

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
22/11/94

Origine :
ACCG
CABDIR

MMES et MM les Directeurs

MMES et MM les Agents Comptables

des Caisses primaires d'Assurance Maladie

des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Réf. :

ACCG n° 50/94 - CABDIR n° 14/94

Plan de classement :

102					
-----	--	--	--	--	--

Objet :

TRANSMISSION DE L'INSTRUCTION DE CONTROLE SUR LES PRESTATIONS ASSURANCES SOCIALES, ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES ET D'UNE METHODOLOGIE DE CONTROLE INTERNE

Pièces jointes :

0	2
---	---

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Sandrine BOUTIN

Téléphone :

(16 - 1) 42.79.31.02

@

**Agence Comptable
Cabinet Directeur**

22/11/94

Origine :

ACCG

MMES et MM les Directeurs

CABDIR

MMES et MM les Agents Comptables

des Caisses Primaires d'Assurance maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

N/Réf. : ACCG n° 50/94 - CABDIR n° 14/94

Objet : Transmission de l'instruction de contrôle et d'une
méthodologie de contrôle interne.

Nous vous prions de bien vouloir trouver ci-jointe, l'instruction de contrôle de l'Assurance Maladie, à laquelle est associée une méthodologie de contrôle interne.

Cette dernière version a été amendée, suite aux suggestions apportées par certains d'entre vous, puis examinée par le groupe de travail sur l'application du décret du 10 août 1993 composé de Directeurs et d'Agents Comptables. Elle a fait l'objet d'une autorisation de diffusion de la part des Ministères de Tutelle.

En accord avec ces derniers, il a été décidé que l'ensemble des CPAM et des CGSS devront disposer, avant le mois de juillet 1995 de leur plan de contrôle interne.

Nous vous serions reconnaissants de nous transmettre, pour information, une copie du plan de contrôle interne de votre organisme, préalablement à son envoi à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

Comme cela vous est indiqué dans le document méthodologique associé à l'instruction de contrôle, une attention toute particulière doit être portée à la phase, primordiale, d'évaluation des risques, préliminaire à toute prise de décision ayant trait au contrôle interne.

La CNAMTS proposera dès le début de l'année 1995 des cycles de formation destinés, d'une part, à initier et sensibiliser à ces nouveaux concepts, d'autre part, à former des spécialistes et praticiens du contrôle interne.

En outre, Directeurs et Agents Comptables seront conviés à des réunions régionales dans le cadre desquelles interviendront des représentants de la CNAMTS. Ces rencontres seront l'occasion d'un dialogue entre les participants qui pourront confronter leurs approches, partager leur expérience en matière de contrôle interne et de gestion des risques.

Nos services restent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Gérard RAMEIX

Alain BOUREZ

Annexe 1 : Instruction de contrôle de l'Assurance Maladie

Annexe 2 : Méthodologie de contrôle interne non intégrée dans la base.

INSTRUCTION DE CONTROLE DE L'ASSURANCE MALADIE

CPAM - CGSS

SOMMAIRE

1 - LES CONCEPTS DU CONTROLE INTERNE-1-

1.1 - Généralités-1-

1.2 - Le Contrôle Interne-1-

1.2.1 - Principes généraux -2-

1.2.1.1 Le risque externe-2-

1.2.1.2 Le risque interne-3-

1.2.1.3 Les réponses aux risques-3-

1.2.2 - Plan de Contrôle Interne-3-

1.2.3 - Le système de surveillance et le pilotage du contrôle interne-5-

2 - LES DISPOSITIONS DU PLAN DE CONTROLE INTERNE-6-

2.1 - L'informatique-6-

2.1.1 - Principes généraux-6-

2.1.2 - La mise en oeuvre d'applications informatiques-7-

2.1.2.1 La vérification des applications nationales -7-

2.1.2.2 L'élaboration d'applications locales -8-

2.1.2.3 Les preuves de la validité des applications -8-

2.1.3 - Les transmissions de données-9-

2.1.4 - Le traitement des informations transmises aux Centres Informatiques-10-

2.2 - Le contrôle des fichiers concourant à la liquidation des droits -11-

2.3 - Les opérations de liquidation-12-

3 - LES SECTIONS LOCALES MUTUALISTES-13-

3.1 - Le Plan de Contrôle Interne de la section locale mutualiste-13-

3.2 - Le contrôle de la section locale mutualiste par la CPAM-14-

4 - LES CONVENTIONS AVEC LES AUTRES PARTENAIRES-15-

5 - ROLE ET RESPONSABILITE DE L'AGENT COMPTABLE-16-

Annexe : contenu des vérifications ou des contrôles du plan de contrôle interne

1 - LES CONCEPTS DU CONTROLE INTERNE

1.1 - Généralités

Le rôle et les attributions des Directeurs et des Agents Comptables des organismes de sécurité sociale du régime général, ainsi que leur domaine de responsabilité, sont définis par le décret n° 60-452 du 12 mai 1960, par les articles D 253.1 à D 254.6 du code de la sécurité sociale (décret n° 93-1004 du 10 août 1993), et par la circulaire DSS/F/93/82 du 7 octobre 1993.

La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé, qui est l'un des objectifs majeurs de l'Assurance Maladie, rend nécessaire une amélioration de la qualité des informations gérées, ce qui implique le développement des contrôles pertinents permettant d'éviter fraudes, abus, excès, erreurs, et donc une application encore plus stricte de la réglementation. De plus, la montée en charge de nouvelles technologies informatiques modifie les modalités d'exercice des responsabilités des différents acteurs et au premier chef celles du Directeur et de l'Agent Comptable.

Afin de prendre en compte ces objectifs et ces modifications technologiques, l'Assurance Maladie se doit de développer une organisation pertinente permettant de concilier responsabilité des différents acteurs et qualité du service rendu.

Cette recherche de la qualité doit être effectuée dans le cadre d'un plan de contrôle interne qui rassemble tous les acteurs de l'organisme. Ce plan de contrôle interne établit un processus d'actions en fonction d'objectifs déterminés à partir de procédures, de règles et de systèmes d'information adaptés à l'utilisation optimale des deniers sociaux.

La coopération du Directeur et de l'Agent Comptable, leur association étroite dans le cadre de l'élaboration du plan de contrôle interne est l'indispensable condition d'atteinte de ces objectifs.

Pour ce faire, l'organisme doit affecter les moyens nécessaires pour atteindre ces objectifs, l'Agent Comptable devant disposer des ressources humaines ainsi que des moyens matériels et logiciels adaptés à la mise en oeuvre de ses contrôles en fonction de la capacité de l'organisme.

1.2 - Le Contrôle Interne

Le contrôle interne vise à protéger l'organisme contre les risques de toute nature entraînant un paiement injustifié.

La présente instruction s'applique au paiement des prestations d'assurances sociales et d'accidents du travail - maladies professionnelles.

Les principes retenus dans cette instruction seront transposables pour d'autres paiements. Cependant les modalités de vérification et de contrôle étant différentes, elles feront l'objet d'instructions particulières.

1.2.1 - Principes généraux

Le risque encouru par les organismes d'assurance maladie connaît une double origine.

Externe, il naît des flux d'informations en provenance de tiers et à destination des CPAM.

Interne, il provient du système de prise en charge, de traitement et de contrôle mis en place par la CPAM.

Face à ces événements, les organismes sont amenés, dans le cadre d'un plan de contrôle interne, à donner des réponses leur garantissant la fiabilité de leurs opérations de paiement des prestations.

1.2.1.1. *Le risque externe*

L'activité des organismes d'assurance maladie est tournée principalement vers les partenaires suivants :

- les assurés,
- les professionnels de santé et mandataires,
- les structures de soins.

La législation et la réglementation ont donné aux premiers l'accès à un système de prestations prises en charge financièrement par l'Assurance Maladie sous certaines conditions médicales et administratives, tandis qu'elles font obligation aux autres de respecter certaines normes techniques et administratives.

Ce faisceau de droits et d'obligations entraîne des relations entre les assurés, les prestataires de santé et les organismes qui se traduisent notamment par la production d'informations et la transmission de celles-ci, sous toutes formes, en direction des Caisses Primaires.

Dès lors que ces informations à caractère technique - codification d'actes, prescription... - ou administratif - état civil, identité, coordonnées bancaires... - revêtent une forme contraire aux dispositions législatives, réglementaires ou administratives, elles font courir à l'organisme qui les traite, un risque financier d'ampleur variable.

1.2.1.2. Le risque interne

Les organismes sont amenés, à partir de l'information afférente à l'acte médical ou paramédical ou à la fourniture de prestations de santé, à effectuer des traitements aboutissant, directement ou indirectement, à un engagement financier. Ceux-ci ajoutent par rapport à l'information brute une plus-value susceptible de comporter un risque financier additionnel.

La mise en oeuvre de ressources humaines, matérielles, de techniques, d'outils logiciels doit être adaptée au traitement de l'information, afin de ne pas nuire à la qualité de l'information soit en la détruisant, soit en la transformant, ou encore en la créant.

Afin de se garantir contre les risques externes et internes, l'organisme doit disposer d'un plan de contrôle interne apportant des réponses appropriées. Ce plan est adapté constamment en fonction de l'évolution des risques.

1.2.1.3. Les réponses aux risques

Face aux risques externes

L'organisme conçoit et met en place des moyens de vérifier la forme et le contenu des données qu'il reçoit en vue de les traiter.

Il identifie les risques inhérents à chaque catégorie de tiers, d'assurés ou de prestations, il effectue les contrôles lui permettant le suivi et la surveillance de chaque flux ou catégorie de prestataires et d'assurés selon des paramètres variés et ajustables.

Face aux risques internes

Face aux risques générés par d'éventuels dysfonctionnements de l'organisme, la réponse consiste en actions de contrôle, en modifications de l'organisation ou des systèmes de traitement dans les secteurs concernés.

1.2.2 - Le Plan de Contrôle Interne

Le plan de contrôle interne vise à assurer le respect des objectifs suivants, quelles que soient l'origine des informations traitées et les techniques mises en oeuvre :

- la réalité, qui implique de vérifier l'existence des données saisies ou transmises et traitées,

- l'exhaustivité, qui suppose l'enregistrement de toutes les données justifiées et seulement de celles-là,
- la validité, qui a pour objet de s'assurer que les données sont conformes à la réglementation et que les tâches sont effectuées par des personnes juridiquement habilitées,
- l'exactitude, qui consiste à vérifier que les données sont exactes et correctement évaluées.

Le plan de contrôle interne repose sur deux principes d'organisation :

- la séparation des tâches et notamment celles de l'ordonnateur et du comptable,
- la supervision, consistant à obtenir la garantie de la qualité des tâches exécutées.

Il associe, autour d'un même objectif de qualité l'ensemble des personnels, et particulièrement le Directeur et l'Agent Comptable qui, dans le cadre de leurs compétences respectives le conçoivent et le mettent en place en commun.

Ce plan implique l'existence de manuels de procédure, de modes opératoires de liquidation, de vérification et de contrôle, de fiches techniques de poste qui concrétisent l'organisation du travail.

L'attention des Directeurs et Agents Comptables doit être particulièrement portée sur les travaux d'évaluation dont dépend la qualité du plan de contrôle interne. Ce plan définit la conduite des actions d'évaluation des risques et prévoit les mesures pratiques de vérification et de contrôle à mettre en oeuvre. Il doit permettre l'évolution du système d'information dédié à la mesure et à la gestion des risques.

Sa rédaction fait suite à des arbitrages opérés sur la base de l'évaluation des risques en fonction des coûts de mise en oeuvre, des retours sur investissements prévisibles et des objectifs de qualité de service, de liquidation et de contrôle déterminés par le Directeur et l'Agent Comptable.

Le Directeur, pour ce qui concerne les services ordonnateurs, établit les priorités d'action en fonction des objectifs recherchés, détermine les moyens affectés à la vérification, donne les instructions nécessaires portant sur la qualité du travail, définit les consignes relatives à la supervision par l'encadrement de l'application des instructions données.

La nature et l'importance des contrôles à effectuer par l'Agent Comptable dépendent des vérifications réalisées par les services ordonnateurs. Ainsi l'Agent Comptable établit son propre dispositif de contrôle en cohérence avec les dispositions arrêtées par le Directeur en recherchant la plus grande synergie avec les services ordonnateurs.

En tout état de cause, les contrôles effectués par l'Agent Comptable doivent répondre aux obligations réglementaires et notamment celles prévues aux articles D 253-22 et D 253-47 du code de la sécurité sociale en tenant compte des conditions de mise en oeuvre de sa responsabilité pécuniaire précisées aux articles D 253-74 et D 253-75.

L'Agent Comptable a donc la possibilité soit de faire directement exécuter les opérations de contrôle par ses propres délégataires, soit de contrôler la bonne exécution des vérifications décidées par le Directeur et opérées par les services ordonnateurs.

De plus, l'Agent Comptable peut diligenter des contrôles non prévus par le plan de contrôle interne en cas de dysfonctionnements constatés de celui-ci. Le Directeur de la Caisse en est avisé afin qu'il soit remédié à ces dysfonctionnements.

La formalisation du plan de contrôle interne est effectuée en indiquant pour chacun des risques évalués, les vérifications opérées par les services du Directeur et les contrôles diligentés par les délégataires de l'Agent Comptable.

1.2.3 - Le Système de Surveillance et le Pilotage du Contrôle Interne

Chaque point de vérification ou de contrôle fait régulièrement l'objet d'un bilan, permettant à la direction de l'organisme un pilotage pertinent.

L'Agent Comptable contribue par ses propres contrôles à la vérification de la bonne application du plan de contrôle interne et rapporte les constats effectués au comité de pilotage présidé par le Directeur de l'organisme.

Le pilotage du plan de contrôle interne associe l'ensemble des intervenants dans le système de maîtrise des dépenses : Directeur, Agent Comptable, responsable de la Gestion du Risque et, pour les questions qui relèvent de son domaine, le Médecin Conseil Chef de service.

2 - LES DISPOSITIONS DU PLAN DE CONTROLE INTERNE

Dans le domaine de la liquidation des prestations, et conformément aux principes régissant le Contrôle Interne, le Directeur et l'Agent Comptable :

- diligenter des missions d'évaluation des risques externes et des risques internes,
- déterminer et hiérarchiser, après analyse, les risques financiers à garantir ,
- valident ou invalident les procédures de vérification et de contrôle existantes et conçoivent les nouvelles procédures et règles de travail, manuelles ou informatisées à mettre en oeuvre en fonction des risques révélés,
- définissent la répartition des tâches de vérification et de contrôle entre les services du Directeur et ceux de l'Agent Comptable,
- organisent une réelle supervision de leurs représentants et délégataires respectifs, et mettent en place des statistiques de contrôle.

Le plan de contrôle interne doit obligatoirement comporter une orientation de prévention des fraudes. A cette fin il prévoit des vérifications aléatoires sur tout ou partie d'un flux et la surveillance de toute personne ou groupement de personnes. A cet effet, les signalements nationaux d'occurrences de fraudes commises dans les organismes seront étudiés et traités comme des occurrences possibles de fraudes dans chaque Caisse Primaire.

Le champ du contrôle interne s'étend à l'informatique, au travers des applications et des transmissions de données, aux données enregistrées dans les fichiers, et aux opérations de liquidation.

2.1 - L'informatique

Le plan de contrôle interne s'attache à garantir les risques entourant l'information dédiée à la liquidation, la mise en oeuvre d'applications informatiques, la transmission des données et le traitement des données par les Centres Informatiques.

2.1.1 - Principes généraux

Compte tenu de l'importance de l'informatique, le Plan de Contrôle Interne doit intégrer les mesures indispensables pour sécuriser le fonctionnement de celle-ci. Il doit établir en fonction des principes indiqués au paragraphe 1.2.2 la répartition des vérifications et des contrôles opérés respectivement par le Directeur et par l'Agent Comptable.

La sécurité du fonctionnement de l'informatique porte sur le contrôle :

- des sécurités physiques d'accès aux systèmes informatiques,
- d'habilitation des personnes ayant accès au système, au traitement et aux données, de journalisation de ces accès et d'exploitation des comptes-rendus d'incidents,
- de la justification des données saisies et traitées par des pièces conformes à la réglementation,
- de l'exactitude des traitements informatiques validés et utilisés,
- du traitement de l'ensemble des données justifiées et d'elles seules,
- de l'intégrité des données, des fichiers et des programmes.

2.1.2 - La mise en oeuvre d'applications informatiques

Dans chaque organisme, l'Agent Comptable est associé au Directeur pour la conception, l'analyse et l'élaboration des règles liées au traitement automatisé de l'information.

La conception de systèmes informatiques de plus en plus intégrés dans lesquels de nombreux contrôles sont incorporés aux programmes, nécessite l'association des Directeurs et des Agents Comptables. Avant leur mise en oeuvre, ceux-ci doivent vérifier l'adéquation des fonctionnalités et des sécurités prévues à celles effectivement mises en place.

La validation des programmes informatiques doit revêtir une forme et un contenu préalablement définis par le Directeur et l'Agent Comptable de l'organisme concerné.

Il peut s'agir de la vérification au niveau local de la conformité et du bon fonctionnement d'un logiciel validé au niveau national, ou encore de la validation d'applications réalisées pour des besoins locaux.

2.1.2.1 La vérification des applications nationales

Préalablement à la mise en service des applications nouvelles, ou des applications ayant subi des modifications, et compte tenu des termes du procès verbal de validation nationale, le Directeur et l'Agent Comptable de la CPAM qui reçoit le logiciel, doivent vérifier que l'application a été validée par le Directeur et l'Agent Comptable de la CNAMTS.

Les Caisses Primaires reçoivent de la Caisse Nationale, avec l'application, la lettre de diffusion, le procès-verbal de validation et la documentation afférente.

Le Directeur et l'Agent Comptable s'assurent, en outre, au moyen de jeux d'essai appropriés, du bon fonctionnement des nouveaux programmes, de l'exactitude des résultats financiers et de la qualité des sous-produits.

Ces opérations de vérification précédant la mise en service des applications nationales peuvent être déléguées aux Directeur et Agent Comptable d'une autre CPAM rattachée au même centre informatique.

Cette vérification donne lieu à l'établissement d'un procès-verbal d'installation et d'intégration, complété d'éventuelles observations. Les Directeurs et les Agents Comptables de tous les organismes concernés formalisent par signatures conjointes la décision de mise en service.

2.1.2.2 L'élaboration d'applications locales

La collaboration du Directeur et de l'Agent Comptable de la CPAM est requise, de l'étude préalable à la mise en oeuvre de nouveaux logiciels répondant à des besoins spécifiques des organismes locaux.

Ils rédigent un protocole qui détermine les conditions de validation et de réception des programmes, au terme desquelles un procès-verbal de validation est établi.

Le protocole définit a minima les éléments suivants :

- les objectifs de la validation,
- le calendrier des opérations de validation,
- les différents intervenants et leurs responsabilités,
- la nature des tests à effectuer,
- les modalités de conception des jeux d'essai,
- les conditions de réalisation des tests sur le site de validation,

- les modalités de compte rendu des résultats de tests.

2.1.2.3 Les preuves de la validité des applications

Sont compris au nombre des preuves indispensables à la validation des applications informatiques :

- le cahier des charges, les spécifications fonctionnelles détaillées, et les procès-verbaux de validation correspondants,
- la documentation de programmation et la documentation destinée à l'utilisateur,
- les procès-verbaux de recette technique établis à l'issue des phases de programmation et d'intégration par les équipes réalisatrices,
- le protocole de validation des applications informatiques,
- les comptes-rendus de tests de validation avant la mise en service,
- le procès verbal de validation des applications informatiques, avec les observations et les recommandations de mise en oeuvre et de maintenance.

Une fois les applications validées, il faudra veiller à ce qu'aucune altération ne survienne par la mise en place de mesures de sécurité adaptées et par la vérification périodique des applications.

La garantie de non altération des programmes validés est apportée par :

- l'attestation périodique de non altération des sceaux figurant sur les programmes en place, lorsque cette fonctionnalité sera opérationnelle,
- la vérification régulière du bon fonctionnement des applications notamment au moyen de jeux d'essai.

2.1.3 - Les transmissions de données

Le plan de contrôle interne prévoit les parades aux risques d'altération des données qui seraient liés à leur transmission, notamment en direction des Centres Informatiques.

Toute opération de télétransmission entre la CPAM et les tiers, entre la CPAM et son Centre Informatique et entre les tiers et le Centre Informatique, fait l'objet de procédures de reconnaissance de l'émetteur autorisé, d'accusés de réception. Ces procédures font intervenir successivement pour autorisation le Directeur et l'Agent Comptable.

Le contrôle de la concordance entre les données émises et les données reçues doit être effectué pour les informations de toutes origines, de manière à éviter toute altération. Dans les cas où les données présentent une anomalie ou sont incomplètes, une procédure d'invalidation ou de mise en instance est mise en oeuvre, suivie d'une retransmission, d'un rejet ou d'une investigation auprès de l'émetteur pour permettre d'identifier l'origine de l'incident et le moyen d'y remédier.

A l'issue des traitements informatiques et avant les paiements, les données de toutes origines - centres de liquidation, tiers -, pour lesquelles l'autorisation de mise en traitement a été délivrée, doivent être rapprochées des données en sortie de traitement. Ce rapprochement doit être effectué par l'Agent Comptable.

2.1.4 - Le traitement des informations transmises aux Centres Informatiques

La phase de traitement automatisé est à la charge du Directeur du Centre Informatique après autorisation du Directeur et de l'Agent Comptable de la CPAM. Il est tenu de réaliser un traitement conforme au protocole signé conjointement par les Directeurs et Agents Comptables des CPAM adhérentes et le Directeur et l'Agent Comptable du Centre.

Le traitement comporte la réception des informations transmises par les centres de liquidation et les tiers, la mise à jour des fichiers, la valorisation des données, l'émission des décomptes des paiements et des différents produits de mise à jour, les virements sous forme de supports magnétiques ou de télétransmissions, ainsi que la fourniture des sous-produits comptables et statistiques.

Le protocole signé par les Directeurs et les Agents Comptables des CPAM adhérentes et du Centre Informatique constitue l'articulation entre les Plans de Contrôle Interne des différents organismes et le Plan de Contrôle Interne du Centre Informatique. Il fixe notamment l'orientation générale du Plan de Contrôle Interne mis en oeuvre au sein du Centre Informatique et les modalités d'exécution des missions confiées au Centre Informatique.

Le protocole d'accord décrit :

- la partition des responsabilités entre le Directeur et l'Agent Comptable du Centre Informatique et les Directeurs et Agents Comptables des CPAM notamment le point de départ et la fin des responsabilités de chacun, comme explicité ci-après :

Le point de départ des responsabilités du Directeur et de l'Agent Comptable du Centre Informatique est fixé au moment de la prise en charge des informations transmises après autorisation du Directeur et de l'Agent Comptable de la CPAM adhérente. Les conditions et les modalités de cette autorisation doivent être spécifiées dans le protocole.

Afin qu'il soit procédé à la vérification de la bonne exécution de leurs missions, le Directeur et l'Agent Comptable du Centre Informatique remettent aux Agents Comptables des CPAM les bilans de traitement des données nécessaires aux ajustements, suivant les modalités prévues dans le protocole.

- la nature des opérations de traitement et de contrôle,
- la nature et la forme des données utilisées et des produits issus du traitement,
- les conditions d'installation et d'intégration des nouvelles applications nationales et locales,
- les éléments essentiels du plan de sécurité informatique,
- les conditions de contrôle des mesures exceptionnelles prises en cas de dysfonctionnement des applications immobilisant les chaînes de traitement.

Les opérations techniques de paiement des prestations, peuvent faire l'objet de conventions de mandat entre le Directeur et l'Agent Comptable de la CPAM et le Directeur et l'Agent Comptable du Centre Informatique.

La présente instruction sera complétée pour ce qui concerne les Centres Informatiques par une instruction spécifique.

2.2 - Le contrôle des fichiers concourant à la liquidations des droits

L'importance des risques qui s'attachent aux fichiers implique la mise en oeuvre de contrôles adaptés à cette situation, selon trois grands types d'interventions :

- obligatoire exhaustif, lorsque la nature des opérations et le risque constant qui les entoure justifient l'exercice d'un contrôle exhaustif permanent,
- obligatoire par sondage, lorsque pour réduire les risques attachés à une rubrique donnée, il suffit de procéder par sondage sur un échantillon représentatif. L'Agent Comptable en définit alors la taille selon le niveau de confiance souhaité en fonction d'un objectif de qualité donné, le contrôle pouvant porter sur tout ou partie des informations en fonction de la nature des risques identifiés,

- sélectif, lorsque sur un point précis d'une rubrique, un risque déterminé doit être évité. L'évaluation des risques concernant ces rubriques permet de les sélectionner pour contrôle. Les sélections opérées doivent être remises en cause périodiquement en fonction des résultats de l'évaluation des risques et des résultats des contrôles effectués. Les contrôles peuvent être exhaustifs ou par sondage.

Les contrôles des fichiers concourant à la liquidation, qui sont précisés en annexe, impliquent, d'une part, le contrôle de l'intégrité des informations contenues dans les fichiers des assurés ou dans d'autres types de fichiers, et d'autre part, le contrôle de la qualité des fichiers.

S'agissant de la qualité des fichiers, les contrôles sont exercés à la diligence des CPAM et peuvent être confiés à l'Agent Comptable du Centre Informatique. Ils peuvent être effectués sur tout fichier, dont la CPAM a l'usage, y compris si celui-ci est mouvementé par un autre organisme.

L'exploitation des signalements d'anomalies générés par les systèmes informatiques, doit se faire en proportion de l'intérêt que l'on peut en retirer eu égard aux risques encourus.

L'Agent Comptable doit, pour établir le contenu de l'ensemble de ces contrôles et pour les quantifier, hormis ceux qui doivent être exhaustifs, considérer les vérifications effectuées par les services ordonnateurs.

2.3 - Les opérations de liquidation

Les flux d'informations qui, rapprochées des données précédemment visées, permettent la liquidation des prestations, doivent faire l'objet de vérifications obligatoires exhaustives, obligatoires par sondage ou sélectives, selon un principe général qui veut qu'aucun type de prestation servie n'échappe au contrôle (cf. annexe).

Tout contrôle de liquidation donne lieu à une vérification de conformité des pièces justificatives. Celles-ci font l'objet d'une annulation par marquage repérable afin d'éviter les doubles règlements. L'Agent Comptable étant chargé de la conservation des pièces justificatives, doit s'assurer de leur annulation avant archivage. Des rapprochements doivent être prévus qui permettent de mettre en évidence les doublons.

Les vérifications et les contrôles de l'existence, de la conformité et de la réalité des pièces justificatives sont effectués par le Directeur et l'Agent Comptable suivant le principe général d'association et de respect des compétences respectives indiqué au paragraphe 1.2.2.

3 - LES SECTIONS LOCALES MUTUALISTES

La conformité, la qualité de la liquidation et la régularité des paiements opérés par les mutuelles de tous statuts dans l'exercice d'une habilitation accordée par le Conseil d'Administration d'une Caisse Primaire sont fonction des systèmes informatiques et des procédures d'organisation du travail mises en oeuvre au sein de ladite mutuelle.

En conséquence, une convention est conclue soit entre la CNAM et les mutuelles à compétence nationale, soit entre les autres mutuelles et la CPAM du lieu d'implantation de leur siège social. Cette convention fixe les conditions de mise en oeuvre de la délégation de gestion des dossiers de prestations dans le respect des dispositions des articles L. 211-3 à L. 211-7, R. 211-3 à R. 211-9, L. 381-9 à L. 381-11, R. 381-29 et R. 381-30 et L. 712-6 à L. 712-8, D. 712-30 à D. 712-35 du code de la sécurité sociale.

Cette convention définit, notamment, le cadre général du plan de contrôle interne au sein de la section locale mutualiste, et les modalités du contrôle diligenté par la CPAM compétente.

3.1 - Le plan de contrôle interne de la section locale mutualiste

La mutuelle établit un plan de contrôle interne permettant de prévenir les fraudes et les erreurs, qui repose sur deux principes généraux :

- la séparation des tâches, en particulier celles du Président et du Trésorier et de leurs délégataires respectifs,
- la supervision, visant à garantir la qualité des tâches exécutées.

Ce plan de contrôle prévoit :

- les mesures de sécurité physiques,
- les procédures d'habilitation des personnels chargés de l'ordonnancement et du contrôle,
- les dispositifs de contrôle visant à détecter les risques majeurs et les fraudes liés au traitement automatisé des opérations,
- la vérification périodique du bon fonctionnement des applications informatiques et la nature des actions à mener dès lors que des anomalies ont été décelées,
- la surveillance de l'intégrité des données transmises en amont et en aval,
- le contrôle des informations permanentes contenues dans les fichiers,
- les procédures de vérification de la régularité des opérations de recettes et de dépenses,
- les modalités de contrôle des pièces justificatives (existence, exhaustivité, conformité, annulation, conservation),
- la hiérarchie à observer dans les opérations de contrôle (obligatoire exhaustif, obligatoire par sondage, sélectif),

- la validité des conventions passées avec les tiers.

Le plan de contrôle interne, ainsi que la formalisation du système de surveillance et de pilotage, doivent être transmis à la Caisse compétente, ainsi que le rapport d'exécution du plan, au minimum une fois par an.

3.2 - Le contrôle de la section locale mutualiste par la CPAM

Le contrôle diligenté par la CPAM compétente (Directeur et/ou Agent Comptable) s'exerce sous la forme d'un audit au moins annuel. Conduit selon un plan type, cet audit porte notamment sur :

- la qualité des informations permanentes contenues dans les fichiers autres que ceux traités au plan national,
- les flux de prestations ayant donné lieu à paiement,
- la pertinence et l'observation des procédures de contrôle interne mises en place par la mutuelle,
- l'annulation et la conservation des pièces justificatives,
- la qualité des produits statistiques et comptables relatifs au traitement des prestations,
- l'utilisation des fonds de l'assurance maladie par les sections locales mutualistes dont la CPAM alimente directement la trésorerie.

Des accords locaux de délégation à une Caisse Primaire peuvent être conclus aux fins de contrôle d'une section locale mutualiste dont l'habilitation concerne plusieurs Caisses. Un rapport d'audit est établi par les soins de la CPAM compétente. Il est transmis au Président local de la mutuelle, à la CNAM et au Président national de la mutuelle, ainsi qu'aux Caisses ayant donné délégation aux fins de contrôle.

La vérification des applications informatiques et des fichiers (tables et tarifs, professionnels de santé et établissements) employés pour le règlement des prestations prévues par le régime général de sécurité sociale est effectuée :

- pour les mutuelles à compétence nationale, par le Directeur et l'Agent Comptable de la CNAM, qui peuvent à cette fin donner mandat à une Caisse Primaire,
- pour les autres mutuelles, par le Directeur et l'Agent Comptable de la CPAM compétente.

Les résultats de cette vérification sont consignés dans un procès-verbal transmis soit, dans le premier cas au Président national de la mutuelle, soit dans le second cas, au Président local de la mutuelle et aux CPAM compétentes.

4 - LES CONVENTIONS AVEC LES AUTRES PARTENAIRES

Les échanges d'informations avec les partenaires des Caisses Primaires, quelle qu'en soit la forme, doivent s'organiser autour d'un principe général de responsabilité de l'émetteur de l'information dans le cadre d'une convention.

Le Plan de Contrôle Interne prévoit les modalités de vérification de l'existence de conventions entre la CPAM et tout fournisseur d'informations pour son compte. En outre, de manière périodique, le Directeur et l'Agent Comptable s'assurent que les clauses qu'elles comportent sont respectées.

Ces conventions doivent préciser notamment :

- les règles minimales exigées en matière de sécurité informatique - journalisation des accès, habilitations, accusé de réception, vérification - et de contrôle avant paiement, spécialement pour les établissements financiers,
- la partition des responsabilités entre la CPAM et ses partenaires (début et fin de la responsabilité).

Lors de la négociation de ces conventions et en tout état de cause avant signature, l'avis de l'Agent Comptable doit être demandé par le Directeur pour les dispositions relatives aux deux alinéas précédents.

La constitution et la mise à jour des fichiers peuvent relever de la compétence d'un autre organisme de Sécurité Sociale, alors leur création et leur mise à jour peuvent être validées et éventuellement scellées par le Directeur et l'Agent Comptable de cet organisme et les informations individuelles qu'ils contiennent ne font pas l'objet de mesures de contrôle obligatoires. Dans le cas où des fichiers nécessaires aux traitements des Caisses Primaires ne seraient pas fournis dans le cadre de ces procédures, le Directeur et l'Agent Comptable de l'organisme récepteur sont tenus de faire des vérifications de fiabilité des informations compte tenu des obligations respectives contenues dans lesdites conventions. Cette vérification doit être effectuée en liaison avec l'organisme éditeur qui détient les pièces justificatives.

S'agissant de fichiers transmis par la CNAMTS, les conditions de leur validité et les responsabilités en jeu, sont de même nature que celles qui s'attachent aux applications informatiques nationales : ils doivent être validés par le Directeur et l'Agent Comptable de l'organisme national.

5 - RESPONSABILITE DE L'AGENT COMPTABLE

L'association du Directeur et de l'Agent Comptable dans le plan de contrôle interne et la responsabilité administrative conjointe qui s'y attache, ne se substituent pas à la responsabilité personnelle et pécuniaire de ce dernier telle qu'elle est définie dans le décret du 10 août 1993.

De ce fait et afin de se garantir, l'Agent Comptable contribue par ses propres contrôles à la vérification de la bonne application du plan de contrôle interne.

Si la responsabilité personnelle et pécuniaire d'un Agent Comptable est mise en cause (articles D. 253-74 et D. 253-75 du code de la sécurité sociale), il lui appartient lors de la demande de décharge de responsabilité ou de la remise gracieuse (article D. 253-78 à D. 253-80 du code de la sécurité sociale) d'apporter tous les éléments justifiant de la pertinence de ses contrôles et des moyens dont il a disposé pour les exécuter.

Des bilans des actions menées et des résultats obtenus sont établis au moins une fois l'an. Ils sont centralisés par la CNAMTS qui fournit au Ministère chargé de la Sécurité Sociale un bilan global annuel du Contrôle Interne dans les Caisses Primaires d'Assurance Maladie

CONTENU DES VERIFICATIONS OU DES CONTROLES DU PLAN DE CONTROLE INTERNE.

Ils s'effectuent avant (av) ou après (ap) paiement des prestations ou dès réception des pièces justificatives avant (av) ou après (ap) mise à jour des fichiers.

Il est précisé que le terme contrôle, employé ci-après, s'entend des vérifications opérées par les services ordonnateurs ou des contrôles effectués par les délégataires de l'Agent Comptable. Le plan de contrôle interne devant en établir la distinction en fonction des responsabilités respectives.

1 : Les fichiers concourant à la liquidation

LE FICHIER DES ASSURES

Est concerné tout fichier quel que soit le système de traitement qui lui est associé.

Les contrôles obligatoires exhaustifs

Ils s'effectuent lors :

- de l'affiliation de tous les assurés, à l'occasion ou non d'une première immatriculation,
- de la création et de l'annulation des assurés ou des bénéficiaires (assurés affiliés ou subsistants dont les curistes, les rentiers, les invalides, les migrants),
- de la modification d'une information affectant un destinataire de règlement.

Les contrôles obligatoires par sondage

Ces contrôles concernent les rubriques :

- identification (av),
- régime et notamment les régimes exonérants (av, ap),
- destinataires de règlement, pour les informations n'affectant pas la domiciliation (av),
- état civil (av),
- exonération du ticket modérateur (av),
- justificatif de la qualité de bénéficiaire (certificat de scolarité,...) (av),
- subrogation (av, ap).

Les contrôles sélectifs (av ou ap)

Ils peuvent concerner :

- les forçages d'adresses (tiers-payant, tutelle, employeur),
- les ouvertures des droits,
- les exonérations du ticket modérateur à rapprocher des informations détenues par le service "médical",
- les assurés relevant de l'assurance personnelle (contrôle des ressources),
- les assurés relevant de l'aide médicale, les assurés bénéficiaires de droits à une protection complémentaire (mutuelle, prévoyance, assurance),

La CPAM a la faculté d'exercer des contrôles sur tout fichier dont elle a l'usage, quel que soit l'organisme qui le mouvemente.

LES AUTRES FICHIERS

Sont obligatoires les contrôles des créations et des modifications de toute information contenue dans les fichiers :

- tables et tarifs,
- prestataires de soins,
- destinataires de règlement,
- paramètres de traitement des organismes complémentaires (fichier des mutuelles).
- etc.

LE CONTROLE DE QUALITE DES FICHIERS

Il s'effectue, de manière sélective (ap) et permet de garantir la qualité des fichiers par la vérification périodique du bien-fondé des enregistrements (existence des mandataires, cohérence des enregistrements, enregistrements multiples).

2 : Les opérations de liquidation

LA LIQUIDATION DES PRESTATIONS EN ESPECES

Les contrôles obligatoires exhaustifs

Les indemnités journalières (av):

- contrôle du premier versement au-delà de six mois en assurance maladie (ouverture des droits et éléments de liquidation)
- modification de l'historique des IJ

Les rentes AT :

- première liquidation de la rente (av)
- mise à jour affectant le montant de la rente (av)
- existence du rentier (vérification annuelle)
- annulation du dossier spécifique des rentiers (av ou ap)

Les pensions d'invalidité :

- première liquidation de la pension (av),
- mise à jour affectant le montant de la pension (av),
- contrôle exhaustif des ressources lors de l'instruction de la demande de FNS (recherche des éléments patrimoniaux : immobilier et mobilier) (av),
- FNS : contrôle des ressources un an après la liquidation et deux ans après ce premier contrôle (ap),
- contrôle annuel inter-caisses et inter-centres informatiques pour la détection des doubles enregistrements (éventuellement sous des numéros différents). (ap).

Pour ce qui concerne les paiements de rentes "Accident de Travail" et de pensions d'Invalidité, quelle qu'en soit la périodicité, ceux-ci, à chaque échéance, font l'objet d'un contrôle globalisé. Une justification des modifications intervenues entre deux paiements est requise.

Le capital décès (av) :

- liquidation du dossier

Les contrôles sélectifs

Ils s'effectuent avant ou après paiement, et peuvent concerner :

Les indemnités journalières :

Certaines dispositions sont d'applications différentes selon le mode de traitement employé notamment en cas de non recours à un échéancier des paiements. Peuvent être contrôlés :

- le début d'indemnisation de chaque arrêt de travail en assurance maladie ou accident du travail (av)
- les mouvements explicites affectant les rubriques Prescription, Arrêt, Période, Salaire (av)
- l'enregistrement des arrêts de travail ou des premières IJ (av)
- les majorations des IJ AS (av ou ap)
- les revalorisations (av ou ap)
- les montants d'indemnisation supérieurs à la moitié du plafond (av)
- la validité du dossier : qualité des pièces justificatives, exactitude des bases, rapprochement avec l'employeur et l'URSSAF (av ou ap)

Les rentes AT (av ou ap) :

- mises à jour n'affectant pas le montant de la rente
- maintien de la majoration pour tierce personne pendant une hospitalisation
- contrôle d'existence au moyen des pièces d'état civil les plus appropriées, selon des critères circonstanciels d'âge ou de résidence
- rachat de la rente

Les pensions d'invalidité (av ou ap) :

- questionnaires trimestriels
- maintien de la majoration pour tierce personne pendant une hospitalisation
- contrôle d'existence
- contrôle de cumul de la pension et d'autres avantages servis par la CPAM (IJ, rente, FNS),
- contrôle des ressources
- recouvrement du FNS sur les successions supérieures au seuil

LA LIQUIDATION DES PRESTATIONS EN NATURE

Le champ du contrôle est défini de telle sorte qu'y soit insérée, pour toutes les catégories de prestations, la vérification de :

- la validité de la pièce justificative appréciée isolément,
- la validité du flux appréciée par regroupement et recoupement d'un ensemble de prestations effectuées par un intervenant ou un groupe d'intervenants (assuré, professionnels de santé, tiers, organismes complémentaires) remboursées ou effectuées en un même lieu.

La vérification des prestations repose sur quatre exigences :

- le respect des prescriptions et de l'application de la nomenclature,
- l'observation des conditions administratives (agréments, conventions,...),
- la réalité des prestations facturées (actes et frais de déplacement fictifs, majorés indûment,...),
- l'obligation d'unicité de la prise en charge d'une prestation (recherche de répétition, de cumul de prestations individuelles avec des forfaits, cumul de prestations hospitalières et ambulatoire, double imputation aux risques maladie, maternité ou accident du travail...).

Le respect des prescriptions et de l'application de la nomenclature

Cette vérification s'opère, en cas de besoin, avec le service médical, elle porte sur :

- la stricte exécution de la prescription,
- la juste application des dispositions réglementaires (code de la santé publique, Nomenclature Générale des Actes Professionnels, Nomenclature des Actes de Biologie Médicale, circulaires,...),
- le respect de la cotation et des règles de facturation.

Contrôles obligatoires exhaustifs:

Ils doivent porter, avant paiement, sur les liquidations :

- de prestations en nature réglées aux assurés dont le montant est supérieur à 50 % du plafond des cotisations,
- effectuées sur présentation de duplicata.

Contrôles sélectifs :

L'étendue de ces contrôles doit être compatible avec les contraintes de gestion de l'ordonnateur et de respect des délais de liquidation qu'ils s'accordent. Ils s'opèrent avant ou après paiement et peuvent porter sur :

- les liquidations faisant suite à des modifications de la législation (nouveaux codes actes, modification d'une nomenclature, règles de prises en charge, création d'une prestation),
- l'application de la nomenclature des actes professionnels,
- l'exécution des prescriptions pouvant notamment concerner :
 - le respect des règles de délivrance des produits par le pharmacien,
 - l'ajout par le biologiste d'examens non prévus par la nomenclature,
 - les modalités de remboursement des préparations magistrales et homéopathiques,
 - le suivi de la bonne utilisation des codes actes lors du remboursement de produits inscrits au TIPS,
 - la facturation des produits non remboursables,
 - les auxiliaires médicaux : masseurs-kinésithérapeutes, infirmières,... , les transporteurs, ...

L'observation des conditions administratives

Il convient de vérifier que les conditions administratives de prise en charge des prestations sont réunies et d'enregistrer les informations afférentes nécessaires à l'exercice des contrôles.

Contrôles obligatoires par sondage :

Doit être contrôlée, avant ou après paiement, la conformité des prestations facturées aux conventions conclues et agréments obtenus :

- en matière de conventions, pour les établissements, les services de chirurgie particulièrement coûteuse et de chirurgie ambulatoire
- en matière d'agrément, pour les actes de radiologie effectués par des chirurgiens dentistes et des radiologues, pour les fournisseurs d'appareillage, les transporteurs et toute activité à tarification spécifique

Contrôles sélectifs :

Ils peuvent notamment concerner :

- les facturations et la délivrance de fournitures non inscrites au TIPS et de produits coûteux,
- l'activité des praticiens et de leur inactivité en période de formation médicale - FMC - et de stages,
- les avantages sociaux, notamment le service des avantages sociaux aux praticiens.

La réalité des prestations facturées

Le contrôle de la réalisation effective des actes et prescriptions facturés s'exerce après paiement, de manière sélective.

L'unicité de prise en charge d'une prestation

Les vérifications diligentées doivent empêcher toute répétition de paiement ou de cumul prestations forfaitaires, ambulatoires, délivrées en établissement.