

FORFAIT "DE PETIT MATERIEL" (FFM)

1. Textes de référence

⇒ Lois

- [Loi n° 2003-1199 du 19 décembre 2003](#) de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33.

⇒ Code de la sécurité sociale (CSS)

- Articles [L.162-22-6](#), [L.162-22-10](#) et [L.162-26](#) relatifs aux frais d'hospitalisation afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé.
- Articles [R.162-32](#), [R.162-32-1](#), [R.162-51](#) et [R.322-1](#)

⇒ Décret n°2004-546 du 15 juin 2004

relatif au taux de participation des assurés sociaux

⇒ Décret n°2009-213 du 23 février 2009

relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé.

⇒ Arrêtés

- [Arrêté du 23 janvier 2008](#) relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article [L.162-22-6](#) du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article [L.174-1](#) du code de la sécurité sociale.
- [Arrêté du 22 février 2008](#) relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondante produites par les établissements de santé ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies à l'article [L6113-8](#) du CSP, modifié par l'arrêté du 20 janvier 2009.
- Arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie pris en application de l'article [L.162-22-6](#) du code de la sécurité sociale.
- [Arrêté du 27 février 2008](#) fixant pour l'année 2008 les ressources d'assurance maladie des établissements de soins exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- Arrêté du 27 février 2009 fixant pour l'année 2009 les ressources d'assurance maladie des établissements de soins exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

⇒ Circulaire

- [Circulaire N°DHOS/F1/F4/2007/105 du 21 mars 2007](#) relative à la généralisation de la suppression du taux de conversion.

2. Définition

Le forfait "de petit matériel" (FFM) vise à couvrir les dépenses résultant de la mise à disposition de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation pour des soins non programmés et non suivis d'une hospitalisation, dispensés dans les établissements de santé qui ne sont pas autorisés à exercer une activité d'accueil et de traitement des urgences.

3. Champ d'application

Le forfait FFM s'applique dans les établissements MCOO (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie), tarifés à l'activité.

Il ne s'applique pas aux établissements et aux activités non tarifés à l'activité : hôpitaux locaux, activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation (SSR), établissements publics de santé de Fresnes, de Saint Pierre et Miquelon et de Mayotte, Institut national des Invalides. Pour ces établissements, les dépenses engagées au titre des actes et consultations externes sont couvertes par la dotation annuelle de financement versée par l'assurance maladie.

4. Règles de facturation

4.1 Principes généraux

Le forfait FFM «de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation » est réglé:

- ⇒ **pour** les soins réalisés sans anesthésie et inscrits sur la liste fixée en annexe 10 de l'arrêté du 19 février 2009 cité en référence, en sus des consultations et actes réalisés lors de la venue d'un patient ;
- ⇒ **à condition** que ce patient ne soit pas hospitalisé dans l'établissement et que l'établissement ne soit pas autorisé à exercer l'activité de médecine d'urgence

Il n'est cumulable ni avec le forfait sécurité environnement (SE) ni avec le forfait accueil et traitement des urgences (ATU) ni avec un GHS.

Le tarif du forfait FFM s'élève à 19,05 € (cf arrêtés du 27 février 2008 fixant, pour 2008, les ressources d'assurance maladie pour les établissements de santé MCOO et du 27 février 2009, pour 2009).

4.2 Modalités

4.2.1 Dans les établissements ex DG

⇒ Principes

Depuis le décret n°2009-213 cité en référence, le forfait FFM est facturable selon les modalités suivantes :

- **Pour les assurés sociaux** : le ticket modérateur sera facturable le lendemain de la publication au Journal Officiel de la décision UNCAM fixant le taux applicable. Ce taux sera compris entre 15 et 25% et s'appliquera également aux actes et consultations accompagnant le forfait ATU ; de ce fait, la valorisation de l'activité se situera entre 85 et 75% pour ce qui concerne la part prise en charge par l'assurance maladie.

En attendant cette décision UNCAM, l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé ex DG continue de s'appliquer : le ticket modérateur n'est pas facturable, les patients n'étant redevables que des actes et les forfaits FFM sont valorisés à 94%, selon la formule suivante :

Tarif * taux moyen de prise en charge fixée en 2008 à 94 % * coefficient géographique * coefficient de transition

- **Pour les patients relevant des conventions internationales (Union européenne ou hors union européenne)**, les forfaits pourront être facturés le lendemain de la publication au Journal Officiel de la décision UNCAM fixant les taux de ticket modérateur applicables (tarifs * taux de prise en charge du patient). En attendant, ces forfaits ne sont pas facturables et les patients ne sont redevables que des actes
- **Pour les non assurés sociaux (étrangers hors conventions internationales, AME, soins urgents de l'art. L.254-1 du CASE, payants)**, les forfaits FFM sont facturables à 100% pour les patients reçus depuis le 25 février 2009, sur la base de l'article 5 du décret du 23 février 2009 supra, qui prévoit l'exclusion des forfaits ATU, FFM et SE du calcul des tarifs journaliers de prestations.

⇒ Valorisation

Il convient de réaliser des RSF-ACE pour tous les patients, qu'ils soient assurés sociaux ou non, en codant la variable [Séjour facturable l'assurance maladie]¹ avec la valeur correspondant à la situation du patient. Le but est d'une part de valoriser l'activité prise en charge par l'assurance maladie, d'autre part de connaître l'ensemble de l'activité ayant donné lieu à forfait FFM.

4.2.2 Facturation dans les établissements ex OQN.

Le forfait FFM est facturable :

- A l'encontre de l'assurance maladie pour les patients assurés sociaux, avec un taux de ticket modérateur de 35 % ;
- A l'encontre des patients, intégralement.

5. Forfait FFM et ticket modérateur forfaitaire de 18 €

Un ticket modérateur forfaitaire de 18 € est mis à la charge des assurés sociaux lorsque des actes dont **le tarif est égal ou supérieur à 91€** dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou dont le **coefficient est égal ou supérieur à 50** dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) leur sont dispensés en consultations externes ou au cours d'une hospitalisation (cf fiche).

Cette participation forfaitaire s'applique, même en présence d'un forfait FFM (ATU et SE).

Dans les établissements ex OQN, si un forfait FFM est associé à des actes, le TMF de 18 € doit être déduit de la ligne FFM et non des actes, sur les factures transmises à l'assurance maladie.

Exemple : pour un FFM de 25,28 € et un acte égal ou à 91 € ou > K50 de 100 € la facture télétransmise se doit se présenter ainsi :

- ATU = 25,28 € - 18 €
- Acte égal ou > à 91 € ou > K50 : 100 €

Cette consigne sera applicable dans les établissements ex DG lorsque la facturation directe à l'encontre de l'assurance maladie sera mise en œuvre (cf I de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009²).

¹ 0 = non ; 1 = oui ; 2 ou 3 = en attente de décision

² « I – Jusqu'au 1^{er} juillet 2011, ... les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques (en sus) ... ne sont pas facturés à la caisse ... L'agence régionale de l'hospitalisation procède, pour chaque établissement à la valorisation de l'activité... »