



Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Direction de la Sécurité Sociale

Direction Générale de l'Action Sociale

REINTEGRATION DES DISPOSITIFS MEDICAUX

FOIRE AUX QUESTIONS

Information destinée aux établissements d'hébergement (sans PUI) pour personnes âgées dépendantes
suite à l'arrêté du 30 mai 2008 prévoyant une réintégration du coût des dispositifs médicaux dans le forfait journalier « soins » des EHPAD
au 1^{er} août 2008

Version du 19/12/2008

1 Rappel des principes concernant la prescription médicale

La réintégration du coût des dispositifs médicaux dans le forfait journalier « soins » a été prévue par les pouvoirs publics afin de permettre au personnel soignant des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de s'inscrire dans une démarche qualité pour la gestion du matériel médical nécessaire au traitement des personnes résidentes, dans une logique d'efficacité. Il convient de rappeler que l'ensemble des crédits afférents aux dispositifs médicaux énumérés sur la liste a été transféré dans l'enveloppe médico-sociale à due concurrence des dépenses supportées antérieurement par l'enveloppe relative aux soins de ville.

La mise en place de cette mesure appelle quelques précisions.

1.1 Prescription médicale

La délivrance des dispositifs médicaux et autre matériel médical n'est pas subordonnée, dans le code de la santé publique notamment, à une prescription médicale. Les établissements sont libres d'acheter les dispositifs médicaux de leur choix, qu'ils figurent ou non sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP) prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.

La prescription est cependant exigée pour la prise en charge par l'assurance maladie des produits et prestations au titre de la LPP.

Pour les produits dont le financement est intégré au forfait de soins des EHPAD, la prescription est préférable dans un objectif de qualité des soins pour une bonne adaptation aux besoins des patients et une bonne tenue du dossier médical du résident et non plus pour des motifs de remboursement.

1.2 Trois types de matériels peuvent être distingués dans la liste fixée par l'arrêté du 30 mai 2008

1/ Certains produits sont destinés à être utilisés dans le cadre des soins habituels des personnes par le personnel soignant de l'établissement, qu'il s'agisse de petit matériel ou de matériel amortissable, par exemple : abaisse-langue, gants, armoires à pharmacie, chariot de soins, stérilisateur...

Ces produits standardisés ne nécessitent aucune prescription, le même modèle pouvant être utilisé pour tous les résidents.

2/ En revanche, certains dispositifs médicaux figurant sur cette liste, relèvent de situations pathologiques spécifiques et peuvent appeler un choix médicalisé.

Pour ceux-là, le médecin traitant continue donc à établir une prescription pour son patient pour traduire son choix de recourir à une technique thérapeutique, par exemple nutrition entérale (pompes et nutriments) en cas de dénutrition.

3/ Enfin, pour certaines catégories de dispositifs médicaux, la prescription peut être inconstante. Les produits standards de ces catégories n'appellent pas de prescription. Le médecin traitant choisit de prescrire pour traduire son choix de recourir à un produit spécifique dans la gamme de produits : par exemple, un pansement d'alginate de calcium pour le traitement d'une plaie ou un matelas en mousse viscoélastique pour la prévention d'escarres chez un malade à haut risque d'escarres.

Si pour certaines catégories de produits, l'EHPAD est amené à établir une convention d'achat avec un fabricant/fournisseur d'une marque donnée, il est recommandé d'en informer au préalable les médecins traitants des résidents, par exemple sous la forme d'une liste des produits tenue à leur disposition.

Si un médecin prescrit néanmoins un produit d'une autre marque, le médecin coordonnateur ou l'infirmière¹ de l'EHPAD peut le contacter pour lui proposer de le remplacer par un produit équivalent de la marque retenue par l'EHPAD, s'il existe. Dans tous les cas, quelle que soit la prescription finale, le financement d'un produit entrant dans le champ de l'arrêté doit être assuré dans le cadre du forfait de soins.

Aucune facturation au résident ne peut être établie à ce titre.

¹ Les infirmières sont autorisées à prescrire aux patients, sauf en cas d'indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux (article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 qui modifie l'article L.4311-1 du CSS) conformément à la liste fixée par l'arrêté du 13 avril 2007.

2 Points particuliers

Questions	Réponses
Modalités d'application de la mesure	
Peut-on continuer à facturer à l'assurance maladie les produits réintégré dans le forfait de soins si la date de prescription est antérieure au 1 ^{er} août 2008 ?	Non, c'est la date de délivrance/livraison du produit, et non celle de la prescription, qui détermine si la prise en charge du produit concerné par la réintégration doit être faite par l'assurance maladie ou dans le cadre du forfait de soins attribué à l'établissement. <u>Exemple</u> : prescription datée du 3 juillet 2008 pour l'achat d'un lit médical. Si le lit est livré le 5 août 2008, il ne pourra pas être facturé à l'assurance maladie mais devra être financé dans le cadre du forfait de soins alloué à l'établissement. Si la livraison a lieu avant le 1 ^{er} août 2008, le lit peut être facturé à l'assurance maladie.
Peut-on continuer à facturer à l'assurance maladie au-delà du 1 ^{er} août 2008 une prestation/un produit si la date de prescription pour plusieurs mois est antérieure au 1 ^{er} août 2008 ?	Non, cf. réponse précédente. <u>Exemple</u> : prescription datée du 3 juin 2008 pour une location de 3 mois d'un lit médical : à compter du 1 ^{er} août 2008, le forfait de location du lit ne pourra plus être facturé à l'assurance maladie, et cela même si la prescription est antérieure au 1 ^{er} août et même si les locations pour les mois de juin et juillet ont été facturées à l'assurance maladie.
Pansements	
Est-ce que tous les pansements doivent être financés dans le cadre du forfait de soins ?	Oui, la réintégration des « articles pour pansement » (cf. arrêté) concerne l'ensemble des produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP) au titre 1, chapitre 3, section 1. Il s'agit non seulement des compresses, sparadraps et autres systèmes de maintien des pansements mais aussi des pansements tels que les pansements hydrocolloïdes, hydrocellulaires, polyuréthanes, hydrofibres, vaselinés..., qu'ils soient inscrits sur la LPP sous description générique ou sous nom de marque.
Les sets anti-escarres et sets pour pansement sont-ils intégrés dans le forfait de soins ?	Oui, les articles pour pansement qu'ils soient présentés en conditionnements individuels ou sous formes de sets doivent être délivrés par l'établissement dans le cadre du forfait de soins.
Bandes de contention	
Est-ce que les bandes élastiques de contention doivent être financées dans le cadre du forfait de soins alors que les bas, collants et chaussettes de contentions semblent hors forfait ?	Oui, les bandes de contention élastique (y compris celles thoraciques et abdominales) doivent être délivrées par l'établissement dans le cadre du forfait de soins. Les collants, bas et chaussettes de contention sont hors forfait de soins et restent donc remboursés à titre individuel par l'assurance maladie.
Nutrition orale & entérale	
Est-ce que les poudres de protéines sont concernées par la réintégration ?	Oui, les poudres de protéines (cf. « nutriment de groupe III » figurant au Titre I de la LPP) comme tous les nutriments pour supplémentation orale (cf. nutriments de groupes IA, IB, II, III et IV figurant sur la LPP) doivent être financés dans le cadre du forfait de soins.
Est-ce que les aliments sans gluten sont	Non, les aliments sans gluten ne sont pas concernés par la réintégration même s'ils sont inscrits sur la

concernés par la réintégration ?	LPP dans la sous-section 1 « alimentation orale » (titre 1, chapitre 1, section 5) comme les nutriments pour nutrition orale. En effet, contrairement à ces derniers, la prise en charge des aliments sans gluten suit une procédure particulière (arrêté du 15/07/1997 et lettre réseau LR-DDDGOS-12/2005), qui reste inchangée.
Est-ce que les nutriments pour nutrition entérale doivent systématiquement être financés dans le cadre du forfait de soins, même lorsqu'ils ne sont pas utilisés comme supplémentation ?	Oui, les nutriments pour nutrition entérale doivent <u>systématiquement</u> être délivrés par les établissements dans le cadre du forfait de soins.
Véhicules pour personne handicapée (VPH)	
Quels sont les VPH qui sont intégrés dans le forfait de soins ?	Rentrent dans le forfait de soins versé aux établissements pour chaque résident, les fauteuils roulants manuels ou à pousser, qu'ils soient achetés ou loués, dès lors qu'ils ne sont pas affectés à un résident particulier pour un handicap particulier. Ainsi, seuls les VPH manuels ou à pousser qui ne peuvent pas servir à un autre résident compte tenu des adaptations indispensables effectuées sur le fauteuil pour répondre au handicap durable du patient , peuvent être pris en charge par l'assurance maladie en dehors du forfait.
Le médecin traitant a prescrit à un résident un VPH adapté à la morphologie du patient. Est-ce que l'achat de ce VPH est intégré dans le forfait de soins ?	Oui, rentre dans le forfait de soins la mise à disposition par l'établissement d'un VPH adapté à la morphologie du patient (choix de la hauteur de dossier, largeur et profondeur d'assise adaptée au patient). En effet, une adaptation à la morphologie du patient ne peut être considérée comme "une adaptation au handicap particulier du patient". L'établissement doit donc avoir un parc suffisant de VPH pour répondre aux différences morphologiques des patients et utiliser un modèle adapté à la morphologie du patient.
Le médecin traitant a prescrit à un résident, à la suite d'une fracture du col du fémur, un VPH. Est-ce que l'achat de ce VPH est intégré dans le forfait de soins ?	Oui, ce VPH rentre dans le forfait de soins versé aux établissements pour chaque résident. En effet, outre le fait qu'il est destiné à répondre à un handicap temporaire du patient, il pourra surtout être réutilisé par d'autres patients par la suite, les éventuelles adaptations effectuées sur ce fauteuil n'étant pas de nature à exclure son usage par d'autres résidents.
Est-ce que les VPH à crémaillère sont intégrés dans le forfait de soins ?	Oui, les VPH à dossier inclinable par système de crémaillère rentrent dans le forfait de soins versé aux établissements pour chaque résident puisqu'un dossier inclinable (quel que soit le système d'inclinaison) n'est pas une adaptation indispensable effectuée spécifiquement pour répondre au handicap durable du patient. Ce type de VPH pourra en effet être utilisé par d'autres résidents.
Est-ce que les accessoires, la livraison et les réparations d'un VPH sont intégrés dans le forfait de soins.	Oui, sauf s'ils concernent un VPH spécifiquement adapté au handicap du résident (cf. réponses précédentes). Dans ce cas, l'accessoire suivant le principal, ils restent remboursés à titre individuel par l'assurance maladie comme le VPH auquel ils se rapportent.
Est-ce que l'achat d'un siège coquille est intégré dans le forfait de soins ?	Oui, les sièges coquilles et les sièges modulables <u>de série</u> (sièges pouvant être adaptés sur un châssis à roulettes), ainsi que leurs accessoires (pieds à roulettes, châssis roulant, repose pieds, tablette...),

	doivent être délivrés par l'établissement dans le cadre du forfait de soins.
Dispositifs médicaux pour autocontrôle (urine, sang)	
Est-ce que les lecteurs de glycémie sont intégrés dans le forfait de soins ?	Oui, les lecteurs de glycémie et leurs accessoires (autopiçonneurs, lancettes et bandelettes pour autocontrôle dans l'urine ou le sang) doivent être délivrés par l'établissement dans le cadre du forfait de soins. Il revient à chaque établissement de choisir s'il préfère financer un lecteur de glycémie à usage individuel pour chaque résident ou utiliser un lecteur de glycémie pouvant être utilisé pour plusieurs résidents. Dans ce cas, l'établissement devra respecter les recommandations de l'Afssaps faites aux professionnels de santé (http://agmed.sante.gouv.fr/htm/10/dm/inddm.htm) sur l'utilisation partagée des lecteurs de glycémie (06/01/2003).
Est-ce que pour les patients diabétiques les stylos et aiguilles adaptables aux stylos sont intégrés dans le forfait de soins ?	Non, ils restent remboursés à titre individuel par l'assurance maladie. Les dispositifs médicaux pour auto-traitement ne sont en effet pas concernés par l'arrêté du 30 mai 2008.
Est-ce que les bandelettes d'autocontrôle du sucre dans les urines sont incluses dans le forfait de soins ?	Oui, toutes les bandelettes permettant un autocontrôle du sucre et/ou des corps cétoniques dans les urines et le sang doivent être délivrées par l'établissement dans le cadre du forfait de soins.
Matériel de perfusion et leurs accessoires	
Est-ce que les poussettes électriques utilisés pour des résidents en soins palliatifs recevant de la morphine et autres traitements sont intégrés dans le forfait de soins ?	Oui, sont inclus dans le forfait de soins tous les dispositifs médicaux inscrits sur la LPP au titre 1, chapitre 1 dans la section 2 « dispositifs médicaux pour perfusion à domicile », à l'exception des pompes à insuline externes (cf. sous-section 5, paragraphe 4).
Est-ce que la location d'une pompe programmable en poste fixe peut être facturée à l'assurance maladie ?	Non, la réintégration dans le forfait de soins concerne l'ensemble des dispositifs médicaux de perfusion à domicile qu'ils soient achetés ou loués.
Lits/ matelas/ coussins	
Est-ce qu'un établissement peut acheter dans le cadre du forfait alloué un matelas anti-escarre qui ne figure pas sur la LPP ?	Oui, avec la somme allouée dans le cadre du forfait, les établissements sont libres d'acheter les matelas anti-escarre qu'ils souhaitent. Toutefois, les produits inscrits sur la LPP sont des produits qui ont fait l'objet d'une évaluation par la CEPP et répondent aux spécifications techniques figurant sur la LPP, ce qui n'est pas forcément le cas des produits ne figurant pas sur la LPP.
Est-ce que les coussins de positionnement sont intégrés dans le forfait de soins ?	Oui, ils doivent être délivrés par l'établissement dans le cadre du forfait de soins comme les coussins d'aide à la prévention des escarres.
Est-ce que les lits et matelas adaptés aux patients obèses sont intégrés dans le	Oui, la réintégration dans le forfait de soins concerne tous les lits et matelas, y compris donc ceux adaptés aux patients obèses.

forfait de soins ?	
Maintenance/réparation des DM réintégrés	
Est-ce que la maintenance et les réparations des DM réintégrés doivent être également financées dans le cadre du forfait de soins ?	Oui, la maintenance et les réparations des DM réintégrés doivent être délivrées par l'établissement dans le cadre du forfait de soins et ne peuvent donc pas être facturées à l'assurance maladie, même lorsqu'il s'agit de forfaits spécifiques.
Achat versus location	
Est-ce que les produits inscrits sur la LPP et figurant dans la rubrique « matériel amortissable » peuvent être facturés à l'assurance maladie dès lors qu'ils sont loués et non achetés ?	Non, ils doivent être délivrés par l'établissement dans le cadre du forfait de soins. En effet, la notion de "matériel médical amortissable" figurant dans le titre du point II de la liste annexée à l'arrêté inclut à la fois le dispositif médical visé et les éventuels accessoires que son usage requiert. Par ailleurs, en cas d'alternative entre l'achat et la location, le caractère amortissable du matériel figurant dans cette même liste est apprécié en soi, indépendamment du mode d'acquisition de ce matériel par l'établissement ; le choix arrêté à cet égard relève de la seule gestion interne de celui-ci. Par conséquent, aucune facture de matériel répertorié dans la liste et susceptible d'être loué ne peut être présenté au remboursement des organismes d'assurance maladie, sur le risque et à titre individuel, en sus du forfait de soins des établissements.
Liste des codes LPP transmise aux DRASS/DDASS	
Est-ce que la liste des codes LPP transmise le 28 juillet 2008 (cf. annexe 1) aux DRASS/DDASS est complémentaire de celle figurant en annexe de l'arrêté du 30 mai 2008 ?	Oui, la liste figurant en annexe de l'arrêté ne fait que définir les catégories de produits réintégrés dans les forfaits de soins. Pour les catégories de produits réintégrés dans le forfait de soins <u>et</u> qui figurent sur la LPP, il a été jugé utile de préciser les produits rentrant dans les catégories réintégré. C'est l'objet de la liste des codes LPP transmise aux établissements. A noter que tous les produits visés par la réintégration ne figurent pas forcément sur la LPP (ex : armoire à pharmacie).
Est-ce que cette liste est exhaustive ?	Non, car elle a été établie sur la base de la LPP laquelle évolue en permanence (inscription et radiation régulière de produits ou de lignes génériques). Cette liste a été transmise afin de faciliter l'entrée en vigueur de la mesure. Ainsi, les nouveaux produits inscrits sur la LPP et figurant dans les catégories présentes sur la liste doivent, de fait, être considérés comme faisant partie de cette liste. Les établissements ne doivent donc pas se limiter aux codes figurant sur la liste transmise. L'administration s'efforcera de l'actualiser périodiquement de façon à intégrer les évolutions de la LPP.
Est-ce que cette liste est figée ?	Non elle est amenée à évoluer, notamment pour intégrer les évolutions de la LPP (cf. supra).
Est-ce que les établissements peuvent acheter des produits dont la marque ou le modèle ne figurent pas sur la liste ?	Oui, les établissements sont libres d'acheter les produits qu'ils souhaitent. Toutefois, les produits inscrits sur la LPP sont des produits qui ont fait l'objet d'une évaluation par la CEPP et répondent aux spécifications techniques figurant sur la LPP, ce qui n'est pas forcément le cas des produits ne figurant pas sur la LPP.

DASRI (Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux)	
Est-ce que le coût de la collecte des déchets de soins est compris dans le forfait de soins ?	Oui, la gestion des DASRI n'est pas modifiée par l'arrêté du 30 mai 2008. Elle relève des établissements lesquels doivent avoir un système d'élimination des déchets, qu'ils soient infectieux ou non. Le financement afférent aux déchets de soins est bien intégré dans le forfait correspondant aux soins.