

Association type loi 1901 :

Fournisseur non pharmacien :

Pharmacien :

Autres (préciser) :

.....
.....
.....

(transmettre copie des statuts de l'association

ou de la convention passée,

le cas échéant avec le fournisseur, le pharmacien ...)

A 22

- Nature de l'activité :

OUI

NON

Stockage du matériel :

Livraison du matériel :

Entretien du matériel :

Réparations du matériel :

Autres (préciser)

.....

.....

.....

.....

A 23

- Rémunération de l'activité :

OUI

NON

S'agit-il d'une rémunération forfaitaire ?

S'agit-il d'une rémunération à l'acte,
liée à la prestation ?

Mode de calcul retenu pour la fixation de la rémunération :

OUI

NON

Base TIPS

Autres (à préciser)

.....
.....
.....

III - INTERETS DU SYSTEME

I - L'assuré est-il informé de l'existence du système mis en place par la caisse ?

OUI

NON

II - Le service est-il exclusif ?

OUI

NON

III - Ce service offre-t-il plus de facilités :

OUI

NON

au niveau des délais de livraison :

La livraison est faite :

dans la journée

dans les 2 jours

dans les 3 jours

dans les 4 jours ou plus

OUI

NON

au niveau de la maintenance :

L'intervention a lieu :

dans la journée

dans les 2 jours

dans les 3 jours

dans les 4 jours ou plus

I V - D I V E R S

1 - Avez-vous la possibilité de donner des informations sur le coût du système, les économies réalisées ... ?

OUI

NON

.....
.....
.....

2 - Schéma du circuit d'attribution (joindre si possible les documents créés à cette occasion)

3 - Autres remarques, éventuellement :

.....
.....
.....