

Date :
26/07/2001

Origine :
DDRI

Réf. :
DDRI n° 94/2001
 n /
 n /
 n /

MMES et MM les Directeurs

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociales
Pour attribution

Plan de classement :

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

Titre :

Réforme de la tarification des EHPAD. Application du décret n 2001-388 du 4 mai 2001.

Résumé :

Modification des dispositions relatives à la réforme de la tarification des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, suite à la publication du décret n 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets n 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999. Diffusion de la circulaire ministérielle DGAS-5B/DHOS-F2/MARTHE n 2001-241 du 29 mai 2001 et de la circulaire DHOS-F2/MARTHE/DGAS n 2001-276 du 21 juin 2001.

Pièces jointes : 2

Liens :

Com.circ	DDRI	28/2001
Mod.circ	DGR	53/1999

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DDRI/DOS/HMS/F. d'ESPARRON

Téléphone :

01/42/79/33/62

@

La Direction Déléguée aux Risques

Le 26/07/2001

MMES et MM les Directeurs

Origine :
DDRI

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

Pour attribution

N/Réf. : DDRI – N° 94/2001

Objet : Réforme de la tarification des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Les décrets, *décret n° 99-316* et *décret n° 99-317 du 26.04.99* relatifs à la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes viennent d'être modifiés par le *décret n° 2001-388 du 4 mai 2001*.

L'*Arrêté du 26.04.1999* relatif à la composition du tarif de soins a également fait l'objet de modifications apportées dans l'*Arrêté du 4 mai 2001*.

Ces textes sont parus au Journal Officiel du 6 mai 2001.

Cette circulaire a pour objet de faire le point sur les principales modifications intervenues et de vous communiquer la circulaire ministérielle DGAS-5B/DHOS-F2/MARTHE n° 2001/241 du 29 mai 2001 relative à la mise en œuvre des décrets n° 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999 modifiés par le *décret n° 2001-388 du 4 mai 2001* et la circulaire DHOS-F2/MARTHE/DGAS n° 2001/276 du 21 juin 2001 relative à la clarification de l'affectation des charges dans les établissements publics de santé.

[*Circulaire ministérielle n° 2001/241 du 29 mai 2001*]

[*Circulaire ministérielle n° 2001/276 du 21 juin 2001*]

1. DISPOSITIONS APPLICABLES AUX EHPAD

11. Champ d'application

Un établissement se définit au minimum comme une unité budgétaire et comptable identifiée.

Les établissements entrant dans le champ de la réforme de la tarification peuvent dans le cadre d'une seule et même convention tripartite regrouper plusieurs entités budgétaires et comptables d'établissements similaires relevant de la même personne morale gestionnaire et situés dans le même département.

La circulaire du 29 mai 2001 donne la possibilité d'effectuer un regroupement de budgets annexes d'un établissement de santé public, maison de retraite et unité de soins de longue durée.

La création de ce service unique relèvera donc de l'autorité tarifaire préfectorale. L'EHPAD devra être identifié sous un seul numéro FINESS géographique. Le transfert d'enveloppes entre l'enveloppe USLD et l'enveloppe médico-sociale «personnes âgées» suivra en parallèle.

Les établissements pratiquant l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire sont également visés par la réforme de la tarification des EHPAD.

12. La convention tripartite pluriannuelle

L'article 52 de la *loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000* a reporté le délai maximum de signature des conventions pluriannuelles tripartites au **31 décembre 2003**.

Cette convention prévue par l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 (codifié à l'article L.312-8 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale) conclue pour 5 ans doit prévoir une révision au moins annuelle du classement par GIR des résidents de l'établissement (article 7 du décret n° 2001-388).

C'est à compter de la date de signature de cette convention que les dispositions réglementaires des EHPAD seront applicables aux établissements relevant de la loi du 6 juillet 1990 (codifiée aux articles L. 342-1 à 342-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

13. La tarification des soins

131. Le contenu du tarif de soins

Les médicaments sont désormais inclus dans le tarif de Soins Partiel.

Leur achat devra être réalisé selon les dispositions du code des marchés publics pour les EHPAD de statut public.

S'agissant des petites structures, la prise en charge des médicaments coûteux sera réalisée dans le cadre d'une allocation de ressources calculée en prenant en compte la moyenne des dépenses constatées sur les 3 ou 5 dernières années.

Le tableau joint en annexe I reprend l'ensemble des prestations prévues dans les tarifs de soins partiel et global, ainsi que celles non comprises conformément à l'annexe III du décret n° 99-316 modifié.

La circulaire ministérielle du 29 mai 2001 apporte des précisions sur l'imputation des charges dans la section tarifaire Soins (auxiliaires médicaux, actes infirmiers réalisés par des sages-femmes libérales, ...).

Dans l'attente du décret pris en application de l'article 27-6 de la loi du 30 juin 1975 (codifié à l'article L.315-14 du Code de l'Action Sociale et des Familles) relatif à la rémunération des professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD, il est envisagé des dispositions applicables pour les modalités de rémunération du médecin coordonnateur notamment par assimilation à celle d'un médecin attaché ou d'un praticien hospitalier à temps partiel.

S'agissant du matériel médical amortissable (cf. liste en annexe III de la circulaire), l'achat des lits médicalisés est pris en charge via les charges d'amortissement dans la dotation globale de soins, quelle que soit l'option tarifaire (partielle ou globale).

Toutefois, persiste la possibilité pour l'établissement de procéder à la location de ce type de matériel, comme toute location mobilière, prise en charge en sus sur la base du TIPS.

Dès lors il conviendra aux Caisses Primaires de se rapprocher des CRAM seules détentrices des budgets des EHPAD, afin qu'il n'y ait pas de dérives dans la prise en charge de ce type de location, par rapport à l'achat déjà réalisé dans le cadre du budget de soins.

En ce qui concerne les prestations non comprises dans le tarif de soins :

- ✓ ont été ajoutées les prestations relevant de l'article R. 712-2-2 du Code de la Santé Publique, c'est-à-dire notamment les services de suppléance à domicile (Nutrition Parentérale à Domicile, Nutrition Entérale à Domicile, ...).
- ✓ ont été supprimées les prescriptions des médecins spécialistes. Dès lors qu'elles sont prévues dans le tarif de soins, elles sont prises en charge par le biais de la dotation globale de financement.

132. L'option tarifaire

L'option tarifaire retenue dans la convention pourra être changée, par avenant conventionnel au cours des cinq ans de la convention tripartite pluriannuelle.

133. Regroupement des tarifs deux à deux

L'article 3 de décret n° 2001-388 a regroupé les six tarifs Soins en trois groupes de deux (de même que pour le tarif Dépendance).

Seront donc arrêtés :

- ✓ un tarif pour les GIR 1 et 2,
- ✓ un tarif pour les GIR 3 et 4,
- ✓ un tarif pour les GIR 5 et 6.

Chaque tarif de soins devra être fixé même dans le cas où l'EHPAD n'accueillerait pas de personne dans un des groupes de GIR donné (cf. point 5.3 de la circulaire ministérielle).

134. Intégration de la prévention

L'effort de prévention réalisé par l'établissement est pris en compte dans le cadre du girage de la population évalué à partir de la grille AGGIR dont le tableau de valorisation en points a été revu dans l'annexe VII du décret du 4 mai 2001 (colonnes D et E).

135. Aides soignantes et Aides Médico-Psychologiques

Les charges de ces personnels sont toujours réparties entre la section tarifaire Dépendance (pour 30%) et la section tarifaire Soins (pour 70%).

Toutefois, désormais ces personnels devront, conformément à l'article 2 du décret n° 2001-388 (modifiant l'article 6 du décret n° 99-316), être diplômés ou en cours de formation et exercer effectivement les fonctions attachées à ces professions.

Il est à préciser que la valeur nette du point GIR relatif aux aides soignantes et aux aides médico-psychologiques ne tient pas compte des points de prévention. Le calcul est réalisé à partir de la colonne C de l'annexe VII.

136. Généralisation du clapet anti-retour

Les deux conditions limitatives d'application du clapet anti-retour ont été supprimées.

Désormais tout établissement pourra conserver le montant total du financement alloué par l'assurance maladie d'un montant supérieur à celui résultant de l'application de la clé de répartition des charges entre les sections tarifaires Soins et Dépendance conformément aux nouvelles dispositions réglementaires.

L'équilibre de la section tarifaire Soins devra cependant être réalisé à l'échéance de la première convention.

137. Personnes âgées de moins de 60 ans

Un nouvel article 30-1 a été créé afin de prévoir la tarification propre des personnes âgées de moins de 60 ans.

Ces dernières ne feront pas l'objet d'un girage et se verront appliquer une tarification binaire (Hébergement et Soins).

Le forfait de soins journalier de ces résidents est calculé en divisant le montant total des charges nettes de la section tarifaire afférente aux soins par le nombre annuel de journées prévisionnelles de l'ensemble des résidents de l'établissement.

Le prix de journée Hébergement de ces résidents est calculé en divisant le montant total des charges nettes des sections tarifaires afférentes à l'hébergement et à la dépendance par le nombre annuel de journées prévisionnelles de l'ensemble des résidents de l'établissement.

14. ROLE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

141. Autorité Compétente pour l'Assurance Maladie

Dans l'attente de la promulgation et de l'entrée en vigueur des dispositions de la loi relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui devrait instaurer une autorité tarifaire unique («autorité compétente de l'Etat»), les CRAM peuvent encore être autorité tarifaire pour les établissements privés non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

142. Suivi des dépenses de soins

1421. Article 11 du décret n° 99-316

La rédaction de l'article 11 du décret n° 99-316 a été revue.

La liste des informations, que les EHPAD doivent transmettre chaque semestre à la caisse pivot et aux autres organismes d'assurance maladie qui le demanderaient, a été élargie.

Celle-ci doit comporter pour chaque personne hébergée :

- a) les nom, prénom de la personne âgée hébergée,

- b) le NIR de l'assuré,
- c) le nom de l'organisme de prise en charge assorti du numéro du centre de paiement,
- d) la date d'entrée dans l'établissement,
- e) le cas échéant, la date de sortie.

- . Des dispositions sont en cours pour permettre d'adapter les systèmes d'informations de la CNAMTS afin d'identifier, à partir de cette liste semestrielle la personne âgée comme étant hébergée dans un EHPAD.

Des précisions vous seront communiquées ultérieurement.

- . En outre, *un suivi des prestations libérales prises en charge dans la dotation globale de soins* est désormais imposé aux caisses d'assurance maladie.

Un bordereau type devrait être diffusé par arrêté ministériel prochainement.

Celui-ci reprendra l'ensemble des informations que doit transmettre chaque mois l'EHPAD à la caisse pivot, informations gérées par les statisticiens des caisses.

Il ne se substitue pas aux tableaux trimestriels que reçoivent les agents comptables des caisses, tableaux nécessaires à la répartition des dotations globales de soins (cf. supra).

Toutefois, il conviendra d'apporter une attention particulière à la cohérence des informations fournies par ces deux sources.

- . S'agissant du *suivi du montant des dotations globales de soins*, je vous rappelle qu'en application des articles R. 174-10 et D. 174-2 à 8 du Code de la Sécurité Sociale, l'établissement doit dresser au premier jour de chaque trimestre civil un tableau indiquant le nombre de pensionnaires pris en charge par chaque régime.

Ce tableau est transmis à la caisse pivot et aux organismes d'Assurance Maladie intéressés.

Dans l'attente de la prise en compte des nouvelles dispositions tarifaires (option tarifaire notamment), il convient de vous référer au tableau actuellement utilisé pour la transmission des informations relatives à la médicalisation des établissements pour personnes âgées (bénéficiant de forfait soins au titre des places de section de cure médicale et de soins courants).

Les informations relatives aux places de section de cure médicale et de soins courants ne seront donc plus à communiquer pour les établissements devenus EHPAD. Seul le nombre total de places correspondant à la médicalisation totale de l'établissement devra être renseigné.

Des informations complémentaires vous seront communiquées ultérieurement par l'Agence Comptable.

1422. Mise à jour des fichiers des Etablissements

La Base Régionale des Etablissements sous Unix (BREX) va être mise à jour prochainement afin de prendre en compte les modifications de la nomenclature adoptées par la DREES permettant d'identifier les EHPAD selon :

- ✓ le type d'établissements (soins de longue durée, ou établissement médico-social d'hébergement pour personnes âgées),
- ✓ leur option tarifaire (tarif de soins partiel ou global),
- ✓ leur autorité tarifaire (ARH, Préfet ou CRAM).

a) Les Modes de Fixations de Tarifs (MFT)

Les MFT 18 et 19 créés par l'arrêté du 2 novembre 1999 portant modification de l'arrêté du 19 septembre 1983 relatif aux nomenclatures applicables aux unités de production des établissements sanitaires et sociaux sont supprimés et remplacés par les 6 MFT suivants :

Code	Autorité	Modalités de tarification des soins	Etablissements concernés
20	Mixte Préfet/PCG	DG option globale	Etablissements médico-sociaux habilités aide sociale : maison de retraite, foyer logement
21	Mixte Préfet/PCG	DG option partielle	Etablissements médico-sociaux habilités aide sociale : maison de retraite, foyer logement
22	Mixte ARH/PCG	DG option globale	Unités de soins de longue durée (USLD) habilités aide sociale
23	Mixte ARH/PCG	DG option partielle	Unités de soins de longue durée (USLD) habilités aide sociale
24	Mixte CRAM/PCG	DG option globale	Etablissements non habilités aide sociale : - médico-sociaux : maison de retraite, foyer logement - USLD
25	Mixte CRAM/PCG	DG option partielle	Etablissements non habilités aide sociale : - médico-sociaux : maison de retraite, foyer logement - USLD

b) Les Disciplines Médico-Tarifaires (DMT) et les Modes de Traitement (MT)

Les disciplines de prestations sanitaires et médico-sociales sont distinctes :

- ✓ pour les EHPAD/Unités de Soins de Longue Durée, le code et le libellé de la discipline de prestation déjà existants sont conservés :

DMT 176 : «Soins de longue durée pour personne ayant perdu leur autonomie de vie» associée au **Mode de Traitement «03»** (Hospitalisation complète, non compris hospitalisation de semaine).

- ✓ pour les maisons de retraite et les foyers-logement relevant du secteur médico-social, une nouvelle discipline de prestation est créée pour les EHPAD/établissements médico-sociaux :

DMT 212 : «soins en EHPAD/établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes» associée au **Mode de Traitement «11»** «hébergement complet ou internat (non compris internat de semaine)

S'agissant des maisons de retraite et foyers logement qui n'auront pas signé de convention, sont maintenus les disciplines de prestations suivantes :

- ✓ 177 : Cure médicale en établissement d'hébergement pour personnes âgées,
- ✓ 588 : Soins courants en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

c) Les Code tarifs

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) avait créé pour les EHPAD/Soins de longue durée six codes tarifs (41 à 46) afin de distinguer les six tarifs par GIR (GIR 1 à GIR 6) (cf. annexe IV de la circulaire ministérielle DHOS-F2/MARTHE/DGAS/DSS-1A n° 58/2001 du 26 janvier 2001, diffusée par circulaire CNAMTS DDRI n° 28/2001 du 15 février 2001)

Toutefois, depuis la publication du décret n° 2001-388 du 4 mai 2001, les six tarifs de soins ont été regroupés deux à deux (GIR 1 et 2, GIR 3 et 4, GIR 5 et 6).

Dès lors, il conviendra de retenir les trois premiers **codes tarifs 41 à 43**.

Ces codes tarifs seront donc associés au couple Discipline de Prestation 176 et Mode de Traitement 03.

d) Les codes Actes

Trois codes Actes (G1 à G3) vont être créés afin de prendre en compte dans les systèmes d'information les trois tarifs Soins des EHPAD/établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Ces codes seront associés au couple Discipline de Prestation 212 et Mode de Traitement 11.

Ces dispositions seront prises en compte dans l'action de maintenance du GEF P.2000.08.

e) Le cas des personnes de moins de 60 ans

Comme précisé au paragraphe 37, les personnes âgées de moins de 60 ans bénéficient d'une tarification particulière.

Dès lors, le tarif unique de Soins qui leur sera applicable sera inscrit au fichier de la façon suivante :

✓ pour les EHPAD/anciennement établissements d'hébergement pour personnes âgées :

- . DMT : 212,
- . MT : 11,
- . Code Actes : FS (Frais de Soins).

✓ pour les EHPAD/anciennement unités de soins de longue durée :

- . DMT : 176,
- . MT : 03,
- . Code Tarif : 40.

Dès lors, l'identification de la structure comme EHPAD se fera au moyen du MFT (cf. a).

143. Avis budgétaire

Les CRAM ont toujours, conformément à l'article 18 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999 pour rôle de transmettre dans un délai d'un mois l'avis des Organismes d'Assurance Maladie sur les propositions budgétaires des établissements.

Elles ont toute latitude pour organiser leur méthodologie de travail avec les autres organismes concernés.

La version n° 2 du guide d'aide à l'analyse budgétaire des EHPAD a été communiquée par circulaire DDRI n° 82/2001 du 14 juin 2001, à laquelle a été jointe une version sous format EXCEL réalisée par la CRAM de Montpellier.

15. DISPOSITIONS BUDGETAIRES ET COMPTABLES

Le décret du 4 mai 2001 a apporté des modifications d'ordre budgétaire et comptables qui ont été reprises dans la circulaire ministérielle du 29 mai 2001.

Elles concernent notamment la procédure du budget exécutoire, l'inscription comptable du clapet anti-retour, l'affectation des résultats antérieurs à l'application de la réforme.

En outre, le délai de 60 jours donné à l'autorité compétente pour l'Assurance Maladie pour faire connaître à l'établissement ses décisions concernant les tarifs journaliers de soins démarre désormais à compter de la date de notification des dotations limitatives régionales (article 16 décret n° 2001-388).

Enfin, l'arrêté du 4 mai 2001 pris en application de l'article 15 du décret n° 2001-388 communique un modèle de tableau relatif au bilan financier des établissements médico-sociaux permettant le calcul du besoin en fonds de roulement.

La circulaire DHOS-F2/MARTHE/DGAS n° 2001/276 du 21 juin 2001 a pour objet de clarifier l'affectation des charges dans les établissements publics de santé, dotés de budgets annexes (à partir des charges inscrites au compte administratif 2000) et d'apporter une méthodologie de validation du travail des établissements par les ARH (pour le 15 septembre 2001).

Il est demandé aux établissements d'apporter une attention particulière aux dépenses de personnel et d'hôtellerie et aux dépenses d'administration et de logistique.

Ces dispositions doivent être prises en vue de la tarification ternaire temporaire applicable durant la période transitoire (avant le 31 décembre 2003).

2. DISPOSITIONS TRANSITOIRES APPLICABLES AUX SECTIONS DE CURE MEDICALE ET AUX SOINS COURANTS

Pour les établissements qui n'auront pas signé de convention tripartite pluriannuelle, certaines dispositions spécifiques aux EHPAD leur sont applicables conformément à l'article 54-1 introduit par l'article 22 du décret du 4 mai 2001.

Ces établissements devront transmettre avec leurs propositions budgétaires :

- ✓ un projet de convention tripartite,
- ✓ les informations relatives au classement des personnes hébergées par niveau de dépendance,
- ✓ un état de répartition des charges et produits par section d'imputation tarifaire, accompagné des propositions de tarifs de prestations et de dotation globale de financement.

Ils continuent de bénéficier des dispositions applicables aux forfaits de soins courants et de section de cure médicale, dans l'attente de l'entrée en vigueur de la loi relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Le décret du 11 décembre 1958 est à nouveau modifié par l'article 13 du décret n° 2001-388.

L'abrogation des articles 37-4 à 37-7 entraîne notamment la suppression de la Commission Consultative Tripartite.

Désormais, seul l'avis de la CRAM est sollicité lors de la fixation des forfaits journaliers de soins et du forfait annuel global de soins ainsi que dans le cas de la fixation par le préfet d'un forfait journalier de soins supérieur au montant plafond fixé par décision ministérielle.

Vous voudrez bien me faire part des difficultés que vous rencontrerez dans l'application de ces dispositions.

Le Directeur Délégué aux Risques

Pierre-Jean LANCERY

ANNEXE 1 : COMPOSITION DES TARIFS JOURNALIERS DE SOINS

Prestations en sus des Tarifs de soins	Tarif de soins Partiel	Tarif de soins Global
. Soins en court séjour , soins de suite et alternatives à l'hospitalisation, services de soins spécialisés à domicile	. Médecin Coordonnateur et médecins salariés	. Médecin Coordonnateur et médecins salariés
. Séjour et séance pour insuffisants rénaux et respiratoires chroniques	. Auxiliaires médicaux salariés	. Auxiliaires médicaux salariés
. Intervention en psychiatrie générale ou sectorisation psychiatrique	. Infirmiers libéraux	. Infirmiers libéraux
. Soins dentaires	. Aides soignants et aides médico-psychologiques	. Aides soignants et aides médico-psychologiques
. Autres dispositifs médicaux	. Petit matériel médical et fournitures médicales	. Petit matériel médical et fournitures médicales
. Examens médicaux sur équipements matériels lourds sans hospitalisation	. Amortissement du matériel médical	. Amortissement du matériel médical
. Honoraires des médecins spécialistes libéraux	. Médicaments (sauf réservés à l'usage hospitalier)	. Médicaments (sauf réservés à l'usage hospitalier)
. Transport sanitaire		
. Frais d'inhumation des pensionnaires		. Rémunération et prescriptions des médecins généralistes libéraux
. Frais couverts par un organisme mutualiste		. Auxiliaires médicaux libéraux
. Participation de l'assuré social aux soins		. Examens de biologie et radiologie autres que ceux nécessitant un recours à des équipements matériels lourds sans hospitalisation

ANNEXE II :
Liste du petit matériel médical
inclus dans les tarifs de soins partiel et global
(mise à jour suite à l'arrêté du 4 mai 2001)

- Bandes,
- Cerceau pour lit de malade,
- Nutriments pour supplémentation,
- Ouate,
- Pansements,
- Seringues et aiguilles à l'usage des professionnels de santé non rémunérés à l'acte,
- Sparadrap,
- *Abaisse-langue,*
- *Accessoires pour électrocardiogramme,*
- *Autopiqueurs et accessoires,*
- *Compressees,*
- *Crachoir,*
- *Dispositifs médicaux pour stomisés,*
- *Doigtier,*
- *Etui pénien,*
- *Fil à sutures,*
- *Gants stériles,*
- *Garrot,*
- *Masque,*
- *Orthèses de série,*
- *Poche à urine,*
- *Réactifs (urine, sang),*
- *Seringue et stylo injecteur d'insuline,*
- *Sonde nasogastrique,*
- *Sonde pour rééducation périnéale et électrodes cutanées,*
- *Sonde urinaire.*

ANNEXE III :
Liste du matériel médical amortissable
inclus dans le tarif de soins partiel et global
(mise à jour suite à l'arrêté du 4 mai 2001)

- Armoire à pharmacie,
- Aspirateur à mucosité,
- Béquilles et cannes anglaises,
- Bouteilles d'oxygène et accessoires,
- Chariot de soins et/ou de préparation de médicaments,
- Chaise percée avec accoudoirs,
- Compresseur pour surmatelas pneumatique à pression alternée,
- Coussin d'aide à la prévention d'escarres,
- Déambulateur,
- Electrocardiographe,
- Fauteuil roulant manuel non affecté à un résident particulier,
- Lits médicalisés,
- Matelas d'aide à la prévention d'escarres,
- Matelas pour lits médicalisés,
- Matériels nécessaires pour sutures et pansements tels que pinces de Péan, pinces, Kocher, ciseaux,
- Matériel lié au fonctionnement d'une pharmacie à usage intérieur, lorsqu'elle existe, nécessaire à l'exercice des missions définies à l'article L.595-2 du Code de la Santé Publique.
- Négathoscope,
- Othoscope,
- Pied à sérum,
- Siège pouvant être adapté sur un châssis à roulettes,
- Soulève-malade mécanique ou électrique et pèse-personne,
- Stérilisateur,
- Stéthoscope et tensiomètres,
- Surmatelas d'aide à la prévention d'escarres,
- Tables d'examen.
- Thermomètres électroniques,
- *Appareil à aérosol,*
- *Appareil de mesure pour glycémie,*
- *Appareil pour rééducation sphinctérienne,*
- *Container pour stockage des déchets médicaux,*
- *Fauteuil roulant à pousser non affecté à un résident particulier,*
- *Fauteuil roulant manuel non affecté à un résident particulier,*
- *Nutripompe,*
- *Système actif de perfusion,*
- *Soulève-malade,*
- *Verticalisateur.*

Tableau de transcodification

Vous trouverez ci-dessous la transcodification d'un certain nombre d'articles d'ordre législatif ou réglementaire faisant suite à la nouvelle codification du Code de la Santé Publique (CSP) et du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Objet	Ancienne disposition	Nouvelle disposition
EHPAD	Article 5-1 de la loi du 30 juin 1975	Article L.312-8 du CASF
Etablissements d'hébergement privés à but lucratif non habilité à l'aide sociale	Loi n° 90-600 du 6 juillet 1990	Article L.342-1 à L.342-6 du CASF
Etablissement d'hébergement pour personnes âgées	Article 3 loi n° 75-535 du 30 juin 1975	Article L.312-1 du CASF
Etablissements de soins de longue durée	Article L.711-2 2° du CSP	Article L.6111-2 2° du CSP
ONDAM médico-social et dotations limitatives régionales	Article 27-5 loi 30 juin 1975	Article L. 315-9 du CASF
Schéma médico-social	Article 2-2 loi 30 juin 1975	Articles L.311-3 à L311-5 CASF
Approbation par le représentant de l'Etat de décisions	Article 26-1 et 26-2 loi 30 juin 1975	Articles L.315-3 et L.315-8 CASF
Agrément des conventions collectives de travail	Article 16 loi 30 juin 1975	Article L.313-12 CASF