

# ANNEXE 2

**Arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionné à l'article R. 314-161 du code de l'action sociale et des familles en application des articles L. 314-8 et R. 314-162 du même code.**

## PRESTATIONS COMPRISES DANS LE FORFAIT SOINS (TARIF GLOBAL AVEC PHARMACIE A USAGE INTERIEUR) :

- Rémunération du médecin coordonnateur, des médecins salariés et honoraires des médecins généralistes libéraux.
- Rémunération des infirmiers salariés, autres auxiliaires médicaux salariés et honoraires des infirmiers et auxiliaires libéraux.
- 70% des rémunérations des ASQ et AMP
- Examens de biologie et de radiologie, autres que ceux nécessitant un recours à des équipements lourds (scanner, IRM) prescrits par un médecin autorisés à intervenir sur l'établissement.

## LISTE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX COMPRIS DANS LE TARIF AFFÉRENT AUX SOINS :

Les dispositifs médicaux cités dans la présente annexe et inscrits en outre sur la liste des produits et prestations remboursables mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale doivent respecter les spécifications techniques prévues, le cas échéant, par ladite liste.

### **I. Petit matériel et fournitures médicales**

- Abaisse-langue sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.
- Accessoires pour électrocardiogramme sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.
- Crachoir.
- Doigtier sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.
- Fil à sutures sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.
- Gant stérile sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.
- Garrot sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.
- Masque.
- Bande de crêpe et de contention.
- Articles pour pansements.
- Dispositif médical pour autocontrôle (urine, sang).
- Nutriment pour supplémentation orale et nutriment pour supplémentation entérale.
- Sondes naso-gastriques ou naso-entérale.
- Dispositif médical pour incontinence urinaire à l'exclusion des stomies.
- Sonde vésicale pour hétérosondage intermittent.
- Seringue et aiguille sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.

### **II. Matériel médical amortissable**

- Armoire de pharmacie.
- Aspirateur à mucosité.
- Chariot de soins et/ou de préparation de médicaments.
- Container pour stockage des déchets médicaux.
- Electrocardiographe.
- Matériel nécessaire pour sutures et pansements tel que pince de Péan, pince 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.
- Pèse-personne ou chaise balance.
- Pompe pour nutrition entérale.
- Négatoscope.
- Otoscope.

- Stérilisateur.
- Stéthoscope et tensiomètre y compris les tensiomètres électriques.
- Table d'examen.
- Thermomètre électronique.
- Appareil générateur d'aérosol et nébuliseur associé.
- Appareil de mesure pour glycémie.
- Matériels de perfusion périphérique et leurs accessoires (pied à sérum, potence, panier de perfusion).
- Béquille et canne anglaise.
- Déambulateur.
- Fauteuil roulant à pousser ou manuel non affecté à un résident particulier pour un handicap particulier.
- Siège pouvant être adapté sur un châssis à roulettes.
- Lit médical et accessoires.
- Soulève-malade mécanique ou électrique.
- Matelas simple, matelas ou surmatelas d'aide à la prévention d'escarres et accessoires de protection du matelas ou surmatelas.
- Compresseur pour surmatelas pneumatique à pression alternée.
- Coussin d'aide à la prévention d'escarres.
- Chaise percée avec accoudoirs.
- Appareil de verticalisation

**Remarque : les fauteuils roulants spécialement adaptés au handicap d'un usager sont à la charge des régimes obligatoires de base de l'Assurance Maladie et de la mutuelle du Résident dans les conditions de droit commun.**

### **Article R314-168 du Code de l'Action Sociale et des Familles (charges exclues des forfaits)**

Sont à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie dans les conditions prévues par le code de la sécurité sociale ou de l'aide médicale, mais ne peuvent être prises en compte dans le calcul des tarifs journaliers afférents aux soins, les prestations suivantes :

- Les soins dispensés par des établissements de santé autres que ceux autorisés à dispenser des soins de longue durée ;
- Les séjours, interventions d'infirmier à titre libéral pour la réalisation d'actes nécessaires à la dialyse péritonéale et interventions de services de suppléance aux insuffisants rénaux et respiratoires chroniques ;
- Les interventions in situ des équipes pluridisciplinaires relevant des secteurs de psychiatrie générale définis aux articles R. 3221-1 et R. 3221-5 du code de la santé publique ;
- Les soins conservateurs, chirurgicaux et de prothèses dentaires réalisés tant en établissement de santé qu'en cabinet de ville ;
- Les dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique autres que ceux mentionnés aux a) et c) du III de l'article R. 314-162 en fonction du droit d'option tarifaire retenu par l'établissement ;
- Les examens médicaux nécessitant le recours à des équipements matériels lourds définis au II de l'article R. 712-2 du code de la santé publique (scanner, IRM...) , lorsque ces examens ne nécessitent pas d'hospitalisation de la personne ;
- Les honoraires des médecins spécialistes libéraux ;
- Les transports sanitaires.

Ne peuvent être prises en compte dans le calcul des tarifs journaliers afférents à la dépendance, à l'hébergement et aux soins, les prestations suivantes :

- Les frais d'inhumation des pensionnaires ;
- Les frais couverts par un organisme mutualiste mentionné à l'article L. 111-1 du code de la mutualité ;
- La participation de l'assuré social aux frais de soins mentionnée à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (forfait journalier);
- Les dotations aux amortissements et aux provisions pour congés à payer et charges sociales et fiscales y afférents, dont les modalités ne respectent pas les règles de l'instruction comptable des établissements publics sociaux et médico-sociaux.

**Remarques :**

*Si les transports sanitaires relatifs à une hospitalisation sur un service hospitalier de court séjour restent à la charge de l'établissement, les transports sanitaires pour consultation ou en sortie d'hospitalisation sont à la charge des régimes obligatoires de base de l'Assurance Maladie, du Résident ou de sa mutuelle dans les conditions de droit commun.*

*On entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.*

*Les dispositifs médicaux qui sont conçus pour être implantés en totalité ou en partie dans le corps humain ou placés dans un orifice naturel, et qui dépendent pour leur bon fonctionnement d'une source d'énergie électrique ou de toute source d'énergie autre que celle qui est générée directement par le corps humain ou la pesanteur, sont dénommés dispositifs médicaux implantables actifs.*