

Vincent Aubelle ■ Laurent Barbut ■ Daniel Behar ■ Marielle Berriet-Sollic ■ Vincent de Briant ■ Michel Bouvier ■ Hugues Clepkens ■ Gérard Collomb ■ Alain Daziron ■ François Ecalte ■ Jacques Flataire ■ Nicolas Gaubert ■ Robert Holcman ■ Nicolas Kada ■ Jacques Lévy ■ Romain Pasquier ■ Thomas Peguy ■ Xavier Pérez ■ Lucille Poncin ■ Xavier Poulet-Goffard ■ Thomas Procureur ■ Jessica Sainty ■ Jean-Louis Sanchez ■ Alain Vénart ■ Jean Viard

ISSN 0998-8289



9 782909 872759

Trimestriel N°99 IV/2013-2014 (décembre-janvier)

Pouvoirs Locaux

LES CAHIERS DE LA DÉCENTRALISATION



Processus d'innovation
**Les régions
deviennent
incontournables**



Municipales 2014
**Fin du panachage,
le malentendu**



Les conséquences managériales du nouveau mode de financement de l'hôpital public – 1^{RE} PARTIE

Le nouveau mode de financement des hôpitaux – la tarification à l'activité (T2A) – relie désormais le niveau de recettes des établissements de santé au volume et à la nature de leur activité.

L'objectif cette réforme était non seulement de rationaliser le financement des hôpitaux mais aussi de les inciter à consentir des efforts de productivité. Or une enquête menée sur le terrain auprès de managers hospitaliers – gestionnaires et médicaux – montre que leur appropriation de la T2A est contingente à la culture hospitalière, et qu'ils font face à un conflit d'objectifs entre préservation du service public hospitalier et mise en œuvre d'une logique de tarification par essence concurrentielle.

Dans cette première partie, Robert Holcman fait le point sur les caractéristiques de fonctionnement de la T2A relativement aux anciens modes de financement avant de démontrer que l'appropriation de la tarification à l'activité par les managers hospitaliers est contingente aux contraintes, à l'organisation et à la culture du secteur public hospitalier.

Dans la prochaine livraison de Pouvoirs Locaux, l'auteur se penchera sur l'ambiguïté de la T2A, à la fois nouvelle modalité de financement et instrument de planification hospitalière.

Quelle appropriation par les managers hospitaliers de la T2A ?

En deux décennies – du début des années 1980 au début des années 2000 – les hôpitaux publics¹ ont connu trois modes de financement radicalement différents dans leur esprit et dans leurs objectifs : le prix de journée, la dotation globale, et la tarification à l'activité (T2A).

La T2A a introduit des bouleversements sans précédents dans la gestion et le management des hôpitaux en liant leur financement au volume et à la nature de leur activité.

Cet article rapporte les résultats d'une enquête de terrain (voir encadré méthodologique ci-après) conduite dans le but d'identifier les transformations que la T2A

a apportées dans le management des hôpitaux publics, trois ans après son entrée en vigueur à plein régime.

Après avoir présenté brièvement les caractéristiques de fonctionnement de la T2A relativement aux anciens modes de financement, on montrera que l'appropriation de la tarification à l'activité par les managers hospitaliers est contingente aux contraintes, à l'organisation et à la culture du secteur public hospitalier. On expliquera ensuite en quoi l'autonomie limitée des établissements entrave les efforts de productivité attendus de l'application de la T2A ; enfin, on se penchera sur l'ambiguïté de la T2A, à la fois nouvelle modalité de financement et instrument de planification hospitalière.

par
ROBERT HOLCMAN,
Directeur d'hôpital,
auditeur à la direction
de l'inspection et
de l'audit de l'Assistance
publique-Hôpitaux
de Paris ;
Docteur HDR en sciences
de gestion. Professeur
des universités qualifié
CNU, associé à l'Institut
d'études politiques
de Bordeaux

Trois modes de financement en deux décennies

Jusqu'en 1983, les hôpitaux étaient financés sous le régime du « prix de journée ». L'unité de « production » d'un établissement de soins était la journée d'hospitalisation, quelles que soient la nature et la lourdeur des soins dispensés au patient. C'était un mode de financement indifférencié et inflationniste, parce qu'il consistait dans les faits à reconduire d'une année sur l'autre les dépenses engagées, en les majorant des dépenses supplémentaires anticipées, ce qui mettait les ressources des hôpitaux à l'abri de la rationalité budgétaire et du principe de rareté (Coudurier et *al.*, 1994).

MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

L'enquête de terrain sur laquelle cet article est fondé a été menée, durant l'été 2011, dans 10 établissements de santé – 3 centres hospitaliers régionaux universitaires, 2 hôpitaux nationaux^(*), et 5 centres hospitaliers (2 de ces hôpitaux étant localisés dans le sud de la France, 1 dans le centre, 2 à Paris, et 5 en région parisienne) – ainsi qu'auprès du ministère de la Santé et d'experts en comptabilité analytique hospitalière. 46 entretiens ont été conduits : 43 en hôpital, auxquels s'ajoutent 3 entretiens complémentaires menés auprès des experts en comptabilité analytique hospitalière, ainsi qu'au ministère de la Santé.

Les 43 personnes rencontrées en établissements de santé appartenaient aux quatre métiers du management hospitalier : chef d'établissement (8 entretiens) ; président de commission médicale d'établissement (9) ; directeur adjoint (15) ; responsable de pôle d'activité (10). Les chefs d'établissement et les directeurs adjoints sont de hauts fonctionnaires hospitaliers qui appartiennent au corps des directeurs d'hôpital public ; les présidents de commission médicale d'établissement et les responsables de pôles d'activité sont des médecins. On pourrait considérer que les cadres, les cadres supérieurs, et les directeurs de soins sont également des managers hospitaliers ; il a été jugé ici que leurs fonctions – pour importantes et même essentielles

qu'elles soient – n'impactaient pas la stratégie des hôpitaux et n'entraient donc pas dans le champ de cette recherche.

Les 46 entretiens ont été conduits de manière non directive, ils se sont articulés autour de thèmes proposés à la réflexion de chaque personne interviewée : les objectifs de la tarification à l'activité (T2A) ; l'incitation à la productivité ; les demandes d'intéressement des pôles ; l'optimisation du codage des dossiers ; les coopérations et les mouvements d'externalisation ; l'impact de la T2A sur le management des hôpitaux ; le développement de la comptabilité analytique ; la réflexion sur les coûts par GHS.

() Établissements publics de santé ayant une spécialisation disciplinaire, la psychiatrie ou l'ophtalmologie par exemple.*

À partir de 1983, les hôpitaux ont été financés par une dotation globale, une enveloppe fermée dont le montant était fixé en début d'exercice budgétaire et versé par douzième par la caisse primaire d'assurance-maladie dont dépendait l'établissement². Chaque année, le ministère de l'Économie et celui de la Santé fixaient un taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières en fonction d'hypothèses économiques générales, notamment les prévisions de hausse de prix et de salaires. La dotation globale avait pour objectif d'encadrer la masse financière engagée chaque année par les hôpitaux et, ce faisant, de les inciter à la productivité : avec des ressources désormais rares, on escomptait qu'ils maximiseraient leur emploi.

La dotation globale avait comme principal effet pervers de déconnecter le niveau des recettes de l'activité de l'établissement, et de pénaliser les établissements les plus engagés dans l'innovation médicale et le progrès technique : à moyen constant, il est plus facile de gérer un établissement de santé à l'activité standardisée qu'investi dans l'excellence médicale – cette dernière générant des coûts supplémentaires en termes de matériels, d'équipements et de médicaments (Piveteau et Coudurier, 1998).

De plus, le système de financement du secteur public hospitalier (la dotation globale) et celui du secteur privé (l'objectif quantifié national) n'étaient ni comparables, ni compatibles. Leur imperméabilité rendait compliquait les coopérations entre structures du secteur public et du secteur privé, et constituait ainsi un frein à la recomposition du système hospitalier.



Crédit photo: horizon21-Fotolia.com

Les médecins sont particulièrement sensibles au fait que la T2A privilégie une logique qui rend possible la concrétisation de projets, alors que l'impératif de réduction des dépenses qui prévalait avec l'ancien régime de financement, la dotation globale (Péricard et Ballet, 2010), stérilisait la plupart des propositions d'activités nouvelles. C'est la raison pour laquelle, dans l'ensemble⁸ les médecins se sont approprié cette nouvelle logique de financement dans laquelle ils ont vu la possibilité de ne plus être obligés de solliciter l'administration pour l'obtention de moyens supplémentaires.

C'est la raison pour laquelle, la tarification à l'activité des établissements de santé a été introduite en 2003; elle est entrée en vigueur dans les cliniques privées commerciales à compter du 1^{er} mars 2005, et à 100 % dans les hôpitaux publics depuis le 1^{er} janvier 2008.

La T2A consiste à financer les établissements de santé – quel que soit leur statut, public ou privé – en fonction de la gravité de l'état des patients traités³. La pathologie principale et les pathologies associées consignées dans le dossier médical font l'objet d'un codage informatique qui permet de classer le séjour de chaque patient dans un groupe homogène de séjour (GHS) (Expert, 2006). Le GHS réunit tous les séjours de patients caractérisés par une pathologie principale identique⁴. À chaque type de séjour correspond un tarif de rémunération pour l'hôpital. Il existe aujourd'hui 2 500 GHS environ, dont les tarifs s'étalonnent de 90 966,53 € pour le plus élevé⁵ à 84,48 € pour le moins rémunérateur⁶. L'affectation du séjour d'un patient dans un GHS⁷, entraîne la perception pour l'hôpital du tarif correspondant à ce GHS.

Les tarifs des GHS évoluent en fonction de la durée du séjour, qui s'articule autour d'une borne basse et d'une borne haute – spécifiques à chaque GHS. Si la durée du séjour est inférieure à la borne basse, le tarif du séjour est minoré; si, au contraire, cette durée est supérieure de la borne haute, le séjour est majoré d'un supplément journalier. Par exemple, pour le GHS n° 7860, facturé à 90 966,53 € par séjour, la borne basse est de 28 jours et la borne haute de 171 jours.

La fixation des tarifs des GHS se fait à partir de l'analyse des coûts constatés pour chaque activité au sein d'un panel d'une cinquantaine d'établissements publics et privés non lucratifs, et d'une vingtaine d'établissements à but commercial, participant à l'Étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) (Cash, 2010).

Tous les ans, les ministères de la Santé et de la Sécurité sociale fixent les tarifs des GHS en fonction des résultats de l'ENCC et de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) voté chaque année par le Parlement au sein de la loi de financement de la sécu-

rité sociale. Les autorités sanitaires conservent ainsi le moyen de procéder à une régulation prix/volume des dépenses hospitalières : en fonction du volume de l'activité des différents GHS constaté l'année précédente, elles font varier d'une année sur l'autre les tarifs de ces derniers de façon à respecter l'enveloppe globale votée par le Parlement en comprimant les dépenses qui auraient un caractère par trop inflationniste (Mercereau et *al.*, 2005).

À l'heure actuelle deux échelles tarifaires différentes cohabitent : l'une pour le secteur public et privé non lucratif, et l'autre pour le secteur privé commercial. Dans l'ensemble, le tarif de chaque GHS est mieux rémunéré dans l'échelle publique que dans l'échelle privée. La convergence totale entre ces deux échelles tarifaires, qui devait intervenir en 2012, a été repoussée à 2018 par le ministère de la Santé au profit d'une convergence ciblée sur quelques groupes homogènes de séjour à partir de 2010 (Vasselle, 2009).

L'appropriation de la tarification à l'activité par les managers hospitaliers contingente à la culture hospitalière

L'un des premiers enseignements de l'enquête de terrain est que l'appropriation par les managers hospitaliers de la logique de la tarification à l'activité (T2A) est fortement influencée par la culture de gestion publique des hôpitaux : ainsi, la potentialisation de l'activité mise en œuvre a permis d'éviter jusque-là de trop fortes tensions sociales ; de même, si le dialogue s'est accru entre managers et producteurs de soins, le codage des séjours demeure insuffisamment optimisé.

La potentialisation du volume de l'activité

Sous le régime de la dotation globale, quand les hôpitaux étaient financés sur la base d'une enveloppe budgétaire annuelle fermée, les producteurs de soins étaient incités à réfréner leur activité afin de comprimer leurs dépenses et tenter d'assurer l'équilibre budgétaire de l'hôpital. Désormais, les mêmes médecins sont encouragés à faire l'inverse, puisque c'est l'activité qui détermine le niveau des recettes : auparavant, à financement constant, l'activité générait des coûts ; désormais, elle produit des recettes dans un contexte de gestion caractérisé par des coûts fixes prédominants.

La potentialisation de l'activité – priorité désormais partagée entre soignants et gestionnaires hospitaliers – consiste à identifier un écart éventuel entre l'activité réelle constatée et l'activité potentielle d'un service ou

d'un hôpital, déterminée par les moyens de production disponibles, et à combler cet écart, à « saturer » l'activité pour reprendre l'expression utilisée par certaines personnes interrogées, et ce, en utilisant tous les lits d'hospitalisation autorisés et en faisant fonctionner les équipements et les équipes soignantes à un niveau proche de leur maximum.

L'accroissement du volume d'activité sollicite les gisements de productivité les plus faciles à activer ; en accroissant le niveau de production dans le ratio *input/output*, on augmente la productivité apparente. L'augmentation de l'activité génère des recettes additionnelles au prix d'un seul accroissement des coûts variables. Elle permet, sinon d'éviter, mais tout au moins de différer la réflexion sur le principal poste des coûts fixes, les frais de personnels (entre 60 et 75 % des dépenses des établissements de santé) (Holcman, 2007). C'est une approche d'autant plus aisée que si la notion de productivité est taboue à l'hôpital, les termes d'efficience et d'efficacité sont maintenant acceptés.

La potentialisation de l'activité n'est pourtant qu'une mesure de court terme. La perspective de la convergence tarifaire totale entre secteur public et secteur privé (qui mettra fin à la surrémunération de l'activité dans le public par rapport au privé) et/ou la pérennisation d'un déficit d'exploitation, conduira à un moment ou un autre l'hôpital public à s'interroger sur ses coûts de production. Une fois que l'effort pour saturer les capacités de production de soins est mené à son terme, si un hôpital ou une activité continuent d'être plus chers qu'ailleurs, il faudra alors attaquer le versant le plus ardu de la recherche de gains de productivité : la compression des dépenses à activité inchangée.

En d'autres termes, le positionnement des hôpitaux à court/moyen terme à l'égard de la T2A dépend pour beaucoup de leurs gisements d'activité inexploités : ceux qui disposent encore de marges de manœuvre en termes d'activité (les hôpitaux les moins dynamiques) conservent la possibilité de « saturer » cette dernière et de différer les actions de compression des dépenses (principalement de personnel) et de minoration des coûts ; les autres hôpitaux, ceux dont les marges de manœuvre en termes d'activité sont faibles ou inexistantes (les établissements les plus actifs), sont dès à présent confrontés à la nécessité de procéder aux choix douloureux et difficiles socialement à mettre en œuvre, que tous les hôpitaux ou presque ont différés jusqu'à maintenant et que la T2A les oblige – à différentes échéances selon leur situation – à affronter.

Enfin, la potentialisation de l'activité connaît une limite structurelle. Les efforts pour accroître l'activité dépendent des besoins de santé du bassin de population où est situé l'hôpital (Mauss et Polton, 2003) : dit autrement, on ne peut pas fabriquer des malades...

Un dialogue accru entre directions et producteurs de soins

L'un des apports majeurs de la T2A à la gouvernance des hôpitaux publics est d'avoir fait émerger un langage commun entre producteurs de soins et gestionnaires, et d'avoir ainsi puissamment revivifié le dialogue entre ces deux composantes principales de l'organisation hospitalière. Il est plus aisé pour les directions d'hôpitaux de mobiliser les médecins sur la base d'un discours fondé sur l'équilibre recettes/dépenses de leurs activités que sur des exhortations malthusiennes à la réduction des dépenses, qui ne passait prioritairement pas la diminution de l'activité. Les médecins sont particulièrement sensibles au fait que la T2A privilégie une logique qui rend possible la concrétisation de projets, alors que l'impératif de réduction des dépenses qui prévalait avec l'ancien régime de financement, la dotation globale (Péricard et Ballet, 2010), stérilisait la plupart des propositions d'activités nouvelles.

C'est la raison pour laquelle, dans l'ensemble⁸ les médecins se sont approprié cette nouvelle logique de financement dans laquelle ils ont vu la possibilité de ne plus être obligés de solliciter l'administration pour l'obtention de moyens supplémentaires, mais de démontrer l'utilité de leurs demandes par le biais du niveau de leur activité constatée ou prévisionnelle, et donc le niveau de recettes en regard à obtenir par l'hôpital.

Notons toutefois que la situation financière des hôpitaux influence puissamment l'acceptation du nouveau mode de financement. Plus la situation de l'établissement de santé est tendue – quelle que soit la raison – déficit d'exploitation, perte d'une ou de plusieurs activités, difficultés de recrutement, concurrence du secteur privé – plus les changements déterminés par la logique de la T2A sont aisément acceptés : la crainte d'une mise sous tutelle et/ou d'une fusion avec un autre établissement désamorce les critiques et légitime la démarche gestionnaire. Inversement, une situation plus stable cristallise les réticences. On constate d'ailleurs que dans les hôpitaux peu impactés encore par la T2A en raison de la nature de leur activité (psychiatrie, soins de suite et de rééducation...⁹), les médecins y sont très hostiles.

Le codage des séjours insuffisamment optimisé

Les managers hospitaliers – qu'ils soient médecins ou directeurs – sont empreints de la culture hospitalière publique, qui s'est forgée sur la méconnaissance des règles et des raisonnements économiques – au premier rang desquels le principe de rareté. À cet égard, il est révélateur que la formation des directeurs d'hôpital soit historiquement juridique, fondée sur l'acqui-

sition des règles de passation de marchés publics, de comptabilité hospitalière, et de gestion statutaire des agents de la fonction publique hospitalière (Schweyer, 2002). Les efforts limités d'optimisation du codage des séjours – à l'origine pourtant de la production de recettes – démontrent l'emprise toujours à l'œuvre de cette culture managériale hospitalière.

La rémunération de chaque séjour hospitalier est en effet fortement corrélée à la façon dont le dossier du patient est codé : plus le codage répercute l'intégralité des soins dont le patient a bénéficié, plus le séjour de ce dernier est rémunérateur pour l'hôpital où il est accueilli (Bretelle et al., 2011). Or, bien souvent dans les hôpitaux publics, le codage est soit insuffisamment complet, soit erroné, soit les deux à la fois.

Alors que dans les établissements de santé privés commerciaux le caractère crucial du codage a été parfaitement appréhendé et que des personnels spécialisés sont spécifiquement chargés de traiter les dossiers médicaux des patients en collaboration avec les services financiers, les hôpitaux publics sont toujours caractérisés par une faible culture de la recette. Bien souvent, la seule exigence porte sur l'exhaustivité, c'est-à-dire que chaque dossier a fait l'objet d'un codage, quelle que soit la qualité ou l'efficacité de ce dernier (Coulomb, 2008). Tous les établissements publics ne se sont pas dotés de logiciels d'optimisation ; seuls certains ont fait procéder à un audit destiné à identifier ce qui n'est pas ou mal codé. De même, la formation des médecins des services de soins à la codification n'a pas été à la hauteur des enjeux... parfois même elle a été défailante.

De même, dans les hôpitaux publics, le choix n'a pas été fait entre un codage centralisé (par une équipe spécialisée) et décentralisé (au niveau des unités de soins) (Hautemanière, 2007), et c'est la plupart du temps un codage déconcentré au niveau des unités de soins qui prévaut avec l'appui central des départements d'information médicale. Cette solution intermédiaire mobilise des moyens importants en personnels à la fois pour assister les producteurs d'acte dans leur codification au niveau même des unités de soins, et au sein des départements d'information médicale qui, bien que sous-dimensionnés (et peu renforcés depuis l'entrée en vigueur de la T2A, la plupart du temps seuls un ou deux techniciens ont été recrutés) mobilisent néanmoins du personnel.

“Les managers hospitaliers – qu'ils soient médecins ou directeurs – sont empreints de la culture hospitalière publique, qui s'est forgée sur la méconnaissance des règles et des raisonnements économiques – au premier rang desquels le principe de rareté.”

Il faut toutefois noter que le large panel d'activités qui caractérise l'activité hospitalière publique complique significativement le codage, qu'il est plus aisé d'optimiser sur un nombre restreint de GHS comme c'est le cas des établissements privés commerciaux (qui adoptent en ce domaine une classique stratégie de niche) alors que la mission de service public des hôpitaux les contraint à ne pas sélectionner leur patientèle et à offrir un champ très large de soins. Le codage centralisé – appliqué dans le secteur privé commercial – s'adapte parfaitement à un nombre limité de GHS à coder. Dans les services des hôpitaux publics, les gens codent *a minima* dans les unités de soins ; ce serait une gageure (compte tenu de la masse des dossiers et de la faiblesse relative des équipes) pour les départements d'information médicale de reprendre et d'optimiser le codage fait par les services, ce qui consisterait nécessairement en une relecture de chaque dossier codé.

De même, l'assurance-maladie (qui verse la recette à l'hôpital en contrepartie de chaque séjour constaté) vérifie ponctuellement qu'il n'y a pas eu de surcotisation des dossiers médicaux afin d'obtenir indûment des financements, et applique de lourds redressements financiers en cas contraire (Desmarais, 2009). Or, bien souvent, les cabinets spécialisés et les logiciels d'optimisation poussent le codage à ses limites et exposent les établissements au risque de surcodage.

R. H.

1. Ainsi que les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier, désormais dénommés « Établissements de santé privés d'intérêt collectif » (ESPIC).

2. Outre les établissements publics de santé, le financement par dotation globale concernait aussi l'immense majorité des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier. Les autres structures de santé – cliniques privées à but commercial et une centaine d'établissements à but non lucratif – étaient financées par le système de l'objectif quantifié national, une modalité de financement au séjour fondée sur une tarification à la fois à l'acte et à la journée.

3. Le principe de financement à l'acte connaît certaines amodiations : des financements maintenus par dotation forfaitaire (missions d'intérêt général, d'aide à la contractualisation, missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) ; des financements mixtes mêlant dotation forfaitaire et financement à l'activité (urgences et prélèvements d'organes, greffes). Ce niveau de détail de la T2A ne sera pas développé ici parce qu'il ne modifie pas les observations qui seront faites dans l'article.

4. On peut donner comme exemple de GHS : « Méningites virales, très courte durée » ou bien « Affections du système nerveux sans acte opératoire avec anesthésie, en ambulatoire ».

5. GHS n° 7860 : « Brûlures étendues, niveau 4 ».

6. GHS n° 9633 : « Autres techniques d'irradiation externe, en séances ».

7. La facturation du séjour est ouverte dès lors que le patient a été admis dans un lit d'hospitalisation complète ou en place d'hospitalisation de jour ou de nuit.

8. La préoccupation gestionnaire dépend évidemment toujours de l'appétence de chaque médecin pour cette question ; de même, l'appropriation de la T2A par les médecins est variable suivant les disciplines médicales, les médecins exerçant dans des spécialités médico-chirurgicales – fondées sur des actes techniques et des consultations, parfaitement adaptées à ce mode de financement – y sont plus réceptifs.

9. La T2A s'applique actuellement à plein régime à l'activité MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), et va s'étendre prochainement aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Bibliographie

BRETELLE F., MUIR J.F., NOLET P., « Optimisation du codage lié à la T2A. Les bonnes pratiques », *Gestions hospitalières*, n° 471, 2007/12, p. 714-716.

CASH R., « Le calcul des tarifs des GHS », *Finances hospitalières*, n° 38, juillet 2010.

COUDURIER P., TABUTEAU D., ROU A.F., *Dotation globale et prix de journée*, Berger-Levrault, Paris, 1994.

COULOMB A. (prés.), *Rapport d'activité 2005-2007 du comité d'évaluation de la tarification à l'activité*, série Études et Recherche – document de travail, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, n° 76, 2008/02.

DESMARIS P., « Le contrôle externe et la T2A », *Cahiers hospitaliers*, n° 262, 2009/12, p. 22-27.

EXPERT P., *La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle*, Berger-Levrault, Paris, 2006.

HAUTEMANIÈRE A., « Le coût de production d'un résumé d'unité médicale », *Gestions hospitalières*, n° 470, 2007/11, p. 644-648.

HOLCMAN R., « L'hôpital public manque-t-il réellement de personnel ? », *Journal d'Économie médicale*, vol. 25, 5-6, 2007, p. 307-317.

MAUSS H., POLTON D., *Territoires et accès aux soins : rapport du groupe de travail*, ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale/centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (IRDES), La Documentation française, Paris, janvier 2003.

MERCEREAU F., BOUTEREAU-TICHET S., MAIGNE G., GUILLAUME H., BÉRARD M., CLAVREUL G., SARLAT G., *Rapport d'enquête sur le pilotage des dépenses hospitalières*, n° 2005-137, Inspection générale des Affaires sociales/Inspection générale des Finances, Paris, juillet 2005.

PÉRICARD B., BALLEL L., « L'économie de l'hôpital. 2. Les dépenses de l'hôpital », *Revue française de comptabilité*, n° 428, 2010, p. 40-45.

PIVETEAU D., COUDURIER P., *Dotation globale et prix de journée*, Berger-Levrault, Paris, 1998.

SCHWEYER F.X., « La formation des directeurs d'hôpital, trente ans de réformes et de débats ? », *Revue fondamentale des questions hospitalières*, n° 5, 2002/06, p. 111-176.

VASSELLE A., *Rapport d'information sur le processus de convergence tarifaire et la proposition de report de son achèvement à 2018*, Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS), Sénat, Paris, 2009.