



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

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Instruction n° DGOS/FIP1/2026/72 du 8 juin 2026 relative à la dotation populationnelle du modèle de financement des activités de soins médicaux et de réadaptation**

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)

<b>Référence</b>	NOR : SFHH2613127J (numéro interne : 2026/72)
<b>Date de signature</b>	08/06/2026
<b>Emetteurs</b>	Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
<b>Objet</b>	Dotation populationnelle du modèle de financement des activités de soins médicaux et de réadaptation.
<b>Action à réaliser</b>	Allocation de la dotation populationnelle du nouveau modèle de financement des soins médicaux de réadaptation.
<b>Résultat attendu</b>	Financement des établissements de santé autorisés aux activités des soins médicaux de réadaptation.
<b>Echéance</b>	Immédiate
<b>Contact utile</b>	Sous-direction du financement et de la performance du système de santé Bureau de la synthèse budgétaire et financière (FIP1) Mél. : <a href="mailto:DGOS-FIP1@sante.gouv.fr">DGOS-FIP1@sante.gouv.fr</a>
<b>Nombre de pages et annexe</b>	8 pages et 1 annexe (2 pages) Annexe – Pas-à-pas détaillé de l'allocation de la dotation populationnelle
<b>Résumé</b>	La présente instruction a pour objet de préciser le périmètre et le cadre d'allocation de la dotation populationnelle aux établissements de santé exerçant une activité de soins médicaux de réadaptation, telle que prévue dans le nouveau cadre de financement prévu pour ce champ.
<b>Mention Outre-mer</b>	Ces dispositions s'appliquent en Outre-mer à l'exception des collectivités d'outre-mer, ainsi que du centre hospitalier de Mayotte, qui ne sont pas concernés.
<b>Mots-clés</b>	Financement, soins médicaux et de réadaptation, dotation populationnelle, comité consultatif d'allocation des ressources.

<b>Classement thématique</b>	Etablissements de santé - Gestion
<b>Textes de référence</b>	Articles R. 162-34-2 et suivants du code de la sécurité sociale.
<b>Circulaire / instruction abrogée</b>	Néant
<b>Circulaire / instruction modifiée</b>	Néant
<b>Rediffusion locale</b>	Néant
<b>Validée par le CNP du 29 mai 2026 - Visa CNP 2026-33</b>	
<b>Document opposable</b>	Non
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	Immédiate

La présente instruction a pour objet de préciser les modalités d'application des dispositions réglementaires relatives à l'allocation de la dotation forfaitaire des activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR), s'agissant de son compartiment populationnel, aux niveaux national et infrarégional, dans le cadre prévu aux articles R. 162-34-2 et suivants du code de la sécurité sociale.

Elle expose la méthodologie retenue ainsi que les principes généraux encadrant la répartition de la dotation populationnelle entre les régions et, au sein de celles-ci, entre les établissements de santé autorisés à exercer une activité de SMR.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2023, les soins médicaux et de réadaptation (SMR) sont financés selon un modèle rénové associant plusieurs compartiments :

- une part de financement à l'activité, représentant environ 50% du financement total des établissements au niveau national et reposant sur des tarifs associés aux groupes médico-tarifaires (GMT) ;
- une dotation forfaitaire visant à mettre en relation l'allocation des ressources avec les besoins de santé observés au niveau territorial sur la base de critères démographiques et épidémiologiques. Cette dotation identifie :
  - o un **montant populationnel (dotation populationnelle SMR)**, tenant compte de critères relatifs aux caractéristiques démographiques et à l'état de santé de la population de la région ;
  - o un **montant relatif à la prise en charge en pédiatrie (dotation pédiatrique SMR)** réparti en fonction des orientations régionales et nationales ;
- des compartiments ciblés, notamment relatifs aux plateaux techniques spécialisés, aux activités d'expertise financées en dotations MIGAC permettant de prendre en compte les spécificités de certains établissements et de stabiliser leurs financements ;
- un financement à la qualité à travers le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) adapté au champ des soins médicaux et de réadaptation.

La présente instruction concerne uniquement la répartition de la dotation populationnelle du modèle et ne traite pas des modalités relatives à la dotation pédiatrique. Celle-ci constitue un compartiment spécifique du financement destiné aux établissements autorisés à une des mentions de la modalité pédiatrie au titre de la prise en charge des patients mineurs. Pour les établissements mono-pédiatriques, la dotation pédiatrique se substitue à la dotation populationnelle. Pour les établissements prenant en charge à la fois des patients adultes et des mineurs, elle s'y ajoute.

L'allocation de la dotation populationnelle s'organise en deux temps.

## **I. Au niveau national, l'allocation de la dotation populationnelle entre les régions s'organise sur la base de deux volets de critères populationnels, « proximité » et « recours infrarégionaux »**

**Au niveau national**, la dotation populationnelle est calibrée dans le cadre des campagnes budgétaires. Elle est ensuite répartie par région dans **l'objectif de réduire les inégalités de financement entre régions**, héritées des anciennes modalités de financement. Pour ce faire, un mécanisme de rattrapage a été mis en place. Une partie de la progression annuelle des ressources de la dotation populationnelle est ainsi orientée en priorité vers les régions dont le financement historique, rapporté à leurs besoins évalués selon une méthode commune, est inférieur à la moyenne nationale. Les régions dont le financement historique est supérieur à cette moyenne bénéficient uniquement de la croissance socle répartie entre toutes les régions, au prorata de leurs financements historiques. Cette évolution plancher permet ainsi de maintenir une capacité d'action pour les agences régionales de santé concernées.

La répartition de la croissance dédiée au rattrapage s'effectue sur la base de l'article 2 de [l'arrêté du 26 mai 2023 définissant les critères et les pondérations du montant populationnel](#), qui distingue deux volets :

- **Un volet « proximité »** qui permet de caractériser le besoin de soins dont la réponse doit être organisée en proximité, sur la base de caractéristiques démographiques et du nombre des séjours en MCO ;
- **Un volet « recours infrarégionaux », composé de 5 sous-volets<sup>1</sup>**, qui permet de caractériser le besoin relatif aux activités plus spécialisées en SMR, structuré sur la base des différentes affections expliquant le besoin de réadaptation.

Pour chacun des volets, les critères et pondérations retenues pour caractériser le besoin sont fixés en annexe 1 du même arrêté.

Après application du modèle établi selon les termes de l'arrêté mentionné ci-dessus, le montant national dédié au rattrapage régional est arrêté pour chaque région par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (conformément au a du 1° du II de [l'article R162-34-4 - Code de la sécurité sociale](#)).

La part de croissance allouée au rattrapage est fixée ex-ante : chaque année, au moins +1% des ressources supplémentaires de la dotation populationnelle SMR est dédié au rattrapage.

- En-deçà de +1%, la totalité de la croissance est affectée au rattrapage,
- Au-delà de +1%, le reliquat de croissance est affecté à l'évolution socle dans, une limite de +1%,
- Au-delà de 2%, le supplément de croissance de la DotPop SMR non fléchée est alloué pour moitié au rattrapage, pour moitié au socle.

Les mesures ciblées, visant à financer des dispositions spécifiques, sont communiquées aux ARS lorsqu'elles sont déléguées pour la première année afin d'en permettre la correcte allocation. Ces mesures sont ensuite intégrées à la dotation populationnelle régionale et ne sont plus identifiées lors des campagnes budgétaires suivantes.

---

<sup>1</sup> Neurologie, locomoteur, métabolique – digestif, cardio-respiratoire, autres - L'ensemble des critères sont détaillés à l'annexe 1 du même arrêté.

## **II. Le montant régional de la dotation forfaitaire SMR est réparti par l'ARS entre les établissements du territoire, sur la base d'une liste de critères établie après consultation de la section SMR du CCAR**

### **1. L'allocation doit répondre à un besoin populationnel identifié afin d'accompagner l'évolution de l'offre de soins, tout en tenant compte de son organisation historique**

Conformément à l'[article R162-34-10 - Code de la sécurité sociale](#), la répartition de la dotation populationnelle entre les établissements de santé d'une même région s'effectue **sur la base d'une liste de critères définis par le directeur général de l'ARS**.

L'ARS dispose ainsi désormais d'un pouvoir déterminant dans l'allocation des ressources entre les établissements de son territoire, quel que soit leur statut. Par sa dimension territoriale, ce mode d'allocation constitue un outil puissant pour **structurer une offre de soins pérenne en réponse aux besoins**, en laissant une liberté d'organisation importante aux acteurs. L'allocation aux établissements se fait en fonction de la structure de l'offre actuelle et des caractéristiques du territoire, afin d'adapter la réponse à apporter au regard du contexte local. Dans la relation entre le régulateur et les offreurs de soins, **un dialogue stratégique doit s'instaurer afin que, d'une part, les acteurs s'accordent sur la cible à atteindre et que, d'autre part, pour chacun des offreurs la feuille de route soit précisée**. En remettant les besoins de santé au centre de la réflexion, la dotation populationnelle constitue ainsi un outil structurant et stratégique d'allocation des ressources. Elle est une exigence aussi bien pour le régulateur que pour les offreurs de soins, en introduisant un dialogue fécond au profit de la démocratie sanitaire intégrant les comités consultatifs d'allocation de ressources.

La répartition de la dotation au niveau régional doit répondre à plusieurs conditions, prévues à l'[article R162-34-10 - Code de la sécurité sociale](#) et doit notamment prendre en compte **l'offre hospitalière existante**. En outre, l'article **L162-23-3** du code de la sécurité sociale prévoit que la dotation forfaitaire a pour objet de « **sécuriser de manière pluriannuelle le financement de leurs activités** ». À ce titre, ce compartiment doit contribuer à renforcer la visibilité financière des établissements et à soutenir l'organisation et la programmation de leurs activités dans une logique de stabilisation de leurs moyens. Ces conditions permettent de garantir l'objectif de la réforme qui vise à **mettre l'allocation des crédits au service de l'évolution de l'offre hospitalière afin qu'elle réponde mieux aux besoins de santé de la population**. À ce titre, le travail conduit par les agences régionales de santé (ARS) dans le cadre du projet régional de santé (PRS) et sa mise en œuvre, notamment via les autorisations, doit être intégré à la réflexion sur l'allocation des financements. L'objectif pour les ARS sera ainsi de **définir des trajectoires de financement pluriannuelles** afin de consolider la visibilité budgétaire des établissements et de soutenir l'évolution progressive de leur offre, en cohérence avec les besoins identifiés sur les territoires.

Les critères d'allocation sont fixés selon les principes suivants :

- **Les critères pour allouer l'enveloppe entre territoires et entre les établissements SMR sont fixés par le directeur général de l'ARS**. Cette compétence donnée à l'ARS permet de replacer la décision territoriale au cœur du dispositif de financement ;
- **Les critères d'allocation sont soumis à consultation obligatoire des acteurs de terrain** : une procédure de concertation obligatoire est organisée avec la section SMR du CCAR, installée auprès de chaque ARS. **Ce comité émet un avis consultatif** et peut formuler des propositions concernant les critères de répartition envisagés, ce qui permet une implication accrue des acteurs de l'offre de soins dans le financement du système.

Les critères retenus par le directeur général de l'ARS doivent être fondés sur des éléments objectivables et transparents et être appliqués de manière homogène aux territoires et établissements placés dans une situation comparable. Ils doivent présenter un lien direct avec les besoins de santé identifiés sur le territoire et être cohérents avec les orientations du projet régional de santé (PRS). L'ARS peut également tenir compte des flux de patients observés entre zones géographiques. Cette analyse permet d'apprécier les situations de recours ou d'attractivité particulière de certains établissements, dans une perspective d'adaptation progressive de l'offre aux besoins de santé identifiés.

Afin de construire la liste des critères retenus pour l'allocation de ce montant populationnel, le DG ARS dispose de plusieurs ressources :

- L'annexe 2 de l'[arrêté du 26 mai 2023](#) susmentionné définit une liste de critères populationnels, non-exhaustive et non contraignante, mobilisables par l'ARS.
- L'ARS, par son initiative propre ou sur proposition du CCAR SMR, peut également introduire d'autres critères qui leur paraîtraient pertinents. Il est recommandé de ne pas retenir un nombre trop élevé de critères afin de garantir la lisibilité du modèle d'allocation retenu pour l'ensemble des acteurs du territoire.

Comme évoqué ci-dessus, la dotation populationnelle se décompose en plusieurs composantes complémentaires dans leur construction nationale : une dotation socle, une enveloppe de rattrapage destinée aux régions sous-dotées et, le cas échéant, une enveloppe dédiée au financement de mesures métiers. Cette structuration permet de concilier l'objectif d'équité territoriale avec la prise en compte des évolutions de l'offre de soins et des priorités de politique publique. La répartition de ces différentes sous-enveloppes peut reposer sur des critères distincts, adaptés à la finalité de chacune d'elles. Ainsi, si certains critères d'allocation peuvent être communs au sein de la dotation populationnelle, d'autres peuvent être spécifiques afin de tenir compte, selon les cas, des écarts de dotation existants entre territoires, de la dynamique démographique ou encore des règles associées à la mise en œuvre de mesures métiers.

## **2. Un outil d'aide à la décision est mis à disposition des régions pour faciliter la modélisation des impacts**

Afin d'harmoniser les pratiques et les outils mobilisés par les ARS pour définir la liste de leurs critères populationnels, l'ATIH a développé **un outil d'aide à la décision**, permettant de modéliser facilement l'impact des critères retenus sur la répartition territoriale et sur les ressources des établissements.

L'outil proposé est structuré sur la base des différentes étapes à suivre pour allouer la dotation populationnelle SMR. L'outil proposé aux ARS couvre les étapes 1 à 5 de la démarche d'allocation présentée ci-dessous. Il constitue un appui méthodologique destiné à éclairer les travaux conduits au niveau régional. Dans tous les cas, la décision finale d'allocation relève de l'ARS. **Les résultats issus de l'outil doivent ainsi être interprétés comme des éléments d'aide à la décision qui nécessitent des ajustements** afin de tenir compte des spécificités territoriales et des situations locales. Il est notamment nécessaire de tenir compte de l'offre hospitalière existante et d'assurer une certaine continuité dans les financements octroyés laquelle pourra toutefois être revue sur la base de critères objectifs dans une trajectoire progressive. La répartition de la dotation populationnelle entre les établissements issue de la modélisation proposée par l'outil doit donc systématiquement être réévaluée pour tenir compte d'une part de l'historique de financement des établissements afin de ne pas déséquilibrer l'offre existante et d'autre part des objectifs stratégiques d'évolution de l'offre de soins.

**Pour concilier ces différents objectifs d'équilibre et de transformation, il est nécessaire de définir une trajectoire progressive d'application de la modélisation.** Ainsi, l'ARS pourra déterminer une allocation cible sur la base du modèle populationnel et de l'organisation cible de l'offre, et définir ensuite une trajectoire pluriannuelle d'application de cette modélisation à partir des recettes historiques. Si la modélisation entraîne des redistributions de ressources entre établissements, celles-ci seront ainsi inscrites dans un rythme soutenable pour les structures.

Les étapes ci-dessous sont détaillées en annexe et sont reprises dans l'outil national d'aide à la décision mis à disposition par l'ATIH :

**Etape 1 : Prise en compte de la population :** pour chaque zone géographique, la population est modifiée à la hausse ou à la baisse selon un ensemble limité de critères, pondérés selon les priorités régionales.

**Etape 2 : Calcul du financement par zone :** un financement est alloué à chaque zone, proportionnellement à sa population ajustée.

**Etape 3 : Prise en compte de la complexité des soins :** la lourdeur économique des unités médicales (UM) est fixée afin de tenir compte des écarts de coûts entre les différentes mentions.

**Etape 4 : Coefficient par établissement :** chaque établissement se voit attribuer un coefficient reflétant ses UM, leur complexité ainsi que la part de l'activité de l'établissement réalisé dans chacune d'entre elle.

**Etape 5 : Répartition aux établissements :** l'enveloppe de chaque zone est répartie entre les établissements qui contribuent à la réponse aux besoins de prise en charge de cette zone. En première intention, les financements sont répartis entre établissements sur la base de l'activité pondérée du coefficient établi en étape 4.

**Etape 6 : : A l'aide des résultats et diagnostics de l'outil, attribution de financement :** cette répartition permet d'allouer les financements aux établissements de manière équilibrée.

**Etape transversale : Echange tout au long du process et communication** par la transmission des allocations finales, par établissement, à l'ensemble des membres du CCAR SMR.

Il convient de noter que **cet outil ne revêt aucun caractère réglementaire obligatoire. Son utilisation est facultative et l'ensemble des critères demeurent entièrement modulables**, en fonction des caractéristiques propres du territoire concerné et/ou en fonction des observations du CCAR retenues par le DG ARS. Ainsi, l'outil est mis à disposition pour l'usage des ARS dans le cadre de leurs travaux et n'empêche pas d'obligation de communication des résultats qui en sont issus. Du point de vue réglementaire, l'obligation de communication porte uniquement sur le montant définitif de dotation populationnelle alloué à chaque ES du territoire (al. 9, art R162-29 CSS). L'outil peut toutefois utilement venir en appui des échanges conduits avec le CCAR.

### **III. La consultation du CCAR doit constituer un élément moteur des discussions pour assurer la cohérence entre les décisions d'allocation budgétaire et les objectifs de transformation de l'offre de soins**

#### **1. Le CCAR est un comité consultatif dont la mobilisation reste indispensable pour assurer une délégation pertinente des crédits**

Si la sélection définitive des critères retenus relève d'une compétence du directeur général de l'ARS, **la prise en compte des débats en CCAR reste indispensable**. Au-delà des seuls critères d'allocation budgétaire, le CCAR est consulté sur les objectifs de transformation de l'offre de soins relatifs aux activités de SMR intégrés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu entre l'ARS et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il joue ainsi un rôle essentiel du point de vue de la démocratie sanitaire en permettant la participation des acteurs au processus d'allocation budgétaire.

S'agissant des critères d'allocation, la section SMR du CCAR est consultée pour avis, au moins quinze jours avant la délégation des crédits aux établissements ([Article R162-29-3 - Code de la sécurité sociale](#)). La section émet un avis sur les critères retenus pour la répartition de la dotation populationnelle entre les établissements, notamment sur les critères populationnels, sur la maille géographique utilisée et sur les coefficients appliqués aux différentes activités (étapes 1 à 5 du pas à pas). La section est compétente pour émettre un avis sur les critères de répartition de l'ensemble du montant forfaitaire SMR, à la fois la dotation populationnelle et la dotation pédiatrique.

**La section SMR du CCAR ne se prononce pas sur les montants attribués aux établissements.** Elle est toutefois systématiquement informée de l'allocation définitive, par établissement, des ressources pour lesquelles elle est compétente comme prévu par l'[article R162-29 - Code de la sécurité sociale](#). L'obligation d'information ne porte que sur les ressources sur lesquelles le CCAR se prononce, c'est-à-dire le montant des dotations populationnelles et pédiatriques des établissements du territoire.

Afin de garantir l'effectivité de la consultation et l'homogénéité des pratiques entre régions, il appartient au directeur général de l'ARS d'organiser les travaux de la section SMR du CCAR selon un calendrier permettant un examen approfondi des critères envisagés. À ce titre, un calendrier prévisionnel des travaux relatifs à l'allocation de la dotation populationnelle est arrêté annuellement et porté à la connaissance des membres de la section. Les membres de la section SMR du CCAR doivent disposer, préalablement à la réunion, et dans un délai raisonnable fixé par le règlement intérieur de chaque CCAR des éléments nécessaires à l'exercice utile de leur mission consultative. Ainsi, la mise en place, en amont des décisions, de groupes de travail d'experts peut favoriser une meilleure appropriation des enjeux par les acteurs et permettre au CCAR d'exercer pleinement son rôle.

La qualité et la régularité des travaux conduits au sein du CCAR constituent des facteurs essentiels de crédibilité et de soutenabilité du modèle de financement. Il appartient aux ARS d'en assurer la mobilisation effective.

#### **2. Un accompagnement des ARS par l'ANAP sera mis en place**

Cet appui vise à soutenir les ARS dans la conduite du changement, sur la base d'un bilan du fonctionnement des CCAR. L'objectif de cet appui sera de faciliter l'appropriation des nouveaux modes de fonctionnement (outils, procédures) et ainsi garantir une mise en œuvre harmonisée sur le territoire national.

### **3. Un comité de suivi national des travaux CCAR sera mis en place afin de faciliter la communication des bonnes pratiques entre les régions**

Dans l'objectif de soutenir l'implication des CCAR, un comité national de suivi des travaux des CCAR SMR sera mis en place à la suite de la publication de la présente instruction. Piloté par les services de la DGOS, il sera composé de représentants des différentes parties prenantes des CCAR régionaux. Il constituera un lieu d'échange et d'information, afin de permettre à chacun d'avoir une vision globale et partagée des travaux engagés dans les différentes régions et des difficultés éventuelles rencontrées.

Il sera réuni *a minima* une fois par an – avec un objectif de deux sessions par an. Les comptes rendus des séances seront adressés à l'ensemble des membres des sections SMR des CCAR.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale,

A stylized signature in black ink, slanted upwards to the right, reading "signé".

Virginie MAGNANT

Pour la ministre et par délégation :

La cheffe de service, adjointe au directeur général de l'offre de soins,

A stylized signature in black ink, slanted upwards to the right, reading "signé".

Julie POUGHEON

## Annexe

### Pas-à-pas détaillé de l'allocation de la dotation populationnelle

**Etape 1 : Ajustement de la population : pour chaque zone géographique basée sur les codes géographiques PMSI, la population est modifiée à la hausse ou à la baisse selon un ensemble limité de critères.**

L'étape 1 consiste à pondérer la population au sein de chaque code géographique de la région selon un principe de simplicité, en limitant le nombre de variables mobilisées. Le critère principal pris en compte est la population de la zone concernée. Le choix des variables complémentaires peut être laissé aux ARS parmi une liste restreinte telles que la part des 75 ans et plus ou le niveau d'offre de soins en MCO, qui seront détaillés dans la notice de l'outil. Pour chaque code géographique, c'est l'écart des critères choisis par rapport à la moyenne régionale qui permet de moduler à la hausse ou à la baisse la population.

⊙ A l'issue de cette étape, chaque territoire est caractérisé par **sa population ajustée, obtenue en appliquant les critères de pondération à la population de la zone** ⊙

**Etape 2 : Calcul du financement par zone : chaque zone reçoit un financement proportionnel à sa population ajustée.**

L'outil répartit par défaut l'enveloppe de financement sélectionnée entre les différents territoires. L'outil peut être mobilisé sur une partie des financements, notamment les mesures nouvelles, afin d'éviter de remettre en cause l'ensemble des équilibres existants et de garantir une certaine stabilité aux établissements.

⊙ A l'issue de cette étape, un montant de financement est **attribué à chaque zone géographique, calculé proportionnellement à sa population ajustée** ⊙

**Etape 3 : Prise en compte de la complexité des soins : la lourdeur économique des unités médicales (UM) est évaluée à partir des données disponibles.**

L'étape 3 porte sur la prise en compte des mentions spécialisées, à travers la construction d'une échelle de pondération. L'objectif ici est de tenir compte des différences de coûts qui existent entre établissements et unités médicales compte tenu de leur spécialisation. A cette fin, une échelle de pondération reflétant les écarts de charges entre activités est établie. Cette échelle unique est paramétrable dans l'outil et peut être modulée pour tenir compte des différences entre secteurs de financement (ex-DG et ex-OQN) et des modes de prises en charge (hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à temps complet).

⊙ A l'issue de cette étape **une échelle de pondération unique** est constituée pour tenir compte des différences entre unités médicales, éventuellement modulée entre secteurs ⊙

**Etape 4 : Coefficient par établissement : chaque établissement se voit attribuer un coefficient reflétant ses UM et leur complexité.**

L'étape 4 consiste à calculer, pour chaque établissement, un coefficient à partir de l'échelle de pondération définie précédemment. Lorsqu'un établissement ne dispose que d'une seule unité médicale (UM), son coefficient correspond directement à la pondération de cette UM. En revanche, s'il en possède plusieurs, le coefficient est calculé comme une moyenne pondérée sur base de l'activité réalisée sur l'ensemble de ses UM. Ce coefficient pourra être actualisé chaque année afin de tenir compte des évolutions du case-mix et de l'activité de l'établissement.

⊙ A l'issue de cette étape, **chaque établissement dispose d'un coefficient reflétant la complexité de ses unités médicales (UM) et pondéré par son activité** ⊙

**Etape 5 : pour chaque zone géographique, la contribution à la réponse aux besoins de chaque établissement est établie.**

Cette contribution est évaluée sur la base du nombre de journées d'hospitalisation prises en charge, pondéré par le coefficient de lourdeur calculé en étape 4 : un établissement prenant en charge des activités plus complexes verra ainsi son poids relatif augmenter. Les journées de pédiatrie sont exclues du calcul. Ce poids ajusté sert ensuite à répartir les financements de la zone issue de l'étape 2 entre les établissements, afin d'attribuer les ressources.

- ⊙ A l'issue de cette étape, **chaque établissement est caractérisé par un financement directement issu de l'outil**, qui traduit sa contribution historique à la réponse aux besoins des différents codes géographiques où il réalise son activité ⊙

**Etape 6 : A l'aide des résultats et diagnostics de l'outil, attribution de financement.**

L'outil offre une vision globale des allocations et permet également l'export détaillé des calculs. Les ARS peuvent ainsi s'appuyer sur ces résultats, les croiser avec leur connaissance fine du territoire et, le cas échéant, moduler les financements en conséquence. Les ARS peuvent modifier les masses allouées par l'outil pour prendre en compte les orientations stratégiques de transformation de l'offre de soins ou les financements historiques alloués aux établissements.

**Il est essentiel de rappeler que l'allocation ne peut résulter mécaniquement des seuls résultats issus de l'outil.** Ceux-ci doivent être analysés et discutés afin d'éclairer la décision et permettre la construction de trajectoires de financement pluriannuelles.

Ainsi, l'ARS pourra déterminer une allocation cible sur la base du modèle populationnel et de l'organisation cible de l'offre, et définir ensuite une trajectoire d'application de cette modélisation à partir des recettes historiques.

- ⊙ A l'issue de cette étape, **le financement de chaque établissement est établi**, éventuellement intégré dans une trajectoire d'évolution pluriannuelle ⊙

**Etape transversale - Assurer la communication à l'ensemble des membres du CCAR des informations nécessaires tout au long de la démarche et des attributions finales de dotation aux établissements.**

Cette étape vise à garantir la transparence et la qualité de l'information auprès de l'ensemble des membres du CCAR concernant les attributions finales de dotation aux établissements. Elle consiste à présenter de manière claire la méthodologie retenue, les critères utilisés, les éventuelles modulations décidées par l'ARS ainsi que les résultats détaillés par établissement. Cette communication doit permettre de comprendre les écarts de dotation, d'objectiver les choix réalisés et de sécuriser le processus décisionnel. En assurant un partage structuré et argumenté des informations, cette étape renforce la lisibilité, la légitimité et l'acceptabilité des allocations financières. En outre, afin de mesurer les impacts concrets des allocations sur l'offre de soins, il est également pertinent d'en assurer un suivi annuel et de le partager.