

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

05/07/91

Origine :

ACCG

DGA

DSI

Mesdames et Messieurs les Directeurs

Mesdames et Messieurs les Agents Comptables

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

- des CETELIC

Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Régionaux

Mesdames et Messieurs les Médecins Chefs de

Service des Echelons Locaux

Réf. :

ACCG n° 15/91 - DGA n° 6/91 -

DSI n° 13/91

Plan de classement :

122	102				
-----	-----	--	--	--	--

Objet :

Système Informationnel de l'Assurance Maladie (SIAM)

Développement des contrôles de régularité : recherche des doubles remboursements

Les Caisses Primaires sont appelées à utiliser le Système Informationnel de l'Assurance Maladie pour la recherche des doubles remboursements dans le domaine des soins ambulatoires.

Pièces jointes :

-	1
---	---

Liens :

Compl.la circ.CNAMTS CABDI n° 43/89
R

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DSI A. GLENAT - AC J.C. JAFFRES - DGA M. DEBEAUX

Téléphone :

42.79.34.75 - 42.79.35.18 - 42.79.30.94

@

**Direction de la
Gestion du Risque**

	Mesdames et Messieurs les Directeurs
	Mesdames et Messieurs les Agents Comptables
05/07/91	- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
	- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
Origine :	- des CETELIC
ACCG	Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Régionaux
DGA	Mesdames et Messieurs les Médecins Chefs de
DSI	Service des Echelons Locaux

N/Réf. : ACCG n° 15/91 - DGA n° 6/91 - DSI n° 13/91

Objet : Système Informationnel de l'Assurance Maladie (SIAM)
Développement des contrôles de régularité :
recherche des doubles remboursements

La généralisation du Système Informationnel de l'Assurance Maladie a mis à la disposition des organismes et des services médicaux un outil efficace d'interrogation des fichiers informatiques, leur permettant de veiller au respect des dispositions réglementaires et conventionnelles et d'entreprendre les investigations nécessaires à la mise en oeuvre de la maîtrise des dépenses.

Les bilans d'utilisation du SIAM et les contacts avec les organismes ont mis en évidence une utilisation encore perfectible de cet outil dans le domaine des contrôles de régularité, et plus particulièrement dans la recherche des doubles remboursements.

Sur ce point, la circulaire CAB n° 43/1989 du 28 novembre 1989 a mis l'accent, d'une part, sur la facturation d'actes identiques sur plusieurs supports dans le domaine de l'hospitalisation privée (bilans biologiques préopératoires,

frais de séjour), et d'autre part, sur le cumul de remboursement entre prise en charge forfaitaire et remboursement à l'acte.

Or, l'audit mené sur le dispositif de contrôle interne dans les CPAM et les CETELIC a souligné les risques encourus en matière de soins ambulatoires en l'absence de contrôle automatique des doubles par le système LASER. Cette indication a été corroborée par certaines études ponctuelles entreprises dans des caisses, qui ont fait ressortir l'existence d'un nombre non négligeable de doubles remboursements de prestations en nature imputables, soit à des erreurs de liquidation, soit à des erreurs ou des fraudes commises par des tiers.

Il paraît donc nécessaire d'utiliser dès à présent les potentialités du SIAM afin de mener une action efficace dans ce domaine.

Les caisses pourront en premier lieu mettre en oeuvre le thème n° 28 (frais de séjour en cliniques privées : facturation en double), qui a été déclaré au niveau national.

Elles sont également appelées à effectuer des contrôles de doubles paiements en matière de soins ambulatoires.

La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités de mise en oeuvre de ces contrôles.

I - LA RECHERCHE DES DOUBLES PAIEMENTS DE SOINS AMBULATOIRES

1.1 - Définition du double paiement

Il s'agit d'actes strictement identiques qui ont été remboursés au moins deux fois par la caisse à la suite :

- d'une double saisie à partir d'un même support,
- de la présentation de plusieurs supports physiques identiques (originaux ou original + duplicata),
- d'une double télétransmission,
- de la présentation de plusieurs supports différents.

Sont considérés comme des doubles potentiels les remboursements qui présentent un ensemble de critères identiques :

- exécutant,
- assuré,
- bénéficiaire,
- acte,
- date de l'acte,
- quantité,
- coefficient,
- montant.

1.2 - Détermination des cibles de la recherche

Par nature, la recherche des doubles paiements a un caractère permanent. En revanche, pour des motifs d'efficacité, elle ne peut pas concerner au même moment tous les actes et tous les praticiens.

Il appartient donc à chaque organisme de déterminer les actes et les catégories de praticiens, à partir d'une analyse de l'évolution des différents postes de dépenses ainsi que des anomalies mises en évidence par des contrôles antérieurs.

Compte tenu de la finalité de cette recherche, l'Agent Comptable de la Caisse sera appelé à exprimer ses demandes aux Directeur en matière de contrôle des doubles paiements.

II - LES CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE DU SYSTEME INFORMATIONNEL DE L'ASSURANCE MALADIE

2.1 Choix du thème de recherche

Le thème de recherche le plus approprié est le thème n° 27 qui a été déclaré au niveau national : activité d'un praticien, d'un auxiliaire médical ou d'un tiers.

En effet, seule l'analyse de l'activité d'une praticien ou d'un exécutant sur une certaine période permet de détecter les remboursements qui présentent les caractéristiques d'un double.

2.2 Procédure à respecter

- La majorité des caisses a déjà obtenu l'avis favorable de la CNIL pour l'utilisation du thème n° 27. Cette déclaration est considérée par la CNIL comme définitive ; il n'y a donc pas lieu de la renouveler. En revanche, il appartient aux organismes qui n'ont pas encore obtenu cet accord d'entreprendre les démarches nécessaires.
- L'acte réglementaire comportant le thème n° 27 doit avoir été affiché dans les locaux accessibles au public et avoir été publié au recueil départemental des actes administratifs.
- La mise en oeuvre effective du thème doit être annoncée par un article dans la presse locale.
- Le thème n° 27 doit en outre faire l'objet d'une information particulière des intéressés. Conformément à la décision de la CNIL du 24 octobre 1989, le comité médical paritaire local doit être informé, à chaque requête entrant dans le thème n° 27, de sa motivation, de sa mise en route et de ses résultats.
- En cas de carence du comité, la CNIL a admis que cette information des praticiens soit faite par le canal des publications spécialisées locales de la CPAM qui leur sont habituellement adressées (bulletins de liaison ...) ou par l'intermédiaire des syndicats locaux de médecins.

2.3 Période de recherche, exploitation des résultats

Les caisses disposent de un à six mois d'archives dans SIAM. La période optimale pour l'investigation est à définir au niveau de chaque organisme. Compte tenu de l'expérience acquise dans certaines caisses, une période de trois mois peut être conseillée dans un premier temps.

En application de l'article 2 de la loi du 6 janvier 1978, les résultats du traitement ne constituent qu'un élément de la décision. Ils doivent être complétés par un examen des pièces justificatives et, le cas échéant, par un contact avec l'assuré ou le professionnel de santé, préalablement à la mise en oeuvre de la récupération de l'indu.

III - INFORMATION DE LA CAISSE NATIONALE

La Caisse Nationale attache une importance particulière au déroulement de ces recherches. Une procédure de remontée régulière de l'information est donc mise en place : les caisses adresseront à la Caisse Nationale pour le 30 septembre 1991, puis tous les trois mois, un tableau récapitulatif des résultats du contrôle, conforme au modèle joint en annexe.

Le Directeur Délégué

L'Agent Comptable

F. POISNEUF

A. BOUREZ

ANNEXE

SUIVI DE LA RECHERCHE

DES DOUBLES REMBOURSEMENTS

CAISSE :

PERIODE ETUDIEE :

CATEGORIES ETUDIEES (1)	ACTES (2)	MONTANTS INDUS CONSTATES	MONTANTS INDUS RECUPERES

- (1) *Classer les doubles paiements par catégorie professionnelle (ex : pharmaciens, infirmiers ..), quelle que soit l'origine de l'indu (erreur de liquidation, erreur de facturation ...).*
- (2) *Préciser les actes (C, K, Z ...) et autres prestations (pharmacie ...) reconnus en double, à raison d'une catégorie d'acte par ligne.*