



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Instruction n° DGOS/FIP1/DSS/1A/2026/109 du 6 août 2026 relative aux priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour la campagne 2026 portant sur l'activité 2025

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie
et des personnes handicapées

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Référence	NOR : SFHH2619468J (numéro interne 2026/109)
Date de signature	06/08/2026
Emetteurs	Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Direction de la sécurité sociale (DSS)
Objet	Priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour la campagne 2026 portant sur l'activité 2025.
Actions à réaliser	Déterminer les priorités régionales de contrôles externes de la tarification à l'activité et en informer les établissements de santé.
Résultat attendu	Réalisation des contrôles externes de la tarification à l'activité en 2026 sur l'activité 2025.
Echéance	Prise en compte immédiate des dispositions contenues dans la présente instruction.
Contact utile	Direction générale de l'offre de soins Sous-direction du financement et de la performance du système de santé Bureau de la synthèse budgétaire et financière (FIP1) Mél. : DGOS-FIP1@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	4 pages + 1 annexe (3 pages) Annexe : Priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour l'année 2026 sur l'activité 2025.
Résumé	Présentation des activités qui ont été retenues comme priorités nationales de contrôle pour la campagne 2026.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent à l'ensemble des Outre-mer.
Mots-clés	Établissement de santé ; tarification à l'activité ; contrôle externe ; agence régionale de santé.
Classement thématique	Établissements de santé / Gestion

Textes de référence	- Article R.162-35 à R.162-35-6 du Code de la sécurité sociale ; - Arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ; - Arrêté du 23 décembre 2016 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique.
Instruction abrogée	Instruction n° DGOS/FIP1/DSS/1A/2025/141 du 14 octobre 2025 relative aux priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour la campagne 2025 portant sur l'activité 2024.
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Néant
Validée par le CNP du 24 juillet 2026 - Visa CNP 2026-53	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

La présente instruction a pour objet de définir les priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour la campagne 2026 portant sur l'activité 2025.

Le contrôle externe de la tarification à l'activité vise à inciter les établissements de santé à être attentifs et vigilants quant à la qualité de l'application des règles de codage et de facturation de leur activité. Il s'agit d'un contrôle de la régularité et de la sincérité de la facturation, qui ne saurait se confondre avec un audit externe sur la qualité du codage ou un contrôle de la pertinence des soins apportés par les établissements de santé à leurs patients.

Les priorités nationales de contrôle sont déterminées notamment sur la base des activités pour lesquelles il est constaté des comportements atypiques repérés à partir des analyses statistiques des bases du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et lors des campagnes de contrôle précédentes.

Les contrôles réalisés au titre de la campagne 2026 sur l'activité 2025 concerneront l'ensemble des établissements de santé. Ils porteront uniquement sur le champ médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), hors hospitalisation à domicile (HAD), pour l'ensemble des séjours en hospitalisation complète, les séjours sans nuitée sur un périmètre délimité ainsi que les séjours en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).

Les contrôles portant sur les séjours en hospitalisation de jour avec un GHM en « C » ou en « K » incluent les venues pour réalisation :

- d'acte(s) relevant d'un forfait SE, d'un forfait FSD ou d'un forfait FFM ;
- d'acte(s) dentaires.

Les contrôles portant sur les séjours en hospitalisation de jour dits de médecine (racines en « M » et en « Z ») sont limités aux venues pour réalisation :

- d'acte(s) relevant d'un forfait SE, d'un forfait FSD ou d'un forfait FFM ;
- d'acte(s) dentaires ;
- d'acte(s) non remboursable(s) qui auraient été codés avec un code CCAM ne correspondant pas à ce qui a été effectivement réalisé.

À moyen terme, il est prévu une reprise des contrôles sur l'hospitalisation à domicile (HAD) ainsi que l'extension des contrôles au champ des soins médicaux et de réadaptation (SMR).

Sur ce périmètre, les priorités nationales de contrôle retenues pour la campagne 2026, détaillées en annexe, portent sur les thèmes suivants :

- 1) les activités ne relevant pas d'une facturation relevant de la tarification à l'activité ;
- 2) les activités non prises en charge par l'Assurance maladie ;
- 3) le codage du diagnostic principal et de certains actes CCAM classants ;
- 4) les séjours dits « contigus » ;
- 5) les séjours avec comorbidités ;
- 6) les prestations inter-établissements ;
- 7) les actes facturés en hospitalisation de jour ;
- 8) les séjours en UHCD ou susceptibles de relever de l'UHCD.

Pour rappel, à compter de la réception du courrier de l'agence régionale de santé l'informant d'un contrôle de la tarification à l'activité (T2A), un établissement ne doit plus transmettre de fichier LAMDA sur les séjours concernés par le ciblage. Il a en effet pu être constaté que les établissements utilisaient l'outil LAMDA pour modifier les données des activités concernées par le contrôle externe avant, pendant et après le contrôle sur site. De la même manière, à compter de la réception du courrier de l'agence régionale de santé, un établissement ne peut plus adresser de factures rectificatives sur les séjours concernés.

Cette stratégie nationale est à adapter pour chaque région, en fonction des résultats des campagnes de contrôles précédentes et selon l'existence de :

- sanctions financières antérieures ;
- modifications du codage et/ou de la facturation des établissements décidées au niveau réglementaire.

Afin d'améliorer la lisibilité du processus, je vous incite à communiquer aux établissements de votre région, les priorités de contrôle que vous aurez retenues au niveau régional.

Par ailleurs, la version 2026 du guide du contrôle externe de la tarification à l'activité, disponible sur le site de la CNAM et de l'ATIH, constitue une ressource pour les établissements de santé faisant l'objet d'un contrôle. Ce guide a été produit dans le cadre d'un groupe de travail piloté par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), associant des représentants de l'État, de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), les représentants des fédérations nationales et des deux principaux régimes de l'Assurance maladie.

Je vous invite à tenir informé le bureau de la synthèse budgétaire et financière (FIP1) de la DGOS de toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de cette instruction.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale adjointe,

A stylized signature in black ink, slanted upwards to the right, with the word "signé" written in a bold, italicized font.

Sophie BARON

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de l'offre de soins,

A stylized signature in black ink, slanted upwards to the right, with the word "signé" written in a bold, italicized font.

Hugo GILARDI

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,

A stylized signature in black ink, slanted upwards to the right, with the word "signé" written in a bold, italicized font.

Pierre PRIBILE

Annexe

Priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour l'année 2026 sur l'activité 2025

1) Les activités ne relevant pas d'une facturation T2A

La priorité nationale est de contrôler les essais cliniques, notamment de phase I, sur le risque maladie. Sont notamment visées les recherches impliquant la personne humaine mentionnées à l'article L. 1121-1 du Code de la santé publique.

2) Les activités non prises en charge par l'Assurance maladie

La priorité nationale est de contrôler :

- les interventions dites « de confort » ou « d'esthétique » ou les actes non remboursables à la CCAM (par exemple les actes de chirurgie réfractive) ;
- les venues facturées en hospitalisation de jour dits de médecine (racines en « M » et en « Z ») pour réalisation d'acte(s) non pris en charge par l'Assurance maladie et codé(s) par un code erroné.

3) Le codage du diagnostic principal ou de certains actes CCAM classants

Les hospitalisations pour diagnostic ou pour surveillance procèdent de règles de codage, définies au sein du guide méthodologique MCO¹, dont le respect constitue une priorité nationale.

Le contrôle du codage des diagnostics principaux (DP) ou des actes classants ayant pour effet de classer le séjour dans un groupe homogène de séjours (GHS) mieux valorisé que celui dans lequel le séjour aurait été classé en l'absence de codage de ce DP ou de cet acte classant, fait également l'objet d'une priorité nationale.

4) Le codage des comorbidités

La priorité nationale est de contrôler le respect des règles du guide méthodologique MCO¹ pour le codage des diagnostics associés significatifs ayant une valeur de complication ou morbidité associée (CMA).

Pour rappel, un diagnostic associé significatif (DAS) est une affection, un symptôme ou tout autre motif de recours aux soins coexistant avec le DP, ou le couple DP-DR (diagnostics reliés), constituant :

- un problème de santé distinct supplémentaire (une autre affection) ;
- ou une complication de la morbidité principale ;
- ou une complication du traitement de la morbidité principale.

Un diagnostic associé, répondant ainsi aux critères définis supra, est dit significatif :

- s'il est pris en charge à titre diagnostique ou thérapeutique ;
- ou s'il majore l'effort de prise en charge d'une autre affection.

¹ Guide méthodologique MCO : annexe III de l'arrêté du 23 décembre 2016 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique.

5) Les séjours dits « contigus »

Les séjours contigus désignent des hospitalisations successives réalisées pour un même patient au sein d'une même entité juridique et avec un même FINESS géographique, dont la date d'entrée est égale à la date de sortie de l'hospitalisation précédente.

Pour rappel, le guide méthodologique MCO¹ précise que :

« Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour, donnant lieu à la production d'un RSS unique.

En conséquence :

- si les deux parties du séjour se sont déroulées dans deux unités médicales différentes, le même numéro de RSS est attribué aux deux RUM produits ;
- si l'unité médicale de réadmission est la même que celle de sortie, il est produit un RUM unique, comme s'il n'y avait pas eu de sortie² ».

6) Les prestations inter-établissements

Les transferts d'une durée inférieure à 2 jours (soit une nuitée au maximum) sont considérés comme des prestations inter-établissements, lorsqu'ils ont lieu entre deux établissements relevant du même champ d'activité (transferts intra-MCO, intra-SMR ou intra-psychiatrie).

Ces prestations inter-établissements, telles que définies à l'article 4 bis de l'arrêté du 19 février 2015 modifié, n'interrompent pas le séjour du patient.

Par exception à cette règle, lorsque le patient est hospitalisé et qu'il est pris en charge dans un autre établissement pour la réalisation d'une séance de la catégorie majeure 28 à l'exception de celles de transfusions (GHM 28Z14Z), oxygénothérapie (28Z15Z) et aphérèses sanguines (28Z16Z), ou correspondant à un forfait de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale en unité de dialyse médicalisée, chaque établissement facture sa prestation.

Le guide méthodologique MCO précise que « un patient est provisoirement transféré d'un établissement de santé demandeur A vers un établissement prestataire B pour la réalisation d'un acte médico technique ou d'une autre prestation » « si le patient fait l'objet d'une admission en hospitalisation, B produit un RSS dont les modes d'entrée et de sortie sont codés « 0 » (transfert provisoire). La prestation de B n'est pas facturée à l'Assurance maladie car c'est à A que B la facture. ». Le guide précise également que les transferts d'un patient hospitalisé à domicile vers un établissement de MCO sont également exclus du régime des prestations inter-établissements.

La priorité nationale est de contrôler les séjours facturés à l'Assurance maladie par les établissements prestataires (établissements B) dans le cadre d'une prestation inter-établissements :

- hors exceptions au régime des prestations inter-établissements (transferts HAD vers MCO, séances et dialyses en unité de dialyse médicalisée),
- hors séjours réalisés dans le cadre des prestations inter-activités, compte tenu de l'évolution réglementaire intervenue sur ce sujet en 2016. En effet, l'article 4 ter de l'arrêté du 19 février 2015 modifié précise le régime de ces prestations inter-activités qui correspondent aux transferts de moins de deux jours entre deux unités médicales relevant de champs d'activité différents (transferts SMR vers MCO, psychiatrie vers MCO...). Dans ce cas de figure, il est précisé que chaque établissement facture ses prestations.

² Le guide prévoit que seul un cas exceptionnel, tel un retour du patient qui serait dû à une autre affection que celle prise en charge initialement, à un autre problème qu'une complication de l'affection prise en charge initialement ou de son traitement, autoriserait à distinguer deux séjours, donc à produire deux RSS distincts, la date de sortie du premier étant égale à la date d'entrée du second. Il n'est ainsi autorisé de produire deux RSS distincts que si la réadmission est justifiée par un événement indépendant du premier séjour, cas exceptionnel. Toutes les fois que la réadmission est due à la même affection, à une complication de celle-ci ou de son traitement, il ne doit être produit qu'un seul RSS.

7) Les actes facturés en hospitalisation de jour

La priorité nationale, pour les séjours sans nuitée – qu'ils soient médicaux, chirurgicaux ou interventionnels –, porte sur la facturation en hôpital de jour :

- des actes CCAM inscrits sur une liste SE « forfait Sécurité Environnement »,
- des actes CCAM relevant d'une liste FFM « forfait de petit matériel »,
- des actes CCAM relevant d'un FSD, « forfait de sécurité dermatologique »,
- des actes CCAM dentaires.

8) Les séjours en UHCD ou susceptibles de relever de l'UHCD

La priorité nationale porte sur :

- les séjours en UHCD de zéro nuitée,
- les séjours d'hospitalisation complète de médecine, susceptibles de relever d'une UHCD.

À noter par ailleurs qu'à l'occasion de contrôles, lorsque les équipes régionales repèrent que des actes non inscrits à la CCAM ont été codés par assimilation, elles doivent en informer systématiquement pour avis les services de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM).