

MENTION D'INFORMATION

Transmission du rapport de contrôle T2A

Afin d'améliorer les conditions du contrôle de la tarification à l'activité (T2A) qui concerne tout établissement soumis à ce mode de tarification, le rapport de contrôle et l'annexe permettant le calcul des éventuelles sommes à payer font l'objet d'une transmission dématérialisée et sécurisée.

Ce traitement, dont les caractéristiques ont été déterminées par la CNAMTS, est mis en œuvre par les services du Contrôle médical.

Les établissements de santé concernés sont les établissements publics de santé, les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public ou ayant opté pour la dotation globale de financement, les établissements de santé privés ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé, les autres établissements de santé privés.

Le rapport, dit rapport de contrôle sur site de la T2A, établi par le service du contrôle médical est transmis au médecin DIM de l'établissement, pour observations, puis à l'unité de coordination régionale.

Les praticiens conseils du service du contrôle médical sont seuls en possession du rapport de contrôle au sein de l'Assurance maladie.

L'annexe permettant le calcul des sommes à payer par l'établissement (annexe 5) est renseignée par l'établissement puis remise en mains propres au médecin en charge du contrôle sur site. Elle est adressée ensuite par le médecin responsable du contrôle par messagerie sécurisée, aux cellules régionales de calcul des caisses. Les agents habilités des CPAM qui traitent les données de facturation sont soumis au secret professionnel.

Les informations traitées dans le rapport de contrôle permettent l'identification de l'établissement et du médecin responsable du DIM, du médecin responsable du contrôle; elles comportent les caractéristiques du séjour dont le n° d'ordre, y compris le groupe homogène de malades et le groupe homogène de séjours.

Les données traitées dans l'annexe 5 permettent l'identification du patient (NIR, Nom, Prénom, date de naissance), du séjour (n° d'ordre, date d'entrée et de sortie) et la tarification du séjour (taux de prise en charge, caisse gestionnaire).

Le droit d'accès et de rectification s'exerce auprès du directeur de la CPAM ou CGSS d'affiliation ou de rattachement administratif.

Le droit d'opposition prévu par l'article 38 de la loi du 6 janvier 1978 ne s'applique pas au présent traitement.

Les informations sont conservées cinq ans, et détruites la sixième année et jusqu'à la fin d'une éventuelle procédure en cas de contentieux (jusqu'à épuisement des voies et délais de recours).

Les dossiers peuvent ensuite être archivés sans limitation de durée après suppression de toutes les données permettant l'identification des personnes physiques.

La loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 s'applique à ce traitement qui a fait l'objet d'engagements de conformité **au décret n° 2015-390 du 3 avril 2015** autorisant les traitements de données à caractère personnel par les organismes gestionnaires des organismes obligatoires de base de l'assurance maladie pour l'accomplissement de leurs missions d'affiliation, d'immatriculation, d'instruction des droits aux prestations et de prise en charge des soins, produits et services, **au décret n°2015-389 du 3 avril 2015** autorisant les traitements automatisés de données à caractère personnel et les échanges d'informations mis en œuvre par les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie pour l'accomplissement de leurs missions en matière de lutte contre les fautes, abus et fraudes et **au décret n°2015-391 du 3 avril 2015** autorisant les traitements automatisés de données à caractère personnel et les échanges d'informations mis en œuvre par les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie pour l'accomplissement des missions de leurs services médicaux.