

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

04/08/99

Origine :

DGR

MMES et MM les Directeurs

- . des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- . des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- . des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(pour attribution)

MMES et MM les Directeurs

- . des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie
- . des Agences Régionales de l'Hospitalisation

(pour information)

Réf. :

DGR n° 53/99

Plan de classement :

2442						
------	--	--	--	--	--	--

Objet :

REFORME DE LA TARIFICATION DES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES
DEPENDANTES

Circulaire MARTHE/DAS/DH-E04-AF2/n°99-345 du 15 juin 1999 relative à la mise en œuvre de la réforme des unités
et services de soins de longue durée et à la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées
Dépendantes gérés par des établissements de santé

Pièces jointes :

0	1
---	---

Liens :

Com.circ DGR 49/99

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DGR/DOS – Claude POUILLOUX – F.d'ESPARRON

Téléphone :

01.42.79.42.49 01.42.79.33.62

@

Direction de la Gestion du Risque

MMES et MM les Directeurs

04/08/99

Origine :
DGR

. des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(pour attribution)

MMES et MM les Directeurs

. des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie
. des Agences Régionales de l'Hospitalisation

(pour information)

N/Réf. : DGR n° 53/99

Objet : Réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
Circulaire MARTHE/DAS/DH-EO4-AF2/n°99-345 du 15 juin 1999 relative à la mise en œuvre de la réforme des unités et services de soins de longue durée et à la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérés par des établissements de santé.

Les textes relatifs aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ont été publiés au Journal Officiel du 27 avril 1999 :

- le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes,

- le décret n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable de ces établissements,
- l'arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins, résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes,
- l'arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale mentionnée à l'article 12 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes,
- l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Cette réforme de la tarification annoncée par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance doit concerner à terme près de 10 000 établissements, ce qui nécessite une mise en place sur plusieurs exercices budgétaires afin de prendre en compte la situation de chaque établissement et de permettre le cas échéant, une adaptation de la nouvelle réglementation.

Cette instruction fait le point sur un certain nombre de réponses à vos questions concernant les modalités d'application de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Des précisions ultérieures vous seront apportées sur des points encore à ce jour non entièrement définis.

I. Champ d'application de la réforme

Sont visés par la réforme, les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes relevant de l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 c'est-à-dire, qui relèvent :

- du 5° de l'article 3 de ladite loi, en étant soumis aux procédures d'autorisation de cette même loi,
- du 2° de l'article L.711-2 du Code de la Santé Publique (les structures de soins de longue durée).

11. Le seuil des 85 lits/ 85places :

Entreront en premier lieu, dans la réforme, les établissements dont la capacité est supérieure à 85 lits ou 85 places, ainsi que ceux qui en feront la demande, conformément à l'article 33 du décret n° 99-316.

Ceux des établissements qui auront signé la convention tripartite avant le 1er janvier, pourront appliquer la réforme dès l'exercice budgétaire 2 000 (cf art 32 du décret n° 99-316).

Un établissement ne pourra pas cumuler ses lits de soins de longue durée (SLD) et ses places de maison de retraite pour aboutir au seuil des 85 lits pour deux raisons :

- . L'autorité de tarification diffère = l'ARH pour les SLD et le préfet pour les maisons de retraite, (ou la CRAM, cf point III)

- . le cumul de capacités fausse le mécanisme de calcul faisant jouer le clapet anti retour (cf point VI).

Mais il peut cumuler les places de plusieurs maisons de retraite en budget annexe d'un même établissement.

Les établissements n'entrant pas dans le champ de la réforme la première année d'application, continuent de bénéficier des dispositions relatives aux sections de cure médicale, aux soins courants et aux dépenses prises en charge à l'acte.

12. L'application de la Réforme aux soins de longue durée (SLD):

Une circulaire ministérielle MARTHE/DAS/DH-EO4-AF2/n° 99-345 du 15 juin 1999 relative à la mise en oeuvre de la réforme des unités et services de soins de longue durée et à la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérés par des établissements de santé apporte des précisions sur l'application de la réforme aux établissements de soins de longue durée (cf. annexe).

Maintenus dans le champ sanitaire, ils relèvent toujours de la compétence de l'ARH. Ils basculeront tous, selon les instructions ministérielles, dans la nouvelle tarification des EHPAD, dans l'attente de leur redéfinition prévue par l'article L.711-2 2° du Code de la Santé Publique, modifié par la loi du 24 janvier 1997.

Quant à la définition des critères d'orientation des personnes éligibles aux soins de longue durée redéfinis, un groupe de travail mis en place par les services ministériels doit prévoir la création d'un outil de partition des soins de longue durée entre la prise en charge purement sanitaire et celle en EHPAD.

13. L'application de la Réforme aux Logement-Foyers et aux structures d'hébergement temporaire :

Actuellement, seuls quelques foyers-logement bénéficient d'une autorisation de Section de Cure Médicale. Les autres sont de simples logements collectifs.

Un projet d'article de loi envisage d'exonérer de la réforme un certain nombre d'établissements (dont font partie les foyers-logement non médicalisés et les petites unités de vie) selon des critères de taille et de pourcentage de prise en charge de personnes âgées dépendantes, sauf avis contraire de l'établissement et des autorités tarifaires.

Dans l'attente de ce texte, ces structures sont susceptibles de demander l'accès à la nouvelle tarification dès lors qu'elles accueillent des personnes âgées remplissant les conditions de dépendances mentionnées au premier alinéa de l'article 2 de la **loi n° 97-60 du 24 janvier 1997**.

En ce qui concerne les structures d'hébergement temporaire (notamment l'accueil de jour), dès lors qu'elles bénéficient d'un tarif hébergement pour l'accueil de personnes âgées dépendantes, elles pourront appliquer la réforme de la tarification, dans les conditions de l'article 5-1 de la loi n° 97-60.

Je vous précise que les résidences-services fonctionnant en copropriété ne sont pas considérées comme des établissements relevant du 5° de l'article 3 de la loi du 30 juin 1975, et ne sont donc pas visées par la réforme.

II. Convention tripartite

21. La conclusion de la convention

En application de l'article 5-1 de la **loi n° 75-535 du 30 juin 1975** inséré par la loi du 24 janvier 1997, les établissements souhaitant accueillir des personnes âgées dépendantes devront conclure une convention tripartite pluriannuelle les y autorisant, avant le 28 avril 2001. La réforme qui vise à une meilleure médicalisation des établissements et à une allocation des ressources plus rationnelle et plus transparente, sera mise en oeuvre progressivement et de façon évolutive à partir de la campagne budgétaire concernant le budget 2000.

Les conventions tripartites, d'une durée de cinq ans, devront s'accompagner d'avenants annuels, afin de concilier au mieux le caractère pluriannuel de la convention avec le principe de l'annualité budgétaire en vigueur, et avec les aléas pouvant survenir au titre du fonctionnement de l'établissement.

Aucune convention nationale type n'est prévue par les services ministériels. Par contre, ils envisagent la rédaction d'un guide méthodologique d'aide à la mise en place de ces conventions. Sa parution est fixée au mois de décembre une fois l'ensemble des difficultés recensées.

La Convention Tripartite ne pourra être signée que si les besoins sont finançables. Dans le cas contraire, l'établissement resterait dans l'ancienne tarification.

Les textes ne prévoient pas la communication systématique aux CRAM des conventions tripartites auxquelles l'Assurance Maladie n'est pas partie.

22. Le Cahier des charges

Un **arrêté du 26 avril 1999** fixe le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle tripartite.

L'ensemble de ces recommandations laissent aux contractants une marge d'interprétation et d'adaptation liée à la spécificité de chaque établissement.

Ces dispositions mettent particulièrement l'accent sur l'objectif de qualité recherché dans différents domaines :

- les recommandations sur la nature du cadre de vie (espaces privés, collectifs, de soins,..)

- le professionnalisme des intervenants (formation, soutien psychologique des personnels, ...)
- l'organisation institutionnelle (inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique,..).

La qualité repose sur la transparence du fonctionnement de l'établissement.

III. Autorité compétente pour l'assurance maladie

L' " autorité compétente pour l'assurance maladie " est à la fois l'autorité signataire du contrat tripartite et l'autorité tarifaire pour les soins.

Il convient de se reporter à la **loi n° 75-535 du 30 juin 1975** pour clarifier sa définition.

L'article 26 modifié par la **loi n° 97-60 du 24 janvier 1997** ne fait pas échec à l'application de l'article 27 bis (devenu l'article 27-2 en application de l'article 33 de la **loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998** de financement de la sécurité sociale pour 1999) qui prévoit que la tarification est déterminée soit par le préfet, soit par convention avec l'organisme d'assurance maladie homologuée par l'autorité administrative, conformément aux articles R.174-7 et 8 du Code de la Sécurité Sociale.

" L'autorité compétente pour l'assurance maladie " est donc bien, en l'état actuel des textes, conformément à l'article 27-2, le préfet, qui ne perd sa compétence que dans le cas où l'établissement n'est pas habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et qu'une convention est passée avec la CRAM.

Les services du ministère envisagent d'intégrer dans le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour l'exercice 2 000 une disposition permettant d'uniformiser cette tarification par l'autorité administrative (le préfet pour les établissements médico-sociaux et l'ARH pour les soins de longue durée), à compter du 1er janvier 2 001. Cette proposition s'appuie notamment sur le fait que l'enveloppe médico-sociale de l'ONDAM allouée au secteur des personnes âgées ne distingue pas la part consacrée aux établissements tarifés par le préfet de celle des établissements tarifés par la CRAM.

Dans l'attente de la publication de ces textes, les CRAM sont compétentes pour signer les conventions tripartites des établissements non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, c'est-à-dire les établissements actuellement médicalisés et tarifés par la CRAM, ainsi que les établissements privés non médicalisés à ce jour et non habilités par le Conseil Général.

Toutefois, dans la perspective d'une uniformisation prochaine de l'autorité de tarification, il conviendrait que les CRAM se rapprochent des services déconcentrés de l'Etat pour la rédaction des conventions tripartites pour lesquelles elles seraient signataires.

En cas de désaccord entre l'autorité compétente pour l'assurance maladie et le Conseil Général, les services ministériels prévoient dans un article de loi la création d'une commission de conciliation regroupant des personnes qualifiées, des représentants de l'Etat et des Conseils Généraux.

En cas d'échec de cette commission, un recours aux dispositions de droit commun (Droit de la sécurité sociale) s'imposerait.

A ce jour, faute de base législative, cette commission n'est pas installée. En cas de désaccord, le projet de convention tripartite doit être reporté à l'exercice suivant.

IV. Tarification

41. Les tarifs journaliers afférents aux soins, partiel et global

La réforme introduit un droit d'option tarifaire pour cinq ans (durée de la convention tripartite) entre :

- un tarif partiel incluant les charges des médecins et auxiliaires médicaux salariés, les rémunérations des infirmiers libéraux, le petit matériel médical ;

- un tarif global incluant, outre les charges prévues dans le tarif partiel, les rémunérations et prescriptions des médecins généralistes libéraux et les rémunérations de l'ensemble des auxiliaires médicaux libéraux, les examens de biologie et de radiologie courante ainsi que les médicaments.

Désormais 13 tarifs seront fixés pour chaque établissement (1 tarif Hébergement, 6 tarifs Dépendance, et 6 tarifs Soins).

Ne sera proposé à l'utilisateur qu'un seul tarif constitué du tarif Hébergement auquel s'ajoute le tarif Dépendance du niveau de son GIR. La partie " Soins " sera financée, pour les personnes âgées assurées sociales, par une dotation globale unique de l'Assurance Maladie.

S'agissant de cette partie " Soins ", la prise en charge par l'Assurance Maladie se fera par le moyen d'une dotation globale de financement allouée conformément à l'article R.174-9 du Code de la Sécurité Sociale, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie dont les bénéficiaires sont hébergés dans l'établissement, ou par l'organisme d'assurance maladie d'un autre régime (dans le cas d'un nombre de bénéficiaires supérieur à celui du Régime Général).

L'arrêté du 26 avril 1999 précise le contenu des tarifs journalier de soins (cf tableau en annexe).

Les annexes I et II de cet arrêté énumèrent limitativement la liste du petit matériel médical et la liste du matériel amortissable prévu dans les deux tarifs, qui ne pourront plus être remboursés en sus des forfaits.

Il est à noter que ne seront plus fixés par circulaire ministérielle des tarifs plafonds pour les établissements auxquels s'applique la nouvelle tarification.

Aucune norme d'encadrement n'est fixée de façon catégorique. L'établissement doit se conformer aux recommandations du cahier des charges en annexe de la convention tripartite.

Un logiciel spécifique réalisé par l'ENSP va permettre à l'établissement de présenter son budget sous la nouvelle tarification et de calculer automatiquement ses tarifs. Il sera disponible en septembre, et communiqué aux CRAM. Il n'existe pas encore d'interface entre ce logiciel et le logiciel GEODE.

42. Le forfait de section de cure médicale

Les établissements n'ayant pas signé de convention tripartite pour entrer dans le champ de la nouvelle tarification des EHPAD et bénéficiant d'une autorisation de section de cure médicale assortie de leur financement, continuent à se voir appliquer la réglementation des forfaits de soins de section de cure médicale.

L'article 55 du **décret n° 99-317** apporte une nouvelle définition du contenu du forfait de soins de section de cure médicale, en modifiant le 2° de l'article 37-2 du **décret du 11 décembre 1958** antérieurement modifié par le **décret n° 78-478 du 29 mars 1978**.

Ce forfait inclut désormais :

- la rémunération du médecin coordonnateur, et le cas échéant, des médecins salariés ;
- la rémunération des infirmiers salariés, autres auxiliaires médicaux salariés ainsi que des aides-soignantes et des aides médico-psychologiques affectés à cette section ;
- la rémunération des infirmiers d'exercice libéral ;
- les médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue à l'article L.162-17 du Code de la Sécurité Sociale ou sur la liste des spécialités agréées aux collectivités prévue à l'article L.618 du Code de la Santé Publique, à l'exclusion des médicaments réservés à l'usage hospitalier en application de l'article R.5143-5-2 du Code de la Santé Publique ;
- la fourniture de matériel médical dont la liste est fixée par arrêté ministériel ;
- l'amortissement du matériel médical prévu à l'annexe II de l'arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier de soins.

Ce forfait ne comprend pas les fournitures à caractère hôtelier et les dépenses prises en charge par l'assurance maladie listées de *a* à *h* dans l'annexe III du **décret n° 99-316** (cf colonne I du tableau en annexe de la circulaire, à l'exclusion des frais d'inhumation des pensionnaires, des frais couverts par un organisme mutualiste et de la participation de l'assuré social aux frais de soins).

43. Les dépenses d'assurance maladie en sus des forfaits

Un certain nombre de prestations seront encore remboursées par les caisses en sus des forfaits (cf colonne I du tableau en annexe, à l'exclusion des trois dernières lignes). Les accords spécifiques de tiers payant passés entre l'établissement et les organismes d'assurance maladie pour le remboursement de ces prestations peuvent toujours être signés au niveau local dès lors qu'ils respectent le dernier alinéa de l'article 27-2 de la **loi n° 75-535 du 30 juin 1975**, c'est-à-dire lorsque ces dépenses de soins sont demandées par le ou les médecins attachés audit établissement et que ce dernier en a assuré le paiement.

V. Rémunération du médecin coordonnateur et des professionnels de santé libéraux

Le dispositif réglementaire est actuellement incomplet. L'article 34 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 1999 n'entrera en application qu'après parution d'un décret.

Deux formes de rémunération peuvent notamment être envisagées :

- . une capitation = pour les médecins et auxiliaires médicaux,
- . un système de vacation = pour le médecin coordonnateur (dont les missions, fonctions et compétences professionnelles sont prévues à l'annexe II de l'arrêté relatif au cahier des charges).

Des négociations doivent notamment être entreprises avec les syndicats de médecins libéraux sur ce sujet.

En l'absence actuelle de texte, rien n'empêche de rémunérer le médecin coordonnateur par vacations.

Le principe du libre choix du médecin n'est pas remis en cause par ledit article 34.

Des précisions ultérieures vous seront apportées dès que possible.

VI Mesures financières :

Les établissements concernés en premier par la réforme, devront présenter leur budget pour l'exercice 2 000 avant le 15 octobre 1999 sous les deux formes (ancienne et nouvelle tarifications).

61. le clapet anti-retour :

Prévu par l'article 30 du **décret n° 99-316**, le clapet anti-retour permet à l'établissement qui bénéficie lors de l'exercice antérieur à la première année d'application de la réforme, d'une prise en charge des dépenses de soins liées aux charges des Aides-Soignants et des Aides Médico-Psychologiques à une hauteur de plus de 70 %, de conserver ces fonds sous l'une des deux conditions suivantes énumérées aux 1 et 2 de cet article 30 :

- avoir un groupe " iso-ressources " moyen pondéré supérieur à 700,
- avoir un ratio de postes d'aide-soignant et d'aide médico-psychologique par lit inférieur au ratio moyen constaté au niveau régional.

Dans le cas où l'établissement recevait de la part de l'Assurance Maladie, plus de 70 % des charges AS-AMP et ne remplit pas l'une des deux conditions, il ne pourra prétendre au maintien de ces fonds.

62. La gestion des enveloppes :

Des priorités de financement d'établissements seraient données par les services ministériels, pour le budget 2 000 aux alentours du 15 octobre 1999.

Des redéploiements devront intervenir notamment entre l'enveloppe ambulatoire et l'enveloppe médico-sociale, évalués notamment grâce à l'étude sur les soins à l'acte réalisée sur l'échantillon des 1 000 EHPAD.

63. Les places de section de cure médicale autorisées mais non encore financées :

Seules feraient l'objet de financement en SCM par des mesures nouvelles les places autorisées avant le 1er janvier 1997 et non financées. Celles autorisées entre le 1er janvier et le 1er avril 1997 seraient financées selon les modalités de la nouvelle tarification. Des précisions seront apportées par des instructions ministérielles ultérieures.

VII. Rôle des Caisses d'Assurance Maladie

71. L'autorité de tarification des soins

Conformément aux dispositions liées à la définition de l'“ autorité compétente pour l'assurance maladie ”, les CRAM peuvent se reconnaître autorité compétente pour l'assurance maladie et arrêter les tarifs journaliers de soins pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale (cf supra point III), dans l'attente d'une modification future des textes.

72. L'avis sur les budgets

Les CRAM ont, conformément aux articles 18 et 23 du **décret n° 99-317**, pour rôle de recueillir l'avis des organismes d'assurance maladie sur les propositions budgétaires des établissements.

Les CRAM seront donc destinataires des projets de budget des établissements, présentés notamment pour l'exercice 2 000 sous les deux tarification (ancienne et nouvelle, c'est-à-dire en deux et trois sections tarifaires). Elles devront transmettre l'ensemble de ces avis (dont le leur) à l'établissement et à l'autorité compétente pour l'assurance maladie dans un délai d'un mois à compter de la réception des documents.

Il peut être envisagé au niveau local de réunir l'ensemble des organismes d'assurance maladie concernés pour procéder à ce recueil d'avis. Toute latitude est laissée aux caisses pour appliquer ces dispositions.

73. Le suivi des dépenses d'assurance maladie

L'article 11 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement prévoit la mise en place d'un suivi des dépenses de soins médicaux dans l'établissement.

Un système spécifique va être mis en place afin de répondre à cette attente. Des instructions vous seront fournies ultérieurement.

VIII. Autorisations des EHPAD :

A ce jour, aucune autorisation de création de Section de Cure Médicale n'est plus acceptée (et ce depuis le 1er avril 1997).

Désormais l'établissement qui demandera une autorisation de fonctionner, devra préciser s'il veut accueillir des personnes âgées dépendantes. Le dossier du requérant devra être déposé avec un formatage du budget en trois sections tarifaires conjointement à la demande d'autorisation.

Le nouveau régime de tarification prévoit un financement par l'assurance maladie sous la condition de signature de la convention tripartite, sans passage, pour l'instant, de cette convention par le CROSS.

S'agissant des lits en soins de longue durée transformés en EHPAD, un projet de loi doit prévoir les modalités d'autorisation. Aucun gel des autorisations ne serait prévu à l'instar des places de SCM.

Vous voudrez bien me faire connaître les difficultés que vous rencontrez dans l'application de ces dispositions

La Responsable du Département	
Réglementation et Information Opérationnelle	
Yvette RACT	

Circulaire MARTHE/DAS/DH-E04-AF2/n° 99-345 du 15 juin 1999

décret n° 99-317 du 26/04/99

décret n° 99-316 du 26/04/99

décret n° 78-478 du 29/03/78

arrêté du 26/04/99

loi n° 75-535 du 30/06/75

loi n° 97-60 du 24/01/97

loi n° 98-1194 du 23/12/98

@NV

ANNEXE :

COMPOSITION DES TARIFS JOURNALIERS DE SOINS

I : Prestations en sus des forfaits de soins	II : Tarif forfaitaire de soins Partiel	III : Tarif forfaitaire de soins Global
<ul style="list-style-type: none">. Alternatives à l'hospitalisation. Séjour et séance pour insuf.rénaux Et respiratoires chroniques. Intervention en psychiatrie générale ou Sectorisation psychiatrique. Soins dentaires. Autres dispositifs médicaux. Examens médicaux sur équipements Matériels lourds. Honoraires et prescriptions des médecins Spécialistes libéraux. Transport sanitaire. Frais d'inhumation des pensionnaires. Frais couverts par un organisme Mutualiste. Participation de l'assuré social	<ul style="list-style-type: none">. Médecin Coordonnateur et médecins salariés. Auxiliaires médicaux salariés. Infirmiers libéraux. Aides soignants et aides médico-psychologiques. Petit matériel médical et fournitures médicales. Amortissement du matériel médical	<ul style="list-style-type: none">. Médecin Coordonnateur et médecin salariés. Auxiliaires médicaux salariés. Infirmiers libéraux. Aides soignants et aides médico-psychologiques. Petit matériel médical et fournitures médicales. Amortissement du matériel médical . Rémunération et prescriptions des médecins généralistes libéraux. Auxiliaires médicaux libéraux. Autres examens de biologie et radiologie. Médicaments

@F