



Le contrôle du système hospitalier par les institutions régionales de contrôle



DE
EN
FR

Séminaire EURORAI
L'audit des hôpitaux :
approche comparée des démarches de contrôle dans
trois pays – Allemagne, France et Royaume-Uni

EURORAI Seminar
Auditing in hospitals sector:
a comparative approach of audit practice in three coun-
tries – France, Germany, and the United Kingdom

EURORAI-Seminar
Die Prüfung von Krankenhäusern:
ein Vergleich der Prüfungspraxis in Deutschland,
Frankreich und dem Vereinigten Königreich

Sommaire – Contents – Übersicht

Avant-propos	9
<i>Foreword</i>	10
<i>Vorwort</i>	11

L'audit des hôpitaux en France

1. Le système de santé en France	17
2. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé publique (ANAES)	29
3. L'Inspection générale des affaires sociales	31
4. Le financement des hôpitaux en France	32
5. La Cour des comptes	37
6. Les chambres régionales et territoriales des comptes	40

Auditing in hospitals sector in France

1. <i>The health care system in France</i>	47
2. <i>The National Agency for Hospital Accreditation and Development of Medical Evaluation (ANAES)</i>	59
3. <i>The Inspectorate General for Social Affairs</i>	61
4. <i>Hospital financing in France</i>	62
5. <i>The French Court of Audit</i>	66
6. <i>Regional and territorial audit chambers in France</i>	70

Die Prüfung von Krankenhäusern in Frankreich

1. <i>Das Gesundheitssystem in Frankreich</i>	77
2. <i>Die Nationale Agentur für die Zulassung der Krankenhäuser und Entwicklung der medizinischen Evaluierung (ANAES)</i>	90
3. <i>Die Generalinspektion für soziale Angelegenheiten</i>	92
4. <i>Die Finanzierung von Krankenhäusern in Frankreich</i>	93
5. <i>Der staatliche Rechnungshof in Frankreich</i>	99
6. <i>Die regionalen und territorialen Rechnungskammern in Frankreich</i>	102

Hospitals and Audit Institutions in the United Kingdom

1. Introduction	111
2. Management and financing of hospitals	112
3. Audit institutions and other review agencies	115
4. Audit roles and responsibilities	118
5. Reporting audit work	119

Appendices.....	121	
<hr/>		
<i>Hôpitaux et institutions de contrôle au Royaume-Uni</i>		
1. Introduction	131	
2. Gestion et financement des hôpitaux	132	
3. Institutions de contrôle et autres agences de révision	135	
4. Rôles et responsabilités du contrôle	139	
5. Rapport des travaux d'audit	141	
Annexes	143	
<hr/>		
<i>Krankenhäuser und Finanzkontrollinstitutionen im Vereinigten Königreich</i>		
1. Einführung	153	
2. Führung und Finanzierung von Krankenhäusern	154	
3. Finanzkontrollinstitutionen und andere Prüfungseinrichtungen	157	
4. Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Rechnungsprüfung	161	
5. Berichterstattung über die Prüfungsarbeit	163	
Anlagen	165	
<hr/> <hr/>		
Die Prüfung von Krankenhäusern in Deutschland am Beispiel zweier Bundesländer		
A) Beispiel des Bundeslandes Rheinland-Pfalz		
1. Basisinformationen über die Krankenhausversorgung und die Prüfung von Krankenhäusern	177	
2. Prüfung von Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz	191	
B) Beispiel des Bundeslandes Hessen		
Die öffentliche stationäre Gesundheitsversorgung (Krankenhäuser): Organisationsstrukturen, Finanzierung und Prüfung durch die Öffentliche Finanzkontrolle		200
<hr/>		
<i>L'audit des hôpitaux en Allemagne à l'appui de l'exemple de deux états fédérés</i>		
A) L'exemple du Land de Rhénanie-Palatinat		
1. Informations clés sur les soins hospitaliers et l'audit des hôpitaux	221	
2. L'audit des hôpitaux en Rhénanie-Palatinat	235	
B) L'exemple du Land de Hesse		
<i>Les soins de santé en milieu hospitalier public (hôpitaux) :</i> <i>Structures organisationnelles, financement et audit par les instances de contrôle des</i> <i>finances publiques</i>		244
<hr/>		
<i>Auditing in hospitals sector in Germany taking as an example two federate states</i>		
A) The example of the Land Rhineland-Palatinate		

1. Basic information about hospital care and hospital auditing	265
2. Hospital auditing in Rhineland-Palatinate	279
B) The example of the Land Hesse	
Public inpatient health care (hospital care):	
Organisational structures, financing and auditing by	
the public sector audit bodies	288
<hr/> <hr/>	
Einführung in die Arbeitskreise	307
<i>Présentation des ateliers</i>	313
<i>Introduction of workshops</i>	319
<hr/> <hr/>	
Conclusions of workshop 1:	
Value-for-money audit of hospitals in England and Wales	
Case study: Operating theatres	323
<hr/>	
<i>Conclusions de l'atelier 1 :</i>	
<i>Démarches de l'audit de performance des hôpitaux en Angleterre et au Pays de Galles</i>	
<i>Etude de cas : Les blocs opératoires</i>	327
<hr/>	
<i>Schlussfolgerungen des Arbeitskreises 1:</i>	
<i>Organisations- und Wirtschaftlichkeitsprüfung von Krankenhäusern in</i>	
<i>England und Wales</i>	
<i>Fallbeispiel: Operationssäle</i>	329
<hr/> <hr/>	
Conclusions de l'atelier 2 :	
Contrôle intégré d'un hôpital communal dans un état fédéré de l'Allemagne ...	333
<hr/>	
<i>Conclusions of workshop 2:</i>	
<i>Comprehensive audit of a local hospital in a German Land</i>	335
<hr/>	
<i>Schlussfolgerungen des Arbeitskreises 2:</i>	
<i>Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Rechtmäßigkeit der Haushalts- und</i>	
<i>Wirtschaftsführung eines städtischen Krankenhauses in Deutschland</i>	337
<hr/> <hr/>	
Conclusions of workshop 3:	
Value-for-money audit of hospitals in France	
Case study: audit on medical equipment	341
<hr/>	
<i>Conclusions de l'atelier 3 :</i>	
<i>Démarches de l'audit de performance des hôpitaux</i>	
<i>Etude de cas : L'audit des équipements médicaux</i>	343

Schlussfolgerungen des Arbeitskreises 3:
Organisations- und Wirtschaftlichkeitsprüfung von Krankenhäusern in Frankreich
Fallbeispiel: Die Prüfung von medizinischen Geräten 345

Glossary 349
Glossaire 361
Glossar 373

© Edita: EURORAI. 2003

Diseño y maquetación:
Devicenti Estudio Gráfico

Avant-propos

Le financement des systèmes de santé est dans tous nos pays un enjeu financier et social de premier plan. Les hôpitaux publics y jouent un rôle essentiel, parfois en partenariat avec des établissements privés : ils concentrent en effet une proportion déterminante des financements, des équipements, des techniques de pointe ainsi que de la recherche dans le domaine médical. Ce sont aussi d'énormes organisations dont les institutions de contrôle ont en charge d'examiner la gestion, avec le souci d'améliorer l'efficacité et de prendre en compte les demandes croissantes de performance et de qualité de nos concitoyens. Voilà pourquoi ce thème est apparu comme un axe professionnel majeur, qui rassemble des questions de management local et de régulation nationale. Il intéresse donc à la fois les institutions régionales et supérieures de contrôle des finances publiques, et s'inscrit naturellement dans la continuité des travaux conjoints menés au sein d'EUROSAI et d'EURORAI.

Le thème retenu pour la conférence d'EUROSAI prévue à Copenhague du 5 au 7 juin 2003 donnera ainsi une illustration concrète aux échanges commencés à Madère sur la coopération entre ISC et IRC. Dans cette perspective, le séminaire de Rouen s'était assigné un double objectif: d'une part, rassembler les professionnels européens de l'audit des hôpitaux afin d'échanger sur les pratiques et les méthodes suivies dans nos différents pays ; d'autre part, analyser les systèmes de financement, de régulation et de contrôle des institutions de santé, afin d'éclairer le cadre dans lequel s'exercent les interventions respectives des organismes d'audit.

Le premier objectif semble d'ores et déjà atteint: le séminaire a rassemblé près de 60 participants, venus de 8 pays européens: Allemagne, Espagne, Hongrie, Portugal, Royaume-Uni, Slovaquie, Suisse, et 12 chambres régionales françaises. Un travail important d'analyse et de documentation a été fourni par nos collègues britanniques, allemands et français, avec l'appui essentiel du secrétariat général d'EURORAI ; il a permis de constituer des dossiers sur les systèmes de santé et la gestion hospitalière dans nos trois pays, et d'alimenter les études de cas présentées en atelier. La qualité des échanges observée tout au long de la journée est d'ores et déjà une garantie d'enrichissement professionnel.

Quant à notre second objectif, il ne sera complètement réalisé qu'avec la conférence de Copenhague. Les premiers enseignements du séminaire de Rouen révèlent en tout cas la très grande diversité de nos pratiques et de nos cultures. Le principal souci que nous avons en commun est l'accès à des systèmes d'information de qualité, permettant de construire une analyse fiable de la performance. Pour le reste, nos approches de contrôle diffèrent sensiblement par leur champ, leurs méthodes, leur rythme ou leurs suites.

Il n'en est que plus essentiel de poursuivre nos échanges et notre coopération, afin que le partage de nos expériences soit utile à tous.

Danièle Lamarque
Présidente de la chambre régionale
des comptes de Haute-Normandie

Foreword

Funding for health care systems in all our countries is a major financial and social issue. Public hospitals play an essential role in this, sometimes in partnership with private establishments: a significant proportion of the funding, equipment, access to cutting-edge techniques and facilities for medical research are centred on them. They are, consequently, huge organisations and audit institutions are responsible for examining their management, with the aim of improving their efficiency and dealing with the growing demands of our fellow citizens for performance and quality. That is why this subject has come to be seen as a major professional concern, which brings together questions of local management and national regulation. It involves both the regional and national public finance audit institutions, and naturally forms part of the continuing works carried out jointly by EUROSAI and EURORAI.

The theme selected for the EUROSAI conference to be held in Copenhagen from 5 to 7 June 2003 will also provide a practical expression for the exchanges begun in Madeira on cooperation between the supreme audit institutions (SAIs) and the regional audit institutions (RAIs). The Rouen seminar therefore had a dual objective: on the one hand, to gather together European hospital audit professionals in order to exchange information on practices and methods used in our countries; on the other hand, to analyse the financing, regulation and audit systems of health establishments to throw light on the framework in which the audit bodies perform their work.

The first objective certainly seems to have been achieved: the seminar brought together almost 60 participants from 8 European countries: Germany, Hungary, Portugal, Slovenia, Spain, Switzerland, the United Kingdom and 12 French regional audit chambers. Our British, German and French colleagues provided important analysis and documentation with essential support from the EURORAI general secretariat; this enabled dossiers to be compiled on the health systems and hospital management in our three countries and provided material for case studies in workshop sessions. The quality of the exchanges observed throughout the day established a basis for continuing professional enrichment.

As for our second objective, this will only be completely achieved when we hold the Copenhagen conference. The Rouen seminar revealed the great diversity in our practices and cultures. The main concern which we have in common is access to quality information systems with which we can put together a reliable analysis of performance. For the remainder, our audit approaches differ considerably in regard to their field, methods, frequency and follow-up.

It is all the more essential to continue our exchanges and cooperation so that all of us can benefit from sharing our experiences.

Danièle Lamarque
President of the Regional Audit Chamber
of High Normandy

Vorwort

Die Finanzierung der Gesundheitssysteme ist in allen unseren Ländern eine finanzielle und soziale Herausforderung ersten Ranges. Die öffentlichen Krankenhäuser spielen darin, mitunter in Partnerschaft mit privaten Einrichtungen, eine wesentliche Rolle. Auf sie entfällt nämlich ein entscheidender Anteil der Finanzierung, der Ausrüstung, der Spitzentechnik und der medizinischen Forschung. Sie sind auch gewaltige Organisationen, deren Geschäfts- und Verwaltungsführung die Finanzkontrollinstitutionen zu prüfen haben, die darum bemüht sind, ihre Effizienz zu verbessern und den wachsenden Anforderungen unserer Mitbürgerinnen und Mitbürger an Leistungsfähigkeit und Qualität Rechnung zu tragen. Dieser Bereich ist deshalb auch zu einer wichtigen beruflichen Achse geworden, die ebenso Fragen des lokalen Managements wie nationaler Regulierung aufwirft. Er interessiert somit regionale und nationale Finanzkontrollbehörden gleichermaßen und fügt sich auf natürliche Weise in die gemeinsam innerhalb von EUROSAT und EURORAI fortgeführten Arbeiten ein.

Das Thema, das für die von 5. bis 7. Juni 2003 in Kopenhagen geplante EUROSAT-Konferenz ausgewählt wurde, wird daher den in Madeira begonnenen Austausch über die Zusammenarbeit zwischen regionalen und nationalen Einrichtungen der externen Finanzkontrolle konkret veranschaulichen. Für das Seminar in Rouen war mit Blick hierauf ein doppeltes Ziel gesetzt worden: Zum einen sollte es die europäischen Fachleute der Prüfung von Krankenhäusern zusammenführen, um sich über die in unseren jeweiligen Ländern angewandten Praktiken und Methoden auszutauschen. Zum anderen sollten die Finanzierungs-, Regulierungs- und

Kontrollsysteme der Gesundheitsversorgungseinrichtungen analysiert werden, um den Rahmen aufzuhellen, innerhalb dessen die Handlungen der Prüfungsorgane stattfinden.

Das erste Ziel scheint bereits erreicht: Zu dem Seminar sind fast 60 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus acht europäischen Ländern gekommen, aus Deutschland, Portugal, der Schweiz, Slowenien, Spanien, Ungarn, dem Vereinigten Königreich und 12 französischen regionalen Rechnungskammern. Unsere britischen, deutschen und französischen Kollegen haben mit wesentlicher Unterstützung des EURORAI-Generalsekretariats umfangreiche Analyse- und Dokumentationsarbeit geleistet. So konnten Dossiers über die Gesundheitssysteme und die Krankenhausführung in unseren drei Ländern zusammengestellt und die in Workshops vorgestellten Fallstudien untermauert werden. Die Qualität des während des gesamten Seminartages zu beobachtenden Austauschs ist bereits eine Garantie für fachliche Bereicherung.

Unser zweites Ziel wird erst mit der Konferenz in Kopenhagen vollständig verwirklicht sein. Die ersten Lehren aus dem Seminar in Rouen zeigen auf jeden Fall, wie überaus vielfältig unsere Praxis und unsere Kulturen sind. Die wichtigste uns gemeinsame Sorge ist der Zugang zu qualitativ hochwertigen Informationssystemen, auf denen eine zuverlässige Analyse der Wirtschaftlichkeit aufbauen kann. Ansonsten unterscheiden sich unsere Kontrollansätze deutlich in ihrem Anwendungsbereich, ihren Methoden, ihrer Häufigkeit oder ihrer Nachfeldarbeit.

Umso wichtiger ist es, dass wir unseren Austausch und unsere Zusammenarbeit fortsetzen, damit die geteilten Erfahrungen uns allen zugute kommen.

Danièle Lamarque
Präsidentin der Regionalen
Rechnungskammer Haute-Normandie

L'audit des hôpitaux en France

Auditing in hospitals sector in France

Die Prüfung von Krankenhäusern in Frankreich

L'audit des hôpitaux en France

**Francis MALLE, Conseiller à la chambre régionale des
comptes de Basse-Normandie**
**Stanislas DE CHERGÉ, Conseiller à la chambre régionale des
comptes de Rhône-Alpes**
**Yvon MENGUY, Conseiller à la chambre régionale des
comptes de Haute-Normandie**

L'audit des hôpitaux en France

1. Le système de santé en France

- 1.1 L'administration du système de santé
- 1.2 Le financement du système de santé
- 1.3 L'offre de biens et de services médicaux
- 1.4 Le fonctionnement du système de santé

Annexe

2. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé publique (ANAES)

- 2.1 L'évaluation
- 2.2 L'accréditation

3. L'Inspection générale des affaires sociales

4. Le financement des hôpitaux en France

- 4.1 Le budget des établissements publics hospitaliers
- 4.2 Le suivi de la performance en lien avec le budget

5. La Cour des comptes

- 5.1 Les missions de la Cour des comptes
- 5.2 Organisation et fonctionnement
- 5.3 Résultats

6. Les chambres régionales et territoriales des comptes

- 6.1 Présentation générale des juridictions françaises
- 6.2 Les CRTC remplissent trois missions fondamentales
- 6.3 Les CRTC et la Cour des comptes à Paris

L'audit des hôpitaux en France

1. Le système de santé en France

Le système de santé français est un système pluraliste, associant des organismes publics ou privés, administré par l'Etat et principalement financé par l'Assurance Maladie et les usagers.

1.1 L'administration du système de santé

L'administration du système de santé revient à l'Etat, garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population.

Ainsi, l'Etat, soit directement soit par l'intermédiaire de ses services déconcentrés :

- organise la prise en charge des problèmes généraux de santé publique : prévention collective, veille sanitaire, lutte contre les grandes maladies et fléaux ;
- assure la formation des personnels de santé et définit les conditions d'exercice de leur profession ;
- veille à l'adéquation des structures de soins et régule le volume de l'offre de soins ;
- détermine les règles de financement de la couverture sanitaire de la population (assiette et taux de cotisation) et les relations entre les usagers et les producteurs de soins (accès aux soins, tarifs et taux de remboursement).

Depuis 1996, le Parlement fixe chaque année les objectifs sanitaires et le cadre de financement du système de santé (loi de financement de la sécurité sociale).

Au plan national, le ministère des affaires sociales et le ministère de la santé sont chargés de la mise en œuvre de ces décisions. Quatre directions de ces ministères sont plus particulièrement concernées : la direction de la sécurité sociale, la direction générale de la santé, la direction des hôpitaux et la direction de l'action sociale.

L'Etat a, par ailleurs, suscité au fil des années la création d'organismes divers, aux formes juridiques variées (agence, association, comité ...), sur lesquels il exerce la tutelle et qui interviennent dans des domaines spécifiques et notamment :

- l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES), créée en 1996, qui a pour mission de favoriser le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles tant dans les établissements de santé publics ou privés que dans le cadre de l'exercice libéral de la médecine ;

- le Haut comité de santé publique (HCSP) qui contribue à la définition des objectifs de santé publique ou le Conseil national d'éthique qui donne son avis sur les problèmes moraux soulevés par la recherche médicale.

Au niveau local, sous l'autorité des préfets de région ou de département, les directions régionales ou départementales de l'action sanitaire et sociale (DRASS et DDASS) assurent la mise en œuvre des politiques nationales de santé :

- les DRASS déterminent et animent la politique régionale de santé. Elles organisent les relations administratives avec les professions de santé, coordonnent la politique hospitalière et veillent à la réalisation au plan régional des objectifs contenus dans les conventions conclues entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale ;
- les DDASS sont responsables du bon fonctionnement de la distribution des soins et des actions de prévention ou de sécurité sanitaire.

1.2 Le financement du système de santé

Selon les comptes nationaux de la santé en 2000, la dépense nationale de santé s'est élevée à 140,6 milliards d'euros (922,4 milliards de francs) soit environ 10% du produit intérieur brut. La dépense de consommation de services médicaux représente 120,6 milliards d'euros (791 milliards de francs) et le surplus est notamment consacré à la formation des personnels, la recherche médicale, la prévention...

Le financement de ces dépenses provient de quatre sources principales :

- l'assurance maladie obligatoire, 73%
- les assurances complémentaires, 13%
- les ménages, 10%
- l'Etat, 4%

L'assurance maladie obligatoire

La totalité de la population est affiliée à un régime d'assurance maladie obligatoire, financé par des cotisations prélevées sur les salaires, les retraites, les indemnités de chômage et les revenus non salariaux. Depuis le 1er janvier 2000, les personnes sans ressources (revenus annuels inférieurs à 6 400 euros) sont affiliées à ce régime dans le cadre de la couverture maladie universelle (CMU) financée par l'Etat (900 000 personnes bénéficient de la CMU).

Divers organismes, sous tutelle de l'Etat, gèrent l'assurance maladie et les plus importants sont :

- la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui assure la quasi-totalité des salariés, des retraités et de leurs familles soit près de 80% de la population ;
- la mutualité sociale agricole (MSA) qui couvre les exploitants, les salariés et les retraités agricoles et leurs familles, soit 9% de la population ;
- la caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM) qui couvre les artisans, les commerçants, les membres des professions libérales et leurs familles, soit 6% de la population.

La CNAMTS, qui gère aussi la CMU, est responsable de l'équilibre financier global de l'assurance maladie. Elle organise en outre le contrôle médical sur l'activité des professions et des établissements de santé.

En contrepartie de son affiliation à un régime d'assurance maladie tout bénéficiaire d'une prestation de soin a droit à la prise en charge de tout ou partie de son coût en fonction de la nature des soins délivrés (100% pour certaines affections graves, 90% en hospitalisation ou 75% en soins ambulatoires, 30 à 70% pour les médicaments). Le surplus, appelé ticket modérateur, est à la charge de l'assuré qui peut à cet effet souscrire à un régime d'assurance complémentaire.

Depuis 1996, le Parlement se prononce sur l'évolution des recettes et des dépenses des régimes obligatoires et fixe l'objectif national des dépenses d'assurances maladie (ONDAM). Le gouvernement décline ensuite cet objectif en quatre enveloppes affectées aux hôpitaux publics, aux cliniques privées, aux établissements médico-sociaux et à la médecine ambulatoire (médecine de ville, soins infirmiers, examens biologiques...).

les assurances complémentaires

La prise en charge du ticket modérateur, est assurée, pour 85% de la population par des mutuelles, des institutions de prévoyance ou des assurances privées. Cette affiliation complémentaire peut résulter d'une démarche individuelle (assurances privées) mais elle est souvent proposée à titre collectif dans le cadre des activités professionnelles (mutuelles).

Au nombre de 6 500, les mutuelles assurent environ 30 millions de personnes et prennent en charge 7% des dépenses de santé.

Les compagnies d'assurances privées (environ 80) financent 3% de ces dépenses et les institutions de prévoyance (une vingtaine) 2%.

L'affiliation à l'un de ces organismes est toutefois subordonné au paiement d'une cotisation que ne pouvait pas toujours payer les plus démunis. Aussi, depuis le 1er janvier 2000, en complément de la CMU, il est proposé - sous condition de ressources

réduites - à ces populations moyennant une cotisation modique, l'affiliation à un régime complémentaire financé en grande partie par des prélèvements sur les ressources des régimes d'assurances maladie obligatoires et une dotation de l'Etat. Au 31 décembre 2000, près de 4,8 millions de personnes bénéficient de ce dispositif.

1.3 L'offre de biens et de services médicaux

Au 1er janvier 1999, 4200 établissements de santé offraient 492000 lits d'hospitalisation complète, 103000 lits d'hébergement, 38000 places d'hospitalisation partielle et 7000 places de chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, environ 1,7 millions de personnes travaillent dans le domaine de la santé, soit 9% de la population active occupée.

L'exercice des professions et établissements de santé sont réglementés par le code de la santé publique. Pour certaines professions (médecins, sages-femmes, pharmaciens et dentistes) il existe un « Ordre » qui veille au respect de l'éthique professionnelle.

les établissements de santé

Les soins avec hébergement sont dispensés dans des établissements publics ou privés. Les différences entre les deux secteurs portent notamment sur les modes de financement et la nature de leur mission.

Dans chaque région administrative, une carte sanitaire fixe la nature et l'importance des équipements à mettre en œuvre pour répondre au besoin de la population ; par ailleurs un schéma d'organisation sanitaire (SROS), actualisé tous les cinq ans, organise la répartition géographique des installations (lits, places et équipements matériels lourds, tel que IRM ou scanners).

Pour l'année 1998, le montant des dépenses de soins délivrés par les établissements de santé s'établit à 54,8 milliards d'euros (359,6 milliards de francs).

Chaque année, le parlement fixe le montant total de la dépense qui sera pris en charge par l'assurance maladie (environ 90% de la dépense totale estimée pour l'année). Cette somme est ensuite globalement répartie entre les établissements publics et privés, puis ventilée en enveloppe régionale en fonction des besoins de la population, des coûts et des activités des établissements de chaque région.

Sur la base de contrats d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) arrêtent le montant de la recette qui sera attribué à chaque établissement sous forme de dotation globale annuelle pour les établissements publics et assimilés et sous forme de prix de journées et de nombre de jours d'hospitalisation pour les établissements privés.

La différence entre la dépense réelle de l'établissement et les recettes qui lui sont ainsi allouées, qui comprend le ticket modérateur et le forfait journalier, est financée par l'usager ou son assurance complémentaire.

Les établissements de santé emploient près de 1,2 millions de personnes.

Les établissements publics de santé (1058) sont des personnes morales de droit public dotés de l'autonomie administrative et financière. Placés depuis 1996 sous la tutelle des agences régionales de l'hospitalisation, ils sont administrés par un conseil d'administration présidé par le maire de leur commune d'implantation. Les directeurs de ces établissements, qui disposent d'une large autonomie de gestion, sont nommés par arrêté du ministère de la santé.

En 1998, le montant des dépenses constatées dans ces établissements s'établit à 42,6 milliards d'euros (279,4 milliards de francs) soit 77,7% des dépenses hospitalières, et le montant des dotations globales qui leur ont été allouées s'élève à 38 milliards d'euros (249,3 milliards de francs).

Le nombre de lits et places installés dans ces établissements est de 318800 lits d'hospitalisation complète, 100000 lits d'hébergement et de 28100 places d'hospitalisation partielle ou ambulatoire, soit 65% de la capacité hospitalière totale.

On distingue quatre types d'établissements publics de santé :

- les 29 centres hospitaliers universitaires (au moins 1 par région administrative) : en plus de leur mission hospitalière, ces établissements concourent à la formation des personnels médicaux et à la recherche médicale. Ils absorbent 35% des dotations globales.
- les centres hospitaliers, au nombre de 562, qui sont des établissements généralistes;
- les centres hospitaliers spécialisés (93) pour la psychiatrie ou la cancérologie ;
- les hôpitaux locaux (374) qui ne délivrent que des soins de proximité en médecine.

Les établissements privés associés au service public, généralement à but non lucratif, ils sont pour l'essentiel gérés par des associations (Croix Rouge) ou des organismes mutualistes. Au nombre de 792, ils sont généralement spécialisés dans les soins de suite et de réadaptation, les soins de longue durée ou les maladies mentales et représentent 10% des lits hospitaliers. Ils ont les mêmes obligations que les établissements publics de santé et connaissent les mêmes règles de financement (dotation globale) et de fonctionnement, sauf en ce qui concerne le statut de leurs personnels qui relève de conventions collectives.

Les établissements privés lucratifs représentent 25% des lits hospitaliers répartis en 2353 établissements. Pour des raisons économiques, leur activité est plutôt orientée vers les soins aigus et plus particulièrement vers la chirurgie. Les modalités de financement de ces établissements sont généralement les suivantes :

- un prix de journée fixé par l'ARH, financé par l'assurance maladie et un forfait journalier fixé au plan national, payé par l'utilisateur ou son assurance complémentaire, couvrent les frais de fonctionnement de l'établissement (administration, charge de personnel non médical, salle d'opération, frais d'hébergement...);
- des honoraires, fixé au plan national en fonction de la nature de l'intervention, perçus directement par les praticiens auprès des usagers (qui se font ensuite rembourser par l'assurance maladie et leurs assurances complémentaires).

La plupart des établissements de santé fonctionnent en réseau, ce qui permet notamment en cas de besoin, d'orienter les patients vers un établissement d'un niveau supérieur ; le pilotage de ces réseaux est placé dans chaque région sous la responsabilité du centre hospitalier régional universitaire associé aux centres hospitaliers généraux installés dans les villes les plus importantes.

Par ailleurs, on assiste depuis plusieurs années au regroupement des établissements de santé, sous des formes juridiques variées (syndicat de coopération hospitalière dans le secteur public, fusion d'établissements dans le secteur privé) afin de diminuer globalement le nombre d'établissements tout en offrant des plateaux techniques plus performants.

les professions de santé

Les membres des professions de santé, médicaux et paramédicaux, environ 830000, constituent près de la moitié des effectifs employés dans le secteur de la santé.

Les médecins sont au nombre de 196000 au 1er janvier 2001 en France métropolitaine (hors DOM), soit une densité de 3,3 pour 1000 habitants. Par spécialité et modalité d'exercice de leur profession ils sont répartis de la manière suivante¹ :

	libéraux	salariés hospitaliers	autres salariés	total
ensemble des médecins	118141	55970	21889	196000
omnipraticiens	67412	15428	13406	96246
spécialistes dont	50729	40542	8483	99754
<i>médecine</i>	27966	24753	2015	54734
<i>chirurgie</i>	15472	7306	312	23090
<i>psychiatrie</i>	6378	6087	825	13290
<i>autre</i>	913	2396	5331	8640

¹ Ministère de la santé, DREES, estimations des médecins au 1er janvier 2001

Parmi les autres spécialistes on y trouve notamment, 1600 médecins biologistes et 400 médecins de santé publique salariés hospitaliers et 4250 médecins du travail salariés.

Les autres professionnels de la santé sont répartis de la manière suivante² :

profession	libéraux	salariés	total
dentiste	37647	2779	40426
pharmacien	32745	27621	60366
sage femme	2012	12713	14725
infirmier	57493	340013	397506
kinésithérapeute	42006	11991	53997
autre	26540	41992	68532

Parmi les autres professions, on trouve notamment les podologues et les opticiens très représentés dans le secteur libéral, et les orthophonistes, les ergothérapeutes et les manipulateurs en radiologie très représentés parmi les salariés.

les autres secteurs de la santé

Les dispensaires et centres de soins, s'adressent principalement aux malades ambulatoires. Ils sont le plus souvent gérés par les municipalités ou des mutuelles. Il en existe environ un millier, dont 90% sous statut public. Ils sont généralement fréquentés par les plus démunis pour des consultations et des soins externes généraux ou spécialisés notamment en cancérologie et en alcoologie.

Par ailleurs, dans une optique de santé publique, la population bénéficie d'exams systématiques gratuits, dans le cadre de leur scolarité (médecine scolaire) ou de leur activité professionnelle (médecine du travail).

La pharmacie : la production et la distribution de médicaments sont réglementées. Tout médicament doit obtenir une autorisation de mise sur le marché. Les prix de vente et leur taux de prise en charge par l'assurance maladie, qui varient entre 30 et 70%, sont fixés par l'autorité administrative. La vente au public est réalisée en officine, entreprise privée, sous la responsabilité d'un pharmacien. Toute ouverture d'officine est soumise à autorisation. La plupart des médicaments ne sont délivrés que sur production d'une ordonnance médicale, sauf les plus courants tel que aspirine, sirop contre la toux...

² Ministère de la santé, DREES, les professions médicales au 1er janvier 2001

Le secteur pharmaceutique emploie 200000 personnes, dont 133000 dans la distribution et 67000 dans l'industrie pharmaceutique. L'évolution et la ventilation du chiffre d'affaire du secteur entre 1991 et 2000 sont les suivants (en milliards d'euros HT)³ :

	1991	2000	91/00
médicament remboursable	8,1	13,5	67%
médicament non remboursable	1	1,1	10%
total officine	9,1	14,6	60%
médicament hôpitaux	1,3	2,6	100%
total en France	10,4	17,2	65%
exportation	2,6	9,6	270%
CA total	13	26,8	106%

La recherche médicale : elle relève du secteur public et du secteur privé. L'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), le centre national de la recherche scientifique (CNRS) et les centres hospitaliers universitaires (CHU) sont les principaux acteurs publics dans ce domaine.

1.4 Le fonctionnement du système de santé

L'usager et l'accès au soin

L'assurance maladie ne restreint ni la liberté de choix des malades, ni la liberté de prescription des médecins.

Les médecins généralistes ne jouent pas le rôle d'orienteur dans le système de santé qui leur est souvent attribués dans les autres pays européens. La tentative de mise en place d'un médecin « référent » et d'un carnet de santé pour tous les usagers au cours des années 1999/2000 a échoué, face aux réticences rencontrées dans les milieux médicaux (malgré les incitations financières) mais surtout à cause de l'hostilité des usagers.

Il s'ensuit une forme de nomadisme médical et surtout une forte consommation de consultations de médecins spécialistes.

Il en est de même en ce qui concerne la prescription de médicaments, domaine dans lequel les incitations destinées à favoriser la prescription de médicaments génériques n'ont pas encore eu d'impact significatif (environ 2,4% du marché des médicaments remboursés en 2001).

³ Syndicat national de l'industrie pharmaceutique

Ainsi que cela a déjà été rappelé, les règles de couverture par l'assurance maladie, laissent à l'utilisateur, un rôle relativement important dans le paiement des soins médicaux. En théorie, l'utilisateur devrait faire l'avance intégrale des frais, puis en demander le remboursement total ou partiel à sa caisse d'assurance maladie et éventuellement à sa caisse d'assurance complémentaire, au vu de la feuille de soins délivrée par le professionnel ou l'établissement de santé.

Dans la pratique, ce dispositif ne concerne que les consultations et soins externes délivrés par les professionnels du secteur libéral. Dans les autres domaines des systèmes de tiers payants ou des modalités de financement particulières (dotation globale pour les hôpitaux publics et prix de journée pour les cliniques privées) évitent, le plus souvent, à l'utilisateur de faire l'avance des frais remboursés par l'assurance maladie obligatoire.

La généralisation de la carte magnétique d'assuré social (Carte Vitale) progressivement attribuée à tous les usagers du système de santé depuis 1999, devrait dans les prochaines années permettre la gestion de l'ensemble des flux financiers entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires, les professionnels et établissements de santé avec des débours pour l'utilisateur limités à la fraction ultime des frais laissés à sa charge.

Actuellement, simple instrument de gestion administrative et financière du système de santé, cette Carte Vitale pourrait aussi évoluer vers le carnet de santé informatisé de tous les assurés sociaux, dès que les problèmes juridiques et techniques liés à l'accès aux informations médicales et à la confidentialité des données seront résolus de manière satisfaisante.

Les prestataires de soins

Les relations entre les professionnels de la santé, les organismes de tutelles et les caisses d'assurance maladie sont organisées différemment dans le secteur public et le secteur privé.

Les conditions de nomination et les rémunérations des personnels médicaux du secteur public sont fixées par l'Etat et celles des personnels non médicaux par le statut de la fonction publique hospitalière. Tous ces personnels sont placés sous l'autorité hiérarchique du directeur de l'établissement au sein desquels la commission médicale d'établissement règle et organise la délivrance des soins. Généralement, dans ces établissements les usagers ne choisissent pas leurs praticiens.

En ce qui concerne les professionnels du secteur libéral, des conventions conclues avec leurs syndicats fixent les honoraires (médecins) ou les tarifs (autres professionnels) qui peuvent être demandés en contrepartie de la délivrance des soins. L'utilisateur sera remboursé des frais engagés sur la base des montants ainsi fixés, mais sous cer-

taines conditions, les professionnels ont un droit à dépassement du tarif conventionnel qui est généralement supporté par l'utilisateur.

En médecine de ville, les praticiens exercent individuellement ou au sein de cabinets médicaux associant des médecins généralistes et parfois des spécialistes avec d'autres professionnels de santé (infirmiers, biologiste). Dans les deux cas, le malade choisit librement son interlocuteur.

Dans les établissements de santé privés, les personnels non médicaux sont placés sous l'autorité du directeur, mais pas les personnels médicaux qui exercent au sein de l'établissement à titre libéral (ils perçoivent leurs honoraires dont ils reversent à l'établissement une quote-part pour mise à disposition des équipements et des personnels). Ils sont fréquemment actionnaires de l'établissement.

Les établissements de santé

Depuis 1996, ils sont tous placés sous la tutelle, administrative et financière, du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation qui représente dans sa région le ministre de la santé.

Toutes modifications dans les structures (création, suppression ou transformation de lits ou de places, fusion d'établissement...) ou les principaux équipements (scanner, IRM...) sont soumis à autorisation préalable du directeur de l'agence régionale.

La quasi-totalité des établissements privés a conclu des conventions avec l'assurance maladie, ce qui permet aux usagers de se faire soigner indifféremment et pratiquement aux mêmes coûts dans un établissement public ou privé.

Les dispositifs de maîtrise des dépenses de santé

Les politiques de maîtrise des dépenses de santé se sont plus particulièrement orientées vers le contrôle de l'offre de soins, le financement à priori de certaines activités et la restriction de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de certains soins et biens médicaux.

La carte sanitaire, créée en 1972 et actualisée tous les cinq ans permet de réguler les capacités hospitalières. Le *numerus clausus* à l'entrée des études médicales permet d'adapter les effectifs des personnels médicaux et non médicaux aux besoins de la population.

Le financement à priori des établissements de santé (dotation globale dans le secteur public, prix de journée et objectif annuel de jours d'hospitalisation dans le secteur privé) complété par des comparaisons systématiques entre les coûts des traitements dans les deux secteurs, ont dans une certaine mesure permis de limiter l'envolée de l'évolution des dépenses constatées au cours des années 80 et 90.

Enfin de nombreux plans de désengagement de l'assurance maladie se sont traduits par l'augmentation de la participation financière de l'utilisateur, notamment dans le domaine du médicament.

Cette politique de maîtrise des dépenses de santé s'est renforcée depuis 1996 avec l'instauration d'un objectif national des dépenses de l'assurance maladie voté chaque année par le Parlement.

L'ensemble de ces mesures n'a toutefois pas eu les effets escomptés, et chaque année les dépenses de santé augmentent plus que l'objectif fixé par le Parlement, notamment en soins ambulatoires (médecine de ville et soins infirmiers) et en médicaments sans que les instruments permettant de réguler ces deux secteurs aient pu encore être finalisés.

ANNEXE⁴

i - Les dépenses de santé

La dépense courante de santé est la somme des dépenses (sauf les opérations en capital) engagées par les financeurs de l'ensemble des systèmes de soins (sécurité sociale, Etat et collectivités locales, organismes de protection complémentaire et ménages). Elle couvre un champ plus large que la consommation médicale totale puisqu'elle prend également en compte : les indemnités journalières, les subventions, les dépenses de recherche et de formation ainsi que les frais de gestion de l'administration sanitaire.

Pour l'année 2001, la dépense courante de santé s'élève à 148 Md€ (2437 € par habitants) contre 140,6 Md€ (2315 € par habitants) en 2000.

L'OCDE utilise un concept différent pour permettre la comparaison entre ses membres : la dépense nationale de santé, évaluée à partir de la dépense courante de santé à laquelle on ajoute les opérations en capital et on retranche les indemnités journalières ainsi que les dépenses de recherche et de formation. En 2001, la dépense nationale de santé représente 9,5% du PIB. Les dernières données disponibles pour les pays de l'OCDE sont relatives à l'année 1999 ; elles placent la France au 4^{ème} rang, derrière les Etats-Unis (12,9%), la Suisse (10,4%) et l'Allemagne (10,3%), loin devant le Royaume-Uni (6,9%).

La consommation médicale totale regroupe la consommation de soins et de biens médicaux (127,8 Md€ en 2001) et la médecine préventive (3 Md€ en 2001). Entre

⁴ Ministère de la santé, DREES, comptes de la santé 2000 et 2001

1990 et 2001, la consommation de soins et de biens médicaux a évolué de la manière suivante :

	Valeur en Md€		Taux d'évolution moyens annuels en valeur			
			90/95	1999	2000	2001
Soins hospitaliers	57,3	44,8%	5,3	1,7	3,5	4,1
Hôpitaux publics	44,6		5,6	2,8	3,9	4,5
Cliniques privées	10,8		3,5	-2,7	1,2	2,1
Sections médicalisées	2,0		12,3	5,8	8,1	6,3
Soins ambulatoires	33,7	26,4%	4,5	3,8	4,5	5,1
Médecins	15,8		5,2	3,7	3,9	3,1
Dentistes	7,1		3,6	0,7	3,5	8,5
Auxiliaires médicaux	6,9		6,0	6,7	6,8	5,8
Analyses	3,0		1,4	4,8	7,1	7,7
Transport malades	2,0	1,6%	6,7	8,2	8,8	9,9
Médicaments	27,3	21,4%	6,1	6,7	9,5	8,3
Autres biens médicaux	7,4	5,8%	8,4	12,9	13,7	11,8
Total	127,8	100%	5,4	3,9	5,5	5,8

Au cours de l'année 2000, la sécurité sociale (assurance maladie obligatoire) a financé 75,5% des dépenses courantes de santé, avec de grandes disparités suivant la nature des soins délivrés comme le montre le tableau suivant :

	(1)	(2)	(3)	(4)
Sécurité sociale	75,5	90,1	65,7	58,1
Etat et collectivités locales	1,1	1,0	1,2	1,0
Mutuelles	7,5	2,3	12,7	11,8
Assurances et prévoyance	4,9	1,4	8,7	7,5
Ménages	11,1	5,2	11,7	21,6
Total	100	100	100	100

- (1) dépenses courantes de santé
- (2) dépenses hospitalières et sections de soins médicalisées
- (3) soins ambulatoires (médecine de ville)
- (4) distributeurs de soins médicaux (médicaments, optique, prothèse...)

ii - L'activité des établissements de santé

En 1999 (dernières statistiques globales connues), les établissements de santé ont pris en charge 22,6 millions de séjours répartis en 11,9 millions d'hospitalisation à temps complet et 10,7 millions de séjours à temps partiel (hospitalisation de moins de 24 heures).

La répartition des séjours dans les six grandes disciplines médicales (médecine, chirurgie et obstétriques regroupés sous l'appellation MCO, soins de suites et de réadaptation, psychiatrie et soins de longue durée) varie très fortement selon le mode d'hospitalisation : ainsi 90% des hospitalisations à temps complet concernent la MCO et 50% des hospitalisation à temps partiel concernent la psychiatrie.

A la fin de l'année 1999, on recensait 486000 lits et 46000 places répartis en 3171 établissements dont 1785 établissements publics ou assimilés (379500 lits et 37000 places), financés par une dotation globale et 1386 établissements privés (106500 lits et 9000 places) financés par un prix de journée.

En dix ans, 70000 lits d'hospitalisation complète ont été supprimés ; cette évolution s'est accompagnée d'une réduction sensible de la durée moyenne des séjour : en 1999, 6 jours en MCO et 32 jours en psychiatrie ou en soins de longue durée.

Les cliniques privées prennent en charge 53% des séjours chirurgicaux, et les hôpitaux publics accueillent près de 80% des séjours médicaux et 70% des séjours psychiatriques. En revanche les soins de suites et de réadaptation sont équitablement répartis entre les deux secteurs.

Le recours à l'hospitalisation progresse modérément : entre 1995 et 1999, tous secteur et tous mode d'hospitalisation confondus, le nombre de séjours a augmenté de 8% suivant un taux annuel moyen de 1,9%. Parmi les fortes progressions, on note les soins de suites et de réadaptation (plus 23%) et la chirurgie ambulatoire (plus 15%) et à l'inverse le nombre d'hospitalisation complète en MCO reste stable (plus 2% en cinq ans).

2. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé publique (ANAES)

Créée par l'ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, l'ANAES est chargée d'établir l'état des connaissances en matière de stratégies médicales, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de mettre en œuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé.

2.1 L'évaluation

Evaluer, dans le domaine de la santé publique, c'est apprécier objectivement l'efficacité des stratégies médicales pour permettre un meilleur choix pour le malade. C'est aussi fournir des éléments pour améliorer le système de soins.

L'ANAES conduit ses études d'évaluation en s'appuyant notamment sur l'analyse de la littérature scientifique et sur l'avis des professionnels de santé. L'agence labellise des recommandations pour la pratique clinique et donne son avis sur la liste des actes ou des prestations remboursés par l'assurance maladie (sauf les médicaments).

Elle mène, dans les établissements de santé et auprès des médecins libéraux, des actions d'évaluation des pratiques professionnelles, de formation à l'audit clinique et des programmes d'amélioration de la qualité des soins.

Les experts de l'agence sont recrutés parmi les membres des professions médicales ou pharmaceutiques et les personnes qualifiées dans le domaine de la santé. Ces professionnels ne peuvent consacrer plus du tiers de leur temps de travail aux missions de l'ANAES.

2.2 L'accréditation

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé. Elle vise à assurer la qualité des soins et à promouvoir le développement continu de son amélioration. L'accréditation concerne tous les établissements de santé publics ou privés, soit plus de 3000 établissements.

La procédure d'accréditation se déroule en 8 étapes :

- 1- le directeur de l'établissement adresse à l'ANAES une demande d'engagement de la procédure, accompagnée d'un dossier de présentation de l'établissement, de sa stratégie et de ses objectifs.
- 2- l'ANAES propose un contrat d'accréditation et envoie les documents d'analyse nécessaires à la phase d'auto évaluation.
- 3- l'établissement effectue son auto évaluation et adresse les résultats à l'ANAES.
- 4- les experts de l'ANAES effectuent la visite d'évaluation et rédigent un rapport qui s'appuie sur les résultats de l'auto évaluation.
- 5- ce rapport est communiqué à l'établissement pour observation
- 6- le rapport et les observations de l'établissement sont communiqués au collège de l'accréditation de l'ANAES qui accrédite avec ou sans recommandation de suivi

l'établissement pour une durée de cinq ans, ou qui refuse l'accréditation avec obligation de se soumettre à une nouvelle procédure dans le cas de réserves majeures sur la conduite de l'établissement.

7- le rapport d'accréditation est transmis au directeur de l'établissement et au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation compétente.

8- un compte rendu final est transmis à l'établissement. Ce compte rendu est consultable par tous les professionnels de santé et le public.

Pour garantir l'indépendance de la procédure d'accréditation, les experts de l'ANAES (environ 180) ne peuvent pas intervenir dans les établissements de leur région. Le collège de l'accréditation est un groupe de onze professionnels de la santé, nommés par la ministre de la santé.

Après une phase d'expérimentation conduite au cours de l'année 1998, l'ANAES a véritablement commencé ses travaux à la fin de l'année 1999. Au 31 décembre 2001, 131 établissements ont été accrédités dont 17 sans recommandation, 54 avec recommandations, 47 avec réserves et 13 avec réserves majeures. L'objectif de l'agence est d'accréditer l'ensemble des établissements avant la fin de l'année 2006.

3. L'Inspection générale des affaires sociales

L'inspection générale des affaires sociales (IGAS), créée en 1967, est la plus jeune des trois inspections générales interministérielles dont dispose le gouvernement. La loi du 28 mai 1996 a consacré le rôle de l'IGAS en donnant une base légale à ses interventions auprès de l'ensemble des institutions du champ social et en élargissant ses compétences aux associations faisant appel à la générosité publique. Placé sous l'autorité du ministre de l'emploi et de la solidarité, l'IGAS est également à la disposition du Premier Ministre et des autres membres du gouvernement.

Les missions traditionnelles d'inspection visent à assurer le contrôle supérieur de l'ensemble des institutions qui concourent à la mise en œuvre des politiques de santé publique, de sécurité sociale et de prévoyance, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

Ces missions de contrôle ont pour objet la vérification approfondie du respect de la réglementation et du bon usage des fonds publics. Tout contrôle donne lieu à l'établissement d'un rapport dont la version définitive, après contradiction avec les responsables de l'organisme contrôlé, est destinée au ministre.

En règle générale ces rapports ne sont pas communicables. Toutefois chaque année, le chef de l'IGAS adresse au Président de la République et au Parlement un rapport

qui est rendu public. Il est l'occasion pour l'IGAS de présenter quelques uns de ses contrôles et les suites qui leur ont été données.

L'IGAS comprend 120 membres. Elle conduit près de 200 missions par an et produit quelque 150 rapports.

4. Le financement des hôpitaux en France

4.1 Le budget des établissements publics hospitaliers

Le budget des établissements publics hospitaliers, régi par le code de la santé, est plus un acte d'autorisation que de prévision.

Il est préparé par le directeur d'établissement puis il est voté par le conseil d'administration qui fixe ainsi le volume des dépenses nécessaires à ce qu'il estime être la poursuite de la mission de l'établissement. Ce conseil d'administration ne dispose, toutefois d'aucun pouvoir sur les recettes permettant d'équilibrer ces dépenses. Ces recettes sont arrêtées par une autorité totalement indépendante de l'établissement, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) en charge de mettre en œuvre au niveau régional la politique des dépenses hospitalières décidée par le Parlement. En fixant les recettes attendues de l'établissement le directeur de l'ARH limite le niveau des dépenses.

Présentation générale du budget

Le budget d'un établissement hospitalier comprend :

- une section d'investissement pour l'ensemble de l'établissement ;
- une section d'exploitation pour le budget général qui regroupe toutes les dépenses et les recettes de fonctionnement de l'activité hospitalière : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), psychiatrie et soins de suites et de réadaptation ;
- éventuellement, une section de fonctionnement par budget annexe : unité de long séjour, maison de retraite...

Le budget est présenté en groupes fonctionnels qui sont constitués par le regroupement de comptes à un niveau très agrégé, selon une logique de classement qui relève autant de la comptabilité générale (classement par nature) que de la comptabilité analytique (recettes et dépenses par destination). Ces groupes fonctionnels sont les suivants (pour le budget principal) :

Section d'investissement

	Dépenses	Recettes
Groupe 1	Remboursement de la dette	Emprunts
Groupe 2	Immobilisations	Amortissements
Groupe 3	Reprise provision et ICNE	Provisions et ICNE
Groupe 4	Autres dépenses	Autres recettes

Section de fonctionnement, budget principal (budget H)

	Dépenses	Recettes
Groupe 1	Dépenses de personnels	Dotation globale
Groupe 2	Dépenses médicales	Produits activité hospitalière
Groupe 3	Dépenses hôtelières et générales	Autres produits
Groupe 4	Amort. prov. et FF	Transfert de charges

La dotation globale (DGF) a un caractère forfaitaire : elle couvre la totalité des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Le versement de la DGF, par douzième, est assuré pour le compte de l'ensemble des régimes de l'assurance maladie par une "caisse pivot" généralement la caisse primaire d'assurance maladie du siège de l'établissement.

Les produits de l'activité hospitalière sont fixés soit par le directeur de l'ARH, soit au niveau national (forfait journalier, consultations externes...).

Les produits accessoires ou les autres produits sont très divers : vente de produits finis, remboursements de frais, retenues sur activité libérale des praticiens hospitaliers, prestations annexes fournies aux usagers, repas au personnels, subventions....

Le financement de la section d'investissement est principalement assuré par les amortissements, les ICNE, les excédents affectés et par l'emprunt et les subventions.

La fixation du budget

Le budget est préparé par le directeur de l'établissement à partir des réalisations de l'année précédente, en y intégrant les coûts estimés des mesures nouvelles.

Il est voté par le conseil d'administration, puis il est transmis au directeur de l'ARH en principe avant le 15 octobre de l'année N-1. Si le budget n'est pas voté avant le 1er janvier de l'année N, le directeur de l'ARH saisit la chambre régionale des comptes.

S'il appartient au conseil d'administration de voter le budget, la fixation définitive de l'enveloppe budgétaire dépend étroitement des décisions prises au niveau national pour contenir l'évolution des dépenses hospitalières (article 34 de la Constitution, loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996, *les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses...*).

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 confie au ministre de la santé et au ministre des finances le soin de déterminer chaque année en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses de l'assurance maladie voté par le Parlement, l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements de santé prises en charge par l'assurance maladie :

- en fonction des besoins de la population, des schémas d'orientations sanitaires et des priorités nationales ou locales ;
- en tenant compte des activités et des coûts des établissements appréciés selon les modalités prévues par le PMSI ;
- avec pour objectif la réduction progressive des inégalités de ressources entre régions et établissements.

Le directeur de l'ARH répartit l'enveloppe régionale qui lui est allouée entre tous les établissements de la région, selon les mêmes critères déclinés au plan régional.

Pour l'année 2001, le montant total des dépenses hospitalières a été fixé à 43,1 Md (282,8 MdF) en augmentation de 3,06% par rapport à l'année 2000. En Haute Normandie, le montant de l'enveloppe à répartir ressort à 1,07 Md (7,01 MdF) en augmentation de 3,41% par rapport à l'année précédente.

L'exécution du budget

Le budget est arrêté par le directeur de l'ARH, par groupe fonctionnel pour chacune des sections, puis il est transmis au directeur de l'établissement pour exécution. La décision du directeur de l'ARH autorise le directeur de l'établissement à engager les dépenses dans la limite des crédits inscrits. En ce qui concerne les recettes, cette décision engage l'assurance maladie pour la dotation globale (recettes du groupe 1) et dans une certaine mesure pour les recettes liées à l'activité médicale (recettes du groupe 2 : forfait journalier et soins externes non couverts par la dotation globale).

En cours d'année, divers événements peuvent conduire à modifier le budget : nouvelles mesures arrêtées au niveau national en matière de rémunération du personnel et non prévues au budget initial, mise en place de nouvelles activités au niveau local ou renforcement de moyens décidés par le directeur de l'ARH...

Toutes ces mesures entraînent des dépenses nouvelles généralement assorties de recettes supplémentaires. Ces ajustements budgétaires sont constatés par des décisions modificatives votées par le conseil d'administration puis approuvées par le directeur de l'ARH (même procédure que pour le budget initial).

Le résultat de l'exercice et son affectation

A la fin de l'exercice budgétaire, le directeur de l'établissement et le comptable préparent conjointement un compte financier retraçant l'exécution du budget. Ce compte fait notamment apparaître le résultat comptable de chaque section du budget général et des budgets annexes, ainsi que le montant du résultat à affecter. Après avoir été présentés au conseil d'administration de l'établissement, ces comptes sont transmis au directeur de l'ARH qui les approuve.

Le résultat de l'exercice peut s'analyser comme un écart entre les réalisations constatées au compte administratif et les prévisions budgétaires.

S'agissant des charges, cet écart ne peut en principe être négatif, car l'établissement ne doit pas engager de dépenses au-delà des autorisations qui lui ont été accordées.

Pour ce qui concerne les produits, aucun écart ne peut être constaté sur la dotation globale (groupe 1 de recettes) puisque la somme des versements constatés par douzième tout au long de l'année est strictement égale au montant inscrit au budget approuvé par l'ARH.

En revanche, pour les autres produits (recettes des groupes 2 et 3) les écarts peuvent être négatifs (déficit budgétaire) ou positifs (excédent budgétaire) dans la mesure où les prévisions correspondantes n'ont qu'un caractère indicatif.

Si le déficit ou l'excédent a pour origine un écart sur les recettes du groupe 2 (produits hospitaliers), la dotation globale de l'année suivante sera corrigée à la hausse ou à la baisse.

Si l'excédent a pour origine un écart sur les recettes du groupe 3 (autres produits), l'établissement peut l'affecter à une réserve de compensation ou au financement de dépenses d'investissement ou de charges d'exploitation sous réserve que ces deux dernières décisions n'entraînent pas un accroissement des dépenses financées par l'assurance maladie.

Enfin, si le déficit a pour origine un écart sur les recettes du groupe 3, l'établissement doit l'affecter en priorité sur la réserve de compensation, à défaut réduire à due concurrence les autorisations de dépenses du budget de l'année au cours duquel le déficit est constaté (budget N+1). Sous certaines conditions ce déficit peut être étalé sur 3 exercices.

4.2 Le suivi de la performance en lien avec le budget

Le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) est le système qui permet une mesure médicalisée de la production hospitalière française, et théoriquement l'adaptation de la rémunération des hôpitaux et des cliniques à ce produit. Il repose sur la nomenclature des Groupes Homogènes de Malades (GHM) qui est une adaptation de la classification américaine des *Diagnosis Related Groups* (DRG) élaborée par le professeur Fetter de l'université de Yales aux Etats-Unis.

Le PMSI a été introduit en France dans le milieu des années 1980 ; il a été généralisé aux activités de courts séjours (médecine, chirurgie, obstétrique) au début des années 1990 et il doit être appliqué dans les prochaines années aux soins de suite et de réadaptation et à la psychiatrie.

Tout séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique fait l'objet d'un résumé de sortie comprenant diverses informations codées d'ordre administratives ou médicales. En fonction de ses caractéristiques, chaque séjour est classé dans un GHM ; on distingue actuellement 568 GHM répartis en 28 catégories majeures de diagnostics (CM ou CMD).

Chaque GHM se voit attribué une valeur indiciaire, dit point ISA (indice synthétique d'activité) qui fait office de mesure de l'activité hospitalière. Cette valorisation des séjours, identique dans tous les établissements, est proportionnelle à l'importance et à la nature des soins délivrés.

L'ensemble des points ISA produits par un établissement, rapporté aux données issues de la comptabilité analytique pour les activités de courts séjours, permet de connaître la valeur moyenne du point ISA de l'établissement. Cette même valeur est ensuite calculée au niveau régional puis national.

Le niveau de surdotation ou de sousdotation relative de chaque établissement est estimé en comparant l'écart qui le sépare de la moyenne régionale. C'est donc un outil de pilotage mis à la disposition du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour réduire, progressivement, les écarts entre les établissements de sa région.

De nombreux autres indicateurs sont aussi produits par le PMSI, tant au niveau de l'établissement qu'au niveau régional ou national et notamment le coût moyen d'un GHM, la décomposition de la valeur moyenne du point ISA entre les quatre groupes de dépenses hospitalières, le coût moyen du lit ou d'un séjour. Ces indicateurs permettent le classement des établissements et constituent un outil de pilotage à la disposition du directeur de l'établissement pour apporter les ajustements qui s'imposent.

5. La Cour des comptes

En France, l'existence d'un corps de contrôle des finances royales remonte à 1318. Il faut toutefois attendre le début du 19^{ème} siècle pour que le contrôle des comptes publics soit unifié par Napoléon 1er qui crée la Cour des comptes le 16 septembre 1807.

5.1 Les missions de la Cour des comptes

La Cour a compétence pour contrôler obligatoirement l'Etat, les établissements publics nationaux, les entreprises publiques et les organismes de sécurité sociale et facultativement : les organismes de droit privé dont la majorité des voix ou du capital est détenue par des organismes soumis obligatoirement au contrôle de la Cour, ainsi que ceux qui sont bénéficiaires de concours financiers d'origine publique ou qui font appel à la générosité publique.

A l'occasion de ces contrôles la Cour exerce trois missions essentielles :

Le contrôle de régularité : la Cour, juge des comptes des comptables publics de l'Etat

Pour les organismes dont les comptes sont tenus par un comptable de l'Etat, la Cour est chargée de vérifier si les recettes ont été recouvrées et si les dépenses ont été payées conformément aux règles comptables en vigueur. Cette mission traditionnelle de la Cour sera complétée, à partir de l'année 2007, par l'obligation de certifier les comptes de l'Etat.

La Cour ne juge pas que les comptes des comptables publics, elle juge également les comptes de toute personne qui est intervenue irrégulièrement dans le maniement des deniers publics : le comptable de fait se trouve alors soumis aux mêmes obligations et aux mêmes responsabilités qu'un comptable public.

Le contrôle de la gestion : la Cour et le bon emploi des fonds publics

La Cour ne juge pas les ordonnateurs; elle "*s'assure du bon emploi des crédits, fonds et valeurs gérés par les services de l'Etat*", soit à l'occasion du jugement des comptes des comptables de l'Etat et des établissements publics, soit directement en examinant la gestion des ordonnateurs.

En ce qui concerne les entreprises publiques, la Cour exprime son avis sur la régularité et la sincérité de leurs comptes et propose, si nécessaire, des améliorations. Elle

porte également un avis sur la qualité de la gestion de ces entreprises. S'agissant des organismes privés, la Cour doit s'assurer que les aides publiques sont utilisées conformément à leur objet.

En cas d'irrégularités manifestes dans la gestion de l'ordonnateur d'un de ces organismes ou services de l'Etat, la Cour peut saisir la Cour de discipline budgétaire et financière. Elle peut aussi saisir les juridictions pénales si elle découvre des gestions frauduleuses.

L'assistance au Parlement et au Gouvernement

La Constitution du 4 octobre 1958 énonce dans son article 47 que la Cour *"assiste le Parlement et le Gouvernement dans le contrôle de l'exécution des lois de finances"*. Depuis la réforme constitutionnelle du 22 février 1996, le nouvel article 47-1 prévoit que la Cour *"assiste le Parlement et le Gouvernement dans le contrôle et l'application des lois de financement de la sécurité sociale"*.

La collaboration entre la Cour et le Parlement s'exerce notamment par la publication de rapports sur l'exécution des lois de finances (Etat et sécurité sociale), d'un rapport public annuel ou de rapports particuliers déposés au Parlement et remis au Président de la République, et par des enquêtes effectuées à la demande des commissions parlementaires.

5.2 Organisation et fonctionnement

Organisation

Tous les membres de la Cour sont nommés par décret. Ils ont la qualité de magistrat, indépendant et inamovible. La Cour est présidée par le Premier président nommé par décret en Conseil des ministres et comme toute juridiction, la Cour est assistée d'un Parquet dirigé par le Procureur général qui exerce le ministère public près la Cour et qui assure un rôle d'intermédiaire entre le Gouvernement et la Cour.

La Cour comprend sept chambres. Chaque chambre est composée d'une trentaine de magistrats et rapporteurs, fonctionnaires (administrateurs civils, ingénieurs) détachés ou en mobilité, placés sous l'autorité d'un Président. Les chambres sont les organes délibérants de la Cour.

Fonctionnement

La Cour des comptes est indépendante tant du pouvoir législatif que du pouvoir exécutif. Cette indépendance, réaffirmée par le Conseil constitutionnel dans une déci-

sion du 25 juillet 2001, est notamment garantie par le libre établissement de son programme de contrôle. Ce programme est établi de telle sorte que les institutions qui relèvent de la compétence de la Cour soient contrôlées en moyenne tous les quatre ou cinq ans.

Les rapporteurs de la Cour des comptes bénéficient d'un droit d'investigation très étendu : les organismes soumis au contrôle obligatoire de la Cour des comptes doivent lui faire parvenir leurs comptes et les dirigeants des autres organismes doivent transmettre tous les documents qui leur sont demandés ; le fait de faire obstacle aux investigations des rapporteurs est sanctionnable pénalement.

L'élaboration des décisions : le travail est organisé en application des principes de collégialité et de contradiction. L'institution du conseiller maître, contre-rapporteur, destinée à faciliter le travail de la chambre, a créé un premier niveau de régulation interne. Le second niveau est le débat en formation collégiale avant toute décision de la chambre. Enfin la troisième étape est la contradiction : règle du double arrêt en matière juridictionnelle et transmission d'un rapport provisoire d'observations aux dirigeants des organismes contrôlés avant d'adopter le rapport définitif en matière d'examen de la gestion.

Le Parquet donne son avis sur l'organisation des travaux de la Cour et veille au respect des procédures. Sur injonction de la Cour ou de sa propre initiative, il communique avec les administrations publiques et saisit les autorités judiciaires.

5.3 Résultats

L'importance des missions de la Cour des comptes, ses pouvoirs d'investigation et ses méthodes de contrôle lui confèrent une très grande autorité. Elle veille, cependant, à maintenir son action en deçà du jugement de l'opportunité des décisions qu'elle contrôle et vis-à-vis de l'autorité gouvernementale, la Cour n'a pas de pouvoir d'injonction. Elle présente ses observations aux responsables et les éclaire sur les conséquences de leurs choix. Son rôle est d'identifier et de signaler les erreurs et les fautes.

Dans les faits, l'action de la Cour aboutit au redressement de situations irrégulières et à l'adoption de réformes. Les contrôles de la Cour exercent un effet dissuasif certain sur les ordonnateurs et les responsables d'entreprises peu désireux de voir la Cour critiquer leur gestion, notamment dans le rapport public annuel qui fait l'objet d'une large diffusion, principalement par la presse.

Les suites juridictionnelles : les arrêts définitifs de la Cour sont exécutoires de plein droit sous réserve de recours en révision devant la Cour elle-même, compte tenu de

faits nouveaux et de recours en cassation devant le Conseil d'Etat pour motifs de droits. En outre, le comptable peut obtenir décharge de responsabilité ou remise gracieuse partielle ou totale d'un débet par une décision du ministre chargé du budget. Les résultats quantitatifs : sept cents rapports sont rédigés en moyenne chaque année et donnent lieu à l'établissement de divers courriers adressés aux autorités de tutelle de l'organisme contrôlé et à ses dirigeants, et trois cents à quatre cents arrêts sont rendus en moyenne chaque année sur les comptes des comptables publics. Enfin chaque année sont également élaborés un rapport sur l'exécution des lois de finances de l'année précédente et un rapport sur la sécurité sociale soumis au contrôle de la Cour, tous deux transmis au Parlement.

6. Les chambres régionales et territoriales des comptes

6.1 Présentation générale des juridictions financières

Résurgences d'institutions multiséculaires dont la plus ancienne remonte au XI^e siècle, les 26 chambres régionales et territoriales des comptes (CRTC), créées par la loi du 2 mars 1982 dans le cadre de la décentralisation des pouvoirs reconnus aux collectivités territoriales, s'inscrivent dans l'ordre institutionnel français à côté des juridictions judiciaires et administratives.

Selon les principes de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août 1789, article 15, « la société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration », les CRTC sont compétentes pour contrôler les collectivités locales, leurs établissements publics, et parmi ces derniers les établissements publics de santé (hôpitaux) et les établissements à caractère social et médico-social, leurs groupements (syndicats inter-hospitaliers, groupements d'intérêt publics), et les organismes, quel que soit leur statut, recevant des fonds publics locaux et ayant reçu délégation pour la gestion d'un service public, ou dont le contrôle leur a été délégué par la Cour des comptes comme la structure universitaire des centres hospitaliers universitaires.

Juridictions financières indépendantes sises dans chaque région et dans deux territoires, composées de magistrats du siège assermentés et inamovibles, les CRTC sont garantes du bon usage des deniers locaux, selon des procédures codifiées par la loi du 2 décembre 1994 et le décret du 16 avril 2000 modifiés. Citons l'instruction menée sur pièces et sur place, la signature du rapport d'instruction par un magistrat rap-

porteur désigné en début de procédure, l'intervention écrite du ministère public préalablement à l'adoption collégiale des décisions, le caractère contradictoire des observations ou des demandes de justifications.

6.2 Les CRTC remplissent trois missions fondamentales

Le jugement des comptes

Selon un programme annuel de contrôle, les CRTC jugent en premier ressort les comptes des collectivités et de leurs établissements publics selon une périodicité moyenne quadriennale. La Cour des comptes statue en appel et le Conseil d'Etat sur pourvoi en cassation. La jurisprudence récente a concerné l'application de l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme par les CRTC.

Le jugement s'applique a posteriori aux comptabilités présentées chaque année par un comptable public (décret du 29 décembre 1962). Les collectivités et établissements dont le montant annuel de recettes de fonctionnement est inférieur à 0,30 M (0,750 M après 2002) et dont la population n'excède pas 2000 habitants (3500 après 2002), rendent leurs comptes à des comptables supérieurs qui les aident, en pouvant le cas échéant les renvoyer devant les CRTC qui disposent de leur côté d'un droit d'évocation.

Au vu des pièces justificatives produites, les CRTC apprécient la régularité et la sincérité des recettes et des dépenses réalisées et peuvent enjoindre aux comptables, qui engagent leur responsabilité personnelle et pécuniaire, de se justifier dans un délai de deux mois, puis les déclarer en débet. Dans le cas contraire, la CRTC décharge le comptable et le déclare quitte s'il est sorti de fonction. Les CRTC n'ont pas juridiction sur les dirigeants ou « ordonnateurs ». Toutefois, les CRTC peuvent attirer toute personne s'étant immiscée dans le maniement de deniers publics sans avoir la qualité de comptable public, en tant que « comptable de fait » et la condamner à l'amende. La loi du 21 décembre 2001 a ramené le délai de prescription de cette infraction aux règles financières à 10 ans.

L'examen de gestion de l'ordonnateur

L'examen de la gestion porte, d'une part sur la régularité des actes de gestion et la conformité des dépenses et des recettes avec les lois et règlements, par exemple le respect du code des marchés publics ou des textes relatifs aux rémunérations et indemnités des agents. D'autre part sur l'économie des moyens mis en œuvre et sur l'évaluation des résultats atteints par rapport aux objectifs fixés par l'organe délibérant, l'opportunité de ces objectifs ne pouvant faire l'objet d'observations.

Concomitant ou non à la vérification des comptes, l'examen de la gestion s'oriente vers une méthodologie proche de l'audit, en s'intéressant aux dispositifs de contrôle interne et à l'évaluation de la qualité de la gestion. Les CRTC optimisent leurs moyens de contrôle par une approche thématique limitant le champ d'investigation, mais cohérente avec des travaux ou des priorités affichées aux niveaux régional ou inter-juridictions financières.

Après un entretien obligatoire entre le dirigeant et le magistrat rapporteur, la CRTC statue collégalement sur un rapport d'observations provisoires, confidentiel, notifié au dirigeant et aux personnes mises en cause, leur donnant la possibilité d'être reçus en audition et d'adresser des justifications, au besoin en étant assisté de conseils. Au vu des réponses, le magistrat rapporteur élabore une instruction donnant lieu à une autre décision collégiale. Alors, le président de la CRTC signe un rapport d'observations définitives, rendues publiques depuis 1990 après leur communication à l'organe délibérant. Des communications peuvent être adressées à des autorités administratives ou juridictionnelles dans le ressort de la CRTC ou à la Cour des comptes.

Le contrôle budgétaire de type administratif

Les collectivités et établissements adoptent chaque année un budget général et plusieurs budgets annexes prévoyant et autorisant les dépenses et les recettes. Les CRTC exercent leur contrôle sur saisine extérieure de la part du représentant de l'Etat dans le département ou d'un tiers, pour quatre types de contrôles budgétaires (absence de vote dans les délais, défaut d'équilibre réel, déficit en cours d'exécution, dépense obligatoire non prévue), et émettent un avis budgétaire soumis aux parties intéressées, seul le préfet réglant et inscrivant les montants litigieux. Les établissements à caractère social et médico-social relèvent de ce contrôle de droit commun.

En ce qui concerne les hôpitaux, la saisine par l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) est limitée à deux cas : lorsque le budget n'est pas adopté par le conseil d'administration de l'établissement public de santé avant le 1er janvier de l'exercice concerné, lorsque le conseil d'administration a adopté une décision menaçant l'équilibre budgétaire de l'hôpital. Dans ces deux cas, la saisine donne lieu à la notification d'un avis budgétaire de la CRTC dans un délai de 30 jours et permet à l'ARH, soit de régler le nouveau budget, soit d'annuler la décision litigieuse sur avis conforme de la CRTC.

6.3 Les CRTC et la Cour des comptes à Paris

En matière de santé, La Cour des comptes contrôle les services de l'Etat compétents pour l'hôpital, des organismes assurant la gestion de la sécurité sociale et certains éta-

blissements publics et privés de santé. Depuis 1996, la Cour élabore un rapport annuel sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale et assiste le Parlement et le Gouvernement pour son application. Elle doit rendre compte à ce titre de deux agrégats « établissement sanitaire » et « établissements médico-sociaux » ressortissant de la compétence des CRTC pour leur contrôle et leur adéquation à l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.

Le comité de liaison entre la Cour et les CRTC est chargé de veiller à la coordination des travaux, notamment par le biais d'enquêtes nationales aux thèmes diversifiés. Les observations définitives des CRTC sont reprises pour certaines d'entre elles par la Cour dans un rapport public annuel, le dernier paru en septembre 2002 concernant une enquête inter-chambres 2001-2002 sur les dépenses hospitalières, avec pour thèmes retenus : les projets d'établissements, la recomposition hospitalière, les alternatives à l'hospitalisation, le médicament, le personnel médical et le processus de médicalisation des systèmes d'information. Pour 2003 et 2004, les juridictions financières coordonnent une enquête sur la fonction publique hospitalière, incluant l'étude des conditions de recrutement, la gestion des carrières, la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences, les effectifs, la durée et les conditions de travail, les rémunérations.

Auditing in hospitals sector in France

**Francis MALLE, Conseiller à la chambre régionale des
comptes de Basse-Normandie**

**Stanislas DE CHERGÉ, Conseiller à la chambre régionale des
comptes de Rhône-Alpes**

**Yvon MENGUY, Conseiller à la chambre régionale des
comptes de Haute-Normandie**

Auditing in hospitals sector in France

1. The health care system in France

- 1.1 Administration of the health care system
 - 1.2 Financing of the health care system
 - 1.3 Provision of medical goods and services
 - 1.4 How the health care system works
- Appendix

2. The National Agency for Hospital Accreditation and Development of Medical Evaluation (ANAES)

- 2.1 Evaluation
- 2.2 Accreditation

3. The Inspectorate General for Social Affairs

4. Hospital financing in France

- 4.1 The budget for public hospitals
- 4.2 Monitoring of performance linked to the budget

5. The French Court of Audit

- 5.1 The functions of the Court of Audit
- 5.2 Organisation and operation
- 5.3 Results

6. Regional and territorial audit chambers in France

- 6.1 General introduction to the audit offices with judicial status
- 6.2 The CRTCs fulfil three fundamental functions
- 6.3 The CRTCs and the Court of Audit in Paris

Auditing in hospitals sector in France

1. The health care system in France

The French health care system is a pluralist system which combines public and private bodies. It is administered by the State and financed mainly by Health Insurance and the users.

1.1 Administration of the health care system

The health care system is administered by the State, which is the guarantor of public interests and improvement of the population's health.

Therefore the State, either directly or by means of its decentralised services:

- makes arrangements to cope with general public health problems: collective prevention of diseases, health monitoring, control of major diseases and epidemics;
- provides training for health care personnel and defines the conditions under which they exercise their professions;
- monitors the suitability of care structures and regulates the volume of provision of care;
- defines the rules for financing health care coverage for the population (basis and rate of contribution) and relations between users and providers of health care (access to care, charges and reimbursement rates).

Since 1996 every year Parliament has set the health objectives and the framework for financing the health care system (social security finance act).

At national level the ministry of social affairs and the ministry of health are responsible for implementing these decisions. Four directorates within these ministries are more closely involved: the social security directorate, the directorate-general for health, the hospitals directorate and the social action directorate.

Over the years the State has also set up various bodies in different legal forms (agency, association, committee, etc.) which are overseen by the State and which deal with specific fields, in particular:

- the National Agency for Hospital Accreditation and Development of Medical Evaluation (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé, ANAES), created in 1996: its function is to encourage development of evaluation of care and professional practices both in public and private health establishments, and in the practice of medicine on the free market;

- the High Commission for Public Health (Haut Comité de Santé Publique, HCSP), which contributes to the definition of public health objectives; and the National Ethics Committee (Conseil national d'éthique), which advises on moral problems raised by medical research.

At local level, under the authority of regional or departmental prefects, the regional or departmental bureaux of health and social affairs (Direction régionale de l'action sanitaire et sociale, DRASS, et Direction départementale de l'action sanitaire et sociale, DDASS) are responsible for implementing national health policies:

- the DRASSs determine and run the regional health policy. They organise administrative relations with health professionals, coordinate hospital policies and monitor regional implementation of the objectives contained in the agreements made between the State and the social health insurance funds;
- the DDASSs are responsible for efficient distribution of care and for seeing that preventive or health safety campaigns are run effectively.

1.2 Financing of the health care system

The national health accounts for 2000 showed that national expenditure on health had risen to 140.6 thousand million Euros, which represents around 10% of the Gross Domestic Product. Consumer expenditure on medical services represents 120.6 thousand million Euros and the surplus is mainly used for staff training, medical research, prevention, etc.

There are four main sources of finance for this expenditure:

- compulsory public health insurance (73%)
- supplementary insurance (13%)
- households (10%)
- the State (4%)

Compulsory public health insurance

Everyone in France is member of a compulsory public health insurance scheme, financed by contributions deducted from pay, pensions, unemployment benefit and income not related to pay. Since 1st January 2000, those on low incomes (annual income less than 6,400 Euros) have been members of this system under universal health care coverage (couverture maladie universelle, CMU) financed by the State (900,000 people are covered by CMU).

Various bodies deal with statutory public health insurance under State supervision. The most important are:

- the National Sickness Fund for Salaried Workers (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, CNAMTS) which deals with insurance for almost all salaried workers, pensioners and their families, who represent almost 80% of the population;
- the agricultural non-profit autonomous health insurer (Mutualité sociale agricole, MSA) which covers farmers, agricultural farm workers and pensioners and their families, who represent 9% of the population;
- the National Sickness Fund for the Self-Employed (Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes, CANAM) which covers craftsmen, traders, members of the liberal professions and their families, who represent 6% of the population.

The CNAMTS, which also runs the CMU, is responsible for the overall financial balance of health insurance. It also organises the medical audit of professional activities and health establishments.

Membership of a health insurance scheme entitles each person who receives care to the right to have all or part of its costs paid, depending on the nature of the care provided (100% for some serious illnesses, 90% for hospitalisation or 75% for ambulatory (outpatient) treatment, 30 to 70% for pharmaceuticals). The difference, which is called the "ticket modérateur" (own contribution as cost-sharing), is paid by the insured person, who may register with a supplementary insurance scheme for this purpose.

Since 1996, Parliament has been deciding on changes to income and expenditure for the compulsory schemes and has been setting the national objective for expenditure on health insurance (Objectif national des dépenses d'assurance maladie, ONDAM). The government then breaks this objective down into four budgets allocated to public hospitals, private clinics, medical-social establishments and ambulatory medicine (general practice, nursing care, biological research, etc.)

Supplementary insurance

For 85% of the population the cost of the "ticket modérateur" is covered by non-profit autonomous health insurers (mutual insurance companies), provident institutions or private insurance. The supplementary membership can be the result of an individual arrangement (private insurance) but it is often offered on a mass basis in connection with professional activities (mutual insurance companies).

There are 6,500 mutual insurance companies insuring around 30 million people and covering 7% of health care expenditure.

Private insurance companies (around 80) finance 3% of health care expenditure and provident institutions (about twenty) 2%.

Membership of one of these bodies is however subject to payment of a contribution which the less well-off have not always been able to pay. Therefore since 1st January 2000, in addition to the CMU, membership of a supplementary scheme has been available to these people on a means-tested basis on payment of a modest contribution, financed mostly by deductions from the resources of the compulsory health insurance schemes and a grant from the State. At 31st December 2001, almost 4.8 million people are benefiting from this arrangement.

1.3 Provision of medical goods and services

At 1st January 1999, 4,200 health establishments were providing 492,000 full hospital beds, 103,000 accommodation beds, 38,000 partial hospitalisation places and 7,000 places for ambulatory surgery.

Moreover, around 1.7 million people work in the field of health, that is 9% of the active population in employment.

The exercise of the professions and running of health establishments are governed by the public health code. For some professions (physicians, midwives, pharmacists and dentists) there is a professional organisation which monitors observance of professional ethics.

The health establishments

Inpatient care is provided in public or private establishments. The differences between the two sectors relate mainly to the ways in which they are financed and the nature of their work.

In each administrative region, a health card determines the nature and amount of equipment to be provided to meet the needs of the population; in addition a health organisation plan (Schéma d'organisation sanitaire, SROS), which is updated every five years, arranges geographical distribution of facilities (beds, places and provision of heavy equipment, such as MRI or scanners).

In 1998, the amount of expenditure on care provided by health establishments was set at 54.8 thousand million Euros.

Every year parliament sets the total amount of expenditure which will be borne by health insurance (around 90% of the estimated total expenditure for the year). This sum is then divided globally between public and private establishments, then bro-

ken down into regional budgets according to the requirements of the population and the costs and activities of the establishments in each region.

On the basis of contracts for objectives and means made with these establishments, the regional hospital agencies (agences régionales de hospitalisation, ARH) set the amount of the income which will be assigned to each establishment in the form of a global annual allocation for public and similar establishments and in the form of payments per day and number of days of hospitalisation for private establishments.

The difference between the actual expenditure of the establishment and the income allocated to it, which includes the own contribution and the per-diem payment, is financed by the user or his supplementary insurance.

The health establishments employ nearly 1.2 million people.

Public health establishments (1058) are corporate public bodies which have administrative and financial autonomy. Since 1996 they have been under the supervision of the regional hospital agencies and are administered by a board of management chaired by the mayor of the municipality in which they are located. The directors of these establishments, which have great autonomy of management, are appointed by order of the ministry of health.

In 1998, the amount of expenditure recorded for these establishments was 42.6 thousand million Euros i.e. 77.7% of hospital expenditure, and the amount of the global allocations assigned to them rose to 38 thousand million Euros.

The number of beds and places available in these establishments is 318,800 full hospitalisation beds, 100,000 accommodation beds and 28,100 partial or ambulatory hospitalisation places, i.e. 65% of the total hospital capacity.

There are four different types of public health establishments:

- the 29 university hospitals (at least 1 per administrative region): in addition to their role as hospitals, these establishments contribute to the training of medical personnel and to medical research. They absorb 35% of global allocations;
- 562 hospitals, which are generalist establishments;
- specialist hospitals (93) for psychiatry or cancer study and treatment;
- local hospitals (374) which provide only local medical care.

Private establishments connected to the public service, generally non profit-making, these are mainly run by mutual insurance bodies or associations (Red Cross). There are 792 of these and they generally specialise in follow-up care and rehabilitation, long-term care or care of the mentally ill, and they represent 10% of hospital beds. They have the same obligations as the public health establishments and follow the same rules for financing (global allocation) and operation, except in regard to the status of their staff who are employed on the basis of collective bargains.

Profit-making private establishments represent 25% of hospital beds divided among 2,353 establishments. For economic reasons, their activity is more directed towards acute care and in particular towards surgery. Generally the methods of financing these establishments are as follows:

- a per-diem payment set by the ARH and financed by health insurance and a lump sum per day set nationally, paid by the user or his supplementary insurance, covering the establishment's operating costs (administration, costs for non-medical personnel, operating theatres, accommodation costs, etc.);
- fees, set nationally depending on the nature of the operation, paid directly to the medical practitioners by the users (who are then reimbursed by the health insurance and their supplementary insurance).

The majority of health establishments operate as a network, which means that when necessary they can direct patients to a higher-grade establishment; these networks are controlled in each region by the regional university hospital together with the general hospitals in the largest towns.

In addition, for several years now efforts have been made to associate or to merge health establishments in various legal forms (association of hospital cooperation in the public sector, merger of establishments in the private sector) in order to lower the overall number of establishments while still offering outstanding technical standards.

The health professions

The members of the health, medical and paramedical professions, around 830,000, make up almost half of the workforce employed in the health sector.

There were 196,000 physicians at 1st January 2001 in mainland France (excluding the overseas departments), which is a density of 3.3 per 1000 inhabitants. They are divided as follows by speciality and method of practising their profession¹:

	self-employed	hospital workers	other workers	total
all physicians	118,141	55,970	21,889	196,000
general practitioners	67,412	15,428	13,406	96,246
specialists including	50,729	40,542	8,483	99,754
<i>medicine</i>	27,966	24,753	2,015	54,734
<i>surgery</i>	15,472	7,306	312	23,090
<i>psychiatry</i>	6,378	6,087	825	13,290
<i>other</i>	913	2,396	5,331	8,640

¹ Ministry of health, DREES, estimated number of physicians at 1st January 2001

Among the other specialists there are in particular 1,600 clinical pathologists, 400 public health physicians working in hospitals and 4,250 salaried occupational health doctors.

The other health professionals are divided up as follows²:

profession	self-employed	salaried	total
dentist	37,647	2,779	40,426
pharmacist	32,745	27,621	60,366
midwife	2,012	12,713	14,725
nurse	57,493	340,013	397,506
physiotherapist	42,006	11,991	53,997
other	26,540	41,992	68,532

Among the other professions there are in particular chiropodists and opticians, many of them self-employed, speech therapists, occupational therapists and radiographers, many of them salaried.

The other health sectors

Community clinics and health centres are concerned mainly with outpatients. They are mostly run by local authorities or mutual insurance companies. There are approximately a thousand of them, 90% of them with public status. They are generally attended by the least well-off for consultations and general or specialist outpatient services, particularly for treatment of cancer and alcoholism.

In addition, where public health is concerned, the population benefits from check-ups which are automatically free of charge while they are at school (school health) or at work (occupational health).

Pharmacy: production and distribution of drugs are governed by regulations. Every pharmaceutical must have a marketing authorisation. The sale price and rate of cover by health insurance, which vary between 30 and 70%, are set by the administrative authority. They are sold to the public at dispensaries, which are private businesses under the responsibility of a pharmacist. Any dispensary which opens must have authorisation. The majority of drugs are supplied only on presentation of a prescription, except for very common ones such as aspirin, cough syrup, etc.

² Ministry of health, DREES, the medical professions at 1st January 2001

The pharmaceutical sector employs 200,000 people, 133,000 of them in distribution and 67,000 in the pharmaceutical industry. The development in, and breakdown of, the sector's turnover between 1991 and 2000 are as follows (in thousand millions of Euros, net of tax)³:

	1991	2000	91/00
reimbursable drugs	8.1	13.5	67%
non-reimbursable drugs	1	1.1	10%
dispensary total	9.1	14.6	60%
hospital drugs	1.3	2.6	100%
total for France	10.4	17.2	65%
export	2.6	9.6	270%
total turnover	13	26.8	106%

Medical research: this is the responsibility of both the public and private sector. The National Institute for Health and Medical Research (Institut national de la santé et de la recherche publique, INSERM), the National Centre for Scientific Research (Centre national de la recherche scientifique, CNRS) and the university hospitals (centres hospitaliers universitaires, CHU) are the main public operators in this field.

1.4 How the health care system works

The user and access to care

Health insurance does not restrict either freedom of choice for patients or freedom of prescription for physicians.

General practitioners do not play the role of gatekeeper in the health system which is often given to them in other European countries. The attempt to introduce the idea of a "referring" physician and a health record for all users during the years 1999/2000 came to nothing in the face of the unwillingness encountered in the medical environment (in spite of financial incentives) but above all because of the hostility of users.

It led to a form of medical nomadism and especially to large-scale use of consultations with specialists.

³ National association for the pharmaceutical industry

The same applies in regard to the prescription of medicines, a field in which incentives intended to encourage the prescription of generics have not yet had any significant impact (around 2.4% of the market for drugs reimbursed in 2001).

In addition, as has already been stated, the rules for coverage by health insurance leave a relatively important role for the user in the payment of medical treatment. In theory, the user should advance the whole cost, then apply for it to be reimbursed in full or partially by his sickness fund and, if applicable, by his supplementary health insurance on sight of the health insurance certificate provided by the health professional or establishment.

In practice, this system relates only to outpatient consultations and treatment provided by self-employed professionals. In the other areas the systems of third-party payers or special methods of financing (global allocation for public hospitals and per-diem payments for private clinics) usually prevent the user from paying in advance the costs reimbursed by the compulsory health insurance.

The widespread use of the Carte Vitale for members of the national insurance schemes, which has been progressively allocated to all users of the health care system since 1999 should, over the next few years, enable management of all financial flows between compulsory health insurance, supplementary insurance and the health professionals and establishments so that the user's out-of-pocket expenses will be limited to a very small fraction of the costs borne by him.

This Carte Vitale, which is currently simply an instrument for administrative and financial management of the health care system, could also evolve into a computerised health record for members of national insurance schemes, once the legal and technical problems relating to access to medical information and confidentiality of data have been satisfactorily resolved.

Care providers

Relations between health professionals, supervisory bodies and sickness funds are organised differently in the public sector from those in the private sector.

The conditions for appointment and remuneration of medical staff in the public sector are set by the State and those for non-medical staff by the rules and regulations covering how public hospitals are run. All these people are placed under the hierarchical authority of the director of the establishment in which the medical committee of the establishment regulates and organises the delivery of care. Generally, in these establishments the users do not choose their practitioners.

In regard to professionals in the self-employed sector, agreements reached with their associations set the fees (physicians) or rates (other professionals) which they may ask for provision of care. The user will be reimbursed for the costs incurred on the

basis of the amounts set in this way, but under certain conditions the professionals have the right to exceed the agreed rate, which is generally supported by the user.

In general practice, physicians practice individually or at group practices in partnership with general practitioners or sometimes specialists and other health professionals (nurses, biologists). In both cases, the patient is free to choose which one he sees.

In private health establishments, non-medical personnel are placed under the authority of the director, but medical personnel working in the establishment on a self-employed basis are not (they receive their fees and return a portion of them to the establishment to cover provision of equipment and staff). They are frequently shareholders in the establishment.

Health establishments

Since 1996, these have all been under the administrative and financial supervision of the director of the regional hospital agency, who represents the ministry of health in his region.

All modifications to structures (creation, removal or transformation of beds or places, establishment mergers, etc.) or to major equipment (scanners, MRI, etc.) are subject to prior authorisation from the director of the regional agency.

Almost all private establishments have made agreements with health insurance enabling users to be treated without distinction and in fact at the same costs in a public or private establishment.

Systems for containment of health expenditure

Containment measures for health expenditure have been directed in particular toward the control of provision of care, financing in advance of certain activities and restriction of costs borne by compulsory health insurance for certain medical treatments and goods.

The health card, created in 1972 and updated every five years, enables hospital capacities to be regulated. Restrictions on numbers entering medicine studies is used to adapt the number of medical and non-medical personnel to population requirements.

Financing health establishments in advance (global allocation in the public sector, per-diem payment and annual objective for days of hospitalisation in the public sector) together with systematic comparisons between treatment costs in the two sectors, have to a certain extent enabled the rapid rise in expenditure noted during the 80s and 90s to be limited.

Finally, many plans for withdrawing health insurance have taken the form of increasing the user's financial contribution, particularly in regard to drugs.

This policy for containment of health expenditure has been strengthened since 1996 by the introduction of a national objective for health insurance expenditure voted for each year by Parliament.

None of these measures has had the anticipated effects, and every year health expenditure increases more than the objective set by Parliament, particularly for ambulatory care services (general practice and nursing care) and drugs, without the tools which would enable these two sectors to be regulated having yet been finalised.

APPENDIX⁴

i - Health expenditure

Current health expenditure is the sum of the expenditure (except for capital transactions) undertaken by those who finance the care system (social security, State and local authorities, supplementary welfare bodies and households). It covers a wider field than total medical consumption since it also takes into account for: daily allowances, subsidies, research and training costs and running costs for health administration.

Current health expenditure for 2001 is up to 148 thousand million Euros (2,437 per inhabitant) against 140,6 thousand million Euros (2,315 per inhabitant) in 2000.

The OECD uses a different concept to enable comparison between its members: national health expenditure, assessed from current health expenditure together with capital transactions and minus daily allowances and research and training expenditure. In 2001, national health expenditure represents 9.5% of the GDP. The latest figures available for OECD countries are for 1999; they place France 4th, behind the United States (12.9%), Switzerland (10.4%) and Germany (10.3%), and well in front of the United Kingdom (6.9%).

Total medical consumption is a combination of consumption of medical treatment and goods (127.8 thousand million Euros in 2001) and preventive medicine (3 thousand million Euros in 2001). Between 1990 and 2001, consumption of medical treatment and goods varied as follows:

⁴ Ministry of health, DREES, health accounts 2000 and 2001

	Value in thousand million Euros		Annual average rate of variation in value			
			90/95	1999	2000	2001
Hospital treatment	57.3	44.8%	5.3	1.7	3.5	4.1
Public hospitals	44.6		5.6	2.8	3.9	4.5
Private clinics	10.8		3.5	-2.7	1.2	2.1
Medical wards	2.0		12.3	5.8	8.1	6.3
Ambulatory care	33.7	26.4%	4.5	3.8	4.5	5.1
Physicians	15.8		5.2	3.7	3.9	3.1
Dentists	7.1		3.6	0.7	3.5	8.5
Medical auxiliaries	6.9		6.0	6.7	6.8	5.8
Analyses	3.0		1.4	4.8	7.1	7.7
Patient transport	2.0	1.6%	6.7	8.2	8.8	9.9
Drugs	27.3	21.4%	6.1	6.7	9.5	8.3
Other medical goods	7.4	5.8%	8.4	12.9	13.7	11.8
Total	127.8	100%	5.4	3.9	5.5	5.8

During the year 2000, social security (compulsory health insurance) financed 75.5% of current health expenditure, with large disparities depending on the nature of the treatment provided, as the following table shows:

	(1)	(2)	(3)	(4)
Social security	75.5	90.1	65.7	58.1
State and local authorities	1.1	1.0	1.2	1.0
Mutual insurance companies	7.5	2.3	12.7	11.8
Insurance and provident institutions	4.9	1.4	8.7	7.5
Households	11.1	5.2	11.7	21.6
Total	100	100	100	100

- (1) current health expenditure
- (2) hospital and medical ward expenditure
- (3) ambulatory care (general practice)
- (4) medical care distributors (drugs, spectacles, prostheses, etc.)

ii - Activity of health establishments

In 1999 (latest known global statistics), health establishments dealt with 22.6 million stays in hospital divided into 11.9 million full hospitalisations and 10.7 million partial hospitalisations (hospitalisation for less than 24 hours).

The distribution of hospital stays among the six major medical disciplines (medicine, surgery and obstetrics grouped together as MCO, follow-up treatment and rehabilitation, psychiatry and long-term treatment) varies considerably depending on the type of hospitalisation: so 90% of full hospitalisations relate to MCO and 50% of partial hospitalisations relate to psychiatry.

At the end of 1999, there were 486,000 beds and 46,000 places divided among 3,171 establishments, 1,785 of which were public or similar establishments (379,500 beds and 37,000 places), financed by global allocation and 1,386 private establishments (106,500 beds and 9,000 places) financed by per-diem payments.

In ten years, 70,000 full hospitalisation beds have disappeared; this trend has been accompanied by a significant reduction in the average length of stay in hospital: in 1999 this was 6 days in MCO and 32 days for psychiatry or long-term treatment.

Private clinics deal with 53% of surgical stays in hospital, and public hospitals take almost 80% of medical stays and 70% of psychiatric stays. Follow-up treatment and rehabilitation were however shared equally between the two sectors.

Use of hospitalisation is increasing at a moderate rate: between 1995 and 1999, taking all sectors and all types of hospitalisation together, the number of stays increased by 8% according to an average annual rate of 1.9%. Among the areas increasing more noticeably are follow-up treatment and rehabilitation (plus 23%) and ambulatory surgery (plus 15%), while in contrast the number of full hospitalisations in MCO remains stable (plus 2% in five years).

2. The National Agency for Hospital Accreditation and Development of Medical Evaluation (ANAES)

The National Agency for Hospital Accreditation and Development of Medical Evaluation (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé, ANAES) was created by the regulation of 24th April 1996 concerning the reform of the public and private hospital system. ANAES is responsible for establishing the status of information about medical strategies, for contributing to improvement in quality and safety of care, and for performing the accreditation procedure for health establishments.

2.1 Evaluation

Evaluation, in the field of public health, is objective assessment of the effectiveness of medical strategies in order to provide a better choice for the patient. It also provides the elements for improving the care system.

ANAES conducts its evaluation studies mainly on the basis of analysis of scientific literature and on the opinion of health professionals. The agency identifies recommendations for clinical practice and gives its opinion on the list of treatments or services reimbursed by health insurance (except for pharmaceuticals).

ANAES carries out, in health establishments and with self-employed physicians, evaluations of professional practices, training for clinical audit and programmes for improvement of the quality of care.

The experts in the agency are recruited from among the members of the medical or pharmaceutical professions or are people qualified in the health field. These professionals shall not devote more than a third of their work time for ANAES assignments.

2.2 Accreditation

Accreditation is an external evaluation procedure for health establishments. Its purpose is to ensure quality of care and to promote ongoing improvement in care. Accreditation affects all public or private health establishments, i.e. more than 3,000 establishments.

There are 8 stages in the accreditation procedure:

- 1- The director of the establishment sends to ANAES an application to undertake the procedure, accompanied by a dossier introducing the establishment, its strategy and its objectives.
- 2- ANAES offers an accreditation contract and sends the necessary analysis documents for the self-assessment stage.
- 3- The establishment carries out its self-assessment and sends the results to ANAES.
- 4- The ANAES experts carry out the evaluation visit and produce a report based on the results of the self-assessment.
- 5- This report is remitted to the establishment for comment
- 6- The report and the establishment's comments are notified to the ANAES accreditation board which accredits the establishment -with or without a recommendation for follow-up- for a period of five years, or, where there are major reservations about the running of the establishment, refuses the accreditation with an obligation to undergo a new procedure.
- 7- The accreditation report is sent to the director of the establishment and to the director of the relevant regional hospital agency.

8- A final report is sent to the establishment. This report may be consulted by all the health professionals and the public.

In order to guarantee the independence of its accreditation procedure, the ANAES experts (around 180) cannot operate in the establishments within their respective region. The accreditation board is a group of eleven health professionals appointed by the minister of health.

After an experimental stage during 1998, ANAES actually started its work at the end of 1999. At 31st December 2001, 131 establishments were accredited, 17 of them without recommendation, 54 with recommendations, 47 with reservations, and 13 with major reservations. The agency's objective is to accredit all establishments before the end of 2006.

3. The Inspectorate General for Social Affairs

The Inspectorate General for Social Affairs (IGAS), created in 1967, is the youngest of the three inter-ministry inspectorates general at the government's disposal. The law of 28th May 1996 established the role of IGAS by giving a legal basis to its operations with all institutions in the social field and by widening its authority to associations which rely on public generosity. The IGAS is placed under the authority of the minister of employment and job creation, but is also at the disposal of the Prime Minister and other members of the government.

The traditional inspection functions are intended to produce a better control of all the institutions which contribute to the implementation of policies relating to public health, social security and provision, work, employment and professional training.

The purpose of these control functions is in-depth investigation of compliance with the regulations and proper use of public funds. A report is produced after all controls and the final version of this report, after discussion with the managers of the organisation under control, is sent to the minister.

As a general rule these reports are not publicly available. However, each year the head of the IGAS sends a report to the president of the Republic and to the Parliament. This report is made public. This is the opportunity for IGAS to describe some of the controls and follow-ups which have been carried out.

There are 120 members of IGAS. It conducts close to 200 assignments a year and produces some 150 reports.

4. Hospital financing in France

4.1 The budget for public hospitals

The budget for public hospitals is governed by the health code and is more of an authorisation document than a forecast.

It is drawn up by the hospital director, then passed by the board of management, which thus sets the volume of expenditure it considers necessary for the hospital to continue its work. However, this board of management does not have any power over income to enable it to balance this expenditure. This income is fixed by an authority which is totally independent of the hospital, the director of the regional hospitalisation agency (Agence régionale de l'hospitalisation, ARH), who is responsible for implementing at regional level the hospital expenditure policy determined by Parliament. By setting the expected income of the hospital the director of the ARH limits the level of expenditure.

General description of the budget

The budget for a hospital includes:

- a subclass for capital income and expenditure for the whole hospital;
- a subclass for operating income and expenditure for the general budget bringing together all the income and expenditure for running the hospital: medicine, surgery and obstetrics (MCO), psychiatry and follow-up care and rehabilitation;
- if applicable, a subclass for current income and expenditure for each specific (ancillary) budget: long-stay units, residential homes for the elderly, etc.

The budget is presented in functional groups consisting of groupings of accounts in various combinations using a classification logic derived from both general accounting (functional principle) and analytical cost accounting (departmental principle). These functional groups are as follows (for the main budget):

Subclass for capital income and expenditure

	Expenditure	Income
Group 1	Repayment of debt	Loans
Group 2	Fixed assets	Depreciation
Group 3	Recovery of provisions and ICNE	Provisions and ICNE
Group 4	Other expenditure	Other income

Subclass for operating income and expenditure, main budget (budget H)

	Expenditure	Income
Group 1	Personnel costs	Global allocation
Group 2	Medical costs	Revenue from hospital activity
Group 3	Accommodation and general costs	Other revenues
Group 4	Depr. Prov. and FF	Transfer of charges

The global operating allocation (dotation globale, DGF) is a lump sum: it covers all costs borne by health insurance. The DGF is paid in twelve instalments on behalf of all the health insurance schemes by a "central fund" which is usually the primary sickness fund located at the hospital's seat.

The revenue from hospital activity is set either by the director of the ARH or at national level (per-diem payments, external consultations, etc.).

Additional revenue or other revenues come from various sources: sale of finished products, repayment of costs, deductions from self-employed hospital practitioners, provision of supplementary services to users, staff meals, subsidies, etc.

Financing for capital expenditure is mainly provided by depreciation, ICNEs, allocated surpluses and by borrowing and subsidies.

Setting the budget

The budget is prepared by the hospital director on the basis of the previous year's performance, incorporating estimated costs for new measures.

The board of management passes the budget and this one is then sent to the director of the ARH, in principle before 15th October of year N-1. If the budget is not voted through before 1st January of year N, the director of the ARH refers the matter to the regional audit chamber.

Although it is the board of management which passes the budget, definitive setting of the budget allocation depends closely on the decisions taken at national level to contain growth in hospital expenditure (article 34 of the Constitution, constitutional law no. 96-138 of 22nd February 1996: *the finance laws for social security determine the general conditions for its financial balance and, on the basis of its income forecasts, set objectives for expenditure ...*).

Regulation no. 96-346 of 24th April 1996 assigns the ministry of health and the ministry of finance the task of determining every year the provisional objective for growth in health establishment expenditure covered by health insurance, in accordance with the national objective for growth in health insurance costs voted by Parliament:

- according to the requirements of the population, the health trend diagrams and national or local priorities;
- taking account of hospital activities and costs, assessed using the methods set by the PMSI;
- with the objective of progressive reduction of inequalities of resources between regions and between hospitals.

The director of the ARH divides the regional budget allocated to him among all the hospitals in the region using the criteria set out in the regional plan.

The total amount of hospital expenditure for the year 2001 was set at 43.1 thousand million Euros, an increase of 3.06% compared to the year 2000. In High Normandy, the allocated amount to be divided up was 1.07 thousand million Euros, an increase of 3.41% compared to the previous year.

Implementation of the budget

The budget is adopted by the director of the ARH, by functional group for each subclass, then sent to the hospital director for implementation. The decision of the director of the ARH authorises the hospital director to commit to expenditure within the limit of the funds included in the budget. In regard to revenues, this decision commits health insurance for the global allocation and the lump sum for care (group 1 income) and to a certain extent for revenues linked to medical activity (group 2 income: per-diem payment and ambulatory care not covered by the global allocation).

Various events may cause the budget to be modified during the course of the year: new measures set at national level in regard to remuneration of personnel which were not covered in the original budget, introduction of new activities at local level or reinforcement of measures decided on by the director of the ARH.

All these measures involve new costs which are generally matched by additional income. These adjustments to the budget are established by amendments made by the board of management which are then approved by the director of the ARH (the same procedure as for the original budget).

Profit or loss for the financial year and its allocation

At the end of the budget year, the hospital director and the accountant jointly prepare a financial account showing how the budget was implemented. This account shows the outturn for each subclass of the general and specific budgets, together with the amount of profit and loss to be allocated. These accounts are submitted to the hospital board of management and are then sent to the director of the ARH for approval.

The profit or loss for the year may be analysed as the difference between the performance recorded in the management account and the budget forecasts.

In regard to expenses, this difference cannot in principle be negative, since the hospital must not commit to expenditure beyond the amounts authorised for it.

In regard to revenue, no difference can be recorded over the global allocation (group 1 income) since the sum of the payments recorded in twelve instalments throughout the year is strictly equal to the amount listed in the budget approved by the ARH.

On the other hand, for other revenue (income under groups 2 and 3) the differences may be negative (budget deficit) or positive (budget surplus) in so far as the corresponding forecasts are only approximate.

If the deficit or surplus arises from a difference for group 2 income (revenue from hospital activity), the global allocation for the following year will be adjusted up or down.

If the surplus arises from a difference for group 3 income (other revenue), the hospital may allocate it to a reserve for compensation or for financing investment costs or operating costs provided that these two decisions do not involve an increase in expenditure financed by health insurance.

Finally, if the deficit arises from a difference for group 3 income, the hospital may allocate it as a priority to the compensation reserve, or in default of that, reduce to the proper limit the authorised expenditure in the budget for the current year for which the deficit is recorded (N+1 budget). Under certain conditions this deficit may be spread over 3 financial years.

4.2 Monitoring of performance linked to the budget

The Medical Information System (Programme de médicalisation du système d'information, PMSI) makes it possible to provide data for classification of treatments provided in French hospitals, and theoretically to adjust payments to hospitals and clinics to these figures. It is based on the system of Homogenous Patient Groups (Groupes Homogènes de Malades, GHM), which is adapted from the American classification of *Diagnosis Related Groups* (DRG) drawn up by Professor Fetter of Yale University in the United States.

PMSI was introduced in France in the middle of the 80s; it came into general use for short-term stay activities (medicine, surgery and obstetrics) at the start of the 90s and should be applied over the next few years to follow-up treatment, rehabilitation, and psychiatry.

All hospital stays for medicine, surgery or obstetrics give rise to a discharge summary which combines various coded items of administrative or medical information. Each stay is classified into a GHM according to its characteristics; there are currently 568 separate GHMs divided into 28 major diagnostic categories (catégorie majeure, CM or catégorie majeure de diagnostics, CMD).

Each GHM is allocated an index value called the ISA point (indice synthétique d'activité) which acts as a measurement of hospital activity. The values allocated to stays, which are identical in all hospitals, are proportional to the extent and nature of the care provided.

All ISA points produced by a hospital are related to the data from cost accounting analysis of short-term stay activities and are used to find the average value of the ISA point for the hospital. This value is then calculated at regional, then national, level. The relative level of over-allocation or under-allocation to each hospital is estimated by comparing the difference between it and the regional average. It is therefore a tool for control which is available to the director of the regional hospitalisation agency so that he can progressively reduce the differences between the hospitals in his region.

Many other indicators are also produced by the PMSI, both at hospital level and at regional or national level, and in particular the average cost of a GHM, the breakdown of the average value of the ISA point between the four hospital expenditure groups, the average cost of the bed or stay. These indicators are used to classify hospitals and constitute a tool for control provided to the hospital director so that he can make the adjustments required.

5. The French Court of Audit

In France, since 1318 there had been a body which was responsible for overseeing royal finances. But it was not until the beginning of the 19th century that Napoleon the 1st standardised auditing of public accounts by creating the Court of Audit on 16th September 1807.

5.1 The functions of the Court of Audit

The Court has authority for mandatory audit of the State, national institutions incorporated under public law, public enterprises and social security bodies; it also has the option of auditing private sector organisations in which the majority of votes or

capital are held by organisations which are subject to compulsory audit by the Court, together with those which benefit from financial support from the public sector or which rely on public generosity.

During these audits the Court performs three essential functions:

Regularity audits: the Court delivers judgements on the accounts of the State's public accountants

For bodies whose accounts are kept by a State accountant, the Court is responsible for verifying whether income has been collected and whether expenses have been paid in accordance with current accounting rules. This traditional task of the Court will be supplemented, from 2007, by the obligation to certify the State accounts.

The Court not only judges the accounts of public accountants, it also delivers judgements on the accounts of any person who has improperly interfered in the handling of public money: the de facto accountant is then subject to the same obligations and the same responsibilities as a public accountant.

Management audit: the Court and the proper use of public funds

The Court does not judge the authorising officers; it "*verifies that credits, funds and securities managed by State departments are properly used*", either during judicial examination of the accounts of the State accountants and public organisations, or directly by examining the (financial) management of the authorising officers.

With regard to public enterprises, the Court expresses its opinion on the regularity and genuineness of their accounts and proposes improvements, if necessary. It also gives an opinion on the quality of management of these corporations. Regarding private bodies, the Court must ensure that public assistance is used in accordance with its purpose.

In the event of obvious irregularities in the financial management by an authorising officer of one of these bodies or State departments, the Court may refer the matter to the Budget and Finance Disciplinary Court. It may also refer to the criminal courts if it discovers fraudulent management.

Assistance to Parliament and the Government

The Constitution of 4th October 1958 states in article 47 that the Court "*assists Parliament and the Government in overseeing the implementation of the finance laws*". Since the constitutional reform of 22nd February 1996, the new article 47-1 states that the Court "*assists Parliament and the Government in overseeing and applying the social security finance laws*".

The Court collaborates with Parliament, particularly by publication of reports on the implementation of the finance laws (State and social security), by an annual public report or special reports submitted to Parliament and sent to the President of the Republic, and by inquiries carried out at the request of parliamentary commissions.

5.2 Organisation and operation

Organisation

All members of the Court are appointed by decree. They are judges, independent and appointed for life. The Court is presided over by the First President appointed by decree of the Council of Ministers and, like all courts, the Court is assisted by a Legal Advice Office directed by the Legal Adviser, who acts for the public prosecutor's office in the Court and provides an intermediate role between the Government and the Court.

The Court consists of seven chambers. Each chamber consists of around thirty judges and rapporteurs, officers (civil administrators, engineers) seconded or peripatetic under the authority of a President. The chambers are the legislative bodies of the Court.

Operation

The Court of Audit is independent, both of the legislative power and the executive power. This independence, reaffirmed by the Constitutional Council in a decision of 25th July 2001, is ensured in particular by its freedom to establish its own audit programme. This programme is drawn up in such a way that the institutions which fall within the authority of the Court are audited on average every four or five years.

The rapporteurs at the Court of Audit have an extensive right of investigation: the bodies subject to compulsory audit by the Court of Audit must submit their accounts and the managers of other bodies must send all the documents which are requested from them; any hindrance of the investigations of the rapporteurs may incur penal sanctions.

Drawing up decisions: the work is organised by applying the principles of collective responsibility and involvement of both sides. The appointment of a senior counsellor (conseiller-maître), counter-rapporteur, intended to facilitate the work of the chamber, created a first level of internal regulation. The second level is the collegiate decision-making process within the chamber, that is to say, before any decision of the chamber is being taken, the matter dealt with is subject to debate. Finally the

third stage is the contradictory procedure (procedure in which both parties are able to present their arguments): the rule of double judgement in court and the sending of a report of initial findings to the managers of the audited bodies before adopting the final report on the management audit.

The Legal Advice Office gives its opinion on the organisation of works of the Court and monitors compliance with procedures. At the order of the Court or on its own initiative, it communicates with the public authorities and refers matter to the judicial authorities.

5.3 Results

The importance of the role of the Court of Audit, its powers of investigation and its audit methods give this institution great authority. It is careful, however, not to extend its operations to judgement of the expediency of the decisions which it audits and, with regard to governmental authority, the Court has no power to give instructions. It presents its findings to managers and gives them information about the consequences of their choices. Its role is to identify and point out errors and faults.

In practice, the action of the Court leads to rectification of irregular situations and the adoption of reforms. The audits performed by the Court have a certain deterrent effect upon the authorising officers and managers of enterprises, who are reluctant to see the Court criticise their management, particularly in the annual public report which is widely distributed, mainly in the press.

Judicial consequences: the final judgements of the Court are enforceable by law, but subject to application to re-open proceedings before the Court itself if new facts arise that should be taken into account. They are also subject to appeal on questions of law before the Council of State. In addition, the accountant may obtain release from liability or cancellation of a debt, partially or totally, by a decision of the minister responsible for the budget.

Quantitative results: seven hundred reports are produced on average each year and give rise to the issue of various letters sent to the supervisory authorities of the audited body and to its directors. Furthermore, three to four hundred judgements are delivered on average each year on the accounts of public accountants. Finally, every year a report on the implementation of the finance laws for the previous years and a report on social security subject to the control of the Court are also produced and are both sent to Parliament.

6. Regional and territorial audit chambers in France

6.1 General introduction to the audit offices with judicial status

The 26 regional and territorial audit chambers (chambres régionales et territoriales des comptes, CRTC), created by the law of 2nd March 1982 as part of the decentralisation of powers to territorial authorities, are a revival of centuries-old institutions, the oldest of which dates from the 11th century, and they are now part of the French institutional courts beside the ordinary and administrative jurisdictions.

According to the principles of the Declaration of the Rights of Man and the Citizen of 26 August 1789, article 15, "society has the right to require any public agent to account for his actions", the CRTCs have the authority to audit local authorities, their institutions incorporated under public law, including public health establishments (hospitals) and establishments of a social and medical-social nature, groupings of these (inter-hospital associations, public groups of interest) and organisations, whatever their status, which receive local public funds and have been granted authority to manage a public service. Likewise CRTCs audit those health establishments whose financial control has been delegated to them by the Court of Audit (Cour des comptes, the supreme public sector audit institution in France), such as the university structure of university hospitals.

The CRTCs are independent audit offices with judicial status located in each region and in two territories. Their members are sworn magistrates appointed for life. The CRTCs are the guarantors of the proper use of local funds in accordance with the procedures codified by the law of 2nd December 1994 and the decree of 16 April 2000, both amended. Their role includes on-the-spot investigations carried out on the basis of documents, signature of the investigation report by a reporting magistrate appointed at the beginning of the procedure, written intervention by the public prosecutor's office prior to adoption of collegiate decisions by the audit office and the hearing of the audited body when reporting on the audit or requiring for documentary evidence (contradictory procedure).

6.2 The CRTCs fulfil three fundamental functions

Judicial examination of accounts

Following an annual audit programme, the CRTCs judge in the first instance the accounts of authorities and their public organisations in a quasi-judicial procedure at four-year intervals on average. The Court of Audit gives a ruling on application to

re-open proceedings and the Council of State gives a ruling on appeal on points of law. Recent case-law has concerned the application of article 6 of the European Convention on Human Rights by the CRTCs.

Accounting judgements apply a posteriori to accounts presented each year by a public accountant (decree of 29th December 1962). Authorities and organisations whose annual amount of operating income is less than 0.30 million Euros (0.750 million Euros after 2002) and whose population does not exceed 2,000 inhabitants (3,500 after 2002), submit their accounts to senior accountants who verify them and may, if necessary, send them to the CRTCs which have, for their part, a right to order pending proceedings to be transferred to themselves for decisions.

On sight of the documentary evidence produced, the CRTCs assess the regularity and genuineness of the income and expenditure carried out and may call upon the accountants, who assume personal and financial responsibility, to justify themselves within a period of two months. If applicable, they may then issue repayment orders. If the opposite is the case, the CRTC releases the accountant from liability and grants him discharge if he has left his post. The CRTCs do not have jurisdiction over managers or authorising officers. However, the CRTCs may declare any person who has interfered in the handling of public funds but who does not have the role of public accountant, as "de facto accountant" and order him to pay a fine. The law of 21st December 2001 reduced the period of prescription for this breach of the financial rules to 10 years.

Audit of the financial management (performance) of the authorizing officer

The management audit relates on the one hand to the regularity of management actions and the conformity of income and expenditure with the laws and regulations, for example compliance with the public procurement codes or the laws relating to remuneration and compensation to officials. On the other hand it relates to the economy of the means employed and on the evaluation of the results achieved in comparison to the objectives set by the legislative body. However, the audit office cannot comment on the expediency of these objectives.

Regardless of whether or not it accompanies an audit of the accounts, the management audit uses a methodology close to that of audit and concerns the systems of internal control and the evaluation of the quality of management. The CRTCs optimise their audit methods by a thematic approach which limits the field of investigation but is consistent with the works or priorities exhibited at regional level or between audit offices.

After a mandatory meeting between the director and the reporting magistrate, the CRTC takes a collegiate decision on a report of initial findings which is confiden-

tial and which is notified to the director and to the people summoned, giving them the option of attending a hearing and producing documentary evidence, if necessary with the assistance of expert advice. In the light of the responses, the reporting magistrate draws up an instruction which gives rise to another collegiate decision of the CRTC. Then the president of the audit office signs a final report; since 1990 these have been made public after the legislative body has been informed. Communications may be addressed to the administrative or judicial authorities in the judicial district of the CRTC or to the Court of Audit.

Supervision of budgetary measures

Every year authorities and public organisations adopt a general budget and several specific budgets providing for and authorising income and expenditure. The CRTCs carry out their supervision following external referral to the audit office by the representative of the State in the department or by a third party, with four types of budgetary controls (no vote within time set, no real balance, deficit during implementation, no provision for compulsory expenditure) and issue a budgetary notice which is submitted to the parties concerned, with the disputed amounts set and entered only by the prefect. The establishments of a social and medical-social nature are subject to this supervision under common law.

With regard to hospitals, referral to the audit office by the regional hospital agency (agence régionale d'hospitalisation, ARH) is limited to two cases: when the budget is not adopted by the board of management of the public health establishment before 1st January of the financial year concerned, and when the board of management has adopted a decision threatening the budgetary balance of the hospital. In these two cases, the application to the audit office gives rise to the issue of a budgetary notice by the CRTC within a period of 30 days and enables the ARH either to pass the new budget or to cancel the disputed decision with the approval of the CRTC.

6.3 The CRTCs and the Court of Audit in Paris

With regard to health, the Court of Audit audits the relevant State services responsible for the hospital sector, the bodies which run social security and certain public and private health establishments. Since 1996, the Court has produced an annual report on the application of the social security finance law and assists Parliament and the Government in its application. It must report for this purpose on the activities for the year of two aggregates "health establishment" and "medical-social establishment" which come under the authority of the CRTCs for their audit and adjustment to the national objective for health insurance expenditure.

The liaison committee between the Court and the CRTCs is responsible for monitoring the coordination of works, particularly by means of national inquiries on various matters. The final observations of the CRTCs are repeated for some of these by the Court in an annual public report, the last of which appeared in September 2002 concerning a 2001-2002 inquiry among all public sector audit institutions on hospital expenditure, with selected themes: plans for establishments, hospital mergers, alternatives to hospitalisation, drugs, medical personnel and the process for the medical information system. For 2003 and 2004, public sector audit institutions are coordinating an inquiry on hospital officials, including the study of recruitment conditions, career management, forecasting for workforce and skills, the workforce, the duration and conditions of work, and the salaries.

Die Prüfung von Krankenhäusern in Frankreich

**Francis MALLE, Conseiller à la chambre régionale des
comptes de Basse-Normandie**

**Stanislas DE CHERGÉ, Conseiller à la chambre régionale des
comptes de Rhône-Alpes**

**Yvon MENGUY, Conseiller à la chambre régionale des
comptes de Haute-Normandie**

Die Prüfung von Krankenhäusern in Frankreich

1. Das Gesundheitssystem in Frankreich

- 1.1 Verwaltung des Gesundheitssystems
- 1.2 Finanzierung des Gesundheitssystems
- 1.3 Angebot an medizinischer Infrastruktur und medizinischen Dienstleistungen
- 1.4 Funktionsweise des Gesundheitssystems
Anlagen

2. Die Nationale Agentur für die Zulassung der Krankenhäuser und Entwicklung der medizinischen Evaluierung (ANAES)

- 2.1 Evaluierung
- 2.2 Zulassung

3. Die Generalinspektion für soziale Angelegenheiten

4. Die Finanzierung von Krankenhäusern in Frankreich

- 4.1 Das Budget der öffentlichen Krankenanstalten
- 4.2 Budgetgekoppelte Leistungskontrolle

5. Der staatliche Rechnungshof in Frankreich

- 5.1 Aufgaben des Rechnungshofs
- 5.2 Organisation und Arbeitsweise
- 5.3 Ergebnisse

6. Die regionalen und territorialen Rechnungskammern in Frankreich

- 6.1 Allgemeine Präsentation der Finanzgerichtsbarkeiten, der Rechtsprechungseinrichtungen für das Finanzwesen in Frankreich
- 6.2 Die CRTC nehmen drei grundlegende Aufgaben wahr
- 6.3 Die CRTC und der Rechnungshof in Paris

Die Prüfung von Krankenhäusern in Frankreich

1. Das Gesundheitssystem in Frankreich

Das französische Gesundheitssystem ist ein pluralistisches System mit öffentlichen und privaten Trägern, das vom Staat verwaltet und hauptsächlich von der Krankenversicherung und den Benutzern finanziert wird.

1.1 Verwaltung des Gesundheitssystems

Die Verwaltung des Gesundheitssystems liegt in der Hand des Staates, der das öffentliche Interesse und die Verbesserung der Volksgesundheit garantiert.

So nimmt der Staat entweder direkt oder indirekt über seine dezentralen Dienststellen folgende Aufgaben wahr:

- Er organisiert die Bewältigung der allgemeinen Probleme des öffentlichen Gesundheitswesens: kollektive Verhütung von Krankheiten, Gesundheitsmonitoring, Kampf gegen schwere Krankheiten und Seuchen.
- Er stellt die Ausbildung der Angehörigen von Gesundheitsfachberufen sicher und legt die Voraussetzungen für deren Ausübung fest.
- Er sorgt für geeignete Versorgungsstrukturen und regelt das Versorgungsangebot.
- Er legt die Finanzierungsregeln für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung (Beitragsbemessungsgrundlage und -sätze) und die Beziehungen zwischen Benutzern und Leistungserbringern (Versorgungszugang, Tarife und Erstattungssätze) fest.

Seit 1996 legt das Parlament jedes Jahr die gesundheitspolitischen Ziele und den Finanzrahmen des Gesundheitssystems fest (Finanzierungsgesetz für das System der sozialen Sicherung – loi de financement de la sécurité sociale).

Auf landesweiter Ebene sind das Sozialministerium und das Gesundheitsministerium mit der Umsetzung dieser Beschlüsse betraut. Vor allem vier Direktionen dieser Ministerien sind betroffen: die Direktion für die Sozialversicherung, die Generaldirektion für das Gesundheitswesen, die Direktion für Krankenhäuser und die Direktion für Sozialfürsorge.

Der Staat hat darüber hinaus im Laufe der Jahre die Schaffung einer Reihe von Einrichtungen mit unterschiedlicher Rechtsform (Agentur, Vereinigung, Ausschuss ...) bewirkt, über die er die Aufsicht führt und die in bestimmten Bereichen tätig sind. Dies sind insbesondere:

- die 1996 eingerichtete Nationale Agentur für die Zulassung der Krankenhäuser und Entwicklung der medizinischen Evaluierung (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé, ANAES), deren Aufgabe es ist, die Entwicklung der Bewertung der Versorgung und der beruflichen Praxis in den öffentlichen und privaten Gesundheitsversorgungseinrichtungen und im Rahmen der freien Ausübung der Heilkunde zu fördern;
- die Hohe Kommission für öffentliche Gesundheit (Haut comité de santé publique, HCSP), die an der Festlegung der Ziele des öffentlichen Gesundheitswesens mitwirkt, und der Nationale Ethikrat (Conseil national d'éthique), der zu ethischen Problemen im Zusammenhang mit der medizinischen Forschung Stellung nimmt.

Auf lokaler Ebene setzen die regionalen und departementalen Direktionen für Gesundheits- und Sozialangelegenheiten (Direction régionale de l'action sanitaire et sociale, DRASS et Direction départementale de l'action sanitaire et sociale, DDASS), die dem Präfekten der Region bzw. des Departements unterstehen, die nationale Gesundheitspolitik um:

- Die DRASS bestimmen und leiten die regionale Gesundheitspolitik. Sie organisieren die Verwaltungsbeziehungen zu den Gesundheitsfachberufen, koordinieren die Krankenhauspolitik und sorgen für die Verwirklichung der in den zwischen dem Staat und den Sozialversicherungsträgern abgeschlossenen Verträgen enthaltenen Ziele auf regionaler Ebene.
- Die DDASS sind für den reibungslosen Ablauf der Verteilung der Gesundheitsversorgung und für Verhütungs- und Gesundheitssicherungsmaßnahmen verantwortlich.

1.2 Finanzierung des Gesundheitssystems

Nach der nationalen Gesundheitsrechnung 2000 betragen die landesweiten Ausgaben für das Gesundheitswesen 140,6 Milliarden Euro, d.h. ca. 10% des Bruttoinlandsprodukts. Die Ausgaben für die Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen beliefen sich auf 120,6 Milliarden Euro. Die Differenz wird insbesondere für Aus- und Weiterbildung, medizinische Forschung, Prävention usw. aufgewendet.

Die Finanzierung dieser Ausgaben kommt aus vier Hauptquellen:

- Pflichtkrankenversicherung: 73%
- Zusatzversicherungen: 13%
- private Haushalte: 10%
- Staat: 4%

Pflichtkrankenversicherung

Die gesamte Bevölkerung ist einem Pflichtkrankenversicherungssystem angeschlossen, das durch Beiträge finanziert wird, die auf Löhne und Gehälter, Altersrenten, Arbeitslosengeld und Nichtlohneinkommen erhoben werden. Seit 1. Januar 2000 sind mittellose Personen (Jahreseinkommen unter 6.400 Euro) im Rahmen des vom Staat finanzierten sog. Universalkrankenversicherungsschutzes (couverture maladie universelle, CMU) pflicht-versichert (900.000 Menschen nehmen CMU in Anspruch).

Die gesetzliche Krankenversicherung wird von einer Reihe von Einrichtungen verwaltet, die der Aufsicht des Staates unterliegen. Die wichtigsten Träger sind:

- die Nationale Krankenversicherungskasse der Arbeitnehmer (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, CNAMTS), in der fast alle Arbeitnehmer, Rentner und ihre Familien krankenversichert sind (80% der Bevölkerung);
- die autonome gemeinnützige Gesundheitsversicherungsgesellschaft für die Landwirtschaft (Mutualité sociale agricole, MSA), in der Betriebsinhaber, Arbeitnehmer und Rentner in der Landwirtschaft und ihre Familien krankenversichert sind (9% der Bevölkerung);
- die Nationale Krankenversicherungskasse der Selbstständigen (Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes, CANAM), in der Handwerker, Kaufleute, Angehörige freier Berufe und ihre Familien krankenversichert sind (6% der Bevölkerung).

Die CNAMTS, die auch den CMU verwaltet, ist für das finanzielle Gesamtgleichgewicht der Krankenversicherung verantwortlich. Außerdem organisiert sie die medizinische Kontrolle der Tätigkeit der Gesundheitsfachberufe und der Gesundheitsversorgungseinrichtungen.

Jeder Empfänger einer Versorgungsleistung hat im Rahmen seiner Mitgliedschaft in einem Krankenversicherungssystem Anspruch auf die teilweise oder vollständige Übernahme der Kosten je nach Art der geleisteten Behandlung (100% bei bestimmten schweren Leiden, 90% bei Krankenhausaufenthalt, 75% bei ambulanter Behandlung, 30-70% bei Arzneimitteln). Die Differenz, die so genannte Selbstbeteiligung, muss vom Versicherten getragen werden, der zu diesem Zweck jedoch einem Zusatzversicherungssystem beitreten kann.

Seit 1996 äußert sich das Parlament zur Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der Pflichtversicherungssysteme und legt das nationale Ausgabenziel der Krankenversicherungen (Objectif national des dépenses d'assurances maladie, ONDAM) fest. Anschließend statet die Regierung die vier Bereiche öffentliche Krankenhäuser, Privatkliniken, medizinisch-soziale Einrichtungen und ambulante

Medizin (niedergelassene Ärzte, Krankenpflegedienste, biologische Untersuchungen ...) diesem Ziel gemäß mit Haushaltsmitteln aus.

Zusatzversicherungen

Zur Erstattung der Selbstbeteiligung sind 85% der Bevölkerung bei autonomen, gemeinnützigen Versicherungsgesellschaften (Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit), Vorsorgeanstalten oder Privatversicherungen Zusatzversichert. Die Zusatzversicherung kann individuell (Privatversicherung) abgeschlossen werden, erfolgt oft aber kollektiv im Rahmen der beruflichen Tätigkeit (gemeinnützige Versicherungsgesellschaften).

Die insgesamt 6500 autonomen, gemeinnützigen Versicherungsgesellschaften bieten ca. 30 Millionen Menschen Zusatzversicherungsschutz und übernehmen 7% der Gesamtkosten des Gesundheitswesens.

Die rund 80 Privatversicherungsunternehmen finanzieren 3%, die Vorsorgeeinrichtungen (ca. 20) 2% der Gesundheitsausgaben.

Die Mitgliedschaft bei einem dieser Zusatzversicherungsträger ist jedoch mit der Zahlung eines Beitrags verbunden, den Schlechtergestellte nicht immer aufbringen konnten. Deshalb wird diesen Bevölkerungsgruppen seit 1. Januar 2000 ergänzend zum CMU bei Erfüllung der Einkommensvoraussetzungen gegen einen niedrigen Beitrag die Mitgliedschaft in einem Zusatzversicherungssystem angeboten, das größtenteils mit Mitteln der Pflichtkrankenversicherungen und mit staatlichen Mitteln finanziert wird. Zum 31. Dezember 2000 nahmen fast 4,8 Millionen Menschen dieses Angebot in Anspruch.

1.3 Angebot an medizinischer Infrastruktur und medizinischen Dienstleistungen

Am 1. Januar 1999 boten 4200 Gesundheitsversorgungseinrichtungen 492.000 Vollhospitalisierungsbetten, 103.000 Unterbringungsbetten, 38.000 Teilhospitalisierungsplätze und 7000 ambulante Chirurgieplätze an.

Im Gesundheitssektor sind ca. 1,7 Millionen Menschen tätig, d.h. 9% der erwerbstätigen Bevölkerung.

Die Ausübung von Gesundheitsfachberufen und der Betrieb von Versorgungseinrichtungen ist durch das Gesundheitsgesetzbuch geregelt. In einigen Berufen (Ärzte, Hebammen, Apotheker und Zahnärzte) bestehen Berufsvereinigungen (Kammern), die über die Wahrung des Berufsethos wachen.

Gesundheitsversorgungseinrichtungen

Die Behandlung mit Unterbringung (stationäre Versorgung) erfolgt in öffentlichen oder privaten Einrichtungen. Der Unterschied zwischen den beiden Bereichen liegt insbesondere in der Finanzierungsweise und in der Art ihres Auftrags.

In jeder Verwaltungsregion sind in einer Gesundheitskarte die Art und der Umfang der zur Deckung des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung erforderlichen Ausstattungen festgelegt. Zudem wird in einem Gesundheitsorganisationsplan (Schéma d'organisation sanitaire, SROS), der alle fünf Jahre aktualisiert wird, die geographische Verteilung der Einrichtungen organisiert (Betten, Plätze und Schwerkürausrüstungen wie IRM oder Scanner).

1998 betragen die Ausgaben für die von den Gesundheitsversorgungseinrichtungen erbrachten Leistungen 54,8 Milliarden Euro.

Das Parlament legt jedes Jahr den Gesamtausgabenbetrag fest, der von der Krankenversicherung übernommen wird (ca. 90% der geschätzten Gesamtausgaben für das Jahr). Dieser Betrag wird zunächst global auf die öffentlichen und privaten Einrichtungen verteilt und anschließend je nach Bedarf der Bevölkerung, Kosten und Aktivitäten der Einrichtungen jeder Region in regionale Mittelausstattungen aufgeschlüsselt.

Auf der Grundlage von mit den Einrichtungen geschlossenen Verträgen über Ziele und Mittel setzen die regionalen Agenturen für das Krankenhauswesen (agences régionales de l'hospitalisation, ARH) den Einnahmenbetrag fest, der jeder Einrichtung in Form einer jährlichen Globalmittelzuweisung für öffentliche und gleichgestellte Einrichtungen oder in Form von Pflegesätzen pro Tag und Zahl von Hospitalisierungstagen für private Einrichtungen zugewiesen wird.

Für die Differenz zwischen den tatsächlichen Ausgaben der Einrichtung und den ihr zugewiesenen Einnahmen kommt einschließlich Selbstbeteiligung und Tagespauschale der Benutzer oder seine Zusatzversicherung auf.

Die Gesundheitsversorgungseinrichtungen beschäftigen fast 1,2 Millionen Menschen.

Die *öffentlichen Gesundheitsversorgungseinrichtungen* (1058) sind administrativ und finanziell selbstständige juristische Personen des öffentlichen Rechts. Seit 1996 unterliegen sie der Aufsicht der regionalen Agenturen für das Krankenhauswesen. Sie werden von einem Verwaltungsrat unter Vorsitz des Bürgermeisters der Gemeinde ihres Standorts geleitet. Die Direktoren dieser Einrichtungen, die in ihrer Geschäftsführung weitgehend selbstständig sind, werden durch Erlass des Gesundheitsministeriums ernannt.

1998 beliefen sich die festgestellten Ausgaben in den öffentlichen Einrichtungen auf 42,6 Milliarden Euro, d.h. 77,7% der Krankenhausausgaben, und die Globalmittelzuweisungen, die sie erhalten, auf 38 Milliarden Euro.

Die Zahl der Betten und Plätze in den öffentlichen Einrichtungen beträgt 318.800 Vollhospitalisierungsbetten, 100.000 Unterbringungsbetten und 28.100 Teil- oder ambulante Hospitalisierungsplätze (65% der gesamten Krankenhauskapazitäten).

Es werden vier Arten von öffentlichen Gesundheitsversorgungseinrichtungen unterschieden:

- 29 Universitätskrankenhäuser (mindestens 1 je Verwaltungsregion): neben ihrem Krankenhausauftrag wirken sie auch an der Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals und an der medizinischen Forschung mit; sie nehmen 35% der Globalmittelzuweisungen ab;
- 562 Allgemeinkrankenhäuser;
- 93 Fachkrankenhäuser für Psychiatrie oder Krebskrankheiten;
- 374 Ortskrankenhäuser, die nur medizinische Nahversorgungsleistungen erbringen.

Die *mit dem öffentlichen Dienst assoziierten privaten Gesundheitsversorgungseinrichtungen* (792), die in der Regel keinen Erwerbszweck verfolgen, werden meist von Verbänden (Rotes Kreuz) oder gemeinnützigen Trägern verwaltet. Im Allgemeinen sind sie auf Folgebehandlungen und Rehabilitation, Langzeitbehandlungen oder Geisteskrankheiten spezialisiert. Sie stellen 10% der Krankenhausbetten. Für sie gelten dieselben Pflichten und Finanzierungs- (Globalmittelzuweisung) und Betriebsvorschriften wie für die öffentlichen Gesundheitsversorgungseinrichtungen. Die einzige Ausnahme ist die Stellung ihres Personals, das nach Tarifvertrag beschäftigt wird.

Die *privaten Gesundheitsversorgungseinrichtungen mit Erwerbszweck* (2353) bieten 25% der Krankenhausbetten an. Aus wirtschaftlichen Gründen ist ihre Tätigkeit stärker auf akute Behandlungen und insbesondere die Chirurgie ausgerichtet. Für sie gelten im Allgemeinen die folgenden Finanzierungsmodalitäten:

- ein von der ARH festgelegter Tagessatz, der von der Krankenversicherung finanziert wird, und eine landesweit festgesetzte Tagespauschale, die vom Benutzer oder seiner Zusatzversicherung bezahlt wird, zur Deckung der Betriebskosten der Einrichtung (Verwaltung, Kosten für das nichtmedizinische Personal, Operationssäle, Unterbringungskosten ...);
- landesweit entsprechend der Art des Eingriffs festgesetzte Honorare, die die praktizierenden Ärzte direkt von den Benutzern beziehen (diese Kosten werden ihnen anschließend von der Krankenversicherung und den Zusatzversicherungen erstattet).

Die meisten Gesundheitsversorgungseinrichtungen arbeiten vernetzt, so dass Patienten im Bedarfsfall an eine höhere Einrichtung überwiesen werden können. Die Leitung des Netzwerks liegt in jeder Region beim regionalen Universitätskrankenhaus, das mit den Allgemeinkrankenhäusern in allen wichtigen Städten assoziiert ist.

Zudem ist seit mehreren Jahren der Zusammenschluss von Einrichtungen in verschiedenen Rechtsformen (Zweckverband der Krankenhauszusammenarbeit im öffentlichen Sektor, Fusion im privaten Sektor) zu beobachten, durch den die Zahl der Einrichtungen gesenkt und zugleich ein leistungsfähigeres technisches Angebot ermöglicht werden soll.

Gesundheitsfachberufe

Die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe, medizinischen und paramedizinischen Berufe (insgesamt ca. 830.000) machen fast die Hälfte der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen aus.

Am 1. Januar 2001 gab es in Frankreich (ohne "Überseedepartements") 196.000 *Ärzte*, dies sind 3,3 *Ärzte* für 1000 Einwohner. Sie verteilen sich nach ihrer Fachrichtung und Berufsausübung aufgeschlüsselt wie folgt¹:

	Freiberuflich Tätige	Krankenhaus- angestellte	Andere Angestellte	Gesamt
Alle <i>Ärzte</i>	118.141	55.970	21.889	196.000
Praktische <i>Ärzte</i>	67.412	15.428	13.406	96.246
Fachärzte, davon	50.729	40.542	8.483	99.754
<i>Allgemeinmedizin</i>	27.966	24.753	2.015	54.734
<i>Chirurgie</i>	15.472	7.306	312	23.090
<i>Psychiatrie</i>	6.378	6.087	825	13.290
<i>Andere</i>	913	2.396	5.331	8.640

Zu den anderen Fachärzten gehören insbesondere 1600 Laborärzte, 400 angestellte Krankenhausärzte des öffentlichen Gesundheitswesens und 4250 angestellte Arbeitsmediziner.

Die anderen Gesundheitsfachberufe verteilen sich wie folgt²:

¹ Gesundheitsministerium, DREES, Schätzungen der Anzahl *Ärzte* zum 1. Januar 2001

² Gesundheitsministerium, DREES, Medizinberufe zum 1. Januar 2001

Beruf	Freiberufliche Tätige	Angestellte	Gesamt
Zahnärzte	37.647	2.779	40.426
Apotheker	32.745	27.621	60.366
Hebammen	2.012	12.713	14.725
Krankenpfleger	57.493	340.013	397.506
Krankengymnasten	42.006	11.991	53.997
Andere	26.540	41.992	68.532

Zu den anderen Berufen gehören insbesondere (mit starker Vertretung unter freiberuflich Tätigen) Fußspezialisten und Optiker und (mit starker Vertretung unter Angestellten) Logopäden, Ergotherapeuten und Röntgenassistenten.

Andere Bereiche des Gesundheitswesens

Die *Ambulatorien und Behandlungszentren* richten sich in erster Linie an ambulant versorgte Kranke. Sie werden meist von Gemeinden oder autonomen, gemeinnützigen Versicherungsgesellschaften verwaltet. Von ihnen gibt es ca. 1000, 90% mit öffentlich-rechtlichem Statut. In der Regel werden sie von Einkommensschwachen für Sprechstunden und allgemein- oder fachmedizinische ambulante Versorgungsleistungen (vor allem Krebskrankheiten und Alkoholismus) in Anspruch genommen.

Im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung erhält die Bevölkerung zudem kostenlose systematische Untersuchungen in Schulen (Schulmedizin) oder Betrieben (Arbeitsmedizin).

Pharmazie: Die Herstellung und Verteilung von Arzneimitteln ist geregelt. Jedes Arzneimittel muss zur Inverkehrbringung zugelassen sein. Die Verkaufspreise und die Erstattungssätze der Krankenversicherung, die zwischen 30% und 70% betragen, werden von der zuständigen Verwaltungsbehörde festgesetzt. Der Verkauf an die Öffentlichkeit erfolgt in einem (privaten) Apothekenbetrieb unter der Verantwortung eines Apothekers. Jede Eröffnung einer Apotheke ist zulassungspflichtig. Die meisten Arzneimittel werden nur gegen ärztliche Verschreibung abgegeben. Ausgenommen sind gängige Mittel wie Aspirin, Hustensaft ...

Im pharmazeutischen Sektor sind 200.000 Personen beschäftigt, davon 133.000 in der Abgabe und 67.000 in der Industrie. Die Umsatzentwicklung und -aufschlüsselung des Sektors zwischen 1991 und 2000 lautet wie folgt (in Milliarden Euro ohne Steuern)³:

³ Nationaler Verband der pharmazeutischen Industrie (Syndicat national de l'industrie pharmaceutique)

	1991	2000	1991-2000
Erstattungsfähige Arzneimittel	8,1	13,5	67%
Nicht erstattungsfähige Arzneimittel	1	1,1	10%
Gesamt Apotheken	9,1	14,6	60%
Krankenhausarzneimittel	1,3	2,6	100%
Gesamt in Frankreich	10,4	17,2	65%
Export	2,6	9,6	270%
Gesamtumsatz	13	26,8	106%

Medizinische Forschung wird im öffentlichen und im privaten Sektor betrieben. Die wichtigsten Forschungsorgane sind das Nationale Institut für Gesundheit und medizinische Forschung (Institut national de la santé et de la recherche médicale, INSERM), das Nationale Zentrum für wissenschaftliche Forschung (Centre national de la recherche scientifique, CNRS) und die Universitätskrankenhäuser (centres hospitaliers universitaires, CHU).

1.4 Funktionsweise des Gesundheitssystems

Benutzer und Zugang zur Versorgung

Die Krankenversicherung schränkt weder die Wahlfreiheit der Kranken noch die Verschreibungsfreiheit der Ärzte ein.

Die Ärzte für Allgemeinmedizin spielen nicht die orientierende Rolle im Gesundheitssystem, die ihnen oft in anderen europäischen Ländern übertragen wird. Der Versuch der Einführung eines Hausarztes als "Bezugspunkt" und eines Gesundheitspasses für alle Benutzer in den Jahren 1999-2000 ist aufgrund der zögerlichen Haltung der Ärzteschaft (trotz finanzieller Anreize), vor allem aber an der Ablehnung der Benutzer gescheitert.

Die Folge ist eine Art Wanderung von Arzt zu Arzt und die starke Inanspruchnahme von Fachärzten.

Dasselbe gilt für die Arzneimittelverschreibung. Die Anreize, die die Verschreibung generischer Medikamente fördern sollen, haben bislang keinen signifikanten Einfluss ausgeübt (ca. 2,4% des Marktes der erstattungsfähigen Arzneimittel im Jahr 2001).

Wie bereits erwähnt überlassen die Deckungsregeln der Krankenversicherung einen relativ hohen Anteil an der Bezahlung der medizinischen Behandlung dem Benutzer. In der Theorie muss der Benutzer die Gesamtkosten vorstrecken und anschließend bei seiner Krankenkasse und ggfs. bei seiner Zusatzversicherungskasse anhand des

vom Behandler oder der Gesundheitsversorgungseinrichtung ausgestellten Behandlungsblatts die vollständige oder teilweise Kostenerstattung beantragen.

In der Praxis wird so nur bei Sprechstunden und ambulanten Behandlungen von freiberuflich tätigen Behandlern verfahren. In den anderen Bereichen des Systems der die Kosten erstattenden Krankenversicherungsträger oder bei besonderen Finanzierungsmodalitäten (Globalmittelzuweisung für öffentliche Krankenhäuser und Tagessätze für Privatkliniken) wird meist vermieden, dass der Benutzer die von der Pflichtkrankenversicherung erstatteten Kosten im Voraus bezahlen muss.

Die schrittweise allgemeine Einführung der Sozialversichertenmagnetkarte ("Carte Vitale") für alle Benutzer des Gesundheitssystems seit 1999 soll in den nächsten Jahren das Management aller Finanzströme zwischen Pflichtkrankenversicherung, Zusatzversicherungen, Gesundheitsfachberufen und Gesundheitsversorgungseinrichtungen mit auf den von ihm zu tragenden Anteil begrenzten Kosten für den Benutzer ermöglichen.

Die "Carte Vitale", die derzeit lediglich ein Verwaltungs- und Finanzmanagementinstrument des Gesundheitssystems ist, könnte sich auch zu einem elektronischen Gesundheitspass aller Sozialversicherten entwickeln, sobald die mit dem Zugang zu medizinischen Informationen und dem Datenschutz verbundenen rechtlichen und technischen Probleme zufriedenstellend gelöst sind.

Leistungserbringer

Die Beziehungen zwischen Gesundheitsfachkräften, Aufsichtsträgern und Krankenkassen sind im öffentlichen und privaten Sektor jeweils anders geregelt.

Die Ernennungsbedingungen und Bezüge des medizinischen Personals im öffentlichen Sektor werden vom Staat festgelegt, die des nichtmedizinischen Personals durch das Statut des öffentlichen Krankenhausdienstes. Alle Angehörigen dieses Personals unterstehen der hierarchischen Weisungsbefugnis des Direktors der Einrichtung, in der die medizinische Anstaltskommission die Erteilung der Behandlung regelt und organisiert. In diesen Einrichtungen wählen die Benutzer ihre behandelnden Ärzte in der Regel nicht aus.

Für die freiberuflich tätigen Gesundheitsfachkräfte werden die Honorare (Ärzte) oder Tarife (andere Berufe), die für die Behandlung verlangt werden können, in mit ihren Berufsvereinigungen geschlossenen Verträgen festgelegt. Dem Benutzer werden die entstandenen Kosten zwar auf der Grundlage der festgelegten Beträge erstattet. Unter bestimmten Voraussetzungen können die Behandler den Vertragstarif aber überschreiten, wofür in der Regel der Benutzer aufkommen muss.

In den Städten praktizieren die niedergelassenen Ärzte entweder in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen von Allgemein- oder auch Fachärzten mit anderen

Gesundheitsfachberufen (Krankenpfleger, Laborärzte). In beiden Fällen wählt der Kranke seinen behandelnden Arzt frei aus.

In den privaten Gesundheitsversorgungseinrichtungen unterliegt das nichtmedizinische Personal der Weisungsbefugnis des Direktors, nicht aber das medizinische Personal, das in der Einrichtung freiberuflich tätig ist. Die medizinischen Mitarbeiter erhalten Honorare, von denen sie für die Zurverfügungstellung von Ausstattung und Personal einen Teil an das Krankenhaus abführen. Oft sind sie Aktionäre der Trägergesellschaft der Einrichtung.

Gesundheitsversorgungseinrichtungen

Seit 1996 unterstehen alle Einrichtungen der Verwaltungs- und Finanzaufsicht des Direktors der regionalen Agentur für das Krankenhauswesen, der in der Region den Gesundheitsminister vertritt.

Alle Änderungen an den Strukturen (Schaffung, Streichung oder Umwandlung von Betten oder Plätzen, Fusionen zwischen Einrichtungen ...) oder den wichtigsten Ausstattungen (Scanner, IRM ...) müssen zuvor vom Regionalagenturdirektor genehmigt werden.

Fast alle privaten Einrichtungen haben Verträge mit der Krankenversicherung geschlossen, so dass sich die Benutzer unterschiedslos und praktisch zu den gleichen Kosten in öffentlichen oder privaten Gesundheitsversorgungseinrichtungen behandeln lassen können.

Maßnahmen zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen

Die Politik der Kosteneindämmung im Gesundheitswesen war insbesondere auf die Kontrolle des Versorgungsangebots, die Vorausfinanzierung einiger Tätigkeiten und die Einschränkung der Kostenübernahme für bestimmte medizinische Behandlungen und Güter durch die Pflichtkrankenversicherung ausgerichtet.

Die 1972 eingeführte und alle fünf Jahre aktualisierte Gesundheitskarte ermöglicht eine Regulierung der Krankenhauskapazitäten. Mit Hilfe des Numerus clausus für das Medizinstudium können der medizinische und nichtmedizinische Personalstand an den Bedarf der Bevölkerung angepasst werden.

Die Vorausfinanzierung der Gesundheitsversorgungseinrichtungen (Globalmittelzuweisung im öffentlichen Sektor, Tagessätze und jährliches Hospitalisierungstageziel im privaten Sektor) hat in Kombination mit dem systematischen Vergleich zwischen den Behandlungskosten in beiden Sektoren im gewissen Maße zu einer Eindämmung der in den 80er und 90er Jahren zu beobachtenden Kostenexplosion beigetragen.

Schließlich haben auch zahlreiche Rückzugspläne der Krankenversicherung zu einem Anstieg der finanziellen Beteiligung der Benutzer, insbesondere bei Arzneimitteln, geführt.

Die Politik der Gesundheitskosteneindämmung ist seit 1996 durch die Einführung eines nationale Ausgabenziels der Krankenversicherung verstärkt worden, über das jedes Jahr das Parlament beschließt.

Insgesamt haben diese Maßnahmen jedoch die erwarteten Wirkungen nicht erzielt. So steigen die Gesundheitsausgaben weiter jedes Jahr über das vom Parlament festgesetzte Ziel hinaus an. Dies gilt insbesondere für ambulante Behandlungen (niedergelassene Ärzte und Krankenpflegedienste) und für Arzneimittel. Die Instrumente zur Regelung dieser beiden Bereiche konnten allerdings noch nicht abschließend entwickelt werden.

ANHANG⁴

i - Ausgaben für das Gesundheitswesen

Die laufenden Gesundheitsausgaben sind die Summe der Ausgaben (ohne Kapitalgeschäfte), die den Finanzierern aller Gesundheitsversorgungssysteme entstehen (Sozialversicherung, Staat und Gebietskörperschaften, Zusatzversicherungsträger und private Haushalte). Sie decken einen größeren Bereich als die gesamte medizinische Inanspruchnahme ab, da sie auch Tagegelder, Zuschüsse, Forschungs- und Ausbildungsaufwendungen und Verwaltungskosten im Gesundheitsbereich umfassen.

2001 betragen die laufenden Gesundheitsausgaben 148 Milliarden (2437 pro Einwohner) gegenüber 140,6 Milliarden (2315 pro Einwohner) im Vorjahr.

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OSZE) wendet zum Vergleich zwischen ihren Mitgliedern ein anderes Konzept an: die nationalen Gesundheitsausgaben, errechnet nach den laufenden Gesundheitsausgaben zuzüglich Kapitalgeschäfte, aber abzüglich Tagegelder und Forschungs- und Ausbildungsaufwendungen. 2001 machten die nationalen Gesundheitsausgaben 9,5% des BIP aus. Nach den aktuellsten verfügbaren Daten für die OSZE-Länder (1999) liegt Frankreich an vierter Stelle hinter den USA (12,9%), der Schweiz (10,4%) und Deutschland (10,3%), aber weit vor dem Vereinigten Königreich (6,9%).

⁴ Gesundheitsministerium, DREES, Gesundheitsrechnung 2000 und 2001

Unter die Gesamtanspruchnahme medizinischer Leistungen fallen die Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung und Infrastruktur (2001: 127,8 Milliarden €) und die Präventivmedizin (2001: 3 Milliarden €). Zwischen 1990 und 2001 hat sich die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Güter wie folgt entwickelt:

	Wert in Mrd. €		Durchschnittliche jährliche Wertentwicklung			
			90/95	1999	2000	2001
Krankenhausbehandlung	57,3	44,8%	5,3	1,7	3,5	4,1
öffentliche Krankenhäuser	44,6		5,6	2,8	3,9	4,5
Privatkliniken	10,8		3,5	-2,7	1,2	2,1
Krankenstationen	2,0		12,3	5,8	8,1	6,3
Ambulante Behandlung	33,7	26,4%	4,5	3,8	4,5	5,1
Ärzte	15,8		5,2	3,7	3,9	3,1
Zahnärzte	7,1		3,6	0,7	3,5	8,5
medizinische Hilfskräfte	6,9		6,0	6,7	6,8	5,8
Analysen	3,0		1,4	4,8	7,1	7,7
Krankentransporte	2,0	1,6%	6,7	8,2	8,8	9,9
Arzneimittel	27,3	21,4%	6,1	6,7	9,5	8,3
Andere medizinische Güter	7,4	5,8%	8,4	12,9	13,7	11,8
Gesamt	127,8	100%	5,4	3,9	5,5	5,8

Im Jahre 2000 hat die Sozialversicherung (Pflichtkrankenversicherung) 75,5% der laufenden Gesundheitsausgaben finanziert, allerdings, wie die folgende Tabelle zeigt, mit großen Unterschieden bei den einzelnen Behandlungsarten:

	(1)	(2)	(3)	(4)
Sozialversicherung	75,5	90,1	65,7	58,1
Staat und Gebietskörperschaften	1,1	1,0	1,2	1,0
Autonome, gemeinnützige Versicherungsgesellschaften	7,5	2,3	12,7	11,8
Versicherungen und Vorsorgeeinrichtungen	4,9	1,4	8,7	7,5
Haushalte	11,1	5,2	11,7	21,6
Gesamt	100	100	100	100

- (1) laufende Gesundheitsausgaben
- (2) Krankenhausausgaben und Ausgaben von Stationen für erweiterte ärztliche Behandlung
- (3) ambulante Behandlungen (niedergelassene Ärzte)
- (4) medizinische Vertriebsorgane (Arzneimittel, Optik, Prothesen ...)

ii - Tätigkeit der Gesundheitsversorgungseinrichtungen

1999 (neuere Gesamtstatistiken liegen nicht vor) verzeichneten die Einrichtungen 22,6 Millionen Krankenhausaufenthalte, die sich auf 11,9 Millionen Vollzeithospitalisierungen und 10,7 Millionen Teilzeithospitalisierungen (Aufenthalte unter 24 Stunden) verteilten.

Die Krankenhausaufenthalte verteilen sich je nach Hospitalisierungsmodus sehr unterschiedlich auf die sechs medizinischen Großdisziplinen (Allgemeinmedizin, Chirurgie und Geburtshilfe, zusammen als MCO bezeichnet, Folgebehandlungen und Rehabilitation, Psychiatrie und Langzeitbehandlungen): so entfallen 90% der Vollzeithospitalisierungen auf MCO und 50% der Teilzeithospitalisierungen auf die Psychiatrie.

Ende 1999 wurden 486.000 Betten und 46.000 Plätze in 3171 Einrichtungen gezählt. Davon waren 1785 durch Globalmittelzuweisung finanzierte öffentliche oder gleichgestellte Einrichtungen (379.500 Betten und 37.000 Plätze) und 1386 durch Tagessatz finanzierte private Einrichtungen (106.500 Betten und 9.000 Plätze).

In zehn Jahren wurden 70.000 Vollhospitalisierungsbetten gestrichen. Diese Entwicklung ist von einem deutlichen Rückgang der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer begleitet: 1999 lag sie bei 6 Tagen im MCO-Bereich und bei 32 Tagen in der Psychiatrie oder Langzeitbehandlung.

Die privaten Klinken übernehmen 53% der chirurgischen, die öffentlichen Krankenhäuser fast 80% der allgemeinmedizinischen und 70% der psychiatrischen Krankenhausaufenthalte. Die Folgebehandlungen und Rehabilitation verteilen sich indes gleichmäßig auf beide Sektoren.

Die Hospitalisierung nimmt insgesamt leicht zu: Zwischen 1995 und 1999 stieg die Zahl der Aufenthalte, alle Bereiche und Hospitalisierungsmodi zusammengekommen, mit einem durchschnittlichen jährlichen Zuwachs von 1,9% um insgesamt 8% an. Der stärkste Anstieg ist bei Folgebehandlungen und Rehabilitation (+23%) sowie bei ambulanter Chirurgie (+15%) zu verzeichnen. Die Zahl der Vollhospitalisierungen im MCO-Bereich blieb indes stabil (+2% in fünf Jahren).

2. Die Nationale Agentur für die Zulassung der Krankenhäuser und Entwicklung der medizinischen Evaluierung (ANAES)

Die Nationale Agentur für die Zulassung der Krankenhäuser und Entwicklung der medizinischen Evaluierung im Gesundheitswesen (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé, ANAES), errichtet durch Verordnung vom 24. April

1996 zur Reform des öffentlichen und privaten Krankenhauswesens, hat die Aufgabe, den Kenntnisstand im Bereich der medizinischen Strategien zu ermitteln, zur Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Versorgung beizutragen und das Akkreditierungsverfahren für die Gesundheitsversorgungseinrichtungen durchzuführen.

2.1 Evaluierung

Evaluieren bedeutet im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens, die Wirksamkeit der medizinischen Strategien objektiv einzuschätzen, um dem Kranken eine bessere Wahl zu ermöglichen. Es bedeutet auch, Bausteine zur Verbesserung des Versorgungssystems einzubringen.

Die ANAES stützt sich bei der Durchführung ihrer Evaluierungsstudien insbesondere auf die Analyse der wissenschaftlichen Literatur und die Gutachten von Gesundheitsfachleuten. Die Agentur gibt Empfehlungen für die klinische Praxis ab und nimmt zur Liste der von der Krankenversicherung erstatteten Behandlungen oder Leistungen Stellung (ausgenommen Arzneimittel).

Sie führt in den Gesundheitsversorgungseinrichtungen und bei den niedergelassenen Ärzten Aktionen zur Bewertung der beruflichen Praktiken und zur Ausbildung in klinischen Prüfungen und Programme zur Verbesserung der Versorgungsqualität durch.

Die Experten der Agentur werden unter Angehörigen medizinischer oder pharmazeutischer Berufe und anderen qualifizierten Gesundheitsfachleuten angeworben. Diese Fachleute dürfen nur höchstens ein Drittel ihrer Arbeitszeit für ANAES-Aufgaben aufwenden.

2.2 Zulassung

Die Zulassung ist ein Verfahren zur externen Evaluierung von Gesundheitsversorgungseinrichtungen. Sie soll die Qualität der Versorgung sicherstellen und die kontinuierliche Entwicklung ihrer Verbesserung fördern. Die Zulassung betrifft alle öffentlichen und privaten Gesundheitsversorgungseinrichtungen (über 3000).

Das Akkreditierungsverfahren läuft in 8 Phasen ab:

- 1- Der Direktor der Einrichtung richtet einen Antrag auf Einleitung des Verfahrens an die ANAES, der von einem Präsentationsdossier der Einrichtung begleitet ist, in dem ihre Strategie und ihre Ziele beschrieben werden.

- 2- Die ANAES schlägt einen Zulassungsvertrag vor und sendet die für die Selbstevaluierung erforderlichen Analyseunterlagen zu.
- 3- Die Einrichtung nimmt die Selbstevaluierung vor und leitet die Ergebnisse der ANAES zu.
- 4- Die Experten der ANAES führen den Evaluierungsbesuch durch und erstellen einen Bericht auf der Grundlage der Selbstevaluierungsergebnisse.
- 5- Der Bericht wird der Einrichtung zur Stellungnahme zugesandt.
- 6- Der Bericht und die Bemerkungen der Einrichtung werden dem Zulassungsgremium der ANAES vorgelegt, das die Einrichtung mit oder ohne Empfehlung einer Weiterverfolgung für die Dauer von fünf Jahren akkreditiert oder die Zulassung verweigert, wobei sich die Einrichtung im Falle erheblicher Vorbehalte gegen ihre Führung einem neuen Verfahren unterziehen muss.
- 7- Der Zulassungsbericht wird dem Direktor der Einrichtung und dem Direktor der zuständigen regionalen Agentur für das Krankenhauswesen zugesandt.
- 8- Der Einrichtung wird ein Abschlussbericht zugesandt. Er kann von allen Angehörigen von Gesundheitsfachberufen und von der Öffentlichkeit eingesehen werden.

Um die Unabhängigkeit des Akkreditierungsverfahrens zu gewährleisten, dürfen die (ca. 180) ANAES-Experten nicht im Zusammenhang mit den Gesundheitsversorgungseinrichtungen ihrer Region tätig werden. Dem Zulassungsgremium gehören elf Gesundheitsfachleute an, die vom Gesundheitsminister ernannt werden.

Nach einer Versuchsphase im Jahre 1998 nahm die ANAES ihre eigentliche Arbeit Ende 1999 auf. Bis 31. Dezember 2001 wurden 131 Einrichtungen akkreditiert, 17 ohne Empfehlung, 54 mit Empfehlungen, 47 mit Vorbehalten und 13 mit erheblichen Vorbehalten. Die Agentur plant, bis Ende 2006 alle Gesundheitsversorgungseinrichtungen zu akkreditieren.

3. Die Generalinspektion für soziale Angelegenheiten

Die 1967 geschaffene Generalinspektion für soziale Angelegenheiten (Inspection générale des affaires sociales, IGAS) ist die jüngste der drei interministeriellen Generalinspektionen der Regierung. Im Gesetz vom 28. Mai 1996 wird im Zusammenhang mit der Rolle der IGAS ihrer Tätigkeit in allen Einrichtungen des Sozialwesens eine Rechtsgrundlage gegeben und ihre Zuständigkeit auf Vereinigungen, die sich an die öffentliche Freigebigkeit wenden, ausgeweitet. Die IGAS untersteht dem Minister für Beschäftigung und Solidarität und kann auch

vom Ministerpräsidenten und den anderen Kabinettsmitgliedern in Anspruch genommen werden.

Die traditionellen Inspektionsaufgaben sollen die höherrangige Kontrolle aller Einrichtungen sicherstellen, die an der Umsetzung der Politik der öffentlichen Gesundheitsversorgung, der sozialen Sicherung und der Vorsorge, der Arbeits-, Beschäftigungs- und Berufsbildungspolitik mitwirken.

Ziel der Kontrollaufgaben ist die eingehende Überprüfung der Einhaltung der geltenden Regelungen und der ordnungsgemäßen Verwendung öffentlicher Mittel. Jede Kontrolle ist mit der Erstellung eines Berichts verbunden, dessen endgültige Fassung nach Diskussion mit den Verantwortlichen der geprüften Einrichtung für den Minister bestimmt ist.

Die Berichte dürfen in der Regel nicht der Öffentlichkeit mitgeteilt werden. Der Leiter der IGAS legt jedoch jedes Jahr dem Präsidenten der Republik und dem Parlament einen Bericht vor, der veröffentlicht wird. Die IGAS stellt darin einige ihrer Kontrollen und die daran anschließenden Veranlassungen vor.

Der IGAS gehören 120 Mitarbeiter an. Sie erfüllt fast 200 Inspektionsaufträge pro Jahr und erstellt jährlich ca. 150 Berichte.

4. Die Finanzierung von Krankenhäusern in Frankreich

4.1 Das Budget der öffentlichen Krankenanstalten

Das Budget der öffentlichen Krankenanstalten, das durch das Gesundheitsgesetzbuch geregelt wird, ist eher ein Genehmigungsakt als ein Akt der Voraussicht.

Das Budget wird vom Direktor der Krankenanstalt aufgestellt und anschließend vom Verwaltungsrat angenommen, der damit den Umfang der Ausgaben festlegt, die er für die weitere Erfüllung der Aufgaben der Krankenanstalt als notwendig erachtet. Der Verwaltungsrat besitzt jedoch keinerlei Befugnis über die Einnahmen, mit denen die Ausgaben ausgeglichen werden können. Die Einnahmen werden vielmehr von einer Behörde festgesetzt, die völlig unabhängig von der Krankenanstalt ist. Zuständig für die Umsetzung der vom Parlament beschlossenen Krankenhausausgabenpolitik ist nämlich der Direktor der regionalen Agentur für das Krankenhauswesen (Agence régionale de l'hospitalisation, ARH). Er begrenzt durch Festsetzung der von der Krankenanstalt erwarteten Einnahmen das Ausgabenniveau.

Allgemeiner Aufbau des Budgets

Das Budget einer Krankenanstalt umfasst:

- einen Abschnitt für investitive Einnahmen und Ausgaben für die gesamte Krankenanstalt;
- einen Abschnitt für Betriebsmittel für das Gesamtbudget, in dem alle laufenden Einnahmen und Ausgaben aus der Krankenhausstätigkeit ausgewiesen werden: Allgemeinmedizin, Chirurgie und Geburtshilfe (MCO), Psychiatrie und Folgebehandlungen und Rehabilitation;
- unter Umständen einen Abschnitt für laufende (nicht investive) Einnahmen und Ausgaben je Nebenhaushalt: Langzeitbehandlungsabteilungen, Seniorenheime ...

Das Budget wird in Funktionsgruppen ausgewiesen, die durch Zusammenführung von Konten auf stark zusammengefasstem Niveau nach einer Gliederung sowohl nach Maßgabe der allgemeinen Buchführung (Gliederung der Einnahmen und Ausgaben nach Aufgabenbereichen, Funktionenprinzip) als auch der Kostenstellenbuchführung (Gliederung der Einnahmen und Ausgaben nach Ressorts, Ressortprinzip) gebildet werden. Diese Funktionsgruppen sind die folgenden (für das Hauptbudget):

Abschnitt Investitionen

	Ausgaben	Einnahmen
Gruppe 1	Schuldentilgung	Kredite
Gruppe 2	Anlagevermögen	Abschreibungen
Gruppe 3	Übernahme Rückstellung und ICNE	Rückstellungen und ICNE
Gruppe 4	Sonstige Ausgaben	Sonstige Einnahmen

Abschnitt Betrieb, Hauptbudget (Budget H)

	Ausgaben	Einnahmen
Gruppe 1	Personalausgaben	Globalmittelzuweisung
Gruppe 2	Medizinische Ausgaben	Erträge aus der Krankenhausstätigkeit
Gruppe 3	Allgemeine und Unterbringungsausgaben	Sonstige Erträge
Gruppe 4	Abschreib. Rückst. und FF	Umschreibung von Aufwendungen

Die Globalmittelzuweisung (Dotation globale, DGF) ist als Pauschale angelegt: sie soll alle von der Krankenversicherung übernommenen Ausgaben decken. Die Auszahlung der DGF in Zwölfteilen erfolgt für alle Krankenversicherungssysteme durch eine "Verteilerkasse", in der Regel die primäre Krankenkasse des Sitzes der Krankenanstalt.

Die Erträge aus der Krankenhausstätigkeit werden entweder vom ARH-Direktor oder landesweit (Tagespauschale, externe Sprechstunden ...) festgesetzt.

Die Nebenerträge oder sonstigen Erträge sind sehr vielfältig: Verkauf von Endprodukten, Kostenerstattungen, Abzüge auf die freiberufliche Tätigkeit von Krankenhausärzten, den Benutzern erbrachte Nebenleistungen, Personalmahlzeiten, Zuschüsse ...

Die Finanzierung des Abschnitts Investitionen erfolgt hauptsächlich durch Abschreibungen, die ICNE, gebundene Überschüsse und durch Kreditaufnahme und Zuschüsse.

Festlegung des Budgets

Das Budget wird vom Direktor der Krankenanstalt anhand der Ausführungen des Vorjahres unter Einbeziehung der geschätzten Kosten für neue Maßnahmen aufgestellt.

Anschließend verabschiedet der Verwaltungsrat das Budget, das, im Prinzip vor dem 15. Oktober des Jahres N-1, an den ARH-Direktor weitergeleitet wird. Wird das Budget nicht vor dem 1. Januar des Jahres N verabschiedet, wendet sich der ARH-Direktor an die regionale Rechnungskammer.

Der Verwaltungsrat ist zwar für die Verabschiedung des Budgets zuständig, die endgültige Festlegung der Budgetmittelausstattung hängt jedoch eng mit den landesweit getroffenen Entscheidungen zur Eindämmung des Anstiegs der Krankenhausaussgaben zusammen (Artikel 34 der Verfassung, Verfassungsgesetz Nr. 96-138 vom 22. Februar 1996: „*Die Gesetze zur Finanzierung der Sozialversicherung legen die allgemeinen Bedingungen für ihr finanzielles Gleichgewicht und unter Berücksichtigung ihrer Einnahmenvoranschläge ihre Ausgabenziele fest (...).*“).

Durch die Verordnung Nr. 96-346 vom 24. April 1996 wurde dem Gesundheitsminister und dem Finanzminister die Aufgabe übertragen, jedes Jahr gemäß dem vom Parlament beschlossenen nationalen Ziel der Ausgabenentwicklung der Krankenversicherung das voraussichtliche Ziel der Entwicklung der von der Krankenversicherung übernommenen Ausgaben der Gesundheitsversorgungseinrichtungen festzulegen, und zwar:

- entsprechend dem Bedarf der Bevölkerung, den Gesundheitsorientierungsplänen und den nationalen oder lokalen Prioritäten,
- unter Berücksichtigung der Tätigkeiten und Kosten der Krankenhäuser, die nach den vom PMSI vorgesehenen Modalitäten bewertet werden,
- mit dem Ziel des schrittweisen Abbaus der ungleichen Ressourcenverteilung zwischen Regionen und zwischen Krankenhäusern.

Der ARH-Direktor verteilt die ihm zugewiesene regionale Mittelausstattung nach denselben auf regionaler Ebene ausgeführten Kriterien auf alle Gesundheitsversorgungseinrichtungen der Region.

Für 2001 wurde der Gesamtkrankenhausausgabenbetrag auf 43,1 Milliarden festgesetzt. Dies ist ein Anstieg von 3,06% gegenüber 2000. In der Region Haute-Normandie beläuft sich die zu verteilende Mittelausstattung auf 1,07 Milliarden , dies sind 3,41% mehr als im Vorjahr.

Ausführung des Budgets

Das Budget wird vom Direktor der ARH nach Funktionsgruppe für jeden einzelnen Abschnitt festgestellt und anschließend dem Krankenhausdirektor zur Ausführung zugeleitet. Der Beschluss des ARH-Direktors ermächtigt den Krankenhausdirektor, Ausgaben bis in Höhe der ausgewiesenen Haushaltsmittel zu tätigen. Auf der Einnahmenseite verpflichtet der Beschluss die Krankenversicherung in Bezug auf die Globalmittelzuweisung und die Behandlungspauschale (Einnahmen der Gruppe 1) und in gewissem Maße auch für die Einnahmen aus der medizinischen Tätigkeit (Einnahmen der Gruppe 2: Tagespauschale und nicht durch die Globalmittelzuweisung abgedeckte ambulante Versorgungsleistungen).

Im Verlauf des Jahres kann sich der Haushalt durch verschiedene Ereignisse verändern: im ursprünglichen Haushalt nicht vorgesehene neue Maßnahmen, die auf landesweiter Ebene im Bereich der Personalentgelte getroffen werden, Einführung neuer Tätigkeiten auf örtlicher Ebene oder Anhebung der vom ARH-Direktor beschlossenen Mittel ...

Alle diese Maßnahmen führen zu neuen Ausgaben, denen in der Regel zusätzliche Einnahmen gegenüberstehen. Die Haushaltsberichtigungen werden durch vom Verwaltungsrat gefasste Änderungsbeschlüsse festgestellt und im Anschluss vom ARH-Direktor genehmigt (dasselbe Verfahren wie beim ursprünglichen Budget).

Ergebnis des Rechnungsjahres und Ergebnisverwendung

Am Ende des Haushaltsjahres erstellen der Direktor der Krankenanstalt und der Buchhalter gemeinsam eine Finanzrechnung, in der die Ausführung des Haushalts

zurückverfolgt wird. Die Finanzrechnung weist insbesondere das buchhalterische Ergebnis jedes Abschnitts des Gesamthaushalts und der Nebenhaushalte sowie den Betrag des zu verwendenden Ergebnisses aus. Die Rechnungen werden dem Verwaltungsrat der Krankenanstalt vorgelegt und anschließend an den ARH-Direktor weitergeleitet, der sie genehmigt.

Das Ergebnis des Haushaltsjahres lässt sich als Differenz zwischen den im Abschlußkonto festgestellten Ausführungen und den Haushaltsansätzen analysieren.

Bei den Aufwendungen kann die Differenz prinzipiell nicht negativ sein, da die Krankenanstalt keine Ausgaben über die ihr gewährten Ausgabenbewilligungen hinaus tätigen darf.

Was die Erträge betrifft, kann bei der Globalmittelzuweisung (Gruppe 1 der Einnahmen) keine Differenz festgestellt werden, da die Summe der im Jahresverlauf festgestellten Zahlungen je Zwölfstel strikt gleich dem Betrag ist, der in dem von der ARH bewilligten Budget ausgewiesen ist.

Dagegen können bei den anderen Erträgen (Einnahmen der Gruppen 2 und 3) die Differenzen negativ (Haushaltsdefizit) oder positiv (Haushaltsüberschuss) sein, da die zugehörigen Voranschläge nur Richtcharakter haben.

Geht das Defizit oder der Überschuss auf eine Differenz gegenüber den Einnahmen der Gruppe 2 (Erträge aus Krankenhaustätigkeit) zurück, wird die Globalmittelzuweisung des folgenden Jahres nach oben oder unten korrigiert.

Ist der Überschuss durch eine Differenz gegenüber den Einnahmen der Gruppe 3 (sonstige Erträge) bedingt, kann die Krankenanstalt ihn in eine Ausgleichsrücklage einstellen oder zur Finanzierung von Investitionsausgaben oder Betriebskosten verwenden, vorausgesetzt, die beiden letztgenannten Entscheidungen führen nicht zu einem Anstieg der von der Krankenversicherung finanzierten Kosten.

Wird das Defizit schließlich durch eine Differenz gegenüber den Einnahmen der Gruppe 3 verursacht, muss die Krankenanstalt es vorrangig für die Ausgleichsrücklage verwenden oder die Ausgabenbewilligungen des Budgets des Jahres, in dem das Defizit festgestellt wird (Budget N+1), in entsprechender Höhe kürzen. Unter bestimmten Bedingungen kann das Defizit auf 3 Rechnungsjahre verteilt werden.

4.2 Budgetgekoppelte Leistungskontrolle

Das Programm zur Integration medizinischer Angaben in die Informationssysteme (Programme de médicalisation du système d'information, PMSI) ist ein System das die Klassifizierung der in französischen Krankenhäusern erbrachten

Versorgungsleistungen nach medizinischen Kriterien erlaubt und das theoretisch zur Anpassung der Krankenhaus- und Klinikvergütung an diese Leistungen dient. Es beruht auf der Nomenklatur der „Homogenen Patientengruppen“ (Groupes Homogènes de Malades, GHM), die eine Anpassung der von Professor Fetter, Universität Yale, ausgearbeiteten amerikanischen Klassifizierung der Diagnosefallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG) ist.

Das PMSI wurde in Frankreich Mitte der 80er Jahre eingeführt. Es wird seit Anfang der 90er Jahre generell für alle Tätigkeiten bei Kurzaufenthalten (Allgemeinmedizin, Chirurgie, Geburtshilfe) angewendet und soll in den nächsten Jahren auch auf Folgebehandlungen und Rehabilitation und auf Psychiatrie ausgedehnt werden.

Für jeden Krankenhausaufenthalt im Bereich Allgemeinmedizin, Chirurgie oder Geburtshilfe wird eine Entlassungsanzeige erstellt, die verschlüsselte administrative oder medizinische Informationen enthält. Jeder Aufenthalt wird entsprechend seinen Merkmalen in eine GHM eingestuft. Derzeit werden 568 GHM in 28 Hauptgruppen (catégorie majeure, CM) oder Hauptdiagnosegruppen (catégorie majeure de diagnostics, CMD) unterschieden.

Jeder GHM wird ein Indexwert zugeordnet, der so genannte ISA-Punkt (indice synthétique d'activité), der als Maß der Krankenhaustätigkeit dient. Diese Bewertung der Aufenthalte, die für alle Krankenanstalten identisch ist, erfolgt proportional zum Umfang und zur Art der geleisteten Behandlung.

Anhand der von einer Krankenanstalt erzielten Gesamt-ISA-Punktzahl, die für Tätigkeiten bei Kurzaufenthalten in Beziehung zu den Daten aus der Kostenstellenbuchführung gesetzt wird, lässt sich der durchschnittliche ISA-Punktwert der Anstalt ermittelt. Dieser Wert wird anschließend auch auf regionaler und dann auf landesweiter Ebene berechnet.

Die zu hohe oder zu niedrige relative Mittelzuweisung jeder Krankenanstalt wird durch Vergleich ihrer Differenz zum regionalen Durchschnitt geschätzt. Sie ist somit ein Lenkungsinstrument des Direktors der regionalen Agentur für das Krankenhauswesen, mit dessen Hilfe sich die Unterschiede zwischen den Anstalten seiner Region schrittweise abbauen lassen.

Das PMSI erstellt eine große Zahl weiterer Indikatoren sowohl auf Anstalts- als auch auf regionaler oder nationaler Ebene, insbesondere die durchschnittlichen Kosten einer GHM, die Aufgliederung des Durchschnittswerts des ISA-Punkts auf die vier Gruppen der Krankenhausausgaben, die durchschnittlichen Kosten eines Betts oder eines Aufenthalts. Diese Indikatoren ermöglichen die Klassifizierung der Krankenanstalten und stellen ein Lenkungsinstrument für den Krankenhausdirektor dar, um die erforderlichen Anpassungen vorzunehmen.

5. Der staatliche Rechnungshof in Frankreich

In Frankreich reicht die Existenz eines Kontrollorgans der königlichen Finanzen bis ins Jahr 1318 zurück. Die Prüfung der öffentlichen Rechnungen wurde jedoch erst Anfang des 19. Jahrhunderts von Napoleon I. vereinheitlicht, der am 16. September 1807 den staatlichen Rechnungshof errichten ließ.

5.1 Aufgaben des Rechnungshofs

Der Rechnungshof ist zuständig für die obligatorische Kontrolle des Staates, der nationalen öffentlichen Einrichtungen, der öffentlichen Unternehmen und der Sozialversicherungsträger und für die freiwillige Kontrolle der Körperschaften des privaten Rechts, deren Stimmen- oder Kapitalmehrheit von der obligatorischen Kontrolle des Rechnungshofs unterliegenden Körperschaften gehalten wird und die öffentliche Zuschüsse erhalten oder sich an die öffentliche Freigabe wenden.

Bei diesen Kontrollen nimmt der Rechnungshof drei wesentliche Aufgaben wahr:

Kontrolle der Ordnungsmäßigkeit: der Rechnungshof als Rechnungsrichter, welcher die gerichtsförmige Prüfung über die Rechnungslegung der öffentlichen Rechnungsführer ausübt

Bei Körperschaften, deren Rechnungen von einem Rechnungsführer des Staates geführt werden, überprüft der Rechnungshof, ob die Einnahmen erhoben und die Ausgaben nach den geltenden Buchführungsvorschriften getätigt wurden. Diese traditionelle Aufgabe des Rechnungshofs wird ab 2007 durch die Verpflichtung, die Rechnungen des Staates zu testieren, ergänzt.

Der Rechnungshof beurteilt nicht nur die Rechnungen der öffentlichen Rechnungsführer, sondern auch die Rechnungen jeder Person, die regelwidrig in die öffentliche Kassenführung eingegriffen hat: Der "De-facto-Rechnungsführer" unterliegt demnach denselben Verpflichtungen und hat dieselbe Verantwortung wie ein öffentlicher Rechnungsführer.

Kontrolle der Wirtschafts- und Verwaltungsführung: der Rechnungshof und die wirtschaftliche Verwendung öffentlicher Mittel

Der Rechnungshof beurteilt nicht die Anweisungsbefugten; er "verschafft sich Gewissheit über die wirtschaftliche Verwendung der von den Dienststellen des Staates verwalteten Mittel, Gelder und Werte" entweder im Zuge der gerichtsförmigen Prüfung der Rechnungen der Rechnungsführer des Staates und der öffentlichen Einrichtungen oder direkt durch Prüfung der Wirtschafts- und Verwaltungsführung der Anweisungsbefugten.

Bei öffentlichen Unternehmen nimmt der Rechnungshof zur Ordnungsmäßigkeit und Richtigkeit ihrer Rechnungen Stellung und schlägt ggfs. Verbesserungen vor. Er nimmt auch zur Qualität der Wirtschafts- und Verwaltungsführung dieser Unternehmen Stellung. Bei privaten Körperschaften muss sich der Rechnungshof Gewissheit darüber verschaffen, dass öffentliche Beihilfen zielgemäß verwendet werden.

Im Falle offensichtlicher Unregelmäßigkeiten in der Wirtschafts- und Verwaltungsführung des Anweisungsbefugten einer dieser Körperschaften oder Dienststellen des Staates kann der Rechnungshof das Disziplinargericht für Haushalts- und Finanzangelegenheiten (Cour de discipline budgétaire et financière) anrufen. Er kann auch die Strafgerichte anrufen, wenn er eine betrügerische Wirtschafts- und Verwaltungsführung aufdeckt.

Unterstützung des Parlaments und der Regierung

In Artikel 47 der Verfassung vom 4. Oktober 1958 heißt es: *„Der Rechnungshof unterstützt das Parlament und die Regierung bei der Überwachung der Ausführung der Haushaltsgesetze.“* Seit der Verfassungsreform vom 22. Februar 1996 heißt es überdies in dem neuen Artikel 47-1: *„Der Rechnungshof unterstützt das Parlament und die Regierung bei der Überwachung und Anwendung der Gesetze über die Finanzierung der Sozialversicherung.“*

Die Zusammenarbeit zwischen dem Rechnungshof und dem Parlament erfolgt insbesondere durch die Veröffentlichung von Berichten über die Ausführung der Finanzgesetze (Staat und Sozialversicherung), durch einen öffentlichen Jahresbericht oder von beim Parlament hinterlegten und dem Präsidenten der Republik vorgelegten Sonderberichten sowie durch auf Antrag von Parlamentsausschüssen durchgeführte Erhebungen.

5.2 Organisation und Arbeitsweise

Organisation

Alle Mitglieder der Rechnungshofs werden per Dekret ernannt. Sie sind Richter, unabhängig und unabsetzbar. Den Vorsitz des Rechnungshofs hat der Erste Präsident inne, der durch Dekret im Ministerrat ernannt wird. Wie jeder Gerichtsbarkeit ist dem Rechnungshof eine juristische Abteilung unter Leitung eines Rechtsberaters beigeordnet, die die staatsanwaltlichen Aufgaben beim Rechnungshof wahrnimmt und eine Vermittlerrolle zwischen Regierung und Rechnungshof spielt.

Der Rechnungshof besteht aus sieben Kammern. Jede Kammer ist mit ca. dreißig Richtern und Berichterstattern, entsandten oder mobilen Beamten (Zivilverwalter, Ingenieure) besetzt, die unter der Weisungsgewalt eines Kammerpräsidenten stehen. Die Kammern sind die beschlussfassenden Organe des Rechnungshofs.

Arbeitsweise

Der Rechnungshof ist sowohl von der gesetzgebenden Gewalt als auch von der vollziehenden Gewalt unabhängig. Seine Unabhängigkeit, die vom Verfassungsrat (Conseil constitutionnel) in einer Entscheidung vom 25. Juli 2001 erneut bekräftigt wurde, wird insbesondere durch die freie Aufstellung seines Prüfungsprogramms gewährleistet. Das Programm wird so zusammengestellt, dass die Institutionen, die in die Zuständigkeit des Rechnungshofs fallen, im Durchschnitt alle vier bis fünf Jahre geprüft werden.

Die Berichterstatter des Rechnungshofs besitzen ein sehr weit gehendes Ermittlungsrecht: Die der obligatorischen Kontrolle des Rechnungshofs unterliegenden Körperschaften müssen ihm ihre Rechnungen zugehen lassen und die Leitungskräfte der anderen Körperschaften müssen alle Unterlagen übermitteln, die von ihnen verlangt werden. Die Behinderung der Ermittlungen der Berichterstatter wird strafrechtlich geahndet.

Erarbeitung der Entscheidungen: Die Arbeit ist nach dem Kollegialprinzip und dem Grundsatz der Anhörung aller Parteien organisiert. Durch die Ernennung des Mitglieds, das an der Entscheidung beteiligt ist (conseiller maître) als Gegenberichterstatter zur Erleichterung der Arbeit der Kammer wurde eine erste interne Regulierungsebene geschaffen. Die zweite Ebene ist die Debatte in kollegialer Anordnung im Vorfeld jeder Kammerentscheidung. Die dritte Phase schließlich ist die kontradiktorische, für die die Regel des doppelten Urteils in richterlichen Fragen und die Übermittlung eines provisorischen Feststellungsberichts an die Leitungskräfte der geprüften Körperschaften vor der Verabschiedung des endgültigen Berichts im Bereich der Prüfung der Wirtschafts- und Verwaltungsführung gilt.

Die juristische Abteilung nimmt zur Organisation der Arbeiten des Rechnungshofs Stellung und wacht über die Einhaltung der Verfahren. Auf Anordnung des Rechnungshofs oder aus eigener Initiative tauscht sie sich mit öffentlichen Verwaltungen aus und wendet sich an Justizbehörden.

5.3 Ergebnisse

Die Bedeutung der Aufgaben des Rechnungshofs, seine Ermittlungsbefugnisse und seine Kontrollmethoden verleihen ihm eine sehr große Autorität. Er trägt jedoch da-

für Sorge, dass sein Handeln keine Beurteilung der Zweckmäßigkeit der Entscheidungen, die er kontrolliert, beinhaltet. Auch besitzt der Rechnungshof keine Anordnungsbefugnis gegenüber der Regierungsgewalt. Er legt seine Feststellungen den Verantwortlichen vor und klärt sie über die Folgen ihrer Wahl auf. Seine Rolle liegt darin, Irrtümer und Fehler aufzudecken und auf sie hinzuweisen.

In der Praxis führt das Handeln des Rechnungshofs zur Berichtigung von Unregelmäßigkeiten und Annahme von Reformen. Die Kontrollen des Rechnungshofs üben eine gewisse abschreckende Wirkung auf Anweisungsbefugte und Verantwortliche von Unternehmen aus, die sich kaum vom Rechnungshof ihre Geschäftsführung kritisieren lassen wollen, insbesondere nicht im öffentlichen Jahresbericht, der weite Verbreitung findet, namentlich in der Presse.

Weiterer Instanzenweg: Die endgültigen Urteile des Rechnungshofs sind von Rechts wegen vollstreckbar, allerdings unter dem Vorbehalt des Rechtsmittels der Berufung vor dem Rechnungshof selbst, wenn neue Sachverhalte vorliegen, und des Rechtsmittels der Revision vor dem Staatsrat (Conseil d'Etat), wenn rechtliche Gründe dies rechtfertigen. Der Rechnungsführer kann zudem Haftungsentlastung oder einen teilweisen oder vollständigen Haftungsbescheid durch Entscheidung des für den Haushalt zuständigen Ministers erhalten.

Quantitative Ergebnisse: Im Durchschnitt werden jedes Jahr siebenhundert Berichte erstellt, die Schriftverkehr mit den Aufsichtsbehörden der geprüften Körperschaften und ihren Leitungskräften mit sich bringen. Des Weiteren ergehen im Durchschnitt jedes Jahr drei- bis vierhundert Urteile über die Rechnungen öffentlicher Rechnungsführer. Außerdem wird jedes Jahr ein Bericht über die Ausführung der Finanzgesetze des Vorjahres und ein Bericht über die der Kontrolle des Rechnungshofs unterliegende Sozialversicherung erstellt. Beide Berichte werden dem Parlament übermittelt.

6. Die regionalen und territorialen Rechnungskammern in Frankreich

6.1 Allgemeine Präsentation der Finanzgerichtsbarkeiten, der Rechtsprechungseinrichtungen für das Finanzwesen in Frankreich

Die 26 regionalen und territorialen Rechnungskammern (chambres régionales et territoriales des comptes, CRTC), errichtet durch das Gesetz vom 2. März 1982 im Rahmen der Dezentralisierung der den Gebietskörperschaften zuerkannten

Befugnisse, stehen als Nachfolger jahrhundertalter Institutionen, deren älteste Ausprägung ins 11. Jahrhundert zurückreicht, neben der ordentlichen und der Verwaltungsgerichtsbarkeit in der institutionellen Ordnung Frankreichs.

Nach den Prinzipien der Erklärung der Menschen- und Bürgerrechte vom 26. August 1789, in deren Artikel 15 es heißt: „Die Gesellschaft hat das Recht, von jedem Staatsbeamten Rechenschaft über seine Amtsführung zu verlangen“, sind die CRTC zuständig für die Finanzkontrolle der "lokalen" Gebietskörperschaften (Regionen, Departements und Gemeinden) und ihrer öffentlichen Einrichtungen, zu denen die öffentlichen Gesundheitsversorgungseinrichtungen (Krankenhäuser) und die sozialen und medizinisch-sozialen Einrichtungen, ihre Zusammenschlüsse (krankenhausübergreifende Zweckverbände, öffentliche Interessenvereinigungen) und die Träger unabhängig von ihrem Statut gehören, die lokale öffentliche Gelder erhalten und denen die Verwaltung einer öffentlichen Dienstleistung übertragen wurde. Die Träger, deren Finanzkontrolle den CRTC vom staatlichen Rechnungshof (Cour des comptes) übertragen wurde wie zum Beispiel die universitäre Struktur der Universitätskrankenhäuser, gehören ebenfalls dazu.

Als unabhängige Finanzgerichtsbarkeit mit Sitz in jeder Region und in zwei Territorien, die sich aus unabsetzbaren vereidigten Richtern zusammensetzt, sind die CRTC die Garanten der ordnungsgemäßen Verwendung der lokalen Gelder nach den durch das geänderte Gesetz vom 2. Dezember 1994 und das geänderte Dekret vom 16. April 2000 kodifizierten Verfahren. Erwähnt seien diesbezüglich die an Schriftstücken und an Ort und Stelle durchgeführte Untersuchung, die Unterzeichnung des Untersuchungsberichts durch einen zu Beginn des Verfahrens benannten berichterstattenden Richter, die schriftliche Einschaltung der Staatsanwaltschaft vor der kollegialen Beschlussfassung, die Anhörung der geprüften Stelle bei der Erstellung der Prüfungsbemerkungen oder der Anforderung von Nachweisen (kontradiktorisches Verfahren).

6.2 Die CRTC nehmen drei grundlegende Aufgaben wahr

Beurteilung der Rechnungen (Gerichtsförmige Prüfungen der Rechnungen)

Die CRTC beurteilen nach einem jährlichen Kontrollprogramm in erster Instanz die Rechnungen der Gebietskörperschaften und ihrer öffentlichen Einrichtungen mit im Durchschnitt vierjährlicher Periodizität. Der Rechnungshof entscheidet als Berufungsinstanz, der Staatsrat (Conseil d'Etat) bei Revisionseinlegung als Kassationsinstanz. Gegenstand der jüngeren Rechtsprechung war auch die Anwendung von Artikel 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention durch die CRTC.

Die jedes Jahr von einem öffentlichen Rechnungsführer (comptable public) vorgelegten Buchführungen werden einer nachgängigen Prüfung unterzogen (Dekret vom 29. Dezember 1962). Gebietskörperschaften und Einrichtungen, deren jährliche Betriebseinnahmen unter 0,30 Mio. (0,750 Mio. ab 2002) liegen und deren Bevölkerung 2000 Einwohner (3500 ab 2002) nicht überschreitet, legen ihre Rechnungen übergeordneten Rechnungsführern vor, die sie prüfen und für richtig befinden und sie ggfs. an die CRTC zurückschicken können, die das Verfahren übernehmen können.

Die CRTC bewerten anhand der eingereichten Belege die Ordnungsmäßigkeit und Richtigkeit der Einnahmen und getätigten Ausgaben und können den persönlich und mit ihrem Vermögen haftenden Rechnungsführern befehlen, sich innerhalb einer Frist von zwei Monaten zu rechtfertigen, und ggfs. ihre persönliche und finanzielle Verantwortung erklären. Andernfalls heißt die CRTC die Tätigkeit des Rechnungsführers gut und erteilt ihm die Entlastung, wenn er aus seinem Amt ausscheidet. Die CRTC üben nicht die Gerichtsbarkeit über Leitungskräfte oder "Anweisungsbefugte" aus. Sie können jedoch gegen jede Person Anklage erheben, die sich als "De-facto-Rechnungsführer" in die öffentliche Kassenführung eingemischt haben, ohne die Eigenschaft eines öffentlichen Rechnungsführers zu besitzen, und sie zu einer Geldbuße verurteilen. Durch das Gesetz vom 21. Dezember 2001 wurde die Verjährungsfrist für diesen Verstoß gegen Finanzvorschriften auf 10 Jahre gesenkt.

Prüfung der Wirtschafts- und Verwaltungsführung des Anweisungsbefugten

Die Prüfung der Wirtschafts- und Verwaltungsführung erstreckt sich zum einen auf die Ordnungsmäßigkeit der Führungshandlungen und die Gesetz- und Rechtmäßigkeit der Einnahmen und Ausgaben, etwa die Einhaltung der Verdingungsordnung oder der Regelungen für Bezüge und Zulagen der Bediensteten, und zum anderen auf die Sparsamkeit des Mitteleinsatzes und die Bewertung der erreichten Ergebnisse im Vergleich zu den vom beschlussfassenden Organ festgesetzten Zielen. Zur Zweckmäßigkeit dieser Ziele darf indes nicht Stellung genommen werden.

Die zugleich oder zeitversetzt zur Prüfung der Rechnungen erfolgende Untersuchung der Wirtschafts- und Verwaltungsführung ist an einer der Rechnungsprüfung nahen Methodik ausgerichtet, im Mittelpunkt stehen die internen Kontrollvorkehrungen und die Bewertung der Qualität der Wirtschafts- und Verwaltungsführung. Die CRTC optimieren ihre Kontrollmittel durch einen thematischen Ansatz zur Abgrenzung des Prüfungsgebiets, der jedoch auf die Arbeiten oder Prioritäten abgestimmt ist, die auf regionaler oder finanzgerichtsbarkeitsübergreifender Ebene geleistet oder festgesetzt werden.

Nach einem Pflichtgespräch zwischen Leiter und berichterstattendem Richter entscheidet die CRTC kollegial über einen vertraulichen vorläufigen Feststellungsbericht, der dem betroffenen Leiter und Personen zugestellt wird, so dass sie Gelegenheit haben, ggfs. im Beisein von Beratern, angehört zu werden und Rechtfertigungen vorzutragen. Anhand der Antworten erstellt der berichterstattende Richter einen Untersuchungsbericht, über den erneut kollegial entschieden wird. Der Präsident der CRTC unterzeichnet daraufhin einen abschließenden Feststellungsbericht, der seit 1990 nach Zuleitung an das beschlussfassende Organ veröffentlicht wird. An Verwaltungs- oder Justizbehörden im Zuständigkeitsbereich der CRTC oder an den Rechnungshof können Mitteilungen gerichtet werden.

Verwaltungsmäßige Haushaltskontrolle (Kontrolle der Haushaltsvorgänge)

Gebietskörperschaften und öffentliche Einrichtungen verabschieden jedes Jahr einen Haupthaushalt und mehrere Nebenhaushalte, in denen die Einnahmen und Ausgaben veranschlagt und bewilligt werden. Die CRTC nehmen ihren Kontrollauftrag auf dem Wege der externen Anrufung durch den Vertreter des (Zentral)Staates im Departement oder eines Dritten wahr (vier Arten von Haushaltskontrolle kommen in Frage: nicht fristgerecht erfolgte Feststellung, fehlendes reales Gleichgewicht, Defizit im Verlauf der Ausführung, nicht veranschlagte rechtlich begründete Ausgaben) und geben eine Haushaltsstellungnahme ab, die den Betroffenen vorgelegt wird. Allein der Präfekt begleitet und verbucht die streitigen Beträge. Auch soziale oder medizinisch-soziale Einrichtungen fallen unter diese Kontrolle der ordentlichen Gerichtsbarkeit.

Bei den Krankenhäusern ist die Anrufung seitens der regionalen Agentur für das Krankenhauswesen (agence régionale de l'hospitalisation, ARH) auf zwei Fälle beschränkt: wenn das Budget nicht vor dem 1. Januar des fraglichen Rechnungsjahres vom Verwaltungsrat der öffentlichen Gesundheitsversorgungseinrichtung verabschiedet wird oder wenn der Verwaltungsrat einen Beschluss gefasst hat, der das Haushaltsgleichgewicht des Krankenhauses bedroht. In diesen beiden Fällen folgt auf die Anrufung die Zustellung einer Haushaltsstellungnahme der CRTC innerhalb einer Frist von 30 Tagen, auf die hin die ARH entweder das neue Budget festlegen oder den strittigen Beschluss bei gleichlautender Stellungnahme der CRTC für ungültig erklären kann.

6.3 Die CRTC und der Rechnungshof in Paris

Im Gesundheitsbereich kontrolliert der Rechnungshof die für Krankenhäuser zuständigen Dienststellen des Staates, die Verwaltungsträger der Sozialversicherung

und bestimmte öffentliche und private Gesundheitsversorgungseinrichtungen. Seit 1996 erstellt der Rechnungshof einen jährlichen Bericht über die Anwendung des Sozialversicherungsfinanzierungsgesetzes und leistet dem Parlament und der Regierung Unterstützung bei der Anwendung. Er muss in diesem Zusammenhang über die zwei Globalgrößen "Gesundheitseinrichtungen" und "medizinisch-soziale Einrichtungen", die in die Zuständigkeit der CRTC fallen, zu ihrer Kontrolle und zu ihrer Einhaltung des nationalen Ausgabenziels der Krankenversicherung Bericht erstatten.

Der Verbindungsausschuss zwischen Rechnungshof und CRTC hat für die Koordination der Arbeiten Sorge zu tragen, insbesondere durch landesweite Erhebungen zu einer Vielzahl von Themen. Einige der endgültigen Feststellungen der CRTC werden vom Rechnungshof in einen öffentlichen Jahresbericht übernommen, zuletzt veröffentlicht im September 2002 zu einer rechnungskammerübergreifenden Erhebung 2001-2002 über Krankenhausaussgaben. Behandelt werden darin etwa die Themen Einrichtungsprojekte, Krankenhausneugliederung, Hospitalisierungsalternativen, Arzneimittel, medizinisches Personal und Prozess der Integration medizinischer Angaben in die Informationssysteme. Für 2003 und 2004 koordinieren die Finanzgerichtsbarkeiten eine Erhebung zum öffentlichen Krankenhausdienst einschließlich Untersuchung der Einstellungsbedingungen, Laufbahnmanagement, vorausschauendes Personal- und Kompetenzmanagement, Personalbestand, Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen und Entgelte.

**Hospitals and Audit Institutions in
the United Kingdom**

Hôpitaux et institutions de contrôle au Royaume-Uni

*Krankenhäuser und Finanzkontrollinstitutionen im
Vereinigten Königreich*

Hospitals and Audit Institutions in the United Kingdom

Matt Gott, Specialist Manager, Audit Commission of England and Wales

Hospitals and Audit Institutions in the UK

1. Introduction

2. Management and Financing of hospitals

3. Audit Institutions and Other Review Agencies

4. Audit Roles and Responsibilities

5. Reporting Audit Work

Appendices

Hospitals and Audit Institutions in the UK

1. Introduction

This document provides information about the role and structure of public audit institutions and the secondary care (hospital) sector in England. The document is in 3 main sections:

Management and Financing of Hospitals

This section states that public health care in England, which is available to everyone, is financed entirely from general taxation. It explains that the health sector is managed centrally by a government department, the Department of Health, with local hospitals having their own management boards containing both executive and non-executive directors. Local government bodies have no authority over hospitals. The section also contains summary information about costs and activity volumes for the entire health sector, and for a 'typical' hospital.

Audit Institutions and Other Review Agencies

This section explains the interaction between the National Audit Office (Supreme Audit Institution) and the Audit Commission and District Audit. It explains the role of the Audit Commission in appointing independent local auditors (including those from its own in-house organisation, District Audit) to audit individual hospital's accounts, and how the Department of Health summarises these accounts for the National Audit Office to audit and report to Parliament. It also provides information about other review agencies in the health sector: the Commission for Health Improvement, the National Clinical Assessment Authority and the National Institute for Clinical Excellence.

Audit Roles and Responsibilities

This section sets out the principle statutory responsibilities and powers of auditors. It also introduces the Audit Commission's model of public audit to which auditors of hospitals must follow, and which defines auditors' responsibilities in relation to:

- The accounts
- The financial aspects of corporate governance
- Aspects of performance management.

Detailed information about these responsibilities is contained in the Appendices. Information is also provided in this section about how auditors report the findings of their work.

2. Management and Financing of Hospitals¹

The National Health Service was set up in 1948 to provide healthcare for all citizens, based on need, not the ability to pay. It is made up of a wide range of health professionals, support workers and organisations.

Management

The NHS is funded by the taxpayer. This means it is accountable to Parliament. It is managed by Department of Health - which is directly responsible to the secretary of state for health Alan Milburn.

The department sets overall health policy in England, is the headquarters for the NHS and is responsible for putting policy into practice. It also sets targets for the NHS and monitors performance through its four directors of health and social care. Around one million people work for the NHS in England and it costs more than £50 billion a year to run. This will rise to £69 billion by 2005.

NHS facts and figures

In a typical week:

- 1.4 million people will receive help in their home from the NHS
- more than 800,000 people will be treated in NHS hospital outpatient clinics
- 700,000 will visit a NHS dentist for a check-up
- NHS district nurses will make more than 700,000 visits
- over 10,000 babies will be delivered by the NHS
- NHS chiropodists will inspect over 150,000 pairs of feet
- NHS ambulances will make over 50,000 emergency journeys
- NHS Direct nurses will receive around 25,000 calls from people seeking medical advice
- pharmacists will dispense approximately 8.5 million items on NHS prescriptions
- NHS surgeons will perform around 1,200 hip operations, 3,000 heart operations and 1,050 kidney operations.

¹ Detailed information can be viewed at <http://www.nhs.uk>

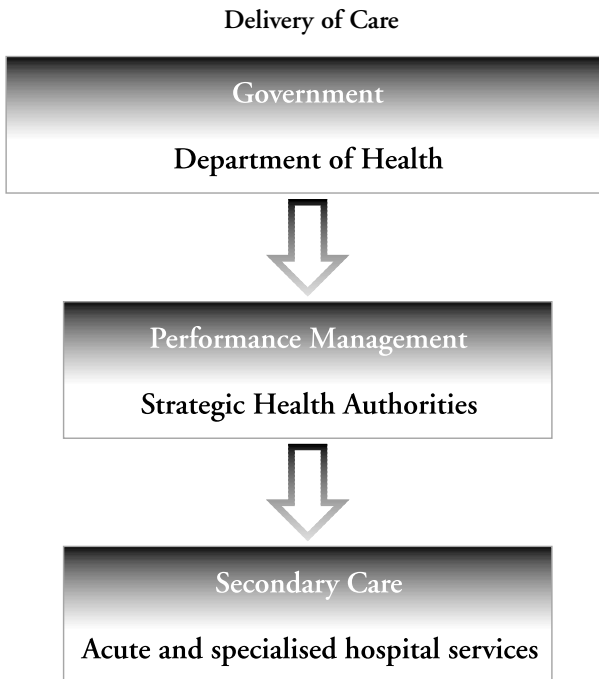
Department of Health

This is the Government department responsible for delivering health and social care services to the people of England. It has offices in Leeds and London and is responsible for:

- management of the overall health and social care system
- developing policy and managing major change in the National Health Service (NHS)
- regulation and inspection of the NHS (increasingly at arms length through organisations such as the Commission for Health Improvement²)
- intervention, should problems occur in the running of the NHS at any level.

The Department of Health also has four Directors of Health and Social Care who work directly with the NHS and have a performance management role.

Figure 1



² See Audit Institutions and Other Review Agencies

Health authorities

England's 95 health authorities ceased to exist in April 2002 and passed many of their responsibilities to primary care trusts. By October 2002 they will be replaced by 28 larger health authorities, with a 'strategic' function (subject to legislation). They will be responsible for:

- developing strategies for the local health service
- ensuring high-quality performance of the local health service and its organisations
- building capacity in the local health service.
- The new health authorities will manage the NHS locally and will be a key link between The Department of Health and the NHS. They will also ensure that national priorities (such as programmes for improving cancer services) are integrated into plans for the local health service.

NHS Hospitals

Hospital trusts are found in most large towns and cities, and usually offer a general range of services to meet most people's needs. Some trusts also act as regional or national centres of expertise for more specialised care, while some are attached to universities and help to train health professionals. Trusts can also provide services in the community - for example through health centres, clinics or in people's homes. Except in the case of emergencies, hospital treatment is arranged through General Practitioners. Appointments and treatment are free. Together, NHS trusts employ the majority of the NHS workforce including nurses, doctors, dentists, pharmacists, midwives, health visitors and staff from the professions allied to medicine, such as physiotherapists, radiographers, podiatrists, speech and language therapists, counsellors, occupational therapists and psychologists. Their many other staff include receptionists, porters, cleaners, IT specialists, managers, engineers, caterers, and domestic and security staff.

A typical Hospital – facts and figures

Total Expenditure	£85million (£54million on employees)
Total Employees	2600
Population area	260,000 people
Number of beds	700
Activity volume	300,000 patient attendances per year
Management	Chairman 5 non-executive Directors 7 executive Directors: [Executive Directors:- Chief Executive, Medical Director, Finance Director, Director of Nursing, Director of Planning, Director of Clinical Services, Director of Facilities]

3. Audit Institutions and Other Review Agencies

Audit Arrangements in the National Health Service

The National Audit Office: The role of the Comptroller and Auditor General (C&AG), as head of the National Audit Office (NAO), is to report to Parliament on the spending of central government money. The NAO conducts financial audits of all government departments and agencies and many other public bodies, and reports to Parliament on the value for money with which public bodies have spent public money. The NAO's relations with Parliament are central to their work, and they work closely with the Committee of Public Accounts. The NAO also works closely with other public audit bodies, including District Audit, who have a role in other areas of public expenditure.

Under the law, the C&AG and the NAO are responsible for auditing the accounts of all Government departments and agencies and to report the results to Parliament. Individual accounts can range from the National Health Service, to the Passport Agency. The C&AG also audits over half of the 'arms-length' public bodies (known as non-Departmental public bodies), examples of which include the Audit Commission and the Regional Development Agencies.

As with other auditors, the C&AG is required to form an opinion on the accounts, as to whether they are free from material misstatements. The C&AG is also required to confirm that the transactions in the accounts have appropriate Parliamentary authority. If the NAO identify material misstatements, the C&AG will issue a qualified opinion. Where there are no material errors or irregularities in the accounts, the C&AG may nonetheless prepare a report to Parliament on other significant matters. Such reports may be considered by the Committee of Public Accounts of the House of Commons. Even if no report is made, the NAO will still, where appropriate, write a letter to the management of a body outlining where improvements in their systems could be made. Such 'management letters' often lead to significant changes.

National Health Service and the role of the Audit Commission and District Audit

The Audit Commission (the Commission) is an independent body with statutory responsibilities to regulate the audit of local government and NHS bodies in England and Wales, and to promote improvements in the economy, efficiency and effectiveness of local government and NHS services. The Commission is responsible, among other things, for:

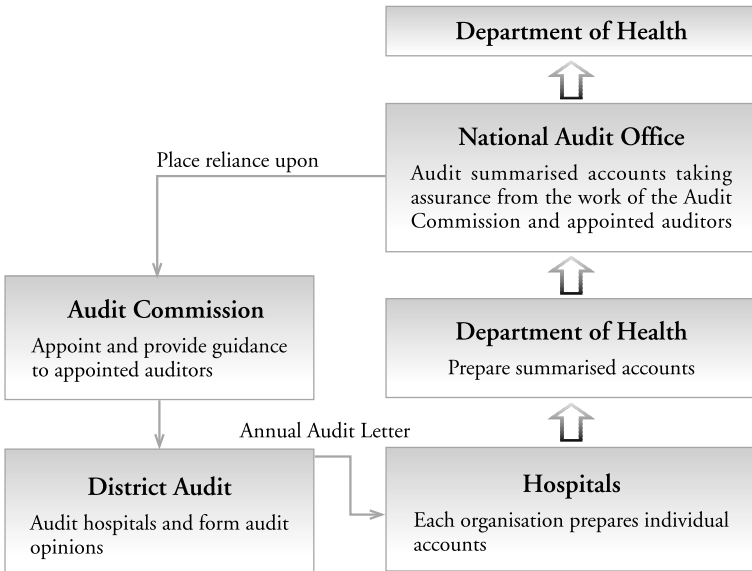
- appointing auditors to local government and NHS bodies, and purchasing auditing services;

- setting the required standards for its appointed auditors, and regulating the quality of audits;
- making arrangements for certifying grant claims and returns;
- undertaking or promoting comparative and other studies to promote the economy, efficiency and effectiveness of local government and NHS services;
- receiving and, where appropriate, following up information received from ‘whistleblowers’ in local government and NHS bodies under the Public Interest Disclosure Act 1998

The Commission appoints auditors to local government and NHS bodies (‘auditors’), from **District Audit** (the Commission’s own arms length audit agency) and from private firms of auditors. It provides advice and support to auditors on technical matters and monitors their performance through a rigorous quality control process. Once appointed, auditors carry out their statutory and other responsibilities, and exercise their professional judgement, independently of the Commission.

The Audit Commission appoints the external auditors, including District Audit, to hospitals. These appointed auditors provide an audit opinion on the annual accounts of each body, and the Department of Health summarises these accounts for the consolidated audit. **Figure 2** shows the audit arrangements for the underlying and summarized accounts of the NHS in 2001-2002.

Figure 2



Other Review Agencies in the NHS

Commission for Health Improvement

The Commission for Health Improvement (CHI) was set up by the government to improve the quality of patient care in the NHS across England and Wales. CHI started operating on 1 April 2000 and has a programme underway which aims to ensure that every NHS patient receives the same high level of care. The patient's experience is at the heart of CHI's work.

CHI will assure, monitor and improve the quality of patient care by undertaking clinical governance reviews. CHI will visit every NHS trust and health authority, which includes primary care groups, local health groups and general practices, in England and Wales on a rolling programme every four years. CHI's findings will be based on evidence and not opinion.

CHI also investigates serious service failures in the NHS when requested by the Secretary of State for Health in England and the National Assembly for Wales and will carefully consider other requests.

The legislative basis for CHI is the 1999 Health Act and its associated regulations.

National Clinical Assessment Authority (NCAA)

Set up in April 2001, this national body provides a central point of contact for the NHS when concerns about a doctor's performance are raised. The authority gives advice to NHS hospitals and health authorities to make sure the performance of doctors is checked and action taken to ensure doctors are practising safely.

National Institute for Clinical Excellence (NICE)

NICE is a new body set up in April 1999 to promote the highest quality of treatment and technology in the NHS and the cost-effectiveness of NHS services. It gives advice on best clinical practice to the NHS, to those commissioning NHS services (health authorities and primary care groups / trusts), and to patients and their carers. NICE is a partnership between the Department of Health, the NHS, health professionals and patients. It is intended that guidelines set by NICE will be used

across the country, helping to end geographical variations in care that have grown up in recent years.

4. Audit Roles and Responsibilities

Statutory responsibilities and powers of appointed auditors

The statutory responsibilities and powers of appointed auditors are set out in the Audit Commission Act 1998 and Local Government Act 1999. In discharging these specific statutory responsibilities and powers, auditors are required to carry out their work in accordance with the Commission's *Code of Audit Practice* (the *Code*).

The Code of Audit Practice

The Audit Commission Act 1998 (the Act) requires the Commission to 'prepare, and keep under review, a code of audit practice prescribing the way in which auditors [appointed by the Commission] are to carry out their functions' under the Act, and which embodies 'what appears to the Commission to be the best professional practice with respect to the standards, procedures and techniques to be adopted by auditors'.

The Commission's model of public audit

The *Code* has been developed on the basis of the Commission's model of public audit, which defines auditors' responsibilities in relation to:

- the financial aspects of corporate governance;
- the accounts; and
- aspects of performance management.

The model reflects the Commission's concept of an 'integrated audit', in which work in relation to one element of the audit informs audit work in relation to other elements. Central to auditors' work in relation to each of these audit responsibilities is a risk-based approach to audit planning, which reflects their overall assessment of the relevant risks that apply to the hospital and of its corporate governance arrangements. The Commission's model of public audit may be expressed diagrammatically, as below:

- Opinion
- Regularity



- Use of resources

- The legality of financial transactions
- Financial standing
- Systems of internal financial control
- Standards of financial conduct, and the prevention and detection of fraud and corruption

Assessing audit risks

It is the responsibility of the hospital to identify and address its operational and financial risks, and to develop and implement proper arrangements to manage them, including adequate and effective systems of internal control. In planning their audit work, auditors consider and assess the relevant significant operational and financial risks that apply to the hospital and the arrangements it has put in place to manage these risks. The aim of this exercise is to prepare an audit plan that properly tailors the nature and conduct of audit work to the circumstances of the hospital, so that audit effort is directed to those areas of greatest risk.

5. Reporting Audit Work

Outputs from the audit

Auditors provide:

- (a) a certificate that the audit of the accounts has been completed in accordance with statutory requirements;

- (b) an opinion on the financial statements, and other opinions as required;
- (c) where appropriate, a report dealing with matters that the auditor considers to be in the public interest;
- (d) where appropriate, oral and/or written reports or memoranda to officers on the results of, or matters arising from, specific aspects of auditors' work; and
- (e) an annual audit letter addressed to the hospital.

Annual audit letters

The aim of the annual audit letter is to communicate to the hospital the scope, nature and extent of the audit work that has been carried out in the period and to summarise the auditors' opinions or conclusions, where appropriate, and matters of substance or significant issues arising from the work. The audit letter is issued to, and is the property of, the hospital. However, all hospitals are expected to make their audit letters available to the public, usually as an agenda item at hospital board meetings.

Referrals to the Secretary of State for Health

Auditors of NHS bodies have a particular responsibility to refer forthwith to the Secretary of State for the Department of Health any matter where it is believed that a decision by a body or officer has incurred or would involve unlawful expenditure or that some action by a body or officer has been or would be unlawful and likely to cause a loss or deficiency. This responsibility is distinct from that of auditors of specified NHS bodies to give an opinion on the regularity of the body's expenditure and income.

Reports in the public interest

Auditors should consider whether, in the public interest, they should report on any matter that comes to their attention in the course of the audit so that it can be considered by the body concerned or brought to the attention of the public. Auditors should also consider whether the public interest requires any such matter to be made the subject of an immediate report rather than of a report to be made at the conclusion of the audit.

A report in the public interest is made only where auditors consider a matter sufficiently important to be brought to the notice of the audited body or the public. The concept of materiality, which applies to auditors' work in relation to the financial statements, is not relevant when auditors are deciding whether to issue a report in the public interest.

Although criticism of past performance may sometimes be necessary when reporting, auditors aim to be constructive and use careful and unambiguous language. The emphasis in reports should be on the steps that are necessary to bring about improvement.

A report in the public interest must be clearly identified as such. Copies of the report should be sent to the Audit Commission and the Secretary of State for Health not later than 14 days after the conclusion of the audit, except in the case of an immediate report issued in the course of the audit. In all cases, a copy should also be sent within the same period to the audited body concerned.

APPENDICES

Reviewing the Financial Aspects of Corporate Governance

It is the responsibility of the hospital to put in place proper arrangements to ensure the proper conduct of its financial affairs, and to monitor their adequacy and effectiveness in practice. Auditors in the NHS have a responsibility to review and, where appropriate, report on the financial aspects of the hospital's corporate governance arrangements, as they relate to:

- the legality of transactions that might have significant financial consequences;
- the financial standing of the hospital;
- systems of internal financial control; and
- standards of financial conduct, and the prevention and detection of fraud and corruption.

THE LEGALITY OF FINANCIAL TRANSACTIONS

Responsibility of the Hospital

To act within the law and to put in place proper arrangements to ensure that its financial affairs are conducted in accordance with the law and relevant regulations.

Responsibility of the Auditor

Auditors consider whether the hospital has put in place adequate arrangements to ensure the legality of transactions that might have significant financial consequences. Auditors meet this responsibility by reviewing, and where appropriate examining evidence that is relevant to, these arrangements.

In carrying out this responsibility, auditors take reasonable steps to inform themselves of:

- transactions that are unusual or of questionable legality and which might have significant financial consequences;
- the hospital's arrangements for implementing new legislation or statutory requirements that might have significant financial consequences; and
- the applicability locally of relevant national issues that might have significant financial consequences, including, for example, matters on which guidance is issued by the Commission.

FINANCIAL STANDING

Responsibility of the Hospital

It is the responsibility of the hospital to conduct its financial affairs and to put in place proper arrangements to ensure that its financial standing is soundly based, having regard to:

compliance with:

- statutory financial requirements
- financial targets
- relevant codes and guidelines;

the level of balances, reserves and provisions;

financial monitoring and reporting arrangements; and

the impact of planned future policies and known or foreseeable future developments on the body's financial position.

Responsibility of the Auditor

Auditors consider whether the hospital has put in place adequate arrangements to ensure that its financial standing is soundly based. Auditors meet this responsibility by reviewing, and where appropriate examining evidence that is relevant to, these arrangements.

In carrying out this responsibility, auditors have regard to the hospital's:

- financial performance in the year;
- ability to meet known statutory and other financial obligations, actual or contingent; and
- responses to known developments, whether current or in the foreseeable future, which might have an impact on its financial standing.

SYSTEMS OF INTERNAL FINANCIAL CONTROL

Responsibility of the Hospital

It is the responsibility of the hospital to develop and implement systems of internal control, including systems of internal financial control, and to put in place proper arrangements to monitor their adequacy and effectiveness in practice, covering:

- the overall control environment, including internal audit;
- the identification, evaluation and management of operational and financial risks;
- budgetary control and monitoring arrangements; and
- documentation of control procedures.

Responsibility of the Auditor

Auditors consider whether the hospital has put in place adequate arrangements to satisfy itself that its systems of internal financial control are both adequate and effective in practice. Auditors meet this responsibility by reviewing, and where appropriate examining evidence that is relevant to, these arrangements, and reviewing and reporting on the hospital's statement of directors' responsibilities in respect of internal financial control.

STANDARDS OF FINANCIAL CONDUCT, AND THE PREVENTION AND DETECTION OF FRAUD AND CORRUPTION

Responsibility of the Hospital

It is the responsibility of the hospital to ensure that its affairs are managed in accordance with proper standards of financial conduct and to prevent and detect fraud and corruption. Therefore, it should put in place proper arrangements for:

- implementing, and monitoring compliance with, appropriate standards of corporate governance;
- articulating and promoting appropriate values and standards across the organisation;
- developing, promulgating and monitoring compliance with codes of conduct that advise members and officers of their personal responsibilities and expected standards of behaviour;
- developing, promulgating and monitoring compliance with standing orders and financial regulations, including instructions on regulating the handling of contracts;
- developing and implementing strategies to prevent and detect fraud and corruption; and
- receiving and investigating allegations of breaches of proper standards of financial conduct, or of fraud and corruption.

Responsibility of the Auditor

Auditors consider whether the hospital has put in place adequate arrangements to maintain proper standards of financial conduct, and to prevent and detect fraud and corruption. Auditors meet this responsibility by reviewing, and where appropriate examining evidence that is relevant to, these arrangements.

It is not auditors' function to prevent or detect breaches of proper standards of financial conduct, or fraud and corruption. However, in all aspects of their work auditors are alert to the possibility of breaches of proper standards of financial conduct, and of fraud and corruption.

Auditing the Accounts

Responsibility of the Hospital

It is the responsibility of the hospital to:

- ensure the regularity of transactions, by putting in place systems of internal control to ensure that financial transactions are lawful;
- maintain proper accounting records; and
- prepare financial statements that give a true and fair view of (or, where appropriate, present fairly) the financial position of the body and its expenditure and income.

Responsibility of the Auditor

Auditors are required to audit the financial statements and to give their opinion, including:

- whether they give a true and fair view of (or, where appropriate, present fairly) the financial position of the hospital and its expenditure and income for the year in question;
- whether they have been prepared properly in accordance with relevant legislation and applicable accounting standards; and
- for specified NHS bodies, on the regularity of the expenditure and income.

Reviewing Aspects of Performance Management

Responsibility of the Hospital

It is the responsibility of the hospital to put in place proper arrangements to ensure the best use of the resources at its disposal. These arrangements might include:

- setting strategic aims and objectives;
- service and business planning;
- budgeting and financial management;
- carrying out service and performance reviews; and
- setting performance targets, and monitoring performance and outcomes against them.

Responsibility of the Auditor

Auditors consider whether the hospital has put in place adequate arrangements to secure economy, efficiency and effectiveness in its use of resources. Auditors meet this responsibility by reviewing, and where appropriate examining evidence that is relevant to, aspects of these arrangements, including the use of resources in specific services and functions.

The Audit Commission publishes national studies that promote good management practice and the best use of public money in specific services and functions. The reviews arising out of national studies, and the extent to which auditors are expected to apply them, are prescribed in guidance that is issued annually by the Commission.

Auditors also consider the need to review the use of resources in other services or functions (known as 'local studies'), in addition to or, where they are not relevant, instead of national studies.

Auditors follow up progress made by the hospital in implementing audit recommendations arising from specific reviews, which have been made in previous years.

Hôpitaux et institutions de contrôle au Royaume-Uni

Matt Gott, Specialist Manager, Audit Commission of England and Wales

Hôpitaux et institutions de contrôle au Royaume-Uni

1. Introduction

2. Gestion et financement des hôpitaux

3. Institutions de contrôle et autres agences de révision

4. Rôles et responsabilités de contrôle

5. Rapport des travaux d'audit

Annexes

Hôpitaux et institutions de contrôle au Royaume-Uni

1. Introduction

Le présent document livre des informations sur le rôle et la structure des institutions publiques de contrôle et sur le secteur des soins secondaires (hospitaliers) en Angleterre. Il comprend trois chapitres :

Gestion et financement des hôpitaux

Ce chapitre établit qu'en Angleterre, les services et soins relevant de la santé publique, ouverts à tous, sont entièrement financés par l'impôt. C'est la raison pour laquelle le secteur de la santé est géré de façon centralisée par un service gouvernemental, le ministère de la Santé ; au niveau local, les hôpitaux disposent de leur propre organisme de gestion comprenant des directeurs exécutifs et non exécutifs. Les autorités locales n'ont pas autorité en matière d'hôpitaux. Ce chapitre comprend également un récapitulatif des coûts et du volume d'activités de l'ensemble du secteur de la santé et d'un hôpital « typique ».

Institutions de contrôle et autres agences de révision

Ce chapitre explique l'interaction entre le *National Audit Office* (institution supérieure de contrôle des finances publiques au Royaume-Uni), la *Audit Commission* (Commission de contrôle financier des administrations locales en Angleterre et au Pays de Galles) et le *District Audit* (Service de contrôle financier des collectivités locales mis à disposition de la *Audit Commission* en Angleterre et au Pays de Galles et qui fonctionne comme sa propre agence). Il explique le rôle que joue la *Audit Commission* dans la nomination des contrôleurs locaux indépendants (y compris ceux qui sont rattachés à l'organisation interne, *District Audit*) chargés de contrôler les comptes des différents hôpitaux et se penche sur la façon dont le ministère de la Santé récapitule ces comptes pour le *National Audit Office* qui les contrôle et les présente au Parlement. Il fournit également des informations sur d'autres agences de révision dans le secteur de la santé : la *Commission for Health Improvement* (Commission pour l'amélioration de la santé), la *National Clinical Assessment Authority* (Autorité nationale d'évaluation clinique) et le *National Institute for Clinical Excellence* (Institut national de l'excellence clinique).

Rôles et responsabilités du contrôle

Ce chapitre présente l'essentiel des responsabilités et pouvoirs statutaires des contrôleurs. Il introduit également au modèle de contrôle des finances publiques de la *Audit Commission* auquel doivent se conformer les contrôleurs des hôpitaux et qui définit leurs responsabilités :

- en matière de comptabilité,
- quant aux aspects financiers de la gouvernance d'entreprise,
- en ce qui concerne la gestion de la performance.

On trouvera des informations détaillées sur ces responsabilités dans les annexes. Ce chapitre comprend également des informations sur la façon dont les contrôleurs présentent les résultats de leurs travaux.

2. Gestion et financement des hôpitaux¹

Le *National Health Service*, service national de santé, a été instauré en 1948 afin d'assurer des soins de santé à tout un chacun ; il est fondé sur le principe du besoin et non de la faculté contributive. Il se compose d'un grand nombre de professionnels de la santé, de travailleurs et d'organisations de soutien.

Gestion

Le NHS est financé par le contribuable. Ce qui signifie qu'il est sous la tutelle du Parlement. Il est géré par le ministère de la Santé, qui est directement rattaché au ministre chargé de la Santé, Alan Milburn.

Le ministère définit la politique générale de santé en Angleterre, abrite le siège du NHS et a pour mission de mettre en œuvre la politique sanitaire. Il fixe également des objectifs au NHS et contrôle sa performance par l'intermédiaire de ses quatre directeurs de la santé et de la protection sociale. Le NHS emploie environ 1 million de personnes en Angleterre et ses coûts d'exploitation s'élèvent à plus de 50 milliards de £ par an. Ce chiffre passera à 69 milliards de £ d'ici à 2005.

Le NHS : faits et chiffres

Durant une semaine normale,

- 1,4 million de gens bénéficient de soins à domicile fournis par le NHS

¹ On trouvera des informations détaillées sous <http://www.nhs.uk>

- plus de 800 000 personnes sont traitées en consultation externe dans les hôpitaux du NHS
- 700 000 effectuent une visite de contrôle chez un dentiste du NHS
- les infirmières de district du NHS effectuent plus de 700 000 visites
- plus de 10 000 bébés sont mis au monde par le NHS
- les podologues du NHS examinent plus de 150 000 paires de pieds
- les ambulances du NHS font plus de 50 000 sorties d'urgence
- les infirmières de NHS Direct répondent à quelque 25 000 appels de personnes en quête de conseil médical
- les pharmaciens délivrent environ 8,5 millions médicaments prescrits par le NHS
- Les chirurgiens du NHS effectuent quelque 1200 opérations de la hanche, 3000 opérations de cardiologie et 1050 opérations du rein.

Ministère de la Santé

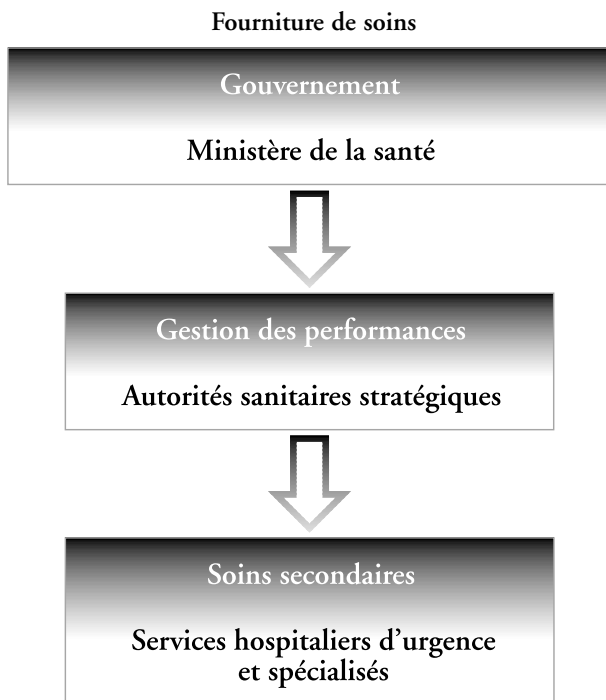
Ce ministère est chargé de fournir des soins et des services de santé et de protection sociale aux résidents de l'Angleterre. Il dispose de bureaux à Leeds et Londres et est responsable :

- de la gestion du système général de santé et de protection sociale
- du développement de la politique de santé et de la gestion des grands changements au sein du *National Health Service* (NHS)
- de la réglementation et de l'inspection du NHS (de plus en plus par l'intermédiaire d'organisations comme la Commission de l'amélioration de la santé²)
- de l'intervention en cas de problèmes de fonctionnement du NHS, à quelque niveau que ce soit.

Le ministère de la Santé compte également quatre directeurs de la santé et de la protection sociale qui travaillent directement avec le NHS et ont un rôle de gestion des performances.

² Cf. Institutions de contrôle et autres agences de révision

Graphique 1:



Autorités sanitaires

Les 95 autorités sanitaires de l'Angleterre ont cessé d'exister en avril 2002, déléguant nombre de leurs fonctions aux groupes autonomes de soins primaires (*primary care trusts*). A partir d'octobre 2002, elles seront remplacées par 28 autorités sanitaires assez importantes ayant une fonction « stratégique » (soumise à la législation) qui seront chargées de :

- développer des stratégies pour le service de santé local
- garantir le très haut niveau de qualité du service de santé local et de ses organisations
- développer les capacités des services de santé locaux.
- Les nouvelles autorités sanitaires dirigeront le NHS sur le plan local et constitueront une interface clé entre le ministère de la Santé et le NHS. Elles veilleront également à ce que les priorités nationales (tels les programmes visant à améliorer les services de cancérologie) soient inscrites dans les plans des services de santé locaux.

Hôpitaux NHS

Des hôpitaux autonomes (hospital trusts) ont été implantés dans la plupart des grandes villes et communautés urbaines et offrent généralement toute la gamme des services répondant aux besoins de la plupart des patients. Certains de ces trusts hospitaliers font office de centre national ou régional d'expertise pour des soins plus spécialisés, tandis que d'autres sont rattachés à une université et contribuent à la formation des professionnels de la santé. Les hôpitaux autonomes peuvent également fournir des services à la communauté, par exemple par l'intermédiaire de centres de santé, de cliniques ou des soins à domicile. Ce sont les médecins généralistes qui décident d'un traitement hospitalier, sauf en cas d'urgence. Les rendez-vous et le traitement sont gratuits. Les hôpitaux autonomes NHS emploient à eux seuls la majorité des effectifs du NHS : infirmières, médecins, dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmières visiteuses, et personnels des professions para-médicales tels que kinésithérapeutes, radiologues, podologues, ortho-phonistes, conseillers, ergothérapeutes et psychologues. Le reste du personnel se compose de réceptionnistes, portiers, personnels d'entretien, experts en informatique, directeurs, ingénieurs, traités, personnel auxiliaire et personnel de sécurité.

Un hôpital typique – faits et chiffres

Total des dépenses	85 millions de £ (dont 54 millions pour le personnel)
Nombre total d'employés	2600
Zone démographique	260 000 habitants
Nombre de lits	700
Volume d'activités	300 000 patients nécessitant des soins par an
Direction	Président 5 directeurs non exécutifs 7 directeurs exécutifs [Directeurs exécutifs : directeur général, directeur médical, directeur financier, directeur du personnel soignant, directeur de la planification, directeur des services cliniques, directeur des installations]

3. Institutions de contrôle et autres agences de révision

Les contrôles effectués auprès du *National Health Service*

L'institution supérieure de contrôle des finances publiques au Royaume-Uni (*National Audit Office*) (*NAO*) : en tant que chef de l'institution supérieure de con-

trôle, le contrôleur et auditeur général (*Comptroller and Auditor General*) (C&AG) doit rendre compte des dépenses du gouvernement central au Parlement. Le NAO effectue des audits financiers auprès de tous les ministères et agences du gouvernement et autres organismes publics et présente un rapport sur le bon emploi des fonds publics au Parlement. Les relations entre le NAO et le Parlement sont essentielles à leurs missions respectives et le NAO travaille en étroite collaboration avec le Comité des comptes publics (*Committee of Public Accounts*), la commission parlementaire de la Chambre des Communes chargée d'examiner les comptes des départements ministériels et des organismes publics au Royaume-Uni. Le NAO travaille également en étroite collaboration avec d'autres organismes de contrôle des finances publics (dont le *District Audit Service*) qui jouent un rôle dans d'autres secteurs des dépenses publiques.

En vertu de la loi, le C&AG et le NAO sont chargés de réviser les comptes de tous les ministères et agences du gouvernement et d'en présenter les résultats au Parlement. Ce travail de révision des comptes peut aller du *National Health Service* à l'Agence des passeports (*Passport Agency*). Le C&AG procède également à la révision des comptes de plus de la moitié des organismes publics « autonomes » (dits « organismes publics non ministériels »), dont la *Audit Commission* et les Agences de développement régional constituent des exemples.

Comme tout contrôleur, le C&AG doit porter une appréciation sur les comptes, jugeant si ceux-ci sont exempts d'inexactitudes significatives. Le C&AG doit également confirmer que les transactions comptabilisées coïncident avec les autorisations parlementaires correspondantes. Si le NAO décèle des inexactitudes significatives, le C&AG émettra des réserves. Lorsque les comptes ne contiennent ni erreurs ni irrégularités significatives, le C&AG peut néanmoins préparer un rapport sur d'autres aspects importants, à l'attention du Parlement. De tels rapports peuvent être examinés par le Comité des comptes publics de la Chambre des communes. Même s'il n'établit pas de rapport, le NAO est libre d'adresser une lettre à la direction d'un organisme, lorsqu'il le juge nécessaire, pour lui donner une idée des améliorations qui pourraient être apportées à ses systèmes. De telles « lettres à la direction » (*management letter*) sont souvent suivies de changements majeurs.

Le *National Health Service* et les rôles respectifs de la *Audit Commission* et du *District Audit*

La **Commission de contrôle financier des administrations locales** (*Audit Commission*) est un organisme indépendant doté de responsabilités statutaires lui permettant de réglementer l'audit des collectivités locales et des organismes du

NHS en Angleterre et au Pays de Galles et de promouvoir des améliorations dans la prestation des services des autorités locales et des organismes du NHS sur le plan de l'économie, de l'efficacité et de l'efficacité. La Commission est chargée entre autres de :

- la nomination de contrôleurs financiers des administrations locales et des organismes du NHS et de l'achat des services d'audit ;
- de la fixation des normes requises pour les contrôleurs qu'elle a désignés et de la réglementation de la qualité des audits ;
- des dispositions visant à garantir les demandes de subvention et les remboursements ;
- d'élaborer ou de favoriser des études comparées ou d'autre nature visant à promouvoir l'économie, l'efficacité et l'efficacité des services fournis par les collectivités locales et les organismes du NHS ;
- de prendre connaissance et, le cas échéant, d'effectuer un suivi des informations émanant des « personnes qui tirent la sonnette d'alarme » dans les administrations locales et les organismes du NHS, conformément à la Loi sur la divulgation d'informations d'intérêt général (*Public Interest Disclosure Act*) de 1998.

La Commission nomme des contrôleurs financiers auprès des autorités locales et des organismes du NHS, appartenant au **Service de contrôle financier de District** (*District Audit*), sa propre agence de contrôle financier, et à des sociétés d'audit privées. Elle fournit conseil et assistance aux contrôleurs sur le plan technique et observe leur performance par un processus de contrôle qualité rigoureux. Une fois nommés, les contrôleurs s'acquittent de leurs responsabilités statutaires et non statutaires et exercent leur jugement professionnel, indépendamment de la Commission.

La *Audit Commission* nomme les contrôleurs externes, y compris le *District Audit Service*, auprès des hôpitaux. Ces contrôleurs nommés portent une appréciation sur les comptes annuels de chaque organisme ; le ministère de la Santé récapitule ces comptes pour l'audit consolidé. Le graphique 2 présente les arrangements pour les comptes sous-jacents et récapitulés du NHS en 2001-2002.

Le fondement légal de la CHI est la Loi sur la Santé (*Health Act*) de 1999 et les dispositions afférentes.

Autorité nationale d'évaluation clinique (National Clinical Assessment Authority) (NCAA)

Institué en avril 2001, cet organisme national sert d'antenne principale au NHS en cas de doutes sur la qualité du travail d'un médecin. Par ses conseils, l'Autorité aide hôpitaux et autorités sanitaires du NHS à assurer que la performance des médecins fasse l'objet d'un contrôle et que tout soit mis en œuvre pour qu'ils exercent dans le respect des règles de sécurité.

Institut national d'excellence clinique (National Institute for Clinical Excellence) (NICE)

Le NICE est un nouvel organisme créé en avril 1999 dans le dessein de promouvoir la qualité maximum en matière de traitement et de technologie au sein du NHS et le meilleur rapport coût-efficacité des services du NHS. Il émet des conseils sur les meilleures pratiques cliniques à l'attention du NHS, des mandataires de services NHS (autorités sanitaires et groupes / trusts de soins primaires) ainsi que des patients et du personnel qui les soigne. Le NICE constitue un partenariat entre le ministère de la Santé, le NHS, les professionnels de la santé et les patients. Les directives établies par le NICE devraient être appliquées dans tout le pays et contribuer à aplanir les disparités géographiques qui sont apparues en matière de santé ces dernières années.

4. Rôles et responsabilités du contrôle

Responsabilités et pouvoirs statutaires des contrôleurs nommés

Les responsabilités et pouvoirs statutaires des contrôleurs nommés sont définis par la Loi sur la Commission de contrôle financier des administrations locales en Angleterre et au Pays de Galles (*Audit Commission Act*) de 1998 et la Loi sur les collectivités locales (*Local Government Act*) de 1999. Dans l'exercice de ces responsabilités et pouvoirs statutaires, les contrôleurs doivent mener à bien leurs travaux dans le respect du Code des bonnes pratiques de contrôle (*Code of Audit Practice*) de la Commission.

Le Code des bonnes pratiques de contrôle

La Loi de 1998 sur la *Audit Commission* exige de la Commission qu'elle « prépare et examine régulièrement un code des bonnes pratiques de contrôle prescrivant la fa-

çon dont les contrôleurs [nommés par la Commission] doivent exercer leurs fonctions » conformément à la Loi et que celui-ci formule « ce qui semble à la Commission être la meilleure pratique professionnelle en matière de normes, de procédures et de techniques devant être adoptés par les contrôleurs ».

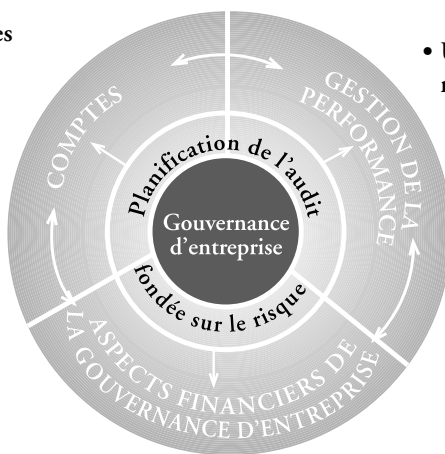
Le modèle de contrôle des finances publiques de la *Audit Commission*

Le Code des bonnes pratiques de contrôle a été élaboré sur la base du modèle de contrôle des finances publiques de la Commission qui définit les responsabilités des contrôleurs vis-à-vis :

- des aspects financiers de la gouvernance d'entreprise,
- des comptes et
- des aspects de gestion de la performance.

Le modèle reflète l'idée « du contrôle intégré » de la Commission : les travaux d'audit effectués sur un aspect contiennent des informations utiles pour les travaux d'audit concernant d'autres aspects. Par rapport à ces différentes responsabilités du contrôle, la planification de l'audit fondée sur le risque est d'une importance centrale pour le travail des contrôleurs et reflète leur évaluation globale des risques concernant l'hôpital et ses mesures de gouvernance d'entreprise. Le modèle de contrôle des finances publiques de la *Audit Commission* peut être illustré par le diagramme suivant :

- Opinion sur les comptes
- Régularité



- Utilisation des ressources

- Légalité des transactions financières
- Situation financière
- Systèmes de contrôle financier interne
- Normes de gestion financière, prévention et détection des fraudes et de la corruption

Evaluation des risques d'audit

L'hôpital a la responsabilité d'identifier et d'aborder les risques opérationnels et financiers, de développer et d'appliquer les mesures adéquates pour les gérer, ce qui suppose des systèmes de contrôle interne adaptés et efficaces. Dans la planification de leurs activités d'audit, les contrôleurs examinent et évaluent les principaux risques opérationnels et financiers pesant sur l'hôpital et les mesures engagées pour gérer ces risques. Le but de l'exercice consiste à préparer un plan d'audit, dont la nature et l'approche soient parfaitement adaptées à l'hôpital, de manière à concentrer le contrôle sur les zones à risque majeur.

5. Rapport des travaux d'audit

Résultats du contrôle

Les contrôleurs fournissent :

- (a) un certificat attestant que le contrôle des comptes a été effectué conformément aux exigences légales ;
- (b) une appréciation (opinion) sur les états financiers et sur d'autres points, si nécessaire ;
- (c) le cas échéant, un rapport traitant de sujets considérés d'intérêt général par le contrôleur ;
- (d) le cas échéant, rapports verbaux et/ou écrits ou mémorandums aux responsables sur certains aspects du travail du contrôleur ou de questions y afférentes ; et
- (e) une communication annuelle de contrôle adressée à l'hôpital.

Communication annuelle de contrôle (« lettre à la direction »)

La communication annuelle de contrôle a pour but de communiquer à l'hôpital l'objectif, la nature et l'envergure des travaux d'audit réalisés durant l'exercice et de récapituler, le cas échéant, les avis et conclusions des contrôleurs ainsi que les questions d'importance soulevées par le travail. La communication de contrôle est adressée à l'hôpital et demeure sa propriété. Toutefois, tous les hôpitaux sont censés rendre publiques leur communications de contrôle, normalement lors d'une réunion du conseil d'administration de l'hôpital.

Information du ministre de la santé

Si la décision d'un organisme ou d'un responsable semble avoir entraîné ou risque d'entraîner des dépenses illégales ou qu'une action quelconque d'un organisme ou

d'un responsable a été ou pourrait s'avérer illégale et de nature à induire une perte ou une déficience, les contrôleurs des organismes du NHS sont spécialement chargés d'en rendre compte immédiatement au ministre de la Santé. Cette responsabilité ne recouvre pas celle des contrôleurs de certains organismes NHS qui consiste à porter une appréciation sur la régularité des revenus et des dépenses dudit organisme.

Rapports d'intérêt général

Les contrôleurs doivent se demander s'il est préférable, dans l'intérêt général, de rendre compte de tout aspect qui attire leur attention durant les travaux d'audit et permettre ainsi à l'organisme concerné d'y réfléchir ou de porter ces questions à la connaissance du public. Les contrôleurs doivent aussi se demander si l'intérêt général exige qu'une telle question fasse l'objet d'un rapport immédiat plutôt que d'un rapport à la conclusion des contrôles.

Les contrôleurs n'établissent un rapport dans l'intérêt général que lorsqu'ils considèrent la question suffisamment importante pour être portée à la connaissance de l'organisme contrôlé ou du public. Le concept de l'importance relative qui s'applique au travail des contrôleurs en matière d'états financiers n'est plus pertinent lorsque les contrôleurs décident de publier un rapport dans l'intérêt général.

Si la critique des performances passées peut parfois se révéler nécessaire dans un rapport, les contrôleurs, dans leur souci d'être constructifs, emploient une langue précise, excluant toute ambiguïté. Dans les rapports, l'accent doit porter sur les mesures d'amélioration nécessaires.

Un rapport établi dans l'intérêt général doit clairement être identifié comme tel. Des copies du rapport seront envoyées à la *Audit Commission* et au ministre de la santé au plus tard 15 jours après la conclusion des contrôles, sauf s'il s'agit d'un rapport immédiat établi durant les travaux d'audit. Quel que soit le cas de figure, une copie sera également envoyée à l'entité contrôlée concerné, dans les mêmes délais.

ANNEXES

Examen des aspects financiers de la gouvernance d'entreprise

L'hôpital a la responsabilité de mettre en place les mesures nécessaires pour assurer la conduite normale de ses opérations financières et de contrôler leur bien-fondé et leur efficacité en pratique. Les contrôleurs du NHS sont chargés de réviser et, le cas échéant, de rapporter sur les aspects financiers de la gouvernance d'entreprise de l'hôpital quant à :

- la légalité des transactions qui pourraient avoir de lourdes conséquences financières ;
- la situation financière de l'hôpital ;
- les systèmes de contrôle financier interne ;
- les normes de gestion financière ainsi que la prévention et la détection des fraudes et de la corruption.

LEGALITE DES TRANSACTIONS FINANCIERES

Responsabilité de l'hôpital

Agir dans le respect de la loi et mettre en place les mesures qui s'imposent pour garantir que les activités financières soient menées conformément à la loi et aux règlements.

Responsabilité du contrôleur

Les contrôleurs examinent si l'hôpital a mis en place les mesures adéquates pour garantir la légalité des transactions pouvant avoir de lourdes conséquences financières. Les contrôleurs s'acquittent de cette responsabilité en contrôlant et, le cas échéant, en examinant les documents probants pertinents.

Dans l'exercice de cette mission, les contrôleurs prennent des mesures raisonnables en vue de s'informer

- des transactions inhabituelles ou d'une légalité douteuse, risquant d'avoir de lourdes conséquences financières ;
- des mesures prises par l'hôpital pour mettre en œuvre une nouvelle législation ou de nouvelles exigences statutaires pouvant avoir de lourdes conséquences financières ; et
- de l'applicabilité au plan local de questions nationales pouvant avoir de lourdes conséquences financières, y compris, par exemple de questions sur lesquelles la *Audit Commission* a émis des conseils.

SITUATION FINANCIERE

Responsabilité de l'hôpital

Il incombe à l'hôpital de gérer ses activités financières et de prendre les dispositions nécessaires garantissant sa santé financière, en ce qui concerne :

leur conformité avec

- les exigences financières statutaires
- les objectifs financiers
- les codes et directives correspondants ;

le niveau des bilans, réserves et provisions ;

les mesures de surveillance et rapports financiers ; et

l'incidence des futures politiques prévisionnelles et de l'évolution future connue ou prévisible sur la situation financière de l'organisme.

Responsabilité du contrôleur

Les contrôleurs examinent si l'hôpital a mis en place les mesures adéquates pour garantir la santé financière de l'établissement. Les contrôleurs remplissent cette mission en contrôlant et, le cas échéant, en examinant les documents probants pertinents.

Dans l'exercice de cette responsabilité, les contrôleurs tiennent compte :

- de la performance financière de l'hôpital durant l'année ;
- de sa capacité à satisfaire à ses obligations financières, qu'elles soient statutairement connues ou non, réelles ou conditionnelles ; et
- des réactions de l'hôpital à des évolutions connues, actuelles ou prévisibles, pouvant avoir des répercussions sur sa situation financière.

SYSTEMES DE CONTROLE FINANCIER INTERNE

Responsabilité de l'hôpital

Il incombe à l'hôpital de développer et de mettre en œuvre des systèmes de contrôle interne, y compris en matière financière, et de prendre les dispositions nécessaires pour contrôler leur bien-fondé et leur efficacité dans la pratique, ce qui suppose :

- un environnement de contrôle global, à l'inclusion de l'audit interne ;
- l'identification, l'évaluation et la gestion des risques opérationnels et financiers ;
- un contrôle budgétaire et des mesures de surveillance ; et
- la documentation des procédures de contrôle.

Responsabilité du contrôleur

Les contrôleurs examinent si l'hôpital a mis en place les mesures adéquates lui assurant que ses systèmes de contrôle financier interne sont appropriés et efficaces dans la pratique. Les contrôleurs remplissent leur mission en passant en revue et, le cas échéant, en examinant les informations probantes en rapport avec ces mesures et en étudiant et commentant la déclaration de l'hôpital sur les responsabilités des directeurs en matière de contrôle financier interne.

NORMES DE GESTION FINANCIERE ; PREVENTION ET DETECTION DES FRAUDES ET DE LA CORRUPTION

Responsabilité de l'hôpital

Il incombe à l'hôpital de s'assurer que ses activités sont gérées conformément aux normes de gestion financière et de prévenir et détecter toute fraude et corruption. C'est pourquoi il doit prendre les dispositions nécessaires pour :

- mettre en œuvre et contrôler le respect des normes appropriées de gouvernance d'entreprise ;
- articuler et promouvoir les valeurs et normes appropriées au sein de l'hôpital ;
- développer, diffuser et vérifier le respect des codes de conduite qui informent membres et employés de leurs responsabilités et des normes en matière de comportement ;
- développer, diffuser et surveiller le respect des règlements généraux et des réglementations financières, y compris les instructions réglementant la gestion des contrats ;
- développer et mettre en œuvre des stratégies visant à prévenir et détecter fraude et corruption ; et
- prendre connaissance des allégations d'infraction aux critères de gestion financière ou de fraudes et de corruption et en étudier le bien-fondé.

Responsabilité du contrôleur

Les contrôleurs examinent si l'hôpital a mis en place les mesures appropriées pour maintenir les normes adéquates de gestion financière et pour prévenir et détecter fraudes et corruption. Les contrôleurs remplissent cette mission en contrôlant et, le cas échéant, examinant les documents probants pertinents.

Il n'entre pas dans les compétences des contrôleurs de prévenir ou de détecter des infractions aux critères de gestion financière ou encore des cas de fraude ou de corruption. Néanmoins, dans tous les aspects de leurs travaux, les contrôleurs sont sensibilisés à la possibilité d'infraction aux normes de gestion financière ainsi qu'à celle de fraudes et de corruption.

Le contrôle des comptes

Responsabilité de l'hôpital

Il incombe à l'hôpital de :

- garantir la régularité des transactions en mettant en place des systèmes de contrôle interne pour garantir la légalité des transactions financières ;
- tenir les livres comptables en bonne et due forme ; et
- préparer des états financiers qui donnent une image fidèle (ou, le cas échéant, appropriée) de la situation financière de l'organisme ainsi que de ses recettes et dépenses.

Responsabilité du contrôleur

Les contrôleurs sont tenus de réviser les états financiers et de porter une appréciation, notamment sur les points suivants :

- si les états financiers donnent une image fidèle (ou, le cas échéant, appropriée) de la situation financière de l'hôpital ainsi que de ses recettes et dépenses, pour l'exercice considéré.
- si les états financiers ont été préparés en conformité avec la législation en vigueur et les principes comptables applicables ; et
- pour certains organismes du NHS, sur la régularité de leurs recettes et dépenses.

Révision des aspects de gestion de la performance

Responsabilité de l'hôpital

Il incombe à l'hôpital de mettre en place les mesures qui s'imposent pour assurer la meilleure exploitation possible des ressources à sa disposition. Ces mesures peuvent comprendre :

- la fixation d'objectifs stratégiques ;
- la planification des services et opérations ;
- une gestion budgétaire et financière ;
- l'examen des services et performances ;
- la fixation d'objectifs de performance et la comparaison des performances et des résultats avec les objectifs

Responsabilité du contrôleur

Les contrôleurs examinent si l'hôpital a mis en place les mesures appropriées pour garantir une utilisation économique, efficiente et efficace des ressources à sa disposition. Les contrôleurs remplissent cette mission en contrôlant et, le cas échéant, en examinant les informations probantes en rapport avec ces mesures, y compris l'utilisation de ressources dans des services et fonctions spécifiques.

La *Audit Commission* publie des études nationales promouvant les pratiques de bonne gestion et l'emploi irréprochable des fonds publics dans des services et fonctions spécifiques. Les travaux d'audit s'inspirant de ces études nationales et le degré d'application auquel sont invités les contrôleurs sont prescrits dans les conseils publiés chaque année par la Commission.

Les contrôleurs se penchent également sur la nécessité d'examiner l'usage des ressources dans d'autres services ou fonctions (connues sous le nom d'« études locales ») en plus des études nationales, ou en lieu et place de celles-ci si elles ne sont pas pertinentes.

Les contrôleurs suivent régulièrement l'application par l'hôpital des recommandations faites au cours des années précédentes, suite à des audits spécifiques.

Krankenhäuser und Finanzkontrollinstitutionen im Vereinigten Königreich

Matt Gott, Specialist Manager, Audit Commission of England and Wales

Krankenhäuser und Finanzkontrollinstitutionen im Vereinigten Königreich

- 1. Einführung**
 - 2. Führung und Finanzierung von Krankenhäusern**
 - 3. Finanzkontrollinstitutionen und andere Prüfungseinrichtungen**
 - 4. Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Rechnungsprüfung**
 - 5. Berichterstattung über die Prüfungsarbeit**
- Anlagen**

Krankenhäuser und Finanzkontrollinstitutionen im Vereinigten Königreich

1. Einführung

In diesem Bericht werden die Rolle und die Struktur der öffentlichen Rechnungskontrollinstitutionen und des Sektors der sekundär-ärztlichen Behandlung (Krankenhäuser) in England beschrieben. Der Bericht ist in drei Hauptteile gegliedert:

Führung und Finanzierung von Krankenhäusern

Im ersten Abschnitt wird erläutert, dass die öffentliche Gesundheitsversorgung in England, die für jedermann zugänglich ist, vollständig aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert wird. Das Gesundheitswesen wird zentral von einer Regierungsbehörde, dem Gesundheitsministerium (Department of Health), gelenkt. Die örtlichen Krankenhäuser verfügen über eigene Geschäftsleitungen mit geschäftsführenden und nicht geschäftsführenden Direktoren. Kommunalbehörden haben keine Amtsgewalt gegenüber Krankenhäusern. In diesem Abschnitt werden zudem die Kosten und Tätigkeiten des gesamten Gesundheitswesens und eines "typischen" Krankenhauses zusammenfassend dargestellt.

Rechnungskontrollinstitutionen und andere Prüfungseinrichtungen

Im zweiten Abschnitt wird die Wechselwirkung zwischen dem staatlichen Rechnungsprüfungsamt (National Audit Office) als oberster Rechnungskontrollbehörde des Vereinigten Königreichs und der Kommission für kommunale Finanzrevision in England und Wales (Audit Commission) und dem Bezirksprüfungsamt (District Audit Service), der für die Prüfung der Kommunalbehörden zuständigen Abteilung der Audit Commission, erläutert. Es wird auf die Rolle der Audit Commission bei der Ernennung der örtlichen Rechnungsprüfer (einschließlich der Prüfer aus der eigenen Abteilung, des District Audit Service) für die Prüfung der Rechnungsabschlüsse der einzelnen Krankenhäuser und darauf hingewiesen, wie das Gesundheitsministerium die Abschlüsse für das staatliche Rechnungsprüfungsamt zur Prüfung und Berichterstattung an das Parlament zusammenfasst. Es werden weitere Prüfungseinrichtungen des Gesundheitssektors vorgestellt: die Kommission für Verbesserungen im Gesundheitswesen, die Nationale Behörde für klinische Bewertung und das Nationale Institut für klinische Spitzenleistungen.

Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Rechnungsprüfung

Im dritten Abschnitt werden die wichtigsten gesetzlichen Verantwortlichkeiten und Befugnisse der Rechnungsprüfer erläutert. Außerdem wird das Modell der öffentlichen Rechnungsprüfung der Audit Commission vorgestellt, an das sich Krankenhausprüfer halten müssen und in dem die Verantwortlichkeiten der Rechnungsprüfer in folgenden Bereichen festgelegt sind:

- Rechnungsabschlüsse
- finanzielle Aspekte der Corporate Governance
- Aspekte des Leistungsmanagements

Genauere Informationen über diese Verantwortlichkeiten sind in den Anlagen zu finden. Schließlich wird in diesem Abschnitt auch die Art und Weise der Berichterstattung der Rechnungsprüfer über die Feststellungen ihrer Arbeit beschrieben.

2. Führung und Finanzierung von Krankenhäusern¹

Der Nationale Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) wurde 1948 eingerichtet, um alle Bürger nach ihren Bedürfnissen und nicht nach ihrer Zahlungsfähigkeit gesundheitlich zu versorgen. Dem NHS gehört ein breites Spektrum von Gesundheitsfachkräften, Arbeitnehmern in unterstützenden Tätigkeiten und Organisationen an.

Führung

Der NHS wird vom Steuerzahler finanziert. Damit ist er dem Parlament rechen-schaftspflichtig. Er wird vom Gesundheitsministerium verwaltet, das dem Gesundheitsminister Alan Milburn direkt verantwortlich ist.

Das Ministerium legt die Gesamtgesundheitspolitik in England fest, ist die Zentrale des NHS und für die Umsetzung der gesundheitspolitischen Maßnahmen in die Praxis verantwortlich. Außerdem setzt es Zielvorgaben für den NHS fest und überwacht durch seine vier Direktoren für Gesundheits- und Sozialversorgung die Leistungsfähigkeit des NHS. In England arbeitet ca. eine Million Menschen für den NHS. Seine Betriebskosten belaufen sich auf über 50 Milliarden GBP pro Jahr. Bis 2005 werden es sogar 69 Milliarden GBP sein.

¹ Genauere Informationen sind unter <http://www.nhs.uk> erhältlich.

NHS - Zahlen und Fakten

In einer typischen Woche:

- erhalten 1,4 Millionen Menschen Hilfe des NHS bei sich zu Hause.
- werden über 800.000 Menschen in NHS-Kliniken ambulant behandelt.
- suchen 700.000 Menschen einen NHS-Zahnarzt zur Vorsorgeuntersuchung auf.
- leisten NHS-Bezirkskrankenschwestern über 700.000 Hausbesuche.
- werden über 10.000 Babys in NHS-Krankenhäusern entbunden.
- untersuchen NHS-Fußpfleger über 150.000 Fußpaare.
- leisten NHS-Krankenwagen über 50.000 Noteinsätze.
- erhalten NHS-Direktbehandlungsschwestern ca. 25.000 Anrufe von Menschen, die medizinischen Rat suchen.
- geben Apotheker ca. 8,5 Millionen Arzneimittel auf NHS-Rezepte aus.
- führen NHS-Chirurgen ca. 1.200 Hüftoperationen, 3.000 Herzoperationen und 1.050 Nierenoperationen durch.

Gesundheitsministerium

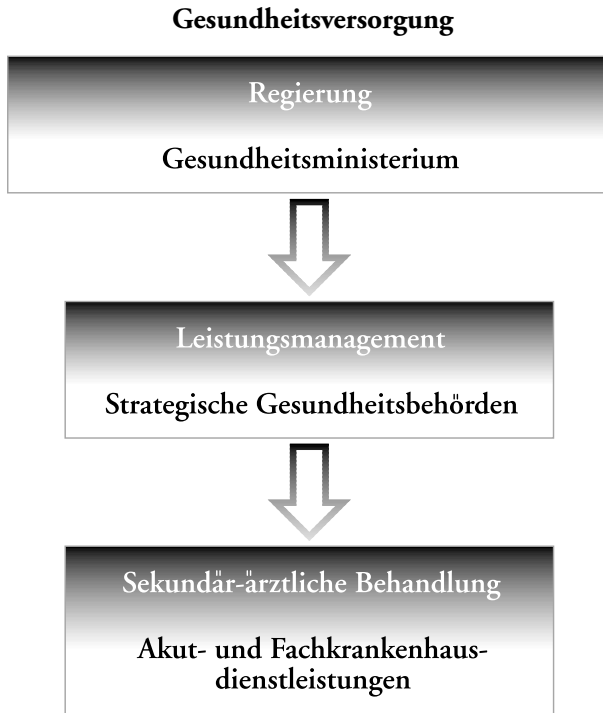
Das Gesundheitsministerium ist die zuständige Regierungsbehörde für die Erbringung von Gesundheits- und Sozialversorgungsdienstleistungen für die Menschen in England. Es unterhält Büros in Leeds und London und ist verantwortlich für:

- die Wirtschafts- und Verwaltungsführung des gesamten Gesundheits- und Sozialversorgungssystems;
- die Entwicklung der Politik und die Steuerung weitreichender Veränderungen im Nationalen Gesundheitsdienst (NHS);
- die Regulierung und Inspektion des NHS (zunehmend in Eigenverantwortung durch Einrichtungen wie die Kommission für Verbesserung im Gesundheitswesen²);
- Eingriffe, falls auf irgendeiner Ebene Probleme beim Betrieb des NHS auftreten.

Dem Gesundheitsministerium sind ferner vier Direktoren für Gesundheits- und Sozialversorgung unterstellt, die direkt mit dem NHS zusammenarbeiten und Leistungsmanagementaufgaben wahrnehmen.

² Siehe Finanzkontrollinstitutionen und andere Prüfungseinrichtungen

Abbildung 1



Gesundheitsbehörden

Die 95 Gesundheitsbehörden in England stellten im April 2002 ihre Tätigkeit ein, ein Großteil ihrer Verantwortung ging auf selbstverwaltete Gruppen zur primär-ärztlichen Behandlung (primary care trusts) über. Bis Oktober 2002 werden sie durch 28 größere Gesundheitsbehörden mit "strategischer" Funktion (je nach Gesetzgebung) ersetzt. Diese werden verantwortlich sein für:

- die Entwicklung von Strategien für den örtlichen Gesundheitsdienst;
- die Sicherung der Hochqualitätsleistungsfähigkeit des örtlichen Gesundheitsdienstes und seiner Organisationen;
- den Aufbau von Kapazitäten im örtlichen Gesundheitsdienst.
- Die neuen Gesundheitsbehörden werden den NHS vor Ort lenken und als zentrales Verbindungsglied zwischen Gesundheitsministerium und NHS fungieren. Sie werden außerdem sicherstellen, dass nationale Prioritäten (etwa Programme zur Verbesserung der Krebsbehandlung) in Pläne für den örtlichen Gesundheitsdienst integriert werden.

NHS-Krankenhäuser

In den meisten großen Städten wurden selbstverwaltete Krankenhäuser (hospital trusts) gegründet, deren allgemeines Dienstleistungsangebot die Bedürfnisse der meisten Menschen abdeckt. Einige Krankenhaus-Trusts treten auch als regionale oder nationale Fachzentren für spezialisierte Versorgung auf, andere sind Universitäten angeschlossen und helfen bei der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften mit. Die Krankenaus-Trusts können auch Dienstleistungen im Gemeinwesen erbringen, zum Beispiel durch Gesundheitszentren, Kliniken oder bei Patienten zu Hause. Von Notfällen abgesehen erfolgt die Krankenhausbehandlung durch Allgemeinärzte. Die Sprechstunden und Behandlungen sind kostenlos. Die NHS-Trusts beschäftigen den Großteil der NHS-Arbeitskräfte, u.a. Krankenschwestern und -pfleger, Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Hebammen, Altenpfleger und Angehörige von Heilnebenberufen wie Physiotherapeuten, Röntgenassistenten, Fußpfleger, Logopäden, Berater, Beschäftigungstherapeuten und Psychologen. Zu ihren vielen anderen Mitarbeitern zählen Sprechstundenhilfen und Empfangskräfte, Reinigungspersonal, Pförtner, EDV-Fachleute, Manager, Ingenieure, Caterer und Haus- und Sicherheitspersonal.

Ein typisches Krankenhaus - Zahlen und Fakten

Gesamtausgaben	85 Millionen GBP (54 Millionen GBP Personalkosten)
Gesamtzahl Mitarbeiter	2600
Einzugsgebiet	260.000 Einwohner
Anzahl Betten	700
Tätigkeitsvolumen	300.000 Patientenbehandlungen pro Jahr
Geschäftsleitung	Leiter 5 nicht geschäftsführende Direktoren 7 geschäftsführende Direktoren: [<i>Geschäftsführende Direktoren:</i> Generaldirektor, medizinischer Direktor, Finanzdirektor, Krankenpflegedirektor, Planungs- direktor, klinischer Direktor, Infrastrukturdirektor]

3. Finanzkontrollinstitutionen und andere Prüfungseinrichtungen

Rechnungsprüfung im Nationalen Gesundheitsdienst

Das staatliche Rechnungsprüfungsamt (National Audit Office, NAO): Aufgabe des obersten Rechnungsprüfers (Comptroller and Auditor General, C&AG) als Leiter

des staatlichen Rechnungsprüfungsamtes ist es, dem Parlament über die Ausgaben der Zentralregierung Bericht zu erstatten. Das NAO prüft die Rechnungsführung aller Ministerien und sonstiger Regierungsstellen und vieler anderer öffentlicher Einrichtungen durch und erstattet dem Parlament darüber Bericht, wie wirtschaftlich öffentliche Einrichtungen öffentliche Gelder ausgegeben haben. Die Beziehungen des NAO zum Parlament sind von zentraler Bedeutung für seine Arbeit. Das NAO arbeitet eng mit dem Ausschuss zur Prüfung öffentlicher Ausgaben, dem Rechnungsprüfungsausschuss des Unterhauses (Committee of Public Accounts) zusammen. Gleiches gilt für die anderen Rechnungskontrolleinrichtungen, einschließlich des District Audit Service, die in anderen Bereichen öffentlicher Ausgaben tätig sind.

Nach dem Gesetz sind der C&AG und das NAO dafür verantwortlich, die Rechnungsabschlüsse aller Ministerien und Behörden der Regierung zu prüfen und dem Parlament über die Ergebnisse Bericht zu erstatten. Dies kann vom Nationalen Gesundheitsdienst bis zur Passbehörde reichen. Der C&AG prüft auch die Rechnungsabschlüsse von über der Hälfte der "eigenverantwortlich" tätigen (auch "nichtministeriell" genannten) öffentlichen Einrichtungen wie beispielsweise der Audit Commission und Regionalentwicklungsstellen.

Wie andere Rechnungsprüfer auch muss der C&AG ein Testat über die Rechnungsabschlüsse abgeben, darüber, ob sie frei von wesentlichen falschen Angaben sind. Der C&AG muss ferner bestätigen, dass die Geschäftsvorgänge in den Abschlüssen vom Parlament ordnungsgemäß bewilligt wurden. Stellt das NAO wesentliche unzutreffende Angaben fest, gibt der C&AG ein eingeschränktes Testat ab. Sind keine wesentlichen Fehler oder Unregelmäßigkeiten in den Abschlüssen festzustellen, kann der C&AG dennoch einen Bericht über andere bedeutsame Fragen für das Parlament erstellen. Die Berichte können vom Rechnungsprüfungsausschuss des Unterhauses herangezogen werden. Auch wenn kein Bericht erstellt wird, kann das NAO ggfs. ein Schreiben an die Leitung einer Einrichtung richten, in dem Verbesserungsmöglichkeiten in den Systemen aufgezeigt werden. Diese "Prüfungsmitteilungen an die Leitung" (management letter) führen oft zu signifikanten Veränderungen.

Der NHS und die Rolle von Audit Commission und District Audit

Die **Kommission für kommunale Finanzrevision** (Audit Commission) ist eine unabhängige Behörde mit der gesetzlichen Aufgabenstellung, die Rechnungsprüfung der kommunalen Behörden und der NHS-Einrichtungen in England und Wales zu regulieren und Verbesserungen bei Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und

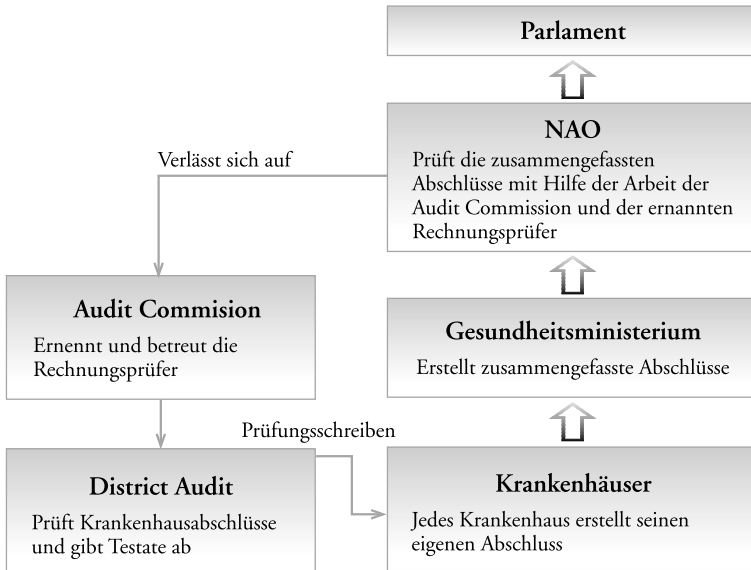
Wirksamkeit der von kommunalen Behörden und NHS-Einrichtungen erbrachten Dienstleistungen zu fördern. Die Kommission ist u.a. verantwortlich für:

- die Ernennung von Rechnungsprüfern für Kommunalbehörden und NHS-Einrichtungen und die Beschaffung von Rechnungsprüfungsdienstleistungen;
- die Festsetzung der erforderlichen Regeln und Standards für die von ihr ernannten Rechnungsprüfer und die Regulierung der Qualität der Rechnungsprüfungen;
- die Bescheinigung von Zuschussanträgen und -rückerstattungen;
- die Durchführung oder Förderung von vergleichenden und anderen Studien zur Förderung der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der von Kommunalbehörden und NHS-Einrichtungen erbrachten Dienstleistungen;
- die Entgegennahme und ggfs. die Weiterverfolgung von Informationen von "Informanten" in Kommunalbehörden und NHS-Einrichtungen nach dem Gesetz über die Weitergabe von Informationen im öffentlichen Interesse (*Public Interest Disclosure Act*) von 1998.

Die Kommission ernennt die Rechnungsprüfer für Kommunalbehörden und NHS-Einrichtungen aus den Reihen des **Bezirkungsprüfungsamtes** (District Audit), der eigenverantwortlich tätigen Rechnungsprüfungsstelle der Kommission, und privater Wirtschaftsprüfungsgesellschaften. Sie berät und unterstützt die Rechnungsprüfer auch in fachlichen Fragen und überwacht ihre Leistung durch einen strengen Qualitätskontrollprozess. Die ernannten Rechnungsprüfer üben ihre gesetzlichen und anderen Aufgaben sowie ihre beruflichen Urteilsbefugnisse unabhängig von der Kommission aus.

Die Kommission ernennt die externen Rechnungsprüfer (einschließlich des Bezirksprüfungsamtes) für die Krankenhäuser. Die Prüfer testieren die einzelnen Jahresabschlüsse und das Gesundheitsministerium fasst die Abschlüsse für die konsolidierte Prüfung zusammen. In Abbildung 2 sind die Vereinbarungen für die Prüfung der zugrundeliegenden und zusammengefassten Rechnungsabschlüsse des NHS 2001-2002 dargestellt.

Abbildung 2



Andere Prüfungseinrichtungen im NHS

Kommission für Verbesserungen im Gesundheitswesen

Die Kommission für Verbesserungen im Gesundheitswesen (Commission for Health Improvement, CHI) wurde von der Regierung eingesetzt, um die Qualität der Patientenversorgung im NHS überall in England und Wales zu verbessern. Die CHI nahm am 1. April 2000 ihre Arbeit auf. Mit ihrem laufenden Programm will sie sicherstellen, dass jeder NHS-Patient eine gleich gute Versorgung erhält. Im Mittelpunkt der Arbeit der CHI stehen die Erfahrungen der Patienten.

Die CHI sichert, überwacht und verbessert die Qualität der Patientenversorgung durch Überprüfungen der klinischen Verwaltungsstruktur. Die CHI sucht nach einem fortlaufenden Programm alle vier Jahre jeden NHS-Trust und Gesundheitsversorgungseinrichtung einschließlich Primärversorgungsgruppen, lokale Ärztgruppen und Arztpraxen in England und Wales auf. Die Erkenntnisse der CHI beruhen auf Beweismaterial, nicht auf Meinungen.

Die CHI untersucht ferner ernste Betriebsstörungen im NHS, wenn sie vom Gesundheitsminister in England oder von der Nationalversammlung in Wales darum gebeten wird, und geht auch anderen Anfragen sorgfältig nach.

Die Rechtsgrundlage der CHI sind das Gesundheitsgesetz von 1999 und dessen Ausführungsverordnungen.

Nationale Behörde für klinische Bewertung

Die Nationale Behörde für klinische Bewertung (National Clinical Assessment Authority, NCA), im April 2001 eingerichtet, ist die zentrale Ansprechstelle für das NHS, wenn es um die Leistung eines Arztes geht. Die Behörde berät NHS-Krankenhäuser und Gesundheitsbehörden, um sicherzustellen, dass die Leistung von Ärzten überprüft wird und durch entsprechende Maßnahmen gewährleistet wird, dass Ärzte ohne Gesundheitsgefährdung praktizieren.

Nationales Institut für klinische Spitzenleistungen

Das Nationale Institut für klinische Spitzenleistungen (National Institute for Clinical Excellence, NICE), im April 1999 ins Leben gerufen, ist eine neue Einrichtung, die höchste Qualität in Behandlung und Technologie im NHS und Kosteneffizienz der NHS-Dienstleistungen fördern soll. Sie berät das NHS, die Auftraggeber von NHS-Dienstleistungen (Gesundheitsbehörden und Primärversorgungsgruppen/trusts) und Patienten und ihre Behandler in Fragen der besten klinischen Praktiken. Das NICE ist eine Partnerschaft zwischen Gesundheitsministerium, NHS, Gesundheitsfachkräften und Patienten. Die vom NICE ausgearbeiteten Richtlinien sollen landesweit angewendet werden, um zum Abbau der in den letzten Jahren entstandenen geographischen Versorgungsunterschiede beizutragen.

4. Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Rechnungsprüfung

Gesetzliche Aufgaben und Befugnisse der ernannten Rechnungsprüfer

Die gesetzlichen Aufgaben und Befugnisse der ernannten Rechnungsprüfer sind im Finanzrevisionskommissionengesetz (Audit Commission Act) von 1998 und im Kommunalverwaltungsgesetz (Local Government Act) von 1999 niedergelegt. Bei der Wahrnehmung dieser besonderen gesetzlichen Aufgaben und Befugnisse müssen sich die Rechnungsprüfer an der Prüfungsverfahrensordnung (Code of Audit Practice) der Kommission für kommunale Finanzrevision orientieren.

Prüfungsverfahrensordnung

Nach dem Finanzrevisionskommissionengesetz von 1998 muss die Audit Commission "eine Prüfungsverfahrensordnung aufstellen und regelmäßig überarbeiten, in der vorgeschrieben wird, wie die [von der Kommission ernannten] Rechnungsprüfer ihre [gesetzlichen] Aufgaben zu erfüllen haben", und in der beschrieben werden muss,

"was die Kommission als beste berufliche Praktiken in Bezug auf von den Rechnungsprüfern zu befolgende Standards, Verfahren und Techniken erachtet".

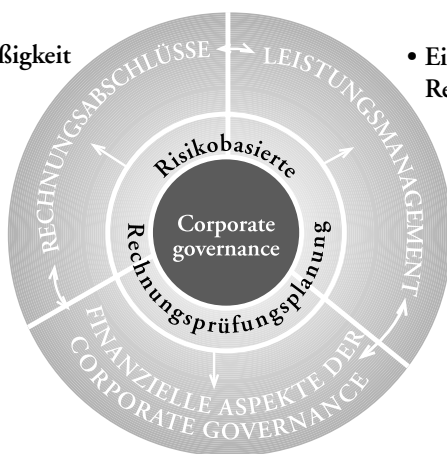
Modell der Audit Commission für die öffentliche Rechnungsprüfung

Die Prüfungsverfahrensordnung wurde auf der Grundlage des Modells der Audit Commission für die öffentliche Rechnungsprüfung entwickelt, das die Verantwortlichkeiten der Rechnungsprüfer in folgenden Bereichen definiert:

- finanzielle Aspekte der Corporate Governance,
- Rechnungsabschlüsse und
- Aspekte des Leistungsmanagements.

Das Modell spiegelt das Kommissionskonzept einer "integrierten Rechnungsprüfung" wider, bei der die Arbeit an einem Element der Prüfung in die Arbeit an anderen Elementen einfließt. Kernstück der Arbeit der Prüfer im Rahmen jedes dieser Prüfungsverantwortungsbereiche ist ein risikobezogener Ansatz für die Prüfungsplanung, der ihre Gesamteinschätzung der relevanten Risiken wiedergibt, die für das Krankenhaus und seine Vorkehrungen zur Corporate Governance in Frage kommen. Das öffentliche Rechnungsprüfungsmodell der Kommission lässt sich grafisch wie folgt darstellen:

- Testat
- Ordnungsmäßigkeit



- Einsatz von Ressourcen

- Gesetzmäßigkeit von Finanzgeschäften
- Finanzlage
- Systeme der internen Finanzkontrolle
- Standards des Finanzgebarens und Vermeidung und Aufdeckung von Betrug und Korruption

Bewertung von Rechnungsprüfungsrisiken

Es ist Aufgabe des Krankenhauses, seine operativen und finanziellen Risiken zu bestimmen und sich mit ihnen auseinander zu setzen sowie geeignete Vorkehrungen für das Risikomanagement einschließlich adäquater und wirksamer interner Kontrollsysteme zu entwickeln und zu treffen. Bei der Planung ihrer Prüfungsarbeit berücksichtigen und bewerten die Rechnungsprüfer die wesentlichen relevanten ablaufbedingten und finanziellen Risiken, die für das Krankenhaus bestehen können, und die Vorkehrungen, die es für das Risikomanagement getroffen hat. Ziel ist es, einen Prüfungsplan auszuarbeiten, der die Art und Durchführung der Prüfungsarbeit auf die Umstände des Krankenhauses zuschneidet, damit die Prüfungsanstrengungen auf die Bereiche mit den höchsten Risiken ausgerichtet werden können.

5. Berichterstattung über die Prüfungsarbeit

Output der Rechnungsprüfung

Die Rechnungsprüfer erstellen:

- a) eine Bescheinigung, dass die Rechnungsprüfung nach Maßgabe der gesetzlichen Anforderungen vollzogen wurde;
- b) ein Testat zum Rechnungsabschluss und ggfs. weitere Testate;
- c) ggfs. einen Bericht über Fragen, die nach Ansicht des Prüfers im öffentlichen Interesse liegen;
- d) ggfs. mündliche und/oder schriftliche Berichte oder Mitteilungen an Beamte oder ggfs. Mitglieder über Ergebnisse besonderer Aspekte der Arbeit des Prüfers oder damit zusammenhängende Fragen und
- e) ein jährliches Prüfungsschreiben an das Krankenhaus.

Jährliche Prüfungsschreiben

Zweck des jährlichen Prüfungsschreibens ist es, dem Krankenhaus den Inhalt, die Art und den Umfang der im Berichtszeitraum durchgeführten Prüfungsarbeit mitzuteilen und ggfs. die Bemerkungen oder Schlussfolgerungen des Prüfers und im Zuge der Prüfungsarbeit aufgeworfene erhebliche Fragen oder wichtige Themen zusammenzufassen. Das Prüfungsschreiben ist an das Krankenhaus gerichtet und dessen Eigentum. Es wird allerdings erwartet, dass alle Krankenhäuser ihre Prüfungsschreiben der Öffentlichkeit zugänglich machen, in der Regel als Tagesordnungspunkt der Sitzungen der Krankenhausleitung.

Weiterleitung an den Gesundheitsminister

Die Rechnungsprüfer der NHS-Einrichtungen sind insbesondere dafür verantwortlich, alle Angelegenheiten an den Gesundheitsminister weiterzuleiten, bei denen sie der Ansicht sind, dass ein Beschluss eines Gremiums oder eines Beamten gesetzwidrige Ausgaben nach sich ziehen oder beinhalten könnte oder dass eine Handlung eines Gremiums oder eines Beamten gesetzwidrig war oder sein könnte und möglicherweise einen Verlust oder Fehlbetrag verursachen könnte. Diese Verantwortung ist nicht gleichzusetzen mit der Verantwortung der Rechnungsprüfer von bestimmten NHS-Einrichtungen, die Ordnungsmäßigkeit der Einnahmen und Ausgaben der Einrichtung zu testieren.

Berichte im öffentlichen Interesse

Die Rechnungsprüfer sollten erwägen, ob sie im öffentlichen Interesse über eine Angelegenheit Bericht erstatten sollten, die im Verlauf der Prüfung ihre Aufmerksamkeit weckt, damit sie von der betroffenen Einrichtung behandelt oder der Öffentlichkeit zur Kenntnis gebracht werden kann. Die Prüfer sollten auch erwägen, ob es das öffentliche Interesse erfordert, dass über eine solche Angelegenheit sofort und nicht erst bei Abschluss der Prüfung Bericht erstattet werden sollte.

Ein Bericht im öffentlichen Interesse wird nur erstellt, wenn die Prüfer eine Angelegenheit für wichtig genug erachten, um der geprüften Einrichtung oder der Öffentlichkeit zur Kenntnis gebracht zu werden. Der Begriff der Wesentlichkeit, der für die Arbeit der Prüfer im Bereich der Rechnungsabschlüsse gilt, spielt bei der Entscheidung der Prüfer darüber, ob ein Bericht im öffentlichen Interesse zu erstellen ist, keine Rolle.

Obwohl Kritik an der Leistung in der Vergangenheit bei der Berichterstattung mitunter notwendig sein kann, wollen die Prüfer konstruktiv sein und formulieren sorgfältig und unmissverständlich. Der Schwerpunkt in den Berichten sollte auf den Schritten liegen, die für Verbesserungen nötig sind.

Ein Bericht im öffentlichen Interesse muss als solcher klar gekennzeichnet werden. Der Bericht sollte spätestens 14 Tage nach Abschluss der Prüfung an die Audit Commission und an den Gesundheitsminister geschickt werden. Hiervon ausgenommen sind natürlich Sofortberichte, die noch im Verlauf der Prüfung erstellt werden. Auf jeden Fall sollte ein Exemplar des Berichts innerhalb der genannten Frist auch der geprüften Stelle zugeleitet werden.

ANLAGEN

Prüfung von finanziellen Aspekten der Corporate Governance

Es ist Aufgabe des Krankenhauses, geeignete Vorkehrungen für sein ordnungsgemäßes Finanzgebaren zu treffen und ihre Tauglichkeit und Wirksamkeit in der Praxis zu überwachen. Die Rechnungsprüfer im NHS müssen die finanziellen Aspekte der vom Krankenhaus getroffenen Vorkehrungen zur Corporate Governance prüfen und ggfs. über sie Bericht erstatten, und zwar in Bezug auf:

- die Gesetzmäßigkeit von Geschäftsvorgängen, die erhebliche finanzielle Auswirkungen haben könnten;
- die Finanzlage des Krankenhauses;
- die Systeme der internen Finanzkontrolle und
- die Standards des Finanzgebarens und die Vermeidung und Aufdeckung von Betrug und Korruption.

GESETZMÄSSIGKEIT VON FINANZGESCHÄFTEN

Verantwortung des Krankenhauses

Das Krankenhaus muss gesetzesgemäß handeln und geeignete Vorkehrungen dafür treffen, dass seine finanziellen Angelegenheiten nach Maßgabe der Gesetze und geltenden Verordnungen besorgt werden.

Verantwortung des Rechnungsprüfers

Die Prüfer ermitteln, ob das Krankenhaus geeignete Vorkehrungen getroffen hat, um die Gesetzmäßigkeit von Geschäftsvorgängen sicherzustellen, die erhebliche finanzielle Auswirkungen haben könnten. Dies erfolgt durch Überprüfung und ggfs. Untersuchung der Beweisunterlagen zu diesen Vorkehrungen.

Die Prüfer treffen hierfür zweckdienliche Maßnahmen, um sich zu informieren über:

- Geschäfte, die unüblich oder von fragwürdiger Gesetzmäßigkeit sind und erhebliche finanzielle Auswirkungen haben könnten;
- die Vorkehrungen des Krankenhauses zur Umsetzung neuer gesetzlicher Vorschriften oder Anforderungen, die erhebliche finanzielle Auswirkungen haben könnten;
- die Anwendbarkeit relevanter nationaler Themen vor Ort, die erhebliche finanzielle Auswirkungen haben könnten, u.a. etwa Fragen, in denen die Audit Commission Hilfestellung leistet.

FINANZLAGE

Verantwortung des Krankenhauses

Das Krankenhaus muss seine finanziellen Angelegenheiten so besorgen und geeignete Vorkehrungen dafür treffen, dass seine Finanzlage auf einer gesunden Basis beruht, und zwar in Bezug auf:

die Einhaltung der:

- gesetzlichen finanziellen Anforderungen,
- finanziellen Zielvorgaben,
- einschlägigen Kodexe und Richtlinien;
- die Höhe der Guthaben, Rücklagen und Rückstellungen;

die finanziellen Monitoring- und Reporting-Vorkehrungen und

die Auswirkungen der geplanten zukünftigen Politik und der bekannten oder vorhersehbaren zukünftigen Entwicklungen auf die finanzielle Stellung der Einrichtung.

Verantwortung des Rechnungsprüfers

Die Prüfer ermitteln, ob das Krankenhaus geeignete Vorkehrungen getroffen hat, um eine Finanzlage auf einer gesunden Basis sicherzustellen. Dies erfolgt durch Überprüfung und ggfs. Untersuchung der Beweisunterlagen zu diesen Vorkehrungen.

Die Prüfer nehmen dabei Bezug auf:

- die finanzielle Leistung des Krankenhauses im Berichtsjahr;
- die Fähigkeit des Krankenhauses, tatsächliche oder von bestimmten Faktoren abhängige gesetzliche oder andere finanzielle Verpflichtungen zu erfüllen;
- die Reaktionen des Krankenhauses auf aktuelle oder in absehbarer Zukunft stattfindende bekannte Entwicklungen, die sich auf seine finanzielle Lage auswirken könnten.

SYSTEME DER INTERNEN FINANZKONTROLLE

Verantwortung des Krankenhauses

Das Krankenhaus muss interne Kontrollsysteme entwickeln und einrichten und geeignete Vorkehrungen für die Überwachung ihrer Tauglichkeit und Wirksamkeit in der Praxis treffen, die folgende Bereiche umfassen:

- das gesamte Kontrollumfeld einschließlich der internen Rechnungsprüfung;
- die Bestimmung, die Bewertung und das Management von operativen und finanziellen Risiken;
- Budgetkontrolle und Überwachung;
- Dokumentation der Kontrollverfahren.

Verantwortung des Rechnungsprüfers

Die Prüfer ermitteln, ob das Krankenhaus geeignete Vorkehrungen getroffen hat, um sich davon zu überzeugen, dass seine internen Finanzkontrollsysteme in der Praxis tauglich und wirksam sind. Dies erfolgt durch Überprüfung und ggfs. Untersuchung der Beweisunterlagen zu diesen Vorkehrungen und durch Überprüfung und Berichterstattung über die Erklärung des Krankenhauses zur Verantwortung der Direktoren für die interne Finanzkontrolle.

STANDARDS DES FINANZGEBARENS UND VERMEIDUNG UND AUFDECKUNG VON BETRUG UND KORRUPTION

Verantwortung des Krankenhauses

Das Krankenhaus muss sicherstellen, dass seine Geschäfte im Einklang mit ordnungsgemäßen Standards des Finanzgebarens geführt werden und alle Fälle von Betrug und Korruption vermieden und aufgedeckt werden. Es sollte daher geeignete Vorkehrungen treffen für:

- die Einhaltung geeigneter Corporate Governance-Standards und ihre Überwachung;
- die Formulierung und Förderung geeigneter Werte und Standards in der gesamten Organisation;
- die Entwicklung, Verbreitung und Überwachung der Einhaltung von Verhaltenskodexen als Richtschnur für die persönliche Verantwortung der Mitglieder und Mitarbeiter und die erwarteten Verhaltensstandards;
- die Entwicklung, Verbreitung und Überwachung der Einhaltung von allgemeinen Anordnungen und finanziellen Regelungen einschließlich Anweisungen zur Regulierung des Umgangs mit Verträgen;
- die Entwicklung und Umsetzung von Strategien zur Vermeidung und Aufdeckung von Betrug und Korruption;
- die Entgegennahme und Untersuchung von angeblichen Verstößen gegen geeignete Standards des Finanzgebarens oder von angeblichen Betrugs- und Korruptionsfällen.

Verantwortung des Rechnungsprüfers

Die Prüfer ermitteln, ob das Krankenhaus angemessene Vorkehrungen getroffen hat, um geeignete Standards des Finanzgebarens durchzusetzen und Betrug und Korruption zu vermeiden und aufzudecken. Dies erfolgt durch Überprüfung und ggfs. Untersuchung der Beweisunterlagen zu diesen Vorkehrungen.

Es ist nicht Aufgabe der Prüfer, Verstöße gegen geeignete Standards des Finanzgebarens oder Fälle von Betrug und Korruption zu vermeiden oder aufzudecken. Die Prüfer achten allerdings bei allen Aspekten ihrer Arbeit auf die Möglichkeit von Verstößen gegen geeignete Standards des Finanzgebarens oder eventuelle Fälle von Betrug und Korruption.

Prüfung von Rechnungsabschlüssen

Verantwortung des Krankenhauses

Das Krankenhaus muss:

- die Ordnungsmäßigkeit der Geschäfte durch Einrichtung von internen Kontrollsystemen zur Gewährleistung der Gesetzmäßigkeit von Finanzgeschäften sicherstellen;
- die Buchungsunterlagen ordnungsgemäß führen;
- Rechnungsabschlüsse aufstellen, die ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes (oder ggfs. ein angemessenes) Bild der Finanzlage der Einrichtung und ihrer Einnahmen und Ausgaben vermitteln.

Verantwortung des Rechnungsprüfers

Die Prüfer müssen die Rechnungsabschlüsse prüfen und u.a. testieren:

- ob sie ein ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes (oder ggfs. ein angemessenes) Bild der Finanzlage des Krankenhauses und seiner Einnahmen und Ausgaben im Berichtsjahr vermitteln;
- ob sie gemäß den geltenden Gesetzen und anwendbaren Rechnungslegungsgrundsätzen ordnungsgemäß aufgestellt wurden;
- bei bestimmten NHS-Einrichtungen die Ordnungsmäßigkeit der Einnahmen und Ausgaben.

Prüfung von Aspekten des Leistungsmanagements

Verantwortung des Krankenhauses

Das Krankenhaus muss geeignete Vorkehrungen treffen, um den bestmöglichen Einsatz der ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen sicherzustellen, u.a. durch:

- Festsetzung von strategischen Zielen und Vorgaben;
- Dienstleistungs- und Geschäftsplanung;
- Budget- und Finanzmanagement;
- Service- und Leistungsüberprüfungen;
- Festsetzung von Leistungsvorgaben und Überwachung der Leistung und der Ergebnisse anhand der Vorgaben.

Verantwortung des Rechnungsprüfers

Die Prüfer ermitteln, ob das Krankenhaus angemessene Vorkehrungen getroffen hat, um beim Einsatz seiner Ressourcen Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit zu gewährleisten. Dies erfolgt durch Überprüfung und ggfs. Untersuchung der Beweisunterlagen zu Aspekten dieser Vorkehrungen einschließlich des Einsatzes von Ressourcen bei bestimmten Dienstleistungen und Funktionen.

Die Audit Commission veröffentlicht nationale Studien zur Förderung von guten Verwaltungsmethoden und des bestmöglichen Einsatzes von öffentlichen Geldern bei bestimmten Dienstleistungen und Funktionen. Die Wegweisungen, die die Kommission jährlich auf der Grundlage der Ergebnisse der nationalen Studien erstellt, enthalten Vorschriften für die Prüfung und Informationen darüber, inwieweit die Prüfer sich an sie halten müssen.

Die Prüfer untersuchen auch, ob es darüber hinaus oder anstelle der nationalen Studien notwendig ist, den Einsatz von Ressourcen bei anderen Dienstleistungen und Funktionen zu überprüfen (sog. "lokale Studien").

Die Prüfer verfolgen die Fortschritte des Krankenhauses bei der Umsetzung der Prüfungsempfehlungen aus einzelnen Prüfungen, die in den Vorjahren durchgeführt wurden.

**Die Prüfung von Krankenhäuser in Deutschland
am Beispiel zweier Bundesländer**

*L'audit des hôpitaux en Allemagne à l'exemple de deux
états fédérés*

*Auditing in hospitals sector in Germany
taking as examples two federate states*

Die Prüfung von Krankenhäuser in Deutschland am Beispiel zweier Bundesländer

**Hermann Mayer, Ministerialrat beim Rechnungshof Rheinland-Pfalz
Dr. Udo Rauch, Leitender Ministerialrat beim Rechnungshof Rheinland-Pfalz
Susanne Albrecht, Ministerialrätin beim Hessischen Rechnungshof**

Die Prüfung von Krankenhäuser in Deutschland am Beispiel zweier Bundesländer

A) Beispiel des Bundeslandes Rheinland-Pfalz

1. Basisinformationen über die Krankenhausversorgung und die

Prüfung von Krankenhäusern

1.1 Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe

1.2 Grundsätze de Krankenhausversorgung

1.3 Versicherte/ nicht versicherte Patienten

1.4 Organisation der Krankenhausversorgung

1.5 Leitungsstrukturen und Aufbauorganisation der Krankenhäuser

1.6 Krankenhausfinanzierung

1.7 Rechnungslegung

1.8 Prüfungseinrichtungen

1.9 Rechtsaufsicht und Fachaufsicht über die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft

1.10 Prüfungen des Rechnungshofs Rheinland-Pfalz

1.11 Prüfungsgegenstände

1.12 Prüfung der Wirtschaftsführung von Laboreinrichtungen im Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

2. Prüfung von Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz

2.1 Prüfungsrecht

2.2 Prüfungsgegenstände

2.3 Prüfungsmethoden

2.4 Prüfung eines kommunalen Krankenhauses

2.5 Folgerungen

Anlagen

B) Beispiel des Bundeslandes Hessen

Die öffentliche stationäre Gesundheitsversorgung (Krankenhäuser): Organisationsstrukturen, Finanzierung und Prüfung durch die Öffentliche Finanzkontrolle

0. Einleitung

1. Organisation und Einrichtungen der stationären Gesundheitsversorgung

2. Finanzierung der allgemeinen stationären Gesundheitsversorgung

3. Wirtschaftlichkeitsgebot und Qualitätssicherung, Bundesstatistik

4. Rechnungslegung der Krankenhäuser

5. Externe Prüfung der Kliniken

6. Prüfung der Sozialversicherungsträger

Die Prüfung von Krankenhäuser in Deutschland am Beispiel zweier Bundesländer

A) Beispiel des Bundeslandes Rheinland-Pfalz

1. Basisinformationen über die Krankenhausversorgung und die Prüfung von Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz

1.1 Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe

- Die Gewährleistung der Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern ist eine öffentliche Aufgabe des Landes Rheinland-Pfalz, seiner Landkreise und kreisfreien Städte. Die Landkreise und die kreisfreien Städte erfüllen diese Aufgabe als Pflichtaufgabe der Selbstverwaltung, indem sie Krankenhäuser errichten und unterhalten, soweit Krankenhäuser nicht von freige-meinnützigen, privaten oder anderen geeigneten Trägern errichtet und unterhalten werden (§ 2 Landeskrankenhausgesetz – LKG -).

1.2 Grundsätze der Krankenhausversorgung

- Ziel des Landeskrankenhausgesetzes ist es, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen sowie sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen und zu sozial tragbaren Pflegesätzen (Krankenhauskosten) beizutragen (§1 Abs. 1 LKG).
- Die Krankenhäuser sollen sich in einem bedarfsgerecht gegliederten, der Vielfalt der Krankenhausträger entsprechenden System ergänzen (§1 Abs. 2 LKG).
- Jeder Patient hat im Krankenhaus entsprechend der Art und Schwere seiner Erkrankung in erforderlichem Umfange das Recht auf die Gewährung von Krankenhausleistungen (§1 Abs. 3 LKG).

1.3 Versicherte/ nicht versicherte Patienten

- Bei der Krankenhausversorgung ist zu unterscheiden zwischen sozialversicherten (vgl. §§ 5 bis 10 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch -SGB V -) und nicht sozialversicherten Patienten.

- Der Großteil der Bevölkerung befindet sich in der gesetzlichen Krankenversicherung (sozialversicherte Personen), weil er, gemessen am Einkommen, entweder versicherungspflichtig oder freiwillig versichert ist. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die medizinisch erforderlichen Behandlungskosten ihrer Mitglieder.
- Personen, die nicht einer gesetzlichen Krankenversicherung angehören (nicht sozialversicherte Personen, z.B. Beamte und ihre Familienangehörigen oder nicht abhängig Beschäftigte und ihre Familienangehörigen), sind in der Regel privat versichert. Sie haben zwar die Rechnungen der Krankenhäuser selbst zu zahlen (Selbstzahler), bekommen jedoch – je nach Art und Höhe der versicherten Krankenhausleistungen – einen Teil oder den Gesamtbetrag der gezahlten Krankenhauskosten von ihrem privaten Krankenversicherungsunternehmen erstattet. Nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung sind darüber hinaus Personen, die nicht über ein ausreichendes Einkommen verfügen und daher Sozialhilfe erhalten. Die Kosten der medizinisch notwendigen Krankenhausleistungen übernehmen die jeweils zuständigen Träger der Sozialhilfe.

1.4 Organisation der Krankenhausversorgung

- Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung erstellt die Landesregierung einen Landeskrankenhausplan, der spätestens nach jeweils sieben Jahren neu aufzustellen ist und dessen Vorgaben bei wesentlichen Veränderungen im Gesundheitswesen und der Bedarfsstruktur fortgeschrieben werden. Der Krankenhausplan legt die gegenwärtige und zukünftige Aufgabenstellung der einzelnen Krankenhäuser (Plankrankenhäuser), die Art und die Anzahl der Fachabteilungen und Versorgungsschwerpunkte sowie die Zahl der Krankenhausbetten (Planbetten) und ihre Aufteilung auf die einzelnen Fachabteilungen fest. Die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Landeskrankenhausplan werden durch Bescheid festgestellt. Wesentlich ist, dass den Krankenhäusern mit der Aufnahme in den Landeskrankenhausplan auch der Versorgungsauftrag erteilt wird. Gleichzeitig erwerben sie hiermit einen Rechtsanspruch auf staatliche Förderung ihrer Investitionen. Zu den insgesamt 103 Plankrankenhäusern mit insgesamt 26.285 vollstationären Planbetten in Rheinland-Pfalz gehört auch das Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.
- In Rheinland-Pfalz sind nur wenige Krankenhäuser nicht im Landeskrankenhausplan enthalten. Es handelt sich um sogenannte Vertragskrankenhäuser, die auf der Grundlage von § 109 SGB V mit den

- Landesverbänden der Krankenkassen Versorgungsverträge abgeschlossen haben. Ihre Investitionskosten werden nicht staatlich gefördert.
- Die Plankrankenhäuser sind in Rheinland-Pfalz entsprechend ihrer unterschiedlichen Aufgabenstellung in fünf Versorgungsstufen eingeteilt: a) Krankenhäuser der Grundversorgung, b) Krankenhäuser der Regelversorgung, c) Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung, d) Krankenhäuser der Maximalversorgung und e) Fachkrankenhäuser. Maßgeblich für die Zuordnung zu der jeweils zutreffenden Versorgungsstufe sind die Zahl der Betten und die Zahl und Art der Fachabteilungen. Krankenhäuser der Grundversorgung verfügen beispielsweise über weniger als 250 Planbetten und besitzen mindestens eine Fachabteilung für Innere Medizin und Chirurgie. Krankenhäuser der Maximalversorgung haben dagegen mehr als 800 Planbetten und neben den Fachabteilungen für Innere Medizin und Chirurgie mindestens 10 weitere Fachabteilungen.
 - Die Krankenhäuser sind nach Maßgabe des Landeskrankenhausplans in Fachabteilungen zu gliedern. Fachabteilungen sind organisatorisch und räumlich abgegrenzte, fachärztlich betreute Einrichtungen des Krankenhauses, die auch nichtbettenführende Funktionseinheiten (z.B. Radiologie) sein können. Sie können als Hauptfachabteilungen unter der Leitung von hauptamtlichen Fachärzten oder als Belegabteilungen unter der Leitung von niedergelassenen Ärzten (Belegärzten) geführt werden. Der Landeskrankenhausplan unterscheidet zwischen 18 unterschiedlichen Fachabteilungen, angefangen von der Abteilung Innere Medizin, der Abteilung Chirurgie bis hin zur Abteilung Psychiatrie.
 - 71 der insgesamt 103 Plankrankenhäuser sind in freigemeinnütziger Trägerschaft (im Wesentlichen Religionsgemeinschaften, Wohlfahrtsverbände). In der Trägerschaft des Landes befinden sich das Klinikum der Universität Mainz und das Landeskrankenhaus. Letzteres besteht im Sinne des Landeskrankenhausplanes aus drei Plankrankenhäusern. In kommunaler Trägerschaft sind zur Zeit noch 20 Plankrankenhäuser, in privater Trägerschaft 8.
 - Die Krankenhäuser kommunaler Träger und des Landes können nach § 22 Abs. 1 Landeskrankenhausgesetz in privater oder öffentlicher Rechtsform oder als Einrichtungen ohne eigene Rechtspersönlichkeit (Eigenbetrieb des Trägers) geführt werden. Das Landeskrankenhaus und das Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz sind rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts; kommunale Krankenhäuser werden dagegen überwiegend in der Rechtsform der GmbH geführt, wenige als Eigenbetriebe des Trägers ohne eigene Rechtspersönlichkeit.
 - Die zunehmende Bildung von Krankenhausverbänden erlaubt eine Straffung des Versorgungsangebots. Hierbei erhalten benachbarte Krankenhäuser einen gemein-

samen Versorgungsauftrag und stimmen ihre Angebote der stationären Akutversorgung aufeinander ab.

- Die Zahl der Krankenhäuser mit Tageskliniken nimmt zu. In Tageskliniken ist nur teilstationäre Betreuung (keine Übernachtung) möglich. Sie dienen insbesondere im Bereich der Psychiatrie, Onkologie und der Schmerzbetreuung einer möglichst wohnortnahen Versorgung.

1.5 Leitungsstrukturen und Aufbauorganisation der Krankenhäuser

- Nach § 23 Abs. 2 des Landeskrankenhausgesetzes steht es dem Krankenhausträger im Wesentlichen frei, die innere Struktur und Organisation des Krankenhauses sowie die Bildung von Krankenhausgremien selbständig zu regeln.
- Die Betriebsführung eines Krankenhauses war noch vor wenigen Jahren in der Regel einem Direktorium übertragen. Diese Leitungsform herrschte solange vor, als der überwiegende Teil der Krankenhäuser noch keine eigene Rechtspersönlichkeit hatte. Dem Direktorium gehören der Ärztliche Direktor, der Verwaltungsdirektor und die Leitende Krankenpflegekraft (Pflegedirektor) an. Das Direktorium ist dem Krankenhausträger dafür verantwortlich, dass die Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit beachtet werden und die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses gewährleistet ist.
- Mit zunehmender Bevorzugung der privaten Rechtsform einer GmbH im Bereich der kommunalen Krankenhäuser und der Umwandlung des in Trägerschaft des Landes befindlichen Landeskrankenhauses und des Klinikums der Johannes Gutenberg Universität Mainz in die Rechtsform einer rechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts ging die Betriebsführung auf den durch das verantwortliche Aufsichtsgremium (Aufsichtsrat, Verwaltungsrat) bestellten Geschäftsführer der GmbH oder der Anstalt über. Eine Ausnahme bildet das Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, das durch den Klinikvorstand geleitet wird. Dieser besteht aus dem Ärztlichen Direktor, dem Verwaltungsdirektor, dem Pflegedirektor und dem Dekan des Fachbereichs Medizin. Die verbliebenen Direktorien der anderen Krankenhäuser haben nur noch beratende Funktion.
- Der Ärztliche Direktor wird nach Anhörung des Verwaltungsdirektors und der Leitenden Krankenpflegekraft vom Krankenhausträger (Aufsichtsrat, Verwaltungsrat) aus der Mitte der hauptamtlichen leitenden Ärzte eines Krankenhauses berufen. Er vertritt die ärztlichen Belange im Direktorium.
- Der Verwaltungsdirektor wird vom Krankenhausträger (Aufsichtsrat/Verwaltungsrat) nach Anhörung des Ärztlichen Direktors und der Leitenden Krankenpflegekraft bestellt. Ihm obliegen insbesondere die Leitung der Bereiche

Verwaltung, Wirtschaft und Technik, die Personalverwaltung, und die Geschäftsführung des Direktoriums.

- Die Leitende Pflegekraft (Pflegedirektor) wird vom Krankenhausträger (Aufsichtsrat, Verwaltungsrat) nach Anhörung des Ärztlichen Direktors und des Verwaltungsdirektors bestellt. Ihm ist insbesondere die Leitung des pflegerischen Dienstes, die Fortbildung und die praktische Ausbildung der Pflegekräfte übertragen.
- Den Chefärzten (hauptamtliche Leiter einer Fachabteilung) ist es vielfach gestattet, in Nebentätigkeit und mit eigenem Liquidationsrecht Patienten im Krankenhaus ambulant zu behandeln und dafür Personal, Einrichtungen und Material des Krankenhauses gegen Entgelt in Anspruch zu nehmen. Voraussetzung für die ambulante Behandlung sozialversicherter Patienten ist eine kassenärztliche Ermächtigung, die von der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wird.
- Die meisten Krankenhäuser unterhalten als zentrale Einrichtungen auch eine Krankenhausapotheke und ein Labor. Insbesondere kleinere Krankenhäuser haben die Apothekenversorgung entweder benachbarten Krankenhäusern oder niedergelassenen Apotheken übertragen. Fremdlabors werden in der Regel nur mit speziellen Laboruntersuchungen beauftragt.
- Weitere wichtige Gremien und Einrichtungen eines Krankenhauses sind: die Arzneimittelkommission, der Abfallbeauftragte, der Hygienebeauftragte und der Patientenfürsprecher.
- Die wichtigsten Personalgruppen eines Krankenhauses sind: der ärztliche Dienst, der Pflegedienst (auch Pflegehilfspersonal), der medizinisch-technische Dienst (Apothekenspersonal, Laborpersonal, Krankengymnasten, ärztlicher Schreibdienst), der Funktionsdienst (Operationsdienst, Hebammen, Beschäftigungstherapeuten, Zentralsterilisation), das klinische Hauspersonal (Reinigungspersonal), der Wirtschafts- und Versorgungsdienst (Hol- und Bringedienst, Küchendienst, Wäscherei), der technische Dienst (Handwerker, Ingenieure), der Verwaltungsdienst (Einkauf, Verkauf, Buchhaltung), der Sonderdienst (Seelsorger), und das Personal der Ausbildungsstätten (Lehrkräfte).

1.6 Krankenhausfinanzierung

- Die Investitionskosten von Plankrankenhäusern trägt das Land Rheinland-Pfalz, soweit diese dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entsprechen (§§ 11 bis 21 LKG); im Falle des Klinikums der Johannes Gutenberg-Universität Mainz übernimmt der Bund und das Land Rheinland-Pfalz jeweils die Hälfte der Investitionskosten für den Bereich der Krankenhausversorgung.

- Auf Antrag und durch individuellen Förderbescheid des zuständigen Ministeriums werden die Errichtung und die Erstausrüstung von Krankenhäusern mit allen Anlagegütern finanziert. Die Förderung erfolgt hierbei als Festbetrag.
- Durch feste jährliche Beträge (Jahrespauschalen) werden die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter und die Investitionskosten für kleine bauliche Maßnahmen gefördert. Bemessungsgrundlagen für die pauschale Förderung sind im Wesentlichen die Zahl der Fälle (Krankenhausbehandlungen), die Zahl und Art der medizinischen Großgeräte, die Zahl der Ausbildungsplätze und die Planbettenzahl. Zur pauschalen Förderung der Krankenhäuser standen im Landeshaushalt zuletzt etwa 50 Mio. zur Verfügung. Hiervon werden etwa 20% nach der Zahl der Planbetten, 80% nach den übrigen Förderkriterien auf die einzelnen Plankrankenhäuser verteilt.
- Die laufenden Kosten für den Betrieb der Krankenhäuser werden überwiegend von den gesetzlichen Krankenkassen für die stationäre Behandlung ihrer Mitglieder erstattet. Für schätzungsweise 80% der Kosten im stationären Bereich vereinbaren die Krankenhäuser auf der Grundlage prospektiv ermittelter Kosten einen Gesamtbetrag (Budget) und, davon abgeleitet, tagesgleiche Pflegesätze (laufende Kosten je Tag), und zwar differenziert nach einem Basispflegesatz („Hotelkosten“) und einem Abteilungspflegesatz. Die Vertragsparteien sind an das Budget gebunden. Für eine gesetzlich festgelegte Reihe von Krankenhausbehandlungen, die zwischen 10 und 30% der stationären Kosten umfassen, werden, unabhängig von der Aufenthaltsdauer eines Patienten, pauschale Kostensätze (Fallpauschalen und Sonderentgelte) abgerechnet. Kostenunterdeckungen entstehen vor allem dann, wenn die tatsächlichen Kosten aufgrund von Unwirtschaftlichkeiten oder unvorhersehbaren Entwicklungen das vereinbarte Budget einschließlich der Erlöse aus Fallpauschalen und Sonderentgelten übersteigen. Ab dem Jahr 2003 soll das bisherige System der Pflegesätze sukzessive durch Fallpauschalen (sog. DRG-System) ersetzt werden (Ausnahme: psychiatrischer Bereich).
- Die mit den Krankenkassen vereinbarten Pflegesätze und die gesetzlich festgelegten Fallpauschalen sowie Sonderentgelte gelten auch für die Patienten, die nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind. Diese Patienten zahlen die in Rechnung gestellten Kosten entweder selbst (Selbstzahler), oder die Kosten werden, soweit die Patienten Sozialhilfeempfänger sind, von den Trägern der Sozialhilfe gezahlt.
- Die Kosten ambulanter Leistungen von Krankenhäusern (z. B. ambulante Operationen, Notfallambulanz) werden im Wesentlichen durch Gebühren finanziert, die bei sozialversicherten Patienten von den gesetzlichen Krankenkassen, bei nicht sozialversicherten Patienten entweder von den Patienten selbst oder den

Trägern der Sozialhilfe gezahlt werden. Auch in diesem Bereich können insbesondere durch Unwirtschaftlichkeiten Kostenunterdeckungen entstehen.

- Die von leitenden Krankenhausärzten in Nebentätigkeit verursachten Kosten ambulanter Leistungen durch Inanspruchnahme von Personal, Einrichtungen und Material des Krankenhauses sollten zwar nach den Musterverträgen für Chefärzte durch entsprechende Nutzungsentgelte der nebetätigen Ärzte gedeckt werden. Nach den Prüfungserfahrungen des Rechnungshofs blieben die vertraglich vereinbarten Abgaben der nebetätigen Ärzte jedoch häufig hinter den verursachten Kosten zurück.
- Die durch Kostenunterdeckungen hervorgerufenen Fehlbeträge führen, soweit sie nicht durch andere betriebliche Maßnahmen (Auflösung von Rückstellungen, Verkauf von Grundstücken oder Anlagegütern usw.) ausgeglichen werden können, zur Notwendigkeit einer Verlustabdeckung durch den Krankenhausträger. Der Krankenhausträger hat daher nach Aufstellung des Jahresabschlusses und Prüfung durch die Wirtschaftsprüfer den Jahresabschluss festzustellen und einen Beschluss über die Verwendung eines Jahresüberschusses und die Deckung eines Jahresfehlbetrags zu fassen.

1.7 Rechnungslegung

- Zum Rechnungswesen der Krankenhäuser gehören: der Wirtschaftsplan, die Buchführung, der Jahresabschluss, die Kosten- und Leistungsrechnung sowie die für die Wirtschaftsführung erforderlichen Statistiken, insbesondere über den Personalbestand, umgerechnet in Vollzeitkräfte.
- Der Wirtschaftsplan besteht aus dem Erfolgsplan, dem Vermögensplan und dem Stellenplan (Stellenübersicht).
- Die Krankenhäuser führen ihre Buchführung, die Bilanz, sowie die Kosten- und Leistungsrechnung nach den aufgrund des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erlassenen besonderen Verordnungen. Dies sind in erster Linie die Krankenhaus-Buchführungsverordnung und die Bundespflegesatzverordnung.
- Der Jahresabschluss besteht aus der Jahresbilanz einschließlich des Anlagennachweises, der Gewinn- und Verlustrechnung und einem Lagebericht über die Verhältnisse und die Entwicklung des Krankenhauses.
- Der Verwaltungsdirektor hat den Jahresabschluss, je nach Satzung, in der Regel bis zum 30. April des folgenden Jahres aufzustellen und durch einen vom Krankenhausträger (Stadtrat, Kreistag, Aufsichtsrat/Verwaltungsrat) bestellten Wirtschaftsprüfer prüfen zu lassen. Der Jahresabschluss soll möglichst vor Beginn

der Verhandlungen über den Pflegesatz mit den Krankenkassen vom Krankenhausträger festgestellt werden.

- Dem Rechnungshof Rheinland-Pfalz sind die vom Wirtschaftsprüfer geprüften Unterlagen zum Jahresabschluss kommunaler Krankenhäuser nach einer Verordnung des Landes jährlich vorzulegen. Der Rechnungshof ist zu der abschließenden Besprechung zwischen dem Aufsichtsgremium des kommunalen Krankenhauses und dem Wirtschaftsprüfer einzuladen.

1.8 Prüfungseinrichtungen

- Der Rechnungshof Rheinland-Pfalz prüft gem. § 88 der Landeshaushaltsordnung die Betriebs- und Wirtschaftsführung der Krankenhäuser in der Trägerschaft des Landes und gem. § 110 Abs. 4 der Gemeindeordnung auch der kommunalen Träger. Er kann darüber hinaus gem. § 91 Abs. 1 Nr. 3 der Landeshaushaltsordnung in Verbindung mit § 91 Abs. 2 der Landeshaushaltsordnung auch bei Krankenhäusern in privater oder freigemeinnütziger Trägerschaft die bestimmungsgemäße und wirtschaftliche Verwaltung und Verwendung staatlich gewährter Fördermittel prüfen und die Prüfung im Bedarfsfalle sogar auf die sonstige Haushalts- und Wirtschaftsführung des Fördermittelempfängers ausweiten.
- Die gesetzlichen Krankenkassen können gem. § 113 Abs. 1 SGB V die Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Krankenhausbehandlung durch einvernehmlich mit dem Krankenhausträger bestellte Prüfer untersuchen lassen.
- Der Jahresabschluss und der Lagebericht der Krankenhäuser werden jährlich durch vom Krankenhausträger beauftragte Wirtschaftsprüfer geprüft.
- Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung prüft gem. § 275 ff SGB V die Notwendigkeit und Qualität medizinischer Leistungen sowie die Einhaltung bestimmter rechtlicher Vorgaben (z.B. die vom Krankenhaus vorgenommene Zuordnung von Patienten zu bestimmten Pflegegruppen nach der Psychiatrie-Personalverordnung).
- Die Gewerbeaufsicht prüft in bestimmten Zeitabständen die Einhaltung der Sicherheitsvorschriften von Geräten und die Einhaltung der Vorschriften über die Arbeitszeit des Personals und die Ruhezeiten der Ärzte.
- Die Kontrolle der Qualitätssicherung der Analysen in den medizinischen Laboratorien nach den Richtlinien der Bundesärztekammer obliegt den zuständigen Eichbehörden.

1.9 Rechtsaufsicht und Fachaufsicht über die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft

- Die kommunalen Krankenhäuser unterstehen – unabhängig von ihrer Rechtsform – der Rechtsaufsicht des Landes, die von der Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion Trier (obere Rechtsaufsichtsbehörde) und dem Ministerium des Innern und für Sport (oberste Rechtsaufsichtsbehörde) wahrgenommen werden. Die Fachaufsicht wird von den zuständigen kommunalen Einrichtungen/Gremien ausgeübt, z.B. vom Aufsichtsrat einer GmbH.
- Die Fachaufsicht über das Landeskrankenhaus und das Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz übt der jeweilige Aufsichtsrat aus. Die Rechtsaufsicht über das Landeskrankenhaus liegt beim Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, die Rechtsaufsicht über das Klinikum beim Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung, Forschung und Kultur.

1.10 Prüfungen des Rechnungshofs Rheinland-Pfalz

- Der Rechnungshof hat im Jahr 1997 die Prüfung der Haushalts- und Wirtschaftsführung von zwei Kreiskrankenhäusern der Grundversorgung mit insgesamt 444 Betten und die Prüfung der Krankentransporte im Klinikum der Johannes Gutenberg Universität Mainz und in den drei Fachkliniken des Landeskrankenhauses,
- im Jahr 1998 die Prüfung der Haushalts- und Wirtschaftsführung eines städtischen Krankenhauses der Regelversorgung (395 Betten) und eines städtischen Krankenhauses der Schwerpunktversorgung (641 Betten),
- im Jahr 1999 die Prüfung der Beschaffung von Verbrauchsgütern beim Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz,
- im Jahr 2000 die Prüfung der Haushalts- und Wirtschaftsführung eines städtischen Krankenhauses der Regelversorgung (325 Betten) und die Prüfung der Bewirtschaftung der Personalwohnheime des Klinikums der Johannes Gutenberg-Universität Mainz,
- im Jahr 2001 die Prüfung der Haushalts- und Wirtschaftsführung eines kommunalen Krankenhauses für Psychiatrie und Neurologie mit insgesamt 1038 Betten und die Prüfung der Wirtschaftsführung von 14 Laboreinrichtungen im Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz abgeschlossen.

1.11 Prüfungsgegenstände

Personalkosten

- Im Vordergrund der Prüfungen steht die Frage, ob die Aufgaben der einzelnen Dienste mit weniger Personal oder durch andere Formen der Ausführung wirtschaftlicher durchgeführt werden können. Das verlangt **Personalbedarfsberechnungen** auf der Grundlage von allgemein anerkannten Anhaltswerten über die jeweils angemessene Leistung einer Kraft, die Festlegung und Abstimmung von mittleren Bearbeitungszeiten und die Auswertung entsprechender Leistungsstatistiken. Personalbedarfsermittlungen werden daher regelmäßig und routinemäßig für die Dienste durchgeführt, deren Leistungen leicht messbar und daher statistisch gut erfasst sind: beim medizinisch-technischen Dienst (z.B. im Bereich der Apotheke, des Labors, im ärztlichen Schreibdienst, im Bereich Röntgen, Endoskopie, usw.), Funktionsdienst (z.B. Hebammen, OP-Dienst), technischen Dienst, Reinigungsdienst und bei Teilen des Wirtschafts- und Versorgungsdienstes (z.B. Küchendienst, Hol- und Bringendienst) und bei der Verwaltung (z.B. Patientenaufnahme, Einkauf, Lagerhaltung). Beim ärztlichen Dienst sind den Ermittlungen zum Personalbedarf insoweit Grenzen gesetzt, als es weitgehend im Ermessen des jeweiligen Chefarztes steht, mit welcher Sorgfalt und Intensität Patienten behandelt werden. Erfolgsversprechend ist eine Personalbedarfsermittlung nur dann, wenn im Wege der Abstimmung mit dem Chefarzt Erhebungen und Berechnungen durchgeführt werden können.
- Im Zusammenhang mit der Personalbedarfsermittlung ist mittels **Wirtschaftlichkeitsvergleich** zu prüfen, ob und inwieweit die **Aufgaben klinikeigener Dienste kostengünstiger durch private Unternehmen oder in Kooperation mit anderen Krankenhäusern** durchgeführt werden können. Beispiel: Vergleich der Kosten je Quadratmeter des klinikeigenen Reinigungsdienstes mit den entsprechenden Preisen privater Reinigungsunternehmen. Wirtschaftlichkeitsvergleiche werden regelmäßig beim Küchen-dienst und beim technischen Dienst erforderlich.
- Wirtschaftliche Verbesserungen lassen sich auch durch Überprüfung und Änderung der **Dienstplangestaltung** erzielen. Zum Einen wird die Einhaltung der tariflichen Vorschriften zur Anordnung und Vergütung von Überstunden, Bereitschaftsdiensten, Rufbereitschaftsdiensten und Ruhezeiten, insbesondere der Ärzte, überprüft, zum Andern werden Möglichkeiten zur Einsparung und Verkürzung von Diensten durch zweckmäßigere Dienstplangestaltung und Nutzung von Arbeitszeitereserven untersucht. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Dienstzeiten von Personalgruppen, deren Arbeiten sich wechselseitig ergänzen oder

voneinander abhängen (z.B. Normaldienstzeit der Ärzte und Normaldienstzeit des Laborpersonals), aufeinander abgestimmt sind, um teure Überstunden und Bereitschaftsdienste zu vermeiden.

- Häufige Feststellungen betreffen die **Eingruppierung der Bediensteten** in Vergütungsgruppen, die nicht tarifgerecht sind. Vielfach werden auch **Zulagen** (z.B. **Erschwerniszulagen, Gefahrenzulagen, Schmutzzulagen**) und **andere Zusatzleistungen** (z.B. **Sonderurlaub**) gewährt, die nicht den tariflichen Vorschriften entsprechen. Insoweit wird nicht nur die Wirtschaftlichkeit, sondern auch die Rechtmäßigkeit des Verwaltungshandelns geprüft.

Sachkosten

- Wichtigster Prüfungsgegenstand bei den Sachkosten sind die **Beschaffungen** der Krankenhäuser. Aus wirtschaftlicher Sicht interessiert insbesondere, ob die vergebenen Aufträge durch Zusammenfassung der Bestellungen möglichst vieler Verbrauchsstellen zusammengeführt, am Jahresbedarf ausgerichtet (Auftragsbündelung), die Vorteile des Wettbewerbs genutzt, die Zahl der Lieferanten auf wenige und leistungsfähige beschränkt, die Artikelsortimente hinreichend standardisiert werden und ob die Entscheidungen zwischen Kauf, Miete und anderen Formen der Beschaffung auf Wirtschaftlichkeitsvergleichen basieren.
- Auf den Prüfstand kommen generell alle **Verträge, die dem Kauf oder der Miete eines Anlagegutes oder der Vergabe von Dienstleistungen zugrunde liegen**. Hier wird vor allem darauf geachtet, dass den jeweiligen Vertragsabschlüssen – soweit rechtlich geboten – Ausschreibungen, ab einem Auftragsvolumen von 200.000 auch europaweite, vorangingen. Untersucht wird darüber hinaus, ob die Laufzeit der einzelnen Verträge nicht zu lange ist, um die Möglichkeiten des Marktes nutzen zu können.
- Durch Kostenvergleich ist zu prüfen, ob die jeweils vergebenen Aufträge von anderen Anbietern am Markt oder durch klinikeigene Dienste kostengünstiger durchgeführt werden können.
- In engem Zusammenhang zu den Beschaffungen steht die **Vorratshaltung**. Beschaffungen, die nicht genügend am Bedarf ausgerichtet sind, führen entweder zu Mangelsituationen, die in Krankenhäusern aus Sicherheitsgründen praktisch nicht vorkommen, oder zu Lagerüberschüssen. Letztere sind, gemessen an den Erfahrungswerten des Rechnungshofs, häufig zu hoch. Das hat vermeidbare Zinskosten zur Folge.
- Auch die **zentralen Dienstleistungen des Krankenhausträgers** werden einer Prüfung unterzogen. Dieser darf nämlich die Kosten von reinen Trägerleistungen, z.B. die Kosten eines Krankenhausdezernenten oder eines Ausschusses, nicht auf das Krankenhaus überwälzen.

Erlöse

- Routinemäßig wird geprüft, ob **die vom Krankenhaus verlangten Entgelte** für die Durchführung von Leistungen für andere Stellen (z.B. Speiserversorgung, Apothekerversorgung, Wäschereinigung, Laboruntersuchungen, Zentralsterilisation) **kostendeckend** sind und **die Einnahmemöglichkeiten** für die Überlassung von Anlagegütern, Grundstücken und Räumlichkeiten hinreichend **ausgeschöpft** sind.
- Schließlich wird geprüft, ob die Rechnungen der Krankenhäuser rechtzeitig erstellt und in angemessener Frist bezahlt werden. Zu hohe **betriebliche Außenstände** bedeuten einen Liquiditäts- und Zinsverlust. Hauptschuldner sind die gesetzlichen Krankenkassen, die nach vertraglichen Vereinbarungen nach §112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V bei Überschreitung des Zahlungsziels (14 Kalendertage nach Rechnungseingang) Verzugszinsen zu zahlen haben, ohne dass es einer Mahnung bedarf.

1.12 Prüfung der Wirtschaftsführung von Laboreinrichtungen im Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Prüfungsablauf

- Nach dem Arbeitsplan für das Jahr 2000 war ab der zweiten Hälfte des Jahres vorgesehen, die Laboreinrichtungen im Uniklinikum zu prüfen. Hauptgrund war, dass nach den Prüfungserfahrungen in Krankenhäusern mit weniger als 500 Betten Laboreinrichtungen nicht wirtschaftlich betrieben werden können. Von anderen Prüfungen im Uniklinikum war bekannt, dass viele der insgesamt 42 Einzelkliniken eigene Labors hatten.
- Dem Klinikum wurde am 5. Juli 2000 mitgeteilt, dass ab August 2000 die Betriebs- und Wirtschaftsführung der Laboreinrichtungen von drei Prüfern und einem für die konzeptionelle Arbeit verantwortlichen Referenten geprüft werden.
- Zur Vorbereitung der Prüfung fand Ende Juli 2000 eine einführende Besprechung mit den Vertretern des Klinikums statt. Wesentliches Ergebnis der Besprechung war, dass die Zahl der zu prüfenden Laboreinrichtungen auf insgesamt 14 beschränkt werden konnte. Außer Betracht blieben reine Forschungslabors, die Labors der Augenklinik, der Orthopädischen Klinik sowie der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, weil die hier erbrachten Laborleistungen bislang nicht erfasst worden waren. Von der Prüfung ausgenommen wurde auch das Labor

- der Transfusionszentrale, weil es Sonderregelungen nach dem Transfusionsgesetz unterliegt.
- Die Prüfung erstreckte sich in dieser Abgrenzung auf das Zentrallabor und die Labors von insgesamt 13 Kliniken.
 - Nach dem Arbeitsplan standen den Prüfern jeweils 80 Arbeitstage zur Durchführung der Prüfung zur Verfügung. Die örtlichen Erhebungen wurden nahezu plangemäß Anfang Juni 2001 beendet. Hieran schlossen sich Auswertungsarbeiten, Berechnungen und Erörterungen an, die am Sitz des Rechnungshofs vorgenommen werden. Sie waren die Grundlage, die ersten vorläufigen Ergebnisse der ärztlichen Leitung der betroffenen Labors vorzustellen, auf Plausibilität zu untersuchen und die jeweils zugrunde liegenden Berechnungen teilweise zu modifizieren. Der Abstimmungsprozess mit der Leitung der Labors dauerte bis Ende August 2001. Wichtig war: Die danach aufrechterhaltenen Datengrundlagen und Prüfungsfeststellungen hatten eine hohe Akzeptanz. Die Prüfer konnten die Zeit nach Beendigung der örtlichen Erhebungen gleichzeitig zum Entwurf der Prüfungsmitteilung nutzen.
 - Die Schlussbesprechung mit den maßgeblichen Vertretern des Klinikums fand am 18. Oktober 2001 im Klinikum statt. Die vorgetragenen Prüfungsergebnisse wurden nahezu alle akzeptiert und erste Maßnahmen zur Behebung der Mängel angekündigt.
 - Am 9. November 2001 wurde die vom Kollegium des Rechnungshofs beschlossene Prüfungsmitteilung dem Klinikum mit der Bitte um Äußerung zu den Prüfungsfeststellungen bis zum 10. Dezember 2001 übersandt. Die erbetene Äußerung des Klinikums traf am 11. Dezember 2001 beim Rechnungshof ein.
 - Nach Auswertung dieser Äußerung wurde das wesentliche Ergebnis der Prüfung im Jahresbericht des Rechnungshofs vom 13. 2. 2002 veröffentlicht. Hierin ist die Landesregierung aufgefordert, in der von ihr geforderten Stellungnahme darzustellen, welche Folgerungen aus den hier dargestellten Prüfungsfeststellungen gezogen werden sollen. Hiermit beginnt das jährliche Entlastungsverfahren der Landesregierung.
 - Nach der am 24. 4. 2002 veröffentlichten Stellungnahme der Landesregierung zum Jahresbericht 2001 will die Landesregierung in Bezug auf diese Prüfung allen Forderungen des Rechnungshofs entsprechen.
 - Der Jahresbericht des Rechnungshofs und die Stellungnahme der Landesregierung wurden am 23. und 24. Mai sowie am 3. Juni 2002 von der Rechnungsprüfungskommission erörtert. Das Ergebnis dieser Erörterung fließt in die Beschlussempfehlung des Haushalts- und Finanzausschusses des Landtags ein, der

hierüber am 29. August 2002 einen Beschluss mit der Maßgabe fasste, die Landesregierung möge dem Landtag über das hiernach Veranlasste bis zum 31. Januar 2003 berichten.

Prüfungsmethodik

- Erste Frage der Prüfung war: Welche Laboruntersuchungen führen die 13 dezentralen Labors und das Zentrallabor jeweils durch. Die Antwort verlangte eine Erfassung der nach Art der Untersuchung und Kostenstellen untergliederten Statistik der Laborleistungen.
- Zweite Frage war: Gibt es Untersuchungen, die regelmäßig in mehreren Labors durchgeführt werden (Doppel-/Mehrfachuntersuchungen). Wir haben sie als Paralleluntersuchungen bezeichnet. Es wurden 65 Arten von Laborleistungen sowohl in den 13 dezentralen Laboreinrichtungen als auch im Zentrallabor erbracht. In den dezentralen Labors umfassten diese Leistungsarten 370.000 von insgesamt 744.000 Leistungen, also etwa 50%. Umgekehrt fielen im Zentrallabor 2,798 Mio. Leistungen an, die auch in den dezentralen Labors erbracht wurden; das waren 36% der insgesamt 7,759 Mio. Leistungen. Die Zahlen verdeutlichen, dass schon aufgrund des gemeinsamen Leistungsspektrums die Voraussetzungen gegeben waren, die Vorzüge arbeitssparender Labortechniken durch Zentralisierung der bisher dezentral erledigten Laboruntersuchungen zu nutzen. Die Hälfte der dezentralen Laboruntersuchungen kann daher unmittelbar über die noch nicht vollständig ausgelasteten Geräte des Zentrallabors vorgenommen und erhebliche Rationalisierungsgewinne erzielt werden.
- Die dritte Frage war daher: Wie produktiv arbeiteten die dezentralen Labors im Vergleich zum Zentrallabor und welche Produktivität ergibt sich bei vollständiger Zentralisierung. Dazu wurden die Produktivitäten (Laborleistungen je Laborkraft) der einzelnen Labors gewichtet und ungewichtet dargestellt. Die Gewichtung erfolgt durch die Multiplikation der Zahl statistisch erfasster Laborleistungen einer Leistungsart mit der jeweils zugehörigen Punktzahl, wie in den maßgeblichen Abrechnungstarifen für laborärztliche Leistungen bestimmt. Die Punktzahlen spiegeln den Schwierigkeitsgrad der einzelnen Laboruntersuchungsarten im Verhältnis untereinander wider.
- Hieraus konnte folgende Schlussfolgerung gezogen werden: Wenn alle bisher dezentral durchgeführten Laboruntersuchungen künftig zentral mit der im Zentrallabor gemessenen wesentlich höheren Produktivität erfolgen, genügen statt der bisher 59 Laborkräfte 26. Mit der Zentralisierung der Laboruntersuchungen lassen sich somit 33 Laborbedienstete oder 1,63 Mio. pro Jahr einsparen.

2. Prüfung von Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz

2.1 Prüfungsrecht

Der Rechnungshof Rheinland-Pfalz ist berechtigt, die gesamte Betriebs- und Wirtschaftsführung der Krankenhäuser in der Trägerschaft

- des Landes und der
 - der Kommunen
- zu prüfen.

Darüber hinaus kann er bei Krankenhäusern in

- privater oder
- freigemeinnütziger Trägerschaft

die bestimmungsgemäße und wirtschaftliche Verwaltung und Verwendung staatlich gewährter Fördermittel prüfen.

Nicht der Prüfung durch den Rechnungshof unterliegen die Kassen der Sozialversicherung (Krankenkassen und Pflegekassen), für die eigene Prüfungseinrichtungen bestehen.

2.2 Prüfungsgegenstände

Im Rahmen der Prüfung der Krankenhäuser werden regelmäßig folgende Bereiche geprüft:

- Labor
- Apotheke
- Zentralsterilisation
- Hebammen
- Operationsdienst
- Funktions- und Röntgendiagnostik
- Reinigungsdienst
- Technischer Dienst
- Abfallentsorgung
- Küchenbetrieb
- Wäscherei
- Beschaffungen und Vorratshaltung

- Eingruppierungen und Einstufungen
- Bereitschaftsdienst und Überstunden
- betriebliche Forderungen (unbezahlte Rechnungen)
- Verwaltung.

2.3 Prüfungsmethoden

Im Vordergrund steht die Frage, ob die Aufgaben der einzelnen Dienste mit weniger Personal oder durch andere Formen der Ausführung **wirtschaftlicher** durchgeführt werden können. Das verlangt **Personalbedarfsberechnungen** auf der Grundlage von allgemein anerkannten **Anhaltswerten oder Kennzahlen** über die jeweils angemessene Leistung einer Kraft, die Festlegung und Abstimmung von mittleren Bearbeitungszeiten und die Auswertung entsprechender Leistungsstatistiken. Personalbedarfsermittlungen werden daher regelmäßig und routinemäßig für die Dienste durchgeführt, deren Leistungen leichter messbar und statistisch gut erfasst sind:

- Medizinisch-technischer Dienst, z.B. im Bereich der Apotheke, des Labors, Röntgen, Endoskopie, des ärztlichen Schreibdienstes,
- Funktionsdienst, z.B. Hebammen, Operationsdienst, Zentralsterilisation,
- Technischer Dienst, z.B. Handwerker,
- Reinigungsdienst,
- Wirtschafts- und Versorgungsdienst, z.B. Küchendienst, Wäscherei, und Krankenhausverwaltung, z.B. Patientenaufnahme, Einkauf, Lagerhaltung.

Im Zusammenhang mit der Personalbedarfsermittlung ist mittels **Wirtschaftlichkeitsvergleich** zu prüfen, ob und inwieweit die **Aufgaben klinikeigener Dienste kostengünstiger durch private Unternehmen oder in Kooperation mit anderen Krankenhäusern** durchgeführt werden können.

Beispiel:

Vergleich der Kosten je Quadratmeter des klinikeigenen Reinigungsdienstes mit den entsprechenden Preisen privater Reinigungsunternehmen.

Wirtschaftliche Verbesserungen lassen sich auch durch Überprüfung und Änderung der **Dienstplangestaltung** erzielen. Hierbei wird die Einhaltung der tariflichen Vorschriften zur Anordnung und Vergütung von **Überstunden, Bereitschaftsdiensten, Rufbereitschaftsdiensten und Ruhezeiten**, insbesondere der Ärzte, überprüft. Dabei werden Möglichkeiten zur Einsparung und Verkürzung von Diensten durch zweckmäßigere Dienstplangestaltung untersucht. Hierbei ist darauf zu ach-

ten, dass die Dienstzeiten von Personalgruppen, deren Arbeiten sich wechselseitig ergänzen oder voneinander abhängen (z.B. Normaldienstzeit der Ärzte und Normaldienstzeit des Laborpersonals), aufeinander abgestimmt sind. Das dient der Vermeidung teurer Überstunden und Bereitschaftsdienste.

Häufige Feststellungen betreffen die **Eingruppierung der Bediensteten** in Vergütungsgruppen, die nicht tarifgerecht sind. Vielfach werden auch **Zulagen** (z.B. **Erschwerniszulagen, Gefahrenzulagen, Schmutzzulagen**) und **andere Zusatzleistungen** (z.B. **Sonderurlaub**) gewährt, die nicht den tariflichen Vorschriften entsprechen. Insoweit wird die Einhaltung des Tarifrechts und damit die Rechtmäßigkeit des Verwaltungshandelns geprüft.

2.4 Prüfung eines kommunalen Krankenhauses

Im Rahmen der Prüfung der Haushalts- und Wirtschaftsführung eines städtischen Krankenhauses mit 325 Betten haben wir z.B.

- die Auslastung des Labors (Anlage 1),
- den Personalbedarf für den Bereich der Hebammen (Anlage 2),
- den Personalbedarf für den Operationsdienst (Anlage 3),
- die Kosten für die Reinigung (Anlage 4),
- den Personalbedarf für den Funktionsdienst im Bereich der Zentralsterilisation (Anlage 5)

an Hand von Anhaltswerten, Kennzahlen oder Erfahrungswerten geprüft, die Durchschnittswerte bzw. mittlere Bearbeitungszeiten für die Erbringung bestimmter Leistungen in bestimmten Zeiträumen sind. Die verwendeten Kennzahlen oder Anhaltswerte beruhen z.B. auf Angaben der Hersteller der eingesetzten Geräte oder auf veröffentlichten Werten, die von Prüfungsverbänden auf der Grundlage ständiger Prüfungen von Krankenhäusern erarbeitet wurden und allgemein anerkannt sind. Alle verwendeten Anhaltswerte, Kennzahlen und Erfahrungswerte wurden vom Rechnungshof im Hinblick auf ihre Plausibilität mit der Leitung der geprüften Krankenhäuser erörtert und einvernehmlich abgestimmt.

2.5 Folgerungen

Die Ergebnisse der Prüfung haben wir den Trägern und den Aufsichtsorganen der Krankenhauses am 20. April 2000 übermittelt. Nach Auswertung einer schriftlichen Stellungnahme des Krankenhauses wurden die wesentliche Ergebnisse der Prüfung

im Jahresbericht 2000 des Rechnungshofs Rheinland-Pfalz veröffentlicht.

Darin wurde u.a. gefordert,

- die Möglichkeiten zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Laborbetriebs zu nutzen,
- die Kostenvorteile durch Vergabe der Gebäudereinigung an private Unternehmen stärker zu nutzen,
- zu hoch ausgewiesene Stellen niedriger auszuweisen und
- entbehrliche Stellen abzubauen.

Diesen Forderungen hat sich der Landtag Rheinland-Pfalz nach Beratungen in der Rechnungsprüfungskommission und im Haushalts- und Finanzausschuss angeschlossen und die Maßnahmen des Krankenhauses, den Forderungen weitgehend zu entsprechen, zur Kenntnis genommen.

Anzumerken ist, dass entbehrliche Stellen (d.h. Personal) im Rahmen der Fluktuation sozialverträglich abgebaut werden, so dass als Folge der Prüfung keine Mitarbeiter der Krankenhäuser durch Kündigung entlassen werden.

Anlage 1

Rationalisierungsmöglichkeiten des Labors bei besserer Nutzung des Laborautomaten (Olympus)

Der Laborautomat „Olympus“ war im Jahr 1998 nur zu 49,21 % ausgelastet. Von den bisher manuell erbrachten Leistungen können folgende automatisiert und damit arbeitssparend durchgeführt werden:

	Anzahl
Klinische Chemie:	
Alkohol	630
Ammoniak	585
Bence Jones	1.112
Chymotrypsin	186
Gramfärbung	5
Kreatinin Clear.	475
Liquor	2
Kalium i.U.	62
Pleurapunktat	33
Urinsediment	6.985
Mikroalbumin	<u>92</u>
	<u>10.167</u>
	Vollzeitkräfte
10.167 Leistungen : 20.000 Leistungen ¹	0,51
10.167 Leistungen : 337.500 Leistungen ²	<u>0,03</u>
mögliche Einsparung an Personal	<u>0,48</u>
Elektrolyte	
Gesamtleistung 48.999 (s.Anlage 2) : 40.000 ¹	1,22
48.999 : 337.500 ²	<u>0,15</u>
mögliche Einsparung an Personal	1,07
<hr/>	
Personaleinsparung insgesamt	<u>1,55</u>

¹ Durchschnittliche Leistung einer Kraft im Jahr bei manuellen Laborleistungen (mit Laborleitung abgestimmte Anhaltszahl).

² Jahresleistung einer Kraft bei Nutzung des Laborautomaten „Olympus“ nach Angaben des Herstellers.

Anlage 2

Personalbedarfsbemessung für den Bereich der Hebammen/Entbindungspfleger auf der Grundlage der Geburtenzahlen für die Jahre 1996 bis 1998

Der Personalbedarfsbemessung liegen die Minutenwerte der gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung¹ für Krankenhäuser mit geburtshilflichen Abteilungen mit mehr als 600 Geburten im Jahr zugrunde. Hiernach ist für die Personalbemessung ein Minutenwert von 780 Min. je Geburt maßgeblich.

	<u>Anzahl der Geburten</u>	<u>Minutenwert</u>	<u>Gesamtwert</u>	<u>Personalbedarf²</u>
1996	649	780	506.220	5,39
1997	639	780	498.420	5,30
1998	595 ³	780	464.100	4,93

¹ Vgl. Plücker, Wolfgang, Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus, Oktober 1993, herausgegeben von der Deutschen Krankenhausmanagement Beratungs- und Forschungsgesellschaft m.b.H. (DKI), S. 56ff.

² Vgl. jährliche Arbeitszeit einer Kraft, KGSt-Bericht 5/1995 (94.000 Minuten Nettoarbeitszeit)

³ Für 1998 wurden die gleichen Minutenwerte angewandt, da der Richtwert (600 Geburten) nur geringfügig unterschritten wurde.

Anlage 3

Personalbedarfsbemessung¹ für den Operationsdienst im Jahr 1998

Jährliche OP-Zeit auf der Grundlage des Lageberichts des Krankenhauses für das Jahr 1998 = 160.966 Minuten

Bei 2 OP-Kräften je OP sind dies 321.932 Minuten
Für die patientenbezogene Rüstzeit² steht in Zeitbudget von 60 Minuten zur Verfügung

Bei insgesamt 3.261 Patienten ergibt dies einen Zeitbedarf von 3.261 x 60 195.660 Minuten

Für die saalbezogene Rüstzeit³ steht ein Zeitbudget von 60 Minuten je OP-Tag und OP-Tisch zur Verfügung

Es stehen 4 Säle an 365 Tagen/Jahr und 2 Säle an 3 Tagen in der Woche zur Verfügung:

Bei 4 Sälen an 365 Tagen = 1.460,
1.460 x 60 Minuten = 87.600 Minuten,
87.600 Minuten x 2,5 Kräfte⁴ ergibt sich ein Zeitaufwand von 219.000 Minuten

Bei 2 Sälen 3 x wöchentlich = 312 Tage
312 Tage x 60 Minuten x 2 Kräfte 37.440 Minuten
774.032 Minuten

774.032 Minuten : 91.707 Minuten (Nettoarbeitszeit)⁵ 8,44 Kräfte
+ OP-Leitung 0,50 Kräfte
8,94 Kräfte

¹ Vgl. Plücker, Wolfgang, Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus, a.a.O., S. 59 ff.

² Patientenbezogene Rüstzeiten = Ein- und Ausschleusung der Patienten. Lagerung der Patienten. Vorbereitung der Patienten auf OP. Näheres auf S. 61 der vorstehend angegebenen Literatur.

³ Saalbezogene Rüstzeiten = Einschleusen der Mitarbeiter. Vorbereitung des Operationssaales (nicht operationsbezogene Vorbereitung). Saalbezogene Aufräumarbeiten. Vorbereitung zum OP-Programm (Bestücken der Regalwagen). Näheres auf S. 61 der vorstehend angegebenen Literatur.

⁴ Nach den Arbeitsplatzbeschreibungen werden für die saalbezogenen Rüstzeiten in den septischen OP-Sälen 2,5 Kräfte pro Tag und Tisch benötigt.

⁵ Nach der Arbeitszeit- und Ausfallzeitstatistik des Krankenhauses.

Anlage 4

Kosten der Reinigungsarbeiten im Krankenhaus für das Jahr 1998

Kosten der Fremdvergabe

Flächen insgesamt: 17.100 m ²	
gezahlte Reinigungskosten 1998	918.269,28 DM
durchschnittlicher Reinigungspreis demnach je m ² im Jahr	53,70 DM

Kosten der Eigenreinigung

Flächen insgesamt: 4.560 m ²	
Reinigungskosten 1998 rd.	700.000,00 DM
eingesetztes Personal: 10,5 Kräfte	
Kosten je Reinigungskraft im Jahr (700.000/10,5)	66.666,67 DM
durchschnittlicher Reinigungspreis demnach je m ² im Jahr	153,50 DM
Mehrkosten der Eigenreinigung je m ² im Jahr rd.	99,80 DM

Bei Ausdehnung der Vergabe von Reinigungsarbeiten um 2.860 m² (= 63 % der bisherigen Eigenreinigung) lassen sich die Reinigungskosten um 2.860 m² x 99,80 DM = 285.428,00 DM¹ verringern. Die möglichen Einsparungen lassen sich nur dann erzielen, wenn insgesamt 6,5 Kräfte im Rahmen der natürlichen Personalfuktuation abgebaut und durch fremdreinigungskräfte ersetzt werden.

¹ Kosten der Fremdreinigung für eine Bodenfläche von 2.860 m² = 53,70 DM/Jahr x 2.860 = 153.582 DM/Jahr. Kosten der Eigenreinigung für die gleiche Bodenfläche = 153,50 DM/Jahr x 2.860 = 439.010 DM. Bei einer durchschnittlichen Vergütung von 67.000 DM je Reinigungskraft entspricht dies 6,5 Kräften.

Anlage 5

Personalbedarfsbemessung für den Funktionsdienst im Bereich der Zentralsterilisation auf der Grundlage der Fallzahlen für die Jahre 1996 bis 1998

Nach den Krankenhaus-Prüfungsrichtlinien Baden-Württemberg vom 18. Dezember 1987, S. 41 kann eine Kraft

- bei einem Anteil der belegten "operativen" Betten von 40 % Leistungen für 3.350 Patienten (Fallzahl)
- bei einem Anteil der belegten "operativen" Betten von 50 % Leistungen für 2.750 Patienten

durchführen.

Planbetten insgesamt im Jahr 1998	345, davon waren 257 belegt
Planbetten von "operativen" Abteilungen:	148, davon waren 106 belegt
prozentualer Anteil der belegten "operativen" Betten:	$257/106 = 41,2 \%$

Um zu einer großzügigen Bemessung des Personalbedarfs zu kommen, wird hier von dem Anhaltswert für einen 50 %-Anteil belegter "operativer" Betten ausgegangen.

Personalbedarf:

Bei 8.975 Fällen im Jahr 1996: $2.750 = 3,26$ Kräfte

Bei 8.795 Fällen im Jahr 1997: $2.750 = 3,19$ Kräfte

Bei 9.425 Fällen im Jahr 1998: $2.750 = 3,42$ Kräfte.

Gemessen an einem Personaleinsatz von 4,00 (1996), 4,25 (1997) und 4,25 (1998) Vollzeitkräften bestand in den Jahren 1996 bis 1998 eine Überbesetzung von 74 %, 106 % und 83 % einer Kraft.

B) Beispiel des Bundeslandes Hessen

Die öffentliche stationäre Gesundheitsversorgung (Krankenhäuser): Organisationsstrukturen, Finanzierung und Prüfung durch die Öffentliche Finanzkontrolle

0. Einleitung

Im Jahr 2002 wird Deutschland die „Maastricht-Kriterien“ mit einem prognostizierten Defizit der öffentlichen Haushalte von 3,8 % des BIP übersteigen. Nach Ansicht der EG-Kommission hat die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dazu wesentlich beigetragen.¹

In Deutschland bemühen sich die Gesundheitsminister des Bundes seit Jahren, den Kostensteigerungen im Gesundheitssystem einerseits durch Einführung wettbewerblicher Elemente (so bei der Wahl der gesetzlichen Krankenversicherung²), andererseits durch „Deckelung“ von Ausgabenanteilen vorzubeugen (so bei der Budgetierung der von der GKV gedeckten ambulanten ärztlichen Versorgung). Für das Jahr 2003 wird versucht werden, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung durch ein „Vorschaltgesetz“ einzufrieren. Da die Versicherungsbeiträge ganz überwiegend aus dem Arbeitseinkommen, nämlich zu je 50 % durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer, finanziert werden, belastet die Kostenentwicklung auch den Arbeitsmarkt.

In der Krankenhausversorgung, die mit 61 Mrd. EUR den zweitgrößten Ausgabenblock darstellt,³ hat der Bundesgesetzgeber Mitte der 90er Jahre eine schrittweise Reform des Vergütungssystems, hin zu einer pauschalierenden Abrechnung des einzelnen Behandlungsfalls (Diagnosis Related Groups/DRG), begonnen. Ab dem 1.1.2003 werden allgemeine Krankenhausleistungen im Grundsatz nur noch über Fallpauschalen abgerechnet. Damit können wesentliche Kostenfaktoren der stationären Versorgung (Fehlbelegungen/ Verweildauern, medizinische Behandlungsmaßnahmen) in den Griff genommen werden. Der mit der Fallpauschale erzeugte Effizienzdruck kann sich auf Menge und Struktur der statio-

¹ Im Jahr 2000 trugen die gesetzlichen Krankenversicherungen 124 Mrd. EUR, ca. 50 % der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen. Die Gesundheitsausgaben insgesamt betrugen 10,76 % des BIP.

² In Deutschland gibt es ca. 370 Krankenkassen.

³ Zahlen des Jahres 2000. Es gibt rund 2000 Kliniken in Deutschland.

nären Versorgungsangebote auswirken. Die Abrechnung mittels eines streng fallorientierten, den Einzelfall pauschal vergütenden Systems dürfte „Überkapazitäten“ im versicherungsfinanzierten Versorgungsangebot und eine entsprechende Kostenbelastung der Krankenhausträger zur Folge haben. Deshalb gehört zu den Reformbestrebungen auch eine Flexibilisierung des bisher eher starr nach Versorgungsfunktionen gegliederten Klinikangebots und die Öffnung für ambulante medizinische Angebote, d.h. „Integration“ von Leistungen ambulanter Arztpraxen in die stationäre Versorgung.

Das deutsche System der Gesundheitsfinanzierung ist ein „duales System“. Die „Betriebskosten“, d.h. die Kosten der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung sind versicherungsfinanziert, während im Krankenhausbereich die Investitionskosten, d.h. Bau und höherwertige Anlagegüter aus Steuermitteln, überwiegend der Bundesländer, aber auch durch den Bund, finanziert werden.

Die Gesetzgebungskompetenz für das Gesundheitssystem liegt überwiegend beim Bund (konkurrierende Gesetzgebung), die Verwaltung ist grundsätzlich Ländersache. Das gilt – unter Beachtung bundesrechtlicher Vorgaben – vor allem auch für die Organisation der stationären Krankenversorgung. Sie war bisher geprägt von der planwirtschaftlichen Lenkung der Länder. Die Verwaltung liegt dezentral bei den Krankenhausträgern.

Die Bemühungen des Bundes, zur Kostendämpfung auch marktwirtschaftliche Instrumente einzusetzen, werden voraussichtlich vertieft werden. Dabei stehen zentrale sozialpolitische Grundsätze der „solidarischen Krankenversicherung“, u.a. allen Krankenhaasnutzern gleiche Leistungen zu gleichen Pflegesätzen zu bieten, und die Frage, ob es der Versichertengemeinschaft zumutbar ist, bestimmte Kostenrisiken durch Eigenvorsorge abzusichern, im Mittelpunkt der Diskussion (Stichwort „Zweiklassenmedizin“).

Für das nachfolgend skizzierte Finanzierungssystem der stationären Versorgung kann jedoch bereits von einer Umbruchssituation gesprochen werden, nachdem der Bundesgesetzgeber ein schlüssiges System zur leistungsabhängigen Finanzierung und Planung der stationären Versorgung etabliert hat.

Die Prüfungstätigkeit der öffentlichen Finanzkontrolle wird sich durch die Veränderungen im Finanzierungssystem mitverändern. Der Organisations- und Wirtschaftlichkeitsprüfung im Klinikbereich dürfte nach der flächendeckenden Einführung der Fallpauschale mit dem erzeugten hohen Effizienzdruck schon bald erhöhte Bedeutung zukommen, da die öffentlichen Krankenhausträger mit Risiken aus Budgetüberschreitungen zu rechnen haben. Die mit dem Fallpauschalensystem künftig zur Verfügung stehenden Informationen und Benchmarkinstrumente können nicht nur Klinikprüfungen erleichtern, soweit hierzu die gesetzlichen

Prüfungsrechte geschaffen sind, sondern auch eine aktive Prüfungstätigkeit der Finanzkontrolle hinsichtlich der Krankenhausplanung unterstützen. Der deutschen Finanzkontrolle fehlt aber ein umfassendes Prüfungsrecht bei den Sozialversicherungsträgern.

1. Organisation und Einrichtungen der stationären Gesundheitsfürsorge

1.1 Krankenhausplanung

Die Gewährleistung der Krankenhausversorgung obliegt nach Maßgabe bundesgesetzlicher Regelungen den Bundesländern (Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes, zuletzt geändert durch das Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser vom 23.4.2002). In Hessen ist dies als öffentliche Aufgabe dem Land, den Landkreisen und den kreisfreien Städten übertragen (Hessisches Krankenhausgesetz 2002 vom 6. 11.2002).

Ziel ist eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen. Wer nach ärztlicher Beurteilung der stationären Behandlung bedarf, hat Anspruch auf Aufnahme in ein Krankenhaus. (Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung benötigen eine ärztliche Einweisung, andernfalls haften sie für Mehrkosten einer freien Klinikwahl).

Um die flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, wird durch den Gesundheitsminister des Landes unter Mitwirkung der an der Krankenhausversorgung Beteiligten der Krankenhausplan aufgestellt und in angemessenen Zeitabständen fortgeschrieben. Der Krankenhausplan wird durch Beschluss der Landesregierung verbindlich.

Der Krankenhausplan ist weitgehend Grundlage für die Finanzierung von Investitionen und Krankenhausbetrieb aus Mitteln der Landeshaushalte und der gesetzlichen Krankenversicherung.

Während bisher der Bund eine Einstufung der Krankenhäuser nach 4 Versorgungsstufen vorsah⁴ und den Ländern nach Größe und Ausstattung der

1. Grundversorgung (Orts- und –Stadtkrankenhäuser, ortsnahe Versorgung mit bis zu 3 Fachrichtungen)
2. Regelversorgung (Kreiskrankenhäuser und Kreiskrankenhäuser mit erweiterter Aufgabenstellung; örtliche Grundversorgung + teilweise überörtliche Aufgaben durch mehr als 3 Fachrichtungen mit jeweils breitgefächertem Leistungsangebot)

Klinik gestaffelte pauschale Förderquoten pro Klinikbett und Jahr vorgab, ist mit dem Fallpauschalengesetz vom 23.4.2002 jegliche bundesgesetzliche Vorgabe in dieser Hinsicht entfallen.

Das Land Hessen hat deshalb inzwischen ebenfalls auf eine Krankenhausplanung nach Versorgungsstufen verzichtet und die Planung flexibilisiert. Der Krankenhausplan ist aber weiterhin das wichtigste Steuerungsinstrument für die Organisation und Finanzierung der stationären Versorgung. Mit dem Krankenhausplan legt der Gesundheitsminister des Landes Hessen Versorgungsgebiete unter Berücksichtigung u.a. der Bevölkerungsstruktur, der Nutzungsfrequenz sowie statistischer Daten zu Bettennutzung und Krankheitsarten fest. Der Krankenhausplan enthält Rahmenvorgaben, Maßgaben zur ortsnahen Notfallversorgung und Bestimmungen über die versorgungsgebietsübergreifende Wahrnehmung bestimmter medizinischer Schwerpunktaufgaben durch einzelne Kliniken.

Hinsichtlich der Versorgungsstruktur der einzelnen Versorgungsgebiete ist die Planung dezentralisiert. Die regionalen Planungskonzepte werden von den örtlichen Krankenhausträgern und Krankenkassen („Krankenhauskonferenz“) erarbeitet und dem hessischen Gesundheitsminister zur Aufnahme in den Krankenhausplan vorgeschlagen. Diese örtlichen Träger der Pflege und ihrer Finanzierung stimmen das Versorgungsangebot der Krankenhäuser untereinander ab und legen Vorschläge zur Optimierung der Versorgungsstrukturen vor. Schließlich nimmt der Krankenhausplan die Einzelentscheidungen des Gesundheitsministers über die Aufnahme oder Nichtaufnahme einer Klinik in den Krankenhausplan und ihren Versorgungsauftrag, die Bestimmung ihres Standortes, ihrer Fachgebiete, ihrer Gesamtbettenzahl, der Zuweisung von Aufgaben der Notfallversorgung oder von Schwerpunktaufgaben auf.

1.2 Krankenhausträger

Die Vielfalt der Krankenhausträger („Eigentümer“) bei der Krankenhausplanung und –finanzierung zu beachten, ist Vorgabe der bundes- und landesgesetzlichen Regelungen. Das heißt, dass nicht nur die Kliniken öffentlicher Träger, also der Kliniken des Landes, der Landkreise und der kreisfreien Städte, in Hessen auch der-

3. Schwerpunktversorgung (Bezirkskrankenhäuser, überörtliche Versorgung)

4. Zentralversorgung (Fachkrankenhäuser, Krankenhäuser mit herausgehobenem Versorgungsauftrag, hochdifferenzierte medizinische Einrichtungen).

jenigen des Landeswohlfahrtsverbandes (Pflichtverband der Landkreise und kreisfreien Städten zur Erfüllung bestimmter sozialer Aufgaben) durch Berücksichtigung in der Krankenhausplanung gefördert werden sollen. Insbesondere auch die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Kliniken ist zu gewährleisten. Eine Sonderstellung nehmen die Universitätskliniken ein. Sie werden unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben in Forschung und Lehre in den Krankenhausplan aufgenommen, soweit sie der stationären Versorgung der Bevölkerung allgemein dienen. Soweit sie nach dem Hochschulbauförderungsgesetz durch Bund und Land kofinanziert werden, erhalten sie jedoch keine Landesförderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz. Kein Krankenhausträger hat Anspruch auf Aufnahme seiner Einrichtungen in den Krankenhausplan. Der Gesundheitsminister des Landes entscheidet unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen.

Es ergeben sich in der Praxis im wesentlichen folgende Typen der allgemeinen stationären Krankenversorgung (klassifiziert nach der „Eigentümerstruktur“):

1. Universitätskliniken (Länder)
2. Kreiskrankenhäuser und städtische Kliniken (kommunale Krankenhäuser)
3. Kliniken in freigemeinnütziger Trägerschaft (z.B. Deutsches Rotes Kreuz, Ordenskrankenhäuser/kirchliche Träger)
4. Privatkliniken

Nicht durch die Länder gefördert und deshalb nur nachrichtlich im Krankenhausplan erwähnt sind sog. Vertragskrankenhäuser, die sich aus einem mit dem jeweiligen Landesverband der gesetzlichen Krankenkassen geschlossenen Versorgungsvertrag finanzieren.

Daneben gibt es Spezialkliniken der Sozialversicherungsträger, vor allem der berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherungsträger (wie der Bundesknappschaft/Bergbau), aber auch Krankenhäuser des Bundes, nämlich der Bundeswehr.

2. Finanzierung der allgemeinen stationären Gesundheitsversorgung

Die Finanzierung der stationären Krankenversorgung ruht im Grundsatz auf 2 Säulen („duale Finanzierung“):

1. Versicherungsfinanzierung: Betriebskosten werden aus Entgelten der Benutzer oder ihrer Kostenträger gedeckt (Pfllegesätze). Entgelte der Kostenträger stammen aus den Versicherungsbeiträgen der gesetzlich Versicherten (gesetzliche Krankenversicherung (GKV), Entgelte der Benutzer sind private Entgelte der

„privatversicherten“ Nutzer, die diese aus dem Beitragsaufkommen der privaten Krankenversicherung (PKV) erstattet erhalten.

2. **Steuerfinanzierung:** Investitionen werden grundsätzlich aus Haushaltsmitteln der Länder finanziert. Die Förderung aus Steuermitteln umfaßt die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern sowie deren Wieder- oder Ergänzungsbeschaffung. Lediglich Instandhaltungskosten und die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter (Nutzungsdauer bis zu 3 Jahren) sollen im Pflegesatz Berücksichtigung finden.

Für Universitätskliniken erhalten die Länder im Rahmen einer gemeinsamen Rahmenplanung für den Hochschulbau Kofinanzierungsmittel des Bundes.

2.1 Versicherungsfinanzierung der Betriebskosten

2.1.1 Pflegesätze/Fallpauschalen

Die Pflegesätze sind nach einem bundesrechtlich vorgegebenen System zu ermitteln. Galt bis Ende 2002 noch ein Kombinationsmodell der Krankenhausvergütung aus Fallpauschalen und „tagesgleichen Pflegesätzen“, mit denen die nicht durch Fallpauschalen gedeckten Teile des Klinikbudgets für die übrige stationäre Versorgung finanziert werden sollten, so kann ab dem 1.1.2003 die allgemeine Versorgung im wesentlichen nur noch über die Fallpauschale abgerechnet werden. Mit den Fallpauschalen werden grundsätzlich die gesamten Leistungen des Krankenhauses für einen bestimmten Krankenhausfall abgerechnet. Aus Erfahrungswerten bei Art und Anzahl der Fallpauschalen wird für jede Klinik ein „Gesamtbetrag“ (ein Budget) errechnet, an den die Klinik grundsätzlich gebunden ist.

Grundlage der Fallpauschalen ist ein Katalog international gebräuchlicher Diagnosis Related Groups (DRG), d.h. Krankheitstypen, für die aufgrund vorhandener Erfahrungswerte bundesweit bestimmte Kostenanteile (Bewertungsrelation und Grenzverweildauer für jeden Krankheitstyp) festzulegen sind. Im Hinblick auf noch mangelnde Erfahrungen mit dem System in Deutschland gilt für das Jahr 2003 zunächst ein australischer Fallpauschalenkatalog, und auch die australischen Bewertungen mit Relativgewichten können zunächst übernommen werden. Der Fallpauschalenkatalog ist von den Beteiligten selbst (Spitzenverbände der Kliniken und Krankenkassen) so weit fortzuentwickeln, dass er als eine erste Fassung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs bis zum 1. Januar 2004 als verbindliches

Vergütungssystem für die Krankenhausleistungen in Deutschland zur Verfügung steht.

Von der Berechnung nach Fallpauschalen sind nur wenige Krankheitsbilder ausgenommen, etwa Transplantationen, die sich einer pauschalierenden Veranschlagung entziehen (z.B. Lebertransplantation, Multiorgantransplantation) oder Psychiatrische Erkrankungen. Für nicht DRG-erfasste Behandlungsfälle werden krankenhausindividuelle Vergütungsvereinbarungen getroffen.

Im einzelnen setzt sich die behandlungsfallbezogene Vergütung wie folgt zusammen:

- (a) Fallpauschale nach Fallpauschalen-Katalog,
- (b) Zusatzentgelt (in eng begrenzten Ausnahmefällen, z.B. Bluter- oder Dialysebehandlung) oder ergänzendes Entgelt bei Überschreitung der Grenzerweildauer
- (c) Entgelt für neue, noch nicht im Fallpauschalenkatalog erfasste Behandlungsmethoden
- (d) Qualitätssicherungszuschläge bzw. -abschläge
- (e) DRG-Systemzuschlag (zur Finanzierung der Einführung des Fallpauschalen-Systems)

Die Pflegesätze einschließlich der Fallpauschalen werden im Zusammenhang mit der zu treffenden Budgetvereinbarung für jedes Krankenhaus individuell berechnet. Innerhalb des einzelnen Krankenhauses sind die Pflegesätze/Fallpauschalen für alle Krankenhausbenutzer gleich zu berechnen, Differenzierungen nach Kassen- oder Privatpatienten sind also nicht zulässig.

Die Pflegesätze sind darüber hinaus insoweit allgemeinverbindlich, als auch Kliniken, die keine öffentliche Förderung erhalten (meist Privatkliniken), gegenüber Sozialleistungsträgern und anderen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze abrechnen dürfen als die vergleichbarer Kliniken mit Pflegesatzvereinbarung.

2.1.2 Budgetvereinbarung

Die Fallpauschalen und die genannten Zusatzentgelte sind die Bestandteile eines künftig auf der Basis der vorhandenen Fallzahlen zu vereinbarenden Budgets, das jährlich im Voraus für die einzelne Klinik zu vereinbaren ist. Während für eine Übergangszeit die Budgetvereinbarung noch auf den bisher geltenden Vergütungsbestandteilen und Beträgen aufsetzt („Gesamtbetrag“), soll in den Budgetjahren bis 2007 eine Abschmelzung durch eine konsequente Budgetierung auf Fallpauschalen-Basis stattfinden („Erlösbudget“). Dabei werden die auf der

Grundlage des bundesweiten Fallpauschalenkatalogs mit den bundesweit festgelegten „Bewertungsrelationen“ festgelegten Fallpauschalen zunächst durch krankenhaushausindividuelle „Relativgewichte“ modifiziert, die anhand der Fallzahlen der einzelnen Klinik ermittelt werden („krankenhaushausindividueller Basisfallwert“). Ab 2005 werden diese individuellen Fallpauschalen und dementsprechend die Erlösvolumen der einzelnen Klinik stufenweise an einen landesweiten Durchschnittswert („landesweit geltender Basisfallwert“) angepasst. Das vereinbarte Budget ist für die Klinik verbindlich. Nur bei wesentlichen Änderungen der zugrundegelegten Annahmen kann eine Anpassung des Budgets verlangt werden.

2.1.3 Verhandlungspartner

3 Ebenen sind an der Entgeltfestsetzung beteiligt.

1. Auf Bundesebene vereinbaren die Spitzenverbände der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft den Fallpauschalenkatalog mit den Fallgruppen, bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen und Regelungen zur Grenzerweildauer, die oben genannten Zusatzentgelte und weitere für die Budgetierung und Abrechnung wesentliche Regelungen. Soweit eine Einigung der Spitzenverbände nicht zustande kommt, trifft der Bund die Entgeltregelung durch Rechtsverordnung.
2. Auf Landesebene vereinbaren die entsprechenden Landesverbände jährlich für das folgende Kalenderjahr den landesweiten Basisfallwert, und bestimmen damit (ab 2005) die Höhe der Fallpauschalen. Sie bindet die Pflegesatzparteien der örtlichen Ebene eines Bundeslandes.
3. Auf der jeweiligen örtlichen Ebene wird die eigentliche Pflegesatzvereinbarung getroffen. Jährlich im voraus wird für jede einzelne Klinik von dem jeweiligen Krankenhausträger und den beteiligten Sozialleistungsträgern (Krankenkassen der GKV) das Budget ausgehandelt. Sie vereinbaren den Gesamtbetrag bzw. das Erlösbudget aus der Summe der Bewertungsrelationen der vereinbarten Behandlungsfälle, den krankenhaushausindividuellen Basisfallwert, Zu- und Abschläge, die sonstigen, nicht durch DRG-Fallpauschalen gedeckten sonstigen Entgelte und Ausgleichszahlungen für Mehr- oder Mindererlöse. Dazu hat der Krankenhausträger die erforderlichen Unterlagen und insbesondere für die nicht durch DRG-Fallpauschalen erfassten Leistungen Kosten- und Leistungsnachweise vorzulegen.

Die Landesverbände und die örtlichen Sozialversicherungs- und Krankenhausträger haben bei ihren Verhandlungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten. Die Vereinbarungen über den landesweiten

Basisfallwert bzw. die Pflegesatz- und Budgetvereinbarungen sind so zu gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei den, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Erhöhung nicht zu gewährleisten.

2.1.4 Finanzierung durch die Krankenkassen

Die Sicherung der Krankenhausfinanzierung auf der Betriebskostenseite wird durch eine Bindung der gesetzlichen Krankenkassen an die Krankenhausplanung der Länder erreicht. Sie dürfen Krankenhausbehandlungen nur durch „zugelassene Krankenhäuser“ erbringen lassen, insbesondere die in den Krankenhausplänen der Länder aufgenommenen Kliniken (Plankrankenhäuser), ferner die in das Hochschulbauförderungsprogramm von Bund und Ländern aufgenommenen Hochschulkliniken (u.a. Universitätskliniken) und solche Krankenhäuser, die mit den Landesverbänden der GKV einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben (Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag, Sozialgesetzbuch V des Bundes). Damit sind die Krankenkassen an die Finanzierung der von den Ländern zur Sicherung der Krankenhausversorgung festgelegten Kliniken grundsätzlich gebunden. Bei Plankrankenhäusern können sie sich aus dieser Mit-Finanzierungsverantwortung nur lösen, wenn die Klinik für die Versorgung verzichtbar ist.

Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert sich aus dem Beitragsaufkommen der Versicherten. Eine gesetzliche Versicherungspflicht, die im wesentlichen an die Beschäftigung in Arbeitsverhältnissen anknüpft (neben den aus dem Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung folgenden Versicherungstatbeständen) grenzt den Kreis der Beitragspflichtigen nach der Höhe des Arbeitseinkommens ein (Versicherungspflicht für alle, deren Arbeitseinkommen bis zu 75 % der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung beträgt, derzeit 4.500 EUR monatlich. Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen je 50 % des Beitrags.

2.1.5 Staatliche Genehmigungen

Die Pflegesätze und ihre durch die örtlichen Vertragspartner zu vereinbarenden Bestandteile, insbesondere auch der vereinbarte krankenhausesindividuelle Basisfallwert, unterliegen der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde, i.d.R. den Gesundheitsminister des Landes.

Die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung werden durch Satzung festgelegt und unterliegen der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde, auf

Bundesebene des Bundesversicherungsamts, auf Landesebene die von den Landesgesundheitsministern bestimmten Behörden. In Hessen ist das Hessische Landesprüfungsamt für Krankenversicherung zuständig.

2.2 Steuerfinanzierung der Investitionskosten

Die Länder stellen auf der Grundlage des Krankenhausplans ein Investitionsprogramm auf. Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan und das Investitionsprogramm begründen einen Anspruch gegen das Land auf Investitionsförderung, solange und soweit eine Klinik in die Planung aufgenommen ist. Das Krankenhausinvestitionsprogramm enthält, auf der Grundlage der Anmeldungen der Krankenhäuser die nach Bedarf, Dringlichkeit und unter Berücksichtigung der Folgekosten vom Gesundheitsministerium des Landes anerkannten Fördermaßnahmen, die innerhalb der Finanzierungsperiode umgesetzt werden können. Die Investitionsvorhaben sind den Erfordernissen der strukturellen Gesamtentwicklung anzupassen (zur Struktur der Krankenhausplanung s. oben 1.1).

Die Krankenhausplanung wird darüber hinaus mit den Ergebnissen der Fallpauschalen-bezogenen Betriebskostenrechnung der Krankenhäuser verknüpft. Die von der DRG- Datenstelle zu sammelnden Daten der einzelnen Behandlungsfälle werden der zuständigen Landesbehörde für die Zwecke der Krankenhausplanung ab dem Jahr 2003 jährlich übermittelt (s. dazu unten 3.3.). An der Aufstellung des Krankenhausplans und des Investitionsprogramms durch den Gesundheitsminister des Landes werden die Landesverbände der Krankenhausträger (Kommunalverbände), der Krankenhäuser, der Krankenversicherungen (GKV, PKV) und der Ärzteschaft beteiligt („Landeskrankenhausausschuss“). Krankenhausplan und Krankenhausbauprogramm werden im amtlichen Bekanntmachungsblatt der Landesregierung (Staatsanzeiger) veröffentlicht.

Gefördert werden die Errichtung von Krankenhäusern, Erstausrüstung mit Anlagegütern und Wiederbeschaffung langfristiger Anlagegüter, Anlaufkosten, Schließung von Krankenhäusern und die Umstellung von Krankenhäusern auf andere Aufgaben, etc.

Die Fördermittel stammen aus Landesmitteln. Über den kommunalen Finanzausgleich werden jedoch die kommunalen Krankenhausträger (kreisfreie Städte und Landkreise) durch Entrichtung der Krankenhausumlage an der Investitionsfinanzierung beteiligt (2001 in Hessen: über 1/3; nämlich ca. 160 Mio EUR von ca. 400 Mio EUR).

Daneben steht die Finanzierung von Investitionen der Universitätskliniken aus dem Hochschulbauprogramm, der als Gemeinschaftsaufgabe von Bund und Ländern

von diesen zu jeweils 50 % finanziert wird (Hochschulbauförderungsgesetz des Bundes).

3. Wirtschaftlichkeitsgebot und Qualitätssicherung, Bundesstatistik

3.1 Wirtschaftlichkeitsgebot

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot (Sozialgesetzbuch V). Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig sind, dürfen von den Krankenhäusern nicht erbracht, von den Versicherten nicht beansprucht und von den Krankenkassen nicht bewilligt werden. Ohne Rechtsgrundlage dürfen Leistungen nicht erbracht werden. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität, der die Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven fordert, unterstreicht die Strenge des Wirtschaftlichkeitsmaßstabs. Die flächendeckende Einführung des Fallpauschalensystems, die Möglichkeiten zu umfassenden Quervergleichen eröffnet, wird ein Höchstmaß an Wirtschaftlichkeit im Krankenhausbetrieb erzwingen.

3.2 Qualitätssicherung

Der durch die Abrechnung nach Fallpauschalen erzeugte Effizienzdruck macht eine besondere Sicherung der Behandlungsqualität erforderlich. Das Fallpauschalengesetz verlangt deshalb z. B. von den Krankenhausträgern geeignete Maßnahmen, damit eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung von Patienten aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt.

Schon bisher sind die Spitzenverbände der gesetzlichen und privaten Krankenversicherer verpflichtet, mit dem Spitzenverband der Krankenhausbetriebe unter Beteiligung der Vertreter der Ärzteschaft und Pflegeberufe Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren, die für alle zugelassenen Krankenhäuser (s.o. Ziff. 2.1.4.) verbindlich sind. Hierzu ist zum Zwecke einheitlicher Qualitätsstandards und zu ihrer Anpassung an die medizinische Entwicklung eine Arbeitsgemeinschaft der beteiligten Verbände einzurichten.

Zu den geforderten Qualitätssicherungsstandards gehören u.a. bundesweite Anforderungen an ein krankenhausinternes Qualitätsmanagement, die Definition von Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität diagnostischer

und therapeutischer Leistungen und Regelungen für Vergütungsabschläge für Kliniken, die die Qualitätssicherungsstandards nicht einhalten. Weiterhin soll künftig alle 2 Jahre ein Qualitätsbericht der zugelassenen Krankenhäuser erstellt werden, der von den Landesverbänden der Krankenkassen im Internet zu veröffentlichen ist. Mit der Qualitätssicherung verbinden sich aber auch Maßnahmen zur Wahrung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen, so, wenn von den Spitzenverbänden die Aufstellung von Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität diagnostischer und therapeutischer Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen, verlangt wird. Ebenso fordert das FallpauschalenG Unterstützung von den Spitzenverbänden bei der Rationalisierung der Krankenhausversorgung in der Fläche. Sie sollen einen Katalog planbarer Krankenhausleistungen (im Gegensatz etwa zur Notfallversorgung) erstellen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, und sollen für die jeweilige Leistung Mindestmengen je Arzt oder Krankenhaus definieren. Dies kann dann in der Krankenhausplanung der Länder, etwa bei der Organisation arbeitsteiliger Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Auch die Parteien der Pflegesatzvereinbarung auf örtlicher Ebene haben zu prüfen, ob Leistungen, deren Vorhaltung von einer Klinik mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend erbracht werden kann, von einem anderen Krankenhaus, das die Leistungsart bereits erbringt, mitübernommen werden kann.

Hält ein Krankenhaus Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht ein, müssen die Krankenversicherungen die von den Spitzenverbänden vereinbarten Qualitätssicherungsabschläge bei der Entgeltabrechnung vornehmen. Umgekehrt sind allerdings von den Spitzenverbänden Zuschläge für die Teilnahme der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren.

3.3 Bundesstatistik

Über die Krankenhäuser der allgemeinen stationären Versorgung wird seit über 10 Jahren eine Bundesstatistik geführt. Sie erfasst nicht nur Personal-, Betten-, Patientendaten, insbesondere auch Pflgegetage nach Art und Zahl etc., sondern auch die Kosten und Abzüge nach dem bisher geltenden Recht, gegliedert nach Arten. Bereits diese Datenbasis bietet Ansätze zur Durchführung von Wirtschaftlichkeitsvergleichen.

Hinzu tritt nunmehr die DRG-Statistik der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und privaten Krankenversicherern sowie der Krankenhausgesellschaften auf Bundesebene einzurichtenden DRG-Datenstelle (s. dazu bereits oben Ziff. 2.2, un-

ten Ziff. 4.2) mit detaillierten Angaben zu jedem einzelnen Behandlungsfall. Damit wird ein Benchmark-Instrument für alle DRG-Behandlungsfälle im gesamten Bundesgebiet geschaffen. Nicht rechtzeitige oder unvollständige Datenlieferung durch die Krankenhäuser oder gar das Unterlassen sollen mit Abschlägen von den Fallpauschalen pönalisiert werden.

4. Rechnungslegung der Krankenhäuser

4.1 Jahresabschluss und Abschlussprüfung

Die nach dem KrankenhausfinanzierungsG öffentlich geförderten Krankenhäuser haben eine kaufmännische Buchführung einzurichten und einen Jahresabschluss mit Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung und Anhang einschließlich Anlagennachweis nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs aufzustellen (KrankenhausbuchführungsVerordnung des Bundes). In Hessen gilt dies für alle der allgemeinen stationären Versorgung dienende Krankenhäuser Für die Universitätskliniken ist ein Jahresabschluss vorgesehen, der auch die Darstellung der Leistungen innerhalb des Lageberichts enthält (UniversitätsklinikGesetz).

Der Jahresabschluss ist von einem Abschlussprüfer zu prüfen und offenzulegen. Die Abschlussprüfung umfasst auch die Prüfung der Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung einschließlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit des Verfahrens der Geschäftsführung.

4.2 Internes Rechnungswesen/Controlling

Bundesweit sind die Krankenhäuser zur Einrichtung einer Kosten- und Leistungsrechnung verpflichtet. Das beinhaltet die Einrichtung eines internen Controlling.

Bisher konnte dem Bundesrecht durch den Mindeststandard einer Kosten- und Leistungsrechnung auf Kostenstellenbasis genügt werden. Damit sollte die Ermittlung der pflegesatzfähigen Kosten sowie die Erstellung der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung für die Pflegesatzverhandlungen ermöglicht werden. Ggf. war dazu auch eine interne Leistungsverrechnung auf anfordernde Kostenstellen gefordert.

Die ab 1.1.2003 weitgehende Einführung der Fallpauschalen zwingt die Kliniken nunmehr, eine umfassende Kostenträgerrechnung durchzuführen. Das

Krankenhausentgeltgesetz / Fallpauschalengesetz verpflichtet die Kliniken zur jährlichen Meldung eines (anonymisierten) Datensatzes für jeden Krankenhausfall, der nicht nur die Diagnosen, Behandlungsmaßnahmen und –dauer etc., sondern auch die im einzelnen Behandlungsfall insgesamt abgerechneten Entgelte, der DRG-Fallpauschale, der Zusatzentgelte, der Zu- und Abschläge und der sonstigen Entgelte enthalten muss. Die Daten werden von der DRG-Datenstelle auf Plausibilität geprüft und den mit der Weiterentwicklung des DRG-Systems beauftragten Spitzenverbänden, sowie als Grundlage der Pflegesatzvereinbarungen den Landesverbänden zur Vereinbarung des landeseinheitlichen Basisfallwerts und den zuständigen Landesbehörden für die Zwecke der Krankenhausplanung einmal jährlich übermittelt.

Für die hessischen Universitätskliniken ist darüber hinaus die Einrichtung eines Controlling vorgeschrieben, das die laufende Überwachung der Einhaltung des Wirtschaftsplans durch den Vorstand ermöglicht. Hierzu müssen ein regelmäßiges Berichtswesen sowie Zwischenabschlüsse für die ersten 3 Quartale des Geschäftsjahres in der Form einer Vergleichsrechnung mit dem Wirtschaftsplangestellt werden. Entwicklungen, die die Einhaltung des Wirtschaftsplans gefährden, sind dem Aufsichtsrat mit Vorschlägen zur Abhilfe unverzüglich mitzuteilen.

5. Externe Prüfung der Kliniken

5.1 Prüfung durch die externe Finanzkontrolle – Hessen –

Bundesgesetzlich ist eine Prüfung speziell der Kliniken durch die Einrichtungen der externen Finanzkontrolle nicht vorgesehen. Sie richtet sich deshalb nach allgemeinen Vorschriften des Bundes- und Landesrechts sowie nach besonderen landesrechtlichen Vorschriften für die Kliniken.

Die externe Finanzkontrolle in Hessen (HRH) ist in erster Linie für die Landesbetriebe und Beteiligungen des Landes an privatrechtlichen Unternehmen zuständig. Für die Universitätskliniken des Landes, die als Anstalten des öffentlichen Rechts betrieben werden, hat der Hessische Rechnungshof ein umfassendes Prüfungsrecht. Es erstreckt sich auf die gesamte Haushalts- und Wirtschaftsführung. Es kann damit die Wirtschaftlichkeit des Klinikbetriebs in allen Einzelheiten geprüft werden. Die Prüfungen des Hessischen Rechnungshofs bezogen sich bei den Universitätskliniken zumeist auf die aus Landesmitteln finanzierten Investitionsausgaben. Falls die Betriebskostenabrechnung über Fallpauschalen zu größeren Deckungslücken und damit zu Risiken für das Land als Krankenhausträger

führt, sind verstärkte Prüfungen hinsichtlich der Betriebsorganisation, aber auch des Abrechnungswesens selbst denkbar.

Bei den Kliniken der kommunalen Träger hat der Hessische Rechnungshof nicht dieselben Prüfungsbefugnisse. Hinsichtlich der kommunalen Körperschaften sind die Prüfungsrechte als Vergleichsprüfungen dem Präsidenten des Hessischen Rechnungshofs vorbehalten (Hessisches Gesetz über die Überörtliche Prüfung der Kommunalen Körperschaften). Einzelfallbezogene Prüfungen sind gesetzlich nicht vorgesehen. Der Vergleichsansatz ist aber für die Wirtschaftlichkeitsprüfung von Kliniken gut geeignet.

Unter diesem Aspekt können Krankenhäuser kommunaler Träger, die nicht in selbständiger Rechtsform, sondern als Eigenbetriebe geführt werden, wie dies ganz überwiegend der Fall ist, durch Prüfung vor Ort in ihrer Haushalts- und Wirtschaftsführung untersucht und nach geeigneten Kriterien einem Wirtschaftlichkeitsvergleich unterzogen werden.

Soweit kommunale Krankenhausträger sich für eine privatrechtliche Rechtsform entscheiden (GmbH, AG), bedingen die Regelungen des Gesellschaftsrechts (Bundesrecht) eingeschränkte Prüfungsbefugnisse der externen Finanzkontrolle. Die Haushaltsordnungen des Bundes und der Länder beschränken die Prüfungsbefugnis bei Mehrheitsbeteiligungen auf die Prüfung der Betätigung der öffentlichen Anteilseigner, also wie sie ihrer Verantwortung als Gesellschafter, der mit seiner Beteiligung an einem privatrechtlichen Unternehmen öffentliche Zwecke verfolgt, gerecht werden. Eine solche Betätigungsprüfung ist grundsätzlich auch der Überörtlichen Kommunalen Prüfung eingeräumt. Dies schließt allerdings bisher noch kein Recht des Hessischen Rechnungshofs ein, sich zu Zwecken der Betätigungsprüfung bei der Gesellschaft örtlich zu unterrichten.

Indirekt bestehen aber auch hier Prüfungsmöglichkeiten, die sich auf die Ordnungsmäßigkeit und Qualität der Geschäftsführung erstrecken, sowie auf die Entwicklung der Vermögens- und Ertragslage, die Liquidität und Rentabilität des Unternehmens, auf eingetretene Verluste und ihre Ursachen. Denn die Kommunen sind verpflichtet, ihre privatrechtlich verfassten Beteiligungsgesellschaften einer entsprechenden erweiterten Jahresabschlussprüfung durch Wirtschaftsprüfer zu unterziehen und diese Fragen in ihrem Prüfbericht zu dokumentieren.

Erweiterte Prüfungsrechte des Hessischen Rechnungshofs gegenüber kommunalen Kliniken in jeder Rechtsform gelten insoweit, als sie Zuwendungen des Landes erhalten. Dies gilt für den gesamten Bereich der Investitionsfinanzierung der Kliniken, die durch Fördermittel des Landes erfolgt. Eine solche Zuwendungsprüfung erstreckt sich auf die bestimmungsmäßige und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel, kann sich aber erforderlichenfalls auch auf die sonstige Haushalts- und

Wirtschaftsführung erstrecken. Sie kann vor Ort, beim Krankenhaus durchgeführt werden.

Nach denselben Grundsätzen können auch Privatkliniken durch den Hessischen Rechnungshof geprüft werden, wenn sie im Rahmen der Investitionsfinanzierung Zuweisungen des Landes erhalten.

5.2 Prüfung durch die externe Finanzkontrolle – Bund –

Der Prüfung des Bundesrechnungshofs unterliegen die im Rahmen der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbauförderung durch den Bund finanzierten Investitionsanteile bei den Hochschulkliniken (Zuwendungsprüfung). Der Bundesrechnungshof stimmt sich hinsichtlich dieser Prüfungsverfahren mit den jeweiligen Landesrechnungshöfen ab. Gemeinsame Prüfungen von Bundesrechnungshof und den Landesrechnungshöfen können und sollen bei derartigen, von Bund und Ländern kofinanzierten Investitionen stattfinden.

Im übrigen prüft der Bundesrechnungshof die aus dem Bundeshaushalt finanzierten Bundeswehrkrankenhäuser.

5.3 Prüfung der Kliniken durch die Krankenversicherungen (GKV/PKV)

Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Krankenhausbehandlung können von den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der privaten Krankenversicherer gemeinsam durchgeführt werden. Dabei wird die Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Behandlung in einem Krankenhaus durch einen im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger bestellten Prüfer untersucht. Der Prüfer ist unabhängig und an Weisungen nicht gebunden. Das Krankenhaus hat dem Prüfer die zur Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

Die Ergebnisse der Prüfung sind in der folgenden Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen. Unabhängig davon kann auch eine Kündigung des Versorgungsvertrags resultieren.

Vor Einführung des Fallpauschalengesetzes waren den Krankenkassen auch im Vorfeld der Pflegesatzverhandlungen gewisse Prüfungsbefugnisse eingeräumt. Noch heute gilt, dass die Seite der Krankenversicherer vom Krankenhaus im Einzelfall die Vorlage zusätzlicher Unterlagen und Auskünfte verlangen kann, die zur Beurteilung der Leistungen der Klinik im Rahmen ihres Versorgungsauftrags notwendig sind.

Eine solche - die Verhandlungen verzögernde – Forderung soll aber nur noch dann erhoben werden, wenn der erwartete Nutzen den Aufwand erheblich übersteigt (Fallpauschalengesetz). Eine früher vorgesehene Befugnis, im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger eine Prüfung über wesentliche Fragen zum Versorgungsauftrag, zur Leistungsstruktur des Krankenhauses und zur Höhe der medizinisch leistungsgerechten Vergütung durchzuführen, ist inzwischen entfallen.

Der Gesetzgeber setzt hier ganz auf die durch die Abrechnung und Budgetierung nach DRG-Fallpauschalen geschaffene Transparenz. Die Daten der DRG-Datenstelle werden den Spitzenverbänden und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung für deren Zwecke zur Verfügung gestellt. Sie erhalten somit umfassende Benchmarks über die für bestimmte Behandlungsbilder abgerechneten Entgelte. Die Daten sind zuvor von der DRG-Datenstelle auf ihre Plausibilität geprüft.

Daneben bestehen individuelle, stichprobenmäßige Prüfungsrechte mit Bezug auf die Abrechnung der Pflegesätze. Die Krankenkassen gemeinsam können durch Einschaltung ihres Medizinischen Dienstes prüfen, ob die Abrechnung der Fallpauschalen ordnungsgemäß erfolgt. Der Medizinische Dienst kann sich die erforderlichen Unterlagen und Auskünfte erteilen lassen und kann dazu auch – „nach rechtzeitiger Anmeldung“ – die Räume der Krankenhäuser „an Werktagen zwischen 8.00 und 18.00 Uhr“ betreten. Bei festgestellten Abrechnungsfehlern sind die Ursachen zu ergründen und ist ein pauschaliertes Ausgleichsverfahren zu vereinbaren, um eine Erstattung in jedem Einzelfall zu vermeiden. Liegt grobe Fahrlässigkeit zugrunde, ist der Differenzbetrag zurückzuzahlen zuzüglich einer Pönale in derselben Höhe.

6. Prüfung der Sozialversicherungsträger

Da die gesetzlichen Krankenversicherungsträger – neben der Bedarfsplanung durch die Länder - eine erhebliche Mitverantwortung für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen tragen, kommt ihrer Prüfung ebenfalls große Bedeutung zu. Diese wird vom Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde wahrgenommen. Es prüft mindestens alle 5 Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der bundesunmittelbaren Krankenkassen. In einem aktuellen Prüfungsverfahren hat das Bundesversicherungsamt die Zahlung eines 14. Monatsgehalts an die Beschäftigten der gesetzlichen Krankenkassen beanstandet.

Auch auf Länderebene finden regelmäßige Prüfungen der gesetzlichen Krankenversicherungsträger und ihrer Verbände durch die Aufsichtsbehörden der

Länder statt. In Hessen prüft das Hessische Landesprüfungsamt für Krankenversicherung die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der landesunmittelbaren Allgemeinen Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen etc. und deren Landesverbände.

Der Bundesrechnungshof hat bei den Sozialversicherungsträgern oder ihren Verbänden Prüfungsbefugnisse nur, soweit sie aufgrund eines Bundesgesetzes Zuschüsse oder eine Garantieverpflichtung erhalten. Eine solche Garantieverpflichtung ist der Bund im Zusammenhang mit der Privatisierung der Bundespost zugunsten der Unfallkasse der Deutschen Post AG und der Telekom AG eingegangen. Garantien bestehen auch im Hinblick auf die allmählich auslaufende Steinkohleförderung zugunsten der Bundesknappschaft, dem gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherungsträger des Bergbaus.

Auf Landesebene stellen die Rechnungshöfe gegenwärtig Überlegungen darüber an, ob die Haushaltsordnungen ihnen Prüfungsrechte bei rechtlich verselbständigten Unfallkassen der Länder einräumen, wenn eine ausdrückliche staatliche Haftungsgarantie nicht gesetzlich normiert ist.

Der Schwerpunkt der Kontrolle der Sozialversicherungsträger liegt somit nicht bei den Rechnungshöfen, sondern bei den staatlichen Aufsichtsbehörden. Die Tätigkeit der Sozialversicherungsträger kann daher meist nur indirekt über die Prüfung der Aufsichtsbehörden durch die Rechnungshöfe von Bund und Ländern betrachtet werden.

**L'audit des hôpitaux en Allemagne
à l'appui de l'exemple de deux états fédérés**

**Hermann Mayer, Ministerialrat beim Rechnungshof Rheinland-Pfalz
Dr. Udo Rauch, Leitender Ministerialrat beim Rechnungshof Rheinland-Pfalz
Susanne Albrecht, Ministerialrätin beim Hessischen Rechnungshof**

L'audit des hôpitaux en Allemagne à l'appui de l'exemple de deux états fédérés

A) L'exemple du Land de Rhénanie-Palatinat

1. Informations clés sur les soins hospitaliers et l'audit des hôpitaux

- 1.1 Les soins hospitaliers : une mission de service public
- 1.2 Principes de base des soins hospitaliers
- 1.3 Patients assurés / non assurés
- 1.4 Organisation des soins hospitaliers
- 1.5 Structures dirigeantes et organisation structurelle des hôpitaux
- 1.6 Financement des hôpitaux
- 1.7 Comptabilité
- 1.8 Instances de contrôle
- 1.9 Surveillance juridique et surveillance technique des hôpitaux publics
- 1.10 Audits effectués par la Cour des comptes de Rhénanie-Palatinat
- 1.11 Etendue des audits
- 1.12 Contrôle de la gestion des laboratoires de la clinique de l'Université Johannes Gutenberg de Mayence

2. L'audit des hôpitaux en Rhénanie-Palatinat

- 2.1 Droit de contrôle
 - 2.2 Objets de contrôle
 - 2.3 Méthodes de contrôle
 - 2.4 Contrôle d'un hôpital communal
 - 2.5 Conclusions
- Annexes

B) L'exemple du Land de Hesse

Les soins de santé en milieu hospitalier public (hôpitaux) : Structures organisationnelles, financement et audit par les instances de contrôle des finances publiques

0. Introduction
1. Organisation des soins de santé en milieu hospitalier et établissements hospitaliers
2. Financement des soins généraux des malades en milieu hospitalier
3. Respect des critères d'économicité et d'assurance qualité, statistiques fédérales
4. Comptabilité des hôpitaux
5. Contrôle externe des hôpitaux
6. Contrôle des organismes de sécurité sociale

L'audit des hôpitaux en Allemagne à l'appui de l'exemple de deux états fédérés

A) L'exemple du Land de Rhénanie-Palatinat

1. Informations clés sur les soins hospitaliers et l'audit des hôpitaux

1.1 Les soins hospitaliers : une mission de service public

- Garantir à la population l'accès à des hôpitaux performants constitue une mission de service public pour le Land (état fédéré) de Rhénanie-Palatinat ainsi que pour ses *Landkreise* (arrondissements ruraux dotés de la personnalité juridique et subdivisés en communes) et *kreisfreie Städte* (villes-arrondissements dotées d'une administration autonome). Cette mission accomplie par les *Landkreise* et les *kreisfreie Städte* est une composante obligatoire de leur autonomie administrative, dans la mesure où ils construisent et entretiennent les hôpitaux lorsque ceux-ci ne sont pas construits ni entretenus par des organismes indépendants d'utilité publique, des organismes privés ou d'autres organismes adéquats (§ 2 *Landeskrankenhausgesetz* – LKG, ou loi du Land sur les hôpitaux).

1.2 Principes de base des soins hospitaliers

- La loi du Land sur les hôpitaux a pour objectif de garantir à la population, conformément à ses besoins, l'accès à des hôpitaux à la fois performants et présentant une gestion économique et responsable, et de contribuer à ce que les tarifs d'hospitalisation (frais hospitaliers) puissent être supportés par la collectivité (§1 alinéa 1 LKG).
- Il faut que les hôpitaux soient complémentaires dans un système dont les composantes doivent correspondre aux besoins et qui doit être adapté à la diversité des organismes hospitaliers (§1 alinéa 2 LKG).
- Tout patient a droit au sein de l'hôpital à la garantie de prestations hospitalières fournies autant que nécessaire, en fonction de la nature et de la gravité de son affection (§1 alinéa 3 LKG).

1.3 Patients assurés / non assurés

- Il faut distinguer, au niveau des soins hospitaliers, les patients affiliés à la Sécurité sociale (cf. §§ 5 à 10 *Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch* - SGB V, ou code allemand de la sécurité sociale, tome cinq) et les patients ne bénéficiant pas de l'assurance sociale.
- La majorité de la population relève du régime légal d'assurance maladie (personnes affiliés à la Sécurité sociale), l'assurance étant soit obligatoire, soit volontaire en fonction du niveau de revenus. Les caisses légales d'assurance maladie prennent en charge les coûts médicaux des traitements requis pour leurs assurés.
- Les personnes ne relevant pas du régime légal d'assurance maladie (personnes ne bénéficiant pas de l'assurance sociale, par ex. les fonctionnaires et membres de leurs familles, ou bien les personnes actives indépendantes et les membres de leurs familles), ont en règle générale une assurance privée. Si elles doivent payer elles-mêmes les factures d'hospitalisation, une partie ou le montant total des frais engagés pour l'hospitalisation leur est cependant remboursée par leur compagnie privée d'assurance maladie – en fonction de la catégorie des prestations maladie assurées. De même, les personnes ne disposant pas de revenus suffisants et bénéficiant donc de l'aide sociale ne relèvent pas du régime légal d'assurance maladie. Les coûts des prestations hospitalières nécessaires sont supportés par les organismes d'aide sociale compétents.

1.4 Organisation des soins hospitaliers

- Afin de garantir des soins hospitaliers adaptés aux besoins, le gouvernement du Land établit un plan hospitalier pour le Land, qui doit être révisé au plus tard tous les sept ans et dont les spécifications sont mises à jour en cas de changements fondamentaux dans le régime de santé et la structure des besoins. Le plan hospitalier fixe la mission actuelle et future des différents hôpitaux (hôpital du plan), le type et le nombre d'unités spécialisées et de spécialités, ainsi que le nombre de lits d'hôpitaux (lits du plan) et leur répartition au sein des différentes unités spécialisées. L'intégration ou la non-intégration dans le plan hospitalier du Land se fait par décision administrative. L'important est que la mission de soins soit communiquée aux hôpitaux en même temps que l'intégration dans le plan hospitalier du Land. Les hôpitaux acquièrent du même coup le droit de faire subventionner leurs investissements par l'Etat. Parmi les 103 hôpitaux du plan situés en Rhénanie-Palatinat et comptant un total de 26.285 lits d'hospitalisation complète prévus au plan, il faut compter aussi la clinique de l'Université Johannes Gutenberg de Mayence.

- Seul un petit nombre d'hôpitaux ne fait pas partie du plan hospitalier du Land de Rhénanie-Palatinat. Il s'agit des hôpitaux dits sous contrat, qui ont conclu des contrats de soin avec les organismes régionaux des caisses d'assurance maladie, en vertu du § 109 SGB V. Leurs coûts d'investissement ne sont pas subventionnés par l'Etat.
- En Rhénanie-Palatinat, les hôpitaux du plan sont répartis, suivant leurs missions, en cinq niveaux de soins : a) les hôpitaux de soins primaires, b) les hôpitaux de soins secondaires, c) les hôpitaux de soins de spécialité, d) les hôpitaux de prise en charge maximale et e) les hôpitaux spécialisés. Le classement dans le niveau de soins approprié est fonction du nombre de lits et du nombre et du type d'unités spécialisées. Les hôpitaux de soins primaires, par exemple, ont une capacité inférieure à 250 lits prévus au plan, et possèdent au minimum une unité spécialisée de médecine interne et de chirurgie. Les hôpitaux de prise en charge maximale, par contre, disposent de plus de 800 lits prévus au plan, avec au moins 10 unités spécialisées en sus des unités de médecine interne et de chirurgie.
- Conformément au plan hospitalier du Land, les hôpitaux doivent être organisés en unités spécialisées. Les unités spécialisées sont des entités de l'hôpital qui sont délimitées dans l'espace et du point de vue organisationnel, supervisées par des médecins spécialistes, et qui peuvent aussi être des unités fonctionnelles sans gestion de lits (par ex. radiologie). Elles peuvent être conduites comme des unités spécialisées principales, sous la direction de médecins spécialistes y exerçant à titre principal, ou bien comme des services agréés, sous la direction de praticiens privés (médecins agréés). Le plan hospitalier du Land distingue 18 unités spécialisées, allant des unités de médecine interne et de chirurgie jusqu'à l'unité de psychiatrie.
- 71 des 103 hôpitaux du plan sont gérés par des organismes d'utilité publique indépendants (pour l'essentiel, des organismes confessionnels, des associations caritatives). Le Land gère la clinique de l'Université de Mayence ainsi que l'hôpital du Land. Ce dernier se compose, au sens du plan hospitalier du Land, de trois hôpitaux prévus au plan. A l'heure actuelle, 20 hôpitaux prévus au plan sont encore gérés par des communes, 8 par des organismes privés.
- Conformément au § 22 alinéa 1 de la loi du Land sur les hôpitaux, les hôpitaux gérés par les communes et le Land peuvent avoir une forme juridique privée ou publique, ou bien être gérés comme des entités sans personnalité juridique propre (gestion directe par la collectivité). L'hôpital du Land et la clinique de l'Université Johannes Gutenberg de Mayence sont des établissements de droit public ; en revanche, les hôpitaux communaux revêtent en grande majorité la forme juridique de la S.à.r.l, et un petit nombre sont gérés directement par la collectivité et n'ont pas d'existence juridique propre.

- Les associations d'hôpitaux, de plus en plus nombreuses, permettent de rationaliser l'offre de soins. Les hôpitaux voisins reçoivent ainsi une mission de soins commune, et ajustent ensemble leurs offres de soins aigus en hospitalisation complète.
- Le nombre d'établissements disposant d'hôpitaux de jour augmente. Dans les hôpitaux de jour, seul un suivi en hospitalisation partielle est possible (pas d'hébergement la nuit). Ces hôpitaux permettent de proposer des soins aussi près que possible du domicile, en particulier dans les domaines de la psychiatrie, de l'oncologie et du traitement de la douleur.

1.5 Structures dirigeantes et organisation structurelle des hôpitaux

- En vertu du § 23 alinéa 2 de la loi du Land sur les hôpitaux, les organismes hospitaliers sont, pour l'essentiel, libres d'établir de manière autonome la structure et l'organisation internes de l'hôpital ; il en est de même pour la formation des comités hospitaliers.
- Il y a encore quelques années, la gestion d'un hôpital était en règle générale confiée à un conseil de gérants. Cette forme de direction a dominé si longtemps que la grande majorité des hôpitaux n'avait pas encore de personnalité juridique propre. Le conseil de gérants se compose du directeur médical, du directeur administratif et du responsable des soins infirmiers (directeur des soins infirmiers). La direction est responsable, vis-à-vis de l'organisme gestionnaire de l'hôpital, du respect des principes d'efficacité et d'économie, et de la garantie des performances de l'hôpital.
- La forme juridique privée de la société à responsabilité limitée (S.à.r.l.) étant de plus en plus souvent privilégiée au niveau des hôpitaux communaux, et l'hôpital régional géré par le Land ainsi que la clinique de l'Université Johannes Gutenberg de Mayence ayant pris la forme juridique d'un établissement de droit public, la gestion a été transférée à un gérant de la S.à.r.l ou de l'établissement public, nommé par le comité de surveillance responsable (conseil de surveillance, conseil d'administration). La clinique de l'Université Johannes Gutenberg de Mayence constitue une exception puisqu'elle est dirigée par le comité directeur de la clinique. Ce dernier se compose du directeur médical, du directeur administratif, du directeur des soins infirmiers et du doyen de la Faculté de médecine. Les conseils de gérants restantes des autres hôpitaux ne jouent plus qu'un rôle consultatif.
- Le directeur médical est nommé par l'organisme gestionnaire de l'hôpital (conseil de surveillance, conseil d'administration) parmi les médecins en chef d'un hôpital qui exercent à titre principal, après consultation du directeur administratif et du responsable des soins infirmiers. Il défend les intérêts des médecins au sein du conseil de gérants.

- Le directeur administratif est nommé par l'organisme gestionnaire de l'hôpital (conseil de surveillance, conseil d'administration) après consultation du médecin directeur et du responsable des soins infirmiers. Il a en particulier pour mission la direction administrative, économique et technique de l'hôpital, la gestion du personnel, ainsi que la gestion d'affaires du conseil de gérants.
- Le responsable des soins infirmiers (directeur des soins infirmiers) est nommé par l'organisme gestionnaire de l'hôpital (conseil de surveillance, conseil d'administration) après consultation du directeur médical et du directeur administratif. Il a en particulier pour mission la direction du service de soins infirmiers, la formation continue et la formation pratique du personnel infirmier.
- Les médecins en chef (directeurs d'une unité spécialisée exerçant à titre principal) sont tout à fait autorisés à traiter de manière ambulatoire des patients au sein de l'hôpital, au titre d'une activité secondaire et avec un droit propre à liquidation, et d'utiliser pour cela, contre rémunération, du personnel, des équipements et du matériel de l'hôpital. La condition préalable au traitement ambulatoire de patients affiliés à la Sécurité sociale est une habilitation par les médecins conventionnés, qui est délivrée par l'Association des médecins conventionnés (*Kassenärztliche Vereinigung*).
- La plupart des hôpitaux disposent également, au niveau de leurs équipements centraux, d'une pharmacie hospitalière et d'un laboratoire. Les hôpitaux de petite taille, en particulier, ont transféré l'approvisionnement pharmaceutique soit à des hôpitaux voisins, soit à des pharmacies privées. En règle générale, il n'est fait appel aux laboratoires externes que pour des analyses spéciales.
- Les autres comités et entités d'importance dans un hôpital sont : la commission des médicaments, le responsable des déchets, le responsable de l'hygiène et le porte-parole des patients.
- Les groupes de personnel les plus importants d'un hôpital sont : le service médical, le service de soins infirmiers (incluant le personnel d'aides-soignants), le service médico-technique (personnel pharmaceutique, personnel de laboratoire, kinésithérapeutes, secrétariat médical), le service opérationnel (personnel opératoire, sages-femmes, ergothérapeutes, stérilisation centrale), le personnel d'entretien de l'hôpital (service de nettoyage), le service économique et service des approvisionnements (service des chauffeurs, service de cuisine, lingerie), le service technique (artisans, ingénieurs), le service administratif (achats, ventes, comptabilité), le service spécial (aumônerie), et le personnel des centres de formation (formateurs).

1.6 Financement des hôpitaux

- Les coûts d'investissement d'hôpitaux du plan sont supportés par le Land de Rhénanie-Palatinat dans la mesure où ils respectent le principe d'efficacité et d'é-

conomie (§§ 11 à 21 LKG) ; dans le cas de la clinique de l'Université Johannes Gutenberg de Mayence, l'Etat fédéral et le Land de Rhénanie-Palatinat prennent chacun en charge la moitié des coûts d'investissement dans le secteur des soins hospitaliers.

- Sur demande, la construction et le premier équipement d'un hôpital avec toutes les installations font l'objet d'un financement soumis à la décision individuelle du ministère compétent de subventionner le projet. Les subventions sont alors versées sous forme d'un montant fixe.
- Des montants annuels fixes (forfaits annuels) permettent de subventionner le renouvellement des biens d'équipement à durée de vie courte et de soutenir les coûts d'investissement pour les petits travaux. Les principes de détermination de la subvention forfaitaire sont en règle générale le nombre de cas (traitements en milieu hospitalier), le nombre et le type de gros appareillages médicaux, le nombre de postes de formation et le nombre de lits du plan. Le dernier budget du Land consacrait environ 50 millions d'euros au subventionnement forfaitaire des hôpitaux. Sur ce total, environ 20 % étaient répartis entre les différents hôpitaux du plan suivant le nombre de lits prévus au plan, et 80 % suivant les autres critères de subventionnement.
- Les frais de fonctionnement des hôpitaux sont en grande partie remboursés par les caisses légales d'assurance maladie pour les soins hospitaliers dispensés à leurs assurés. Pour environ 80 % des coûts des traitements en hospitalisation complète, les hôpitaux conviennent d'un montant total (budget) sur la base d'estimations des coûts, et calculent à partir de cela les tarifs journaliers (frais de fonctionnement par jour), en distinguant le tarif journalier de base (« frais de séjour ») et le tarif journalier en unité spécialisée. Les parties contractuelles doivent tenir le budget. Pour toute une série de traitements hospitaliers, fixée par la législation et représentant entre 10 et 30 % des coûts d'hospitalisation complète, des tarifs forfaitaires (forfaits d'après le nombre d'actes médicaux et tarifications spéciales) sont calculés, indépendamment de la durée de séjour du patient. Des dépassements de budgets se produisent avant tout lorsque les coûts réels, par suite de non-rentabilités ou d'évolutions non prévisibles, dépassent les montants prévus, même en tenant compte des recettes provenant des forfaits d'après le nombre d'actes médicaux et des tarifications spéciales. A compter de l'année 2003, le système actuel des tarifs d'hospitalisation doit peu à peu être remplacé par des forfaits d'après le nombre d'actes médicaux (système des DRG ou *Diagnosis Related Groups*), exception faite du secteur psychiatrique.
- Les tarifs d'hospitalisation convenus avec les caisses d'assurance maladie ainsi que les forfaits d'après le nombre d'actes médicaux fixés par le législateur et les tarifications spéciales s'appliquent aussi aux patients ne relevant pas du régime légal d'as-

assurance maladie. Les coûts engendrés sont soit payés par les patients eux-mêmes, soit pris en charge, lorsque les patients bénéficient de l'aide sociale, par les organismes d'aide sociale.

- Les coûts des prestations ambulatoires des hôpitaux (par ex. opérations ambulatoires, ambulances de secours et de soins d'urgence) sont financés pour l'essentiel par des taxes, payées par les caisses légales d'assurance maladie dans le cas des patients affiliés à la Sécurité sociale et, dans le cas des patients ne bénéficiant pas de l'assurance maladie, soit par les patients eux-mêmes, soit par les organismes d'aide sociale. Dans ce secteur également peuvent apparaître des dépassements de budgets, en particulier en cas de non-rentabilités.
- Les coûts engendrés par des soins ambulatoires délivrés par des médecins en chef exerçant en milieu hospitalier à titre secondaire, par exemple les coûts issus de la réquisition de personnel, d'équipements et de matériel de l'hôpital, devraient être supportés grâce à des contreparties financières des médecins exerçant à titre secondaire, conformément aux contrats-types des médecins en chef. Les audits menés par la Cour des comptes ont cependant fait apparaître que les contributions convenues de manière contractuelle avec les médecins exerçant à titre secondaire restaient souvent inférieures aux coûts occasionnés.
- Les déficits dus aux dépassements de budgets rendent nécessaire, dans la mesure où ils ne peuvent être compensés par d'autres opérations (dissolution des provisions, vente de biens fonciers ou de biens d'équipement, etc.), la prise en charge des pertes par l'organisme gestionnaire de l'hôpital. Ce dernier doit donc, une fois les comptes annuels clôturés et certifiés par les experts-comptables, approuver les états financiers et prendre une décision quant à l'emploi d'un excédent et à la couverture d'un déficit.

1.7 Comptabilité

- La comptabilité des hôpitaux comprend : le plan d'exploitation, la tenue des livres de compte, les comptes annuels, la comptabilité des coûts et des prestations ainsi que les statistiques nécessaires à la gestion, en particulier celles relatives aux ressources humaines, converties en nombre de personnes à temps plein.
- Le plan d'exploitation se compose du plan de résultats, du plan financier et du tableau des effectifs (organigramme).
- Les hôpitaux effectuent la tenue des comptes, le bilan ainsi que la comptabilité des coûts et des prestations suivant la réglementation particulière dictée par la loi sur le financement des hôpitaux, les principaux règlements étant l'ordonnance sur la

tenue des comptes des hôpitaux et l'ordonnance fédérale sur les tarifs d'hospitalisation.

- Les comptes annuels se composent du bilan annuel, y compris l'état des immobilisations, du compte de résultats, et d'un rapport de gestion sur la situation actuelle et le développement de l'hôpital.
- En fonction des statuts, le directeur administratif doit en règle générale établir les comptes annuels avant le 30 avril de l'année suivante, et les faire certifier par un expert-comptable mandaté par l'organisme gestionnaire de l'hôpital (conseil municipal, assemblée du *Kreis*, conseil de surveillance / d'administration). Dans la mesure du possible, les comptes annuels doivent être approuvés par l'organisme gestionnaire avant le début des négociations avec les caisses d'assurance maladie sur le tarif d'hospitalisation.
- Après certification par l'expert-comptable, les éléments des comptes annuels des hôpitaux communaux doivent être présentés une fois par an à la Cour des comptes de Rhénanie-Palatinat, conformément à une ordonnance du Land. La Cour des comptes doit être invitée à l'entretien final entre le comité de surveillance de l'hôpital communal et l'expert-comptable.

1.8 Instances de contrôle

- La Cour des comptes de Rhénanie-Palatinat contrôle la gestion des hôpitaux qui relèvent du Land, conformément au § 88 du règlement financier du Land, ainsi que des organismes communaux, conformément au § 110 alinéa 4 de la loi sur l'organisation communale. En outre, en vertu du § 91 alinéa 1 n°3 du règlement financier du Land et en relation avec le § 91 alinéa 2 de ce même règlement, la Cour des comptes peut même, au niveau des hôpitaux gérés par des organismes privés ou par des organismes indépendants d'utilité publique, contrôler la gestion économique et la mise en œuvre conforme aux dispositions de subventions accordées par l'Etat. Le cas échéant, elle peut même étendre son contrôle à la gestion menée par le bénéficiaire des moyens de subvention.
- Conformément au § 113 alinéa 1 SGB V, les caisses légales d'assurance maladie peuvent faire contrôler, par des auditeurs mandatés en accord avec l'organisme gestionnaire de l'hôpital, l'efficacité, la performance et la qualité du traitement dispensé à l'hôpital.
- Les comptes annuels et le rapport de gestion des hôpitaux sont certifiés chaque année par l'expert-comptable mandaté par l'organisme gestionnaire.
- Le service médical de l'assurance maladie contrôle, conformément au § 275 et suiv.

SGB V, la nécessité et la qualité des prestations médicales, ainsi que le respect de certaines spécifications juridiques (par ex. l'acheminement par l'hôpital de patients vers des groupes de soins définis, conformément à l'ordonnance relative au personnel psychiatrique).

- L'inspection du travail contrôle à intervalles définis le respect des règles de sécurité au niveau des appareils, ainsi que le respect de la réglementation sur la durée de travail du personnel et les temps de repos des médecins.
- Le contrôle de l'assurance qualité des analyses effectuées dans les laboratoires médicaux revient aux plus hautes instances compétentes, en vertu des directives de l'Ordre fédéral des médecins (*Bundesärztekammer*).

1.9 Surveillance juridique et surveillance technique des hôpitaux publics

- Les hôpitaux communaux sont soumis – indépendamment de leur forme juridique – à la surveillance juridique du Land, relayé en l'espèce par la Direction de la surveillance et des services de Trèves (instance supérieure de surveillance juridique) et le Ministère de l'Intérieur et des Sports (instance suprême de surveillance juridique). La surveillance technique est exercée par les organismes / collèges communaux compétents, par ex. par le conseil de surveillance d'une S.à.r.l.
- La surveillance technique de l'hôpital du Land et de la clinique de l'Université Johannes Gutenberg de Mayence est exercée par leurs conseils de surveillance respectifs. La surveillance juridique de l'hôpital du Land incombe au Ministère du Travail, des Affaires sociales, de la Famille et de la Santé ; la surveillance juridique de la clinique est du ressort du Ministère des Sciences, de la Formation, de la Recherche et de la Culture.

1.10 Audits effectués par la Cour des comptes de Rhénanie-Palatinat

- En 1997, la Cour des comptes a contrôlé la gestion de deux hôpitaux de *Kreis* assurant les soins primaires et disposant d'un total de 444 lits, et a également contrôlé les transports de malades à la clinique de l'Université Johannes Gutenberg de Mayence ainsi que dans les trois cliniques spécialisées de l'hôpital du Land ;
- en 1998, elle a contrôlé la gestion d'un hôpital municipal assurant des soins secondaires (395 lits) et d'un hôpital municipal assurant des soins de spécialité (641 lits) ;
- en 1999, elle a contrôlé les achats de biens de consommation à la clinique de l'Université Johannes Gutenberg de Mayence ;

- en 2000, elle a contrôlé la gestion d'un hôpital municipal assurant des soins secondaires (325 lits), ainsi que l'exploitation des résidences du personnel de la clinique de l'Université Johannes Gutenberg de Mayence ;
- en 2001, elle a contrôlé la gestion d'un hôpital communal spécialisé en psychiatrie et neurologie, et disposant d'un total de 1038 lits ; elle a également contrôlé la gestion de 14 laboratoires à la clinique de l'Université Johannes Gutenberg de Mayence.

1.11 Etendue des audits

Frais de personnel

- Avant tout audit se pose la question de savoir si les tâches effectuées par les différents services peuvent être menées à bien de manière plus efficiente avec moins de personnel ou avec des moyens d'exécution différents. Cela nécessite de **calculer les besoins en personnel** sur la base d'indices généralement reconnus, qui permettent de contrôler la bonne adéquation des performances du personnel, de fixer et de déterminer des temps de traitement moyens, et d'analyser les statistiques correspondantes en matière de performance. Un point sur les besoins en personnel est donc fait de manière régulière, au quotidien, pour les services dont les prestations sont facilement mesurables et qui sont donc saisies de manière convenable sur le plan statistique : au sein du service médico-technique (par ex. au niveau de la pharmacie, du laboratoire, du secrétariat médical, de la radiologie, de l'endoscopie, etc.), du service opérationnel (par ex. sages-femmes, service opératoire), du service technique, du service de nettoyage ainsi que pour certaines parties du service économique et service des approvisionnements (par ex. cuisines, service des chauffeurs) et au niveau de l'administration (par ex. enregistrement des patients, achats, gestion des stocks). Au niveau du service médical, la détermination des besoins en personnel est limitée par le fait que c'est principalement le médecin en chef qui évalue le soin et l'intensité avec lesquels les patients sont traités. La détermination des besoins en personnel ne peut produire des résultats positifs que lorsque des relevés et des calculs peuvent être réalisés, en accord avec le médecin en chef.
- En rapport avec l'évaluation des besoins en personnel, il y a lieu de vérifier, au moyen d'une **comparaison d'économicité**, si et dans quelle mesure les **tâches des services internes à la clinique peuvent être réalisées à meilleur compte par des entreprises privées ou en coopération avec d'autres hôpitaux**. Exemple : comparaison des coûts, par mètre carré, du service de nettoyage interne à la clinique avec les prix correspondants pratiqués par des entreprises de nettoyage privées. Des comparatifs de l'économicité sont requis de manière régulière au niveau du service de cuisine et du service technique.

- Des améliorations en matière de l'économie et de l'efficacité peuvent également être obtenues par une révision et une mise à jour de l'**organisation du tableau de service**. D'une part, on examine le respect des réglementations tarifaires en matière d'organisation et de rémunération des heures supplémentaires, services de permanence, services de permanence sur appel et temps de repos, en particulier pour les médecins ; d'autre part, on étudie les possibilités de réaliser des économies et des réductions de service, grâce à une organisation plus adéquate du tableau de service et à l'utilisation de réserves en temps de travail. Il convient ici de veiller à ce que pour les équipes dont les travaux sont complémentaires ou dépendent les uns des autres (par ex. temps de service normal des médecins et temps de service normal du personnel de laboratoire), les périodes de service soient harmonisées, afin d'éviter des heures supplémentaires et des services de permanence coûteux.
- Il est souvent constaté que **les agents sont regroupés** en catégories de rémunération ne correspondant pas aux tarifs fixés. De nombreuses **allocations (par ex. majorations pour travaux pénibles, indemnités de risques, indemnités pour travaux malpropres) et autres prestations supplémentaires (par ex. congé spécial)** ne correspondant pas à la réglementation tarifaire sont également accordées. Ce n'est donc pas seulement l'économicité de la gestion qui fait l'objet du contrôle, mais aussi la conformité au droit des actes de gestion (contrôle de légalité).

Coût du matériel

- L'élément primordial du contrôle des coûts du matériel est constitué par les **achats hospitaliers**. D'un point de vue économique, il est en particulier intéressant de voir si les ordres passés sont réunis grâce au regroupement des commandes du plus grand nombre possible de postes de consommation, de voir si ces ordres correspondent aux besoins annuels (« regroupement des ordres »), si les avantages concurrentiels sont exploités, si les fournisseurs sont réduits à un petit nombre de prestataires performants, si la gamme des articles est suffisamment standardisée et si le choix entre achat, location et d'autres formes d'acquisition s'appuie sur des comparatifs de l'économicité.
- Sont en général examinés tous les **contrats qui sous-tendent l'achat ou la location d'un bien d'équipement ou encore l'attribution et la passation de marchés de services**. Une attention toute particulière est portée ici, lorsque le volume de l'ordre atteint 200.000 et plus, au lancement d'appels d'offre – dans la mesure où ils s'imposent juridiquement – préalablement à la conclusion des différents contrats, et ce même à l'échelle européenne. Il est également vérifié que la durée des différents contrats n'est pas trop longue, afin de pouvoir exploiter les possibilités du marché.

- La comparaison des coûts permet d'examiner si les différents ordres passés peuvent être traités à meilleur compte par d'autres prestataires du marché ou bien par des propres services de la clinique.
- La **gestion des stocks** est étroitement liée aux achats. Les achats ne correspondant pas suffisamment aux besoins conduisent soit à des ruptures de stocks qui, pour des raisons de sécurité dans les hôpitaux, restent théoriques, soit à des excédents. Ces derniers sont souvent trop élevés, si l'on en juge par les valeurs relevées par la Cour des comptes, ce qui conduit à des charges d'intérêt qui pourraient être évitées.
- Les **prestations de services centralisées de l'organisme gestionnaire de l'hôpital** font également l'objet d'un contrôle. Celui-ci n'est en effet pas autorisé à transférer sur l'hôpital les coûts de prestations de gestion pures, par ex. les coûts d'un conseiller ad-joint au service de l'hôpital (*Krankenhausdezernent*) ou les coûts d'un comité.

Recettes

- Il est vérifié à intervalles réguliers que **les contreparties financières demandées par l'hôpital** pour l'exécution de prestations pour d'autres postes (par ex. fourniture de repas, fourniture de médicaments, lingerie, analyses de laboratoire, stérilisation centrale) **couvrent bien les coûts**, et que **les possibilités de revenus** pour la mise à disposition de biens d'équipement, de biens fonciers et de locaux sont suffisamment **exploités**.
- Il est enfin vérifié que les factures des hôpitaux sont établies à temps et payées dans des délais raisonnables. Trop de **créances de l'entreprise** signifie des pertes de liquidités et d'intérêts. Les débiteurs principaux sont les caisses légales d'assurance maladie qui, en cas de dépassement du délai de paiement (14 jours civils après réception de la facture), doivent payer des intérêts moratoires conformément aux dispositions contractuelles, suivant le § 112 alinéa 2 n° 1 SGB V, et sans qu'il soit nécessaire de procéder à un rappel.

1.12 Contrôle de la gestion des laboratoires de la clinique de l'Université Johannes Gutenberg de Mayence

Déroulement du contrôle

- La politique de programmation pour l'année 2000 prévoyait que le deuxième semestre serait consacré au contrôle des laboratoires de la clinique universitaire. Cette démarche était inspirée par de précédentes expériences dans des hôpitaux de moins de 500 lits qui avaient révélé que les laboratoires n'étaient pas gérés de manière économique. D'autres contrôles effectués à la clinique universitaire avaient au préala-

- ble permis de mettre en évidence que la plupart des 42 différentes cliniques individuelles possédaient leurs propres laboratoires.
- La clinique universitaire a été prévenue le 5 juillet 2000 que trois auditeurs et un rapporteur responsable du travail de conception viendraient contrôler la gestion des laboratoires à partir d'août 2000.
 - Une réunion d'introduction avec les représentants de la clinique s'est tenue fin juillet 2000 afin de préparer l'audit. Cette réunion a eu pour résultat principal de limiter à 14 le nombre total de laboratoires à contrôler. Étaient écartés : les laboratoires de recherche pure, les labos du service d'ophtalmologie, du service d'orthopédie ainsi que du service pour les maladies bucco-dentaires et maxillaires, car les prestations qui y sont effectuées n'avaient pas été saisies jusqu'ici. Le laboratoire du centre de transfusion a également été exclu de l'audit car il est soumis à une réglementation spéciale en vertu de la loi sur les transfusions.
 - L'audit s'est donc limité au laboratoire central et aux laboratoires de 13 cliniques au total.
 - La planification du contrôle laissait aux auditeurs 80 journées de travail pour mener à bien leur mission. Les vérifications sur place ont été terminées au début du mois de juin 2001, presque conformément aux prévisions du plan. Dès lors commença au siège de la Cour des comptes la phase d'analyse des données, de calculs et de discussions. Ces travaux ont fourni la matière qui a permis de présenter aux directeurs médicaux des laboratoires concernés les premiers résultats provisoires, d'en examiner la plausibilité et de modifier partiellement les calculs qui les sous-tendaient. Le processus de concertation avec la direction du laboratoire a duré jusqu'à la fin du mois d'août 2001. Ainsi, fait notable, les bases des données recueillies et les observations du contrôle ont fait l'unanimité. Une fois les vérifications sur place achevées, les auditeurs ont pu consacrer leur temps à la rédaction du projet de rapport.
 - L'entretien final avec les représentants principaux de la clinique a eu lieu le 18 octobre 2001 au sein de l'établissement. Les résultats du contrôle présentés ont été quasiment tous acceptés, et de premières mesures visant à corriger les insuffisances ont été annoncées.
 - Le rapport de contrôle entériné par le collège de la Cour des comptes a été remis le 9 novembre 2001 à la clinique, celle-ci étant priée de se prononcer sur les constatations du contrôle avant le 10 décembre 2001. La prise de position de la clinique est parvenue à la Cour des comptes le 11 décembre 2001.
 - Après analyse de cette réponse, les résultats principaux du contrôle ont été publiés dans le rapport annuel de la Cour des comptes du 13 février 2002. Dans ce rapport, le gouvernement du Land était invité à dégager, dans sa prise de position, les

conséquences à tirer des constatations du contrôle présentées ici. La procédure annuelle de décharge du gouvernement du Land était alors engagée.

- Dans sa prise de position sur le rapport annuel 2001, qui a été rendue publique le 24 avril 2002, le gouvernement du Land a souhaité satisfaire en tout point aux exigences formulées par la Cour des comptes à l'issue de l'audit.
- Le rapport annuel de la Cour des comptes et la prise de position du gouvernement du Land ont été discutés les 23 et 24 mai ainsi que le 3 juin 2002 par la commission parlementaire de contrôle des comptes. Le résultat de cette discussion fut incorporé dans la recommandation de la commission du budget et des finances du Parlement du Land, qui a pris à ce sujet, le 29 août 2002, une décision visant à ce que le gouvernement du Land présente un rapport au Parlement du Land sur les mesures prises en conséquence avant le 31 janvier 2003.

Méthodologie

- La première question de l'audit était celle-ci: quelles analyses pratiquent les 13 laboratoires décentralisés et le laboratoire central ? La réponse à cette question exigeait de collecter les informations contenues dans les statistiques des prestations des laboratoires, lesquelles faisaient apparaître le type d'analyse et les centres de coût.
- La deuxième question était : y a-t-il des analyses qui sont régulièrement effectuées dans plusieurs laboratoires (analyses doubles / multiples) ? Nous les avons qualifiés d'analyses parallèles. Il apparaît que 65 types de prestations de laboratoire ont été réalisés aussi bien dans les 13 laboratoires décentralisés que dans le laboratoire central. Dans les laboratoires décentralisés, ces types de prestations représentaient 370.000 des 744.000 prestations totales, soit environ 50 %. A l'inverse, le laboratoire central a réalisé 2.798 millions de prestations également effectuées dans les laboratoires décentralisés, ce qui représentait 36 % des 7.759 millions de prestations totales. Ces chiffres montrent qu'à lui seul, l'éventail de prestations communes était un argument pour exploiter les avantages de techniques de laboratoire plus économiques en termes de travail, grâce à la centralisation d'analyses de laboratoire réalisées jusqu'ici dans les laboratoires décentralisés. La moitié des analyses effectuées dans les laboratoires décentralisés peut donc être directement effectuée sur les appareils pas encore pleinement exploités du laboratoire central, ce qui permettrait d'obtenir des gains de rationalisation considérables.
- Dans cette logique, la troisième question était : quelle est la productivité des laboratoires décentralisés par rapport au laboratoire central, et quelle productivité peut être atteinte en cas de centralisation complète ? La réponse est livrée dans une présentation des productivités (nombre de prestations de laboratoire par personne y travaillant) des différents laboratoires avec et sans pondération. La pondération s'o-

père en multipliant le nombre de prestations de laboratoire appartenant à un type de prestation et issues d'une saisie statistique, par le nombre de points correspondants, tel que défini dans les grilles de référence pour la tarification des prestations des médecins biologistes. Le nombre de points reflète le degré de difficulté des différents types d'analyses de laboratoire les uns par rapport aux autres.

- Les conclusions tirées ont été les suivantes : si toutes les analyses de laboratoire effectuées jusqu'ici dans les laboratoires décentralisés étaient centralisées avec la productivité nettement plus élevée qui a été mesurée au sein du laboratoire central, 26 employés suffiraient au lieu des 59 actuels. La centralisation des analyses de laboratoire permettrait ainsi d'économiser 33 agents de laboratoire, soit 1,63 million d'euros par an.

2. L'audit des hôpitaux en Rhénanie-Palatinat

2.1 Droit de contrôle

La Cour des comptes de Rhénanie-Palatinat est habilitée à contrôler la gestion opérationnelle et financière des hôpitaux placés sous la responsabilité

- du Land et
- des communes.

En outre, la Cour peut être amenée à contrôler la conformité de l'administration et de l'utilisation des aides accordées par l'État dans les établissements hospitaliers placés sous la responsabilité d'une institution

- privée ou
- reconnue d'utilité publique.

Les caisses de l'assurance sociale (caisses maladie et caisses de soins), pour lesquelles des dispositifs de contrôle sont prévus, ne sont pas soumises au contrôle de la Cour des comptes.

2.2 Objets de contrôle

Le contrôle régulier des hôpitaux porte sur les secteurs suivants :

- Laboratoire
- Pharmacie

- Stérilisation centrale
- Service des sages-femmes
- Service chirurgie
- Diagnostic fonctionnel et radiodiagnostic
- Service de nettoyage
- Service technique
- Élimination des déchets
- Cuisine
- Blanchisserie
- Acquisitions et stockage
- Regroupements et classifications
- Service de permanence et heures supplémentaires
- Créances d'exploitation (factures impayées)
- Service administratif.

2.3 Méthodes de contrôle

La question prioritaire est de savoir si la réduction des effectifs ou l'application d'autres solutions permettrait **d'optimiser** l'efficacité des différents services. Pour y répondre, des **calculs des besoins en personnel** sur la base **d'indices ou d'indicateurs** généralement reconnus révélant les prestations adéquates d'un employé, la fixation et l'harmonisation des temps de traitement moyens ainsi que l'analyse des statistiques de prestation correspondantes sont nécessaires.

C'est pourquoi les études de besoin en personnel sont régulièrement réalisées pour les services dont les prestations peuvent être aisément mesurées et saisies sous forme statistique :

- Service technique médical, p. ex. pharmacie, laboratoire, radiologie, endoscopie, secrétariat médical,
- Service fonctionnel, p. ex. sages-femmes, service chirurgie, stérilisation centrale,
- Service technique, p. ex. arisans,
- Service de nettoyage,
- Service de gestion et d'approvisionnement, p. ex. cuisine, blanchisserie et service administratif de l'établissement hospitalier, p. ex. réception des patients, achat, stockage.

Parallèlement à la détermination des besoins en personnel, il y a lieu de contrôler à l'aide d'une **comparaison d'économicité** si et dans quelle mesure les **tâches de serv-**

ices hospitaliers pouvaient être accomplies à moindres coûts par des entreprises privées ou en coopération avec d'autres hôpitaux.

Exemple:

Comparaison des coûts, par mètre carré, du service de nettoyage interne à la clinique avec les prix correspondants pratiqués par des entreprises de nettoyage privées.

Des améliorations en matière de l'économie et de l'efficacité peuvent également être obtenues par une révision et une mise à jour de l'**organisation du tableau de service**. Le contrôle porte ici sur le respect des réglementations tarifaires en matière d'organisation et de rémunération des heures supplémentaires, services de permanence, services de permanence sur appel et temps de repos, en particulier pour les médecins. Ce faisant, les possibilités de réaliser des économies et des réductions de service grâce à une organisation plus adéquate du tableau de service et à l'utilisation de réserves en temps de travail sont examinées. Il convient ici de veiller à ce que pour les équipes dont les travaux sont complémentaires ou dépendent les uns des autres (par ex. temps de service normal des médecins et temps de service normal du personnel de laboratoire), les périodes de service soient harmonisées, afin d'éviter des heures supplémentaires et des services de permanence garde coûteux.

Il est souvent constaté que **les agents sont regroupés** en catégories de rémunération ne correspondant pas aux tarifs fixés. De nombreuses **allocations (par ex. majorations pour travaux pénibles, indemnités de risques, indemnités pour travaux malpropres) et autres prestations supplémentaires (par ex. congé spécial)** ne correspondant pas à la réglementation tarifaire sont également accordées. Sur ce point, le respect des dispositions tarifaires et par conséquent la légalité des actes de gestion font l'objet du contrôle.

2.4 Contrôle d'un hôpital communal

Dans le cadre du contrôle de la gestion d'un hôpital citadin doté de 325 lits, nous avons par exemple vérifié

- le taux d'utilisation du laboratoire (annexe 1),
- les besoins en personnel dans le service des sages-femmes (annexe 2),
- les besoins en personnel dans le service chirurgie (annexe 3),
- les coûts liés au nettoyage (annexe 4),
- les besoins en personnel dans le service fonctionnel de la stérilisation centrale (annexe 5)

sur la base d'indices, d'indicateurs ou de valeurs empiriques qui représentent des valeurs ou temps de traitement moyens pour fournir certaines prestations en une période de temps précise. Les indicateurs ou indices retenus reposent par exemple sur les indications du fabricant d'appareils utilisés ou sur des valeurs publiées qui ont été établies par des organismes de contrôle à partir de contrôles réguliers d'hôpitaux et qui sont généralement reconnues. La Cour des comptes s'est entretenue avec la direction des hôpitaux contrôlés sur la plausibilité de l'ensemble des indices, indicateurs et valeurs empiriques qui ont été ajustés d'un commun accord.

2.5 Conclusions

Le 20 avril 2000, nous avons transmis les résultats du contrôle aux organismes gestionnaires et organes de surveillance des hôpitaux. Après analyse de la prise de position écrite de l'hôpital, les résultats principaux du contrôle ont été publiés dans le rapport annuel 2000 de la Cour des comptes de Rhénanie-Palatinat.

Il est entre autres exigé:

- d'appliquer toutes les possibilités permettant d'améliorer l'économicité des activités du laboratoire,
- d'exploiter plus activement les avantages en termes de coût que représente la solution de confier le nettoyage du bâtiment à des entreprises privées,
- de réduire la dotation en effectifs de certaines fonctions et
- de supprimer les postes non indispensables.

Après discussion dans les commissions parlementaires de contrôle des comptes (*Rechnungsprüfungskommission*) et du budget et des finances (*Haushalts- und Finanzkommission*), le parlement du Land de Rhénanie-Palatinat a approuvé ces exigences et pris acte des mesures que l'hôpital envisageait pour se conformer largement à celles-ci.

Il est à noter que les postes non indispensables (à savoir le personnel) seront supprimés de manière socialement neutre en profitant des mouvements de départs naturels, de manière à ce qu'aucun licenciement de collaborateurs d'hôpitaux ne soit la conséquence du présent contrôle.

Annexe 1

Moyens de rationalisation du laboratoire grâce à une utilisation optimisée de l'automate de laboratoire (Olympus)

En 1998, l'automate de laboratoire «Olympus» n'a été utilisé qu'à 49,21 % de ses capacités. Parmi les opérations accomplies jusqu'ici manuellement, un certain nombre d'entre elles peuvent être automatisées, réduisant ainsi la charge de travail :

Chimie clinique :		Nombre
Alcool		630
Ammoniaque		585
Bence Jones		1 112
Chymotrypsine		186
Coloration par le gram		5
Creatinine Clear.		475
Liqueur		2
Potassium		62
Ponction pleurale		33
Sédiment urinaire		6 985
Microalbumine		<u>92</u>
		<u>10 167</u>
		Temps plein
10 167 opérations :	20 000 opérations ¹	0,51
10167 opérations :	337 500 opérations ²	<u>0,03</u>
Économie de personnel possible		<u>0,48</u>
Électrolyte		
Opérations totales 48 999 (cf. annexe 2) :	40 000 ¹	1,22
48 999:	337 500 ²	<u>0,15</u>
Économie de personnel possible		1,07
<hr/>		
Économie de personnel totale		<u>1,55</u>

¹ Moyenne annuelle des prestations d'un employé dans le cadre d'opérations de laboratoire manuelles (indice convenu avec la direction du laboratoire).

² Moyenne annuelle des prestations d'un employé en cas d'utilisation de l'automate de laboratoire «Olympus» d'après les indications du fabricant.

Annexe 2

Évaluation des besoins en personnel dans le secteur des sages-femmes/accoucheurs sur la base du nombre de naissances de 1996 à 1998

L'évaluation des besoins en personnel repose sur les valeurs en minutes qui concernent des hôpitaux pourvus de services de maternité enregistrant plus de 600 naissances par an. D'après ces valeurs fournies à titre de recommandation générale par la fédération des hôpitaux allemands (*Deutsche Krankenhausgesellschaft*) et les associations centrales des organismes d'assurance maladie obligatoire¹, il y a lieu d'appliquer la base de 780 minutes par accouchement.

	Nombre de naissances	Valeurs minutes	Valeur totale	Besoin en personnel ²
1996	649	780	506.220	5,39
1997	639	780	498.420	5,30
1998	595 ³	780	464.100	4,93

¹ Cf. Plücker, Wolfgang, Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus, octobre 1993, éditeur Deutschen Krankenhausmanagement Beratungs- und Forschungsgesellschaft m.b.H. (DKI), p.56 ss.

² Cf. jährliche Arbeitszeit einer Kraft, KGSt-Bericht 5/1995 (94 000 minutes, temps de travail net)

³ L'année 1998 se voit appliquer les mêmes valeurs en minutes, étant donné le nombre de naissances légèrement inférieur à la référence moyenne (600 naissances).

Annexe 3

Évaluation des besoins en personnel¹ pour le service opératoire en 1998

Temps annuel en salle d'opération sur la base
du rapport de gestion de l'hôpital
en 1998 = 160 966 minutes.

Soit un effectif de 2 personnes par opération 321 932 minutes

Pour le temps de préparation du patient²,
il est prévu un budget de 60 minutes

Sur un total de 3 261 patients, il en résulte
un temps de préparation de 3 261 x 60 195 660 minutes

Pour le temps de préparation de la salle
d'opération³, il est prévu un budget de 60 minutes par jour
d'opération et par table d'opération

4 salles sont utilisées 365 jour/an et 2 salles sont utilisées
3 jours par semaine :

Pour les 4 salles disponibles 365 jours = 1 460,
1 460 x 60 minutes = 87 600 minutes
87 600 minutes x 2,5 employés⁴ donne le
résultat suivant 219 000 minutes

Pour les 2 salles disponibles 3 x par semaine = 312 jours
312 jours x 60 minutes x 2 postes 37 440 minutes

774 032 minutes

774 032 minutes : 91 707 minutes 8,44 employés
(temps de travail net)⁵

+ direction OP 0,50 employés

8,94 employés

¹ Cf. Plücker, Wolfgang, Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus, a.a.O., p. 59 ss.

² Temps de préparation du patient : Entrée et sortie du patient de la salle. Mise en attente du patient. Préparation du patient à l'opération. Pour davantage de détails, lire p. 61 de la référence bibliographique ci-dessus.

³ Temps de préparation de la salle d'opération = Entrée des collaborateurs. Préparation de la salle d'opération (sans la préparation de l'opération même). Travaux de rangement de la salle d'opération. Préparation du programme opératoire (équiper les chariots). Pour davantage de détails, lire p.61 de la référence bibliographique indiquée précédemment.

⁴ D'après les descriptions de postes, un effectif de 2,5 personnes est nécessaire par jour et par table pour le temps de préparation des salles d'opération non aseptiques.

⁵ D'après les statistiques du temps de travail et des absences de l'hôpital.

Annexe 4

Coûts des travaux de nettoyage de l'hôpital en 1998

Coûts en cas d'attribution à des sociétés extérieures

Surface totale: 17 100 m ²	
Coûts de nettoyage payés en 1998	918 269,28 DM
Moyenne annuelle du prix de nettoyage en résultant par m ²	53,70 DM

Coûts en cas de nettoyage effectué par l'hôpital

Surface totale: 4 560 m ²	
Coûts de nettoyage en 1998 env.	700 000,00 DM
Personnel engagé: 10,5 personnes	
Coûts annuels par employé (700 000/10,5)	66 666,67 DM
Moyenne annuelle du prix de nettoyage en résultant par m ²	153,50 DM
Surplus annuel de coûts de nettoyage effectué par l'hôpital par m ² env.	99,80 DM

Si une surface supplémentaire de 2 860 m² est confiée à une entreprise tierce (= 63% du nettoyage effectué jusqu'à présent par l'hôpital), les coûts de nettoyage s'amenuisent de 2 860 m² x 99,80 DM = 285 428,00 DM¹. Cette économie n'est possible que si l'effectif est réduit de 6,5 personnes dans le cadre de la fluctuation naturelle du personnel pour être remplacé par la main d'œuvre d'une entreprise de nettoyage tierce.

¹ Coûts du nettoyage effectué par une entreprise tierce pour une surface de sol de 2 860 m² = 53,70 DM/an x 2.860 = 153 582 DM/an. Coûts du nettoyage effectué par l'hôpital pour la même surface = 153,50 DM/an x 2.860 = 439 010 DM. Supposant une rémunération moyenne de 67 000 DM par préposé au nettoyage, ceci correspond à 6,5 personnes.

Annexe 5

Évaluation des besoins en personnel de service dans le secteur de la stérilisation centrale (base: nombre de cas relevés entre 1996 et 1998)

D'après les directives relatives au contrôle des hôpitaux du Baden-Wurtemberg du 18 décembre 1987, p. 41, un employé peut s'occuper de

- 3 350 patients (nombre de cas) en présence d'une occupation des lits «opérationnels» s'élevant à 40%;
- 2 750 patients (nombre de cas) en présence d'une occupation des lits «opérationnels» s'élevant à 50%.

Nombre de lits prévus pour 1998	345 (dont 257 étaient occupés)
Nombre de lits prévus par des services «opérationnels»	148 (dont 106 étaient occupés)
Pourcentage de lits «opérationnels» occupés	$257/106 = 41,2 \%$.

Afin de parvenir à une évaluation des besoins en personnel assez large, on part d'un indice de 50% de lits «opérationnels» occupés.

Besoins en personnel :

Avec 8 975 cas en 1996 / 2 750	3,26 employés
Avec 8 795 cas en 1997 / 2 750	3,19 employés
Avec 9 425 cas en 1998 / 2 750	3,42 employés

Rapporté au nombre d'employés à temps plein qui s'est élevé respectivement à 4,00 (1996), 4,25 (1997) et 4,25 (1998), il en résulte des excédents se chiffrant à 74%, 106% et 83% de poste entre 1996 et 1998.

A) L'exemple du Land de Hesse

Les soins de santé en milieu hospitalier public (hôpitaux) :

Structures organisationnelles, financement et audit par les instances de contrôle des finances publiques

0. Introduction

Avec un déficit public évalué à 3,8 % du PIB, l'Allemagne va dépasser en 2002 les « critères de Maastricht ». D'après la Commission de Bruxelles, l'augmentation des dépenses du régime légal d'assurance maladie (*Gesetzliche Krankenversicherung*, GKV) a largement contribué à ce résultat.¹

Les ministres de la santé de l'Etat fédéral s'efforcent depuis des années en Allemagne de prévenir l'augmentation des coûts du régime de santé, d'une part via l'introduction d'éléments concurrentiels (comme le choix du régime légal d'assurance maladie²), et d'autre part via la « couverture partielle » des dépenses (en budgétant par ex. les soins médicaux ambulatoires couverts par le GKV). L'objectif en 2003 sera de geler les cotisations au régime légal d'assurance maladie par une « loi préliminaire ». Les cotisations étant en grande majorité financées par les revenus du travail, à savoir pour moitié par les employeurs et pour moitié par les salariés, cette augmentation des coûts pèse également sur le marché du travail.

Dans le système des soins hospitaliers qui, avec 61 milliards d'euros³, représente un des plus gros poste de dépenses, le législateur fédéral a initié, au milieu des années 90, une réforme progressive du système de rétribution pour tendre vers une forfaitisation des différents cas de traitement basé sur les *Diagnosis Related Groups*, DRG (groupes homogènes de malades). A compter du 1er janvier 2003, les prestations hospitalières générales ne seront en principe plus facturées qu'aux forfaits par cas. Les principaux facteurs de coûts des soins hospitaliers (mauvaises utilisations des lits d'hôpitaux / durées de séjour, mesures de traitement médical) pourront ainsi être maîtrisées. La pression exercée par les forfaits par cas en terme d'efficacité peut avoir des répercussions sur la quantité et la structure des offres de soins en milieu hospi-

1 En 2000, les caisses du régime légal d'assurance maladie ont supporté env. 50 % des dépenses totales du régime de santé, soit 124 milliards d'euros.

2 Il y a environ 370 caisses de maladie en Allemagne.

3 Chiffres de l'année 2000. L'Allemagne compte environ 2000 hôpitaux.

talier. La facturation au moyen d'un système strictement orienté sur les cas traités et appliquant une rémunération forfaitaire pour chaque cas devrait engendrer des « surcapacités » dans l'offre de soins financée par l'assurance et, partant, une augmentation des charges pour les organismes gestionnaires des hôpitaux. Les efforts de réforme doivent donc s'accompagner d'un assouplissement de l'offre hospitalière, jusqu'ici organisée de manière plutôt rigide selon les types de soins, et d'une ouverture vers les offres médicales ambulatoires, c'est-à-dire d'une « intégration » dans le milieu hospitalier de prestations ambulatoires réalisées par des praticiens libéraux.

Le système allemand de financement du régime de santé est un « système dual » : les « coûts d'exploitation », c'est-à-dire les coûts des soins médicaux en milieu hospitalier et des soins ambulatoires, sont financés par l'assurance tandis que le financement des coûts d'investissements au niveau de l'hôpital, c'est-à-dire de la construction ainsi que des biens d'équipement à forte valeur, provient de ressources fiscales, en majorité des Länder, mais aussi de l'Etat fédéral.

La compétence pour légiférer sur le système de santé relève essentiellement de l'Etat fédéral (législation concurrentielle), l'administration incombant en principe aux Länder. Cela vaut avant tout également – tout en respectant les exigences du droit fédéral – pour l'organisation des soins médicaux en milieu hospitalier, laquelle était guidée jusqu'ici par la planification économique des Länder. L'administration, décentralisée, est du ressort des organismes gestionnaires des hôpitaux.

Les efforts de l'Etat fédéral pour utiliser également des instruments économiques dans la réduction des coûts seront vraisemblablement renforcés. Les principes fondamentaux de politique sociale qui sous-tendent l'« assurance maladie solidaire » avec, notamment, la possibilité d'offrir à tous les usagers de l'hôpital les mêmes prestations aux mêmes tarifs d'hospitalisation, ainsi que la question de savoir si la communauté des assurés est en mesure d'assurer certains risques par le biais d'une assurance personnelle, sont au cœur du débat (mot clé : « médecine à deux vitesses »).

Toutefois, la mise en place par le législateur fédéral d'un système de financement et de planification des soins hospitaliers convaincant et axé sur les prestations autorise déjà à parler d'une situation de changements radicaux à propos du système de financement des soins hospitaliers esquissé ci-après.

L'activité de contrôle des instances de contrôle des finances publiques évoluera conjointement avec le système de financement et les modifications qui y ont été introduites. Après l'introduction généralisée des forfaits par cas et la pression élevée qui en résulte en terme d'efficacité, le contrôle de l'organisation et de la rentabilité (contrôle d'économie, d'efficacité et d'efficience) des hôpitaux devrait avoir bientôt une signification différente car les organismes gestionnaires des hôpitaux devront compter avec des risques dérivant de dépassements budgétaires. Les informations et les ou-

tils de benchmarking qui seront disponibles avec l'introduction du système des forfaits par cas faciliteront non seulement les audits des hôpitaux si les droits de contrôle correspondants ont été créés, mais permettront aussi d'appuyer davantage l'activité de contrôle des instances de contrôle des finances publiques en ce qui concerne la planification hospitalière. Les instances de contrôle allemandes ne peuvent pourtant pas exercer un contrôle sans exceptions sur les organismes de sécurité sociale.

1. Organisation des soins de santé en milieu hospitalier et établissements hospitaliers

1.1 Planification hospitalière

La garantie des soins hospitaliers incombe aux Länder conformément à la réglementation fédérale légale (loi fédérale sur le financement des hôpitaux, dont le dernier amendement est la loi du 23 avril 2002 sur l'introduction dans les hôpitaux du système de forfaits par cas, orienté sur le diagnostic). En Hesse, cette tâche est transférée, en tant que mission de service public, au Land, aux *Landkreise* (arrondissements ruraux dotés de la personnalité juridique et subdivisés en communes) et aux *kreisfreie Städte* (villes non rattachées à un arrondissement rural) (cf. loi du Land de Hesse sur les hôpitaux du 6 novembre 2002).

L'objectif est d'apporter à la population, avec des hôpitaux performants et gérés de manière responsable, des soins conformes à leurs besoins, à des tarifs d'hospitalisation qui puissent être supportés par la communauté. Toute personne nécessitant sur avis médical un traitement en milieu hospitalier a droit à être admise dans un hôpital. (Les assurés du régime légal d'assurance maladie doivent être envoyés par leur médecin ; dans le cas contraire, ils doivent prendre en charge les frais supplémentaires liés au libre choix d'un hôpital).

Afin de garantir une prestation généralisée des soins de santé, le ministre de la santé du Land établit, en collaboration avec les acteurs du système de soins hospitaliers, un plan hospitalier qui est prorogé à intervalles appropriés. Une fois entériné par le gouvernement du Land, le plan hospitalier revêt un caractère obligatoire.

Le plan hospitalier sert de base fondamentale au financement des investissements et de l'exploitation des hôpitaux via les ressources budgétaires du Land et celles du régime légal d'assurance maladie.

Tandis que jusqu'ici, l'Etat fédéral prévoyait une classification des hôpitaux suivant 4 niveaux de soins⁴ et attribuait aux Länder, selon la taille et l'équipement de l'hôpital, des aides forfaitaires classifiées, par lit et par an, la loi du 23 avril 2002 sur les forfaits par cas a supprimé toute spécification légale au niveau fédéral dans ce domaine.

C'est la raison pour laquelle le Land de Hesse a, depuis lors, renoncé également à une planification hospitalière par niveaux, et a assoupli la planification. Le plan hospitalier reste cependant l'instrument clé de la gestion de l'organisation et du financement des soins en milieu hospitalier. Il permet au ministre de la santé du Land de Hesse de fixer des zones de soins en tenant compte notamment de la composition de la population, de la fréquence d'utilisation ainsi que de données statistiques relatives à l'occupation des lits et à la nature des maladies. Le plan hospitalier contient des exigences générales, des consignes sur les soins d'urgence de proximité ainsi que des dispositions quant à la prise en charge par différents hôpitaux, au-delà de la zone de soins, de certaines missions médicales de spécialité.

En termes de structure de soins dans les différentes zones de soins, la planification fonctionne de manière décentralisée. Les concepts régionaux de planification sont élaborés au niveau local par les organismes gestionnaires des hôpitaux et par les caisses maladie (« conférence des hôpitaux »), puis présentés au ministre de la santé de la Hesse pour intégration dans le plan hospitalier. Ces organismes locaux de gestion des soins et de leur financement harmonisent entre eux l'offre de soins des hôpitaux et présentent des propositions d'optimisation des structures de soins. Le plan hospitalier intègre finalement les décisions individuelles du ministre de la santé sur l'intégration ou la non-intégration d'un hôpital dans le plan hospitalier ainsi que sa mission de soins, la détermination de son site, de ses spécialités, de son total de lits, de l'attribution de missions de soins d'urgence ou de missions de soins de spécialité.

-
1. Soins primaires (hôpitaux locaux et municipaux, soins de proximité avec 3 spécialités maximum)
 2. Soins secondaires (hôpitaux des arrondissements ruraux et hôpitaux des arrondissements ruraux avec mission étendue ; soins primaires locaux + missions en partie supralocales avec plus de 3 spécialités offrant chacune un large éventail de prestations)
 3. Soins de spécialité (hôpitaux de district, soins à l'échelle supralocale)
 4. Soins centralisés (hôpitaux spécialisés, hôpitaux avec mission de soins spécifique, équipements médicaux ultra-spécifiques).

1.2 Organismes gestionnaires des hôpitaux

Il appartient à la réglementation légale fédérale et régionale de respecter la diversité des organismes gestionnaires des hôpitaux (« propriétaires ») lors de la planification et du financement des hôpitaux. Cela signifie que la planification des hôpitaux ne doit pas seulement prendre en compte et aider les hôpitaux gérés par des organismes publics, c'est-à-dire les hôpitaux du Land, des *Landkreise* et des *kreisfreie Städte* ainsi que, pour la Hesse, les hôpitaux gérés par l'association de bienfaisance du Land (association à caractère obligatoire des *Landkreise* et *kreisfreie Städte*, constituée en vue de certaines missions sociales). Il faut en particulier garantir également la viabilité économique d'hôpitaux gérés par des organismes indépendants d'utilité publique et celle de cliniques privées. Les centres hospitaliers universitaires occupent une position à part. Ils sont intégrés dans le plan hospitalier du fait de leur mission de recherche et d'enseignement, pour autant que les soins hospitaliers soient généralement apportés à la population. Dans la mesure où, conformément à la loi sur l'aide à la construction d'établissements d'enseignement supérieur (*Hochschulbauförderungsgesetz*), ils sont co-financés par l'Etat fédéral et par le Land, ils ne reçoivent toutefois pas d'aide de la part du Land au titre de la loi sur le financement des hôpitaux. Aucun organisme gestionnaire d'hôpital n'a droit à l'intégration de ses établissements dans le plan hospitalier. Le ministre de la santé du Land prend sa décision, après une étude appropriée, en tenant compte des intérêts publics et de la diversité des organismes gestionnaires des hôpitaux.

Dans la pratique, les principaux types de soins généraux en milieu hospitalier sont les suivants (ordonnés suivant un « classement par type de propriétaire ») :

1. Centres hospitaliers universitaires (Länder)
2. Hôpitaux du *Kreis* et hôpitaux municipaux (hôpitaux communaux)
3. Hôpitaux gérés par des organismes indépendants d'utilité publique (par ex. Croix Rouge allemande, hôpitaux religieux / organismes gérés par l'Eglise)
4. Cliniques privées

Les hôpitaux dits sous contrat, qui se financent via un contrat de soins passé avec l'organisation régionale des caisses légales d'assurance maladie, ne sont pas subventionnés par les Länder et font donc seulement l'objet d'une mention à titre d'information dans le plan hospitalier.

Il existe également les hôpitaux spéciaux des organismes de sécurité sociale, en particulier des organismes d'assurance contre les accidents, propres à certaines organisations professionnelles (comme la caisse fédérale d'assurance des mineurs (*Bundeskknappschaft*)), ainsi que les hôpitaux de l'Etat fédéral, en l'occurrence ceux de l'armée fédérale.

2. Financement des soins généraux des malades en milieu hospitalier

Le financement des soins des malades en milieu hospitalier repose en principe sur 2 piliers (« financement dual ») :

1. Financement par l'assurance : les coûts d'exploitation sont couverts par les rétributions des usagers ou des organes payeurs (tarifs d'hospitalisation). Les rétributions des organes payeurs proviennent des cotisations des assurés du régime légal (régime légal d'assurance maladie ou GKV) ; les rétributions des usagers sont les rémunérations privées des personnes qui bénéficient d'une « assurance privée » et sont remboursées grâce aux revenus des primes versées au régime privé d'assurance maladie (*Private Krankenversicherung, PKV*).
2. Financement par les impôts : les investissements sont essentiellement financés par les ressources budgétaires des Länder. Les aides provenant de recettes fiscales concernent la construction d'hôpitaux, y compris leur premier équipement avec des biens d'équipement nécessaires au fonctionnement de l'hôpital, ainsi que le renouvellement de ces derniers ou l'acquisition de biens complémentaires. Seuls les frais d'entretien et le renouvellement de biens d'équipement à durée de vie courte (vie utile de 3 ans maximum) doivent être pris en compte dans le tarif hospitalier.

Pour les centres hospitaliers universitaires, les Länder reçoivent de l'Etat fédéral des moyens de co-financement dans le cadre d'une planification-cadre conjointe pour la construction des établissements d'enseignement supérieur.

2.1 Financement des coûts d'exploitation par l'assurance

2.1.1 Tarifs d'hospitalisation / Forfaits par cas

Les tarifs d'hospitalisation doivent être calculés selon un système fixé par le droit fédéral.

Si un modèle de rétribution des hôpitaux combinant forfaits par cas et « tarifs d'hospitalisation journaliers » prévalait encore jusqu'à la fin de l'année 2002, ces derniers permettant de financer, pour le reste des soins hospitaliers, les parts du budget hospitalier qui n'étaient pas couvertes par les forfaits par cas, à compter du 1er janvier 2003, les soins généraux ne pourront plus être facturés essentiellement que via les forfaits par cas. Ces forfaits par cas permettent en principe de facturer l'ensemble des prestations de l'hôpital pour un cas hospitalier précis. Pour chaque hôpital est calculée, à partir de valeurs empiriques et suivant le type et le nombre de forfaits par

cas, une « somme totale » (un budget), que l'hôpital est en principe tenu de respecter.

Les forfaits par cas sont établis sur la base d'un catalogue de *Diagnosis Related Groups* (DRG), en usage au niveau international, c'est-à-dire de types de maladies pour lesquels sont fixées à l'échelon fédéral, en fonction de valeurs empiriques disponibles, certaines parts de frais (relations de valorisation et durée limite de séjour pour chaque type de maladie). Compte tenu du manque d'expérience avec ce système en Allemagne, c'est un catalogue australien de forfaits par cas qui est d'abord en vigueur pour l'année 2003 ; de même, les évaluations australiennes avec valeurs relatives peuvent dans un premier temps être reprises. Le catalogue de forfaits par cas doit être complété par les différents acteurs (organisations principales des hôpitaux et caisses de maladie) eux-mêmes, de façon à pouvoir constituer la première version d'un catalogue allemand des forfaits par cas d'ici au 1er janvier 2004 et établir un système de rétribution obligatoire pour les prestations hospitalières en Allemagne.

Seuls quelques maladies sont exclus de la facturation au forfait par cas, par exemple les transplantations, pour lesquelles un décomptage forfaitaire ne peut s'appliquer (transplantation hépatique, transplantation de plusieurs organes) ou encore les maladies psychiatriques. Pour les cas de traitement non saisis dans les DRG, des conventions de rétribution sont passées individuellement avec les hôpitaux.

Les rétributions sur la base des cas de traitement se décomposent en détail de la manière ci-après :

- (a) forfaits par cas, conformément au catalogue des forfaits par cas,
- (b) rétribution complémentaire (dans des cas exceptionnels bien délimités, par ex. traitement sanguin ou dialyse) ou complément de rétribution en cas de dépassement de la durée limite de séjour
- (c) rétribution pour les nouvelles méthodes de traitement, non encore saisies dans le catalogue des forfaits par cas
- (d) majorations ou réductions au titre de l'assurance qualité
- (e) majoration DRG (pour financer la mise en place du système des forfaits par cas)

Les tarifs d'hospitalisation, y compris les forfaits par cas, sont calculés individuellement en lien avec la convention budgétaire à passer pour chaque hôpital. Au sein d'un même hôpital, les tarifs d'hospitalisation / forfaits par cas doivent être calculés de manière identique pour tous les usagers ; il est donc interdit d'opérer une distinction entre les patients relevant du régime légal et les patients des caisses privées.

Les tarifs d'hospitalisation revêtent par ailleurs un caractère obligatoire dans la mesure où même les hôpitaux qui ne perçoivent pas d'aides publiques (les cliniques privées la plupart du temps) ne sont pas autorisés, vis-à-vis des organismes de sécurité

sociale et autres organes payeurs de droit public, à pratiquer des tarifs d'hospitalisation plus élevés que ceux d'hôpitaux comparables ayant signé une convention de tarifs d'hospitalisation.

2.1.2 Convention budgétaire

Les forfaits par cas et les rétributions dites complémentaires font partie intégrante d'un budget convenu chaque année à l'avance pour chaque hôpital, et qui sera à l'avenir convenu sur la base des chiffres disponibles par cas. Tandis que la convention budgétaire s'appuiera encore, pendant une période de transition, sur les composantes de rétribution et les montants jusqu'ici en vigueur (« somme totale »), ce système va être remplacé progressivement, pour les budgets des années précédant 2007, par un budget établi de manière conséquente sur la base des forfaits par cas (« budget de recettes »). Les forfaits par cas, fixés sur la base du catalogue fédéral des forfaits par cas à l'aide des « relations de valorisation » établies à l'échelon fédéral, seront alors modifiés, dans un premier temps, par des « pondérations relatives » spécifiques à chaque hôpital, ces valeurs étant calculées à l'aide des chiffres disponibles par cas des différents établissements (« base des coûts par cas de l'hôpital »). A compter de 2005, ces forfaits spécifiques par cas et, partant, les volumes de recettes des différents hôpitaux, seront progressivement ramenés au niveau d'une valeur régionale moyenne (« base des coûts par cas en vigueur au niveau régional »). Le budget convenu revêt un caractère obligatoire pour l'hôpital. Seuls des changements profonds au niveau des prévisions qui en étaient la base peut autoriser une adaptation du budget.

2.1.3 Parties en présence pour la négociation

3 niveaux jouent un rôle dans la fixation de la rétribution.

1. Au niveau fédéral, les organisations principales du régime légal et du régime privé d'assurance maladie établissent, conjointement avec la fédération allemande des hôpitaux, le catalogue des forfaits par cas, avec les groupes de maladies, les relations de valorisation unifiées au niveau fédéral, les réglementations sur la durée limite de séjour ainsi que les rétributions complémentaires susmentionnées et d'autres réglementations importantes pour l'établissement du budget et la facturation. Si les organisations principales ne parviennent pas à un accord, c'est l'Etat fédéral qui promulgue la réglementation sur la rétribution par voie de décret réglementaire.

2. Au niveau des Länder, les organisations régionales correspondantes conviennent une fois par an, pour l'année civile suivante, de la base des coûts par cas applicable au Land, et déterminent ainsi (à partir de 2005) la hauteur des forfaits par cas. Celle-ci engage les parties pratiquant des tarifs d'hospitalisation au niveau local d'un Land.
3. Au niveau local est passée la convention proprement dite sur les tarifs d'hospitalisation. Le budget est négocié pour chaque hôpital une fois par an, à l'avance, par l'organisme gestionnaire de l'hôpital et les organismes de sécurité sociale concernés (caisses d'assurance maladie du GKV). Ils conviennent de la somme totale ou du budget de recettes issu de la somme des relations de valorisation des cas de traitement établis, et décident également de la base des coûts par cas pour chaque hôpital, des majorations et réductions, des rétributions diverses non couvertes par les forfaits par cas selon le système des DRG, ainsi que des paiements compensatoires pour les augmentations ou les baisses de recettes. L'organisme gestionnaire de l'hôpital doit en outre présenter les documents nécessaires et, notamment pour les prestations n'ayant pas donné lieu à des forfaits par cas selon le système des DRG, l'état des coûts et des prestations.

Les organisations régionales et les organismes locaux de sécurité sociale et de gestion hospitalière doivent respecter, lors de leurs négociations, le principe de stabilité des taux de cotisation. Les conventions sur la base des coûts par cas au niveau régional et celles sur les tarifs d'hospitalisation et le budget doivent être formulées de telle manière que des augmentations dans les taux de cotisation soient exclues, à moins que le soin médical nécessaire ne puisse être garanti sans augmentation, même après épuisement des réserves d'économicité.

2.1.4 Financement par les caisses maladie

Afin de garantir le financement des hôpitaux en termes de coûts d'exploitation, les caisses légales d'assurance maladie sont tenues de respecter la planification hospitalière des Länder. Elles ne doivent autoriser de traitements hospitaliers que par l'intermédiaire d'« hôpitaux conventionnés » : en particulier, les hôpitaux intégrés dans les plans hospitaliers des Länder (hôpitaux du plan), les centres hospitaliers des établissements d'enseignement supérieur (notamment les centres hospitaliers universitaires) intégrés dans le programme d'aide de l'Etat fédéral et des Länder à la construction d'établissements d'enseignement supérieur ainsi que les hôpitaux qui ont conclu un contrat de soins avec les organisations régionales du GKV (hôpitaux avec contrat de soins, tome V du code fédéral de la sécurité sociale). Les caisses d'assurance maladie sont ainsi tenues en principe de financer les hôpitaux désignés par les

Länder pour garantir les soins hospitaliers. Elles ne peuvent se soustraire à l'obligation de co-financement des hôpitaux du plan que si l'hôpital en question n'est pas indispensable aux soins.

Le régime légal d'assurance maladie reçoit ses financements des revenus des cotisations versées par les assurés. Une obligation légale d'assurance, essentiellement liée à l'activité professionnelle (parallèlement aux prestations d'assurance délivrées en vertu du principe de solidarité du régime légal d'assurance maladie), limite le cercle des assurés soumis à l'obligation de cotiser en fonction des revenus de l'activité professionnelle (obligation d'assurance pour toutes les personnes dont les revenus de l'activité professionnelle sont inférieurs ou égaux à 75 % du seuil de calcul des cotisations du régime légal d'assurance vieillesse soit, actuellement, 4 500 euros par mois). Salariés et employeurs versent chacun 50 % de la cotisation.

2.1.5 Autorisations de l'Etat

Les tarifs d'hospitalisation et leurs composantes à négocier par les parties contractuelles locales, notamment la base des coûts par cas négociée pour chaque hôpital, sont soumis à l'autorisation des autorités compétentes du Land, en général du ministre de la santé du Land.

Les taux de cotisation du régime légal d'assurance maladie sont fixés statutairement et doivent être autorisés par l'autorité de surveillance compétente, à savoir l'office fédéral de sécurité sociale au niveau fédéral (*Bundesversicherungsamt*) et les institutions désignées par les ministres de la santé des Länder au niveau régional. En Hesse, c'est l'office de contrôle du Land pour l'assurance maladie (*Hessisches Landesprüfungsamt für Krankenversicherung*) qui est compétent en la matière.

2.2 Financement des coûts d'investissement par les recettes fiscales

Les Länder établissent un programme d'investissements sur la base du plan hospitalier. L'intégration d'un hôpital dans le plan hospitalier et le programme d'investissements autorisent l'hôpital à réclamer au Land une aide à l'investissement et ce, aussi longtemps que l'hôpital reste intégré dans la planification. Dans le programme d'investissements hospitaliers figurent, sur la base des indications des hôpitaux, les mesures d'aide qui sont accordées par le ministère de la santé du Land en fonction des besoins, de l'urgence et en tenant compte des coûts subséquents, et qui peuvent être mises en œuvre pendant la période de financement. Les projets d'investissements doivent être adaptés aux exigences liées au développement structurel global (voir le chapitre 1.1 ci-dessus sur la structure de la planification hospitalière).

La planification hospitalière est en outre mise en rapport avec les résultats de la comptabilité des coûts d'exploitation des hôpitaux au niveau des forfaits par cas. Une fois par an à compter de l'année 2003, les données relatives aux différents cas de traitement doivent être collectées par les centres de données DRG et transmises aux autorités régionales compétentes pour les besoins de la planification hospitalière (voir à ce sujet le chapitre 3.3 ci-après). Les organisations régionales des gestionnaires d'hôpitaux (groupements de communes), des hôpitaux, de l'assurance maladie (GKV, PKV) et du corps médical participent (sous la forme d'une « commission des hôpitaux du Land ») à la mise sur pied du plan hospitalier et du programme d'investissements par le ministre de la santé du Land. Le plan hospitalier ainsi que le programme de constructions hospitalières sont publiés dans le bulletin officiel du gouvernement du Land (journal officiel).

Sont subventionnés : la construction d'hôpitaux, le premier équipement avec des biens d'équipement ainsi que le renouvellement de biens d'équipement à durée de vie longue, les frais de mise en route, la fermeture d'hôpitaux ainsi que l'affectation d'hôpitaux à d'autres missions, etc.

Les aides proviennent des ressources du Land. Via la péréquation financière au niveau des communes, les organismes communaux gestionnaires des hôpitaux (villes non rattachées à un arrondissement rural et arrondissements ruraux) participent toutefois au financement des investissements par un fonds hospitalier (en 2001 en Hesse : environ 160 millions d'euros sur environ 400 millions d'euros, soit plus d'1/3).

Par ailleurs, les investissements des centres hospitaliers universitaires sont financés par le plan cadre pour la construction d'établissements d'enseignement supérieur, lequel est financé par l'Etat fédéral et les Länder à hauteur de 50 % chacun, au titre d'une tâche commune (loi fédérale sur l'aide à la construction d'établissements d'enseignement supérieur).

3. Respect des critères d'économicité et assurance qualité, statistiques fédérales

3.1 Respect des critères d'économicité

L'obligation de respecter les critères d'économicité (efficacité, efficience et économie) est inscrite dans le régime légal d'assurance maladie (code de la sécurité sociale, tome V). Les prestations doivent être suffisantes, conformes aux besoins et efficientes ;

elles ne doivent pas dépasser la juste mesure de ce qui est nécessaire. Les prestations qui ne sont pas indispensables ne doivent pas être effectuées par les hôpitaux, ne doivent pas être demandées par les assurés ni être accordées par les caisses d'assurance maladie. Aucune prestation ne doit être délivrée si elle ne repose pas sur une base juridique. Le principe de la stabilité des taux de cotisation, qui requiert l'épuisement des réserves d'économicité, souligne la rigueur des principes d'efficacité, d'efficience et d'économie. L'introduction généralisée du système des forfaits par cas, qui permet d'envisager des comparatifs transversaux complets, va induire un maximum d'économicité dans l'exploitation des hôpitaux.

3.2 Assurance qualité

Avec la pression engendrée, en termes d'efficacité, par le mode de calcul selon les forfaits par cas, une garantie particulière au niveau de la qualité des traitements dispensés devient indispensable. C'est la raison pour laquelle la loi sur les forfaits par cas exige par exemple que les organismes gestionnaires des hôpitaux prennent des mesures appropriées afin de prévenir tout transfert ou renvoi prématuré de patients pour des raisons économiques.

Les organisations principales des régimes légal et privé d'assurance maladie ont déjà l'obligation, jusqu'ici, de convenir de mesures d'assurance qualité avec l'organisation principale des exploitations hospitalières, en intégrant à la négociation les représentants du corps médical et des professionnels des soins infirmiers ; tous les hôpitaux conventionnés (voir ci-dessus le chapitre 2.1.4) sont tenus de suivre ces mesures. A cette fin, un groupe de travail réunissant les organisations participantes doit être constitué afin d'homogénéiser les standards de qualité et de les adapter à l'évolution médicale.

Parmi les standards à respecter en matière d'assurance qualité figurent notamment : les exigences formulées au niveau fédéral pour un management qualité interne à l'hôpital, la définition d'exigences minimales en termes de qualité au niveau de la structure des prestations de diagnostic et des prestations thérapeutiques et au niveau des résultats obtenus, ainsi qu'une réglementation en matière de réductions de rétribution pour les hôpitaux qui ne respectent pas ces standards d'assurance qualité. En outre, un rapport qualité doit à l'avenir être dressé, tous les deux ans, sur les hôpitaux conventionnés, et être publié sur Internet par les organisations régionales des caisses d'assurance maladie.

Sont également liées à l'assurance qualité, cependant, des mesures visant à maintenir l'économicité des prestations, par exemple lorsque les organisations principales exi-

gent que soient posés des critères quant à la nécessité et à la qualité de prestations de diagnostic et de prestations thérapeutiques, en particulier lorsqu'il s'agit de prestations mettant en œuvre des techniques médicales coûteuses. De même, la loi sur les forfaits par cas impose aux organisations principales de soutenir l'effort de rationalisation des soins hospitaliers dans les zones de soins. Ils doivent établir un catalogue de prestations hospitalières planifiables (par opposition par exemple aux soins d'urgence), pour lesquelles la qualité du résultat du traitement dépend de manière significative de la quantité des prestations effectuées, et ils doivent définir, pour chaque prestation, des quantités minimum par médecin ou par hôpital. Ces éléments peuvent ensuite être pris en compte dans la planification hospitalière des Länder, par exemple pour l'organisation et la répartition d'offres de soins. Les parties ayant passé une convention de tarifs d'hospitalisation au niveau local doivent elles aussi examiner si des prestations ne pouvant être effectuées par un hôpital suivant le système des forfaits par cas, du fait de la non couverture des coûts, peuvent être prises en charge par un autre hôpital effectuant déjà ce type de prestations.

Si un hôpital ne respecte pas ces obligations en matière de qualité, les assurances maladie doivent appliquer, lors du calcul des rétributions, les réductions fixées par les organisations principales au titre de l'assurance qualité. À l'inverse, les organisations principales sont en revanche tenues de convenir de majorations lorsque les hôpitaux participent à des mesures d'assurance qualité.

3.3 Statistiques fédérales

Depuis plus de 10 ans, des statistiques sur les hôpitaux fournissant des soins hospitaliers généraux sont établies au niveau fédéral. Ces statistiques n'incluent pas seulement des données sur le personnel, les lits, les patients, avec notamment les journées de soins suivant leur type et nombre, etc., mais également les coûts et les déductions selon la législation en vigueur jusqu'ici, avec un classement par type. Cette base de données permet déjà d'effectuer les premiers comparatifs de l'économicité.

À cela s'ajoute désormais la statistique sur le système des DRG, menée par le centre de données DRG qui doit être mis en place au niveau fédéral par les organisations principales des caisses maladie et des assureurs privés ainsi que par les sociétés hospitalières (voir à ce sujet le chapitre 2.2 ci-dessus et le chapitre 4.2 ci-dessous) ; cette statistique fournit des indications détaillées sur chaque cas de traitement. Un outil de benchmarking est ainsi créé pour l'ensemble du territoire fédéral, pour tous les cas de traitement suivant la classification des DRG. Des livraisons tardives ou incomplètes de données de la part des hôpitaux, voire leur non livraison, doivent être sanctionnées par des réductions sur les forfaits par cas.

4. Comptabilité des hôpitaux

4.1 Comptes annuels et révision des comptes

Les hôpitaux subventionnés par des fonds publics en vertu de la loi sur le financement des hôpitaux doivent mettre en place une tenue des livres de compte de type commerciale, et établir des comptes annuels avec bilan, compte de résultat et annexes, y compris l'état des immobilisations, suivant les prescriptions du code de commerce (ordonnance fédérale sur la tenue des livres de compte des hôpitaux). En Hesse, cela s'applique à tous les hôpitaux affectés aux soins hospitaliers généraux. Dans le cas des centres hospitaliers universitaires, des comptes annuels sont établis et les prestations sont présentées dans le rapport de gestion de l'hôpital (loi sur les centres hospitaliers universitaires).

Les comptes annuels doivent être contrôlés et publiés par un commissaire aux comptes. Ensuite ils doivent être publiés. La révision des comptes porte également sur le contrôle de la bonne conduite de la gestion, y compris l'opportunité et l'efficacité de la procédure de gestion.

4.2 Comptabilité interne/controlling

A l'échelon fédéral, les hôpitaux sont tenus de mettre en place une comptabilité des coûts et des prestations (comptabilité qui sert à l'étude du rapport coût-efficacité). Ceci inclut la mise sur pied d'un système de controlling interne.

Jusqu'ici, le standard minimum d'une comptabilité des coûts et des prestations, établie sur la base des centres de coûts, suffisait au respect du droit fédéral. Celle-ci devait permettre de déterminer les coûts pouvant entrer en compte dans les tarifs d'hospitalisation, ainsi que de dresser la grille des prestations et de calcul des prix de revient pour les négociations sur les tarifs d'hospitalisation ; le cas échéant, une distribution interne des prestations sur les centres de coûts était également demandée. L'introduction généralisée des forfaits par cas à compter du 1er janvier 2003 contraint désormais les hôpitaux à tenir une comptabilité exhaustive de prix de revient. La loi sur la rétribution des hôpitaux / loi sur les forfaits par cas oblige les hôpitaux à présenter annuellement une fiche (les données personnelles étant rendues anonymes) pour chaque cas hospitalier : cette fiche doit contenir non seulement les diagnostics, les mesures de traitement et leur durée, etc., mais également les rétributions facturées au total pour chaque cas de traitement, le forfait par cas suivant le système des DRG, les rétributions complémentaires, les majorations et réductions ainsi que

les rétributions diverses. La plausibilité de ces données est vérifiée par le centre de données DRG, puis ces dernières, qui servent de base aux conventions de tarifs d'hospitalisation, sont transmises une fois par an aux organisations principales chargées du développement du système des DRG ainsi qu'aux organisations régionales négociant la base des coûts par cas pour l'ensemble du Land, et enfin aux autorités compétentes du Land pour les besoins de la planification hospitalière.

Pour les centres hospitaliers universitaires de la Hesse est prescrite de surcroît la mise sur pied d'un système de controlling qui permette le contrôle permanent par le conseil d'administration du respect du plan d'exploitation. A cet effet, un système de reporting régulier ainsi que des comptes intérimaires pour les 3 premiers trimestres de l'exercice doivent être mis en place, sous forme d'un calcul comparatif par rapport au plan d'exploitation. Toute évolution susceptible de mettre en péril le plan d'exploitation doit être signalée sans délai au conseil de surveillance, accompagnée de propositions pour y remédier.

5. Contrôle externe des hôpitaux

5.1 Audit par une instance externe de contrôle des finances – Hesse –

La législation fédérale ne prévoit pas d'audit particulier des hôpitaux par des instances de contrôle externe des finances. L'audit suit par conséquent les dispositions générales du droit fédéral et régional, ainsi que les dispositions particulières du droit régional en matière d'hôpitaux.

Les compétences de l'instance externe de contrôle des finances de la Hesse (*Hessischer Rechnungshof*) s'appliquent en premier lieu aux entreprises exploitées par le Land et aux participations du Land dans des entreprises de droit privé. La Cour des comptes de Hesse dispose d'un droit de contrôle exhaustif vis-à-vis des centres hospitaliers universitaires du Land qui sont exploités comme des établissements de droit public. Ce droit s'étend à l'ensemble de la gestion. L'économicité de l'exploitation hospitalière peut ainsi être contrôlée dans les moindres détails. Les audits menés par la Cour des comptes de Hesse auprès des centres hospitaliers universitaires portent la plupart du temps sur les dépenses d'investissements financées par des ressources du Land. Si la facturation des coûts d'exploitation via les forfaits par cas conduit à de trop grandes pertes, engendrant ainsi un risque pour le Land gestionnaire de l'hôpital, des contrôles renforcés sont envisageables au niveau de l'organisation de l'exploitation ainsi qu'au niveau du système de facturation lui-même.

La Cour des comptes de Hesse ne dispose pas des mêmes pouvoirs en matière de contrôle dans le cas des hôpitaux gérés par les organismes communaux. Dans le cas des institutions communales, les droits de contrôle sont réservés au président de la Cour des comptes de Hesse (loi de la Hesse sur le contrôle supralocal des collectivités communales) et se réfèrent à des audits comparatifs. La législation ne prévoit pas d'audit dans des cas particuliers. L'approche comparative convient toutefois très bien au contrôle de la gestion des hôpitaux.

Il est ainsi possible de contrôler sur place la gestion des hôpitaux qui sont gérés par des organismes communaux et n'ont pas de forme juridique propre, mais sont gérés en tant qu'exploitations propres (*Eigenbetrieb*, entreprise à caractère public sans personnalité juridique gérée selon les principes de gestion commerciale) comme c'est en grande majorité le cas ; ils peuvent être soumis à un comparatif de l'économicité suivant des critères appropriés.

Lorsque les organismes communaux gestionnaires des hôpitaux optent pour une forme juridique de droit privé (S.à.r.l., S.A.), la réglementation du droit des sociétés (droit fédéral) prévoit une limitation des pouvoirs des instances de contrôle externe des finances en matière d'audit. Les règlements financiers de l'Etat fédéral et des Länder limitent les pouvoirs de contrôle, en cas de participations majoritaires, au contrôle de l'activité des entités publiques détentrices de parts, c'est-à-dire au contrôle de la manière dont elles assument leur responsabilité en tant que sociétaires poursuivant des missions publiques par leur participation dans une entreprise de droit privé. Le « contrôle supralocal des collectivités communales » est également autorisé, en principe, à procéder à ce type d'audit d'activité. Cela ne confère toutefois pas encore le droit à la Cour des comptes de Hesse de se rendre au sein même de la société dans le but d'effectuer l'audit d'activité.

Il existe cependant de manière indirecte, ici aussi, des possibilités d'audit portant sur la bonne conduite et la qualité de la gestion, ainsi que sur le développement de la situation financière et le rendement, sur la liquidité et la rentabilité de l'entreprise, sur les pertes enregistrées et leurs causes. Les communes ont en effet l'obligation de soumettre leurs sociétés de participation constituées sous la forme de sociétés de droit privé à un contrôle étendu de leurs comptes annuels par des experts-comptables, qui commentent ces questions dans leur rapport de contrôle.

Les droits de contrôle étendus de la Cour des comptes de Hesse vis-à-vis des hôpitaux communaux, quelle que soit leur forme juridique, sont applicables tant que ces derniers perçoivent des subventions de la part du Land. Cela s'applique à l'ensemble du financement des investissements hospitaliers qui est obtenu grâce à des aides du Land. Ce type d'« audit d'affectation » porte sur la gestion économique et l'utilisation conforme aux dispositions des ressources mais peut aussi, si nécessaire, porter également sur le reste de la gestion. Il peut être mené sur place, à l'hôpital.

Les hôpitaux privés peuvent également, suivant les mêmes principes, être audités par la Cour des comptes de Hesse s'ils perçoivent des subventions du Land dans le cadre du financement de leurs investissements.

5.2 Audit par une instance externe de contrôle des finances – Etat fédéral –

Les parts d'investissements réalisés dans les centres hospitaliers des établissements d'enseignement supérieur et financés par l'Etat fédéral, dans le cadre de la tâche d'intérêt commun d'aide à la construction d'établissements d'enseignement supérieur, sont soumises à l'audit de la Cour fédérale des comptes (« audit de subvention »). La Cour fédérale des comptes s'accorde avec les différentes cours régionales des comptes au niveau de la procédure d'audit. Des audits peuvent et doivent être menés conjointement par la Cour fédérale des comptes et les cours régionales des comptes lorsqu'il s'agit d'investissements co-financés à la fois par l'Etat fédéral et par les Länder. Par ailleurs, la Cour fédérale des comptes audite les hôpitaux de l'armée fédérale, qui sont financés par le budget fédéral.

5.3 Contrôle des hôpitaux par les assurances maladie (*GKV/PKV*)

Les contrôle de qualité et d'économicité du traitement en milieu hospitalier peuvent être menés conjointement par les organisations régionales des caisses maladie du régime légal et des assureurs privés. L'efficacité, la performance et la qualité du traitement dans un hôpital sont alors examinées par un contrôleur mandaté en accord avec l'organisme gestionnaire de l'hôpital. Le contrôleur est indépendant et n'est pas tenu de suivre des instructions. L'hôpital doit présenter au contrôleur les pièces nécessaires au contrôle et fournir les renseignements demandés.

Les résultats du contrôle doivent être pris en compte dans la convention de tarifs d'hospitalisation suivante. Il peut aussi s'ensuire, indépendamment de cela, une résiliation du contrat de soins.

Avant la promulgation de la loi sur les forfaits par cas, les caisses maladie disposaient de certains pouvoirs en matière de contrôle, même au niveau préliminaire des négociations sur les tarifs d'hospitalisation. L'assureur est toujours autorisé aujourd'hui à demander à l'hôpital, dans des cas spécifiques, de lui fournir des pièces et renseignements supplémentaires lorsque ceux-ci sont nécessaires à l'évaluation des prestations d'un hôpital dans le cadre de sa mission de soins. Toutefois, une exigence de ce type – qui rallonge les négociations – ne peut plus être formulée que lorsque le bénéfice attendu excède largement la charge engendrée (loi sur les forfaits par cas). Un autre

pouvoir qui était auparavant prévu et qui consistait à mener un contrôle, en accord avec l'organisme gestionnaire de l'hôpital, sur des questions essentielles relatives à la mission de soins, à la structure de prestations de l'hôpital et à la hauteur de la rétribution en fonction de l'acte médical, a entre-temps été supprimé.

Le législateur mise ici entièrement sur la transparence engendrée par la facturation et la budgétisation suivant les forfaits par cas, selon le système des DRG. Les données des centres DRG sont mises à la disposition des organisations principales et régionales du régime légal d'assurance maladie, pour leurs besoins propres. Ils obtiennent ainsi des comparatifs exhaustifs sur les rétributions perçues pour certains types de traitement. La plausibilité de ces données est au préalable vérifiée par le centre de données DRG.

D'autres droits existent par ailleurs en matière de contrôle, à savoir le contrôle individuel, par échantillonnage, de la facturation des tarifs d'hospitalisation. Ensemble, en impliquant leur Service médical, les caisses maladie peuvent contrôler la bonne facturation des forfaits par cas. Le Service médical peut se faire remettre les pièces et renseignements nécessaires, et est également en droit – « avec un préavis suffisant » – de pénétrer dans les locaux des hôpitaux, « les jours ouvrables entre 8 heures et 18 heures ». En cas de constatation d'erreurs de facturation, l'origine des erreurs est recherchée ; il y a lieu de convenir d'un règlement forfaitaire afin d'éviter un remboursement pour chaque cas particulier. Si de graves négligences sont à l'origine de ces erreurs, le montant de la différence doit être remboursé, majoré d'une pénalité de hauteur équivalente.

6. Contrôle des organismes de sécurité sociale

La co-responsabilité des organismes du régime légal d'assurance maladie en matière d'évolution des coûts du système de santé – parallèlement au rôle joué par les Länder dans la planification des besoins – étant considérable, leur contrôle revêt également une grande importance. Cet contrôle est pris en charge par l'Office fédéral de sécurité sociale agissant en tant qu'autorité de surveillance. Celui-ci contrôle au minimum tous les 5 ans la direction, la comptabilité et la gestion des caisses maladie dépendant directement de l'Etat fédéral. Au cours d'une procédure de contrôle actuelle, l'office fédéral de sécurité sociale a fait des objections contre le paiement d'un 14^e mois de salaire pour les employés des caisses légales d'assurance maladie.

Au niveau régional également, les autorités de surveillance des Länder procèdent régulièrement à des contrôles des organismes du régime légal d'assurance maladie et de leurs organisations. En Hesse, l'office de contrôle du Land en matière d'assurance

maladie contrôle la direction, la comptabilité et la gestion des caisses générales locales d'assurance maladie, des caisses maladie des entreprises, etc. dépendant directement du Land, ainsi que celles de leurs organisations régionales.

La Cour fédérale des comptes n'est autorisée à auditer les organismes de sécurité sociale ou leurs organisations que lorsque ceux-ci ont, en vertu d'une loi fédérale, perçu des aides ou bien ont reçu un acte de cautionnement. L'Etat fédéral s'est engagé par cautionnement, à l'occasion de la privatisation de la Poste fédérale, en faveur de la caisse d'assurance contre les accidents des sociétés Deutsche Post AG et Telekom AG. Des garanties existent aussi, compte tenu de l'épuisement progressif de la production de houille, en faveur de la caisse fédérale d'assurance des mineurs, organisme légal d'assurance vieillesse, d'assurance maladie et d'assurance contre les accidents des professions minières.

Au niveau régional, les cours des comptes entament actuellement des réflexions pour savoir si les règlements financiers leur confèrent des droits en matière de contrôle des caisses régionales d'assurance contre les accidents qui ont acquis un statut juridique autonome, lorsqu'une garantie de responsabilité expresse de l'Etat n'est pas fixée par la législation.

Ce ne sont donc pas les cours des comptes, mais les autorités de surveillance publiques qui effectuent l'essentiel du contrôle des organismes de sécurité sociale. L'activité de ces organismes ne peut donc être considérée, la plupart du temps, que de manière indirecte par les cours des comptes de l'Etat fédéral et des Länder, c'est-à-dire par l'intermédiaire du contrôle des autorités de surveillance.

Auditing in hospitals sector in Germany taking as an example two federate states

**Hermann Mayer, Ministerialrat beim Rechnungshof Rheinland-Pfalz
Dr. Udo Rauch, Leitender Ministerialrat beim Rechnungshof Rheinland-Pfalz
Susanne Albrecht, Ministerialrätin beim Hessischen Rechnungshof**

Auditing in hospitals sector in Germany taking as an example two federate states

A) The example of the Land Rhineland-Palatinate

1. Basic information about hospital care and hospital auditing

- 1.1 Hospital care as public function
- 1.2 Fundamental principles of hospital care
- 1.3 Insured/ non-insured patients
- 1.4 Organisation of hospital care
- 1.5 Management structures and structural organisation of the hospitals
- 1.6 Hospital financing
- 1.7 Accounting
- 1.8 Auditing bodies
- 1.9 Supervision on points of law and professional supervision in publicly-owned hospitals
- 1.10 Auditing by the Court of Audit of Rhineland-Palatinate
- 1.11 Subjects of audit
- 1.12 Auditing the management of laboratory facilities in the Johannes Gutenberg University Hospital, Mainz

2. Hospital auditing in Rhineland-Palatinate

- 2.1 Audit access
 - 2.2 Auditing subjects
 - 2.3 Audit methods
 - 2.4 Auditing a local authority-owned hospital
 - 2.5 Conclusions
- Annexes

B) The example of the Land Hesse

Public inpatient health care (hospital care):

Organisational structures, financing and auditing by the public sector audit bodies

0. Introduction
1. Organisation and institutions of inpatient health care
2. Financing general inpatient health care
3. Requirement for value for money and quality assurance, federal statistics
4. Accounting by the hospitals
5. External auditing of hospitals
6. Control of the social health insurance funds

Auditing in hospitals sector in Germany taking as an example two federate states

A) The example of the Land Rhineland-Palatinate

1. Basic information about hospital care and hospital auditing

1.1 Hospital care as public function

- Ensuring the provision of the population with efficient hospitals is a public function of the federate state (Land) of Rhineland-Palatinate, its counties (*Landkreise*, local administrative districts having legal status, which are in turn divided into municipalities) and off-county municipalities (*kreisfreie Städte*, large cities with autonomous administration). The counties and off-county municipalities fulfil this function as an absolute obligation within the framework of self-government by building and maintaining hospitals, insofar as hospitals are not built and maintained by independent public-utility undertakings, private companies or other appropriate organisations (§ 2 *Landeskrankenhausgesetz* – LKG, regional Act relating to hospitals).

1.2 Fundamental principles of hospital care

- The aim of the regional Act relating to hospitals is to ensure that the population is provided with efficient hospitals that meet their needs, that are managed autonomously respecting the principle of economy and that contribute to hospitalisation rates (hospital costs) that are socially acceptable (§1 para. 1 LKG).
- The hospitals should make up a mutually complementary system structured according to requirements and corresponding to the variety of the organisations funding them (§1 para. 2 LKG).
- Every patient in hospital has the right to the provision of hospital services to the required extent in accordance with the nature and severity of his illness (§1 para. 3 LKG).

1.3 Insured/ non-insured patients

- A distinction must be made in hospital care between patients who are insured under the statutory public health insurance scheme (contributors to the social secu-

riety) (cf. §§ 5 to 10 of the Social Security Code (*Sozialgesetzbuch*), Book Five -SGB V -) and patients who are not.

- The majority of the population falls within the statutory public health insurance scheme (contributors to the social security), because this insurance is either compulsory or voluntary, on the basis of income. The statutory sickness funds cover the medically necessary treatment costs of their members.
- Those people who are not members of a statutory health insurance scheme (e.g. civil servants and their families or the self-employed and their families), are generally covered by private insurance. Although they have to pay hospital bills themselves (private patients), they have some or all of the total hospital costs paid refunded by their private health insurance companies, depending on the nature and extent of hospital services covered by their insurance. Other people not covered by the statutory health insurance system are those with insufficient income who are therefore receiving welfare aids. The costs of medically necessary hospital services for these people are assumed by the welfare organisations applicable in each case.

1.4 Organisation of hospital care

- In order to ensure hospital care which meets demands, the regional government draws up a Regional Hospital Plan that must be updated every seven years at the latest and the specifications of which must be revised in the event of significant changes in the health system or the demand structure. The Hospital Plan establishes the present and future roles of the individual hospitals (hospitals forming part of the plan), the nature and number of specialised departments and main points of health care emphasis, as well as the number of hospital beds (beds provided for in the plan) and their allocation to the individual specialised departments. Admission or non-admission to the Regional Hospital Plan is determined by official notice. What is fundamental is that admission of a hospital to the Regional Hospital Plan also means that that hospital is given a mandate to provide care. At the same time, it acquires a legal claim to government backing for its investments. The Johannes Gutenberg University Hospital, Mainz, is one of the total of 103 hospitals of the plan in Rhineland-Palatinate with a total of 26,285 total inpatient beds provided for in the plan.
- Only a few hospitals are not included in the Regional Hospital Plan in Rhineland-Palatinate. These are what are referred to as contract hospitals that have signed care provision contracts with the regional associations of the sickness funds on the basis of § 109 SGB V. The investment costs of these hospitals are not backed by the government.

- In Rhineland-Palatinate, the hospitals forming part of the plan are divided into five care provision stages in accordance with their different roles: a) hospitals providing primary care, b) hospitals providing secondary care c) hospitals providing care with specialisation emphases, d) hospitals providing a maximum range of care and e) specialised hospitals. The number of beds and the number and nature of specialised departments are the decisive factors for allocation to the relevant care provision stage in each case. For instance, hospitals providing primary care will have less than 250 beds provided for in the plan and at least one specialised department in internal medicine and surgery. Hospitals providing a maximum range of care, on the other hand, will have over 800 beds provided for in the plan and at least 10 specialised departments in addition to the departments specialising in internal medicine and surgery.
- According to the Regional Hospital Plan, the hospitals should be classified on the basis of specialised departments. Specialised departments are facilities within the hospital, organisationally and spatially distinct from one another and supervised by specialist physicians. They also can be functional units without beds (e.g. radiology departments). They may be run as major specialised departments, under the direction of full-time specialists, or as general practitioner units run by general practitioners with hospital affiliations (affiliated doctors). The Regional Hospital Plan distinguishes between 18 different specialised departments, starting with the Internal Medicine and Surgical Departments and ranging up to Departments of Psychiatry.
- 71 of the total of 103 hospitals forming part of the plan are owned by independent public utility undertakings (principally religious associations, charitable associations). The Land is the owner of the Mainz University Hospital and the Regional Hospital (*Landeskrankenhaus*). In terms of the Regional Hospital Plan, the latter consists of three hospitals forming part of the plan. Twenty hospitals of the plan are still currently owned by local authorities and 8 are run by private organisations.
- According to § 22, para. 1 of the LKG, those hospitals owned by local and regional authorities may be managed either in private or public legal form or as institutions without independent legal status (undertaking devoid of legal personality operated autonomously by the local or regional authority). The Regional Hospital and the Johannes Gutenberg University Hospital, Mainz, are institutions with legal status incorporated under public law; in contrast, local authority-owned hospitals are principally run as limited liability companies, and to a lesser extent as autonomously operated undertakings devoid of legal personality.
- The increasing creation of integrated hospitals is allowing the range of care provi-

sion to be tightened up. In this context, neighbouring hospitals are given a joint mandate for provision of care and mutually coordinate their range of provision of acute inpatient care.

- The number of hospitals with day clinics is increasing. Only partial in-patient care is possible in day clinics (no overnight stays). They serve to provide care as close as possible to a patient's place of residence, particularly in the fields of psychiatry, oncology and pain management.

1.5 Management structures and structural organisation of the hospitals

- According to § 23 para. 2 of the LKG, it is essentially a matter for the organisations which own a hospital to regulate autonomously the internal structure and organisation of the hospital, and the creation of hospital committees.
- Even as little as a few years ago, the management of a hospital was generally transferred to a board of administrators. This form of management prevailed as long as the large majority of hospitals were still without independent legal status. The board of administrators consists of the Medical Director, the Administrative Director and the Senior Nursing Manager (Nursing Director). The board of administrators is responsible to the hospital owner for compliance with the principles of economy and efficiency and for ensuring the efficient performance of the hospital.
- With the increasing preference of the private legal form of a limited liability company in the field of local authority-owned hospitals and the conversion of the Regional Hospital and the Johannes Gutenberg University Hospital, Mainz, previously owned by the Land, to the legal form of institutes with legal status incorporated under public law, management moved to the managing director of the company or institution, appointed by the competent supervisory committee (supervisory board, board of directors). The Johannes Gutenberg University Hospital, Mainz, managed by the Hospital Board, is an exception to this rule. The Hospital Board consists of the Medical Director, the Administrative Director, the Nursing Director and the Dean of the Medical Faculty. The remaining boards of administrators of the other hospitals retain only an advisory function.
- The Medical Director is appointed by the hospital owner (supervisory board, board of directors) from among the full-time senior medical staff of a hospital, after advice has been taken from the Administrative Director and the Senior Nursing Manager. His role in the board of administrators is to represent the interests of the medical staff.
- The Administrative Director is appointed by the hospital owner (supervisory board/board of directors) after taking advice from the Medical Director and the

Senior Nursing Manager. He is responsible in particular for management of the administrative, business and technology areas, human resources administration and for conducting the affairs of the board of administrators.

- The Senior Nursing Manager (Nursing Director) is appointed by the hospital owner (supervisory board, board of directors) after taking advice from the Medical Director and the Administrative Director. S/He is responsible in particular for managing the nursing services, further education and the practical training of nursing staff.
- The senior consultants (full-time heads of a specialised department) are often allowed to treat patients on an outpatient basis in hospital, as a secondary activity and with the right to invoice patients for their services themselves. In this context, they are permitted to make use of hospital staff, facilities and materials for which they pay. The precondition for outpatient treatment of patients covered by statutory public health insurance is authorisation from a general practitioner who treats members of sickness insurance schemes, issued by the Association of doctors registered with the sickness funds).
- Most hospitals also maintain a hospital pharmacy and a laboratory among their central facilities. Smaller hospitals, in particular, have transferred pharmacy provision either to neighbouring hospitals or to private pharmacies outside the hospital service. Outside laboratories are generally commissioned only for specific laboratory examinations.
- Other important committees and institutions within a hospital include the Pharmaceuticals Commission, the waste disposal officer, the hygiene officer, and the patient advocate.
- The most important staff groups within a hospital are the physicians, the nurses (including auxiliary nursing staff) the medico-technical service (pharmacy staff, laboratory staff, physiotherapists, medical secretarial service), the functional service (operating theatre service, midwives, occupational therapists, central sterilisation service), the clinical domestic staff (cleaning staff), the logistics (business and supply) service (hospital porters, kitchen service, laundry), the technical service (handymen, engineers), administration (purchasing, sales, bookkeeping), the special service (spiritual welfare staff), and the staff of the training facilities (teaching staff).

1.6 Hospital financing

- The investment costs of hospitals forming part of the plan are borne by the Land Rhineland-Palatinate, insofar as they correspond to the principle of economy and

efficiency (§§ 11 to 21 LKG); in the case of the Johannes Gutenberg University Hospital, Mainz, the federal government and the Land Rhineland-Palatinate each bears half the investment costs for the field of hospital care.

- The construction and initial equipment of hospitals with all capital goods may be financed on application and on the basis of individual funding decisions by the relevant ministry. In this case, the funding takes the form of a fixed sum.
- The replacement of short-term capital goods and the investment costs for minor construction measures are funded by fixed annual amounts (annual lump-sums). The bases for assessment of the lump-sum funding are essentially the number of cases (hospital treatments), the number and nature of large-scale items of medical equipment, the number of training places and the number of beds provided for in the plan. Some 50 million Euros were available in the last regional budget for lump-sum hospital funding. About 20% of this was distributed to the individual hospitals forming part of the plan on the basis of plan beds, 80% on the basis of the other funding criteria.
- The ongoing costs of running the hospitals are largely reimbursed by the statutory sickness funds for inpatient treatment of their members. The hospitals agree a total figure (budget) for an estimated 80% of the costs in the inpatient sector, based on costs determined prospectively, and, from this total, they derive hospital charges on a daily basis (running costs per day). The latter are differentiated according to a basic hospital charge (“hotel costs”) and a departmental charge. Both parties to the contract are bound by the budget. Flat-rate amounts (flat-rates per case and special remuneration) are charged for a series of hospital treatments, laid down by law, covering between 10 and 30% of the inpatient costs, regardless of the duration of hospitalisation of a patient. Cost deficits arise, in particular, when the actual costs exceed the agreed budget, including the income from case flat-rates and special remuneration, as a result of uneconomic practices or unforeseeable developments. From 2003 onwards, the present system of hospital charges will be gradually replaced by case flat-rates (what is known as the “DRG” system (Diagnosis-Related Groups)) except in the case of the psychiatric sector.
- The hospital charges agreed with the sickness funds and the case flat-rates laid down by law, together with special remuneration, also apply to those patients who are not members of a statutory health insurance scheme. These patients either pay the costs invoiced to them themselves (private patients) or these costs are paid by the welfare organisations if the patients are in receipt of welfare aids.
- The costs of outpatient services provided by hospitals (e.g. outpatient surgery, emergency outpatient treatment) are basically financed by fees paid, in the case of patients insured under the social insurance schemes, by the statutory sickness

funds, and, in the case of patients who are not members of these schemes, either by the patients themselves or by the welfare organisations. In this area, once again, cost deficits may arise, particularly as a result of uneconomic practices.

- Although the costs incurred for outpatient services by hospital consultants in their secondary activities as a result of their use of hospital staff, facilities and materials should be covered by corresponding “usage payments” made by these doctors in accordance with the model contracts for consultants, the auditing experience by the Court of Audit shows that frequently the contractually agreed payments by the doctors for their secondary activities are in fact less than the actual costs incurred.
- Unless they can be offset by other business measures (reduction of reserves, sale of land or capital goods, etc.), the shortfalls caused by cost deficits result in the necessity for losses to be covered by the hospital owner. The hospital owner must therefore adopt the annual accounts after they have been drawn up and audited by chartered accountants, and make a decision regarding the use of any annual surplus and the coverage of any annual shortfall.

1.7 Accounting

- Hospital accounting includes the following: the business plan, bookkeeping, annual accounts, costs/services accounts, and also the statistics required for business management, particularly regarding numbers of personnel, converted to full-time staff.
- The business plan consists of the profit schedule, the assets schedule and the staffing schedule (staffing overview).
- Hospitals run their bookkeeping, the balance sheet, and the costs/services accounts in accordance with the special regulations issued on the basis of the Act relating to Hospital Financing. These regulations are, primarily, the Hospital Bookkeeping Code and the Federal Hospital Charges Order.
- The annual accounts consist of the annual balance sheet, including the statement of assets, the profit-and-loss account, and a management report relating to the situation and development of the hospital.
- The Administrative Director must draw up the annual accounts as required by the Articles, usually by 30 April of the following year, and have them audited by a chartered accountant appointed by the hospital owner (city council, district council, supervisory board/board of directors). If possible, the annual accounts should be adopted by the hospital owner prior to the start of negotiations with the sickness funds regarding hospital charges.

- On the basis of a regional order, the documentation relating to the annual accounts of hospitals owned by local authorities must be submitted annually to the Court of Audit of Rhineland-Palatinate after being audited by the chartered accountants. The Court of Audit must be invited to the final meeting between the supervisory committee of the local authority-owned hospital and the chartered accountant.

1.8 Auditing bodies

- In accordance with §§ 88 of the Regional Budget Code (*Landeshaushaltsordnung*), the Court of Audit of Rhineland-Palatinate audits the management/performance of hospitals owned by the Land and, in accordance with §110 para. 4 of the Local Government Act (*Gemeindeordnung*), it also performs this audit on hospitals owned by local-authorities. Furthermore, in accordance with § 91 para. 1 No. 3 of the Regional Budget Code in conjunction with § 91 para. 2 of the same regulation, the Court of Audit may also check, in hospitals owned by private companies or independent public-utility undertakings, that funds provided by the state have been properly and efficiently administered and used, and, if necessary, may even extend its inspection to other management arrangements of the recipient of the funding.
- In accordance with § 113 para. 1 SGB V, the statutory sickness funds may have the performance and quality of hospital treatment examined by auditors appointed by mutual agreement with the hospital owner.
- The annual accounts and the management report of the hospitals are audited every year by chartered accountants appointed by the hospital owner.
- The Medical Service of the health insurance will check, in accordance with § 275 ff of SGB V, the necessity and quality of medical services provided as well as compliance with specific statutory specifications (e.g. allocation by the hospital of patients to specific care groups on the basis of the Psychiatric Staff Order).
- At set intervals, the business safety and health control (factory inspectorate) checks for compliance with the safety regulations for appliances and compliance with regulations regarding staff working hours and physicians' rest periods.
- Quality assurance controls of the analyses from the medical laboratories are the responsibility of the competent standardisation offices, in accordance with guidelines from the German Federal General Medical Council (*Bundesärztekammer*).

1.9 Supervision on points of law and professional supervision in publicly-owned hospitals

- Local authority-owned hospitals – regardless of their legal form – are subject to legal supervision by the Land, exercised by the Supervisory and Services Directorate in Trier (higher legal supervision authority) and the Ministry of Internal Affairs and Sport (supreme legal supervision authority). Professional supervision is exercised by the competent local authority bodies/committees, e.g. by the supervisory board of a limited liability company.
- Professional supervision of the Regional Hospital and the Johannes Gutenberg University Hospital, Mainz, is carried out by the relevant supervisory board. Legal supervision of the Regional Hospital is the responsibility of the Ministry of Employment, Social Affairs, the Family and Health, and legal supervision of the University Hospital comes under the jurisdiction of the Ministry of Science, Continuing Education, Research and Culture.

1.10 Auditing by the Court of Audit of Rhineland-Palatinate

- In 1997, the Court of Audit completed audits of the performance of two district hospitals providing primary care, with a total of 444 beds, and an audit of patient transport at the Johannes Gutenberg University Hospital, Mainz and in the three specialised clinics of the Regional Hospital.
- In 1998, it audited the performance of a municipal hospital providing secondary care (395 beds) and of a municipal hospital providing care with specialisation emphases (641 beds).
- In 1999, it audited the acquisition of consumer goods at the Johannes Gutenberg University Hospital, Mainz.
- In 2000, it audited the performance of a municipal hospital providing secondary care (325 beds) and the management of a staff residential home at the Johannes Gutenberg University Hospital, Mainz.
- In 2001, it audited the management of a local authority-owned psychiatric and neurological hospital with a total of 1038 beds, and the management of 14 laboratory units in the Johannes Gutenberg University Hospital, Mainz.

1.11 Subjects of audits

Staff costs

- One of the principal aspects of the audits is the question of whether the tasks of the individual services can be carried out more efficiently with fewer staff or using different forms of implementation. This requires **staffing requirement calculations** on the basis of generally acknowledged reference values regarding the appropriate performance of a staff member in each case, the establishment and coordination of average treatment times, and the evaluation of relevant performance statistics. Staffing requirement calculations are therefore carried out regularly and as a matter of routine for those services whose performances are easy to measure and can therefore be well described using statistics: the medico-technical service (e.g. in the field of the pharmacy, the laboratory, the medical secretarial field, the x-ray and endoscopy sections, etc.), the functional service (e.g. midwives, operating theatre service), the technical service, cleaning service and parts of the logistics service (e.g. kitchen service, hospital porters) and administration (e.g. patient admissions, purchasing, stock-keeping). In the case of the medical service (physicians), calculations of staffing requirements are limited insofar as the extent of thoroughness and intensity of patient treatment is largely at the discretion of the senior consultant in each case. Staffing requirement calculation is only likely to be useful if surveys and calculations can be carried out in consultation with the senior consultant.
- In conjunction with staffing requirement calculations, **performance comparisons (comparisons concerned with economy, efficiency and effectiveness)** should be used to check whether and to what extent the **tasks of in-house services** can be carried out **more economically by private companies or in cooperation with other hospitals**. Example: comparison of the costs per square metre of the in-house cleaning service with the corresponding prices of private cleaning companies. Performance comparisons are regularly required in the kitchen service and the technical service.
- Improvements in matters of economy and efficiency can also be achieved by examining and modifying the **design of the duty roster**. On the one hand, compliance with the collectively agreed regulations regarding the arrangement and remuneration of overtime, on-site on-call duties, off-site on-call duties and rest periods, particularly for doctors, is checked; on the other, possibilities are investigated for saving and reducing duties by means of more appropriate duty roster design and the use of reserves of working-hours. In this context, care must be taken to ensure that the duty hours of staff groups whose duties are mutually complementary or interdependent (e.g. normal duty hours of the doctors and normal duty hours of labo-

ratory staff), are coordinated with one another so as to avoid expensive overtime and on-call duties.

- Frequent appraisals involve the **grouping of employees** in remuneration groups that are not in accordance with collective wage agreements. In many cases, **allowances** (e.g. **allowances for working conditions that are difficult, hazardous or dirty**) and **other additional benefits** (e.g. **special leave**) are granted that do not comply with the collective agreement regulations. To this extent, it is not merely the economy, efficiency and effectiveness but also the legality of the management activities that is audited.

Material costs

- The most important auditing subject among material costs is that of **acquisitions** by the hospitals. From an economic point of view, it is of particular interest whether orders placed are based on compilation of orders from as many consumer centres as possible, whether they are aligned to annual requirements (order bundling), whether they make use of the advantages of a competitive market, whether the number of suppliers is limited to a few efficient companies, whether the range of items is adequately standardised and whether the decisions between purchase, lease and other forms of acquisition have been based on performance comparisons.
- In general, all **contracts** are investigated **on which the purchase or lease of an item of capital equipment or the award of services are based**. Particular attention is paid here to whether the signing of contracts in each case has been preceded – where legally required – by invitations to tender, and whether these have been issued throughout Europe for order volumes of 200,000 and above. Additional audits investigate whether the term of individual contracts is not too long to be able to make use of the possibilities offered by the market.
- Cost comparisons are used to check whether the order placed in each case can be filled more economically by other suppliers on the market or by in-house services.
- **Stock-keeping** is closely related to acquisitions. Acquisitions that are not sufficiently aligned to requirements result either in shortage situations, which in practice virtually never occur in hospitals for safety reasons, or in stock-keeping surpluses. According to empirical experience by the Court of Audit, the latter are frequently too high, resulting in avoidable interest payments.
- The **central services of the hospital owner** are also subject to auditing. Because the owner may not pass on to the hospital the costs of services that are solely owner-related, e.g. the costs of a chief executive of the hospital or the costs of a committee.

Revenue

- Investigations of whether **the payments demanded by the hospital** for the provision of services for other institutions (e.g. catering provision, pharmacy provision, laundry, laboratory investigations, central sterilisation) **cover the costs involved**, and whether the **potential revenues** for the cession of capital equipment, land and premises have been sufficiently **exploited**, are a matter of routine.
- Finally, audits are undertaken as to whether a hospital makes out invoices promptly and is paid within an appropriate period. Excessively high **outstanding operating debts** mean loss of liquidity and interest. The principal debtors are the statutory sickness funds. Contractual agreements under §112 para. 2 No. 1 of SGB V state that if the term of payment is exceeded (14 calendar days after receipt of an invoice) they must pay default interest without a reminder having to be written.

1.12 Auditing the management of laboratory facilities in the Johannes Gutenberg University Hospital, Mainz

Audit process

- According to the programming policies for 2000, the laboratory facilities in the university hospital were to be audited in the second half of the year. The major reason was the fact that auditing experience in hospitals with less than 500 beds had shown that it was not possible to run laboratory facilities economically. Other audits in the university hospital had shown that many of the total of 42 individual clinics had their own laboratories.
- The hospital was informed on 5 July 2000 that, with effect from August 2000, the management of the laboratory facilities would be audited by three auditors and a consultant responsible for the conceptual work.
- In preparation for the audit, an introductory meeting was held with hospital representatives at the end of July 2000. The essential result of the meeting was that it was possible to restrict the number of laboratory facilities to be audited to a total of 14. Pure research laboratories, the laboratories of the ophthalmology clinic, the orthopaedic clinic and the stomatology clinic were not included because the laboratory services performed in these laboratories had not yet been recorded. The transfusion centre laboratory was also excluded from the audit because it was subject to special regulations under the Act relating to transfusions.
- Thus restricted, the audit covered the central laboratory and the laboratories of a total of 13 clinics.

- According to the working schedule, each auditor had 80 working days available to carry out the audit. The on-the-spot investigations were completed almost according to plan by the start of June 2001. They were followed by evaluation work, calculations and discussions, carried out at the Court of Audit premises. They formed the basis for presenting the first provisional results to the medical management of the laboratories involved, for plausibility investigations and for partial modification of the underlying calculations in each case. The process of coordination with the laboratory management lasted until the end of August 2001. What was important was that the basic data and audit findings maintained after this process were given a high degree of acceptance. Likewise, the auditors were able to use the period following completion of the on-the-spot investigations for drafting the audit letter.
- The final meeting with the competent hospital representatives was held at the hospital on 18 October 2001. The audit results reported were almost all accepted and initial measures to remedy the failings and weaknesses detected by the audit were announced.
- On 9 November 2001, the audit letter adopted by the college (the decision-making body) of the Court of Audit was forwarded to the hospital with the request for comments on the audit findings by 10 December 2001. The requested comments from the hospital arrived at the Court of Audit on 11 December 2001.
- After evaluation of these comments, the essential results of the audit were published in the Court of Audit's Annual Report on 13 February 2002. In this report, the regional government is called upon to take position describing what conclusions should be drawn from the audit findings described. This is the start of the annual discharge procedure of the regional government.
- According to the statement issued by the regional government (published on 24 April 2002) with regard to the 2001 Annual Report, the regional government intends to meet all the demands of the Court of Audit with respect to this audit.
- The Annual Report of the Court of Audit and the regional government's statement were discussed on 23 and 24 May and on 3 June 2002 by the parliamentary audit committee. The results of these discussions influence the recommendations on decisions issued by the parliamentary budgetary appropriation and finance committee, which ruled on the matter on 29 August 2002 with the proviso that the regional government should report to the regional parliament by 31 January 2003 on what remedial action had taken place as a consequence of this ruling.

Auditing methodology

- The first question in the audit was: what laboratory investigations are performed by each of the 13 non-central laboratories and the central laboratory? The answer required a record of the laboratory services statistics, divided according to the nature of the investigation performed and the cost centre.
- The second question was: are there investigations that are performed regularly in several laboratories (dual/multiple investigations)? We described these as parallel investigations. 65 types of laboratory service were performed both in the 13 non-central laboratory facilities and also in the central laboratory. In the non-central laboratories, these types of service accounted for 370,000 of a total of 744,000 services, i.e. about 50%. Conversely, 2.798 million services performed in the central laboratory were also carried out in the non-central laboratories, making up 36% of the total of 7.759 million services. The figures illustrate that even on the basis of the common performance spectrum alone, preconditions were met for utilising the advantages of labour-saving laboratory techniques by means of centralisation of the laboratory investigations previously performed on a non-central basis. Half of the non-central laboratory investigations can therefore be undertaken directly using the equipment of the central laboratory that is not used to capacity. Substantial efficiency gains can be obtained by implementing this.
- The third question was therefore: how productively are the non-central laboratories working in comparison with the central laboratory, and what productivity is achieved in the event of complete centralisation? The answer is supplied by a presentation of productivity figures (laboratory services per member of laboratory staff) for the individual laboratories, both weighted and unweighted. The weighting is achieved by multiplying the number of statistically recorded laboratory services of one type with the associated point score in each case, as specified in the definitive fee scales agreed for laboratory medical services. The point scores reflect the degrees of difficulty of the individual types of laboratory investigation in relation to one another.
- It was possible to draw the following conclusion from this: if all the laboratory investigations that have so far been carried out on a non-central basis are, in future, undertaken centrally with the considerably higher productivity measured in the central laboratory, 26 laboratory staff will be sufficient instead of the 59 currently employed. Centralisation of laboratory investigations will thus allow savings of 33 laboratory staff or 1.63 million per year.

2. Hospital auditing in Rhineland-Palatinate

2.1 Audit access

The Court of Audit of Rhineland-Palatinate is entitled to audit all the management/performance of the hospitals owned

- by the Land (federate state) and
- by the local authorities.

Furthermore, it may check for proper and efficient administration and use of public funds in hospitals owned

- by private companies or
- by independent public-utility undertakings.

The social insurance funds (health insurance (sickness) and care insurance funds) are not subject to auditing by the Court of Audit and have their own audit organisations.

2.2 Auditing subjects

The following sectors are examined regularly within the framework of hospital auditing:

- laboratories
- pharmacies
- central sterilisation facilities
- midwives
- operating theatre services
- functional and x-ray diagnosis services
- cleaning services
- technical services
- waste disposal services
- kitchen service
- laundries
- acquisitions and stock-keeping
- classifications and categorisations

- on-call duties and overtime
- operational debts (unpaid invoices)
- administration.

2.3 Audit methods

The primary question is whether the tasks of the individual services can be carried out **more efficiently** with fewer staff or by means of alternative forms of implementation. This requires **staffing requirement calculations** based on generally acknowledged **reference values or indicators** relating to the appropriate performance of a staff member in each case, the establishment and coordination of average treatment times and the evaluation of corresponding performance statistics.

Staffing requirement calculations are therefore carried out regularly and as a matter of routine for those services whose performances are easy to measure and have been well described using statistics:

- Medico-technical service, e.g. in the pharmacy, laboratory, radiology, endoscopy and medical secretarial areas,
- Functional service, e.g. midwives, operating theatre service, central sterilisation,
- Technical service, e.g. handymen,
- Cleaning service,
- Logistics service, e.g. kitchen service, laundry, and hospital administration, e.g. patient admissions, purchasing, stock-keeping.

In conjunction with staffing requirement calculations, **performance comparisons (comparisons concerned with economy, efficiency and effectiveness)** should be used to check whether and to what extent the **tasks of in-house services** can be carried out **more economically by private companies or in cooperation with other hospitals**.

Example:

comparison of the costs per square metre of the in-house cleaning service with the corresponding prices of private cleaning companies.

Improvements in matters of economy and efficiency can also be achieved by examining and modifying the **design of the duty roster**. Compliance with the collectively agreed regulations regarding the arrangement and remuneration of **overtime, on-site on call duties, off-site on-call duties and rest periods**, particularly for doctors, is checked here. Possibilities are investigated for saving and reducing duties by means of more appropriate duty roster design. In this context, care must be taken to

ensure that the duty hours of staff groups whose duties are mutually complementary or interdependent (e.g. normal duty hours of the doctors and normal duty hours of laboratory staff) are coordinated with one another. This serves to avoid expensive overtime and on-call duties.

Frequent appraisals involve the **grouping of employees** in remuneration groups that are not in accordance with collective wage agreements. In many cases, **allowances** (e.g. **allowances for working conditions that are difficult, hazardous or dirty**) and **other additional benefits** (e.g. **special leave**) are granted that do not comply with the collective agreement regulations. To this extent, compliance with collective bargaining law and hence the legality of the management activities is audited.

2.4 Auditing a local authority-owned hospital

Within the framework of auditing the performance of a municipal hospital with 325 beds, for example, we examined the following:

- utilisation rate of the laboratory (Annex 1),
- staffing requirements for the midwifery sector (Annex 2),
- staffing requirements for the operating theatre service (Annex 3),
- costs of cleaning (Annex 4),
- staffing requirements for the functional service in the central sterilisation facility (Annex 5)

on the basis of reference values, indicators or empirical values that are average values or average treatment times for the performance of specific services within specific periods. The indicators or reference values used are based, for example, on information from the manufacturers of the appliances used or on published values, worked out by auditing associations on the basis of constant hospital audits and generally accepted. All the reference values, indicators and empirical values used were discussed by the Court of Audit and the management of the audited hospitals for plausibility and adjusted by mutual consent.

2.5 Conclusions

We informed the owners and supervisory bodies of the hospital of the results of the audit on 20 April 2000. After evaluation of a written statement from the hospital, the essential results of the audit were published in the Annual Report 2000 of the Court of Audit of Rhineland-Palatinate.

The following were some of the requirements derived from the audit:

- utilisation of the potential for improving the economy, efficiency and effectiveness of the activities of the laboratory
- greater utilisation of the cost benefits arising from awarding the contract for cleaning the building to private companies,
- lower assignment of posts that are assigned at too high a level and
- reducing dispensable posts.

The regional parliament of Rhineland- Palatinate agreed to these demands after discussing the matter in the parliamentary audit committee and in the parliamentary budgetary appropriation and finance committee, and noted the measures taken by the hospitals with the aim of largely meeting the requirements.

It should be noted that dispensable posts (i.e. personnel) are being reduced in the context of natural turnover in accordance with social amicability, so that no hospital staff are being dismissed as a result of the audit.

Annex 1

Opportunities for rationalisation of the laboratory by means of improved use of the Olympus laboratory appliance

The “Olympus” laboratory appliance was used to only 49.21% of its full capacity in 1998. Of the services that are currently performed manually, the following can be automated and hence implemented in a labour-saving manner:

Clinical chemistry		Number
Alcohol		630
Ammonia		585
Bence Jones protein		1,112
Chymotrypsin		186
Gram's staining		5
Creatinine clearance		475
Cerebrospinal fluid		2
Potassium in urine		62
Pleural fluid		33
Urine sediment		6,985
Microalbumin		<u>92</u>
		<u>10,167</u>

		Full-time staff
10,167 tasks:	20,000 tasks ¹	0.51
10,167 tasks:	337,500 tasks ²	<u>0.03</u>
Possible staff savings		<u>0.48</u>

Electrolytes		
Total performance	48,999 (cf. Annex 2) : 40,000 ¹	1.22
	48,999 : 337,500 ²	<u>0.15</u>
Possible staff savings		1.07

Total staff savings		<u>1.55</u>
---------------------	--	-------------

¹ Average performance of one staff member per year for manual laboratory tasks (reference figure agreed with laboratory management).

² Annual performance of one staff member when using the “Olympus” laboratory appliance according to manufacturer's data.

Annex 2

Staffing requirement calculation for the midwifery/obstetric nurse sector on the basis of numbers of births for the years 1996 to 1998

The staffing requirement calculation is based on the time figures (in minutes) from the joint recommendation from the German Hospital Association (*Deutsche Krankenhausgesellschaft*) and the national associations of the statutory health insurance funds¹ for hospitals with obstetrics departments with over 600 births per year. According to this recommendation, a time figure of 780 minutes per birth is appropriate for staffing calculations.

	Number of births	Time figure in minutes	Total figure in minutes	Staffing requirement ²
1996	649	780	506,220	5.39
1997	639	780	496,420	5.30
1998	595 ³	780	464,100	4.93

¹ Cf. Plücker, Wolfgang, Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus, October 1993. Published by the Deutsche Krankenhausmanagement Beratungs- und Forschungsgesellschaft m.b.H. (DKI), p. 56 ff.

² Cf. Annual working hours of one staff member, KGSt Report 5/1995 (94,000 minutes net working time)

³ The same time figure was applied for 1998 because the figure fell only slightly below the guideline value (600 births).

Annex 3

Staffing requirement calculation¹ for the operating service in 1998

Annual operating time on the basis of the management report of the hospital for 1998 = 160,966 minutes	
With 2 operating service staff per operation, this gives	321,932 minutes
A time budget of 60 minutes is available for patient-related preparation time ²	
With a total of 3,261 patients, this yields a time requirement of 3,261 x 60	195,660 minutes
A time budget of 60 minutes per theatre day and theatre table is available for theatre-related preparation time ³	
Four theatres are available 365 days/year and 2 theatres on 3 days per week	
With 4 theatres on 365 days = 1,460, 1,460 x 60 minutes = 87,600 minutes 87,600 minutes x 2.5 staff ⁴ yields a time requirement of	219,000 minutes
With 2 theatres 3 times a week = 312 days 312 days x 60 minutes x 2 staff	37,440 minutes
	<hr/>
	774,032 minutes
774,032 minutes : 91,707 minutes (net working time) ⁵	8.44 staff
+ operating theatre management	0.50 staff
	<hr/>
	8.94 staff

1 Cf. Plücker, Wolfgang, Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus, loc. cit., p. 59 ff.

2 Patient-related preparation times =

Moving patients in and out. Positioning patients. Preparing patients for surgery. For more details, cf. p. 61 of the reference cited above.

3 Theatre-related preparation times =

Moving staff in. Preparation of the operating theatre (not surgically-related preparation). Theatre-related clearing up tasks. Preparation relating to the operation (stocking the instrument trolley). For more details, cf. p. 61 of the reference cited above.

4 According to the job descriptions, 2.5 staff per day and table are required for the theatre-related preparation times in the septic operating theatres.

5 According to the working hours and hours lost in the hospital statistics.

Annex 4

Costs of cleaning work in the hospital for 1998

Costs of contracted out work

Total area: 17,100 m²

Cleaning costs paid in 1998 DM 918,269.28

Hence, average cleaning price per m² per year DM 53.70

Costs of in-house cleaning work

Total area: 4,560 m²

Approximate cleaning costs for 1998 DM 700,000.00

Staff employed: 10.5

Costs per member of cleaning staff per year (700,000/10.5) DM 66,666.67

Hence, average cleaning price per m² per year DM 153.50

Additional cost of in-house cleaning per m² per year,
approximately DM 99.80

If the contracted-out cleaning work is extended by 2,860 m² (= 63% of the cleaning performed in-house to date), cleaning costs can be reduced by 2,860 m² x DM 99.80 = DM 285,428¹. The potential savings can be achieved only if a total of 6.5 members of staff are phased out in the context of natural staff fluctuations and replaced by outside staff.

¹ Costs of contracted-out cleaning for a floor area of 2,860 m² = DM 53.70 p.a. x 2,860 = DM 153,582 p.a. Costs of in-house cleaning for the same floor area = DM 153.50 p.a. x 2,860 = DM 439,010. Given average remuneration of DM 67,000 per member of cleaning staff, this corresponds to 6.5 staff.

Annex 5

Staffing requirement calculation for the functional service in the central sterilisation facility based on case numbers for the years 1996 to 1998

According to the Baden-Württemberg hospital auditing guidelines dated 18 December 1987, p. 41, one member of staff can perform the following:

- Services for 3,350 patients (case number) if 40% of “operating” beds are occupied
- Services for 2,750 patients if 50% of “operating” beds are occupied.

Total plan beds in 1998	345, of which 257 were occupied
Plan beds in “operating” departments	148, of which 106 were occupied
Percentage of “operating” beds occupied	$257/106 = 41.2\%$

The reference value for 50% occupied “operating” beds is used as a basis here so as to arrive at a generous calculation of staffing requirements.

Staffing requirement:

With 8,975 cases in 1996: $2,750 = 3.26$ staff

With 8,795 cases in 1997: $2,750 = 3.19$ staff

With 9,425 cases in 1998: $2,750 = 3.42$ staff

Measured against 4.00 (1996), 4.25 (1997) and 4.25 (1998) full-time staff employed, there was overstaffing by 74%, 106% and 83% of one staff member in the years 1996 to 1998.

B) The example of the Land Hesse

Public inpatient health care (hospital care):

Organisational structures, financing and auditing by the public sector audit bodies

0. Introduction

In 2002, Germany will exceed the “Maastricht criteria” with a predicted public spending deficit of 3.8 % of GDP. The EU Commission believes that the developments in expenditure in the statutory health insurance sector (*Gesetzliche Krankenversicherung* - GKV) is a major contributory factor here.¹

Federal ministers of health in Germany have been trying for years to prevent cost increases in the health system by introducing competitive elements, on the one hand (for instance in the selection of statutory health insurance²), and by “capping” elements of expenditure, on the other (as in budgeting for the medical outpatient care covered by GKV). For 2003, an attempt will be made to freeze statutory health insurance contributions using an “interim law”. Since contributions are principally financed from earned income, and, indeed, divided 50:50 between employer and employee, increasing costs also place a burden on the employment market.

In the mid-nineties, the federal legislature commenced a programme of step-by-step reforms in the payment system for hospital care, which constitutes one of the largest block of expenditure at 61,000 million Euros³, moving towards flat-rate invoicing for individual treatment cases (Diagnosis Related Groups/DRG). From 1 January 2003, general hospital service provision will, in principle, only be invoiced by means of case flat rates. This will make it possible to gain control of fundamental cost factors in inpatient care (incorrect admissions/hospitalisation periods, medical treatment measures). The pressure for efficiency produced by in case flat rates may affect both quantity and structure of the inpatient care offered. Invoicing using a strictly case-oriented system, with payment on a flat-rate, individual case basis, is likely to result in “excess capacity” in the range of insurance-financed care provision

1 In 2000, the statutory health insurance funds paid 124,000 million Euros, some 50 % of total public health expenditure.

2 In Germany there are about 370 sickness funds.

3 Figures for the year 2000. There are about 2000 hospitals in Germany.

and a corresponding cost burden on the hospital owners. For this reason, the reform efforts also include increased flexibility in hospital care provision, which has tended, to date, to be rigidly categorised according to care functions, and opening up outpatient provision of medical care, i.e. “integration” of the services of outpatient medical practices into the inpatient care sector.

The German system of health financing is a “dual system”. The “operating costs”, i.e. the costs of inpatient and outpatient medical care, are financed by the insurance funds, while the capital costs in the hospital sector, i.e. building and more expensive capital equipment, are paid for from tax revenues, principally from the federate states (the “Länder”) but also from the federal government.

Legislative authority for the health system is principally at federal level (concurrent legislation), while administration is basically a matter for the federate states. This is true, in particular – taking into account requirements under federal law – for the organisation of inpatient medical care. This has, to date, been shaped by planned economy direction from the federate states. Administration is decentralised and in the hands of the hospital owners.

The additional efforts of the federal government to curb costs by introducing market economy instruments are likely to be intensified in future. The debate in this context focuses on central, socio-political principles of “health insurance based on solidarity”, including that of offering all hospital users the same services at the same hospitalisation charges, and on the question of whether the community of insured persons can be expected to cover certain cost risks by means of making their own provision (with the keywords being “two-class medicine”).

However, the financing system of inpatient care outlined below can already be said to be in a process of radical change since the federal legislature has set up a conclusive system for financing and planning inpatient care on the basis of services provided.

The auditing activities of the public sector audit bodies will also change as a result of the changes in the financing system. Auditing economy, efficiency and effectiveness in the hospital sector will probably become more important following the nationwide introduction of case flat rates with the pressure for efficiency thus created, as public hospital owners have to take into account risks arising from budget overruns. The data and benchmark tools available with the case flat rate system in future can not only make easier hospital audits, provided that the necessary audit access exists, but they can also support an active audit activity of public sector audit bodies with regard to hospital planning. However, German public sector audit bodies lack a comprehensive audit access with regard to social health insurance institutions.

1. Organisation and institutions of inpatient health care

1.1 Hospital planning

According to the provisions of federal legislative regulations, ensuring hospital care is the responsibility of the Länder (Federal Act relating to hospital financing, last amended by the Act relating to the introduction of the diagnosis-related case flat rate system for hospitals dated 23 April 2002). In the Land Hesse, this responsibility is transferred as a public function to the Land, the “Landkreise” (counties in Germany, local administrative districts having legal status, which are in turn divided into municipalities) and the “kreisfreie Städte” (off-county municipalities with autonomous administration) (Hospitals Act 2002 of the Land Hesse dated 6 November 2002).

The aim is to supply the population according to its needs with efficient, autonomously managed hospitals with socially acceptable hospitalisation charges. Anyone requiring inpatient treatment in the opinion of his/her physician is entitled to be admitted to a hospital. (People insured under the statutory health insurance system must be referred by a physician, otherwise they are liable for the additional costs of freely selecting the hospital of their choice).

In order to ensure nationwide provision, the minister of health of the Land, in collaboration with those involved in hospital care, draws up the Hospital Plan and updates it at appropriate intervals. The Hospital Plan becomes binding on a ruling being made by the government of the Land.

The Hospital Plan is largely the foundation for the financing of capital investments and hospital operation from funds from the budgets of the Land and the statutory public health insurance.

Whereas, to date, the federal government provided for hospitals to be classed in one of four care categories⁴ and allocated graduated flat-rate payment rates per hospital and year to the Länder, depending on the size and equipment of the hospital, the

-
1. Primary (medical) care (local and municipal hospitals, local provision of care with up to 3 special fields)
 2. Secondary (medical) care (county hospitals and county hospitals with extended objectives; local primary care + in some cases supra-local functions by more than 3 specialised departments, each offering a wide variety of services)
 3. Care with specialisation emphases (district hospitals, supra-local care)
 4. Central care (specialised hospitals, hospitals with a major mandate, highly differentiated medical equipments).

Act relating to case flat rates dated 23 April 2002 means that there is no longer any requirement whatsoever in this context established by federal law.

The Land of Hesse has therefore also dispensed, in the meantime, with hospital planning on the basis of care categories and made planning more flexible. However, the Hospital Plan remains the most important control instrument for the organisation and financing of inpatient health care. In the Hospital Plan, the health minister of the Land of Hesse sets health care areas taking into account, among other things, population structure, frequency of use, and statistical data on bed utilisation and types of diseases. The Hospital Plan contains framework specifications, directives regarding local emergency health care and rulings on the provision of specific medical tasks to be focused on by individual hospitals on a supra-health care area basis.

The provision structure of the individual health care areas is planned on a decentralised basis. The regional draft plans are drawn up by local hospital owners and sickness (health insurance) funds (“Hospital Conference”) and proposed to the Hessian minister of health for incorporation in the Hospital Plan. These local owners of medical care who are in charge of its financing mutually coordinate the range of care provision in each hospital and submit proposals for optimising the provision structures. Finally, the Hospital Plan picks up the individual decisions made by the health minister regarding inclusion or exclusion of a hospital in the Hospital Plan and its mandate, determination of its location, its special fields, its total number of beds, the assignment of emergency care tasks or functions on which it will concentrate.

1.2 Hospital owners

Federal and regional legislative regulations require that the wide variety of hospital owners be taken into account in the fields of hospital planning and financing. This means that it is not only publicly owned hospitals, i.e. those owned by the Land, the counties and the off-county municipalities that should be promoted by being taken into account in hospital planning but also, in Hesse, those owned by the regional charitable association (association with compulsory membership of the counties and off-county municipalities for the fulfilment of specific social functions). The economic safeguarding of independent public utility undertakings and private hospitals must be ensured in particular. The university hospitals have a special position. They are included in the Hospital Plan, taking into account their research and teaching responsibilities, insofar as they serve the provision of general inpatient care for the population. However, if they are co-funded by the federal and regional governments in accordance with the Act relating to the promotion of construction of higher edu-

cation buildings (*Hochschulbauförderungsgesetz*), they receive no funding from the Land under the Act relating to hospital financing. No hospital owner is automatically entitled to have its facilities included in the Hospital Plan. The health minister of the Land makes the decision according to his/her best judgement, taking into account the interests of the public and the variety of hospital owners.

Basically, the following types of general inpatient care are available in practice (classified according to “ownership structure”):

1. University hospitals (Länder)
2. County and municipal hospitals (local authority hospitals)
3. Hospitals owned by independent public utility undertakings (e.g. German Red Cross, hospitals run by religious orders or the church)
4. Private hospitals

The “contract hospitals”, as they are known, receive no funding from the Land and are hence mentioned in the Hospital Plan only for information. These hospitals are funded by a care provision contract signed with the relevant regional association of the statutory sickness funds.

In addition, there are also the specialised clinics of the social health insurance funds, particularly the accident insurance funds of specific professional associations [for instance the “Bundesknappschaft/Bergbau” (Federal Insurance Fund for Miners)], but also hospitals of the Federation, for instance of the armed forces.

2. Financing general inpatient health care

In principle, funding of inpatient health care is based on a two-pillar system (“dual financing”):

1. Insurance funding: Operating costs are covered by payments made by the users or their insurance funds (hospitalisation charges). Payments from the insurance funds come from the contributions of those people insured under the statutory health insurance system, remuneration from the users are private payments made by “privately insured” users who have these payments refunded from the premium income of the private health insurance companies (*Private Krankenversicherung, PKV*).
2. Tax funding: Capital investments are financed in principle from the budgets of the Länder. Funding from tax revenues covers the construction of hospitals, including the initial furnishing with the capital equipment required for running a

hospital, and also the purchase of replacements or substitutes for this equipment. Purely maintenance costs and the replacement of short-term capital equipment (period of use up to 3 years) should be taken into account when deciding on the hospitalisation rates.

The Länder receive co-financing funds for university hospitals from the federal government, in the context of a joint framework plan for college and university building.

2.1 Insurance funding of operating costs

2.1.1 Hospitalisation rates/case flat rates

Hospitalisation charges should be determined using a system specified under federal law. While, up to the end of 2002, a combination model of hospital remuneration from case flat rates and “per diem hospitalisation rates”, designed to fund those elements of the hospital budget for other inpatient care not covered by case flat rates, still applied, as from 1 January 2003 general care can essentially only be invoiced using the case flat rates. These are used, in principle, to invoice for all the services provided by the hospital for a specific hospital case. A “total amount” (a budget) is calculated from empirical values according to nature and number of case flat rates and the hospital is basically bound by this.

The basis of the case flat rates is a catalogue of internationally conventional Diagnosis Related Groups (DRG), i.e. types of disease for which specific cost elements are to be laid down across the whole country on the basis of existing empirical values (assessment relation and limit hospitalisation period for each type of disease). With respect to experience not yet available for the system in Germany, an Australian case flat rate catalogue will initially apply for 2003 and the Australian assessments with relative weightings can also be used initially. The case flat rate catalogue is to be further developed by the organisations involved themselves (central associations of hospitals and sickness funds) to the point where it is available by 1 January 2004 as the first version of a German case flat rate catalogue to serve as a binding remuneration system for hospital services in Germany.

Only a few diseases are excluded from calculation on the basis of case flat rates, for instance transplants which cannot be subjected to a flat rate estimate (e.g. liver transplants, multi-organ transplants) or psychiatric diseases. Individual hospital remuneration agreements will be drawn up for the treatment of cases not covered by the DRG.

In detail, case-related remuneration is made up as follows:

- a) Case flat rate according to case flat rate catalogue
- b) Additional remuneration (in tightly limited exceptional cases, e.g. haemophiliacs or dialysis treatment) or supplementary remuneration if the limit hospitalisation period is exceeded
- c) Remuneration for new treatment methods not yet covered by the case flat rate catalogue
- d) Quality assurance surcharges and deductions
- e) DRG system surcharge (for financing the introduction of the case flat rate system)

The hospitalisation charges, including case flat rates, are calculated individually in conjunction with the budget agreement to be reached for each hospital. Hospitalisation rates/case flat rates within an individual hospital should be calculated in the same way for every hospital user, in other words differentiation of patients on the basis of health insurance under an obligatory scheme or private health insurance is not admissible.

Furthermore, the hospitalisation charges are generally binding insofar as even those hospitals that receive no public funding (generally private hospitals), may not invoice higher hospitalisation charges to social health insurance funds and other third party payers under public law than comparable hospitals with an agreement on hospitalisation charges.

2.1.2 Budget agreement

The case flat rates and the additional remuneration elements mentioned above are constituents of a budget to be agreed annually in advance for the individual hospital, and which in future will be on the basis of existing case numbers. While the budget agreement will still be drafted on the basis of the remuneration elements and amounts applicable to date (“total amount”) for a transitional period, the budget years up to 2007 should see a reduction resulting from consistent budgeting on the basis of case flat rates (“revenue budget”). In this context, the case flat rates established on the basis of the national case flat rate catalogue with the nationally established “assessment relations” will initially be modified by “relative weightings” individual to each hospital and determined on the basis of case numbers in the individual hospital (“individual hospital basic case value”). From 2005 onwards, these individual case flat rates, and hence the revenue volumes of the individual hospitals, will be adjusted stepwise to an average value across the Land (“regional basic case value”). The agreed budget is binding for the hospital. Adjustment of the budget may be demanded only in the event of fundamental changes in the underlying assumptions.

2.1.3 Negotiation partners

Three levels are involved in establishing remuneration

1. At a federal (national) level, the central associations of the statutory and private health insurance funds and the German Hospital Association agree on the case flat rate catalogue with case groups, nationally uniform assessment relations and regulations for limit hospitalisation period, and on the additional remuneration mentioned above and other regulations of importance for budgeting and invoicing. If the central associations cannot reach an agreement, the federal government will set remuneration regulations by means of a statutory order.
2. At a regional (Land) level, the corresponding regional associations agree on the regional basic case value annually for the following calendar year and thus determine (as from 2005) the level of the case flat rates. This is binding on the parties involved at the local level of a Land.
3. The actual hospitalisation charge agreement is reached at the relevant local level. The budget is negotiated annually in advance for each individual hospital by the relevant hospital owner and the social health insurance funds involved (sickness funds of the GKV). They agree on the total amount and/or the revenue budget from the sum of the assessment relations of the agreed treatment cases, the hospital-specific basic case value, surcharges and deductions, the other receipts not covered by DRG case flat rates, and balancing payments for excess or shortfalls in revenue. The hospital owner must submit the necessary documents for this purpose and, in particular, must submit evidence of costs and services for those services not covered by the DRG case flat rates.

The regional associations and the local social health insurance funds and hospital owners must take into account the principle of contribution stability in their negotiations. The agreements on the regional basic case value and the hospitalisation charges and budget agreements must be designed in such a way as to eliminate the possibility of contribution increases, unless provision of the necessary medical care cannot be guaranteed without such increases even after using up the efficiency reserves.

2.1.4 Financing by the sickness (health insurance) funds

Safeguarding hospital funding as regards operating costs is achieved by making the statutory sickness funds respect the hospital planning programme of the Länder. The sickness funds may have hospital treatments carried out only by “registered hospi-

tals”, particularly those hospitals included in the regional Hospital Plans (Plan Hospitals), as well as the college and university hospitals included in the federal and regional programme for promotion of construction of higher education buildings and those hospitals that have signed a care provision contract with the regional associations of the GKV (hospitals with care provision contract, Book Five of the Federal Social Security Code). The sickness funds are thus fundamentally bound to funding the hospitals designated by the Länder to safeguard hospital care. In the case of Plan Hospitals, they can release themselves from this co-funding responsibility only if the hospital is not essential for care provision.

Statutory health insurance is funded from contributions paid by the insured. A statutory obligation to be insured, essentially linked to being in an employment relationship (alongside the insurance services delivered according to the solidarity principle of statutory health insurance) limits the group of those liable to pay contributions according to their level of employment income (compulsory insurance for everyone whose income from employment is up to 75 % of the limit for the calculation of contributions to the statutory pension scheme, currently 4,500 EUR per month. Employee and employer pay 50% of the contribution each.

2.1.5 Governmental approvals

The hospitalisation charges and the elements of these to be agreed by the local contractual partners, particularly including the agreed individual hospital basic case value, are subject to approval by the competent regional authority, generally the minister of health of the Land.

The contribution rates for the statutory health insurance are laid down in a charter and are subject to approval by the competent supervisory authority, the Federal Social Security Office (*Bundesversicherungsamt*) at national level and the authorities determined by the health ministers of the Länder at regional level. In the Land Hesse, responsibility lies with the Health Insurance Control Office (*Hessisches Landesprüfungsamt für Krankenversicherung*).

2.2 Financing capital expenses from taxation

The Länder set up a capital investment programme on the basis of the Hospital Plan. Incorporation of a hospital into the Hospital Plan and the capital investment programme justifies a claim on the Land for capital investment funding as long and insofar as a hospital has been incorporated into the planning process. On the basis

of applications from the hospitals, the hospital investment programme contains promotion measures, recognised by the regional ministry of health on the basis of need, urgency and taking into account subsequent costs, that can be realised within the funding period. The investment projects have to be adapted to the requirements of overall structural development (refer to 1.1., above, for the structure of hospital planning).

Furthermore, hospital planning is linked to the results of the operating costs accounting by the hospitals on the basis of case flat rates. The data on individual treatment cases to be collected by the DRG data centre will be passed on annually to the relevant regional authority for hospital planning purposes as from 2003 (cf. 3.3., below, in this context). The regional associations of the hospital owners (associations of local authorities), the hospitals, the health insurance funds (GKV, PKV) and the medical profession will all be involved (as the regional hospital committee) in the drawing up of the Hospital Plan and the capital investment programme by the minister of health of the Land. The Hospital Plan and the Hospital Construction Programme will be published in the official publication of the regional government (official gazette).

Funding is provided for the building of hospitals, their initial furnishing with capital equipment and the replacement of long-term capital equipment, start-up costs, the closure of hospitals and the conversion of hospitals for other functions, etc.

Funding is derived from financial resources of the Land. However, the equitable adjustment of revenues and expenditure between the local authorities is used to involve public owners of hospitals (off-county municipalities and counties) in capital investment financing by means of the hospital levy (2001 in Hesse: over 1/3; about 160 million EUR out of about 400 million EUR).

Alongside this is the financing of capital investments for university hospitals from the framework plan for construction of higher education buildings, funded on a 50:50 basis by the federal and regional governments (Federal Act relating to the promotion of construction of higher education buildings).

3. Requirement for value for money and quality assurance, federal statistics

3.1 Requirement for value for money

There is a requirement for value for money in the context of statutory health insurance (Book Five of the Social Security Code). Services must be adequate, appro-

priate and efficient and may not exceed the measure of what is necessary. Services that are not necessary may not be provided by the hospitals, demanded by the insured or approved by the sickness funds. Services may not be provided without a legal basis. The principle of contribution stability, requiring that efficiency reserves be fully used up, underline the stringency of the VFM criteria. The nationwide introduction of the case flat rate system, opening up opportunities for comprehensive cross-comparisons, will force a very high degree of economy, efficiency and effectiveness in hospital management.

3.2 Quality assurance

The pressure for efficiency generated by invoicing on the basis of case flat rates means that quality assurance of treatment is particularly necessary. The Act relating to case flat rates therefore requires appropriate measures to be taken by the hospital owners, for example, in order to prevent premature transfer or discharge of patients for economic reasons.

Even up to now, the central associations of the statutory and private health insurers have been obliged to agree quality assurance measures with the central association of hospital businesses, with participation by representatives of the medical and nursing professions, these measures being binding for all registered hospitals (cf. Point 2.1.4 above). A working group from the associations involved must be set up in the interests of uniform quality standards and their adaptation to medical developments.

The quality assurance standards required include nationwide requirements to be imposed on in-hospital quality management, the definition of minimum requirements for the quality of structure and result of diagnostic and therapeutic services, and regulations for reducing remuneration payable to hospitals that do not comply with the quality assurance standards. Furthermore, a quality report on the registered hospitals is to be drawn up every two years in future and published on the Internet by the regional associations of the sickness funds.

However, measures for safeguarding value for money of services are also linked to quality assurance. For example, if the central associations demand a list of criteria for indication-related need for and quality of diagnostic and therapeutic services, particularly of costly services in the medical technology field. Similarly, the Act relating to case flat rates requires the support of the central associations in the field of ratio-nalisation of hospital care in care areas. They will have to draw up a catalogue of plannable hospital services (in contrast, for example, to emergency care provision), in which the quality of the result of the treatment is particularly dependent on the number of services provided, and to define minimum quantities per physician or

hospital for each service. It will then be possible to take this into account in hospital planning by the Länder, for instance when organising the range of care provision based on proportionate labour cost. The parties to the hospitalisation charges agreement at a local level are also required to check whether services, for which a hospital cannot meet demand in a manner which will cover its costs using the case flat rates, can be taken on by a different hospital that already supplies this type of service. If a hospital does not meet its quality assurance obligations, the health insurance funds will have to implement the quality assurance deductions agreed by the central associations when settling the remuneration account. Conversely, however, the central associations should agree bonuses for a hospital's participation in quality assurance measures.

3.3 Federal statistics

Federal statistics have been kept for over ten years on hospitals providing general inpatient care. These cover not only staff, bed and patient data, and also, in particular, patient days, according to type and number, etc., but also detail costs and deductions under the applicable legislation to date, subdivided according to type. Even this data alone offers starting points for the implementation of performance comparisons (comparisons concerned with economy, efficiency and effectiveness).

The DRG statistics from the DRG data centre to be set up at a national level by the central associations of the sickness funds and the private health insurers, as well as the hospital companies (cf. Point 2.2., above, in this context, and also Point 4.2., below) will now be added to the above, with detailed information about each individual treatment case. This will create a benchmark instrument for all DRG treatment cases for the whole of Germany. Delays in supplying data or incomplete data supply by the hospitals or even not supplying data at all is to be penalised by deductions from the case flat rates.

4. Accounting by the hospitals

4.1 Annual accounts and auditing annual accounts

Hospitals funded under the Act relating to hospital financing must set up a commercial bookkeeping system and draw up annual accounts with balance sheet, profit-and-loss account and annex, including evidence of capital investments, in ac-

cordance with the provisions of the Commercial Code (Federal Ordinance relating to hospital accounting). In the Land of Hesse, this applies to all hospitals providing general inpatient care. Annual accounts which are prescribed for the university hospitals will also include a presentation of services provided in the management report (Act relating to university hospitals).

The annual accounts must be examined by an auditor and subsequently published. Auditing also includes an audit of the regularity of management, including the expedience and efficiency of the management procedure.

4.2 Internal accounting system/Controlling

Hospitals throughout Germany are obliged to set up a cost-effectiveness calculation. This involves setting up an in-house controlling system.

Until now, the minimum standard of a cost-effectiveness calculation on a cost-centre basis has been sufficient to meet federal law. This was intended to allow the determination of costs that could be covered by the hospitalisation charges and the drawing up of a performance and costings statement for the hospital charges negotiations. An internal charge-out for services to requisitioning cost centres was also requested, where appropriate.

The far-reaching introduction of case flat rates from 1 January 2003 is now forcing hospitals to carry out a comprehensive cost accounting. The Act relating to hospital remuneration /Act relating to case flat rates requires hospitals to make an annual submission of an (anonymous) data set for every hospital case, which must contain not only diagnoses, treatment measures and duration, etc., but also the total remuneration invoiced for in the individual case, the DRG case flat rate, the supplementary remunerations, surcharges and deductions and any other remuneration. The data will be checked for plausibility by the DRG data centre and passed on once a year to the central associations commissioned with the further development of the DRG system, and also to the regional associations as a basis for the agreements on the regional basic case value, and the competent regional authorities for the purpose of hospital planning.

Establishment of a controlling system is also required for the university hospitals in the Land of Hesse to allow ongoing monitoring of compliance with the business plan by the board of directors. To this end, regular reporting and interim accounts for the first three quarters of the financial year must be drawn up in the form of a comparison account with the business plan. Developments jeopardising compliance with the business plan must be reported to the supervisory board without delay with proposals for remedying the situation.

5. External auditing of hospitals

5.1 Auditing by external public sector audit bodies – Hesse –

No specific auditing of hospitals by the external public sector audit bodies is provided for under federal law. Auditing is therefore geared in accordance with general provisions under federal and regional law and with specific provisions for hospitals under regional legislation.

The public sector financial body in the Land of Hesse (*Hessischer Rechnungshof*) is primarily responsible for auditing undertakings operated by the Land and parts taken by the Land in companies under private law. The Court of Audit of Hesse has a comprehensive authority to audit the university hospitals of the Land, which are run as institutions incorporated under public law. This extends to the whole management. Every detail concerning the economy, efficiency and effectiveness of the hospital management can therefore be audited. Audits performed by the Court of Audit of Hesse in the university hospitals have usually been with reference to capital expenditure funded from financial resources of the Land. If the invoicing of operating costs using case flat rates results in major shortfalls in cover and hence in risks to the Land as hospital owner, increased audits investigating the business organisation are conceivable, and also audits investigating the invoicing system itself.

The Court of Audit of Hesse does not have the same auditing powers in the hospitals owned by local authorities. With respect to the local authority corporate bodies, audit access is reserved to the president of the Court of Audit, taking the form of comparative audits (Hessian Act relating to the supralocal audit of local authorities). Audits relating to individual cases are not provided for under the law. However, the comparative approach is well suited to performance auditing in hospitals.

From this perspective, hospitals owned by local authorities, that are not run in independent legal form but as owner-operated local authority undertakings (*Eigenbetrieb*, operationally autonomous local undertaking devoid of legal personality), as is principally the case, can have their management examined by an on-the-spot audit and be subjected to a performance comparison on the basis of appropriate criteria.

Where local authority hospital owners opt for a legal form under private law (company with limited liability, joint stock company), the regulations of company law (Federal legislation) provide for restricted auditing powers for the public sector audit bodies. Financial regulations of both federal and regional governments restrict audit access in the case of majority shareholding to audits of the activity of the public shareholders, in other words, how they fulfil their responsibilities as sharehol-

ders pursuing public purposes via their interests in a company under private law. The right to audit activities of this type is also accorded, in principle, to the “supralocal audit of local authorities”. However, so far this does not include any entitlement for the Court of Audit of Hesse to make local enquiries of the company for the purposes of activity auditing.

However, indirect auditing opportunities are also present here, extending to the regularity and quality of management, and to the development of the financial situation and profit and loss position, the liquidity and profitability of the company, losses incurred and the reasons for these. Local authorities are obliged to subject their holdings in companies drawn up under private law to a correspondingly extended annual audit by chartered accountants who document these questions in their audit report.

Extended auditing rights of the Court of Audit of Hesse with respect to local authority hospitals of all legal forms apply insofar as they receive grants from the Land. This applies to the whole range of investment financing in hospitals that takes place using funds of the Land. Grant auditing of this type covers the economic use of the funds for their intended purpose but may, if necessary, also cover other management items as well. It can take place locally at the hospital.

Private hospitals may also be audited by the Court of Audit of Hesse on the same principles, if they receive funds from the Land in the context of investment financing.

5.2 Auditing by external public sector audit bodies – Federal government –

The capital investment elements of the university hospitals that are funded by the federal government within the framework of the joint task of promoting the construction of higher education buildings are subject to auditing by the Federal Court of Audit (grant auditing). The Federal Court of Audit coordinates with the relevant regional courts of audit as regards this audit procedure. Joint audits by the Federal Court of Audit and the courts of audit of the Länder can and should take place in this type of investment co-financed by the federal and regional governments.

In addition, the Federal Court of Audit audits the armed forces hospitals financed from the federal budget.

5.3 Hospital inspection by the insurance funds (GKV/PKV)

Reviews of quality and economy, efficiency and effectiveness of hospital treatment can be carried out jointly by the regional associations of the statutory and private

health insurance funds. The performance and quality of treatment in a hospital are investigated by an auditor appointed in agreement with the hospital owner. The auditor is independent and not bound by any instructions. The hospital must provide the auditor with the documents required for the review and must provide information.

The results of the inspection must be taken into account in the next hospitalisation charges agreement. Termination of the contract to provide care may also result, irrespective of this.

Prior to the introduction of the Act relating to case flat rates, the sickness funds were also accorded certain inspection rights in the run-up to the hospitalisation charges negotiations as well. And even now, the health insurance funds may still, in individual cases, demand that the hospital provide additional documents and information required for an assessment of the performance of the hospital in the context of its mandate to provide care. However, a demand of this type, which delays the negotiations, should be made only if the anticipated benefit greatly exceeds the costs involved (Act relating to case flat rates). A previous power allowing the implementation, in agreement with the hospital owner, of an examination of fundamental questions regarding the care provision mandate and the service structure of the hospital as well as the level of remuneration proper for the medical service provided, has been dropped in the meantime.

The legislation here is geared entirely to the transparency created by invoicing and budgeting on the basis of DRG case flat rates. The data from the DRG data centre will be made available to the central and regional associations of the statutory health insurance funds for their own purposes. They will thus receive comprehensive benchmarks regarding the remunerations invoiced for specific treatments. The data must be previously examined for plausibility by the DRG data centre.

Alongside this, there are individual verification rights, based on random sampling, with reference to the invoicing of hospitalisation charges. By bringing in their Medical Office, the sickness funds can act jointly to verify the proper invoicing of case flat rates. The Medical Office can have the necessary documents and information supplied to it and may also – “after announcing this in good time” – enter hospital premises “on work-days between 8.00 a.m. and 6.00 p.m.” for this purpose. If invoicing errors are found, the reasons for these must be substantiated and a lump-sum compensation procedure agreed so as to avoid having to make refunds for each individual case. If the reason is found to be gross negligence, the difference in the amount must be paid back plus the same amount again by way of penalty.

6. Control of the social health insurance funds

Since the statutory health insurance funds are substantially involved in the responsibility for cost developments in the health service sector – together with the planning for requirements carried out by the Länder, their control is also of major importance. This is in the charge of the Federal Social Security Office, as the competent supervisory body. At least every five years, it examines the business, accounting and operational management of the sickness funds that depend directly on the federal government. In a current control procedure, the Federal Social Security Office criticised the payment of a fourteenth month's salary to employees of the statutory sickness funds.

At regional level, too, regular controls of the statutory health insurance funds and their associations are carried out by the supervisory bodies of the Länder. In Hesse, the Health Insurance Control Office of the Land examines the business, accounting and operational management of the general local sickness funds and company health insurance funds depending directly on the regional government, and of their regional associations.

The Federal Court of Audit has auditing powers over the social health insurance funds or their associations only insofar as they receive subsidies or a commitment by way of guarantee on the basis of a federal law. A commitment by way of guarantee of this type was entered into by the federal government in favour of the accident insurance fund for Deutsche Post AG and Telekom AG in connection with the privatisation of the federal postal service. Guarantees also exist in favour of the Federal Insurance Fund for Miners, the statutory pension, health and accident insurance fund for the mining industry, in relation to coal mining which is gradually being phased out.

At the regional level, the courts of audit are currently considering whether the financial regulations grant them auditing rights over regional accident insurance funds that have become legally autonomous, if no express public guarantee of liability has been standardised in law.

Thus, the focal point of control by the social health insurance funds lies not with the courts of audit but with the government supervisory bodies. The activity of the social health insurance funds can therefore generally only be considered indirectly by the federal and regional public sector audit bodies via the controls carried out by the supervisory bodies.

EINFÜHRUNG IN DIE ARBEITSKREISE

PRESENTATION DES ATELIERS

INTRODUCTION OF WORKSHOPS

Einführung in die Arbeitskreise

Volker Hartloff, Präsident des Rechnungshofs Rheinland-Pfalz

Aufgrund der hervorragenden Vorbereitung des Seminars haben wir schon einige Grundkenntnisse über die Krankenhausfinanzierungssysteme in unseren drei Staaten erlangt. Wir wissen um das gemeinsame Problem der explodierenden Kosten. Die Grundkenntnisse über die Betriebsführungs- und Finanzierungssysteme, die Organisation der externen Prüfungen und die Aufgaben der Prüfer, die uns dankenswerterweise in der gerade abgeschlossenen Plenarsitzung vermittelt wurden, haben uns nun zu der eigentlichen Aufgabe dieses Seminars geführt, nämlich, an konkreten Beispielen voneinander zu lernen, wie die Kontrollaufgabe in den verschiedenen Systemen und von den verschiedenen Einrichtungen der externen Finanzkontrolle angegangen werden.

Ich denke, wir können viel von einander lernen und kann mir vorstellen, dass die Ausrichtung der Prüfungstätigkeit in ihrer Zielrichtung bereits durch die Art der Krankenhausfinanzierung, als unmittelbare staatliche Steuerfinanzierung, wie in Großbritannien, durch eine Duale Finanzierung aus staatlichen Zuwendungen und Mitteln der Sozialversicherung in Deutschland oder eine nahezu reine Finanzierung aus Mitteln der öffentlichen Sozialversicherung wie in Frankreich geprägt wird. Denn wer Geld gibt hat auch das größte Interesse an der Kontrolle.

Hinzu kommt sicherlich auch der Einfluss der sehr unterschiedlich gestalteten staatlichen Steuerungs- und Kontrollsysteme für das Gesundheitswesen. Denkbar ist, dass die externe Kontrolle, orientiert an den Leitlinien der staatlichen Steuerung eher auf ein Feed-Back der Systemkonformität ausgerichtet ist, oder aber eher auf eine detaillierte Prüfung des einzelnen Krankenhausbetriebs mit all seinen Facetten zielt.

Zu berücksichtigen sind sicherlich auch die unterschiedlichen Prüfungs-kompetenzen der externen Kontrolleinrichtungen. Beispielsweise entziehen sich in Deutschland immer mehr Krankenhäuser einer unmittelbaren Prüfung durch die Rechnungshöfe, weil sie von ihren Trägern in Gesellschaften des Zivilrechts umgewandelt werden, bei denen dann häufig nur noch geprüft werden kann, ob der Gesellschafter (häufig die Gemeinde) seine Gesellschafterrechte ordnungsgemäß wahrgenommen hat und ob staatliche Zuwendungen zweckentsprechend und wirtschaftlich verwandt worden sind.

Schließlich prägen unsere unterschiedlichen Prüfungstraditionen, Prüfungsansätze und Prüfungsmethoden sicherlich auch das gesamte Prüfungsgeschehen.

Zu erfragen ist auch, ob die Rechtmäßigkeit des Verwaltungshandelns im Vordergrund steht oder ob, und wenn ja, in welchem Umfang daneben auch die Wirtschaftlichkeit geprüft wird.

Interessant wird es sein zu hören, wie wir uns dem Prüfungsstoff nähern, durch eher summarische Prüfungen, ob die staatlichen Vorgaben eingehalten sind, durch

Benchmarking zwischen verschiedenen Einrichtungen, durch detaillierte Einzeluntersuchungen einzelner Bereiche, durch umfassende Prüfungen eines Krankenhaussystems oder eines Krankenhauses oder durch selektive Prüfungen von Einzelthemen.

Besondere Aktualität gewinnt unsere vergleichende Tätigkeit durch den Wandel der Finanzierungssysteme z.B. in Deutschland, wo die Einführung von Fallpauschalen zu neuen Kontrollansätzen führen könnten. Die Entwicklung neuer betriebswirtschaftlicher Steuerungsmodelle, die sich mehr dem kaufmännischen Bereich annähern und eigenverantwortliches Handeln sowie Zielkontrollen in die Zuständigkeit der Krankenhäuser selbst oder auf die regionale Ebene verlagern, wird ebenfalls das konkrete Prüfungsgeschehen beeinflussen.

Sicherlich wird es in den Arbeitskreisen nicht möglich sein all diese Fragen zu klären oder gar Ideallösungen zu erarbeiten. Dass dies nicht möglich ist, wissen wir aus der Zusammenarbeit der unabhängigen 16 Rechnungshöfe der deutschen Länder, die jeder nach seinem eigenen System, seinen Vorstellungen und seiner Tradition arbeiten.

Wir sind es in Deutschland gewohnt, durch gegenseitige Information und den Austausch von Erfahrungen voneinander zu lernen. Aus dieser Erfahrung heraus glaube ich, dass es besonders spannend sein wird, wenn der Austausch nun über die Grenzen hinaus geht und wir am konkreten Fall erörtern können, wie in verwandten, aber doch zugleich auch unterschiedlichen Prüfungssystemen die oft gemeinsamen Probleme angepackt werden.

Erlauben Sie mir aber noch einige Vorbemerkungen zu den einzelnen Themen. Sie betreffen sensible Bereiche der Tätigkeit der Krankenhäuser, in denen in besonderem Maße Kosten anfallen.

- Nicht nur in Deutschland hat sich der Operationsbereich als besonders kostenintensiv erwiesen. Hier ist neben besonders aufwendiger Technik besonders teures Personal eingesetzt.
- Die Prüfung eines Krankenhauses und seinen Geschäftsabläufen kann verborgene Möglichkeiten zu Einsparungen zeigen.
- Dass die Beschaffung insbesondere der immer teureren technischen Einrichtungen ein ständiges Thema für die damit Befassten darstellt, brauche ich nicht zu erwähnen.

Die Idee ist, dass in jeder Arbeitsgruppe ein Komplex, der bereits Gegenstand einer Prüfung einer regionalen Finanzkontrolleinrichtung war von einem Referenten dargestellt wird und jeweils ein Co-Referent aus den beiden anderen Staaten die Erfahrung seines Rechnungshofs zu diesem Thema beiträgt. Ich gehe davon aus, dass mit den dann vorliegenden Informationen die Grundlage für eine lebendige

Diskussion aller Teilnehmer am Arbeitskreis geschaffen ist. Da diese Diskussion den Schwerpunkt der Arbeit bilden soll, bitte ich die Referenten ihre Redezeit strikt zu begrenzen und die Vorsitzenden darauf zu achten, dass genügend Zeit für eine lebhaftige Diskussion bleibt.

Damit diese aber auch zu konkreten Ergebnissen führt, werden Sie gebeten, in den Arbeitskreisen Untergruppen zu bilden, in denen für jeden Arbeitskreis jeweils

- drei Gemeinsamkeiten der Prüfung und
- drei Hauptunterschiede

herausgearbeitet werden. Darüber hinaus sollte jeder Arbeitskreis ein zentrales Problem der Prüfung benennen.

Zu dieser Arbeit viel Erfolg.

Présentation des ateliers

Volker Hartloff, Präsident des Rechnungshofs Rheinland-Pfalz

L'excellente préparation de ce séminaire nous a déjà donné quelques connaissances de base sur les systèmes de financement des hôpitaux dans nos trois pays. Nous connaissons le problème commun de l'explosion des coûts. Les connaissances de base sur les systèmes de gestion et de financement, sur l'organisation des audits externes et les missions des auditeurs, qui nous ont heureusement été transmises lors de la séance plénière récemment achevée, nous amènent maintenant à la mission proprement dite de ce séminaire : apprendre les uns des autres, à partir d'exemples concrets, comment la mission de contrôle est abordée, dans les différents systèmes, par les différentes instances de contrôle externe des finances.

Je suis d'avis que nous pouvons beaucoup apprendre les uns des autres ; je pense que l'orientation de l'activité de contrôle en termes d'objectifs est déjà influencée par le mode de financement des hôpitaux : financement direct de l'Etat, par les impôts, comme en Grande-Bretagne ; financement « dual » issu d'aides de l'Etat et de ressources de la sécurité sociale, comme en Allemagne ; ou financement provenant presque exclusivement de ressources du régime public de sécurité sociale, comme en France. Les bailleurs de fonds sont en effet aussi ceux qui ont l'intérêt le plus large dans le contrôle.

A cela s'ajoutera également l'influence des systèmes publics de gestion et de contrôle du régime de santé, qui sont organisés de manière très diversifiée. Le contrôle externe peut être envisagé de deux manières : soit, en considérant les principes directeurs de la gestion publique visant un retour d'information sur la conformité du système, soit en privilégiant un audit détaillé de chaque gestion hospitalière, sous tous ses aspects.

Il faudra prendre également en compte les différentes compétences des instances externes de contrôle en matière d'audit. En Allemagne par exemple, de plus en plus d'hôpitaux échappent à un audit direct par les cours des comptes, parce que leurs organismes gestionnaires les transforment en sociétés de droit civil au sein desquelles, bien souvent, on ne peut plus que vérifier si le sociétaire (souvent, la commune) a exercé ses droits sociaux dans les formes prescrites et si les aides de l'Etat ont été utilisées conformément à leur finalité et en respectant les critères d'économicité.

Enfin, nos traditions, nos approches et nos méthodes différentes en matière d'audit influent certainement aussi sur l'ensemble du processus de contrôle.

Il convient également de se demander si la légalité des actes administratifs figure au premier plan ou si l'économie, l'efficacité et l'efficience font également l'objet d'un contrôle _ et si oui, dans quelle mesure.

Il sera intéressant de voir notre manière d'approcher l'objet du contrôle : par des contrôles plutôt sommaires sur le respect des prescriptions de l'Etat, par un comparatif entre les différents établissements, par des examens détaillés de différents sec-

teurs, par des contrôles exhaustifs d'un système hospitalier ou d'un hôpital, ou encore par des examens sélectifs de sujets concrets.

Notre activité de comparaison est particulièrement d'actualité à un moment où les systèmes de financement sont en pleine mutation _ par exemple en Allemagne, où l'introduction de forfaits par cas pourrait engendrer de nouvelles approches de contrôle. Le processus concret de contrôle sera également influencé par le développement de nouveaux modèles de gestion d'entreprise se rapprochant davantage du secteur commercial, les hôpitaux eux-mêmes ou le niveau régional étant alors compétents en matière de gestion responsable et de contrôles d'objectifs.

Il ne sera pas possible de clarifier toutes ces questions dans les ateliers, ni même d'élaborer des solutions idéales. L'exemple allemand de la collaboration des 16 cours des comptes indépendantes des Länder, qui travaillent toutes selon un système, des conceptions et des traditions propres, nous a montré que ceci n'est pas possible.

Nous avons l'habitude, en Allemagne, d'apprendre les uns des autres en échangeant réciproquement nos informations et nos expériences. Je crois donc que ce séminaire sera tout à fait passionnant vu que cet échange se fait maintenant par delà les frontières, et si nous pouvons expliquer, exemples concrets à l'appui, comment des systèmes de contrôle à la fois proches et différents peuvent aborder des problématiques souvent identiques.

Permettez-moi de faire encore quelques remarques préliminaires sur les différents sujets, qui concernent des secteurs sensibles de l'activité des hôpitaux, dans lesquels les coûts sont particulièrement élevés :

- l'Allemagne n'est pas le seul pays où le secteur opératoire a occasionné des coûts extrêmement importants. Dans ce secteur, il est fait appel non seulement à des techniques onéreuses, mais également à du personnel coûteux ;
- l'audit d'un hôpital et de son fonctionnement peut révéler des possibilités d'économies jusqu'alors cachées ;
- il est inutile de rappeler que l'acquisition, notamment, d'équipements techniques toujours plus coûteux est un sujet de préoccupation constant pour les personnes concernées.

Dans chaque atelier, il faudrait qu'un rapporteur présente un complexe hospitalier ayant déjà fait l'objet d'un audit de la part d'une instance régionale de contrôle des finances, et que des co-référents issus chacun des deux autres Etats transmettent l'expérience de leur Cour des comptes sur le sujet. Je suis sûr que les informations dont nous disposerons alors serviront de socle à un débat animé entre tous les participants au groupe de travail. Comme ce débat va constituer la partie fondamentale du travail, je demande aux référents de limiter rigoureusement leur temps de parole, et aux présidents de veiller à ce qu'il reste suffisamment de temps pour un débat animé.

Afin que ces débats amènent également des résultats concrets, nous vous demandons de constituer, au sein des groupes de travail, des sous-groupes dans lesquels

- 3 caractéristiques communes de l'audit et

- 3 différences

seront dégagées pour chacun des ateliers. Chaque groupe de travail doit en outre mentionner un problème important rencontré lors de l'audit.

Je vous souhaite beaucoup de succès dans cette mission.

Introduction of workshops

Volker Hartloff, Präsident des Rechnungshofs Rheinland-Pfalz

Due to the excellent preparation work carried out prior to the seminar, we have already obtained some basic knowledge of the hospital financing systems in our three countries. We are aware of the common problem of mushrooming costs. The basic knowledge of management and financing systems, the organisation of external audits and the duties of the auditors passed on to us in the plenary session just concluded - and for which we are grateful - have now led us to the actual purpose of this seminar, namely to learn from each other, from concrete examples, how the task of auditing is approached within the various systems and by the various external audit bodies in place.

I believe that we can learn much from each other, and I can imagine that in its objective, the focus of the auditing activity is already characterised by the nature of hospital financing, be this direct financing from state taxes as in Great Britain, through dual financing by means of state allocations and resources from the social security system as in Germany, or almost entirely financed from the resources of the social security system as in France. After all, cash provider also has the greatest interest in its control.

In addition to this, the widely varying forms of the state systems for managing and controlling health care certainly exert an influence as well. It is conceivable that external auditing, taking into account the management guidelines imposed by the state, tends rather to be oriented towards feedback on conformity with the system, or indeed rather to be aimed at detailed auditing of the individual hospital in all of its aspects.

What is sure is that the various auditing competences of the external auditing bodies must also be taken into account. For example, in Germany more and more hospitals elude direct auditing by the courts of audit, as they have been converted by their owners into companies under public law. In many such cases, all that can be audited is whether the partner (frequently the local authority) has properly observed his partner's rights and whether state funds have been applied properly and in accordance with criteria of economy, efficiency and effectiveness.

Finally, our different auditing traditions, approaches and methods must naturally impose a clear stamp on our entire field of auditing.

It must also be investigated whether the legality of administrative activity occupies the foreground, or whether - and if so to what extent - compliance with value-for-money criteria is also checked.

It will be interesting to hear how we approach the material to be audited, by means rather of summary audits determining whether the conditions imposed by the state have been observed, by means of benchmarking between various hospitals, by detailed individual investigations of individual areas, by comprehensive audits of a hospital system or of a hospital, or by means of selective audits of individual topics.

Our comparative activity is lent particular current relevance due to the modification of financing systems, for example in Germany, where the introduction of case flat rates may result in new audit approaches. The development of new models for business management which more closely approximate to the commercial sector and shift independence of action and specifically targeted controls into the area of responsibility of the hospitals themselves or to regional level will similarly have an effect on concrete auditing activity.

Of course, it will not be possible to clarify all of these questions within the working groups, far less to arrive at ideal solutions. From the collaboration between the 16 independent audit offices of the German federal states we know that this is not possible, as each works following its own system, with its own ideas and tradition.

In Germany, we are used to learning from each other on the basis of the mutual exchange of information and experience. From this experience, I believe that it will be particularly exciting if this exchange now extends over frontiers and based on concrete case-studies we can discuss how in related, but at the same time differing, auditing systems the frequently commonly shared problems are addressed.

Let me make a few preliminary comments on the individual topics. These relate to sensitive areas of hospital activity in which costs arise to a particular degree.

- It is not only in Germany that the field of operations has proved to be particularly cost-intensive. Here, apart from particularly expensive technology, we also find particularly costly personnel deployed.
- The auditing of a hospital and its business procedures can throw up hidden opportunities for savings.
- I hardly need say that procurement, especially in terms of ever more expensive technical equipment, represents a constant concern for those responsible.

The idea is that within each working group a subject area which has already been the object of an audit by a regional audit body will be presented by a speaker and that a co-speaker from each of the other two states will then contribute the experience of his own audit office in this respect. I am assuming that the information which is then made available will provide the basis for a lively discussion among all the participants in the working group. As this discussion is intended to be the focal point of the work, I would ask the speakers to strictly limit the length of their talks and urge the chair persons to ensure that adequate time for a lively discussion is left.

However, to ensure that this discussion produces concrete results, you are asked to form sub-groups within the working groups which should identify

- three common features of auditing and
- three major differences.

In addition, each working group should identify a central problem with auditing.

I wish you much success in your work.

Conclusions of workshop 1

Conclusions de l'atelier 1

Schlussfolgerungen des Arbeitskreises 1

Value-for-money audit of operating theatres

Chris Raspin from the Audit Commission reported on how auditors in the Audit Commission go about auditing value for money in English and Welsh Hospitals. He used the examples of their reviews of operating theatres. He talked about the scope of their work on operating theatres (demand and supply of theatre time, scheduling of theatre session, productivity, staffing levels and cost) and structured his presentation resting on some key questions, such as the information which is available (for example, expertise of hospital staff, local theatre information system, information from the Department of Health), how auditors use this information (for example, the information from the local information system is combined into a national data base in order to compare performance between hospitals), the audit techniques they use (interviews, surveys, quantitative analysis, benchmarking, observation, documents), the way they report (in general results are reported throughout the audit), and how they make change happen (through discussion at all stages, involvement of decision makers, agreement of an action plan and follow-up audits).

During his presentation of the German approach to VFM audit on operating theatres, Hermann Mayer from the Court of Audit of Rhineland-Palatinate outlined the high quality data that is available in Germany on surgical operations (for example, the time the patient is in the ward before going into the operating theatre is measured, the time devoted to anesthesia can be measured as well; likewise the time the patient is in the room before and after the surgery is measured and the time before he wakes up after surgery). Auditors focus especially on the staff that is required throughout the whole surgical operation process including previous and subsequent care in the hospital and the coordination of their duties. Likewise the organisational structure of the hospital is subject to review. All available data will help to improve performance and reduce costs.

Michel Leclercq, Member of the Regional Audit Chamber of Ile-de-France underlined that in France it is mainly the Medical and Pharmaceutical Inspectorate the one responsible for auditing the performance of hospitals. Regional Audit Chambers perform only few VFM-audits, their work is still focussed on examining regularity and legality issues.

The workshop participants recognised a number of similarities and differences among the three countries:

Similarities

1. In the three countries auditors rely on work performed by other authorities.
2. There is a common concern for improving economy, efficiency and effectiveness.

3. Reducing operating personnel costs was pointed out as a common aim.
4. Optimal staff coordination is another objective in common.

Differences

1. Comparative data is only available in England; there are no national databases in Germany whereas in France sometimes data are available at national level due to the carrying-out of national surveys.
2. Auditors in the UK give more importance to VFM issues. In France and Germany VFM audit is being introduced, but audit bodies still place their attention on regularity and legality issues.

The key issue is how to make auditees to improve their effectiveness.

L'audit de performance des blocs opératoires

Monsieur Chris Raspin, membre de l'Audit Commission, a fait état de la méthode employée par les auditeurs de la Commission pour vérifier l'optimisation des ressources dans les hôpitaux anglais et gallois. Il s'est appuyé sur des exemples de leurs examens de blocs opératoires. Il a évoqué l'étendue de leur travail sur les blocs opératoires (demande et offre de temps en salle d'opération, programmation des passages en salle d'opération, productivité, niveaux de dotation en personnel et coûts) et structuré sa présentation en se fondant sur quelques questions-clés : les informations disponibles (par exemple, l'expertise du personnel hospitalier, le système local d'information sur les blocs opératoires, les informations provenant du ministère de la Santé), l'exploitation de ces informations par les auditeurs (par exemple, les informations issues du système local d'information sont intégrées dans une base de données nationale en vue de comparer la performance des hôpitaux), les techniques de contrôle utilisées (entretiens, enquêtes, analyses quantitatives, benchmarking, observation, documents), le mode d'élaboration du rapport (en général, les résultats sont consignés tout au long du contrôle) et les modalités de concrétisation des changements (discussion à toutes les étapes, participation des décideurs, accord sur un plan d'action et contrôles de suivi).

Pendant sa présentation de la méthode allemande de l'audit de performance des blocs opératoires, Monsieur Hermann Mayer, de la Cour des comptes de Rhénanie-Palatinat, a souligné la haute qualité des données disponibles en Allemagne sur les opérations chirurgicales (par exemple, la durée pendant laquelle le patient reste en salle avant d'entrer en bloc opératoire est mesurée, le temps consacré à l'anesthésie peut également être mesuré ; de même, le temps pendant lequel le patient reste en salle avant et après l'opération est mesuré tout comme le temps précédant son réveil après l'opération). Les auditeurs s'intéressent particulièrement au personnel nécessaire d'un bout à l'autre de l'opération chirurgicale, y compris les soins antérieurs et postérieurs dispensés à l'hôpital et la coordination de leurs tâches. Par ailleurs, la structure organisationnelle de l'hôpital peut être révisée. Toutes les données disponibles contribuent à l'amélioration des résultats et à la réduction des coûts.

Michel Leclercq, Conseiller auprès de la Chambre régionale des comptes d'Ile-de-France, a précisé qu'en France, la responsabilité du contrôle de la performance des hôpitaux incombe principalement à l'Inspection médicale et pharmaceutique. Les chambres régionales des comptes ne réalisent que quelques audits de performance et leur travail reste centré sur l'examen des questions de régularité et de légalité.

Les participants à l'atelier ont relevé un certain nombre de similitudes et de différences entre ces trois pays :

Similitudes

1. Dans les trois pays, les auditeurs s'appuient sur le travail réalisé par d'autres autorités.
2. On constate un même souci d'amélioration de l'économie, de l'efficacité et de l'efficience.
3. La réduction des coûts de personnel d'exploitation ressort comme un objectif commun.
4. La coordination optimale du personnel est un autre objectif commun.

Différences

1. Des données comparatives ne sont disponibles qu'en Angleterre ; absence de bases de données nationales en Allemagne ; en France en revanche, des données sont parfois disponibles à l'échelle nationale en raison de la réalisation d'enquêtes nationales.
2. Au Royaume-Uni, les auditeurs accordent une plus grande importance aux audits de performance. En France et en Allemagne, ces audits sont en cours d'adoption, mais les institutions de contrôle externe des finances publiques continuent de porter leur attention sur les questions de régularité et de légalité.

Problème-clé : comment faire pour que les organismes contrôlés renforcent leur efficacité ?

Wirtschaftlichkeitsprüfung von Operationssälen

Chris Rospin, Mitglied der Audit Commission, berichtete darüber, wie die Prüfer der Kommission bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit in englischen und walisischen Krankenhäusern vorgehen. Als Beispiele führte er ihre Operationssaalprüfungen an. Er ging auf den Umfang ihrer Prüfungsarbeit im Zusammenhang mit Operationssälen ein (Angebot und Nachfrage von Saalzeiten, Planung von Saalaufenthalten, Produktivität, Personalplanung und -kosten) und strukturierte den verbleibenden Teil seines Referats anhand einer Reihe von Schlüsselfragen, etwa die Informationen, die verfügbar sind (zum Beispiel Fachwissen von Krankenhauspersonal, lokales Operationssaal-Informationssystem, Informationen aus dem Gesundheitsministerium), wie die Prüfer diese Informationen nutzen (zum Beispiel werden die Informationen aus dem lokalen Informationssystem in einer nationalen Datenbank so kombiniert, dass die Leistungsfähigkeit zwischen Krankenhäusern verglichen werden kann), die Prüfungstechniken, die sie anwenden (Interviews, Erhebungen, quantitative Analysen, Benchmarking, Beobachtungen, Unterlagen), wie sie Bericht erstatten (in der Regel wird während des gesamten Prüfungsablaufs über die Ergebnisse Bericht erstattet) und wie sie Veränderungen ermöglichen (durch Diskussionen in allen Phasen, Einbindung von Entscheidungsträgern, Vereinbarung eines Aktionsplans und Folgeprüfungen).

In seinem Referat über den deutschen Ansatz der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Operationssälen ging Hermann Mayer, Ministerialrat beim Rechnungshof Rheinland-Pfalz, auf die hochwertigen Daten ein, die in Deutschland im Bereich der chirurgischen Operationen vorliegen (zum Beispiel wird die Zeit gemessen, die der Patient vor der Verbringung in den Operationssaal auf der Station bleibt, auch die für die Narkose aufgewendete Zeit kann gemessen werden; ebenso werden die Zeit, die der Patient vor und nach dem chirurgischen Eingriff auf dem Zimmer ist, und die Zeit, bis er nach dem Eingriff aufwacht, gemessen). Die Prüfer konzentrieren sich insbesondere auf das Personal, das während des gesamten chirurgischen Operationsprozesses einschließlich Vor- und Nachversorgung im Krankenhaus erforderlich ist sowie auf die Koordinierung ihrer Aufgaben. Auch die organisatorische Struktur (Aufbauorganisation) des Krankenhauses wird untersucht. Alle verfügbaren Daten tragen dazu bei, die Leistung zu verbessern und die Kosten zu senken.

Michel Leclercq, Mitglied der Rechnungskammer Ile-de-France, hob hervor, dass für die Prüfung der Leistung von Krankenhäusern im Bereich der Wirtschaftlichkeit in erster Linie das medizinische und pharmazeutische Inspektorat zuständig ist. Die regionalen Rechnungskammern führen nur wenige Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch, ihre Arbeit konzentriert sich nach wie vor auf die Untersuchung von Ordnungsmäßigkeits- und Gesetzmäßigkeitsfragen.

Die Teilnehmer dieses Arbeitskreises stellten eine Reihe von Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen den drei Ländern fest:

Gemeinsamkeiten

1. In allen drei Ländern verlassen sich die Prüfer auf die von anderen Behörden geleistete Arbeit.
2. Die Verbesserung der Sparsamkeit, Effizienz und Effektivität ist ein gemeinsames Anliegen.
3. Die Senkung der operativen Personalkosten wurde als ein Ziel angeführt, das allen gemeinsam ist.
4. Ein weiteres gemeinsames Ziel ist eine optimale Personalkoordination.

Unterschiede

1. Vergleichende Daten liegen nur in England vor. In Deutschland gibt es keine nationalen Datenbanken, während in Frankreich manchmal nach Durchführung landesweiter Erhebungen auch Daten auf nationaler Ebene vorhanden sind.
2. Die Prüfer im Vereinigten Königreich messen Wirtschaftlichkeitsfragen eine größere Bedeutung bei. In Frankreich und Deutschland wird die Wirtschaftlichkeitsprüfung gerade erst eingeführt, die Einrichtungen der externen Finanzkontrolle befassen sich nach wie vor vorrangig mit Ordnungsmäßigkeits- und Gesetzmäßigkeitsfragen.

Die entscheidende Frage ist, wie die geprüften Stellen dazu gebracht werden können, ihre Effektivität zu verbessern.

Conclusions de l'atelier 2

Conclusions of workshop 2

Schlussfolgerungen des Arbeitskreises 2

Contrôle intégré d'un hôpital communal en Rhénanie-Palatinat

La Cour des comptes de Rhénanie-Palatinat contrôle la gestion d'un certain nombre d'hôpitaux, qui font chaque année certifier leurs comptes et leur rapport de gestion par des experts-comptables.

Monsieur Udo Rauch de la Cour des comptes de Rhénanie-Palatinat a expliqué que l'audit porte sur la totalité des services, et en particulier sur l'adéquation des effectifs aux fonctions de l'établissement : la question est en effet de savoir si les tâches effectuées par les différents services peuvent être menées à bien de manière plus efficiente avec moins de personnel ou avec des moyens d'exécution différents. Cela nécessite de calculer les besoins en personnel sur la base d'indices généralement reconnus, qui permettent de déterminer des temps de traitement moyens et d'analyser les statistiques correspondantes. Ces calculs s'appliquent bien aux services dont les prestations sont aisément mesurables.

Les besoins en personnel de sages-femmes dans le service d'obstétrique ont ainsi été analysés à partir de données fournies par la fédération des hôpitaux allemands et les associations centrales des organismes d'assurance maladie. L'effectif nécessaire a été calculé sur la base d'un ratio de 780 minutes par accouchement. De même, l'audit a recherché les moyens de rationaliser l'utilisation du laboratoire en développant l'automatisation des opérations accomplies manuellement.

L'audit cherche également à vérifier si les tâches des services internes (nettoyage de locaux, blanchisserie ...) peuvent être réalisées à meilleur compte par des entreprises privées ou en coopération avec d'autres hôpitaux .

Les conclusions de l'audit ont été publiées dans le rapport annuel de la Cour ; il a été demandé à l'hôpital de confier le nettoyage du bâtiment à des entreprises privées et de réduire la dotation en personnel de certaines fonctions, en exploitant les départs naturels afin d'éviter des licenciements.

Madame Anne Brinkhoff de la Audit Commission a exposé l'approche britannique de ce type d'audit qui s'appuie sur des données comparatives, d'ordre quantitatif (coût du service) et qualitatif (listes d'attente, durée de séjour). Accompagnées d'informations plus générales sur le fonctionnement des services et d'études d'opinion auprès des usagers, ces données alimentent la démarche d'audit : elles permettent de comparer l'hôpital à d'autres établissements, d'identifier les bonnes pratiques, de mettre en évidence les cas atypiques afin d'en isoler les causes, et de rechercher les moyens d'améliorer l'efficacité. Les méthodes utilisées sont le recueil et l'analyse de données, le benchmarking, les questionnaires, les ateliers avec les gestionnaires de l'hôpital, l'analyse de documents et les entretiens, groupes de suivi ou enquêtes d'opinion. Le rapport remis aux dirigeants contient des recommandations, dont le District Audit vérifie l'application lors de l'audit annuel suivant. Cependant la prin-

principale différence réside dans le choix des thèmes d'audit, déterminés par les orientations stratégiques des politiques de santé.

Monsieur Francis Malle, Conseiller auprès de la Chambre régionale des comptes de Basse-Normandie, a expliqué que le recours systématique à des référentiels de coûts est encore peu pratiqué en France, faute de données comparatives fiables sur les coûts et l'activité des différentes fonctions hospitalières. Les comptabilités analytiques des hôpitaux, pourtant obligatoires, ne sont pas mises en œuvre. Toutefois les données du PMSI¹, bien que peu utilisées pour le pilotage interne des hôpitaux, sont de plus en plus exploitées par les auditeurs pour comparer et apprécier les moyens affectés aux différents services. L'approche d'audit, déterminée en fonction d'enjeux nationaux (politiques de santé) ou locaux (management), s'attache à vérifier la régularité des actes de gestion et le choix des procédures de gestion les plus efficaces.

¹ Le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) est le système qui permet une mesure médicalisée de la production hospitalière française, et théoriquement l'adaptation de la rémunération des hôpitaux et des cliniques à ce produit. Il repose sur la nomenclature des Groupes Homogènes de Malades (GHM) qui est une adaptation de la classification américaine des *Diagnosis Related Groups* (DRG) élaborée par le professeur Fetter de l'université de Yale aux Etats-Unis.

Le PMSI a été introduit en France dans le milieu des années 1980 ; il a été généralisé aux activités de courts séjours (médecine, chirurgie, obstétrique) au début des années 1990 et il doit être appliqué dans les prochaines années aux soins de suite et de réadaptation et à la psychiatrie.

Comprehensive audit of a local hospital in Rhineland-Palatinate

The Court of Audit of Rhineland-Palatinate oversees the administration of a certain number of hospitals, the accounts and management reports of which are sent each year to certified accountants for auditing.

Udo Rauch from the Court of Audit of Rhineland-Palatinate explained that the comprehensive audit is based on all of the services, and in particular the adequacy of the employees to carry out the duties of the hospital: the question is, in fact, to know whether the tasks carried out by the different services may be performed more efficiently with less personnel or by using different methods. To this end, staffing requirements need to be calculated based on generally recognised values, which enable average treatment times to be determined and the corresponding statistics to be analysed. These calculations apply to services whose performance can be easily measured.

The staffing requirements for midwives in obstetrics has thus been analysed using data supplied by the German Hospital Federation and the national associations of health insurance funds. The necessary personnel was calculated based on an average value of 780 minutes per childbirth. In the same way, the audit researched methods of rationalising laboratory usage by increasingly automating operations which are carried out manually.

Another aim of the audit is to monitor whether duties carried out internally (cleaning, laundry services...) may be performed at a lower cost by private firms or in collaboration with other hospitals.

The findings of the audit have been published in the Court's annual report; the hospital was asked to entrust the cleaning of the hospital buildings to private firms and to reduce the staffing levels for certain functions by taking advantage of normal retirements and thereby avoiding dismissals.

According to Anne Brinkhoff from the Audit Commission, underpinning the British approach of this type of audit is comparative data, of both a quantitative (cost of service) and qualitative (waiting lists, length of stay) nature. Coupled with more general information on the way the services work and on opinion surveys carried out among users, this data assists the audit process: it enables a comparison to be drawn between the hospital and other hospitals, good practices to be identified and atypical cases to be highlighted in order to isolate their causes. Furthermore, the data also enables research to be carried out into methods of improving efficiency. The methods employed are the collection and analysis of data, benchmarking, questionnaires, workshops for hospital managers, analysis of documents and interviews, follow up groups or opinion surveys. The report submitted to the managers contains recommendations, the application of which is verified by District Audit when con-

ducting the following year's audit. The main difference, however, is in the selection of audit topics, defined by the strategic direction of health policies.

Finally, Francis Malle from the Regional Audit Chamber of Low Normandy outlined that systematic recourse to cost referentials remains uncommon in France, due to a lack of reliable comparative data on costs and the activity of different hospital functions. Hospital cost accounting, though obligatory, is not implemented. Although rarely used for the internal control of hospitals, the data from the Medical Information System¹ is nevertheless being increasingly exploited by auditors in order to compare and appreciate the means allocated to different services. The approach of the audit, established in terms of national (health policies) or local interests (management), focuses on examining the regularity of management acts and selecting the most efficient management procedures.

¹ The Medical Information System (Programme de médicalisation du système d'information, PMSI) makes it possible to provide data for classification of treatments provided in French hospitals, and theoretically to adjust payments to hospitals and clinics to these figures. It is based on the system of Homogenous Patient Groups (Groupes Homogènes de Malades, GHM) which is adapted from the American classification of *Diagnosis Related Groups* (DRG) drawn up by Professor Fetter of Yale University in the United States.

PMSI was introduced in France in the middle of the 80s; it came into general use for short-term stay activities (medicine, surgery and obstetrics) at the start of the 90s and should be applied over the next few years to follow-up treatment, rehabilitation, and psychiatry.

Umfassende Prüfung eines kommunalen Krankenhauses in Rheinland-Pfalz

Der rheinland-pfälzische Rechnungshof prüft die Haushalts- und Wirtschaftsführung einer gewissen Anzahl Krankenhäuser, die jedes Jahr ihren Rechnungsabschluss und ihren Lagebericht durch sachverständige Rechnungsprüfer prüfen lassen.

Nach Aussage von Dr. Udo Rauch, Leitender Ministerialrat des Rechnungshofs Rheinland-Pfalz, bezieht sich die Prüfung auf sämtliche Dienstleistungen, insbesondere auf die angemessene Besetzung für die Aufgaben der Einrichtung; die Fragestellung lautet eigentlich, ob die von den einzelnen Abteilungen ausgeführten Aufgaben mit weniger Personal oder mit anderen Mitteln effizienter durchgeführt werden können. Dies erfordert eine Berechnung des Personalbedarfs anhand allgemein anerkannter Anhaltzahlen (Richtwerte), mit denen durchschnittliche Behandlungs- bzw. Bearbeitungszeiten festgestellt und die entsprechenden Statistiken analysiert werden können. Diese Berechnungen lassen sich problemlos auf Dienstleistungen anwenden, deren Leistungen einfach messbar sind.

Der Personalbedarf an Hebammen in der Abteilung für Geburtshilfe ist anhand von Daten analysiert worden, die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen zur Verfügung gestellt worden sind. Das erforderliche Personal ist anhand eines Durchschnittswertes von 780 Minuten je Entbindung berechnet worden. Ebenso hat die Prüfung nach Möglichkeiten zur Rationalisierung der Laborbenutzung gesucht, indem eine Automatisierung der manuell durchgeführten Abläufe entwickelt worden ist.

Die Prüfung versucht ebenfalls zu untersuchen, ob die Aufgaben interner Dienststellen (Raumpflege, Wäscherei usw.) günstiger von privaten Unternehmen oder in Kooperation mit anderen Krankenhäusern ausgeführt werden können.

Die Schlussfolgerungen der Prüfung sind im Jahresbericht des Rechnungshofs veröffentlicht worden; das Krankenhaus wurde aufgefordert, private Unternehmen mit der Reinigung des Gebäudes zu beauftragen und die Zuteilung des Personals für bestimmte Aufgaben durch Nutzung des im betrieblichen Ablauf normalen Ausscheidens von Personal zu reduzieren, um so Kündigungen zu vermeiden.

Die britische Methode bei dieser Art von Prüfungen stützt sich laut Anne Brinkhoff von der Audit Commission auf vergleichende Daten quantitativer (Dienstleistungskosten) und qualitativer Art (Wartelisten, Aufenthaltsdauer). Im Zusammenspiel mit allgemeineren Informationen zum Ablauf der Dienstleistungen und Meinungsumfragen bei den Benutzern, dienen diese Daten als Input für den Prüfungsablauf: sie ermöglichen den Vergleich des Krankenhauses mit anderen Krankenhäusern, die Feststellung ordnungsgemäßer Praktiken, die Herausstellung atypischer Fälle zur Freilegung der Ursachen und die Suche nach Möglichkeiten zur

Verbesserung der Wirtschaftlichkeit. Die verwendeten Methoden sind: Sammlung und Analyse von Daten, Benchmarking, Fragebögen, Workshops für Krankenhausverwalter, Analyse der Dokumente und der Gespräche, Weiterverfolgungsgruppen oder Meinungsumfragen. Der Bericht, der den Krankenhausleitern übergeben wird, enthält Empfehlungen, deren Umsetzung das District Audit bei der nächsten jährlichen Prüfung überprüft. Doch der Hauptunterschied beruht in der Auswahl der Prüfungsthemen, die von der strategischen Ausrichtung der Gesundheitspolitik bestimmt werden.

Nach Aussage von Francis Malle, Mitglied der Rechnungskammer Basse-Normandie, wird in Frankreich die systematische Verwendung von Kostenbezugssystemen auf Grund fehlender zuverlässiger Vergleichsdaten über die Kosten und die Tätigkeiten der einzelnen Krankenhausabteilungen immer noch wenig praktiziert. Die analytische Krankenhausrechnungslegung ist zwar Pflicht, wird jedoch nicht angewandt. Dennoch werden die Daten des PMSI, die zwar kaum zur internen Wirtschaftsführung von Krankenhäusern herangezogen werden, vermehrt von den Prüfern zum Vergleich und zur Bewertung der Mittel eingesetzt, die den einzelnen Abteilungen zugeteilt werden. Der Prüfungsansatz, die in Abhängigkeit von den jeweils nationalen Schwerpunkten (Gesundheitspolitik) oder der Einrichtung vor Ort (Krankenhausleitung) bestimmt wird, befasst sich mit der Regelmäßigkeit der Verwaltungshandlungen und der Auswahl der effizientesten Verwaltungsabläufe.

¹ Das Programm zur Integration medizinischer Angaben in die Informationssysteme (Programme de médicalisation du système d'information, PMSI) ist ein System das die Klassifizierung der in französischen Krankenhäusern erbrachten Versorgungsleistungen nach medizinischen Kriterien erlaubt und das theoretisch zur Anpassung der Krankenhaus- und Klinikvergütung an diese Leistungen dient. Es beruht auf der Nomenklatur der „Homogenen Patientengruppen“ (Groupes Homogènes de Malades, GHM), die eine Anpassung der von Professor Fetter, Universität Yale, ausgearbeiteten amerikanischen Klassifizierung der Diagnosefallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG) ist.

Das PMSI wurde in Frankreich Mitte der 80er Jahre eingeführt. Es wird seit Anfang der 90er Jahre generell für alle Tätigkeiten bei Kurzaufenthalten (Allgemeinmedizin, Chirurgie, Geburtshilfe) angewendet und soll in den nächsten Jahren auch auf Folgebehandlungen und Rehabilitation und auf Psychiatrie ausgedehnt werden.

Conclusions of workshop 3

Conclusions de l'atelier 3

Schlussfolgerungen des Arbeitskreises 3

Value-for-money audit of hospital supplies

The workshop session compared and contrasted the approach to VFM of hospital supplies (especially medical equipment procurement and supply) in France, England and Germany.

Stanislas de Chergé from the Regional Audit Chamber of Rhone-Alpes described a VFM audit at a major hospital in Lyon. Audit techniques included analysis of data to produce ratios, inventory checks and comparisons between planned and actual activity to demonstrate efficient use of equipment.

The audit revealed many areas for improvement which were accepted by the hospital management.

In relation to the approach in England, Hilary Morse of the Audit Commission outlined the typical approach to VFM audit using hospital supplies as an example area. This showed that the techniques are very similar to the French model but the opportunity is also taken to compare performance with other hospitals using databases that have been developed by the Audit Commission. The approach in England also identifies good practices to be shared between audited bodies.

The approach in Germany was outlined by Volker Hartloff from the Court of Audit of Rhineland Palatinate. This presentation focussed on the type of procurement activity including reviewing needs assessment and promoting value for money through centralisation of outputs and grouping of purchases.

The workshop group identified a number of key similarities and differences to the methodologies as follows:

Similarities

1. The audit techniques used in the three countries were similar.
2. All reports are routinely followed up once agreed to ensure that the audit findings are implemented and the audit has impact.
3. All methodologies integrated value-for-money issues alongside routine probity issues, for example, in relation to procurement.

Differences

1. With the exception of England, comparative data is not widely available or used. Consequently, audits do not benefit from reviewing performance elsewhere.
2. The audit approach in France and Germany concentrates on exception reporting and critical areas. In England, attempts are also made to balance audits with feed back on good practice areas.

3. Audits in England are annual, whereas the approach in France and Germany is more cyclical.
4. Whilst reporting approaches are fairly similar, the approach in France does not include an action plan although all reports are public.

Biggest common problem identified in a VFM audit of hospital supplies

The biggest issue relating to this particular audit was the conflict between medical professionals who are heavily involved in specification and procurement of supplies and equipment. They can have less regard to value-for-money objectives than procurement specialists who are less involved than they would be with other types of procurement.

L'audit de performance de l'achat et de la gestion des équipements médicaux

L'atelier a permis de mener une étude comparative et contrastive des audits de performance concernant les systèmes et procédures d'achat et de gestion des équipements médicaux dans des établissements hospitaliers en France, en Angleterre et en Allemagne.

Monsieur Stanislas de Chergé, Conseiller auprès de la Chambre régionale des comptes de Rhône-Alpes, a décrit un contrôle de performance qui s'est déroulé dans un grand hôpital de Lyon. Les techniques de contrôle comprenaient l'analyse d'un échantillon de données pour parvenir à certains ratios, des contrôles d'inventaire et des comparaisons entre les activités réelles et programmées, dans la perspective d'une meilleure utilisation de l'équipement.

L'audit a mis en évidence plusieurs secteurs d'amélioration potentielle qui ont été entérinés par la direction de l'hôpital.

Madame Hilary Morse, membre de l'Audit Commission, a exposé l'approche qui prévaut en Angleterre en matière de contrôle de performance en basant son propos sur les systèmes et procédures d'achat et de gestion des équipements médicaux dans certains établissements hospitaliers. Cet exposé a mis en évidence l'existence de grandes ressemblances avec les techniques employées en France. Mais, l'Angleterre profitait également du contrôle pour comparer la performance avec celle d'autres hôpitaux en ayant recours à des banques de données constituées par l'Audit Commission. L'approche anglaise envisage également les « bonnes pratiques » devant être respectées par les organismes sur lesquels portent l'audit.

Monsieur Volker Hartloff, Président de la Cour des comptes de Rhénanie-Palatinat, a présenté la méthode qui cours en Allemagne. Ce faisant, il s'est concentré sur l'activité d'approvisionnement ainsi que sur le contrôle de l'évaluation des besoins et sur la promotion de l'optimisation des ressources par la centralisation de la production et le groupement des achats.

Le groupe ayant participé à cet atelier a identifié un certain nombre de similitudes et de différences en matière de méthodologie, qui peuvent se résumer comme suit :

Similitudes

1. Les techniques d'audit utilisées dans les trois pays sont similaires.
2. Tous les rapports donnent lieu à un suivi pour s'assurer que les mesures préconisées à l'issue du contrôle ont bien été mises en œuvre et qu'elles ont un impact.
3. Toutes les méthodologies ont porté sur des questions d'optimisation des ressources ou d'efficacité, en matière d'adjudication par exemple.

Différences

1. A l'exception de l'Angleterre, les données comparatives ne sont pas toujours disponibles ou utilisées. De fait, les audits ne bénéficient pas des contrôles de performance réalisés ailleurs.
2. Les approches française et allemande se concentrent sur la présentation des cas exceptionnels et des points critiques. L'approche anglaise tente aussi d'inclure des suggestions en matière de bonnes pratiques.
3. Les audits sont réalisés sur une base annuelle en Angleterre tandis que l'Allemagne et la France privilégient une approche plus cyclique.
4. Même si en matière de rapports toutes les approches sont assez similaires, la démarche française ne comporte pas de plan d'action alors que tous ses rapports sont rendus publics.

Principal problème mis au jour en matière de l'audit de performance de l'approvisionnement hospitalier

Le principal problème rencontré dans la réalisation de ce type d'audit a été le conflit entre les professionnels qui sont fortement impliqués dans la prescription et l'achat de fournitures et d'équipements. Ils peuvent être moins soucieux d'optimiser les ressources que des spécialistes des achats que l'on pourrait rencontrer dans d'autres types d'approvisionnement.

Wirtschaftlichkeitsprüfung der Beschaffung und der Verwaltung von medizinischen Geräten

In dem Arbeitskreis wurden die Ansätze der Prüfung der Systeme und der Verfahren für den Einkauf und die Verwaltung der medizinischen Geräte in Krankenhäusern in Frankreich, England und Deutschland verglichen und gegenübergestellt.

Stanislas de Chergé, Mitglied der Rechnungskammer Rhône-Alpes, beschrieb eine Wirtschaftlichkeitsprüfung in einem großen Krankenhaus in Lyon. Zu den Prüfungstechniken gehörten Datenanalysen zur Kennzahlenerstellung, Inventarüberprüfungen und Vergleiche zwischen geplanten und tatsächlichen Tätigkeiten zum Nachweis der effizienten Nutzung der medizinischen Geräte.

Die Prüfung ergab viele verbesserungswürdige Bereiche, die von der Krankenhausleitung akzeptiert wurden.

Zum Ansatz in England legte Hilary Morse, Mitglied der Audit Commission, den typischen Ansatz einer Wirtschaftlichkeitsprüfung am Beispiel der Beschaffung und der Verwaltung von medizinischen Geräten dar. Es zeigte sich, dass zwar die Prüfungstechniken dem französischen Modell sehr ähnlich sind, aber auch die Chance genutzt wird, anhand von Datenbanken, die von der Audit Commission aufgebaut wurden, die Leistung mit der anderer Krankenhäuser zu vergleichen. Beim Ansatz in England werden überdies gute Praktiken ermittelt, die zwischen den geprüften Einrichtungen ausgetauscht werden können.

Der Ansatz in Deutschland wurde von Volker Hartloff, dem Präsidenten des Rechnungshofs Rheinland-Pfalz, vorgestellt. Die Präsentation konzentrierte sich auf die Art der Beschaffungstätigkeit von medizintechnischen Geräten einschließlich der Überprüfung der Bedarfseinschätzung und der Förderung der Wirtschaftlichkeit durch Zentralisierung von Leistungen und Bündelung von Beschaffungsaufträgen.

Die Teilnehmer dieses Arbeitskreises arbeiteten eine Reihe wesentlicher Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den Methodiken heraus:

Gemeinsamkeiten

1. Die in den drei Ländern angewandten Prüfungstechniken waren ähnlich.
2. Alle Berichte werden nach erfolgter Zustimmung routinemäßig weiterverfolgt, um sicherzustellen, dass die Prüfungsempfehlungen umgesetzt werden und die Prüfung Auswirkungen nach sich zieht.
3. Alle Methodiken schlossen neben Routinegewissenhaftigkeitsprüfungen Wirtschaftlichkeitsprüfungen ein, etwa bei der Beschaffung.

Unterschiede

1. Mit Ausnahme Englands sind vergleichende Daten nicht verbreitet verfügbar oder in Gebrauch. Bei den Prüfungen werden daher Leistungskontrollen an anderen Stellen nicht nutzbar gemacht.
2. Der Prüfungsansatz in Frankreich und Deutschland konzentriert sich auf Berichterstattung über Ausnahmen und kritische Bereiche. In England wird außerdem versucht, die Prüfungen mit Feedback über Bereiche guter Praktiken in Einklang zu bringen.
3. Die Prüfungen in England erfolgen jährlich, während der Ansatz in Frankreich und Deutschland zyklischer ist.
4. Die Berichterstattungsansätze sind zwar relativ ähnlich, der Ansatz in Frankreich umfasst jedoch keinen Aktionsplan, obwohl alle Berichte öffentlich sind.

Das größte gemeinsame Problem, das bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Beschaffung und Verwaltung medizinintechischer Ausrüstungsgegenstände festgestellt wurde

Das größte Problem in diesem besonderen Prüfungsbereich war der Konflikt zwischen medizinischem Fachpersonal, das stark an der Spezifizierung und Beschaffung von Geräten und sonstiger Ausrüstungsgegenstände beteiligt ist. Es hat Wirtschaftlichkeitsziele ggfs. weniger im Auge als Beschaffungsspezialisten, die nicht so stark beteiligt sind, wie dies bei anderen Beschaffungsarten der Fall wäre.

Glossaire

Glossary

Glossar

HEALTH CARE GLOSSARY

Access to health care services	Accès aux soins de santé	Zugang zum medizinischen Versorgungssystem
Acute care	Soins aigus	Akutversorgung
Ambulatory (medical) care	Médecine ambulatoire	Ambulante (medizinische) Versorgung
Ambulatory (medical)care services	Soins ambulatoires	Ambulante (medizinische) Versorgungsleistungen
Basic benefit packages of the sickness funds	Enveloppe de base des prestations servies par les caisses maladies	Festgeschriebenes Leistungspaket der Krankenkassen
Bed capacity	Capacité hospitalière (nombre de lits)	Bettenkapazität
Benefit package: defined range of health care services covered by an insurance	Enveloppe des prestations de santé garanties par une assurance	Leistungskatalog der Krankenversicherungen: definierte Liste von medizinischen Versorgungsleistungen, die bei Eintreten eines Versicherungsfalles gewährt werden müssen
Benefit payment schedule: list of amounts an insurance plan will pay for covered health care services	Barème des prestations : liste des prestations versées par les services de santé couverts dans le cadre d'une formule d'assurance maladie	Sach- oder Geldleistungen der Krankenkassen, auf die der Versicherte bei Eintreten des versicherten Ereignisses einen Anspruch hat
Benefits in cash	Prestations monétaires	Geldleistungen
Benefits in kind	Prestations en nature	Sachleistungen
Benefits: services or finances to which the health care member is entitled. In health insurance this can either be a payment in cash or in kind following medical contingency covered by a scheme	Prestation : service ou versement auquel a droit tout individu couvert par un système de sécurité sociale. En assurance maladie, il peut s'agir d'une prestation monétaire ou d'une prestation en nature, selon les risques médicaux couverts par le système de protection ou le régime assurantiel en question	Krankenversicherungsleistungen: medizinische bzw. gesundheitliche Sachleistungen oder Geldleistungen der Krankenkassen, auf die der Versicherte bei Eintreten des versicherten Ereignisses einen Anspruch hat
Beveridge Model: A model system for health care organisation by a national health service system under which health care is financed mainly by general taxation and delivered under	Modèle Beveridge : modèle d'organisation du secteur de la santé fondé sur un service national de santé, caractérisé par un financement largement appuyé sur l'impôt et une offre de	Beveridge-Modell: Modellsystem für die staatliche Organisation eines Gesundheitssystems nach dem Vorbild eines staatlichen Gesundheitsdienstes:

the supervision of a central public institution	soins placée sous la tutelle d'une institution publique centrale	Gesundheitsleistungen werden vorwiegend durch Steuergelder finanziert, die Leistungserbringung erfolgt unter der Aufsicht einer zentralen öffentlichen Institution (=der Staat)
Bismarck Model: Model system for social security with compulsory health care insurance under which insurance funds may be independent from the Government	Modèle Bismarck : modèle de sécurité sociale fondé sur l'assurance maladie obligatoire et géré par des caisses maladie éventuellement indépendantes de l'État	Bismarck-Modell: Modellsystem der sozialen Sicherung, die u.a. die Krankenversicherung einschließt. Im Unterschied zu dem Beveridge-Modell werden hier (zumeist) einkommensabhängige Beiträge an vom Staat mehr oder weniger abhängige Einrichtungen (=Krankenhäuser) gezahlt. Diese verhandeln idR Preise und Leistungsumfang mit den Leistungserbringern.
Capital costs of hospitals	Dépenses d'investissement des hôpitaux	Kapitalkosten der Krankenhäuser
Capitation payment: payment system of health care providers where a fixed amount per enrolled person is paid within a defined amount of time on the basis of a defined set of services irrespective of service utilisation	Paiement par capitation : système de rémunération des prestataires de soins reposant sur l'attribution d'un forfait par patient inscrit, sur la base d'un ensemble déterminé de services, indépendamment de l'utilisation de ces services	Kopfpauschale: Bezahlungssystem für Erbringer von Gesundheitsleistungen wobei für alle Leistungen pro eingeschriebenen Patienten ein festgelegter Betrag bezahlt wird, unabhängig davon, wieviel Leistungen der Patient dann tatsächlich benötigt bzw. in Anspruch nimmt
Care for the elderly	Soins aux personnes âgées	Versorgung der älteren Bürger
Case flat rate	Forfait par cas	Fallpauschale
Co-insurance: a set proportion of the cost of a service received in ambulatory care, outpatient or inpatient hospital care which has to be paid by the patient	Coassurance : fraction des dépenses de santé laissée à la charge du patient. Système de coassurance en vigueur en France et en Belgique : ticket modérateur	Prozentuale Zuzahlung pro Leistung: prozentual festgelegter Anteil der Kosten einer medizinischen Versorgungsleistung, der von dem Patienten selbst getragen werden muss
Community clinics	Dispensaires	Ambulatorien
Compulsory (statutory) social health insurance	Assurance sociale obligatoire	Gesetzliche soziale Krankenversicherung; soziale Pflichtversicherung
Compulsory (statutory) public health insurance: health insu-	Assurance maladie obligatoire ; régime légal d'assurance mala-	Gesetzliche Krankenversicherung;

<p>rance under an obligatory public scheme, usually borne by employers and employees. Contributions are usually income-related</p>	<p>die : assurance maladie instituée dans le cadre d'un régime public obligatoire et essentiellement financée par les employeurs et les salariés. Les cotisations sont généralement fonction des revenus.</p>	<p>Pflichtversicherung: Krankenversicherung, deren Rahmenbedingungen von staatlicher Seite vorgegeben und für die gesamte Bevölkerung (oder einen Teil der Bevölkerung) verpflichtend sind. Die Finanzierung erfolgt idR durch einkommensbezogene Beiträge, die zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern geteilt werden.</p>
<p>Compulsory contributions to statutory health insurance</p>	<p>Cotisations obligatoires au régime légal d'assurance maladie</p>	<p>Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung</p>
<p>Consultation of doctors</p>	<p>Consultations médicales</p>	<p>Sprechstundenbesuche</p>
<p>Contracting-out of health care services to private providers</p>	<p>Sous-traitance des services de soins de santé à des prestataires privés (concept de l'externalisation)</p>	<p>Auslagerung von Versorgungsleistungen an private Leistungserbringer</p>
<p>Contracting-out of the provision of health care to a private institution with the funding being assured by a central public institution</p>	<p>Externalisation de la prestation de soins de santé à un organisme privé par une institution publique centrale qui assure le financement</p>	<p>Übertragung eines Vertrages für die Erbringung von Gesundheitsleistungen; die zuvor in einer Hand liegende Einheit von Finanzierung und Leistungserbringung wird aufgebrochen</p>
<p>Contribution (payment method for compulsory health insurance mostly shared by employees and employers)</p>	<p>Cotisation (mode de paiement de l'assurance maladie obligatoire, essentiellement à la charge des employeurs et des assurés sociaux)</p>	<p>Beitrag (finanzielle Abgabe für Sozialversicherungen, die idR von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu gleichen oder unterschiedlichen Anteilen getragen werden)</p>
<p>Contribution rates of sickness funds</p>	<p>Taux de cotisation des caisses de maladie</p>	<p>Beitragsätze der Krankenkassen</p>
<p>Convalescent homes</p>	<p>Maisons de convalescence</p>	<p>Rehabilitationseinrichtungen</p>
<p>Co-payment rate for pharmaceuticals</p>	<p>Taux de copaiement des médicaments</p>	<p>Zuzahlungssatz für Arzneimittel</p>
<p>Co-payment: a predetermined amount that the patient must pay for each service received in ambulatory care, outpatient or inpatient hospital care</p>	<p>Copaiement : montant prédéterminé qui reste à la charge du patient pour chaque service reçu dans le cadre des soins ambulatoires ou d'une hospitalisation</p>	<p>Selbstbeteiligung: festgelegter Zuzahlungsbetrag welcher vom Patienten pro medizinische Versorgungsleistung geleistet werden muss</p>
<p>Cost-sharing: a provision of third-party payment under which the individual covered has to pay for part of the health care received. This is distinct</p>	<p>Participation aux coûts : disposition d'un système d'assurance maladie ou de "tiers-payeur" en vertu de laquelle l'assuré doit supporter une partie du coût</p>	<p>Selbstbeteiligung: Form der Finanzierung von Gesundheitsleistungen, bei der der Versicherte für einen Anteil der in Anspruch genommenen</p>

from contributions to insurance and may be in the form of deductibles, co-insurance or co-payments	des soins médicaux qu'il reçoit. Cette participation, à distinguer de la cotisation, peut revêtir la forme d'une franchise, d'un copaiement ou d'une coassurance (ticket modérateur)	Versicherungsleistungen finanziell selbst aufkommen muss. Dies kann durch Zuzahlung (feste Gebühr oder prozentual) durch den Patienten oder reduzierte Kostenerstattung durch den Versicherer erfolgen
Day clinic	Hôpital de jour	Tagesklinik
Daycare services	Services médicaux de jour	Versorgung in Tageskliniken
Deductible: an amount that must be paid by the individual before the insurance company begins to pay	Franchise : montant déduit de la prestation d'assurance versée, et qui reste à la charge de l'assuré	Reduzierte Kostenerstattung durch den Versicherer
Dental services; dental care	Soins dentaires	Zahnärztliche Versorgung
Diagnosis related groups: System for classifying patients into groups according to equal or similar diagnoses which are expected to use a similar amount of resources for their health care; the groups may be used for purposes of reimbursement, usually for inpatient treatment. Model system for payment of hospital services based on patient diagnosis (rather than payment per day or per service/item)	Groupes homogènes de maladies : classement des patients par groupes en fonction d'un diagnostic identique ou similaire, en postulant un coût standardisé pour les soins de santé dispensés aux patients d'un même groupe. Les GHM s'appliquent généralement aux patients hospitalisés et sont utilisés dans le cadre du remboursement des soins. Cette méthode de rétribution des soins hospitaliers fondée sur le diagnostic s'oppose à d'autres modes de financement tels que le prix de journée ou le paiement à l'acte	Diagnosefallgruppen: System zur Klassifizierung von Patienten in Gruppen, gemessen an gleichen oder ähnlichen Diagnosen, die erwartungsgemäß vergleichbare Ressourcen in der medizinischen Versorgung verbrauchen. Diese Gruppen können z.B. für Zwecke der Vergütung im stationären Versorgungsbereich zugrundegelegt werden (alternativ zu Tagessätzen bzw. Vergütung von einzelnen Leistungen)
Doctor who treats members of sickness insurance schemes	Médecin conventionné	Kassenarzt
Emergency health care	Soins d'urgence	Notfallversorgung
Emergency services of hospitals	Services des urgences des hôpitaux	Notdienst in Krankenhäusern
Entitlement to obtain a determined set of health care benefits	Droits à prestation : droits ouverts à un ensemble défini de prestations de santé	Anspruch auf ein bestimmtes, festgelegtes Angebot von Gesundheitsleistungen
Fee-for-service payment: payment system for health care providers under which providers are paid according to charges for each service or item rendered	Paiement à l'acte : mode de rémunération des prestataires de soins de santé fondé sur le paiement de chaque acte ou service individuel dispensé	Einzelleistungsvergütung: Vergütungsförm, bei der jede einzelne Leistung des Erbringers von Gesundheitsleistungen vergütet wird

Fee-schedule (a list of approved fees for determined health care services)	Barèmes des honoraires (liste d'honoraires agréés ou de tarifs de convention correspondants à des services médicaux déterminés)	Gebührenordnung (Liste vereinbarter Preise für bestimmte Gesundheitsleistungen)
Finance of health care	Financement des soins de santé	Finanzierung der Gesundheitsversorgung
Flat rate premium	Primes forfaitaires	Pauschalprämien
Funding of hospitals	Financement des hôpitaux	Finanzierung der Krankenhäuser
Gatekeeper system: a system under which a general practitioner refers his registered patients to the specialists and hospitals which are otherwise not directly accessible for the patient (except for emergency cases)	Système par lequel le médecin de premier recours fait office de "portier" du système de santé en adressant ses patients aux spécialistes et aux hôpitaux, qui ne leur sont pas directement accessibles (sauf en cas d'urgence)	Hausarzt-System: System das voraussetzt, dass Patienten für eine bestimmte Zeitspanne fest bei einem Hausarzt eingeschrieben sind. Der Hausarzt übernimmt die primär-ärztliche Versorgung der eingeschriebenen Patienten und überweist Patienten in die fachärztliche und stationäre Behandlung, die ohne die Überweisung durch den Hausarzt typischerweise nicht zugänglich ist (mit Ausnahme der stationären Akutversorgung)
General practitioner	Médecin généraliste	Allgemeinarzt
Generics	Médicaments génériques	Generica
Group practices	Cabinets de groupe	Gemeinschaftspraxen
Health authority	Autorité sanitaire	Gesundheitsbehörde
Health care	Soins de santé ; régime de santé	Gesundheitsversorgung; Gesundheitswesen
Health Care Act	Loi sur la santé publique et les services médicaux	Gesundheitsversorgungsgesetz
Health care administration	Administration de l'offre de soins de santé	Verwaltung der Gesundheitsversorgung
Health care coverage	Couverture en matière de soins de santé	Versicherungsschutz im Bereich Gesundheitsversorgung
Health care expenditure	Dépenses de santé	Gesundheitsausgaben
Health care financed by general taxation	Financement du secteur de la santé appuyé sur l'impôt	Finanzierung von Gesundheitsleistungen durch Steuergelder
Health care management	Gestion des services de santé	Leitung der Gesundheitsversorgung
Health care planning	Planification des soins de santé	Planung der Gesundheitsversorgung

Health care provision	Offre ou prestation de soins de santé	Bereitstellung der Gesundheitsversorgung
Health care services	Services médicaux	Gesundheitliche Versorgungsleistungen
Health care system	Système de santé	Gesundheitssystem
Health centres	Centres de santé	Gesundheitszentren
Health indicators	Indicateurs sanitaires	Gesundheitsindikatoren
Health insurance	Assurance maladie	Krankenversicherung
Health insurance market	Marché de l'assurance maladie	Krankenversicherermarkt
Health insurance part of the social insurance scheme	Branche maladie de la sécurité sociale	Krankenversicherungsanteil des Sozialversicherungssystems
Health policy	Politique de santé ; questions de politique de santé	Gesundheitspolitik
Health professionals; health care personnel	Professionnels de santé	Gesundheitspersonal; Gesundheitsfachkräfte
Health promotion	Promotion de la santé	Gesundheitsförderung
Health protection	Protection de la santé	Gesundheitsschutz
Health service administration	Administration des services sanitaires	Verwaltung der Gesundheitsdienste
Health status	État de santé	Gesundheitszustand
Home nursing care	Services infirmières à domicile	Häusliche Pflege
Hospital care	Soins hospitaliers	Krankenhausversorgung
Hospital care facilities	Capacités dans le domaine des soins hospitaliers	Stationäre Einrichtungen
Hospital emergency facilities	Services des urgences des hôpitaux	Notfalleinrichtungen der Krankenhäuser
Hospital organisation	Organisation des services hospitaliers	Krankenhausorganisation
Hospital outpatient departments	Services de consultation externes des hôpitaux	Ambulante Abteilungen der Krankenhäuser
Hospital planning	Planification des services hospitaliers	Krankenhausbedarfsplanung
Hospital treatment	Soins hospitaliers	Krankenhausbehandlung
Hospital units or departments	Unités hospitalières	Krankenhausabteilungen
Hospitalisation rate; hospitalisation charge	Tarif d'hospitalisation	Pflegesatz
Implementation of health policy	Mise en oeuvre de la politique de santé	Durchführung der gesundheitspolitischen Maßnahmen
Income threshold for social insurance	Plafond d'affiliation pour l'assurance sociale	Bemessungsgrenze für die soziale Krankenversicherung
Income-related contributions	Cotisations qui sont fonction des revenus	Einkommensbezogene Beiträge

Inpatient (hospital) care; hospital (based) services: health care services provided inside a hospital following the patient's admission	Soins internes ; services hospitaliers : soins de santé dispensés à l'hôpital à la suite de l'admission du patient ;	Stationäre Versorgung/ Krankenhausaufenthalt: Versorgung von Patienten im Krankenhaus, die nach der Leistungserbringung (z.B. einer Operation) nicht nach Hause zurückkehren können
Inpatient treatment facilities	Établissements hospitaliers	Stationäre Einrichtungen
Institutions financing health care	Organismes financeurs des soins de santé	Gesundheitsversorgungsträger
Length of stay in hospital care	Durée du séjour en soins hospitaliers	Verweildauer im Krankenhaus; Dauer des Krankenhausaufenthalts
Licensing of pharmaceuticals	Autorisation des médicaments	Zulassung von Arzneimitteln
Long-term care	Soins de longue durée	Langzeitpflege
Mandatory member of a sickness fund	Obligatoirement affilié à une caisse maladie	Pflichtversichert in einer Krankenkasse
Mechanism of reimbursement	Mode de rétribution	Abrechnungssystem
Medical equipment	Équipements médicaux	Medizinische Ausrüstung
Medical profession	Corps médical	Ärzteschaft
Medical schools	Écoles ou facultés de médecine	Medizinische Hochschulen
Ministry of Health	Ministère de la santé	Gesundheitsministerium
National Health Service: a form of compulsory health insurance with a large share of public health care service provision and finance	Service national de santé : système de sécurité sociale dans lequel le financement et l'offre de soins relèvent essentiellement des pouvoirs publics	Nationaler Gesundheitsdienst: eine Organisationsform der Pflichtversicherung durch einen staatlichen Gesundheitsdienst
Non-profit autonomous health insurers in France and Belgium	Mutuelles/Mutualités	Autonome gemeinnützige Gesundheitsversicherungsgesellschaften in Frankreich und Belgien; Ersatzkassen
Non-profit hospitals; charitable hospitals	Hôpitaux privés sans but lucratif; établissements hospitaliers gérés par des organisations caritatives	Gemeinnützige Krankenhäuser; Krankenhäuser die von Wohlfahrtsverbänden betrieben werden
Non-reimbursable pharmaceuticals (negative list)	Médicaments non remboursables (liste négative)	Arzneimittel ohne Kostenrückerstattung (Negativliste)
Nursing care	Soins infirmiers	Krankenpflegedienste
Nursing care facilities	Capacités dans le domaine des soins infirmiers	Pflegeeinrichtungen
Nursing homes	Maisons médicalisées pour personnes âgées	Pflegeheime
Nursing staff	Personnel infirmier	Pflegepersonal

Occupational health care	Services de la médecine du travail	Betriebsärztliche Versorgung
Occupational sickness funds	Caisses de maladie professionnelles	Berufskrankenkassen
Operating costs of hospitals	Frais d'exploitation des hôpitaux	Betriebskosten der Krankenhäuser
Operation of health care services	Fonctionnement des services sanitaires	Funktionsweise der Gesundheitsversorgung
Out-of-pocket payments	Dépenses de santé que les usagers paient de leur poche	Direktzahlungen für Gesundheitsleistungen
Outpatient departments of hospitals	Services de consultation externe des hôpitaux	Ambulante Abteilungen der Krankenhäuser
Outpatient hospital care	Soins délivrés dans les services de consultation des hôpitaux	Ambulante Versorgungsleistungen die in Krankenhäusern erbracht werden
Outpatient-services: services provided in an ambulatory setting, for example hospital outpatient departments or physician consulting rooms	Soins externes : soins de santé dispensés en médecine ambulatoire, essentiellement dans les cabinets médicaux ou dans les services de consultation externe des hôpitaux	Ambulante Versorgungsleistungen; werden sowohl in Arztpraxen als auch in Krankenhäusern erbracht
Over-the-counter medicines	Médicaments en vente libre	Freiverkäufliche Arzneimittel
Paediatricians	Pédiatres	Kinderärzte
Payment in cash	Prestation monétaire	Geldleistung
Payment in kind	Prestation en nature	Sachleistung
Payment of inpatient hospital services based on patient diagnosis	Méthode de rétribution des soins hospitaliers fondée sur le diagnostic	Vergütung im stationären Versorgungsbereich auf der Grundlage von Diagnosen
Per-diem payment for inpatient treatment	Prix de journée dans le cadre d'une hospitalisation ; forfait journalier par lit occupé	Tages(pflege)satz als Vergütungssystem stationärer Leistungen
Pharmaceuticals; drugs	Médicaments	Arzneimittel
Pharmacist	Pharmacien	Apotheker
Physician associations	Associations de médecins	Ärzteverbände
Physician chambers	Chambres de médecins	Ärztekammern
Practising physician	Médecin en exercice	Praktizierender Arzt
Premium (payment for a voluntary insurance)	Prime (somme payée par l'assuré dans le cadre d'une assurance volontaire)	Prämie (Beitrag für eine Privatversicherung)
Prescribed pharmaceuticals	Médicaments prescrits	Ärztliche verordnete Arzneimittel; verschreibungspflichtige Arzneimittel

Prescriptions	Ordonnances	Rezepte
Prevention of disease	Prevention des maladies	Krankheitsverhütung; -vorsorge
Preventive care	Soins préventifs	Gesundheitsvorsorge
Primary (medical) care	Soins primaires	Primär-ärztliche Behandlung; grundlegende medizinische Versorgungsleistungen; medizinische Grundversorgung
Primary care practitioner; house physician; family doctor	Médecin de premier recours ; médecin de famille	Hausarzt
Private (for-profit) hospitals	Établissements hospitaliers privés (à but lucratif)	(Gewinnorientierte) Privatkliniken
Private (medical) care	Soins médicaux privés	Private medizinische Versorgung
Private health care sector (private finance and provision of health care services)	Secteur privé de la santé (financement privé des soins de santé et offre de soins privée)	Privater Gesundheitssektor (privatwirtschaftliche Finanzierung und Leistungserbringung medizinischer Versorgungsleistungen)
Private health insurance: a form of voluntary health insurance with a private insurer	Assurance privée : assurance volontaire souscrite auprès d'un assureur privé	Private Krankenversicherung; ist eine Form sowohl der Voll- als auch der Zusatzversicherung, bei der die Beiträge risikobezogen erhoben werden
Private health insurance companies	Compagnies d'assurance privée	Private Krankenversicherungen
Private practitioner	Praticien privé	Niedergelassener Arzt; Arzt in freier Praxis
Prospective payment: payment for anticipated services or number of patients treated, which is set in advance in contrast to the retrospective payment system by reimbursement of costs	Paiement prospectif : paiement fixé d'avance en anticipant sur des services ou un nombre de patients traités, par opposition à la méthode rétrospective du remboursement	Prospektive Vergütungssysteme: Vorausbezahlung anhand von erwarteten medizinischen Versorgungsleistungen in der Anzahl zu behandelnder Patienten. Gegenteil von retrospektiven Vergütungssystemen
Provider of health care	Offreurs (prestataires) de soins de santé	Anbieter (Erbringer) von gesundheitlichen Versorgungsleistungen
Public health	Santé publique	Öffentliche Gesundheit
Public health care	Services et soins relevant de la santé publique	Öffentliche Gesundheitsversorgung
Public health care sector (publicly financed health care services)	Secteur public de la santé (les services de santé sont financés par les pouvoirs publics)	Öffentlicher Gesundheitssektor (öffentliche Finanzierung von Gesundheitsleistungen)
Public health expenditure	Dépenses de santé publique	Öffentliche Gesundheitsausgaben

Public health programmes	Programmes de santé publique	Öffentliche Gesundheitsprogramme
Public hospitals	Hôpitaux publics ; cliniques publiques	Öffentliche Krankenhäuser
Purchaser of health care	Acheteurs (assureurs) de soins de santé	Käufer von gesundheitlichen Versorgungsleistungen (z.B. Krankenkassen oder Privatversicherungen)
Reference price list: a maximum amount for reimbursement by a third party payer for a group of equal or similar products (mostly pharmaceuticals): if the actual price exceeds the reference price, the difference has to be met by the patient	Prix de référence : plafond de remboursement garanti par un tiers-payeur pour un produit identique ou similaire (il s'agit essentiellement de médicaments) : si le prix effectif dépasse le prix de référence, la différence est à la charge du patient	Festpreis/Festbetrag, welcher den Maximalbetrag für die Vergütung von Medikamenten, entweder für Präparatgruppen mit identischen Wirkstoffen oder mit ähnlichen Wirkungsspektren bezeichnet, dabei werden die Preise der kostengünstigeren Präparate zugrundegelegt. Überschreitet der tatsächliche (Apotheken) Preis den Festbetrag, muss die Differenz durch den Patienten beglichen werden
Referral to hospital	Renvoi à l'hôpital pour consultation ou admission	Überweisung an das Krankenhaus
Reimbursable pharmaceuticals (positive list)	Médicaments remboursables (liste positive)	Erstattungsfähige Arzneimittel (Positivliste)
Reimbursement of costs: (1) retrospective payment system for health care providers following service provision (2) process of compensation paid to the patient by a third party after he has paid the initial bill	Remboursement : (1) méthode rétrospective de rémunération des prestataires de soins, à la suite des services dispensés (2) indemnisation versée au patient par une tierce partie, une fois que le patient a payé la facture initiale	Retrospektive Vergütungssysteme: retrospektive Bezahlung medizinischer Versorgungsleistungen. Gegenteil von prospektiven Vergütungssystemen
Reimbursement of services per diem	Services payés sur une base journalière	Erstattung der Tagessätze
Retrospective payment by reimbursement of costs	Méthode rétrospective du remboursement	Retrospektive Vergütungssysteme
Risk related contributions	Cotisations relatives aux risques	Risikobezogene Beiträge
School health services	Médecine scolaire	Schulgesundheitsdienste
Screening for disease	Dépistage des maladies	Vorsorgeuntersuchungen
Secondary (medical) care: specialised care in or outside a hospital following the patient's contact with primary medical care	Soins secondaires : soins spécialisés dispensés à l'hôpital ou chez un spécialiste	Sekundär-ärztliche Behandlung: fachärztliche und stationäre Behandlung

Self-governing hospitals	Établissements hospitaliers gérés de façon autonome	Selbstverwaltete Krankenhäuser
Sick pay	Indemnités journalières de maladie	Krankengeld
Sickness fund	Caisse (d'assurance) maladie	Krankenkasse
Sickness fund administration	Gestion des caisses maladie	Krankenkassenverwaltungen
Social care	Protection sociale	Sozialversorgung
Social health insurance fund	Organisme de sécurité sociale ; caisse de sécurité sociale	Sozialer Versicherungsträger; Sozialkrankenkasse
Social health insurance: public protection for health risks in granting a defined package of services	Assurance sociale : mécanisme de protection contre les risques sociaux, notamment le risque santé	Soziale Krankenversicherung; Versicherung des Bürgers gegen die mit dem Risiko "Krankheit" verbundenen Kosten durch die Gewährleistung eines definierten Leistungskatalogs
Social insurance scheme	Système d'assurance ou de sécurité sociale	Sozialversicherungssystem
Social security	Sécurité sociale	Sozialversicherung; Soziale Sicherung
Social welfare system	Système de protection sociale	Sozialfürsorge
Specialised clinics	Cliniques spécialisées	Fachkliniken
Specialists; specialist physicians	Médecins spécialistes	Fachärzte
Specialist services; specialist physician care	Soins secondaires auprès des spécialistes ; soins spécialisés	Fachärztliche Versorgung
Supplementary insurance; cover for additional services which are not covered by the insurance the individual belongs to	Assurance complémentaire ; portent sur les services non couverts par le régime de base de l'affilié	Zusatzversicherung; freiwillige Form einer zusätzlich zur Pflichtversicherung abgeschlossenen Versicherung zur Deckung der Kosten der Zuzahlungen
Surgical interventions	Interventions chirurgicales	Chirurgische Eingriffe
Tertiary care	Soins tertiaires	Tertiär-Versorgung
Third party payer: a public or private institution which is responsible for the administration of the fund flow between the patient (first party) and the provider (second party). The organisation collects contributions or premiums from the beneficiaries and in return pays for services provided at the point of use, either prospectively or retrospectively	Tiers-payeur : organisme public ou privé responsable de l'administration des flux financiers entre le patient et le prestataire de soins. L'organisme prélève des cotisations ou des primes auprès des bénéficiaires pour redistribuer des prestations liées aux services de santé utilisés, selon des modalités de paiement prospectives ou rétrospectives	Dritte Partei, die als Käufer von Gesundheitsleistungen zwischen der ersten Partei (dem Patienten) und der zweiten Partei (dem Leistungserbringer) auftritt; es handelt sich dabei z.B. um Krankenkassen oder Privatversicherungen
University hospitals	Centres hospitaliers universitaires	Universitätskrankenhäuser

Voluntary contributions to statutory health insurance	Cotisations volontaires au régime légal d'assurance maladie	Freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung
Voluntary health insurance fund	Organisme d'assurance volontaire	Freiwillige Krankenversicherung
Voluntary health insurance, which includes the following two areas: 1. supplementary insurance, which covers for additional services which are not covered by the insurance the individual belongs to 2. substitute insurance, which is bought by individuals who are not covered by compulsory insurance	Assurance maladie volontaire, qui comprend les deux secteurs suivants : 1. les assurances complémentaires portent sur des services non couverts par le régime de base de l'affilié 2. les assurances personnelles qui sont souscrites par les individus qui ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire	Freiwillige Krankenversicherung, welche die zwei folgenden Bereiche umfasst: 1. die Zusatzversicherungen gegen Risiken, die in der Pflichtversicherung nicht abgedeckt sind 2. die Vollversicherung von Personen, die nicht der Versicherungspflicht unterliegen
Voluntary member of a sickness fund	Volontairement affilié à une caisse maladie	Freiwillig versichert in einer Krankenkasse
Waiting lists	Listes d'attente	Wartelisten

GLOSSAIRE SOINS DE SANTÉ

Accès aux soins de santé	Access to health care services	Zugang zum medizinischen Versorgungssystem
Acheteurs (assureurs) de soins de santé	Purchaser of health care	Käufer von gesundheitlichen Versorgungsleistungen (z.B. Krankenkassen oder Privatversicherungen)
Administration de l'offre de soins de santé	Health care administration	Verwaltung der Gesundheitsversorgung
Administration des services sanitaires	Health service administration	Verwaltung der Gesundheitsdienste
Associations de médecins	Physician associations	Ärzteverbände
Assurance complémentaire ; portent sur les services non couverts par le régime de base de l'affilié	Supplementary insurance; cover for additional services which are not covered by the insurance the individual belongs to	Zusatzversicherung; freiwillige Form einer zusätzlich zur Pflichtversicherung abgeschlossenen Versicherung zur Deckung der Kosten der Zuzahlungen
Assurance maladie	Health insurance	Krankenversicherung
Assurance maladie obligatoire ; régime légal d'assurance maladie : assurance maladie instituée dans le cadre d'un régime public obligatoire et essentiellement financée par les employeurs et les salariés. Les cotisations sont généralement fonction des revenus.	Compulsory (statutory) public health insurance: health insurance under an obligatory public scheme, usually borne by employers and employees. Contributions are usually income-related	Gesetzliche Krankenversicherung; Pflichtversicherung; Krankenversicherung, deren Rahmenbedingungen von staatlicher Seite vorgegeben und für die gesamte Bevölkerung (oder einen Teil der Bevölkerung) verpflichtend sind. Die Finanzierung erfolgt idR durch einkommensbezogene Beiträge, die zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern geteilt werden.
Assurance maladie volontaire, qui comprend les deux secteurs suivants : 1. les assurances complémentaires portent sur des services non couverts par le régime de base de l'affilié 2. les assurances personnelles qui sont souscrites par les individus qui ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire	Voluntary health insurance, which includes the following two areas: 1. supplementary insurance, which covers for additional services which are not covered by the insurance the individual belongs to 2. substitute insurance, which is bought by individuals who are not covered by compulsory insurance	Freiwillige Krankenversicherung, welche die zwei folgenden Bereiche umfasst: 1. die Zusatzversicherungen gegen Risiken, die in der Pflichtversicherung nicht abgedeckt sind 2. die Vollversicherung von Personen, die nicht der Versicherungspflicht unterliegen
Assurance privée : assurance volontaire souscrite auprès d'un assureur privé	Private health insurance: a form of voluntary health insurance with a private insurer	Private Krankenversicherung: ist eine Form sowohl der Voll- als auch der

		Zusatzversicherung, bei der die Beiträge risikobezogen erhoben werden
Assurance sociale : mécanisme de protection contre les risques sociaux, notamment le risque santé	Social health insurance: public protection for health risks in granting a defined package of services	Soziale Krankenversicherung: Versicherung des Bürgers gegen die mit dem Risiko "Krankheit" verbundenen Kosten durch die Gewährleistung eines definierten Leistungskatalogs
Assurance sociale obligatoire	Compulsory (statutory) social health insurance	Gesetzliche soziale Krankenversicherung; soziale Pflichtversicherung
Autorisation des médicaments	Licensing of pharmaceuticals	Zulassung von Arzneimitteln
Autorité sanitaire	Health authority	Gesundheitsbehörde
Barème des prestations : liste des prestations versées par les services de santé couverts dans le cadre d'une formule d'assurance maladie	Benefit payment schedule: list of amounts an insurance plan will pay for covered health care services	Sach- oder Geldleistungen der Krankenkassen, auf die der Versicherte bei Eintreten des versicherten Ereignisses einen Anspruch hat
Barèmes des honoraires (liste d'honoraires agréés ou de tarifs de convention correspondants à des services médicaux déterminés)	Fee-schedule (a list of approved fees for determined health care services)	Gebührenordnung (Liste vereinbarter Preise für bestimmte Gesundheitsleistungen)
Branche maladie de la sécurité sociale	Health insurance part of the social insurance scheme	Krankenversicherungsanteil des Sozialversicherungssystems
Cabinets de groupe	Group practices	Gemeinschaftspraxen
Caisse (d'assurance) maladie	Sickness fund	Krankenkasse
Caisses de maladie professionnelles	Occupational sickness funds	Berufskrankenkassen
Capacité hospitalière (nombre de lits)	Bed capacity	Bettenkapazität
Capacités dans le domaine des soins hospitaliers	Hospital care facilities	Stationäre Einrichtungen
Capacités dans le domaine des soins infirmiers	Nursing care facilities	Pflegeeinrichtungen
Centres de santé	Health centres	Gesundheitszentren
Centres hospitaliers universitaires	University hospitals	Universitätskrankenhäuser
Chambres de médecins	Physician chambers	Ärztekammern
Cliniques spécialisées	Specialised clinics	Fachkliniken
Coassurance : fraction des dépenses de santé laissée à la charge du patient. Système de coas-	Co-insurance: a set proportion of the cost of a service received in ambulatory care, outpatient	Prozentuale Zuzahlung pro Leistung; prozentual festgelegter Anteil der Kosten einer medizi-

assurance en vigueur en France et en Belgique : ticket modérateur	or inpatient hospital care which has to be paid by the patient	nischen Versorgungsleistung, der von dem Patienten selbst getragen werden muss
Compagnies d'assurance privée	Private health insurance companies	Private Krankenversicherungen
Consultations médicales	Consultation of doctors	Sprechstundenbesuche
Copaiement : montant prédéterminé qui reste à la charge du patient pour chaque service reçu dans le cadre des soins ambulatoires ou d'une hospitalisation	Co-payment: a predetermined amount that the patient must pay for each service received in ambulatory care, outpatient or inpatient hospital care	Selbstbeteiligung: festgelegter Zuzahlungsbetrag welcher vom Patienten pro medizinische Versorgungsleistung geleistet werden muss
Corps médical	Medical profession	Ärzteschaft
Cotisation (mode de paiement de l'assurance maladie obligatoire, essentiellement à la charge des employeurs et des assurés sociaux)	Contribution (payment method for compulsory health insurance mostly shared by employees and employers)	Beitrag (finanzielle Abgabe für Sozialversicherungen, die idR von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu gleichen oder unterschiedlichen Anteilen getragen werden)
Cotisations obligatoires au régime légal d'assurance maladie	Compulsory contributions to statutory health insurance	Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung
Cotisations qui sont fonction des revenus	Income-related contributions	Einkommensbezogene Beiträge
Cotisations relatives aux risques	Risk related contributions	Risikobezogene Beiträge
Cotisations volontaires au régime légal d'assurance maladie	Voluntary contributions to statutory health insurance	Freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung
Couverture en matière de soins de santé	Health care coverage	Versicherungsschutz im Bereich Gesundheitsversorgung
Dépenses d'investissement des hôpitaux	Capital costs of hospitals	Kapitalkosten der Krankenhäuser
Dépenses de santé	Health care expenditure	Gesundheitsausgaben
Dépenses de santé publique	Public health expenditure	Öffentliche Gesundheitsausgaben
Dépenses de santé que les usagers paient de leur poche	Out-of-pocket payments	Direktzahlungen für Gesundheitsleistungen
Dépistage des maladies	Screening for disease	Vorsorgeuntersuchungen
Dispensaires	Community clinics	Ambulatorien
Droits à prestation : droits ouverts à un ensemble défini de prestations de santé	Entitlement to obtain a determined set of health care benefits	Anspruch auf ein bestimmtes, festgelegtes Angebot von Gesundheitsleistungen
Durée du séjour en soins hospitaliers	Length of stay in hospital care	Verweildauer im Krankenhaus; Dauer des Krankenhausaufenthalts
Écoles ou facultés de médecine	Medical schools	Medizinische Hochschulen

Enveloppe de base des prestations servies par les caisses maladies	Basic benefit packages of the sickness funds	Festgeschriebenes Leistungspaket der Krankenkassen
Enveloppe des prestations de santé garanties par une assurance	Benefit package: defined range of health care services covered by an insurance	Leistungskatalog der Krankenversicherungen: definierte Liste von medizinischen Versorgungsleistungen, die bei Eintreten eines Versicherungsfalles gewährt werden müssen
Équipements médicaux	Medical equipment	Medizinische Ausrüstung
Établissements hospitaliers	Inpatient treatment facilities	Stationäre Einrichtungen
Établissements hospitaliers gérés de façon autonome	Self-governing hospitals	Selbstverwaltete Krankenhäuser
Établissements hospitaliers privés (à but lucratif)	Private (for-profit) hospitals	(Gewinnorientierte) Privatkliniken
État de santé	Health status	Gesundheitszustand
Externalisation de la prestation de soins de santé à un organisme privé par une institution publique centrale qui assure le financement	Contracting-out of the provision of health care to a private institution with the funding being assured by a central public institution	Übertragung eines Vertrages für die Erbringung von Gesundheitsleistungen; die zuvor in einer Hand liegende Einheit von Finanzierung und Leistungserbringung wird aufgebrochen
Financement des hôpitaux	Funding of hospitals	Finanzierung der Krankenhäuser
Financement des soins de santé	Finance of health care	Finanzierung der Gesundheitsversorgung
Financement du secteur de la santé appuyé sur l'impôt	Health care financed by general taxation	Finanzierung von Gesundheitsleistungen durch Steuergelder
Fonctionnement des services sanitaires	Operation of health care services	Funktionsweise der Gesundheitsversorgung
Forfait par cas	Case flat rate	Fallpauschale
Frais d'exploitation des hôpitaux	Operating costs of hospitals	Betriebskosten der Krankenhäuser
Franchise : montant déduit de la prestation d'assurance versée, et qui reste à la charge de l'assuré	Deductible: an amount that must be paid by the individual before the insurance company begins to pay	Reduzierte Kostenerstattung durch den Versicherer
Gestion des caisses maladie	Sickness fund administration	Krankenkassenverwaltungen
Gestion des services de santé	Health care management	Leitung der Gesundheitsversorgung
Groupes homogènes de malades: classement des patients par	Diagnosis related groups: System for classifying patients	Diagnosefallgruppen: System zur Klassifizierung von

groupes en fonction d'un diagnostic identique ou similaire, en postulant un coût standardisé pour les soins de santé dispensés aux patients d'un même groupe. Les GHM s'appliquent généralement aux patients hospitalisés et sont utilisés dans le cadre du remboursement des soins. Cette méthode de rétribution des soins hospitaliers fondée sur le diagnostic s'oppose à d'autres modes de financement tels que le prix de journée ou le paiement à l'acte

into groups according to equal or similar diagnoses which are expected to use a similar amount of resources for their health care; the groups may be used for purposes of reimbursement, usually for inpatient treatment. Model system for payment of hospital services based on patient diagnosis (rather than payment per day or per service/item)

Patienten in Gruppen, gemessen an gleichen oder ähnlichen Diagnosen, die erwartungsgemäß vergleichbare Ressourcen in der medizinischen Versorgung verbrauchen. Diese Gruppen können z.B. für Zwecke der Vergütung im stationären Versorgungsbereich zugrundegelegt werden (alternativ zu Tagessätzen bzw. Vergütung von einzelnen Leistungen)

Hôpital de jour	Day clinic	Tagesklinik
Hôpitaux privés sans but lucratif; établissements hospitaliers gérés par des organisations caritatives	Non-profit hospitals; charitable hospitals	Gemeinnützige Krankenhäuser; Krankenhäuser die von Wohlfahrtsverbänden betrieben werden
Hôpitaux publics ; cliniques publiques	Public hospitals	Öffentliche Krankenhäuser
Indemnités journalières de maladie	Sick pay	Krankengeld
Indicateurs sanitaires	Health indicators	Gesundheitsindikatoren
Interventions chirurgicales	Surgical interventions	Chirurgische Eingriffe
Listes d'attente	Waiting lists	Wartelisten
Loi sur la santé publique et les services médicaux	Health Care Act	Gesundheitsversorgungsgesetz
Maisons de convalescence	Convalescent homes	Rehabilitationseinrichtungen
Maisons médicalisées pour personnes âgées	Nursing homes	Pflegeheime
Marché de l'assurance maladie	Health insurance market	Krankenversicherermarkt
Médecin conventionné	Doctor who treats members of sickness insurance schemes	Kassenarzt
Médecin de premier recours ; médecin de famille	Primary care practitioner; house physician; family doctor	Hausarzt
Médecin en exercice	Practising physician	Praktizierender Arzt
Médecin généraliste	General practitioner	Allgemeinarzt
Médecine ambulatoire	Ambulatory (medical) care	Ambulante (medizinische) Versorgung
Médecine scolaire	School health services	Schulgesundheitsdienste
Médecins spécialistes	Specialists; specialist physicians	Fachärzte
Médicaments	Pharmaceuticals; drugs	Arzneimittel

Médicaments en vente libre	Over-the-counter medicines	Freiverkäufliche Arzneimittel
Médicaments génériques	Generics	Generica
Médicaments non remboursables (liste négative)	Non-reimbursable pharmaceuticals (negative list)	Arzneimittel ohne Kostenrückerstattung (Negativliste)
Médicaments prescrits	Prescribed pharmaceuticals	Ärztliche verordnete Arzneimittel; verschreibungspflichtige Arzneimittel
Médicaments remboursables (liste positive)	Reimbursable pharmaceuticals (positive list)	Erstattungsfähige Arzneimittel (Positivliste)
Méthode de rétribution des soins hospitaliers fondée sur le diagnostic	Payment of inpatient hospital services based on patient diagnosis	Vergütung im stationären Versorgungsbereich auf der Grundlage von Diagnosen
Méthode rétrospective du remboursement	Retrospective payment by reimbursement of costs	Retrospektive Vergütungssysteme
Ministère de la santé	Ministry of Health	Gesundheitsministerium
Mise en oeuvre de la politique de santé	Implementation of health policy	Durchführung der gesundheitspolitischen Maßnahmen
Mode de rétribution	Mechanism of reimbursement	Abrechnungssystem
Modèle Beveridge : modèle d'organisation du secteur de la santé fondé sur un service national de santé, caractérisé par un financement largement appuyé sur l'impôt et une offre de soins placée sous la tutelle d'une institution publique centrale	Beveridge Model: A model system for health care organisation by a national health service system under which health care is financed mainly by general taxation and delivered under the supervision of a central public institution	Beveridge-Modell: Modellsystem für die staatliche Organisation eines Gesundheitssystems nach dem Vorbild eines staatlichen Gesundheitsdienstes: Gesundheitsleistungen werden vorwiegend durch Steuergelder finanziert, die Leistungserbringung erfolgt unter der Aufsicht einer zentralen öffentlichen Institution (=der Staat)
Modèle Bismarck : modèle de sécurité sociale fondé sur l'assurance maladie obligatoire et géré par des caisses maladie éventuellement indépendantes de l'État	Bismarck Model: Model system for social security with compulsory health care insurance under which insurance funds may be independent from the Government	Bismarck-Modell: Modellsystem der sozialen Sicherung, die u.a. die Krankenversicherung einschließt. Im Unterschied zu dem Beveridge-Modell werden hier (zumeist) einkommensabhängige Beiträge an vom Staat mehr oder weniger abhängige Einrichtungen (=Krankenhäuser) gezahlt. Diese verhandeln idR Preise und Leistungsumfang mit den Leistungserbringern.

Mutuelles/Mutualités	Non-profit autonomous health insurers in France and Belgium	Autonome gemeinnützige Gesundheitsversicherungsgesellschaften in Frankreich und Belgien; Ersatzkassen
Obligatoirement affilié à une caisse maladie	Mandatory member of a sickness fund	Pflichtversichert in einer Krankenkasse
Offre ou prestation de soins de santé	Health care provision	Bereitstellung der Gesundheitsversorgung
Offreurs (prestataires) de soins de santé	Provider of health care	Anbieter (Erbringer) von gesundheitlichen Versorgungsleistungen
Ordonnances	Prescriptions	Rezepte
Organisation des services hospitaliers	Hospital organisation	Krankenhausorganisation
Organisme d'assurance volontaire	Voluntary health insurance fund	Freiwillige Krankenversicherung
Organisme de sécurité sociale ; caisse de sécurité sociale	Social health insurance fund	Sozialer Versicherungsträger: Sozialkrankenkasse
Organismes financeurs des soins de santé	Institutions financing health care	Gesundheitsversorgungsträger
Paiement à l'acte : mode de rémunération des prestataires de soins de santé fondé sur le paiement de chaque acte ou service individuel dispensé	Fee-for-service payment: payment system for health care providers under which providers are paid according to charges for each service or item rendered	Einzelleistungsvergütung: Vergütungsform, bei der jede einzelne Leistung des Erbringers von Gesundheitsleistungen vergütet wird
Paiement par capitation : système de rémunération des prestataires de soins reposant sur l'attribution d'un forfait par patient inscrit, sur la base d'un ensemble déterminé de services, indépendamment de l'utilisation de ces services	Capitation payment: payment system of health care providers where a fixed amount per enrolled person is paid within a defined amount of time on the basis of a defined set of services irrespective of service utilisation	Kopfpauschale: Bezahlungssystem für Erbringer von Gesundheitsleistungen wobei für alle Leistungen pro eingeschriebenen Patienten ein festgelegter Betrag bezahlt wird, unabhängig davon, wieviel Leistungen der Patient dann tatsächlich benötigt bzw. in Anspruch nimmt
Paiement prospectif : paiement fixé d'avance en anticipant sur des services ou un nombre de patients traités, par opposition à la méthode rétrospective du remboursement	Prospective payment: payment for anticipated services or number of patients treated, which is set in advance in contrast to the retrospective payment system by reimbursement of costs	Prospektive Vergütungssysteme: Vorausbezahlung anhand von erwarteten medizinischen Versorgungsleistungen in der Anzahl zu behandelnder Patienten. Gegenteil von retrospektiven Vergütungssystemen
Participation aux coûts : disposition d'un système d'assurance maladie ou de "tiers-payeur" en vertu de laquelle l'assuré doit	Cost-sharing: a provision of third-party payment under which the individual covered has to pay for part of the health	Selbstbeteiligung: Form der Finanzierung von Gesundheitsleistungen, bei der der Versicherte für einen Anteil

supporter une partie du coût des soins médicaux qu'il reçoit. Cette participation, à distinguer de la cotisation, peut revêtir la forme d'une franchise, d'un co-paiement ou d'une coassurance (ticket modérateur)	care received. This is distinct from contributions to insurance and may be in the form of deductibles, co-insurance or co-payments	der in Anspruch genommenen Versicherungsleistungen finanziell selbst aufkommen muss. Dies kann durch Zuzahlung (feste Gebühr oder prozentual) durch den Patienten oder reduzierte Kostenerstattung durch den Versicherer erfolgen
Pédiatres	Paediatricians	Kinderärzte
Personnel infirmier	Nursing staff	Pflegepersonal
Pharmacien	Pharmacist	Apotheker
Plafond d'affiliation pour l'assurance sociale	Income threshold for social insurance	Bemessungsgrenze für die soziale Krankenversicherung
Planification des services hospitaliers	Hospital planning	Krankenhausbedarfsplanung
Planification des soins de santé	Health care planning	Planung der Gesundheitsversorgung
Politique de santé ; questions de politique de santé	Health policy	Gesundheitspolitik
Praticien privé	Private practitioner	Niedergelassener Arzt; Arzt in freier Praxis
Prestation : service ou versement auquel a droit tout individu couvert par un système de sécurité sociale. En assurance maladie, il peut s'agir d'une prestation monétaire ou d'une prestation en nature, selon les risques médicaux couverts par le système de protection ou le régime assurantiel en question	Benefits: services or finances to which the health care member is entitled. In health insurance this can either be a payment in cash or in kind following medical contingency covered by a scheme	Krankenversicherungsleistungen: medizinische bzw. gesundheitliche Sachleistungen oder Geldleistungen der Krankenkassen, auf die der Versicherte bei Eintreten des versicherten Ereignisses einen Anspruch hat
Prestation en nature	Payment in kind	Sachleistung
Prestation monétaire	Payment in cash	Geldleistung
Prestations en nature	Benefits in kind	Sachleistungen
Prestations monétaires	Benefits in cash	Geldleistungen
Prevention des maladies	Prevention of disease	Krankheitsverhütung; -vorsorge
Prime (somme payée par l'assuré dans le cadre d'une assurance volontaire)	Premium (payment for a voluntary insurance)	Prämie (Beitrag für eine Privatversicherung)
Primes forfaitaires	Flat rate premium	Pauschalprämien
Prix de journée dans le cadre d'une hospitalisation ; forfait journalier par lit occupé	Per-diem payment for inpatient treatment	Tages(pflege)satz als Vergütungssystem stationärer Leistungen
Prix de référence : plafond de	Reference price list: a maximum	Festpreis/Festbetrag, welcher

remboursement garanti par un tiers-payeur pour un produit identique ou similaire (il s'agit essentiellement de médicaments) : si le prix effectif dépasse le prix de référence, la différence est à la charge du patient	amount for reimbursement by a third party payer for a group of equal or similar products (mostly pharmaceuticals): if the actual price exceeds the reference price, the difference has to be met by the patient	den Maximalbetrag für die Vergütung von Medikamenten, entweder für Präparatgruppen mit identischen Wirkstoffen oder mit ähnlichen Wirkungsspektren bezeichnet, dabei werden die Preise der kostengünstigeren Präparate zugrundegelegt. Überschreitet der tatsächliche (Apotheken) Preis den Festbetrag, muss die Differenz durch den Patienten beglichen werden
Professionnels de santé	Health professionals; health care personnel	Gesundheitspersonal; Gesundheitsfachkräfte
Programmes de santé publique	Public health programmes	Öffentliche Gesundheitsprogramme
Promotion de la santé	Health promotion	Gesundheitsförderung
Protection de la santé	Health protection	Gesundheitsschutz
Protection sociale	Social care	Sozialversorgung
Remboursement : (1) méthode rétrospective de rémunération des prestataires de soins, à la suite des services dispensés (2) indemnisation versée au patient par une tierce partie, une fois que le patient a payé la facture initiale	Reimbursement of costs: (1) retrospective payment system for health care providers following service provision (2) process of compensation paid to the patient by a third party after he has paid the initial bill	Retrospektive Vergütungssysteme: retrospektive Bezahlung medizinischer Versorgungsleistungen. Gegenteil von prospektiven Vergütungssystemen
Renvoi à l'hôpital pour consultation ou admission	Referral to hospital	Überweisung an das Krankenhaus
Santé publique	Public health	Öffentliche Gesundheit
Secteur privé de la santé (financement privé des soins de santé et offre de soins privée)	Private health care sector (private finance and provision of health care services)	Privater Gesundheitssektor (privatwirtschaftliche Finanzierung und Leistungserbringung medizinischer Versorgungsleistungen)
Secteur public de la santé (les services de santé sont financés par les pouvoirs publics)	Public health care sector (publicly financed health care services)	Öffentlicher Gesundheitssektor (öffentliche Finanzierung von Gesundheitsleistungen)
Sécurité sociale	Social security	Sozialversicherung; Soziale Sicherung
Service national de santé : système de sécurité sociale dans lequel le financement et l'offre de soins relèvent essentiellement des pouvoirs publics	National Health Service: a form of compulsory health insurance with a large share of public health care service provision and finance	Nationaler Gesundheitsdienst: eine Organisationsform der Pflichtversicherung durch einen staatlichen Gesundheitsdienst

Services de consultation externe des hôpitaux	Outpatient departments of hospitals	Ambulante Abteilungen der Krankenhäuser
Services de consultation externes des hôpitaux	Hospital outpatient departments	Ambulante Abteilungen der Krankenhäuser
Services de la médecine du travail	Occupational health care	Betriebsärztliche Versorgung
Services des urgences des hôpitaux	Emergency services of hospitals	Notdienst in Krankenhäusern
Services des urgences des hôpitaux	Hospital emergency facilities	Notfalleinrichtungen der Krankenhäuser
Services et soins relevant de la santé publique	Public health care	Öffentliche Gesundheitsversorgung
Services infirmières à domicile	Home nursing care	Häusliche Pflege
Services médicaux	Health care services	Gesundheitliche Versorgungsleistungen
Services médicaux de jour	Daycare services	Versorgung in Tageskliniken
Services payés sur une base journalière	Reimbursement of services per diem	Erstattung der Tagessätze
Soins aigus	Acute care	Akutversorgung
Soins ambulatoires	Ambulatory (medical) care services	Ambulante (medizinische) Versorgungsleistungen
Soins aux personnes âgées	Care for the elderly	Versorgung der älteren Bürger
Soins d'urgence	Emergency health care	Notfallversorgung
Soins de longue durée	Long-term care	Langzeitpflege
Soins de santé ; régime de santé	Health care	Gesundheitsversorgung; Gesundheitswesen
Soins délivrés dans les services de consultation des hôpitaux	Outpatient hospital care	Ambulante Versorgungsleistungen die in Krankenhäusern erbracht werden
Soins dentaires	Dental services; dental care	Zahnärztliche Versorgung
Soins externes : soins de santé dispensés en médecine ambulatoire, essentiellement dans les cabinets médicaux ou dans les services de consultation externe des hôpitaux	Outpatient-services: services provided in an ambulatory setting, for example hospital outpatient departments or physician consulting rooms	Ambulante Versorgungsleistungen; werden sowohl in Arztpraxen als auch in Krankenhäusern erbracht
Soins hospitaliers	Hospital care	Krankenhausversorgung
Soins hospitaliers	Hospital treatment	Krankenhausbehandlung
Soins infirmiers	Nursing care	Krankenpflegedienste
Soins internes ; services hospitaliers : soins de santé dispensés à l'hôpital à la suite de l'admis-	Inpatient (hospital) care; hospital (based) services: health care services provided inside a	Stationäre Versorgung/Krankenhausaufenthalt: Versorgung von Patienten

sion du patient ;	hospital following the patient's admission	im Krankenhaus, die nach der Leistungserbringung (z.B. einer Operation) nicht nach Hause zurückkehren können
Soins médicaux privés	Private (medical) care	Private medizinische Versorgung
Soins préventifs	Preventive care	Gesundheitsvorsorge
Soins primaires	Primary (medical) care	Primär-ärztliche Behandlung; grundlegende medizinische Versorgungsleistungen; medizinische Grundversorgung
Soins secondaires : soins spécialisés dispensés à l'hôpital ou chez un spécialiste	Secondary (medical) care: specialised care in or outside a hospital following the patient's contact with primary medical care	Sekundär-ärztliche Behandlung; fachärztliche und stationäre Behandlung
Soins secondaires auprès des spécialistes ; soins spécialisés	Specialist services; specialist physician care	Fachärztliche Versorgung
Soins tertiaires	Tertiary care	Tertiär-Versorgung
Sous-traitance des services de soins de santé à des prestataires privés (concept de l'externalisation)	Contracting-out of health care services to private providers	Auslagerung von Versorgungsleistungen an private Leistungserbringer
Système d'assurance ou de sécurité sociale	Social insurance scheme	Sozialversicherungssystem
Système de protection sociale	Social welfare system	Sozialfürsorge
Système de santé	Health care system	Gesundheitssystem
Système par lequel le médecin de premier recours fait office de "portier" du système de santé en adressant ses patients aux spécialistes et aux hôpitaux, qui ne leur sont pas directement accessibles (sauf en cas d'urgence)	Gatekeeper system: a system under which a general practitioner refers his registered patients to the specialists and hospitals which are otherwise not directly accessible for the patient (except for emergency cases)	Hausarzt-System: System das voraussetzt, dass Patienten für eine bestimmte Zeitspanne fest bei einem Hausarzt eingeschrieben sind. Der Hausarzt übernimmt die primär-ärztliche Versorgung der eingeschriebenen Patienten und überweist Patienten in die fachärztliche und stationäre Behandlung, die ohne die Überweisung durch den Hausarzt typischerweise nicht zugänglich ist (mit Ausnahme der stationären Akutversorgung)
Tarif d'hospitalisation	Hospitalisation rate; hospitalisation charge services	Pflegesatz
Taux de copaiement des médicaments	Co-payment rate for pharmaceuticals	Zuzahlungssatz für Arzneimittel

Taux de cotisation des caisses de maladie	Contribution rates of sickness funds	Beitragssätze der Krankenkassen
Tiers-payeur : organisme public ou privé responsable de l'administration des flux financiers entre le patient et le prestataire de soins. L'organisme prélève des cotisations ou des primes auprès des bénéficiaires pour redistribuer des prestations liées aux services de santé utilisés, selon des modalités de paiement prospectives ou rétrospectives	Third party payer: a public or private institution which is responsible for the administration of the fund flow between the patient (first party) and the provider (second party). The organisation collects contributions or premiums from the beneficiaries and in return pays for services provided at the point of use, either prospectively or retrospectively	Dritte Partei, die als Käufer von Gesundheitsleistungen zwischen der ersten Partei (dem Patienten) und der zweiten Partei (dem Leistungserbringer) auftritt; es handelt sich dabei z.B. um Krankenkassen oder Privatversicherungen
Unités hospitalières	Hospital units or departments	Krankenhausabteilungen
Volontairement affilié à une caisse maladie	Voluntary member of a sickness fund	Freiwillig versichert in einer Krankenkasse

GLOSSAR GESUNDHEITSVERSORGUNG

(Gewinnorientierte) Privatkliniken	Private (for-profit) hospitals	Établissements hospitaliers privés (à but lucratif)
Abrechnungssystem	Mechanism of reimbursement	Mode de rétribution
Akutversorgung	Acute care	Soins aigus
Allgemeinarzt	General practitioner	Médecin généraliste
Ambulante (medizinische) Versorgung	Ambulatory (medical) care	Médecine ambulatoire
Ambulante (medizinische) Versorgungsleistungen	Ambulatory (medical) care services	Soins ambulatoires
Ambulante Abteilungen der Krankenhäuser	Hospital outpatient departments	Services de consultation externes des hôpitaux
Ambulante Abteilungen der Krankenhäuser	Outpatient departments of hospitals	Services de consultation externe des hôpitaux
Ambulante Versorgungsleistungen die in Krankenhäusern erbracht werden	Outpatient hospital care	Soins délivrés dans les services de consultation des hôpitaux
Ambulante Versorgungsleistungen; werden sowohl in Arztpraxen als auch in Krankenhäusern erbracht	Outpatient-services: services provided in an ambulatory setting, for example hospital outpatient departments or physician consulting rooms	Soins externes : soins de santé dispensés en médecine ambulatoire, essentiellement dans les cabinets médicaux ou dans les services de consultation externe des hôpitaux
Ambulatorien	Community clinics	Dispensaires
Anbieter (Erbringer) von gesundheitlichen Versorgungsleistungen	Provider of health care	Offreurs (prestataires) de soins de santé
Anspruch auf ein bestimmtes, festgelegtes Angebot von Gesundheitsleistungen	Entitlement to obtain a determined set of health care benefits	Droits à prestation : droits ouverts à un ensemble défini de prestations de santé
Apotheker	Pharmacist	Pharmacien
Arzneimittel	Pharmaceuticals; drugs	Médicaments
Arzneimittel ohne Kostenrückerstattung (Negativliste)	Non-reimbursable pharmaceuticals (negative list)	Médicaments non remboursables (liste négative)
Ärztekammern	Physician chambers	Chambres de médecins
Ärzteschaft	Medical profession	Corps médical
Ärzteverbände	Physician associations	Associations de médecins
Ärztliche verordnete Arzneimittel; verschreibungspflichtige Arzneimittel	Prescribed pharmaceuticals	Médicaments prescrits
Auslagerung von	Contracting-out of health care	Sous-traitance des services de

Versorgungsleistungen an private Leistungserbringer	services to private providers	soins de santé à des prestataires privés (concept de l'externalisation)
Autonome gemeinnützige Gesundheitsversicherungsgesellschaften in Frankreich und Belgien; Ersatzkassen	Non-profit autonomous health insurers in France and Belgium	Mutuelles/Mutualités
Beitrag (finanzielle Abgabe für Sozialversicherungen, die idR von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu gleichen oder unterschiedlichen Anteilen getragen werden)	Contribution (payment method for compulsory health insurance mostly shared by employees and employers)	Cotisation (mode de paiement de l'assurance maladie obligatoire, essentiellement à la charge des employeurs et des assurés sociaux)
Beitragssätze der Krankenkassen	Contribution rates of sickness funds	Taux de cotisation des caisses de maladie
Bemessungsgrenze für die soziale Krankenversicherung	Income threshold for social insurance	Plafond d'affiliation pour l'assurance sociale
Bereitstellung der Gesundheitsversorgung	Health care provision	Offre ou prestation de soins de santé
Berufskrankenkassen	Occupational sickness funds	Caisses de maladie professionnelles
Betriebsärztliche Versorgung	Occupational health care	Services de la médecine du travail
Betriebskosten der Krankenhäuser	Operating costs of hospitals	Frais d'exploitation des hôpitaux
Bettenkapazität	Bed capacity	Capacité hospitalière (nombre de lits)
Beveridge-Modell: Modellsystem für die staatliche Organisation eines Gesundheitssystems nach dem Vorbild eines staatlichen Gesundheitsdienstes: Gesundheitsleistungen werden vorwiegend durch Steuergelder finanziert, die Leistungserbringung erfolgt unter der Aufsicht einer zentralen öffentlichen Institution (=der Staat)	Beveridge Model: A model system for health care organisation by a national health service system under which health care is financed mainly by general taxation and delivered under the supervision of a central public institution	Modèle Beveridge : modèle d'organisation du secteur de la santé fondé sur un service national de santé, caractérisé par un financement largement appuyé sur l'impôt et une offre de soins placée sous la tutelle d'une institution publique centrale
Bismarck-Modell: Modellsystem der sozialen Sicherung, die u.a. die Krankenversicherung einschließt. Im Unterschied zu dem Beveridge-Modell werden hier (zumeist) einkommensab-	Bismarck Model: Model system for social security with compulsory health care insurance under which insurance funds may be independent from the Government	Modèle Bismarck : modèle de sécurité sociale fondé sur l'assurance maladie obligatoire et géré par des caisses maladie éventuellement indépendantes de l'État

hängige Beiträge an vom Staat mehr oder weniger abhängige Einrichtungen (=Krankenhäuser) gezahlt. Diese verhandeln idR Preise und Leistungsumfang mit den Leistungserbringern.

Chirurgische Eingriffe	Surgical interventions	Interventions chirurgicales
Diagnosefallgruppen: System zur Klassifizierung von Patienten in Gruppen, gemessen an gleichen oder ähnlichen Diagnosen, die erwartungsgemäß vergleichbare Ressourcen in der medizinischen Versorgung verbrauchen. Diese Gruppen können z.B. für Zwecke der Vergütung im stationären Versorgungsbereich zugrundegelegt werden (alternativ zu Tagessätzen bzw. Vergütung von einzelnen Leistungen)	Diagnosis related groups: System for classifying patients into groups according to equal or similar diagnoses which are expected to use a similar amount of resources for their health care; the groups may be used for purposes of reimbursement, usually for inpatient treatment. Model system for payment of hospital services based on patient diagnosis (rather than payment per day or per service/item)	Groupes homogènes de malades: classement des patients par groupes en fonction d'un diagnostic identique ou similaire, en postulant un coût standardisé pour les soins de santé dispensés aux patients d'un même groupe. Les GHM s'appliquent généralement aux patients hospitalisés et sont utilisés dans le cadre du remboursement des soins. Cette méthode de répartition des soins hospitaliers fondée sur le diagnostic s'oppose à d'autres modes de financement tels que le prix de journée ou le paiement à l'acte
Direktzahlungen für Gesundheitsleistungen	Out-of-pocket payments	Dépenses de santé que les usagers paient de leur poche
Dritte Partei, die als Käufer von Gesundheitsleistungen zwischen der ersten Partei (dem Patienten) und der zweiten Partei (dem Leistungserbringer) auftritt; es handelt sich dabei z.B. um Krankenkassen oder Privatversicherungen	Third party payer: a public or private institution which is responsible for the administration of the fund flow between the patient (first party) and the provider (second party). The organisation collects contributions or premiums from the beneficiaries and in return pays for services provided at the point of use, either prospectively or retrospectively	Tiers-payeur : organisme public ou privé responsable de l'administration des flux financiers entre le patient et le prestataire de soins. L'organisme prélève des cotisations ou des primes auprès des bénéficiaires pour redistribuer des prestations liées aux services de santé utilisés, selon des modalités de paiement prospectives ou rétrospectives
Durchführung der gesundheitspolitischen Maßnahmen	Implementation of health policy	Mise en oeuvre de la politique de santé
Einkommensbezogene Beiträge	Income-related contributions	Cotisations qui sont fonction des revenus
Einzelleistungsvergütung: Vergütungsform, bei der jede einzelne Leistung des Erbringers von Gesundheitsleistungen vergütet wird	Fee-for-service payment: payment system for health care providers under which providers are paid according to charges for each service or item rendered	Païement à l'acte : mode de rémunération des prestataires de soins de santé fondé sur le paiement de chaque acte ou service individuel dispensé

Erstattung der Tagessätze	Reimbursement of services per diem	Services payés sur une base journalière
Erstattungsfähige Arzneimittel (Positivliste)	Reimbursable pharmaceuticals (positive list)	Médicaments remboursables (liste positive)
Fachärzte	Specialists; specialist physicians	Médecins spécialistes
Fachärztliche Versorgung	Specialist services; specialist physician care	Soins secondaires auprès des spécialistes ; soins spécialisés
Fachkliniken	Specialised clinics	Cliniques spécialisées
Fallpauschale	Case flat rate	Forfait par cas
Festgeschrieben Leistungspaket der Krankenkassen	Basic benefit packages of the sickness funds	Enveloppe de base des prestations servies par les caisses maladies
Festpreis/Festbetrag, welcher den Maximalbetrag für die Vergütung von Medikamenten, entweder für Präparatgruppen mit identischen Wirkstoffen oder mit ähnlichen Wirkungsspektren bezeichnet, dabei werden die Preise der kostengünstigeren Präparate zugrundegelegt. Überschreitet der tatsächliche (Apotheken) Preis den Festbetrag, muss die Differenz durch den Patienten beglichen werden	Reference price list: a maximum amount for reimbursement by a third party payer for a group of equal or similar products (mostly pharmaceuticals): if the actual price exceeds the reference price, the difference has to be met by the patient	Prix de référence : plafond de remboursement garanti par un tiers-payeur pour un produit identique ou similaire (il s'agit essentiellement de médicaments) : si le prix effectif dépasse le prix de référence, la différence est à la charge du patient
Finanzierung der Gesundheitsversorgung	Finance of health care	Financement des soins de santé
Finanzierung der Krankenhäuser	Funding of hospitals	Financement des hôpitaux
Finanzierung von Gesundheitsleistungen durch Steuergelder	Health care financed by general taxation	Financement du secteur de la santé appuyé sur l'impôt
Freiverkäufliche Arzneimittel	Over-the-counter medicines	Médicaments en vente libre
Freiwillig versichert in einer Krankenkasse	Voluntary member of a sickness fund	Volontairement affilié à une caisse maladie
Freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung	Voluntary contributions to statutory health insurance	Cotisations volontaires au régime légal d'assurance maladie
Freiwillige Krankenversicherung	Voluntary health insurance fund	Organisme d'assurance volontaire
Freiwillige Krankenversicherung, welche die zwei folgenden Bereiche umfasst: 1. die Zusatzversicherungen gegen	Voluntary health insurance, which includes the following two areas: 1. supplementary insurance, which covers for additional services which are not cov-	Assurance maladie volontaire, qui comprend les deux secteurs suivants : 1. les assurances complémentaires portent sur des services non couverts par le ré-

Risiken, die in der Pflichtversicherung nicht abgedeckt sind 2. die Vollversicherung von Personen, die nicht der Versicherungspflicht unterliegen	covered by the insurance the individual belongs to 2. substitute insurance, which is bought by individuals who are not covered by compulsory insurance	gime de base de l'affilié 2. les assurances personnelles qui sont souscrites par les individus qui ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire
Funktionsweise der Gesundheitsversorgung	Operation of health care services	Fonctionnement des services sanitaires
Gebührenordnung (Liste vereinbarter Preise für bestimmte Gesundheitsleistungen)	Fee-schedule (a list of approved fees for determined health care services)	Barèmes des honoraires (liste d'honoraires agréés ou de tarifs de convention correspondants à des services médicaux déterminés)
Geldleistung	Payment in cash	Prestation monétaire
Geldleistungen	Benefits in cash	Prestations monétaires
Gemeinnützige Krankenhäuser; Krankenhäuser die von Wohlfahrtsverbänden betrieben werden	Non-profit hospitals; charitable hospitals	Hôpitaux privés sans but lucratif; établissements hospitaliers gérés par des organisations caritatives
Gemeinschaftspraxen	Group practices	Cabinets de groupe
Generica	Generics	Médicaments génériques
Gesetzliche Krankenversicherung; Pflichtversicherung; Krankenversicherung, deren Rahmenbedingungen von staatlicher Seite vorgegeben und für die gesamte Bevölkerung (oder einen Teil der Bevölkerung) verpflichtend sind. Die Finanzierung erfolgt idR durch einkommensbezogene Beiträge, die zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern geteilt werden.	Compulsory (statutory) public health insurance: health insurance under an obligatory public scheme, usually borne by employers and employees. Contributions are usually income-related	Assurance maladie obligatoire ; régime légal d'assurance maladie : assurance maladie instituée dans le cadre d'un régime public obligatoire et essentiellement financée par les employeurs et les salariés. Les cotisations sont généralement fonction des revenus.
Gesetzliche soziale Krankenversicherung; soziale Pflichtversicherung	Compulsory (statutory) social health insurance	Assurance sociale obligatoire
Gesundheitliche Versorgungsleistungen	Health care services	Services médicaux
Gesundheitsausgaben	Health care expenditure	Dépenses de santé
Gesundheitsbehörde	Health authority	Autorité sanitaire
Gesundheitsförderung	Health promotion	Promotion de la santé
Gesundheitsindikatoren	Health indicators	Indicateurs sanitaires
Gesundheitsministerium	Ministry of Health	Ministère de la santé
Gesundheitspersonal;	Health professionals; health	Professionnels de santé

Gesundheitsfachkräfte	care personnel	
Gesundheitspolitik	Health policy	Politique de santé ; questions de politique de santé
Gesundheitsschutz	Health protection	Protection de la santé
Gesundheitssystem	Health care system	Système de santé
Gesundheitsversorgung; Gesundheitswesen	Health care	Soins de santé ; régime de santé
Gesundheitsversorgungsgesetz	Health Care Act	Loi sur la santé publique et les services médicaux
Gesundheitsversorgungsträger	Institutions financing health care	Organismes financeurs des soins de santé
Gesundheitsvorsorge	Preventive care	Soins préventifs
Gesundheitszentren	Health centres	Centres de santé
Gesundheitszustand	Health status	État de santé
Hausarzt	Primary care practitioner; house physician; family doctor	Médecin de premier recours ; médecin de famille
Hausarzt-System: System das voraussetzt, dass Patienten für eine bestimmte Zeitspanne fest bei einem Hausarzt eingeschrieben sind. Der Hausarzt übernimmt die primär-ärztliche Versorgung der eingeschriebenen Patienten und überweist Patienten in die fachärztliche und stationäre Behandlung, die ohne die Überweisung durch den Hausarzt typischerweise nicht zugänglich ist (mit Ausnahme der stationären Akutversorgung)	Gatekeeper system: a system under which a general practitioner refers his registered patients to the specialists and hospitals which are otherwise not directly accessible for the patient (except for emergency cases)	Système par lequel le médecin de premier recours fait office de "portier" du système de santé en adressant ses patients aux spécialistes et aux hôpitaux, qui ne leur sont pas directement accessibles (sauf en cas d'urgence)
Häusliche Pflege	Home nursing care	Services infirmières à domicile
Kapitalkosten der Krankenhäuser	Capital costs of hospitals	Dépenses d'investissement des hôpitaux
Kassenarzt	Doctor who treats members of sickness insurance schemes	Médecin conventionné
Käufer von gesundheitlichen Versorgungsleistungen (z.B. Krankenkassen oder Privatversicherungen)	Purchaser of health care	Acheteurs (assureurs) de soins de santé
Kinderärzte	Paediatricians	Pédiatres
Kopfpauschale: Bezahlungssystem für Erbringer von Gesundheitsleistungen wobei für alle Leistungen pro	Capitation payment: payment system of health care providers where a fixed amount per enrolled person is paid within a de-	Paiement par capitation : système de rémunération des prestataires de soins reposant sur l'attribution d'un forfait par

eingeschriebenen Patienten ein festgelegter Betrag bezahlt wird, unabhängig davon, wieviel Leistungen der Patient dann tatsächlich benötigt bzw. in Anspruch nimmt	fixed amount of time on the basis of a defined set of services irrespective of service utilisation	patient inscrit, sur la base d'un ensemble déterminé de services, indépendamment de l'utilisation de ces services
Krankengeld	Sick pay	Indemnités journalières de maladie
Krankenhausabteilungen	Hospital units or departments	Unités hospitalières
Krankenhausbedarfsplanung	Hospital planning	Planification des services hospitaliers
Krankenhausbehandlung	Hospital treatment	Soins hospitaliers
Krankenhausorganisation	Hospital organisation	Organisation des services hospitaliers
Krankenhausversorgung	Hospital care	Soins hospitaliers
Krankenkasse	Sickness fund	Caisse (d'assurance) maladie
Krankenkassenverwaltungen	Sickness fund administration	Gestion des caisses maladie
Krankenpflegedienste	Nursing care	Soins infirmiers
Krankenversicherermarkt	Health insurance market	Marché de l'assurance maladie
Krankenversicherung	Health insurance	Assurance maladie
Krankenversicherungsanteil des Sozialversicherungssystems	Health insurance part of the social insurance scheme	Branche maladie de la sécurité sociale
Krankenversicherungsleistungen: medizinische bzw. gesundheitliche Sachleistungen oder Geldleistungen der Krankenkassen, auf die der Versicherte bei Eintreten des versicherten Ereignisses einen Anspruch hat	Benefits: services or finances to which the health care member is entitled. In health insurance this can either be a payment in cash or in kind following medical contingency covered by a scheme	Prestation : service ou versement auquel a droit tout individu couvert par un système de sécurité sociale. En assurance maladie, il peut s'agir d'une prestation monétaire ou d'une prestation en nature, selon les risques médicaux couverts par le système de protection ou le régime assurantiel en question
Krankheitsverhütung; -vorsorge	Prevention of disease	Prevention des maladies
Langzeitpflege	Long-term care	Soins de longue durée
Leistungskatalog der Krankenversicherungen: definierte Liste von medizinischen Versorgungsleistungen, die bei Eintreten eines Versicherungsfalles gewährt werden müssen	Benefit package: defined range of health care services covered by an insurance	Enveloppe des prestations de santé garanties par une assurance
Leitung der Gesundheitsversorgung	Health care management	Gestion des services de santé
Medizinische Ausrüstung	Medical equipment	Équipements médicaux

Medizinische Hochschulen	Medical schools	Écoles ou facultés de médecine
Nationaler Gesundheitsdienst: eine Organisationsform der Pflichtversicherung durch einen staatlichen Gesundheitsdienst	National Health Service: a form of compulsory health insurance with a large share of public health care service provision and finance	Service national de santé : système de sécurité sociale dans lequel le financement et l'offre de soins relèvent essentiellement des pouvoirs publics
Niedergelassener Arzt; Arzt in freier Praxis	Private practitioner	Praticien privé
Notdienst in Krankenhäusern	Emergency services of hospitals	Services des urgences des hôpitaux
Notfalleinrichtungen der Krankenhäuser	Hospital emergency facilities	Services des urgences des hôpitaux
Notfallversorgung	Emergency health care	Soins d'urgence
Öffentliche Gesundheit	Public health	Santé publique
Öffentliche Gesundheitsausgaben	Public health expenditure	Dépenses de santé publique
Öffentliche Gesundheitsprogramme	Public health programmes	Programmes de santé publique
Öffentliche Gesundheitsversorgung	Public health care	Services et soins relevant de la santé publique
Öffentliche Krankenhäuser	Public hospitals	Hôpitaux publics ; cliniques publiques
Öffentlicher Gesundheitssektor (öffentliche Finanzierung von Gesundheitsleistungen)	Public health care sector (publicly financed health care services)	Secteur public de la santé (les services de santé sont financés par les pouvoirs publics)
Pauschalprämien	Flat rate premium	Primes forfaitaires
Pflegeeinrichtungen	Nursing care facilities	Capacités dans le domaine des soins infirmiers
Pflegeheime	Nursing homes	Maisons médicalisées pour personnes âgées
Pflegepersonal	Nursing staff	Personnel infirmier
Pflegesatz	Hospitalisation rate; hospitalisation charge	Tarif d'hospitalisation
Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung	Compulsory contributions to statutory health insurance	Cotisations obligatoires au régime légal d'assurance maladie
Pflichtversichert in einer Krankenkasse	Mandatory member of a sickness fund	Obligatoirement affilié à une caisse maladie
Planung der Gesundheitsversorgung	Health care planning	Planification des soins de santé
Praktizierender Arzt	Practising physician	Médecin en exercice
Prämie (Beitrag für eine Privatversicherung)	Premium (payment for a voluntary insurance)	Prime (somme payée par l'assuré dans le cadre d'une assurance volontaire)

Primär-ärztliche Behandlung; grundlegende medizinische Versorgungsleistungen; medizinische Grundversorgung	Primary (medical) care	Soins primaires
Private Krankenversicherung; ist eine Form sowohl der Voll- als auch der Zusatzversicherung, bei der die Beiträge risikobezogen erhoben werden	Private health insurance: a form of voluntary health insurance with a private insurer	Assurance privée : assurance volontaire souscrite auprès d'un assureur privé
Private Krankenversicherungen	Private health insurance companies	Compagnies d'assurance privée
Private medizinische Versorgung	Private (medical) care	Soins médicaux privés
Privater Gesundheitssektor (privatwirtschaftliche Finanzierung und Leistungserbringung medizinischer Versorgungsleistungen)	Private health care sector (private finance and provision of health care services)	Secteur privé de la santé (financement privé des soins de santé et offre de soins privée)
Prospektive Vergütungssysteme: Vorauszahlung anhand von erwarteten medizinischen Versorgungsleistungen in der Anzahl zu behandelnder Patienten. Gegenteil von retrospektiven Vergütungssystemen	Prospective payment: payment for anticipated services or number of patients treated, which is set in advance in contrast to the retrospective payment system by reimbursement of costs	Paiement prospectif : paiement fixé d'avance en anticipant sur des services ou un nombre de patients traités, par opposition à la méthode rétrospective du remboursement
Prozentuale Zuzahlung pro Leistung; prozentual festgelegter Anteil der Kosten einer medizinischen Versorgungsleistung, der von dem Patienten selbst getragen werden muss	Co-insurance: a set proportion of the cost of a service received in ambulatory care, outpatient or inpatient hospital care which has to be paid by the patient	Coassurance : fraction des dépenses de santé laissée à la charge du patient. Système de coassurance en vigueur en France et en Belgique : ticket modérateur
Reduzierte Kostenerstattung durch den Versicherer	Deductible: an amount that must be paid by the individual before the insurance company begins to pay	Franchise : montant déduit de la prestation d'assurance versée, et qui reste à la charge de l'assuré
Rehabilitationseinrichtungen	Convalescent homes	Maisons de convalescence
Retrospektive Vergütungssysteme	Retrospective payment by reimbursement of costs	Méthode rétrospective du remboursement
Retrospektive Vergütungssysteme: retrospektive Bezahlung medizinischer Versorgungsleistungen. Gegenteil von prospektiven Vergütungssystemen	Reimbursement of costs: (1) retrospective payment system for health care providers following service provision (2) process of compensation paid to the patient by a third party after he has paid the initial bill	Remboursement : (1) méthode rétrospective de rémunération des prestataires de soins, à la suite des services dispensés (2) indemnisation versée au patient par une tierce partie, une fois que le patient a payé la facture initiale

Rezepte	Prescriptions	Ordonnances
Risikobezogene Beiträge	Risk related contributions	Cotisations relatives aux risques
Sach- oder Geldleistungen der Krankenkassen, auf die der Versicherte bei Eintreten des versicherten Ereignisses einen Anspruch hat	Benefit payment schedule: list of amounts an insurance plan will pay for covered health care services	Barème des prestations : liste des prestations versées par les services de santé couverts dans le cadre d'une formule d'assurance maladie
Sachleistung	Payment in kind	Prestation en nature
Sachleistungen	Benefits in kind	Prestations en nature
Schulgesundheitsdienste	School health services	Médecine scolaire
Sekundär-ärztliche Behandlung; fachärztliche und stationäre Behandlung	Secondary (medical) care: specialised care in or outside a hospital following the patient's contact with primary medical care	Soins secondaires : soins spécialisés dispensés à l'hôpital ou chez un spécialiste
Selbstbeteiligung: festgelegter Zahlungsbetrag welcher vom Patienten pro medizinische Versorgungsleistung geleistet werden muss	Co-payment: a predetermined amount that the patient must pay for each service received in ambulatory care, outpatient or inpatient hospital care	Copaiement : montant prédéterminé qui reste à la charge du patient pour chaque service reçu dans le cadre des soins ambulatoires ou d'une hospitalisation
Selbstbeteiligung: Form der Finanzierung von Gesundheitsleistungen, bei der der Versicherte für einen Anteil der in Anspruch genommenen Versicherungsleistungen finanziell selbst aufkommen muss. Dies kann durch Zuzahlung (feste Gebühr oder prozentual) durch den Patienten oder reduzierte Kostenerstattung durch den Versicherer erfolgen	Cost-sharing: a provision of third-party payment under which the individual covered has to pay for part of the health care received. This is distinct from contributions to insurance and may be in the form of deductibles, co-insurance or co-payments	Participation aux coûts : disposition d'un système d'assurance maladie ou de "tiers-payeur" en vertu de laquelle l'assuré doit supporter une partie du coût des soins médicaux qu'il reçoit. Cette participation, à distinguer de la cotisation, peut revêtir la forme d'une franchise, d'un copaiement ou d'une coassurance (ticket modérateur)
Selbstverwaltete Krankenhäuser	Self-governing hospitals	Établissements hospitaliers gérés de façon autonome
Soziale Krankenversicherung: Versicherung des Bürgers gegen die mit dem Risiko "Krankheit" verbundenen Kosten durch die Gewährleistung eines definierten Leistungskatalogs	Social health insurance: public protection for health risks in granting a defined package of services	Assurance sociale : mécanisme de protection contre les risques sociaux, notamment le risque santé
Sozialer Versicherungsträger: Sozialkrankenkasse	Social health insurance fund	Organisme de sécurité sociale ; caisse de sécurité sociale
Sozialfürsorge	Social welfare system	Système de protection sociale
Sozialversicherung; Soziale Sicherung	Social security	Sécurité sociale

Sozialversicherungssystem	Social insurance scheme	Système d'assurance ou de sécurité sociale
Sozialversorgung	Social care	Protection sociale
Sprechstundenbesuche	Consultation of doctors	Consultations médicales
Stationäre Einrichtungen	Hospital care facilities	Capacités dans le domaine des soins hospitaliers
Stationäre Einrichtungen	Inpatient treatment facilities	Établissements hospitaliers
Stationäre Versorgung/Krankenhausaufenthalt: Versorgung von Patienten im Krankenhaus, die nach der Leistungserbringung (z.B. einer Operation) nicht nach Hause zurückkehren können	Inpatient (hospital) care; hospital (based) services: health care services provided inside a hospital following the patient's admission	Soins internes ; services hospitaliers : soins de santé dispensés à l'hôpital à la suite de l'admission du patient ;
Tages(pflege)satz als Vergütungssystem stationärer Leistungen	Per-diem payment for inpatient treatment	Prix de journée dans le cadre d'une hospitalisation ; forfait journalier par lit occupé
Tagesklinik	Day clinic	Hôpital de jour
Tertiär-Versorgung	Tertiary care	Soins tertiaires
Übertragung eines Vertrages für die Erbringung von Gesundheitsleistungen; die zuvor in einer Hand liegende Einheit von Finanzierung und Leistungserbringung wird aufgebrochen	Contracting-out of the provision of health care to a private institution with the funding being assured by a central public institution	Externalisation de la prestation de soins de santé à un organisme privé par une institution publique centrale qui assure le financement
Überweisung an das Krankenhaus	Referral to hospital	Renvoi à l'hôpital pour consultation ou admission
Universitätskrankenhäuser	University hospitals	Centres hospitaliers universitaires
Vergütung im stationären Versorgungsbereich auf der Grundlage von Diagnosen	Payment of inpatient hospital services based on patient diagnosis	Méthode de rétribution des soins hospitaliers fondée sur le diagnostic
Versicherungsschutz im Bereich Gesundheitsversorgung	Health care coverage	Couverture en matière de soins de santé
Versorgung der älteren Bürger	Care for the elderly	Soins aux personnes âgées
Versorgung in Tageskliniken	Daycare services	Services médicaux de jour
Verwaltung der Gesundheitsdienste	Health service administration	Administration des services sanitaires
Verwaltung der Gesundheitsversorgung	Health care administration	Administration de l'offre de soins de santé
Verweildauer im Krankenhaus; Dauer des Krankenhausaufenthalts	Length of stay in hospital care	Durée du séjour en soins hospitaliers

Vorsorgeuntersuchungen	Screening for disease	Dépistage des maladies
Wartelisten	Waiting lists	Listes d'attente
Zahnärztliche Versorgung	Dental services; dental care	Soins dentaires
Zugang zum medizinischen Versorgungssystem	Access to health care services	Accès aux soins de santé
Zulassung von Arzneimitteln	Licensing of pharmaceuticals	Autorisation des médicaments
Zusatzversicherung; freiwillige Form einer zusätzlich zur Pflichtversicherung abgeschlossenen Versicherung zur Deckung der Kosten der Zuzahlungen	Supplementary insurance; cover for additional services which are not covered by the insurance the individual belongs to	Assurance complémentaire ; portent sur les services non couverts par le régime de base de l'affilié
Zuzahlungssatz für Arzneimittel	Co-payment rate for pharmaceuticals	Taux de copaiement des médicaments