

Circulaire CNAMTS

Date :
15/05/2000

Origine :
AC
CABDIR

Réf. :
AC n° 25/2000
CABDIR n 5/2000
 n /
 n /

MMES et MM les Directeurs
MMES et MM les Agents Comptables
MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Pour Attribution

Plan de classement :

224						
-----	--	--	--	--	--	--

Titre :

TRANSMISSION DES FEUILLES DE SOINS ELECTRONIQUES SESAM/VITALE PROCEDURES DE SUIVI

Résumé :

TRANSMISSION DES FEUILLES DE SOINS ELECTRONIQUES SESAM/VITALE PROCEDURES DE SUIVI

Pièces jointes : 1

Liens :

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

ENSM M. RICATTE - AC C.THIRETDDRI-C. MARTRAY- M.S/V.WIERCZYNSK

Téléphone :

01.42.79.34.58

01.42.79.33.40

01.42.79.42.24

01.40.05.26.57

**Agence Comptable
Cabinet du Directeur**

15/05/2000

Mesdames et Messieurs les Directeurs
Mesdames et Messieurs les Agents Comptables
Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Régionaux

Origine :

AC

CABDIR

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Pour Attribution

N/Réf. : AC n° 25/2000 – CABDIR n° 5/2000

Objet : Contrôle des factures pharmaceutiques dans le cadre de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale

La mise en œuvre de la télétransmission des feuilles de soins électroniques dans les officines a fait l'objet d'une convention nationale, approuvée par ***arrêté du 12 août 1999***.

Les dispositions de cette convention conduisent à mettre en place de nouvelles modalités d'organisation et de contrôle dans les Caisses Primaires d'Assurance Maladie. En effet, l'instauration de deux circuits différents, l'un pour les feuilles de soins électroniques (FSE) et l'autre pour les ordonnances sur support papier rend nécessaire la revue des procédures actuelles de réception, de contrôle, de suivi, et d'archivage des pièces justificatives.

Ces nouvelles modalités ont ainsi été étudiées par un groupe de travail composé de Directeurs et d'Agents Comptables de CPAM, de représentants de l'Agence Comptable, de la Direction Déléguée aux Risques, de la Direction Déléguée aux Ressources, et de l'Echelon National du Service Médical de la CNAMTS.

Cette circulaire reprend les travaux de ce groupe de travail.

Elle a pour objectifs :

- de vous informer de manière précise sur le nouveau contexte de travail induit par la Convention Nationale “ fixant les modalités de transmission des feuilles de soins électroniques entre les caisses nationales d’assurance maladie et les syndicats représentant les pharmaciens d’officine ”
- de définir les orientations nationales de contrôle et de suivi des factures et ordonnances de pharmacie dans le cadre du dispositif de contrôle interne et les incidences organisationnelles qui en découlent,
- de vous aider concrètement dans la définition de votre politique de contrôle des pharmaciens adhérant à cette convention par la diffusion d’un référentiel des actions de contrôle interne et de leurs modalités de mise en œuvre, en mettant l’accent sur l’utilisation des rejets et signalements spécifiques au codage pharmacie présents dans l’outil de production.

Il est précisé que l’instruction ci après ne prend pas en compte les flux électroniques non sécurisés (dont les FSE dégradées) pour lesquels la facture payée et l’ordonnance sont transmises en cas de dispense d’avance des frais par le pharmacien à la caisse d’affiliation de l’assuré. Ces flux ne subissent donc pas de modification dans leur traitement.

Etant donné l’enjeu de la montée en charge de SESAM Vitale et la nécessaire qualité du remboursement des prestations, nous insistons sur l’importance de la mise en œuvre d’un dispositif de contrôle interne opérationnel apportant la garantie de la fiabilité et de la qualité du traitement des feuilles de soins électroniques dans ce domaine.

Je vous remercie de transmettre toutes difficultés d’application de cette instruction à l’Agence Comptable (Département Validation et Contrôle Interne) chargée de centraliser vos questions et de les traiter en coordination avec les autres services de la CNAMTS concernés.

Le Directeur

L’Agent Comptable

G. JOHANET

A. BOUREZ

SOMMAIRE

1- Le nouveau contexte de travail induit par la dématérialisation des feuilles de soins	4
1.1 Contexte réglementaire et conventionnel	4
1.2 Le contexte organisationnel	5
a) La pharmacie et l'assuré sont rattachés à la même caisse primaire	5
b) La pharmacie et l'assuré sont rattachés à deux caisses différentes	6
2- Les principes d'une organisation en "mode contrôle interne	7
2.1 Rappel des principes du contrôle interne	7
2.2 Intérêt et développement du contrôle interne dans le cadre de la dématérialisation des feuilles de soins	7
3- Les orientations nationales du plan de contrôle interne des flux pharmacie	8
3.1 Ordonnancement/contrôle en présence des pièces justificatives	8
3.2 Ordonnancement sans la présence de la pièce justificative	9
a) Surveillance a priori du flux	9
b) Contrôle a posteriori	10
3.3 Contrôle a posteriori de la pharmacie par la Caisse Gestionnaire et de l'assuré par la Caisse de rattachement	11
a) Contrôle de la pharmacie	11
b) Suivi des assurés	11
3.4 La conservation des ordonnances	11
4- Incidences organisationnelles	12
4.1 Organisation des unités de gestion	12
4.2 Traitement des rejets pour les flux sans pièces justificatives	13
4.3 Recouvrement des indus	13
5- "Guide d'actions des caisses sur les flux internes et externes de biologie et de pharmacie incluant le codage"	14
6- Procédure "type" nationale	14

1- Le nouveau contexte de travail induit par la dématérialisation des feuilles de soins.

1.1 Contexte réglementaire et conventionnel

Plusieurs modifications quant au circuit des pièces justificatives et à l'ordonnancement des factures électroniques ont été introduites soit par le ***décret du 30 décembre 1997***, soit dans la convention nationale. Ces principes sont les suivants :

① la transmission de toutes les ordonnances sur support papier, quelle que soit la caisse de rattachement de l'assuré, **“ à la caisse du régime de l'assuré dans la circonscription de laquelle cet exécutant exerce ”**, c'est-à-dire à la CPAM gestionnaire du professionnel de santé (article R 161-48 2°, décret du 30 décembre 1997),

② l'obligation pour le pharmacien de porter sur **l'ordonnance notamment les références permettant de la rapprocher de la feuille de soins** (article R 161-45 II, décret du 30 décembre 1997) :

- identifiant du pharmacien
- date des prestations qu'il sert (correspond à la date de délivrance des médicaments pour le pharmacien),
- noms et prénoms du bénéficiaire des médicaments,
- identification de la caisse de l'assuré,
- numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques du bénéficiaire des soins ou à défaut pour les bénéficiaires qui ne sont pas des assurés leur date de naissance, et le numéro d'identification national de l'assuré .

Par ailleurs, le cahier des charges SESAM Vitale indique que le pharmacien doit porter le numéro de facture sur l'ordonnance papier.

③ le tri a minima par le pharmacien des ordonnances papier **concernant d'une part les assurés rattachés à la caisse dans la circonscription de laquelle la pharmacie est installée, et d'autre part concernant les assurés relevant d'autres caisses primaires du régime général**, sachant que des tris complémentaires (par exemple pour plusieurs caisses limitrophes à la circonscription avec lesquelles la pharmacie a d'importants échanges électroniques) peuvent intervenir en vertu d'accords locaux (article 2.4. de la Convention Nationale),

④ le ramassage des ordonnances par la caisse primaire dans un délai lui permettant de respecter **l'engagement de payer en 4 jours ouvrés à partir de l'envoi de l'accusé de réception logique** (article 3.2 de la Convention Nationale),

⑤ la mise en œuvre de signalements (et non de rejets) lors des contrôles automatisés du prix et du taux de médicaments, **de manière transitoire**, en attendant l'établissement de règles dans le cadre d'une convention nationale définissant les rapports entre l'assurance maladie et les pharmaciens (article 5.4 de la Convention Nationale) ainsi que le projet de mise en ligne d'un fichier des médicaments partagé par la profession et l'assurance maladie et donc opposable aux parties,

⑥ l'obligation pour le pharmacien de s'assurer, en cas de dispense de frais, **que la carte VITALE n'est pas inscrite sur la liste d'opposition inter - régimes** avant de réaliser une feuille de soins électroniques (article 2.2. de la Convention Nationale),

⑦ **L'obligation d'utiliser le codage des médicaments** (article 5.1. de la Convention Nationale) ce qui supprime tout envoi de vignettes,

⑧ le paiement, en procédure de dispense d'avance de frais, sur la base des informations portées dans la carte VITALE relatives à la couverture maladie obligatoire (article 3.1 de la Convention Nationale).

⑨ L'envoi d'un bordereau récapitulatif de transmission des ordonnances, présentées dans l'ordre de délivrance et faisant le tri entre d'une part les ordonnances prescrites aux assurés affiliés à la caisse gestionnaire du professionnel de santé et les ordonnances hors régions, et d'autre part les FSE et les FSE dites "dégradées".

Sur chaque bordereau figure au moins le numéro d'identification du bénéficiaire, le montant de la facture, et le montant total (*circulaire CABDIR n°2/2000 - AC n°11/2000 du 18/02/2000*).

1.2 Le contexte organisationnel

Les dispositions de la Convention Nationale rappelée au premier chapitre de cette circulaire implique l'organisation du ramassage des ordonnances par la CPAM de la circonscription dans laquelle le pharmacien exerce. Il incombe conventionnellement au pharmacien de trier les ordonnances a minima (circonscription, hors circonscription) mais, afin de faciliter l'identification et l'utilisation des ordonnances, il est fortement conseillé aux caisses d'engager des discussions sur ce point avec leurs partenaires locaux, comme la convention nationale le prévoit .

Dans l'attente des résultats d'un appel d'offres européen permettant de conclure une convention de prix assortie de marchés types avec un prestataire pouvant proposer un dispositif de collecte des ordonnances, les caisses sont appelées à s'organiser individuellement ou par région.

A cet effet une dotation spécifique en cours d'évaluation à la CNAMTS leur sera attribuée sur leur fonds de gestion administrative.

Le ramassage doit être organisé **au minimum** trois fois par semaine.

Il est précisé que des études sont menées par la caisse nationale avec les autres régimes sur les conditions de dématérialisation de l'ordonnance.

Dans l'attente de la prescription électronique, les éléments décrits ci-dessus entraînent la mise en place de deux circuits différents, selon la caisse d'affiliation de l'assuré concerné.

a) La pharmacie et l'assuré sont rattachés à la même caisse primaire

Ce cas restera le plus courant et le plus simple à traiter car la procédure reste la même que celle en place aujourd'hui pour la télétransmission des flux IRIS B2, la récupération des ordonnances étant à la charge de la CPAM.

Le pharmacien envoie la FSE à son centre de rattachement (ce centre peut être localisé soit au siège de la CPAM soit dans des locaux géographiquement distincts selon l'organisation de la CPAM) qui doit récupérer l'ordonnance puis ordonnancer le flux et régler le pharmacien dans les 4 jours, en effectuant une vérification a priori de la présence des pièces correspondantes .

b) La pharmacie et l'assuré sont rattachés à deux caisses différentes

Le pharmacien envoie son flux au centre gestionnaire de l'assuré et met les ordonnances à la disposition de son centre de rattachement.

Ces lots d'ordonnances sont archivés dès réception par le centre de telle sorte que les recherches puissent être possibles si les caisses d'affiliation des assurés les réclament.

Afin de s'assurer de l'exhaustivité des ordonnances mises à disposition par les pharmaciens et du respect des modalités de tri, des contrôles de cohérence devront être effectués a posteriori par la caisse de rattachement du pharmacien.

La mise à disposition de la version V.0¹ du système d'information ERASME à compter de la fin de l'année va permettre aux caisses de disposer d'un accès à l'ensemble des factures payées aux professionnels de santé qui leur sont rattachés, quelle que soit la caisse d'affiliation de l'assuré et d'opérer des contrôles a posteriori.

Le nombre d'accès retenu par caisse n'est pas encore totalement arrêté (un appel d'offre pour l'obtention de licence d'outils de requêtes et d'exploitation de données en quantité suffisante est en cours et les résultats seront connus d'ici la fin de l'année) et ne permet donc pas actuellement de prévoir le nombre de poste attribué. Il est cependant possible dès à présent, à travers les interfaces hommes machines (Impromptu, BO, Focus) dont disposent les caisses d'envisager des contrôles et d'en mesurer les effets.

Ceux-ci doivent s'intégrer dans le plan de contrôle interne de la caisse et permettre un rapprochement entre les pièces reçues et les FSE ordonnancées par d'autres CPAM.

En fonction de l'organisation des caisses et du nombre de postes habilités à consulter la base ERASME, les contrôles pour l'année 2000 porteront sur un échantillon de pharmacies ayant un taux de clientèle extérieure à la circonscription significatif (plus de 30 % par exemple), ou une forte augmentation de ce taux d'un mois sur l'autre sans justification a priori (pour éviter les risques de délivrance fictive). Ils porteront sur une semaine de délivrance et s'attacheront à vérifier non seulement la présence des ordonnances mais aussi leur cohérence avec les facturations (présence du récapitulatif, présence de la totalité des ordonnances, mention de renouvellement si nécessaire, qualité du tri...).

Dès 2001, le plan de contrôle interne déterminera les modalités de suivi sachant qu'il conviendra de vérifier toutes les pharmacies par contrôle tournant sur l'année et sur une même période et d'organiser des suivis particuliers de celles présentant le plus grand nombre d'anomalies.

¹ **ERASME** : Extraction, Recherches et Analyses pour un Suivi Médico-Economique ; projet informationnel de la CNAMTS visant à constituer des entrepôts (bases importantes) de données au niveau régional, national et participant au système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR AM) ; l'entrepôt régional ERASME V0 devrait remplacer ~~en juillet d'ici fin~~ 2000 la base SIAM et contenir toutes les données de paiement relatives aux professionnels de santé d'une même région CTI quelle que soit la caisse de rattachement de l'assuré.

Pour répondre au mieux aux préoccupations exprimées par les caisses et bien que le contexte actuel soit particulièrement tendu, notamment du fait de l'accumulation de soldes à la production et de la mise en place de la CMU, les procédures suivantes ont été retenues. Elles impliquent la mise en place d'une organisation de la production en « mode contrôle interne ».

2- Les principes d'une organisation en « mode contrôle interne. »

2.1 *Rappel des principes du contrôle interne*

La ***circulaire AC n°36/99 diffusée le 25/11/1999*** a présenté les nouvelles approches du contrôle interne. Deux axes prioritaires ont été définis et doivent s'appliquer aujourd'hui sur le contrôle des flux SESAM Vitale, pour les pharmacies dans un premier temps et pour les autres professionnels de santé dans un second temps.

Le premier précise la place du contrôle interne dans l'organisme, qui doit être utilisé comme instrument de management se rapportant à l'ensemble des fonctions de l'organisme : cela se traduit par la définition de procédures de gestion, de contrôle et de reporting permettant à l'organisme de sécuriser ses procédures de travail.

Le second instaure l'intégration du contrôle interne dans l'ensemble des métiers de l'organisme et notamment son impact sur les fonctions d'ordonnateurs, de contrôleurs et d'encadrement : ceci se traduit par une nouvelle répartition des tâches entre ces différents acteurs, avec par exemple la mise en place d'une surveillance accrue des flux externes par l'ordonnateur, et le contrôle des procédures internes par le contrôleur.

2.2 *Intérêt et développement du contrôle interne dans le cadre de la dématérialisation des feuilles de soins*

Dans le cadre du contrôle des flux en télétransmission SESAM Vitale des pharmaciens, cette démarche permet de mettre en place un système de surveillance et de suivi continu par l'exploitation des rejets et signalements existant dans IRIS, ainsi que l'élaboration de profils qualité et l'exploitation des anomalies observées soit de manière continue par les ordonnateurs, soit lors de contrôles a posteriori ciblés.

Dans ce contexte, les procédures de contrôle interne sont intégrées à la production dans le cadre d'un plan annuel de contrôle interne formalisé et piloté conjointement par le Directeur et l'Agent Comptable.

Ce plan annuel fixe les objectifs, les actions et les ressources affectées par chacune des parties. Les procédures définissent un ensemble cohérent de vérifications et de contrôles, effectués par les techniciens ou les contrôleurs selon la répartition et les compétences fixées dans le plan de contrôle interne annuel.

L'Agent Comptable doit disposer des moyens nécessaires à l'exercice de sa responsabilité personnelle notamment au travers de son plan de contrôle, lui permettant principalement de s'assurer que le plan de contrôle interne prévu est effectivement réalisé.

3- Les orientations nationales du plan de contrôle interne des flux pharmacie.

Pour répondre à la demande des Caisses dans le domaine du contrôle des factures électroniques de pharmacie, et pour fixer un cadre garantissant une homogénéité de traitement, des orientations nationales complétées par un guide d'actions de contrôle interne ont été définies.

Trois grandes orientations ont été retenues :

- ⇒ **l'ordonnancement / contrôle en présence des pièces justificatives pour les assurés et les pharmaciens relevant de la même Caisse,**
- ⇒ **l'ordonnancement / contrôle sans la présence de la pièce justificative lorsque la Caisse ne peut pas en disposer** (cas d'une pharmacie relevant d'une autre région ou d'une autre circonscription, cas où il n'y a pas d'accord de transmission des ordonnances papier entre caisses limitrophes)
- ⇒ **le contrôle a posteriori**
 - ↪ **de la pharmacie par la Caisse gestionnaire du pharmacien** qui dispose pour ce faire de l'exhaustivité des ordonnances papier et de l'exhaustivité des paiements dans la version inter-région d'ERASME
 - ↪ **de l'assuré ou du bénéficiaire par sa Caisse de rattachement**

3.1- Ordonnancement/contrôle en présence des pièces justificatives

Ce cas de figure s'applique aux flux concernant les pharmacies et les assurés de la circonscription de la caisse : l'ordonnancement doit se faire impérativement en présence des pièces justificatives.

Par contre, le rapprochement a priori systématique de la pièce et de la FSE n'est ni envisageable ni même possible. Des contrôles par sondage et a priori devront être prévus par l'ordonnateur en effectuant un rapprochement exhaustif des ordonnances et des FSE correspondantes. Ces contrôles porteront sur un petit nombre de factures d'une journée de délivrance extraites de façon aléatoire. Ils doivent être tournant afin de s'assurer du respect de leurs obligation par toutes les pharmacies. Ils s'attacheront à vérifier la réalité de la délivrance et le respect de la réglementation en vigueur selon les axes de contrôles proposés dans le guide des actions de contrôle figurant en annexe de la circulaire .

Cette procédure est possible car le pharmacien est tenu de trier les ordonnances d'une part pour les assurés de la caisse à laquelle lui-même est rattaché et d'autre part pour les assurés d'autres circonscriptions.

La vérification des flux a priori est constituée d'une part des contrôles nationaux et d'autre part des paramétrages de contrôle et de surveillance d'IRIS laissés dans le système à disposition des caisses primaires. Elle doit être ciblée et pertinente. Elle est donc révisable et adaptable en fonction des préoccupations et des résultats des autres actions et contrôles menés (suspicion de fraude, anomalie répétée de saisie, mauvaise connaissance des textes).

Les Caisses peuvent par exemple utiliser le dénombrement de certain signalement en définissant un seuil à partir duquel ce signalement devra être exploité. Dans un second temps, des paramétrages spécifiques seront activés pour confirmer et réprimer les comportements abusifs des pharmaciens ayant déjà fait l'objet d'actions de la part des agents (soit du technicien ordonnateur, soit du service relations avec les professionnels de santé, soit du service de la gestion du risque soit du service médical en fonction de la situation).

Dans tous les cas, chaque action doit être accompagnée de consignes précises sur les différentes alternatives et décisions à prendre.

L'efficacité maximale de ce type de suivi ne peut en théorie être atteinte que si les résultats sont stockés, historisés et exploités dans l'objectif de capitalisation des données et de réalisation du profil qualité du tiers. La traçabilité des opérations demeure donc un atout important et les caisses peuvent si elles en ont les moyens utiliser des tableaux d'enregistrement simples réalisés par exemple à partir d'applications telles qu'EXCEL ou ACCESS, qui permettent la centralisation et l'exploitation des résultats.

3.2- Ordonnancement sans la présence de la pièce justificative

Ce sera le cas lorsque l'ordonnance sera conservée par le centre gestionnaire du pharmacien alors que l'assuré est rattaché à une autre caisse, ou lorsque l'organisation de la caisse ne permettra pas de payer en présence des pièces justificatives dans le délai conventionnel.

a) Surveillance a priori du flux

L'utilisation des signalements de type « alerte » à l'aide des paramètres « Caisse » d'IRIS ne doit pas être systématiquement écartée.

Une simple utilisation de la fonctionnalité de dénombrement d'IRIS pour des signalements sur ce portefeuille peut permettre de mettre en évidence les tiers à risque ou les risques liés à cette procédure.

Par exemple, l'utilisation du dénombrement pour le signalement " Quantité délivrée pour un CIP supérieur au seuil " sur les pharmaciens hors circonscription peut permettre de détecter un tiers pour lequel ce signalement revient fréquemment. Cette action est possible par la réalisation d'un paramètre caisse de type dénombrement et ayant comme critère le signalement national et le n° du portefeuille (ou du tiers) concerné.

La caisse doit alors contacter la caisse de rattachement de ce tiers afin de savoir si ce signalement est également important pour les autres flux. Si ce n'est pas le cas, une étude pourra être menée a posteriori pour vérifier qu'il n'y a pas abus dans le cas de flux hors circonscription. Si les signalements nécessitant le recours à l'ordonnance ne peuvent être exploités à court terme, il peut être intéressant de les maintenir sur une période limitée afin d'avoir une idée de la qualité des flux et d'apporter une information supplémentaire pour la définition des actions de contrôle interne.

Afin d'atteindre une efficacité maximale, les résultats des actions de contrôle interne devraient être mémorisés. En effet, l'analyse des données sur une période de plusieurs mois reste une méthode de ciblage et de surveillance simple et efficace.

La caisse pourrait ainsi apporter la preuve de la pertinence du pilotage de son dispositif de contrôle interne concernant les flux des tiers hors circonscription mais également de l'ensemble de son activité liée aux feuilles de soins électroniques des pharmaciens.

b) Contrôle a posteriori

Les flux en provenance des pharmaciens hors région devront faire l'objet d'un suivi a posteriori par l'intermédiaire de requêtes ciblées dans les bases informationnelles ou dans les archives de production : par exemple, un pharmacien hors circonscription envoyant régulièrement des FSE pour le même assuré sur une période de plusieurs mois peut faire l'objet d'un contrôle plus approfondi en collaboration avec la CPAM gestionnaire de la pharmacie.

Les rejets et les signalements "affichables" sont stockés au Centre de Traitement Informatique et font l'objet du traitement IRIS "Qualité des Flux Tiers", qui édite les sept principaux motifs de rejets et signalements par tiers et par ordre décroissant de volume. L'exploitation de ce document apporte un atout indéniable à la caisse, mais nécessite une transformation des données du listing en données informatiques exploitables sur une base qui peut être développée par les caisses.

Les données issues de ce traitement permettent de réaliser, a posteriori, des analyses et des documents de synthèse comme les "profils qualité" des télétransmissions qui, complétés par les résultats des autres actions, doivent servir de support à la relation contractuelle avec le professionnel de santé (actions correctrices notamment).

3.3- Contrôle a posteriori de la pharmacie par la Caisse gestionnaire et de l'assuré par la Caisse de rattachement

a) Contrôle de la pharmacie

Le contrôle a posteriori porte sur l'ensemble de l'activité du pharmacien grâce aux données quantitatives engrangées dans les documents de synthèse d'une part (voir ci-dessus), et grâce aux requêtes sur la base ERASME V0 inter-région d'autre part.

Le contrôle a posteriori se décompose en actions " tournantes " se déroulant sur la période couverte dans le plan de contrôle interne (annuelle). Pour certains domaines comme l'usage de médicaments spécifiques, les actions doivent être définies en concertation avec le Service Médical qui indiquera alors sous quelle forme il souhaite prendre connaissance des résultats (tableau de bord, passation de certains dossiers,...) et la nature du retour d'informations qu'il peut faire vers les services administratifs dans ce domaine.

La nature des actions de contrôle interne a posteriori est décrite dans le guide rénové d'actions sur les flux pharmacie qui est joint en annexe .

Comme pour les actions réalisées au cours de l'ordonnancement / contrôle, les contrôles a posteriori devraient donner lieu à l'enregistrement des anomalies (leur motif, leur impact, leur date,...) dans une base de données locale qui servirait de tableau de bord.

Les documents de synthèse issus de cet enregistrement serviraient à orienter les actions de contrôle du plan de contrôle interne suivant ou bien à réorienter, si besoin est, celles du plan de contrôle interne en cours.

b) Suivi des assurés

Le suivi des assurés est beaucoup plus limité ; il s'agit de repérer des facturations multiples ou des renouvellements qui pourraient indiquer une fraude ou une surconsommation abusive, puis de transmettre les informations au service concerné en fonction de leur cause.

3.4. La conservation des ordonnances

Les ordonnances demeurent une pièce justificative essentielle permettant de s'assurer d'une part de la réalité de la prescription et d'autre part de l'adéquation entre la prescription et la délivrance et donc du respect par la pharmacie de ses obligations.

Les ordonnances concernant les assurés de la circonscription sont archivées dans les locaux du centre gestionnaire du pharmacien dans les conditions habituelles réglementaires, sous la responsabilité de l'Agent Comptable de la caisse.

Les ordonnances concernant des assurés hors circonscription sont conservées par le même centre gestionnaire du pharmacien, leur archivage doit permettre leur rapprochement entre la FSE et la pièce justificative papier, à partir de l'identifiant de la pharmacie et de la date du bordereau récapitulatif. Les autres recherches s'effectueront à partir des données présentes sur le bordereau¹.

Ce classement permettra de retrouver de manière relativement simple les ordonnances pour les besoins d'un suivi a posteriori et le cas échéant en cas de présomption de fraude pour la caisse gestionnaire du professionnel de santé.

L'Agent Comptable en possession de la pièce justificative demandée est responsable de l'archivage et de la conservation de cette pièce ; il devra réserver les envois des originaux

¹ Le contenu du bordereau récapitulatif dans le cadre de la transmission des FSE SESAM Vitale et des ordonnances papier par les pharmaciens est en cours de négociation

aux seuls cas de contentieux à la demande écrite de l'Agent Comptable intéressé. Cette disposition dispense les caisses de signer des protocoles de transmission d'ordonnances papier.

Si les manipulations et les envois de copies d'ordonnances entre caisses doivent rester exceptionnels, il ne s'agit pas pour autant d'empêcher les contrôles nécessitant le recours à l'ordonnance, notamment pour le Service Médical.

Les transmissions des pièces justificatives nécessaires à la réalisation des contrôles prévus dans le cadre régional ou national (études collectives des pratiques professionnelles, étude épidémiologique etc...) devront être prévues et organisées localement.

4- Incidences organisationnelles

4.1 Organisation des unités de gestion

Le traitement des données électroniques nécessite une organisation de l'unité de gestion en mode contrôle interne, c'est-à-dire des vérifications et contrôles ciblés a posteriori effectués par les ordonnateurs et les contrôleurs.

Par exemple, la surveillance et le suivi de la qualité des flux tiers seront laissés à l'initiative de l'ordonnateur concerné dans le cadre du plan d'actions de contrôle interne supervisé par le responsable du centre. Les procédures de surveillance et de suivi doivent faire l'objet de consignes écrites précises et adaptées au contexte. La formation et l'information des techniciens est un atout majeur de réussite afin de les faire adhérer les à ce dispositif.

La nouvelle organisation des missions entre les techniciens ordonnateurs et les techniciens contrôleurs ne doit pas empêcher les délégataires de l'Agent Comptable d'exercer leur mission propre et de vérifier, selon des procédures déterminées dans chaque caisse, le respect des dispositifs de contrôle interne.

4.2 *Traitement des rejets pour les flux sans pièces justificatives*

Le traitement des rejets liés au codage sans la pièce justificative ne peut se traduire que par un retour systématique au tiers.

Si le rejet fait suite à une erreur de saisie du tiers, ce dernier envoie la nouvelle FSE avec les données rectifiées à la CPAM de l'assuré qui pourra alors procéder à l'ordonnancement.

Si le rejet est contesté par le pharmacien, on peut supposer que ce dernier s'adressera à sa caisse gestionnaire, la seule qu'il connaisse réellement (sauf pour le cas de caisses limitrophes connues du tiers).

La caisse du tiers, après avoir constaté que le flux est un flux hors circonscription devra effectuer les opérations suivantes :

- recours à l'ordonnance dont elle est détenteur afin de vérifier les dires du pharmacien.
- en cas d'accord avec le pharmacien, la consigne lui sera donnée de suivre la même procédure que celle indiquée dans l'article 4-2 de la convention nationale concernant le dysfonctionnement de la transmission des FSE. Il s'agira pour ce dernier d'établir un duplicata papier de la FSE et de l'envoyer pour paiement à la caisse de l'assuré en joignant pour information une édition de la FSE rejetée, sans tenir compte pour ce cas de la nécessité de signature par l'assuré de ce duplicata (la signature de l'assuré ne peut être valable que dans le cas où le dysfonctionnement apparaîtrait en présence de ce dernier).
- pour les cas particuliers, un contact peut s'établir entre la caisse du tiers et celle de l'assuré, afin d'éviter des éventuels rejets consécutifs et non justifiés.
- à la réception du duplicata, la caisse de l'assuré procède au paiement via PPN.
- un contrôle régulier devra être effectué pour éviter les risques de doubles paiements.

Tous les rejets concernant les flux hors région devront donc être régulièrement suivis.

4.3 *Recouvrement des Indus*

Le contrôle a posteriori peut déboucher sur des constats d'indus. La CNAMTS a engagé une étude de la réglementation pour déterminer si l'indu peut être notifié par la caisse gestionnaire de la pharmacie, détentrice des pièces justificatives et à l'origine du contrôle : dans l'attente des résultats de cette étude, il convient de procéder comme indiqué dans le paragraphe concernant la gestion et l'archivage des ordonnances, et de limiter les transmissions d'originaux qu'aux seuls cas de contentieux.

5- “ Guide d’actions des Caisses sur les flux internes et externes de biologie et de pharmacie incluant le codage ”

La CNAMTS a diffusé en 1998 un travail réalisé par un groupe de travail du Comité National de Contrôle Interne (CNCI) sur les actions de contrôle interne à effectuer sur les flux incluant le codage (pharmacie et biologie).

A partir de ce document et afin de vous aider dans la définition de votre plan de contrôle interne spécifique pharmacie, nous vous proposons en annexe un référentiel de contrôles en la matière.

Le référentiel de contrôle se compose de la description des contrôles, ainsi que des scénaris différenciés selon la montée en charge des flux. Il intègre également les rejets et signalements existants et opérationnels dans IRIS aujourd’hui.

Parmi les types d’action, il est proposé d’avoir recours à des requêtes sur SIAM. Ces requêtes peuvent être exécutées via le langage spécifique SQL, mais également via les Interfaces Hommes Machines de la Gestion du Risque (BO, Impromptu, Focus) qui ne demandent pas de connaître des fonctionnalités développées de requête.

Ces outils permettent d’élargir la réalisation de ciblage vers l’encadrement des centres de paiement, voire vers les techniciens ordonnateurs ou contrôleurs du centre.

La base SIAM actuelle comporte les données limitées à la circonscription de la CPAM. A compter de la fin de l’année 2000, cette base devrait s’élargir aux données “ inter-régions ” mises à disposition de chaque CPAM, sous le nom d’ERASME (version 0), et à terme au SNIIR-AM (données inter - régions – détail de l’ensemble des CPAM – et inter - régimes).

Cet élargissement des données va faciliter la mise en œuvre du type de contrôles a posteriori, notamment pour les flux hors circonscription : la CPAM disposant des ordonnances pourra en effet aller consulter les paiements correspondants effectués par les autres CPAM.

6- Procédure “ type ” nationale

La CNAMTS mène actuellement avec le Comité National de Contrôle Interne une réflexion sur une procédure “ type ” nationale de contrôle des FSE pharmacies, en tenant compte des orientations de la présente circulaire et de l’expérience des caisses en la matière. Cette procédure a pour objectif principalement de mettre en évidence les risques les plus forts et d’apporter des exemples de réponses à apporter par les CPAM dans le cadre de leur plan de contrôle interne.

Un certain nombre de propositions vous sont d’ores et déjà transmises dans le « référentiel de contrôle » présenté ci-dessus.

**GUIDE D' ACTIONS DES CAISSES
SUR LES FLUX INTERNES ET EXTERNES
DE PHARMACIE**

INCLUANT LE CODAGE

**DANS LE CONTEXTE DE LA TRANSMISSION DE FEUILLES DE SOINS ELECTRONIQUES
SESAM VITALE**

ANNEXE

Guide d'actions des caisses sur les flux interne et externe de PHARMACIE incluant le codage dans le contexte de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale – Février 2000

*Ce guide d'action est une émanation du guide d'actions des caisses sur les flux internes et externes de biologie et de pharmacie incluant le codage diffusé par lettre le 03/06/1998. Il a été constitué à partir de la partie concernant la pharmacie. Il modifie et complète les modalités d'application de l'instruction de contrôle interne diffusées par*circulaire DDRE n°5/98 - AC 45/98* le 11/12/ 98 : la cible première des actions est le pharmacien qui pourra être à l'origine d'actions vers les prescripteurs ou les assurés selon les résultats obtenus.*

Le guide d'actions est composé d'un tableau constitué de 4 colonnes

① La **COLONNE «RISQUE POTENTIEL»** a été décomposée en six parties :

- ⇒ anomalies de facturation
- ⇒ anomalies de saisie
- ⇒ anomalies de délivrance
- ⇒ anomalies de prescription
- ⇒ anomalies de consommation
- ⇒ anomalies de procédure

Elle présente les différents risques et/ou anomalies identifiés à ce jour. Cette liste n'a pas la prétention d'être exhaustive.

② La **COLONNE “ IRIS ”** a été décomposée en 3 parties :

- ⇒ numéro du rejet et/ou signalement IRIS
- ⇒ libellé du rejet et/ou signalement IRIS
- ⇒ utilisation des paramètres Caisse

Les signalements sont identifiés par un (S) et les rejets par un (R).

ANNEXE

Guide d'actions des caisses sur les flux interne et externe de PHARMACIE incluant le codage dans le contexte de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale – Février 2000

③ La COLONNE “ ACTIONS SUR LA FEUILLE DE SOINS ELECTRONIQUE ” a été décomposée en 2 parties :

- ⇒ action hors circonscription (sans l'ordonnance)
- ⇒ action dans circonscription

Parmi les types d'action, il est proposé d'avoir recours à des requêtes sur SIAM. Ces requêtes peuvent être exécutées via le langage spécifique SQL, **mais également via les Interfaces Hommes Machines de la Gestion du Risque (BO, Impromptu, Focus) qui ne demandent pas de connaître des fonctionnalités développées de requête.** Ces outils permettent d'élargir la réalisation de ciblage vers l'encadrement des centres de paiement, voire vers les techniciens ordonnateurs ou contrôleurs du centre.

La base SIAM actuelle comporte les données limitées à la circonscription de la CPAM. A compter du 1^{er} juillet, cette base s'élargira aux données inter-régions mises à disposition de chaque CPAM, sous le nom d'ERASME (version 0) et à terme au SNIIR-AM (données inter - régions – détail de l'ensemble des CPAM – et inter - régimes).

Cet élargissement des données va faciliter la mise en œuvre du type de contrôles a posteriori, notamment pour les flux hors circonscription : la CPAM disposant des ordonnances pourra en effet aller consulter les paiements correspondant effectués par une autre CPAM.

Dans le document, la base de données à l'origine de la requête est indiquée lorsqu'elle est différente de la base SIAM.

④ COLONNE “ CONSEILS SUR LES MODALITES PRATIQUES ”

Cette colonne a pour objectif de mettre en évidence un certain nombre d'actions ou de procédures à mettre en œuvre comme la saisie des résultats sur un tableau de bord, la participation du Service Médical ou la mise en œuvre d'alertes auprès d'autres caisses.

Comme son titre l'indique il s'agit de conseils et non d'instructions : chaque caisse doit les adapter à son contexte et à sa politique propre.

Concernant les flux hors circonscription, il est souhaitable qu'il y ait une politique régionale qui se dégage, afin d'harmoniser les actions des caisses et d'optimiser l'exploitation des résultats. La mise en œuvre d'une dynamique régionale serait donc un atout pour les CPAM.

Guide d'actions des caisses sur les flux interne et externe de PHARMACIE incluant le codage dans le contexte de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale – Février 2000

1. Anomalies de facturation	5
1.1 - Anomalies de tarif et de taux.....	6
1.2 - Facturation non conforme aux indications de la prescription	7
2. Anomalies de saisie	9
3. Anomalies de délivrance	10
3.1 - Anomalies de forme	11
3.2 - Interaction médicamenteuse et incompatibilité médicament avec âge, sexe	14
4. Anomalies de prescription	15
4.1 - Anomalies de forme	16
4.2 - Abus de prescriptions.....	17
4.3 - Evolution atypique des prescriptions dans une spécialité, masquée par un pourcentage d'évolution global correct	17
5. Anomalies de consommation	18
5.1 - Consommation abusive	19
5.2 - Nomadisme du bénéficiaire	19
5.3 - Surveillance de la consommation par classe thérapeutiques	19
6. Anomalies de procédure	20
6.1 - Utilisation abusive du numéro de prescripteur fictif	21
6.2 - Double télétransmission du lot IRIS	22
6.3 - Même numéro de facture deux fois dans un même lot	22
6.4 - Double télétransmission dont une sans pièce justificative	22
6.5 - Validation erronée d'un lot par le liquidateur	23
6.6 - Double règlement d'une facture.....	23
6.7 - Anomalie de destinataire de règlement en tiers-payant	24
6.8 - Délais de traitement.....	24

ANNEXE

Guide d'actions des caisses sur les flux interne et externe de PHARMACIE incluant le codage dans le contexte de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale – Février 2000

TABLEAU 1

1 - ANOMALIES DE FACTURATION

- 1.1 Anomalies de Tarif et de taux
- 1.2 Facturation non conforme aux indications de la prescription

ANNEXE

Guide d'actions des caisses sur les flux interne et externe de PHARMACIE incluant le codage dans le contexte de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale – Février 2000

RISQUE POTENTIEL	I R I S			ACTION SUR FSE		CONSEILS SUR LES MODALITES PARATIQUES
	REJET/SIGNALEMENT DANS IRIS		PARAMETRE CAISSE	HORS CIRCONSCRIPTION (sans l’ordonnance)	DANS CIRCONSCRIPTION	
	N°	Libellé				
1.1 Anomalies de Tarif et de taux						
- Tarif et taux envoyés différents de ceux inscrits au fichier des médicaments	4000 056 4000 054 4000 055 4000 066	Prix unitaire saisi inférieur au tarif connu au fichier médicaments(S) Taux erroné / fichier des médicaments(S) Prix unitaire saisi supérieur au tarif connu au fichier médicaments (S) Prix unitaire saisi égal à un ancien prix unitaire connu (S)		Le risque dans ce cas est très faible car IRIS calcule le montant remboursable à partir des éléments transmis de la facture : la caisse ne pourra pas « trop » rembourser, mais elle pourrait à l’inverse rembourser moins au tiers de manière injustifiée (fichier des médicaments pas à jour au niveau du CTI). Risque : factures très fortes car erreurs très élevées de prix de médicaments Risque lié au fichier non opposable car encore signalement	Exploitation périodique des signalements pour évaluation du risque puis sensibilisation du pharmacien. Et/ou Requête SIAM pour les tiers sujets à ces signalements pour action de contrôle a posteriori du respect de l’application des tarifs en cours dans le Fichier des Médicaments	Information du pharmacien de la différence de tarif ou de taux afin qu’il puisse mettre à jour son fichier le cas échéant. En cas d’anomalies répétées sur un même code CIP ou de réclamation du pharmacien, vérifier que le fichier des médicaments à bien été mis à jour au niveau du CTI .
	4000 068 4000 069	Base de remboursement saisie différente de la base calculée (S) Tarif postérieur à la date de soins (S)			Exploitation des signalements et sensibilisation du pharmacien	Requête SIAM pour vérification du respect de l’application des tarifs en cours dans le Fichier des Médicaments

ANNEXE

Guide d'actions des caisses sur les flux interne et externe de PHARMACIE incluant le codage dans le contexte de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale – Février 2000

RISQUE POTENTIEL	I R I S		ACTION SUR FSE		CONSEILS SUR LES MODALITES PARATIQUES	
	REJET/SIGNALEMENT DANS IRIS		HORS CIRCONSCRIPTION (sans l'ordonnance)	DANS CIRCONSCRIPTION		
	N°	Libellé				
1.2 Facturation non conforme aux indications de la prescription						
- Facturation de médicaments prescrits hors indications thérapeutiques remboursables de l'AMM			②Paramètres de contrôle Caisse sur les codes préalablement ciblés	Difficile à mettre en œuvre : à réserver aux cas de présomption de fraudes, à la demande de la caisse gestionnaire du pharmacien.	① Action ciblée sur produits connus comme pouvant être prescrits hors AMM, en concertation avec le Service Médical puis sélection des factures comportant ces produits et médicalisation	Saisie des résultats sur le tableau de bord. Rapprochement avec la prescription : si la facturation correspond à la prescription, poursuivre l'action sur le prescripteur.
-Non-respect des dispositions sur les affections de longue durée (ALD) et l'ordonnancier bi-zone <i>Risque : paiement au titre de l'ALD et donc à 100% des médicaments qui ne sont pas en rapport avec l'ALD</i>				Il peut être intéressant d'évaluer par des requêtes la proportion de FSE concernant des assurés en ALD envoyées par les pharmaciens hors circonscription. A part les cas de caisses limitrophes, le pourcentage devrait être très faible. Une proportion importante pourra faire l'objet d'une étude plus affinée. En effet, un prescripteur inscrit bien « non en rapport avec ALD » mais le pharmacien inscrit toute la délivrance de médicaments en ALD car peu de rapprochement avec PJ.	Dans un premier temps, une action d'évaluation pourra être menée sur un échantillon de FSE sur la conformité de la facturation à la prescription. Dans un second temps, si les résultats montrent un défaut dans l'établissement de l'ordonnance proprement dite, des études seront menées en collaboration avec le Service Médicale : Suivi des praticiens atypiques dans leur spécialité (par les assurés en ALD qu'ils soignent) puis médicalisation en fonction des orientations du Service Médical.	Etude par requêtes : -> proportion des FSE concernant des assurés en ALD -> mesure par praticien, pour leurs seuls assurés en ALD, du taux de prescription au titre de l'ALD -> comparaison des praticiens de même spécialité Saisie des résultats dans le tableau de bord.

ANNEXE

Guide d'actions des caisses sur les flux interne et externe de PHARMACIE incluant le codage dans le contexte de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale – Février 2000

TABLEAU 2

2 - ANOMALIES DE SAISIE

ANNEXE

Guide d'actions des caisses sur les flux interne et externe de PHARMACIE incluant le codage dans le contexte de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale – Février 2000

RISQUE POTENTIEL	I R I S			ACTION SUR FSE		CONSEILS SUR LES MODALITES PARATIQUES
	REJET/SIGNALEMENT DANS IRIS		PARAMETRE CAISSE	HORS CIRCONSCRIPTION (sans l'ordonnance)	DANS CIRCONSCRIPTION	
	N°	Libellé				
2'. Anomalies de saisie						
	4000 001 4000 002 4000 051 4000 052	Code fictif interdit en saisie tiers (R) Clé du code CIP erronée (R) Code CIP inconnu au Fichier des Médicaments (R) Code CIP absent Fichier à la date des soins (R)		Rejet au tiers et en cas de réclamation, application de la procédure de traitement des rejets décrite dans la circulaire.	Rejet au tiers	Suivi des rejets pour information directe au tiers le cas échéant .
Risque de remboursement de médicaments radiés, encore en stock en officine	4000 053	Code CIP supprimé à la date des soins (S)			Exploitation des signalements	Un dénombrement permettrait de s’assurer que cette situation reste exceptionnelle. En cas d’augmentation de cette anomalie, faire une analyse ciblée afin de détecter les raisons et/ou les acteurs en cause

TABLEAU 3**3 - ANOMALIES DE DELIVRANCE**

- 3.1 - Anomalies de forme
- 3.2 - Interaction médicamenteuse et incompatibilité médicament avec âge, sexe

ANNEXE

Guide d'actions des caisses sur les flux interne et externe de PHARMACIE incluant le codage dans le contexte de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale – Février 2000

RISQUE POTENTIEL	I R I S		ACTION SUR FSE		CONSEILS SUR LES MODALITES PARATIQUES	
	REJET/SIGNALEMENT DANS IRIS		HORS CIRCONSCRIPTION (sans l'ordonnance)	DANS CIRCONSCRIPTION		
	N°	Libellé				
3.1 Anomalies de forme						
- Quantité délivrée supérieure aux seuils validés de rejet et de signalement <u>Remarques :</u> - Le seuil de rejet n'a pas pour vocation de réaliser un contrôle thérapeutique. Son niveau est surestimé par rapport au nombre de boîtes résultant de l'utilisation d'un médicament (même à sa posologie maximale). Il tient compte aussi des usages médicaux exceptionnels. - <i>Le seuil d'alerte doit permettre de constituer une base de signalement sur l'utilisation des médicaments. Son utilité est a posteriori afin de cibler des quantités trop importantes.</i>	4000 057	Quantité délivrée aberrante pour un code CIP (R)		Le traitement des rejets de ce type nécessite d'avoir l'ordonnance. A défaut, la facture rejetée est renvoyée au pharmacien sans autre traitement préalable. La caisse doit garder trace de cette opération afin de retrouver facilement le dossier en cas de litige (voir procédure de traitement des rejets dans la circulaire), et d'analyser régulièrement l'évolution de ce type de rejets.	Exploitation des rejets et signalements, puis en fonction des résultats : ->action vers le pharmacien si la quantité délivrée ne correspond pas à la quantité prescrite -> action vers le prescripteur si la quantité délivrée correspond à la prescription	Faire des campagnes limitées dans le temps permettant d'avoir une vision objective du risque par pharmacien puis de définir une ligne d'action pour les cas détectés. Les résultats de ces signalements et rejets doivent être saisis sur un tableau de bord local afin de les analyser puis de les exploiter sur le moyen terme et de suivre leur évolution.

ANNEXE

Guide d'actions des caisses sur les flux interne et externe de PHARMACIE incluant le codage dans le contexte de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale – Février 2000

RISQUE POTENTIEL	I R I S			ACTION SUR FSE		CONSEILS SUR LES MODALITES PARATIQUES
	REJET/SIGNALEMENT DANS IRIS		PARAMETRE CAISSE	HORS CIRCONSCRIPTION (sans l'ordonnance)	DANS CIRCONSCRIPTION	
	N°	Libellé				
Remarques : idem que les précédentes	4000 058	Quantité délivrée pour un code CIP > au seuil (S)	Difficile à mettre en œuvre pour les codes CIP. Il est cependant possible de cibler les factures signalées pour un pharmacien et de les dénombrer (le n° de signalement peut être utilisé comme critère)	L'exploitation de ce signalement n'est pas faisable à court terme si l'ordonnance n'est pas disponible : il reste cependant intéressant d'activer ce signalement régulièrement sur des périodes limitées pour les pharmaciens hors circonscription, afin de détecter les éventuels abus. Il peut être mis en dénombrement dans un premier temps avec un ciblage affiné. En cas de résultats positifs, une action devra être menée en collaboration avec la caisse gestionnaire du pharmacien	Pas d'historique, ne peut concerner que les produits dont la limite max. de prescription est < 30 jours. Pour les autres produits (ex : anxiolytique sur douze semaines) : contrôle manuel à partir des prescriptions ->action vers le pharmacien si la quantité délivrée ne correspond pas à la quantité prescrite -> action vers le prescripteur si la quantité délivrée correspond à la prescription	

ANNEXE

Guide d'actions des caisses sur les flux interne et externe de PHARMACIE incluant le codage dans le contexte de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale – Février 2000

RISQUE POTENTIEL	I R I S		ACTION SUR FSE		CONSEILS SUR LES MODALITES PARATIQUES
	REJET/SIGNALEMENT DANS IRIS		HORS CIRCONSCRIPTION (sans l'ordonnance)	DANS CIRCONSCRIPTION	
	N°	Libellé			
	000 064	Nb de boîtes de code CIP/ facture > au seuil (R)			
	000 065	Nb de de boîtes de code CIP/ facture > au seuil (S) <i>Remarque : sur la totalité de la facture (somme de toutes les quantités de tous les codes CIP présents dans facture, quel que soit leur taux).</i>			

ANNEXE

Guide d'actions des caisses sur les flux interne et externe de PHARMACIE incluant le codage dans le contexte de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale – Février 2000

RISQUE POTENTIEL	I R I S			ACTION SUR FSE		CONSEILS SUR LES MODALITES PARATIQUES
	REJET/SIGNALEMENT DANS IRIS		PARAMETRE CAISSE	HORS CIRCONSCRIPTION (sans l'ordonnance)	DANS CIRCONSCRIPTION	
	N°	Libellé				
3.2 Interaction médicamenteuse et incompatibilité médicament avec âge, sexe						
-Incompatibilité médicament avec âge / sexe	4000 062 4000 063	Incompatibilité médicament/âge (S) Incompatibilité médicament/sexe (S)			Exploiter les signalements : - si la délivrance est conforme à la prescription, cibler le prescripteur - si la délivrance n'est pas conforme à la prescription, cibler le pharmacien	A utiliser en concertation avec le Service Médical, en limitant le ciblage aux flux de la circonscription.
-Interaction médicamenteuse	4000 061	Risque d'interaction médicamenteuse grave (S)	Paramètre local pour ciblage plus fin après dénombrement	Impossible à court terme. Etant donné la proportion relativement faible des flux hors circonscription (et encore plus des flux hors région), les actions éventuelles seront demandées par la caisse gestionnaire du pharmacien en cas de détection d'un risque global fort et d'un étude approfondie du Service Médical concerné.	Dénombrement des signalements puis en fonction des résultats activation du signalement sur une période. Suivant les résultats et l'analyse du Service Médical, ciblage du pharmacien et/ou du prescripteur puis éventuellement élargissement aux flux hors circonscription.	Ce domaine ne peut être traité qu'à la demande du Service Médical Une évaluation des risques doit être faite pour les FSE de la circonscription avant toute action sur les flux hors circonscription.

TABLEAU 4**4 - ANOMALIES DE PRESCRIPTION**

- 4.1 - Anomalies de forme
- 4.2 - Abus de prescriptions
- 4.3 - Evolution atypique des prescriptions dans une spécialité, masquée par un pourcentage d'évolution global correct

ANNEXE

Guide d'actions des caisses sur les flux interne et externe de PHARMACIE incluant le codage dans le contexte de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale – Février 2000

RISQUE POTENTIEL	I R I S			ACTION SUR FSE		CONSEILS SUR LES MODALITES PARATIQUES
	REJET/SIGNALEMENT DANS IRIS		PARAMETRE CAISSE	HORS CIRCONSCRIPTION (sans l'ordonnance)	DANS CIRCONSCRIPTION	
	N°	Libellé				
4.1 Anomalies de forme						
- Absence d'identification ou identification incomplète : • du malade sur l'ordonnance • du médecin - Absence de précision sur l'âge de l'enfant - Utilisation d'une ordonnance préétablie (préimprimée) - Absence de mention de la posologie, de la durée du traitement, et du nombre de renouvellements - Absence de date de prescription, de signature du médecin			En fonction des résultats des contrôles a posteriori, ou d'alertes suite à d'autres études, un paramétrage local ciblé sur un ou plusieurs pharmaciens pourra être effectué afin d'effectuer une évaluation du risque.	Impossible à court terme car l'ordonnance n'est pas disponible. Par contre, il est fortement conseillé d'effectuer un rapprochement des pièces justificatives et des flux SESAM Vitale a posteriori de manière exhaustive sur un échantillon afin de s'assurer que les ordonnances relatives aux flux hors circonscription existent bien et que les FSE sont conformes. <u>Ce contrôle de réalité et conformité</u> doit au minimum être effectué pour les pharmaciens hors circonscription ayant le volume de flux le plus important <u>une fois dans l'année..</u>	Aucune parade dans Iris. Contrôle manuel des flux par sondage et rapprochement avec les pièces justificatives	Les résultats viendront alimenter les tableaux de bord sur la qualité des flux et donneront lieu le cas échéant à une action plus précise en collaboration avec la Caisse gestionnaire du pharmacien en cause. Ce contrôle sera facilité par la mise en œuvre de la base ERASME régionale : en effet, pour les CPAM de la même région, la Caisse ayant l'ordonnance pourra avoir accès directement à la FSE correspondante.
- Prescription de médicaments d'exception sur une ordonnance ordinaire - Contrôle effectué par rapport à l'indicateur binaire (0/1) « médicament d'exception » présent par code CIP dans le fichier des médicaments.	4000 060	Médicament d'exception (S)	Paramétrage local pour ciblage plus fin	A intégrer dans le contrôle a posteriori décrit ci-dessus.	Exploitation des signalements	Saisie des résultats dans le tableau de bord. Actions directes sur le prescripteur en cas de risque mis en évidence sur une période de plusieurs mois.

ANNEXE

Guide d'actions des caisses sur les flux interne et externe de PHARMACIE incluant le codage dans le contexte de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale – Février 2000

RISQUE POTENTIEL	I R I S			ACTION SUR FSE		CONSEILS SUR LES MODALITES PARATIQUES
	REJET/SIGNALEMENT DANS IRIS		PARAMETRE CAISSE	HORS CIRCONSCRIPTION (sans l'ordonnance)	DANS CIRCONSCRIPTION	
	N°	Libellé				
4.2 Abus de prescriptions						
				Le ciblage de ces flux n'a pas d'intérêt particulier car ils ne traduisent pas l'activité normale du prescripteur	Ciblage à partir des statistiques Clientèle : sélection des factures du prescripteur par IS, Siam ou Iris, pour détecter les prescriptions abusives en pharmacie et/ou faire ressortir les dépenses au dessus d'un certain seuil, puis actions concertées avec le Service Médical.	Saisir les résultats sur le tableau de bord et mettre en surveillance le ou les prescripteurs qui ont déjà fait l'objet de mise en garde par la caisse afin de s'assurer de la rectification de leur comportement.
4.3 Evolution atypique des prescriptions dans une spécialité, masquée par un pourcentage d'évolution global correct						
			②Paramètres Caisses dans IRIS pour sélection sur le flux	Le contrôle des FSE hors circonscription devra se limiter aux cas où une étude préalable fait ressortir un risque fort voire une présomption de fraude, nécessitant une analyse de l'exhaustivité des dossiers transmis sur une période donnée. Ce cas devrait rester limité.	① Sélection des spécialités médicales à évolution atypique à partir des statistiques Clientèle, de SIAM ou IS, puis des prescripteurs ③ Transmission des dossiers, selon les orientations du Service Médical	L'analyse préalable s'effectuera sur l'ensemble des FSE de la région dans laquelle exerce le pharmacien avec la mise en œuvre d'ERASME inter région en juin 2000.

TABLEAU 5**5 - ANOMALIES DE CONSOMMATION**

- 5.1 - Consommation abusive
- 5.2 - Nomadisme du bénéficiaire
- 5.3 - Surveillance de la consommation par classe thérapeutiques

ANNEXE

Guide d'actions des caisses sur les flux interne et externe de PHARMACIE incluant le codage dans le contexte de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale – Février 2000

RISQUE POTENTIEL	I R I S			ACTION SUR FSE		CONSEILS SUR LES MODALITES PARATIQUES
	REJET/SIGNALEMENT DANS IRIS		PARAMETRE CAISSE	HORS CIRCONSCRIPTION (sans l'ordonnance)	DANS CIRCONSCRIPTION	
	N°	Libellé				
5.1. Consommation abusive						
			Ciblage d'un assuré pour lequel une étude a posteriori aurait mis en évidence un risque.	Pour les assurés concernés par un nombre important de flux hors circonscription (cas des limitrophes notamment) une analyse plus fine devra être réalisée en collaboration des CPAM gestionnaires des tiers concernés.	Evaluation du risque à partir des assuré présentant une surconsommation par rapport à la moyenne puis élargissement vers le pharmacien et le prescripteur	Ces actions ne peuvent s'effectuer que dans le cadre d'une collaboration avec le Service Médical.
5.2. Nomadisme du bénéficiaire						
				Un volume important de flux hors circonscription pour un même bénéficiaire sur une période limitée est un indicateur sur le risque de nomadisme et permettra de faire une action plus poussée de la consommation et des causes de ce comportement.	Même démarche que précédemment sachant que ces deux anomalies sont souvent liées. Suivi des consommations atypiques dans SIAM, notamment multiples prescripteurs et/ou multiples exécutants pour un même bénéficiaire.	Ces actions ne peuvent s'effectuer que dans le cadre d'une collaboration avec le Service Médical.
5.3. Surveillance de la consommation par classe thérapeutiques						
Contrôle effectué par rapport à l'indicateur binaire (0/1) « prescription restreinte » présent par code CIP dans le fichier des médicaments.	4000 059 4000 060	Médicaments soumis à prescription restreinte (S) Médicaments d'exception (S)	Ciblage des acteurs (pharmacien ou prescripteur ou bénéficiaire en cause) et du médicaments en cause en cas de soupçons.	Mettre ces signalements en dénombrement avec un ciblage du portefeuille hors circonscription pour évaluation du risque. En cas de dénombrement important, activer ces signalements pour détection des pharmaciens/assurés concernés. En fonction des résultats une action pourra être menée en collaboration avec la caisse en possession des ordonnances concernées. Les flux hors circonscription doivent être surveillés car l'absence de la prescription peut être à l'origine d'abus ou de fraudes.	Signalement des factures comportant un ou plusieurs produits dont l'usage est susceptible d'être détourné. En fonction des résultats, actions plus fines sur les acteurs potentiellement en cause (bénéficiaire, prescripteur, pharmacien)	Les CPAM ayant détecté un risque fort d'abus ou de détournement pour un assuré ou un tiers devront le signaler aux caisses susceptibles de recevoir des flux sans ordonnances et donc particulièrement difficiles à détecter.

TABLEAU 6**6 - ANOMALIES DE PROCEDURE**

- 6.1 - Utilisation abusive du numéro de prescripteur fictif
- 6.2 - Double télétransmission du lot IRIS
- 6.3 - Même numéro de facture deux fois dans un même lot
- 6.4 - Double télétransmission dont une sans pièce justificative
- 6.5 - Validation erronée d'un lot par le liquidateur
- 6.6 - Double règlement d'une facture
- 6.7 - Anomalies de destinataires de règlement en tiers-payant
- 6.8 - Délais de traitement

ANNEXE

Guide d'actions des caisses sur les flux interne et externe de PHARMACIE incluant le codage dans le contexte de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale – Février 2000

RISQUE POTENTIEL	I R I S		ACTION SUR FSE		CONSEILS SUR LES MODALITES PARATIQUES	
	REJET/SIGNALEMENT DANS IRIS		HORS CIRCONSCRIPTION (sans l'ordonnance)	DANS CIRCONSCRIPTION		
	N°	Libellé				
6.1. Utilisation abusive du numéro de prescripteur fictif ou utilisation d'un numéro de prescripteur erroné						
			Mettre en paramètre le n° fictif de la caisse pour les tiers souhaités. Dans le cadre des flux hors circonscription, mettre en paramètre les n° de prescripteurs fictifs des autres région afin de détecter les utilisations abusives.	La Caisse pourra mettre en œuvre des actions en ciblant les pharmaciens hors circonscription utilisant le numéro fictif de prescripteur. En fonction des résultats, la Caisse peut : • établir un classement par pharmacien utilisant le n° fictif de prescripteur • à partir de ce classement, les Caisses peuvent retenir les n premiers pharmaciens (exemple : les 10 premiers) et contacter les Caisses de rattachement de ces pharmaciens pour voir si ces pharmaciens ont un comportement identique pour les assurés de sa circonscription.	La Caisse met en œuvre des actions par l'intermédiaire de requêtes sur les données du SIAM/Erasmus V0, pour cibler les pharmaciens utilisant le numéro fictif de prescripteur. En fonction des résultats, la Caisse peut : -vérifier par sondage si le numéro du prescripteur n'existait pas sur l'ordonnance papier -définir des profils qualité « N° fictif » par pharmacien -contacter les pharmaciens « déviants » pour leur repréciser les consignes d'utilisation du n° fictif	Saisir les résultats dans le tableau de bord Des comportements abusifs détectés par des contrôles a posteriori devront être suivi par l'activation de paramètres caisse afin de s'assurer de la qualité des flux des tiers précédemment contactés et avisé de leurs erreurs. En cas d'abus répétés malgré les interventions caisse, le rejet a priori pourra être utilisé pour les flux de la circonscription.

ANNEXE

Guide d'actions des caisses sur les flux interne et externe de PHARMACIE incluant le codage dans le contexte de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale – Février 2000

RISQUE POTENTIEL	I R I S		PARAMETRE CAISSE	ACTION SUR FSE		CONSEILS SUR LES MODALITES PARATIQUES
	REJET/SIGNALEMENT DANS IRIS			HORS CIRCONSCRIPTION (sans l'ordonnance)	DANS CIRCONSCRIPTION	
	N°	Libellé				
6.2. Double télétransmission du lot IRIS						
Risque : double paiement des prestations	172 050	lot déjà en traitement (R)		<u>Contrôle a priori</u> : IRIS vérifie la double transmission de factures des lots B2 ou B2 S sur un historique réduit <u>Contrôle a posteriori des doubles paiements</u> : - à partir de l'application centrale « doubles paiements », s'assurer que l'application est exploitée au CTI avec une périodicité mensuelle ou réaliser des requêtes sur SIAM/Erasme avec l'aide du CTI - en vérifiant via SIAM/Erasme sur un échantillon de pharmaciens ou une période donnée, si des doubles paiements (FSE, feuille papier) n'ont pas été effectués		
6.3. Même N° de facture deux fois dans un même lot						
	180 050	doubles factures dans un même lot (R)		<u>Contrôle a priori</u> : Exploitation et enregistrement par la Caisse des rejets dans un fichier <u>Contrôle a posteriori</u> : réalisation d'une typologie des pharmaciens pour lesquels ce type de rejets revient soit périodiquement soit en volume important (requête sur fichier)		Ce rejet ne nécessite aucun recours à la pièce justificative.
6.4. Double télétransmission, dont une sans pièce justificative						
Risque : financier	172 050	lot déjà en traitement (R)		sans objet car la Caisse n'a aucune PJ	Explication : si, au lieu d'invalider la transmission non accompagnée des pièces justificatives, la caisse met en instance le flux et demande le duplicata des pièces justificatives => risque de double paiement Même procédure qu'au point 6.2	Etablir une procédure pour traiter ce cas, ainsi que sur les duplicatas, pour éviter les doubles paiements

ANNEXE

Guide d'actions des caisses sur les flux interne et externe de PHARMACIE incluant le codage dans le contexte de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale – Février 2000

RISQUE POTENTIEL	I R I S		PARAMETRE CAISSE	ACTION SUR FSE		CONSEILS SUR LES MODALITES PARATIQUES
	REJET/SIGNALEMENT DANS IRIS			HORS CIRCONSCRIPTION (sans l'ordonnance)	DANS CIRCONSCRIPTION	
	N°	Libellé				
6.5. Validation erronée d'un lot par l'ordonnateur						
Risque : financier, qualité des données				<u>Contrôle a priori</u> : Possibilité d'invalidation au niveau Contrôle (Si une facture au moins est en contrôle) Cependant, dans le cas des flux hors circonscription l'ordonnateur a peu d'éléments lui permettant un choix réfléchi d'invalidation d'une facture sans PJ sauf existence d'un signalement et de consignes très précises ne nécessitant pas le recours à l'ordonnance	<u>Contrôle a priori</u> : Possibilité d'invalidation au niveau Contrôle (Si une facture au moins est en contrôle).	Lorsque des signalements sont activés et doivent être exploités selon des consignes précises, la supervision de la bonne application des consignes devra être effectuée afin de s'assurer que les factures avec signalements ont été ordonnancés à raison.
6.6. Double règlement d'une facture						
Risque : financier – paiement d'une FSE et de son homologue papier (exemple : un pharmacien se fait payer par l'assuré, lui donne un volet de facturation et établit une FSE tiers-payant qu'il envoie à la CPAM)				Risque fort <u>Contrôle a posteriori</u> : - par des requêtes sur Erasme V0 reprenant les éléments d'un échantillon de factures avec les 2 supports d'entrée : interne et FSE, la Caisse peut rechercher les doubles règlements d'une même facture. - Contrôle a posteriori avec l'application « double paiement »	<u>Contrôle a posteriori</u> : - par des requêtes sur SIAM reprenant les éléments d'un échantillon de factures, la Caisse peut rechercher les doubles règlements d'une même facture. - Contrôle a posteriori avec l'application centrale“ double paiement	Contrôles aléatoires a priori, pour les saisies internes, et les saisies externes, pour détecter deux factures identiques portant des numéros de facture différents

ANNEXE

Guide d'actions des caisses sur les flux interne et externe de PHARMACIE incluant le codage dans le contexte de la télétransmission des feuilles de soins électroniques SESAM Vitale – Février 2000

RISQUE POTENTIEL	I R I S		ACTION SUR FSE			CONSEILS SUR LES MODALITES PARATIQUES
	REJET/SIGNALEMENT DANS IRIS		PARAMETRE CAISSE	HORS CIRCONSCRIPTION (sans l’ordonnance)	DANS CIRCONSCRIPTION	
	N°	Libellé				
6.7. Anomalies de destinataires de règlements en tiers-payant						
Risque : fraude interne en complicité avec le tiers				<u>Contrôle a posteriori</u> : - Effectuer périodiquement sur toutes les mises à jour de destinataires de règlement - Réaliser une typologie de ces mises à jour (via Erasme v0) et cibler les assurés pour lesquels le nombre de mises à jour est supérieur à un certain seuil - faire le rapprochement en demandant aux Caisses concernées, les PJ pour toute ou partie des assurés supérieurs à ce seuil	<u>Contrôle a priori</u> : à effectuer systématiquement sur toute mise à jour (création, modification, suppression) et validation du fichier “ destinataire de paiements ” en vérifiant la réalité, la validité et l’exactitude de la pièce justificative de création ou de mise à jour <u>Contrôle a posteriori</u> : vérifier le respect de la séparation des fonctions, via le contrôle d’accès ARAMIS (habilitations) notamment effectuer un contrôle de la fiche reflet, (lorsque la mise à jour n’est pas effectuée avec une application interactive), avec éventuellement un contrôle aléatoire sur les pièces justificatives	
6.8. Délai de traitement						
	600 050 470 004	Date début de prestation(s) antérieure à 2 ans + 3 mois (R) Date de prescription postérieure à date des soins (R)	* Délai de traitement -date de début de soins > délai légal de prescription (2 ans + 3 mois) * date de prescription date de début de soins > 6 mois	Mettre les deux paramètres caisses en dénombrement sur le portefeuille des flux hors circonscription, et en cas de nombre important activer les paramètres puis exploiter les signalements. En cas de soupçons d’abus voire de fraude, la CPAM devra se mettre en rapport avec la CPAM gestionnaire du tiers	Exploiter les rejets. Activer et exploiter les paramètres caisses pour une évaluation des risques puis en fonction des résultats le mettre en contrôle a priori ou en rejet si le cas se présente trop fréquemment <u>Contrôle a posteriori</u> : par requête sur ERASME V0 la Caisse doit cibler les pharmaciens répondant aux cas cités supra et retourner aux PJ sur échantillon de ces pharmaciens	Saisir les résultats sur un tableau de bord et agir auprès des tiers en cas d’évolution sensibles du nombre de cas. Pour les cas hors circonscription, la CPAM payeuse devra signaler l’anomalie à la CPAM du tiers pour qu’elle affine l’étude et agisse.