

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
17/02/97

Origine :
ACCG

MMES et MM les Directeurs

MMES et MM les Agents Comptables

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

des Centres de Traitement Informatique

des Caisses Générales de Sécurité Sociale des Départements
d'Outre-mer

Réf. :

ACCG n° 5/97

Plan de classement :

10	102					
----	-----	--	--	--	--	--

Objet :

**PRINCIPES GENERAUX ET MISE EN OEUVRE DU CONTROLE DANS L'APPLICATION
INFORMATIQUE " IRIS "**

Pièces jointes :

0	5
---	---

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

M. HULOT

M. MASSIANI

Mme LATOUR

Téléphone :

01.42.79.35.19

01.40.05.27.78

01.40.05.25.92

Agence Comptable /Contrôle de gestion

17/02/97

Origine :
ACCG

Le Directeur et
L'Agent Comptable
de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
des Travailleurs Salariés
à
MMES et MM les Directeurs
MMES et MM les Agents Comptable

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Centres de traitement Informatique
des Caisses Générales de Sécurité Sociale des Départements
d'Outre-mer

N/Réf. : ACCG n° 5/97

Objet : Principes généraux et mise en oeuvre du contrôle dans le cadre de l'application informatique IRIS.

IRIS est une application informatique gérant les flux en provenance des tiers ou des C.P.A.M.

Elle permet, après un contrôle des normes de télétransmission et une tarification des flux, de mettre en paiement des prestations ordonnancées et éventuellement contrôlées.

Cette application repose sur le principe de la séparation de l'ordonnateur et du comptable et permet le respect des règles fondamentales de mise en oeuvre du contrôle interne en application des décrets n° 93-1002 à 1004 du 10 août 1993.

Elle est une étape préliminaire à la mise en oeuvre généralisée de SESAM/VITALE et à la perspective de la dématérialisation du papier.

Dans l'attente, l'ordonnancement s'effectue à réception des pièces justificatives " papier ".

Cette circulaire a pour objet :

- ❶ de présenter les principes de base de fonctionnement d'IRIS,
- ❷ de définir les contrôles liés à cette application,
- ❸ de donner aux organismes les moyens de mettre rapidement en oeuvre un minimum de contrôles notamment sur les flux " pharmacie " et " biologie ".

I- PRINCIPES DE BASE DU FONCTIONNEMENT D'IRIS

L'application IRIS impose aux utilisateurs une décision explicite à prendre dans un délai paramétrable au-delà duquel les factures sont automatiquement invalidées par le système.

L'ordonnancement doit être effectué dans la limite d'une date butoir et le contrôle éventuel de l'Agent Comptable sur les flux ordonnancés dans la limite d'une deuxième date butoir.

11- Le circuit relatif à l'ordonnancement

Ainsi que le rappelle la circulaire ministérielle du 8 octobre 1993, "l'ordonnancement est l'acte donnant, conformément au résultat de la liquidation, l'ordre de payer la dette de l'organisme".

IRIS effectue une tarification des flux selon les principes suivants :

- ↪ aucune altération du flux entrant,
- ↪ traitement acte par acte,
- ↪ primauté des informations calculées sur les informations transmises,
- ↪ limitation du montant du remboursement au montant facturé par le tiers,
- ↪ en cas d'écart, signalement ou rejet selon la gravité de l'erreur.

L'ordonnancement se situe après cette tarification. Il permet, après vérification de prendre des décisions d'invalidation ou de validation sur les lots et factures des tiers pour lesquels chaque liquidateur est habilité.

Cette intervention se fait à partir d'un instancier contenant l'intégralité des flux se décomposant en :

- ↪ demandes de remboursement correctes
- ↪ demandes de remboursement signalées
- ↪ demandes de remboursement rejetées
- ↪ demandes de remboursement sélectionnées par les paramètres de surveillance.

IRIS autorise également le traitement immédiat des rejets qui sont de deux sortes :

- les rejets vers les tiers qui conduisent à retourner les pièces justificatives à ces derniers pour une nouvelle transmission.
- les rejets vers la CPAM qui peuvent faire l'objet d'un recyclage en interne.

12 - Le circuit relatif au contrôle

Le fonctionnement général du contrôle est identique à celui de l'ordonnancement (gestion par tiers, accès à l'instancier...)

Pour être soumises au contrôle, les factures doivent remplir deux conditions simultanément :

- ↳ être ordonnancées
- ↳ répondre à l'un des critères de contrôle définis par l'Agent Comptable (permanent, aléatoire et sélectif)

Pour son intervention, le délégué de l'Agent Comptable dispose d'un délai au terme duquel, en l'absence de décision, les factures sont automatiquement invalidées par le système.

II- LES CONTRÔLES LIES A IRIS

21- Les contrôles système

Un certain nombre de contrôles sont intégrés aux phases de traitement central et interviennent en amont des phases d'ordonnancement et de contrôle : ils sont entièrement automatisés et ne nécessitent aucune intervention d'utilisateur.

Ces contrôles permettent de détecter des anomalies dans les flux tiers et peuvent provoquer des rejets (anomalies bloquantes pour la mise en paiement) et des signalements (anomalies non bloquantes pour la mise en paiement).

Il s'agit des contrôles suivants :

211- Les contrôles de normes

Pour obtenir des informations fiables, les transmissions reçues en normes B - B2 subissent des contrôles :

- ↳ de structure de la norme,
- ↳ de format
- ↳ de contenu
- ↳ de compatibilité

conformément aux cahiers des charges diffusés auprès des tiers.

212 - Le contrôle sur les flux

2121 - La sécurisation des flux

Cette fonction permettra lors du déploiement de SESAM-VITALE de contrôler et d'archiver les flux certifiés issus de logiciels de facturation exécutés sur les équipements informatiques des partenaires de santé.

2122 - Les flux inexploitable

La liste des flux inexploitable à la suite **d'un problème de transmission** est visualisable sur un écran où sont mises en évidence les zones illisibles ou inexploitable.

213 - Le contrôle des informations

Le contrôle est destiné à comparer les informations transmises par les tiers avec celles contenues dans les fichiers permanents (assurés, praticiens, établissements) organisés en base de données opérante (B.D.O.). Le détail de ces contrôles est donné en *annexe 1*.

Les données gérées dans la B.D.O. priment, dans tous les cas, sur les données transmises.

Le système effectue également :

- ↳ des contrôles de nomenclature dans un souci de maîtrise médicalisée des dépenses de santé : identification individuelle de l'acte à la nomenclature générale des actes professionnels et dans certains cas incompatibilité inter-actes.
- ↳ le contrôle de codification affiné des actes de biologie dans la version IRIS phase 1.9 (SCP 9.12/9.13 ET)
- ↳ et dans la version IRIS phase 2.1 (SCP 9.17 ET) des contrôles relatifs aux codes CIP (fichier médicaments).

Le détail des contrôles des versions IRIS phase 1.9 et IRIS phase 2.1 se trouve en *annexe 2*.

- ↳ des contrôles sur les informations d'adhésion d'un individu à un organisme d'assurance complémentaire (sans tarification).

214 - La tarification

Elle s'effectue selon les principes cités au paragraphe 11.

215 - Le suivi des grands comptes

L'objectif de cette phase est de détecter des lots atypiques en nombre de factures ou en montant par comparaison avec un flux moyen des transmissions habituelles du tiers calculé sur une période de référence : ce rapprochement s'effectue en volume et en montant d'après des paramètres définis par l'organisme (mini et maxi) et des moyennes statistiques calculées par le système.

Le suivi des grands comptes permet :

- ↳ un suivi régulier des flux transmis par chaque tiers,
- ↳ une détection rapide des anomalies de variation de l'activité d'un tiers,
- ↳ un élargissement du champ de vision de l'ordonnateur et du contrôleur.

216- Les contrôles permanents

Les contrôles permanents présents dans IRIS sont les contrôles que l'application trouve dans la zone CAIPER du FAC (IDT de LASER).

22 - Les contrôles de type contrôle interne

221- Les principes

2211- Une démarche commune

Les actions de contrôle décidées par le Directeur et l'Agent Comptable relèvent de la démarche commune de contrôle interne.

A ce titre, il convient de procéder à l'analyse d'un échantillon significatif des flux transmis par les professionnels de santé, destiné à évaluer les risques encourus par l'organisme.

Les résultats de cette analyse, qu'il serait souhaitable de faire en partenariat avec le contrôle médical, permettront de déterminer les paramètres de surveillance et de contrôle à mettre en oeuvre.

L'existence des paramètres de surveillance pour les ordonnateurs et ceux de contrôle pour les contrôleurs impliquent une indispensable concertation au sein de l'organisme afin de couvrir un champ le plus vaste possible. La répartition des tâches doit être faite en amont et avant la mise en oeuvre des paramètres de contrôle et/ou de surveillance. Cette répartition des rôles permet une complémentarité et donc une optimisation des moyens mis en place par le Directeur et par l'Agent Comptable.

Le choix de ces paramètres de surveillance et de contrôle, qu'ils s'exercent sur un tiers, un lot ou une facture, demeurent fondés sur le principe fondamental du contrôle interne qu'est l'enjeu financier des contrôles mis en oeuvre.

2212- Les contrôles de l'Agent Comptable

L'Agent Comptable dispose d'un taux de contrôle aléatoire paramétrable.

De plus, outre les dossiers sélectionnés pour contrôle au travers d'un critère permanent, sélectif ou aléatoire, le délégué de l'Agent Comptable peut, à sa demande explicite, consulter pour une action éventuelle, tous les dossiers ordonnancés présents dans l'instancier.

222- La mise en oeuvre

2221- Le choix des options

Le Directeur et l'Agent Comptable mènent une réflexion commune le choix des options paramétrables localement concernant notamment :

- ↳ les rejets ou signalements paramétrables (table 281) :
 - ↳ possibilité de moduler le niveau de référence de chaque signalement par :
 - ⇒ l'abandon du signalement
 - ⇒ la transformation du signalement en rejet
 - ⇒ l'affichage à l'ordonnancement
 - ⇒ l'affichage du contrôle a priori
- ↳ le contrôle de la tarification (table 291)
- ↳ le suivi des grands comptes
- ↳ les paramètres de délais

L'utilisation de ces options (notamment de la table 281) doit être progressive, particulièrement dans les premiers mois de montée en charge, afin de donner les moyens aux ordonnateurs et aux contrôleurs de traiter rapidement et efficacement les rejets ou signalements existant et d'éviter une surcharge de travail.

Certaines options se prennent au niveau du CTI : les CPAM adhérentes doivent donc se concerter et harmoniser leur choix avant la montée en charge.

2222- La gestion des paramètres

La construction complexe des critères et les implications liées à la création, à la mise à jour et à la suppression d'un paramètre jouent en faveur d'une centralisation de la gestion des paramètres de surveillance et de contrôle.

Tout en maintenant la possibilité d'une séparation stricte des décisions de surveillance ou de contrôle, cette centralisation de la gestion des paramètres permet en outre de coordonner les choix et d'éviter les " doublons ".

2223- La définition des paramètres

Le Directeur et l'Agent Comptable définissent leurs propres paramètres de sélection :

↳ **paramètres de surveillance pour le Directeur** : ils lui permettent de sélectionner les factures répondant à des critères choisis et pouvant porter sur n'importe quelle donnée du flux. Ils sont actifs pendant une période délimitée par l'ordonnateur.

↳ **paramètres de contrôles sélectifs pour l'Agent Comptable** : ils s'ajoutent aux contrôles obligatoires et au contrôle aléatoire et lui permettent de sélectionner des factures à contrôler obligatoirement avant paiement. Les paramètres de contrôle ne s'appliquent qu'aux factures validées par l'ordonnateur et non rejetées.

Chaque paramètre peut comprendre jusqu'à cinq critères additionnés qui, en ce cas, ont un effet cumulatif (seules les factures répondant à tous les critères seront sélectionnées) (voir *annexe 3*).

Des exemples de paramètres simples à mettre en place et testés par les caisses expérimentatrices se trouve en **annexe 4**.

L'impact des paramètres retenus est mesurable à l'aide d'un simple dénombrement consultable à l'écran.

La sélection provoque :

- ↳ l'affichage à l'écran pour ordonnancement, des factures répondant aux critères définis par le Directeur.
- ↳ l'envoi au contrôle des factures ordonnancées qui répondent aux critères définis par l'Agent Comptable.

2224- Le traitement des rejets et signalements

Le traitement des rejets et signalements devant s'effectuer presque en temps réel, il est souhaitable qu'un guide des procédures à suivre ou des actions à réaliser pour chacun des rejets et signalements soit réalisé.

L'objectif d'un tel document est de rationaliser et de faciliter l'exploitation de ces données par les techniciens et de dégager ainsi peu à peu du temps pour renforcer les actions de contrôle interne ou de gestion du risque.

2225- Le suivi des invalidations

La connaissance des motifs d'invalidation, obligatoires dans IRIS, permet un ciblage précis des actions de contrôle interne ou de gestion du risque : un bilan journalier des invalidations réalisées par les délégués de l'Agent Comptable avec le motif peut être réalisé pour les caisses IBM grâce à un paramétrage dans GCO-IRIS (Listing GCI-INV programme GP J710 900A).

Afin que le suivi et l'analyse de ces motifs soient pertinents et cohérents, les techniciens et les contrôleurs devront être sensibilisés à l'importance de la saisie du motif correct : la table locale des motifs d'invalidation d'IRIS doit être montée en concertation afin que le choix du motif pour une invalidation ait le même sens pour tous.

IRIS permet donc de compléter les contrôles traditionnels de l'Agent Comptable (article 1253-22 du code de la Sécurité Sociale) par des procédures de contrôle interne en respectant les schémas d'organisation propres à chaque organisme.

Le Directeur

L'Agent Comptable,

G. RAMEIX

A. BOUREZ

CONTROLE AUTOMATISE DES INFORMATIONS DANS IRIS

Ce contrôle consiste à rapprocher les données transmises avec différents éléments présents dans la BDO dans les domaines suivants :

A- Domaine "assuré"

① Informations "famille"

- Contrôle de présence dans la base (matricule)
- Caisse gestionnaire
- Centre de rattachement
- Assuré à contrôler
- Ouverture des droits
- Modulation du ticket modérateur
- Régime
- Subsistance AT
- Chaînage de matricule

② Informations "bénéficiaire"

- Recherche dans la famille (date de naissance et rang de naissance)
- Qualité de bénéficiaire
- Date de décès
- Justificatif qualité bénéficiaire
- Exonération de ticket modérateur
- Subsistance bénéficiaire
- Sexe bénéficiaire
- Destinataire de paiement
- Informations sur mutuelles/migrants/gestion des K50/prise en charge

B- Domaine "praticiens"

- Zone tarif, zone IK et date début
- Situation conventionnelle (code et date début)
- Convention tiers payant (provisoirement en table)
- Agrément radio (code et date début)
- Nature d'exercice
- Spécialité
- Spécialité salarié (code, date de début et de fin)
- Adresse
- Domiciliation
- Zone d'échange avec les tiers (provisoirement en table)

C- Domaine "établissement"

① Informations "identification"

- Catégorie
- Statut juridique
- Mode de fixation des tarifs
- Système d'honoraire
- Activité
- Agrément radio
- Zone tarif, zone IK et date début
- Spécialité
- Adresse
- Domiciliation

② Informations "discipline"

- Convention tiers payant
- Activité
- Mode de fixation des tarifs
- Système d'honoraire

③ Informations "tarifs"

- Date d'effet
- Code facturation
- Code modulation
- Prix unitaires

C- Domaine "destinataire paiement"

- ⇒ Adresse
- ⇒ Domiciliation
- ⇒ Dates début et fin d'activité

**CONTROLES DES FLUX PHARMACIE ET BIOLOGIE LIES AUX
VERSIONS 9.12 ET 9.17 INTEGRANT LES CODAGES**

A-Domaine "BIOLOGIE"

- Validité du code détail existence dans N.A. et date d'effet.
- Compatibilité avec la spécialité et l'exécutant.
- Contrôle de présence maximum d'un même code pour une même prescription.
- Contrôle de cumul interdit entre certains codes (incompatibilité entre actes).
- Non respect de règles spécifiques de cotation minimum.
- Contrôle entre le taux de remboursement et la notion d'exonération au niveau de la table nationale. ➔
- A chaque code détail correspond un coefficient ; la somme des coefficients obtenue doit correspondre au coefficient global indiqué sur la feuille de soins.
- Contrôle de l'existence d'une entente préalable pour les actes soumis à celle-ci.

B-Domaine "MEDICAMENTS"

- Code fictif interdit en saisie tiers.
- Contrôle de l'existence du code C.I.P. et de la clé.
- Validité de l'inscription sur la liste des spécialités remboursables.
- Vérification du taux de remboursement par rapport au fichier "médicaments".
- Contrôle du prix unitaire de chaque médicament.
- Contrôle du nombre de boîtes prescrites pour les médicaments soumis à prescription restreinte.
- Signalement médicament d'exception.
- Risque d'interaction médicamenteuse grave ➔ signalement.
- Contrôle du nombre de boîtes prescrites sur la facture par rapport au seuil autorisé.
- Contrôle du montant ligne facture qui doit être égal à la somme des prix unitaires de l'enregistrement détail.

C-PARAMETRES DE CONTROLE IRIS

- | | |
|--------------------------|---|
| ① <u>Codage BIOLOGIE</u> | ➔Sélection par code affiné et libellé du code détail. |
| ② <u>Code PHARMACIE</u> | ➔Sélection par code C.I.P. et libellé du code détail. |

Possibilité de combinaison entre différents critères de sélection.

Non testé à ce jour dans S.C.P. 9.17 car en attente d'une version rectificative.

D- APPLICATION I.S.

① <u>Contrôle BIOLOGIE</u>	↳ Evolution des critères de sélection avec ajout du codage affiné. ↳ Restitution au niveau des produits existant : édition du code et ajout du libellé.
② <u>Contrôle MEDICAMENT</u>	↳ Evolution des critères de sélection avec ajout du code C.I.P. ↳ Restitution au niveau des médicaments existants : édition du code C.I.P. et ajout du nom du médicament seul.

La sélection s'effectue par rapport à la position du codage dans la grille I.S. et la position du codage dans le fichier saisi ou transmis.

CONSTITUTION DES PARAMETRES

Les paramètres sont conçus comme une requête sur le flux entrant dans l'instancier. Ils peuvent comprendre jusqu'à 5 critères additionnés. La création de ces critères et leur combinaison s'opèrent selon des règles précises.

A- Création d'un critère

Chaque critère se compose :

- ↳ d'un numéro de donnée ① } *Voir le dictionnaire*
- ↳ d'un code technique ② } *des données*
- ↳ d'un opérateur logique ③ : égal (=), inférieur ou égal (<=), supérieur ou égal (>=), strictement inférieur (<), strictement supérieur (>), différent (#)
- ↳ d'une valeur de comparaison ④

Exemples :

	①	②	③	④	
	540	0	=	KC	(Nature de prestation égale à KC)
	200	0	=	TP	(Nature du destinataire égale Tiers Payant)
	660	0	>	20	(Coefficient strictement supérieur à 20)

B- Lien entre critères

L'application permet la saisie de cinq critères associés. Les critères enregistrés sur un même écran se cumulent et les conditions s'additionnent.

A l'intérieur d'un paramètre, les critères doivent être regroupés en sous-ensemble d'informations en fonction de la cellule à laquelle ils appartiennent ou si une même donnée apparaît au sein de plusieurs critères.

Cette subdivision en sous-ensemble est effectuée automatiquement par le système selon l'ordre de saisie des critères.

C- Types de paramètres

Les paramètres permettent soit de sélectionner des enregistrements, soit de les dénombrer.

LISTE DES “ PARAMETRES TYPE ”

L'ensemble des paramètres qui vous sont présentés ci-après doivent vous permettre la mise en oeuvre **simple et rapide** d'un minimum de contrôle dans IRIS concernant les flux pharmacies et biologie, notamment dès la montée en charge : ils ont été définis par le groupe de travail sur les fonctionnalités de contrôle d'IRIS du Comité National de Contrôle Interne. La plupart a été testée par les caisses du groupe.

Vous les trouverez sous la forme d'une **copie de l'écran de création** des paramètres d'IRIS ce qui vous montre concrètement comment les créer dans IRIS.

PHARMACIE

- ◆ **SEUIL** → Ensemble du flux pharmacie
→ Par officine
- ◆ **NUMEROS FICTIFS** → Pour l'ensemble du flux pharmacie
→ Par UGE
- ◆ **CODE ACTE TIPS**
- ◆ **MAJORATION DE NUIT**
- ◆ **PARAMETRAGE ASSURE CIBLE**
- ◆ **PHARMACIEN (suspendu ou en C.P.)**
- ◆ **PRESCRIPTEUR**
- ◆ **EXECUTANT**

BIOLOGIE

- ◆ **SEUIL** → Ensemble du flux
→ Par laboratoire
- ◆ **SUIVI ASSURE art. 115**
- ◆ **NUMEROS FICTIFS** → Ensemble du flux
→ Par laboratoire
- ◆ **LABORATOIRE**

<p style="text-align: center;"><i>COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES FONCTIONNALITES DE CONTROLE D'IRIS DU COMITE NATIONAL DE CONTROLE INTERNE</i></p>
--

➔	<i>CPAM Aurillac</i>	M. M. Mme M.	DESCOTEIX MAGNE SERRES VIGNAL
➔	<i>CPAM Caen</i>	M. M.	DORME KETTERER
➔	<i>CPAM Clermont-Ferrand</i>	M. Mme	BARRY JAMON
➔	<i>CPAM Evreux</i>	M. Mlle	CHAZAUD GUARDO
➔	<i>CPAM Rouen</i>	Mme M.	CLARY ROUYER
➔	<i>CPAM St-Etienne</i>	M.	MARTIN
➔	<i>CPAM Versailles</i>	Mme M.	ANTOLINOS BIGOT
➔	<i>CPAM Villefranche s/Saône</i>	Mme Mme	CHEVALIER PETIT
➔	<i>CNAMTS ACCG-DMO</i>	Mme	LATOIR

<p style="text-align: center;"><i>MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES PIECES JUSTIFICATIVES AYANT PARTICIPE A L'ELABORATION DE LA PRESENTE CIRCULAIRE</i></p>
--

➔	<i>CPAM Aurillac</i>		M.	HUTEAU
➔	<i>CPAM Blois</i>		M.	JONEAU
➔	<i>CPAM Bobigny</i>		M. Mme M.	BONIN CHAUVET FAVRIE
➔	<i>CPAM Boulogne sur Mer</i>		M.	FOURCROY
➔	<i>CPAM Cergy Pontoise</i>		Mme	CASTIGLIONE
➔	<i>CPAM Chartres</i>		Mme	CABAILH-CIRET
➔	<i>CPAM Evreux</i>		M. Mlle	CHAZAUD GUARDO
➔	<i>CPAM Evry</i>		Mme	HEMART
➔	<i>CPAM Melun</i>		Mme	GRISONI
➔	<i>CPAM Nanterre</i>		M. Mme	HELLIO OLLIER
➔	<i>CPAM Nantes</i>		Mme	BERNIER
➔	<i>CPAM Orléans</i>		M.	THEPAULT
➔	<i>CPAM Paris</i>		Mme	LORENZI
➔	<i>CRAM Ile de France</i>		Mlle M. M.	COURTADE LEGALL PEREZ
➔	<i>CNAMTS ACCG</i>		M.	JAFFRES

