

Règles de valorisation

Hospitalisation

2021

1. Traitement des Fichiers.....	4
a. Fichier RSA	4
b. Fichier ANO	4
c. Fichier PORG	4
d. Fichier PIE	4
e. Fichier DIALP.....	4
f. Fichier DMI, MED et MEDATU.....	4
2. Définition du cas des séjours/séances	5
a. Séjours/séances valorisés	5
b. IVG	6
c. Séjours/séances AME.....	6
d. Séjours/séances SU	6
e. Forfait Innovation	6
g. Réhospitalisation dans un même GHM.....	7
3. Calcul du taux de remboursement utilisé et du forfait journalier (applicable / non applicable)	8
a. Séjours valorisés et les IVG	8
b. Cas particuliers	9
c. Séjours AME/SU	9
4. Valorisation GHS + Suppléments + Forfait.....	10
a. Calcul du montant BR	10
b. Calcul du Montant AM.....	11
5. Montant remboursable pour l'organisme complémentaire	13
a. Cas général	13
b. Pour les séjours des patients détenus	13
6. Valorisation molécules onéreuses.....	14
a. Calcul du nombre d'UCD valorisés	14
b. Calcul de la dépense établissement.....	14



c.	Calcul de la dépense au tarif de responsabilité	14
d.	Calcul du montant valorisé	15
7.	Valorisation DMI.....	16
a.	Calcul du nombre de LPP valorisés	16
b.	Calcul de la dépense établissement.....	16
c.	Calcul de la dépense au tarif de responsabilité	16
d.	Calcul du montant valorisé.....	16
8.	Valorisation ATU/POST-ATU/AAC/AAP/CPC	18
a.	Calcul du nombre d'UCD valorisés	18
b.	Calcul du montant valorisé.....	18

Les règles de valorisation de l'année N s'appliquent à compter du 1er mars. Pour les mois de janvier et février, il faut se référer aux règles de valorisation de l'année N-1.

La valorisation du traitement RSA sous OVALIDE permet de calculer les montants pour l'arrêté de versement pour les cas suivants :

- Les séjours/séances valorisés hors AME et SU (GHS MED DMI MEDATU)
- Les séjours/séances des patients AME (GHS MED DMI MEDATU)
- Les séjours/séances des patients SU (GHS MED DMI MEDATU)
- Les IVG
- Les PO
- Le reste à charge des patients détenus.

1. Traitement des Fichiers

Dans ce paragraphe, vous retrouverez la liste des fichiers et les traitements qui sont réalisés pour effectuer la valorisation des séjours.

a. Fichier RSA

Si l'année de sortie n'est pas égale à l'année de l'envoi, alors on met le séjour en erreur (GHM 90H01Z).

b. Fichier ANO

Si la variable nombre de venues est égale à 0 ou ., on lui attribue la valeur 1 par défaut.

Les variables de montant (AM, TM, FJ, BR, AMC, majoration du parcours de soins) sont divisées par le nombre de venues.

c. Fichier PORG

Seuls les PO issus de FICHCOMP sont valorisés. Certains contrôles, faits en amont sur le fichier par GENRSA, ont des impacts sur la valorisation :

Erreurs bloquantes (données non transmises) :

Les PO1->PO4 ne peuvent pas se cumuler entre eux

Les PO1->PO4 sont obligatoirement associés aux séjours à l'issue desquels le patient décède (mode de sortie 9)

Signalement (données transmises, code erreur dans le fichier LEG) :

Instance multiple d'un même code PO (PO5, PO6, PO7, PO8, PO9, POA) : un seul est gardé.

d. Fichier PIE

Il sert à la valorisation des suppléments réalisés en prestation inter-établissement (REA, REP, NN1, NN2, NN3, SRC, STF).

e. Fichier DIALP

Il sert à la valorisation du code de dialyse DIP.

f. Fichier DMI, MED et MEDATU

Ces fichiers servent à la valorisation des DMI de la liste en sus, des molécules onéreuses de la liste en sus et des médicaments ATU et Post-ATU.

Si la période n'est pas remplie dans le fichier FICHCOMP, on crée cette variable qui correspond au mois de sortie du patient dans le RSA pour le séjour considéré.

2. Définition du cas des séjours/séances

a. Séjours/séances valorisés

Les critères de non valorisation des séjours sont les suivants :

- Les séjours en CMD 90
- Les séjours/séances en prestation inter-établissement (variable type de séjour du RSA égale à 'B'), sauf en cas de séances de Radiothérapie, dialyse ou chimiothérapie, où les séjours en PIE sont valorisés.
- Les séjours/séances en GHS 9999
- Les séjours/séances non pris en charge par l'assurance maladie (variable séjour facturable à l'AM du fichier ANO égale à 0)
- Les séjours/séances avec prélèvements d'organe sur patient arrivé décédé : variable du ANO, prise en compte après vérification qu'un PO est vraiment associé au séjour
- Les séjours/séances en attente de décision sur les droits du patient (variable séjour facturable à l'AM du fichier ANO égale à 3)
- Les séjours/séances avec problèmes de chainage : variable code retour Contrôle fusion ANO-HOSP/HOPS-PMSI différente de 0 ou variable code retour contrôle fusion ANO-PMSI/Fichier PMSI différente de 0 (variables du fichier ANO)
- Les séjours/séances avec problème de codage des variables bloquantes (fichier ANO) :
 - si le taux VIDHOSP est correctement rempli (égal à 80, 90 ou 100%), les variables bloquantes sont :
 - Code de prise en charge du FJ : variable bloquante si elle est égale à 'X' ou que le code retour correspondant est différent de 0
 - Séjour facturable à l'AM : variable bloquante si le code retour correspondant est différent de 0
 - Nombre de venues : variable bloquante si le code retour correspondant est différent de 0.
 - Sinon, les variables bloquantes sont :
 - Code justification d'exonération du TM : variable bloquante si elle est égale à 'X' ou que le code retour correspondant est différent de 0
 - Code de prise en charge du FJ : variable bloquante si elle est égale à 'X' ou que le code retour correspondant est différent de 0
 - Nature d'assurance : variable bloquante si elle est égale 'XX' ou que le code retour correspondant est différent de 0
 - Séjour facturable à l'AM : variable bloquante si le code retour correspondant est différent de 0
 - Nombre de venues : variable bloquante si le code retour correspondant est différent de 0

Exceptions :

- Les séances de radiothérapie, les séjours de nouveau-nés (âge <= 30 jours) et les séjours avec prélèvements d'organes sont toujours valorisés sauf si le

séjour est codé comme non facturable à l'assurance maladie (séjour facturable à l'AM du fichier ANO égale 0).

- En cas de séjours non facturable à l'AM avec prélèvements d'organes, les prélèvements d'organes de ce séjour sont valorisés (à 100%).
- Les séjours/séances en attente de taux de prise en charge du patient sont valorisés.

b. IVG

La sélection des IVG et la détermination du forfait se fait selon l'algorithme suivant :

- Forfait AMD : GHM 14Z08Z et durée de séjour=0 avec au moins un acte d'anesthésie générale
- Forfait IMD : GHM 14Z08Z et durée de séjour=0 sans acte d'anesthésie générale
- Forfait APD : GHM 14Z08Z et durée de séjour=1 ou 2 avec au moins un acte d'anesthésie générale
- Forfait IPD : GHM 14Z08Z et durée de séjour=1 ou 2 sans acte d'anesthésie générale
- Forfait AMF : GHM 14Z08Z et acte JNJP001 (évacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux au 1er trimestre de grossesse)

Les critères de non valorisation des IVG sont identiques à celle des séjours/séances ci-dessus (sauf les critères sur le GHS 9999 et les PIE).

c. Séjours/séances AME

Les séjours/séances en AME sont repérés à partir des variables du fichier ANO : [séjours facturables à l'AM] codée à 0 (= Séjour non facturable) et [motif de non facturation à l'AM] codée à 1 (= Patient AME). Les IVG et les PO sont hors champ. Les séjours/séances en CMD 90, les séjours/séances en prestation inter-établissement (variable type de séjour du RSA égale à 'B'), sauf en cas de séances de radiothérapie, dialyse ou chimiothérapie et les séjours/séances en GHS 9999 ne sont pas sélectionnés.

d. Séjours/séances SU

Les séjours en SU sont repérés à partir des variables du fichier ANO : [séjours facturables à l'AM] codée à 0 (= Séjour non facturable) et [motif de non facturation à l'AM] codée à 4 (=Patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents). Les IVG et les PO sont hors champ.

Les séjours/séances en CMD 90, les séjours/séances en prestation inter-établissement (variable type de séjour du RSA égale à 'B'), sauf en cas de séances de radiothérapie, dialyse ou chimiothérapie et les séjours/séances en GHS 9999 ne sont pas sélectionnés.

e. Forfait Innovation

Le groupage des séjours dans un forfait innovation est effectué par GENRSA. Afin de percevoir ce forfait, les établissements doivent coder les séjours des patients traités

dans le cadre de cette prise en charge innovante avec un code spécifique, propre à chaque innovation, au niveau de la variable « n° innovation » du RSA.

Les contrôles suivants sont effectués sur les séjours groupés dans un forfait innovation pour la valorisation :

- Vérification du numéro finess afin de voir s'il appartient à la liste des établissements participant à l'étude.
- Pour le forfait innovation I05, l'âge du patient doit être entre 18 ans et 78 ans (exclus).

Dans le cas contraire, la valorisation des séjours concernés se fait de façon standard sur la base du GHS.

Les séjours non valorisés ne bénéficient pas du forfait innovation (y compris les séjours en AME et SU). Les éventuels séjours concernés en AME et SU sont valorisés sur la base du GHS.

Les forfaits innovation sont exclusifs de toute autre source de financement (hors forfait I04, I11, I12, I14):

- Pas de valorisation des suppléments journaliers, des actes en sus ou des médicaments et DMI de la liste en sus ;
- Pas d'application du taux de remboursement ;
- Pas de facturation du forfait journalier ;
- Pas d'application des coefficients (géographiques ou prudentiels).

Les forfaits innovation I04, I11, I12 et I14 sont valorisés en tant que supplément en sus de la valorisation du séjour réalisée sur la base du GHS.

g. Réhospitalisation dans un même GHM

La sélection des séjours avec réhospitalisation dans le même GHM répond aux critères suivants :

- Hospitalisations successives avec groupage du 2ème séjour dans le même GHS que le 1er
- Mode de sortie du 1er séjour '71'
- Mode d'entrée du 2ème séjour '71'
- Durée entre les deux hospitalisations : >2 et <=10 jours

Ces critères sont testés uniquement sur les séjours valorisés (hors séances) avec :

- Codes retours 1 à 9 du fichier ANO égaux à 0 (position 22 à 30 dans le fichier)
- Âge et sexe constants pour un même patient (écart d'un an accepté pour l'âge)

3. Calcul du taux de remboursement utilisé et du forfait journalier (applicable / non applicable)

a. Séjours valorisés et les IVG

Le taux de remboursement utilisé est le taux renseigné dans le fichier ANO si celui-ci est égal à 80, 90 ou 100. Dans les autres cas (valeur manquante ou incorrecte), on utilise la valeur du taux de remboursement calculé :

Code justification d'exonération du TM	Nature Assurance	Code de prise en charge du FJ	Taux de remboursement calculé	Forfait Journalier
0, 2	10	A	80	Oui
0, 2	10	L	80	Non
0, 2	10	R	80	Non
0, 2	13	A	80	Oui
0, 2	13	L	80	Oui
0, 2	13	R	80	Oui
0, 2	30, 41, 90	A	100	Oui
0, 2	30, 41, 90	L	100	Non
0, 2	30, 41, 90	R	100	Non
9	10	A	90	Oui
9	10	L	90	Non
9	10	R	90	Non
9	13	A	100	Oui
9	13	L	100	Oui
9	13	R	100	Non
9	30, 41, 90	A	100	Oui
9	30, 41, 90	L	100	Non
9	30, 41, 90	R	100	Non
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	10	A	100	Oui
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	10	L	100	Non
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	10	R	100	Non
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	13	A	100	Oui
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	13	L	100	Oui
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	13	R	100	Non
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	30, 41, 90	A	100	Oui
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	30, 41, 90	L	100	Non
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	30, 41, 90	R	100	Non

Pour les séjours avec un forfait journalier non applicable (séances, durée de séjour égale à 0 (hors radiothérapie) ou GHM 23K02Z), le taux de remboursement est calculé comme suit :

Code justification d'exonération du TM	Nature Assurance	Taux de remboursement calculé
0, 2	10	80
0, 2	13	100
0, 2	30, 41, 90	100
9	10	90
9	13	100
9	30, 41, 90	100
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	10	100
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	13	100
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	30, 41, 90	100

b. Cas particuliers

Pour les séjours en attente de décision sur le taux de prise en charge du patient : on utilise le taux de remboursement du fichier ANO si celui-ci est égal à 80 ou 90%. Dans les autres cas, on applique un taux de remboursement de 80%. Le forfait journalier est à la charge de l'assuré.

Pour les séjours de radiothérapie (GHM 28Z11Z, 28Z18Z, 28Z19Z, 28Z20Z, 28Z21Z, 28Z22Z, 28Z23Z, 28Z24Z, 28Z25Z), les séjours de nouveau-nés avec un âge inférieur ou égal à 30 jours et les séjours avec prélèvements d'organes, le taux de remboursement est de 100% et l'assuré est exonéré du forfait journalier (y compris pour les séjours en attente de décision sur le taux de prise en charge et en attente de décision sur les droits du patient).

Pour les séjours valorisés avec un forfait innovation, le taux de remboursement est forcé à 100% et le forfait journalier n'est pas applicable (y compris pour les séjours en attente de décision sur le taux de prise en charge).

Pour les séjours de plus de 30 jours (délai compté à partir de la date de 1ère hospitalisation du fichier VIDHOSP), avec un code justification d'exonération du TM égal à 2 et avec transfert depuis le MCO (mode d'entrée et provenance= 71), le taux de remboursement calculé est de 100%. Pour tous les autres séjours avec une exonération du TM égale à 2, le taux de remboursement calculé est de 80%.

Pour les séjours des patients détenus, le taux de remboursement utilisé est le taux moyen de remboursement calculé sur la base des RSA de l'année N-1 sur les séjours valorisés par GHS.

c. Séjours AME/SU

Pour ces séjours, le taux de remboursement utilisé est 80%.

4. Valorisation GHS + Suppléments + Forfait

Voici la liste des éléments entrants dans la valorisation :

- GHS (y compris forfaits dialyse D11, D20, D21, D24 et forfaits innovation)
- Journées EXH (« Extrême haut »)
- Journées EXB (« Extrême bas ») (à déduire)
- Réhospitalisations dans le même GHM (à déduire)
- Les suppléments de radiothérapie
- Les suppléments de radiothérapie pédiatrique
- Les suppléments REA
- Les suppléments REP
- Les suppléments NN1
- Les suppléments NN2
- Les suppléments NN3
- Les suppléments ANT
- Les suppléments prélèvements organes
- Les suppléments caissons hyperbares
- Les suppléments d'aphérèses sanguines
- Les suppléments de dialyse (dont DIP)
- Les suppléments de soins intensifs
- Les suppléments de surveillance continue
- Les suppléments pour pose de défibrillateur cardiaque
- Les suppléments pour forfait innovation

a. Calcul du montant BR

Pour les GHS, suppléments, journées EXB, journées EXH, le montant est calculé de la manière suivante:

$$\text{Tarif BO} * \text{quantité} * \text{coefficient géographique} * \text{coefficient relatif aux allègements de charges} * \text{coefficient Ségur}$$

Pour les réhospitalisations dans le même GHM, le montant est calculé de la manière suivante :

$$((\text{Tarif BO} * \text{coefficient géographique} * \text{coefficient relatif aux allègements de charges} + \text{coefficient Ségur}) + \text{mnt EXB})/2) * \text{quantité}$$

Pour les forfaits innovation, le montant est calculé de la manière suivante :

$$\text{Montant du forfait Innovation}$$

Pour les forfaits IVG, le montant est calculé de la manière suivante :

Montant du forfait IVG

b. Calcul du Montant AM

Pour les GHS, le calcul du montant AM est effectué de la manière suivante

- Séjours valorisés

*(Montant BR GHS * Coefficient prudentiel * taux de remboursement) - Montant ticket modérateur forfait (1) -montant FJ (2)*

- Séjours valorisés avec un taux de remboursement 80% et (durée en 2017 * 18) + (durée en 2018 ou après * 20) > (0,20 * mnt BR du GHS) :

*(Montant BR GHS * Coefficient prudentiel) - Montant ticket modérateur forfait (1) -montant FJ (2)*

(1) Si facturation du ticket modérateur forfaitaire, 24 euros à partir du 01/01/2019.

(2) Si FJ applicable : montant FJ = 18 * (durée en 2017 ou avant) + 20 *(durée en 2018 ou après + 1) ;
si décès, transfert ou mutation : montant FJ = 18 * (durée en 2017 ou avant) + 20 (durée en 2018 ou après)

- Pour les séjours des patients détenus

*(Montant BR GHS * Coefficient prudentiel * Taux remboursement) – MFJ *Taux forfait journalier Moyen– Montant moyen de la participation forfaitaire de 24 euros.*

Les valeurs de références moyennes sont calculées sur la base N-1 par GHS sur les séjours valorisés. Le montant moyen du ticket modérateur n'est calculé que sur les patients non exonérés du ticket modérateur. De plus, la moyenne est lissée en enlevant les valeurs extrêmes hautes (> P95).

- Pour les séjours des patients AME ou SU

*Montant BR GHS * taux de remboursement*

Pour les suppléments (hors prélèvement d'organes et suppléments Innovation), journées EXB, journées EXH, réhospitalisations dans le même GHM, le calcul du montant AM est effectué de la manière suivante :

*Montant BR * taux de remboursement*

Pour les prélèvements d'organe, le calcul du montant AM est effectué de la manière suivante :

*Montant BR * coefficient prudentiel*

Pour les forfaits innovation, le calcul du montant AM est effectué de la manière suivante :

Montant du forfait Innovation

Pour les forfaits IVG, le calcul du montant AM est effectué de la manière suivante :

*Montant du forfait IVG * taux de remboursement*

Cas particuliers

- Journées EXH

Si la variable exonération du ticket modérateur (fichier ANO) est égale à 2, alors les journées EXH sont valorisés avec un taux de remboursement de 100% au-delà du 30ème jour d'hospitalisation

- Suppléments de soins intensif et surveillance continue

Ces deux types de suppléments sont soumis à une limitation (nombre de lits maximum autorisés). Cette information est saisie par les ARS sous Epmsi. Cette limitation n'est plus effective en 2021.

5. Montant remboursable pour l'organisme complémentaire

a. Cas général

Correspond au Montant total du séjour remboursable pour l'AMC renseignée dans le fichier VIDHOSP.

b. Pour les séjours des patients détenus

*Montant du Reste A Charge estimé : montant moyen du ticket modérateur fournie par ANO-HOSP +
Montant forfait journalier * taux moyen du forfait journalier+ montant moyen de la participation PF18*

Toutes les valeurs moyennes sont calculées par GHS sur les séjours valorisés de la Base N-1.

6. Valorisation molécules onéreuses

Les critères de non valorisation des codes UCD de la liste en SUS sont les suivants :

- UCD sur des séjours non valorisés (hors séjours IVG, AME, SU ou Expérimentation Immunothérapie où la valorisation des UCD est similaire à celle des séjours valorisés)
- UCD administrés hors période
- UCD appartenant à des séjours valorisés en forfait innovation
- UCD appartenant pas à la liste de référence
- UCD d'Avastin® (9261104, 9261110) et de ses biosimilaires (9000024, 9000025, 9000099 et 9000100) soumis à la radiation partielle depuis M9 2016
- UCD avec problème d'indication :
 - Pour les séjours postérieurs au 1er septembre 2018 : indication vide ou inexistante
 - Pour les séjours postérieurs au 1er mars 2019 : indication non inscrite sur la liste en SUS

a. Calcul du nombre d'UCD valorisés

$$Nb_val = \text{nombre FICHCOMP} - \text{nombre d'UCD en essai thérapeutique (1)}$$

(1) ce nombre correspond au nombre d'UCD FICHCOMP dont le montant correspondant est à 0

b. Calcul de la dépense établissement

$$Dep_etab = \text{montant rempli dans FICHCOMP}$$

c. Calcul de la dépense au tarif de responsabilité

Cas général :

$$Dep_resp = nb_val * \text{tarif de responsabilité}$$

Pour les établissements DOM:

$$Dep_resp = nb_val * \text{tarif de responsabilité} * 1,16$$

Pour les établissements participant à l'expérimentation MO :

$$Dep_resp = nb_val * \text{tarif de responsabilité} * 50\%$$

Si le tarif de responsabilité n'existe pas encore pour une molécule alors qu'elle est inscrite sur la liste, on le remplace par la dépense établissement.

d. Calcul du montant valorisé

Si la dépense établissement est supérieur ou égal à la dépense au tarif de responsabilité alors le montant valorisé est égal à la dépense au tarif de responsabilité

$$\text{Si } 0 \leq \text{dep_resp} \leq \text{dep_etab} \text{ alors } \text{mnt_val} = \text{dep_resp}$$

Si la dépense établissement est inférieur à la dépense au tarif de responsabilité alors le montant valorisé est égal à la dépense établissement + 50% de l'écart entre la dépense établissement et la dépense au tarif de responsabilité

$$\text{Si } \text{dep_resp} > \text{dep_etab} \text{ alors } \text{mnt_val} = \text{dep_etab} + (\text{dep_resp} - \text{dep_etab}) / 2$$

7. Valorisation DMI

Les critères de non valorisation des codes LPP de la liste en SUS sont les suivants :

- LPP sur des séjours non valorisés (hors séjours IVG, AME ou SU où la valorisation des UCD est similaire à celle des séjours valorisés)
- LPP administrés hors période
- LPP appartenant à des séjours valorisés en forfait innovation
- LPP appartenant pas à la liste de référence
- LPP de valves aortiques (3239144, 3205292, 3269300, 3249094 et 3203608) si la variable "Top valves aortiques percutanées" est différente de 1 dans le RSA. Elle vaut 1 si au moins un acte de pose de valve aortique est déclaré (actes DBLA0040, DBLF0010 et DBLF009) et l'autorisation d'UM 60 est valide

a. Calcul du nombre de LPP valorisés

$$Nb_val = \text{nombre FICHCOMP}$$

b. Calcul de la dépense établissement

$$Dep_etab = \text{montant rempli dans FICHCOMP}$$

c. Calcul de la dépense au tarif de responsabilité

Cas général :

$$Dep_resp = nb_val * \text{tarif de responsabilité}$$

Pour les établissements DOM:

$$Dep_resp = nb_val * \text{tarif de responsabilité} * 1,16$$

Pour les établissements participant à l'expérimentation MO :

$$Dep_resp = nb_val * \text{tarif de responsabilité} * 50\%$$

Si le tarif de responsabilité n'existe pas encore pour un DMI alors qu'elle est inscrite sur la liste, on le remplace par la dépense établissement.

d. Calcul du montant valorisé

Si la dépense établissement est supérieur ou égal à la dépense au tarif de responsabilité alors le montant valorisé est égal à la dépense au tarif de responsabilité

$$\text{Si } 0 \leq \text{dep_resp} \leq \text{dep_etab} \text{ alors } \text{mnt_val} = \text{dep_resp}$$

Si la dépense établissement est inférieur à la dépense au tarif de responsabilité alors le montant valorisé est égal à la dépense établissement + 50% de l'écart entre la dépense établissement et la dépense au tarif de responsabilité

$$\text{Si } \text{dep_resp} > \text{dep_etab} \text{ alors } \text{mnt_val} = \text{dep_etab} + (\text{dep_resp} - \text{dep_etab}) / 2$$

8. Valorisation ATU/POST-ATU/AAC/AAP/CPC

A partir du 1^{er} Juillet 2021, deux nouveaux dispositifs entrent en vigueur : l'accès compassionnel (liste accès compassionnel nominative (AAC) et liste prescription compassionnelle (CPC)) et l'accès précoce (AAP) (source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/autorisation-de-mise-sur-le-marche/article/autorisation-d-acces-precoce-autorisation-d-acces-compassionnel-et-cadre-de>).

Les critères de non valorisation des codes UCD de la liste ATU/POST-ATU/AAC/AAP/CPC sont les suivants :

- UCD sur des séjours non valorisés (hors séjours IVG, AME, SU ou Expérimentation Immunothérapie où la valorisation des UCD est similaire à celle des séjours valorisés)
- UCD administrés hors période
- UCD appartenant à des séjours valorisés en forfait innovation
- UCD appartenant pas à la liste de référence
- UCD avec problème d'indication :
 - Pour les séjours postérieurs au 1er septembre 2019 : indication vide ou inexistante
 - Pour les séjours postérieurs au 1er janvier 2020 : indication non inscrite en lien avec le code UCD
- En 2021, les médicaments CPC (ex RTU) déjà valorisés dans le fichcomp MEC sont pas valorisés dans le fichcomp MEDATU en cas de double renseignement sur un même séjour.

a. Calcul du nombre d'UCD valorisés

Nb_val=nombre FICHCOMP

b. Calcul du montant valorisé

Pour les UCD ATU/ POST ATU, AAC et AAP :

mnt_val = montant FICHCOMP

Pour les UCD CPC :

*mnt_val = nombre FICHCOMP * tarif de responsabilité*
