

# **Concept de stabilisation des coûts par cas**

**version octobre 2003**

# Table des matières

<b>Résumé.....</b>	<b>3</b>
<b>1      Fondements de la stabilisation des coûts par cas .....</b>	<b>5</b>
1.1    Objectifs.....	5
1.2    Objet et niveaux.....	5
1.3    Principes de base et conditions-cadres.....	9
1.4    Coordination avec l'assurance-maladie.....	9
<b>2      Mise en œuvre de la stabilisation des coûts par cas.....</b>	<b>10</b>
2.1    Coûts par cas mensuels moyens .....	10
2.2    Marge de tolérance des coûts par cas .....	10
2.3    Ecarts par rapport à la stabilisation des coûts par cas .....	13
2.3.1    Principe de base.....	13
2.3.2    Correction de la valeur du point tarifaire.....	13
2.3.3    Algorithme de correction.....	13
<b>3      Adaptation de la valeur du point et de la structure tarifaires.....</b>	<b>14</b>
3.1    Principes de base .....	14
3.2    Commission d'évaluation (CE) .....	14
3.2.1    Tâches et compétences .....	14
3.2.2    Composition .....	14
3.2.3    Coordination .....	14
3.3    Corrections de la valeur du point tarifaire .....	14
3.4    Correction de la structure tarifaire .....	14
3.5    Approbation des mesures de correction.....	15
<b>4      Rapport mensuel .....</b>	<b>15</b>
4.1    Information de base.....	15
4.2    Tableaux et graphiques .....	16
4.3    Exemple.....	16

## Résumé

Sommaire	Points-clés	Détails en page
<b>1 Fondements de la stabilisation des coûts par cas</b>	Lors de l'élaboration du TARMED, il s'agissait, d'une part, de restructurer le catalogue des prestations et, d'autre part, de réévaluer les prestations médicales et techniques. Une adaptation tarifaire visant à maintenir la stabilisation des coûts par cas doit également tenir compte de ces objectifs.	6
1.1 Objectifs	<p>La stabilisation des coûts par cas doit permettre d'éviter que les coûts par cas générés par le TARMED ne varient fortement par rapport aux coûts par cas existant avant l'entrée en vigueur du nouveau tarif.</p> <p>Elle doit écarter tout risque d'une augmentation massive des coûts (chez les assureurs) et d'une baisse de revenu disproportionnée (chez les fournisseurs de prestations).</p>	6
1.2 Objet et niveaux	<p>La stabilisation des coûts par cas porte sur les factures remboursées établies pour des prestations figurant dans le TARMED et fournies par des cabinets médicaux ou dans le secteur ambulatoire des hôpitaux dans le domaine AA/AM/AI.</p> <p>Elle doit être réalisée et contrôlée séparément, mais selon les mêmes critères, pour les trois secteurs de coûts suivants: «global» (cabinet médical et ambulatoire hôpital), «cabinet médical» (autrement dit, les médecins exerçant en cabinet privé) et «ambulatoire hôpital». L'évolution d'autres secteurs de coûts des soins de santé (stationnaire hôpital, physiothérapie, etc.) fera l'objet d'une analyse et d'une appréciation supplémentaire.</p>	5
1.3 Principes de base et conditions-cadres	<p>La stabilisation des coûts par cas porte à la fois sur l'assurance-accidents, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité.</p> <p>Elle doit être réalisée et contrôlée sur la base des statistiques des assureurs et des fournisseurs de prestations concernant les prestations indemnisées.</p>	9
1.4 Coordination avec l'assurance-maladie	<p>La surveillance de la structure tarifaire unifiée prévue par la loi exige, en rapport avec l'adaptation structurelle du tarif (adaptation de la valeur du point tarifaire), une coordination avec l'assurance-maladie.</p>	9
<b>2 Mise en œuvre de la stabilisation des coûts par cas</b>		10
2.1 Coûts par cas mensuels moyens	<p>La stabilisation des coûts par cas se fonde sur les coûts par cas mensuels moyens (moyenne par série de 12 mois).</p>	
2.2 Marge de tolérance des coûts par cas	<p>La stabilité des coûts par cas est obtenue en fixant de manière contraignante une marge de tolérance des coûts par cas (niveau, limite supérieure et inférieure de l'évolution des coûts). Pour déterminer le niveau de la «marge de tolérance des coûts par cas», on se base sur la moyenne pondérée des coûts par cas pour chacun des 13 derniers mois, calculée sur la base des 12 mois précédents.</p> <p>La marge doit être déterminée de manière normative sur la base de la dispersion des valeurs des 36 derniers mois. La marge de tolérance ainsi constituée représente la zone de stabilité des coûts.</p>	10

Sommaire	Points-clés	Détails en page
2.3 Ecarts par rapport à la stabilité des coûts	Le moment de l'adaptation tarifaire en raison d'un écart est également déterminé par la moyenne par série de mois. Le degré d'adaptation tarifaire se calcule sur la base de la différence entre la valeur mensuelle effective des coûts et la valeur du niveau (ou valeur médiane de la marge).	13
<b>3 Adaptation de la valeur du point tarifaire</b>	Les corrections de la valeur du point tarifaire et les variations de coûts qui les rendent nécessaires sont confirmées par les partenaires à la convention. On procède tout d'abord à une adaptation de la valeur du point pour tous les fournisseurs de prestations. Les écarts globaux par rapport à la stabilité des coûts sont corrigés par une adaptation de la valeur du point.	14
3.1 Principes de base	Tâches, composition	14
3.2 Commission d'évaluation (CE)	Correction sans identification de responsables éventuels.	14
3.3 Correction de la valeur du point tarifaire	Correction par rapport à un groupe précis de prestations ou de fournisseurs de prestations.	14
<b>4 Rapport mensuel</b>		15
4.1 Information de base		
4.2. Tableaux et graphiques		15
4.3. Exemple		16

# 1 Fondements de la stabilisation des coûts par cas

## 1.1 Objectifs

L'expression « stabilisation des coûts par cas » implique que les coûts par cas des prestations fournies par les hôpitaux, selon le point 1.2, ne doivent pas subir de variation majeure du fait de l'introduction du nouveau tarif.

La stabilité des coûts par cas a pour objet d'éviter

- que les assureurs n'aient à supporter des risques inconsidérés sous la forme d'une augmentation des coûts à la suite du changement de tarif;
- que les fournisseurs de prestations ou une partie d'entre eux ne soient confrontés, durant la phase transitoire, à une baisse de revenu inacceptable et, dans le pire des cas, à un manque de liquidités;
- que les dépenses des assureurs liées à ce concept n'entraînent une hausse inacceptable des primes ou une baisse de la qualité;
- que l'économie et la société n'aient en définitive à supporter des charges inacceptables dues au changement de tarif.

La stabilisation des coûts par cas doit apporter une certaine sécurité lors de l'application du nouveau tarif et permettre aux assureurs et aux fournisseurs de prestations de procéder à des planifications d'entreprise durant la phase transitoire.

Elle ne signifie toutefois pas qu'il n'y aura ni modifications ni gagnants ni perdants lors du changement de tarif. Autrement dit, elle ne doit pas rendre caduque la révision du tarif ni les corrections souhaitées.

Enfin, la stabilisation des coûts par cas doit permettre de procéder à des adaptations structurelles en accord avec les objectifs de la révision tarifaire, étant donné que les effets du nouveau tarif ne peuvent pas être entièrement prévus avant son introduction (statistique des fréquences).

## 1.2 Objet et niveaux

Toutes les prestations réglées par la structure tarifaire TARMED (nomenclature), sont incluses dans la stabilisation des coûts par cas.

Celle-ci n'est ainsi fixée que sur la base du volume des prestations du TARMED. Seules les factures payées par les assureurs peuvent être prises en compte dans la stabilisation des coûts par cas, car seules celles-ci indiquent le flux net des liquidités à la base du calcul correct des primes. Par conséquent, les montants des factures retournées ou contestées n'entrent pas en ligne de compte dans les considérations sur la stabilisation des coûts.

Les valeurs de référence centrales pour la stabilisation souhaitée sont les coûts par cas mensuels moyens engendrés par les prestations du TARMED. On entend par là, la moyenne mensuelle des coûts par cas (cf. point 2.1).

La stabilisation des coûts par cas peut être déterminée et représentée sur plusieurs secteurs de coûts (cf. graphique 1). Sont déterminants les niveaux 1 et 2, autrement dit, les secteurs de coûts suivants:

- l'ensemble des prestations facturées selon le TARMED qui sont fournies par les médecins en pratique privée et par le domaine ambulatoire des hôpitaux (= global),
- les prestations fournies par les médecins en pratique privée (= cabinet médical)<sup>1</sup>,
- les prestations fournies dans le domaine ambulatoire des hôpitaux (=ambulatoire hôpital)<sup>1</sup>.

En outre, l'évolution des coûts doit également faire l'objet d'une surveillance au niveau des spécialités et des types d'hôpitaux.

Par conséquent:

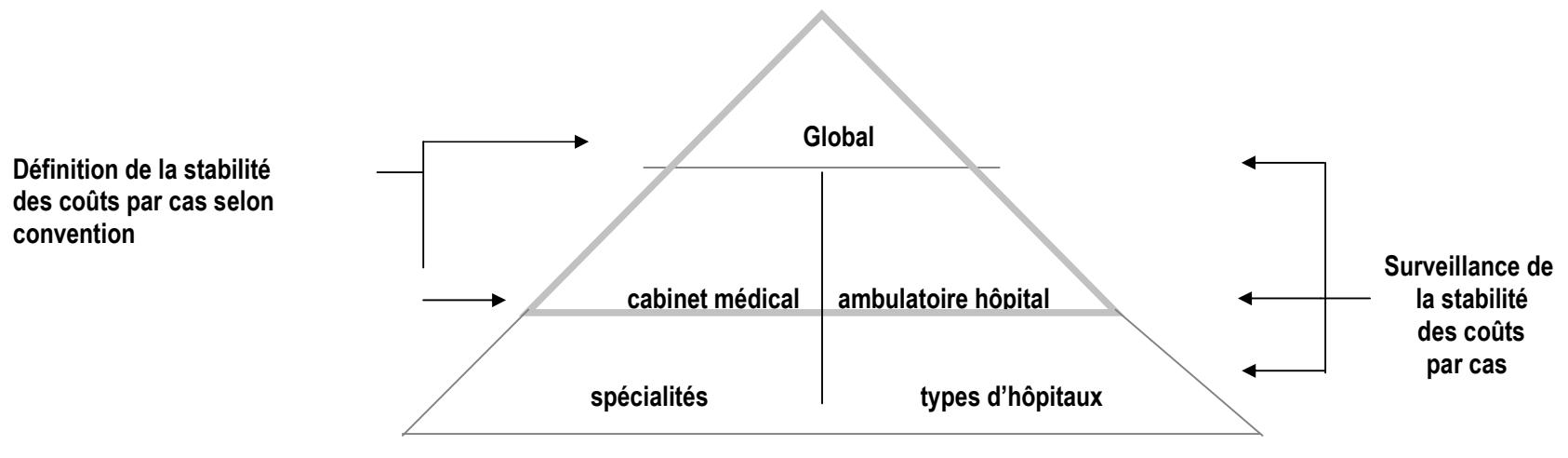
- la stabilisation des coûts par cas, tant sur le plan global que pour les cabinets médicaux ou le domaine hospitalier ambulatoire implique qu'il faut reconnaître la nécessité de procéder immédiatement à des adaptations tarifaires lors d'un écart;
- la surveillance complémentaire de l'évolution des coûts en fonction des spécialités et des types d'hôpitaux permet une plus grande marge de manœuvre, en d'autres termes, une adaptation sélective de la structure tarifaire peut être entreprise d'entente avec les partenaires à la convention.

Outre les trois niveaux de stabilisation des coûts susmentionnés, on dénombre encore trois autres niveaux (modèles de coûts GRAT, modèles de coûts des unités fonctionnelles INFRA, prestations particulières) qui ne peuvent pas être recensés à l'aide de méthodes statistiques disponibles aujourd'hui. Par conséquent, on ne peut pas encore procéder à un contrôle de routine institutionnalisé (cf. graphique 2). Ces niveaux n'auront d'importance que lors d'une adaptation tarifaire via le nombre de points tarifaires; autrement dit, ils sont déterminants lors d'une intervention sur la structure tarifaire et exigent une analyse approfondie du système tarifaire (cf. graphique 2).

---

<sup>1</sup> L'activité en tant que médecin agréé figure, selon le mode de facturation, soit dans le secteur de coûts « cabinet médical », soit dans celui « ambulatoire hôpital ». On part du principe que le mode de facturation ne subira pas de changements majeurs.

**Graphique 1** : niveaux de stabilisation et de surveillance des coûts par cas selon la convention



**Global :** ensemble des coûts induits par TARMED pour les prestations médicales et techniques, à savoir :

**Cabinet médical :** coûts des prestations fournies par les médecins en pratique privée

**Ambulatoire hôpital :** coûts des prestations fournies dans le domaine ambulatoire des hôpitaux

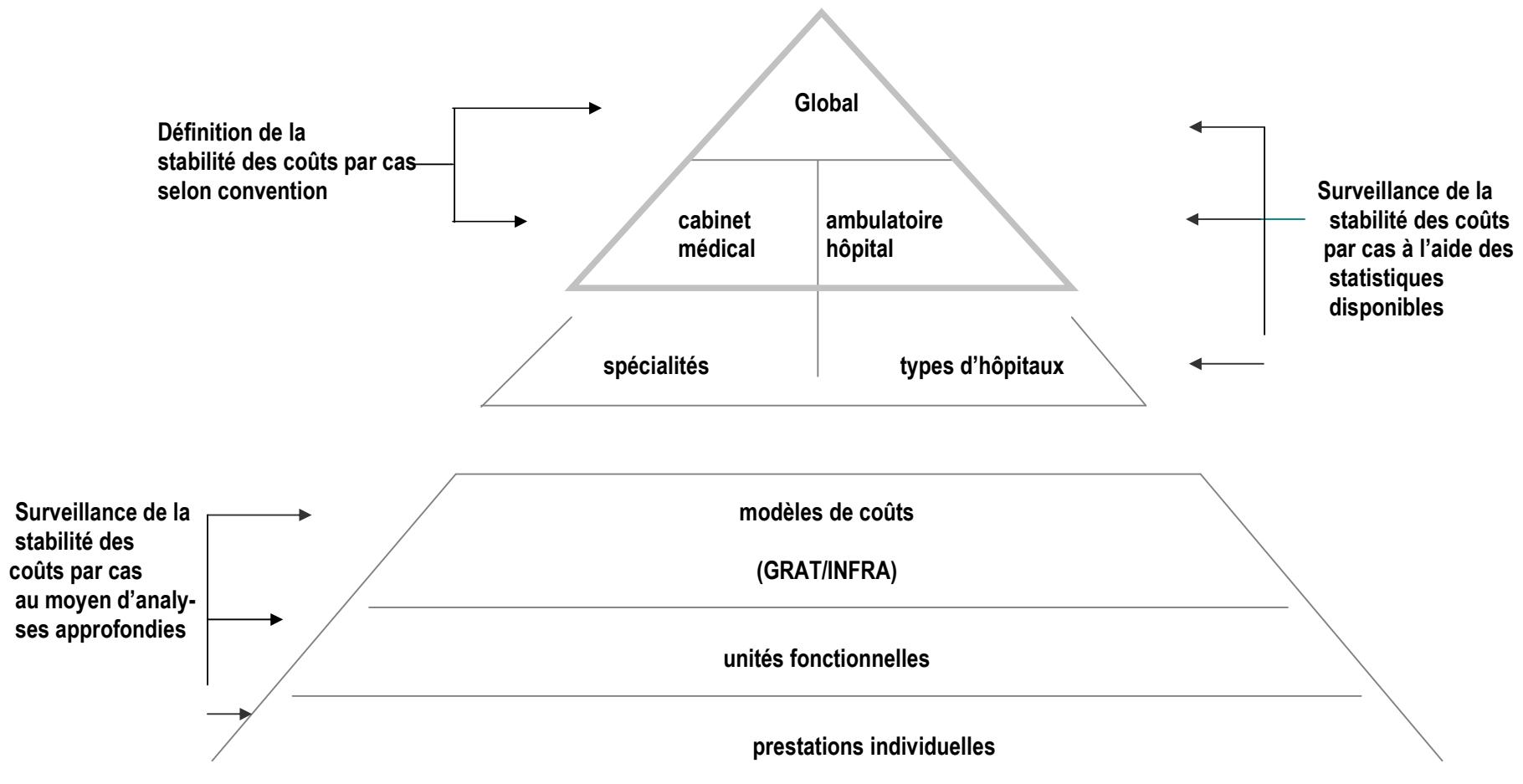
**Spécialités :** coûts des prestations fournies selon les spécialités (cabinet médical)

**Types d'hôpitaux<sup>2</sup> :** coûts des prestations fournies selon le type d'hôpital (ambulatoire hôpital)

---

<sup>2</sup> Sont compris les hôpitaux universitaires, les hôpitaux pour soins aigus publics et privés, ainsi que d'autres hôpitaux.

**Graphique 2** : niveaux de stabilisation des coûts par cas et structure profonde statistique et analytique



### **1.3 Principes de base et conditions-cadres**

La stabilisation des coûts par cas doit être effectuée conformément aux principes de base et conditions-cadres suivants :

- Il convient de tenir compte des domaines de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité. Dans ce contexte, il s'agit:
  - d'établir des conclusions pour l'ensemble du domaine de l'assurance-accidents sur la base des données fournies par la Suva (CNA);
  - de récolter séparément les données de l'assurance militaire en établissant toutefois des conclusions par comparaison avec celles de l'assurance-accidents;
  - de traiter de manière autonome le domaine de l'assurance-invalidité; de procéder à une éventuelle correction tarifaire en coordination avec l'assurance-accidents et l'assurance militaire.
- Les données fournies par la FMH ou par H+ doivent par ailleurs largement être prises en compte dans ces trois domaines.
- Sont concernées, les prestations facturées selon le TARMED en comparaison avec l'ancien catalogue des prestations hospitalières, le tarif médical AA/AM/AI et remboursées par les assureurs.
- Les coûts par cas mensuels moyens doivent conserver une certaine stabilité à l'intérieur d'une marge de tolérance (cf. graphique 3 et point 2.2).
- La durée d'observation est de 18 mois à partir de la date d'introduction du TARMED, autrement dit, 6 mois pour la phase de changement de tarif et pour l'établissement des factures et 12 mois pour la gestion effective de la stabilité des coûts par cas.
- L'adaptation éventuellement nécessaire de la valeur du point tarifaire se fait sur une base mensuelle.
- Les coûts par cas mensuels moyens des années n-1 à n-3 sont déterminants ( $n = 200x$  est l'année de référence pour établir les critères de stabilité).
- Les interventions tarifaires peuvent avoir lieu de manière différenciée. Il s'agit principalement d'inciter les fournisseurs de prestations responsables d'écart par rapport à la stabilité des coûts à retrouver un comportement approprié et de modifier, voire supprimer les positions tarifaires donnant lieu à une surexploitation tarifaire ou générant des coûts importants. Il convient également de tenir compte des éléments contribuant à la baisse des coûts.

### **1.4 Coordination avec l'assurance-maladie**

Les éléments communs entre assurance-accidents, assurance militaire, assurance-invalidité d'une part, et assurance-maladie d'autre part, se limitent dans le cas de la stabilisation des coûts par cas:

- aux objectifs,
- au maintien d'une structure tarifaire uniforme pour toute la Suisse.

Doivent être définis de manière spécifique:

- la marche à suivre et les éléments de référence concrets servant à établir la marge de tolérance (valeurs de référence, années de référence, niveau, marge de tolérance, etc.),
- les durées d'observation inférieures à un an,
- l'adaptation de la valeur du point tarifaire (objet, montant, date).

## 2 Mise en œuvre de la stabilisation des coûts par cas

### 2.1 Coûts par cas mensuels moyens

Ces coûts représentent la valeur de référence centrale pour le contrôle et la garantie de la stabilité des coûts dans les secteurs déterminants (cf. point 1.3). Parallèlement, une mise à jour des statistiques selon les prestations du TARMED est nécessaire. En d'autres termes, les médicaments et la physiothérapie (entre autres) n'entrent pas en ligne de compte dans l'observation des coûts. Les coûts par cas mensuels correspondent à la somme des factures indemnisées au cours d'un mois civil pour un cas. Par cas, on entend un numéro d'accident et les remboursements de frais s'y rapportant. Il est donc possible que durant des périodes d'observation de plus d'un mois, le cas soit mentionné plusieurs fois (cas actif durant plusieurs mois).

Une augmentation du nombre de factures des fournisseurs de prestations (répartition sur plusieurs mois) peut théoriquement mener à une augmentation du nombre de cas par mois et donc à une baisse des coûts mensuels moyens par cas. Il est donc nécessaire de surveiller une possible augmentation du nombre de factures et donc de cas, notamment en comparant le nombre de cas par mois (un même cas pouvant être compté plusieurs fois) avec le nombre total de cas par année. On peut ainsi constater toute modification éventuelle du nombre de factures. Par expérience, on sait que le facteur «factures par cas traités» est d'environ 1,4.

### 2.2 Marge de tolérance des coûts par cas

On peut représenter la stabilisation des coûts par cas sous la forme d'une marge de tolérance (cf. graphique 3).

Cette marge de tolérance fixe la limite (supérieure ou inférieure) à ne pas dépasser. Si des écarts (dépassements) sont répertoriés, une adaptation du tarif s'impose.

Il s'agit notamment de fixer

- la durée d'observation (18 mois à partir de l'entrée en vigueur du tarif)
- le milieu de la marge (=niveau au 1<sup>er</sup> juillet 200x) ,
- la marge elle-même (autour de la valeur médiane).

Cette marge doit prendre globalement en compte la tolérance économique et sociopolitique, ainsi que les imprécisions statistiques inévitables.

Comme année de base pour le calcul de la valeur médiane de la marge, on prend la période allant de juin 200x à juin 200x. Pour le calcul de la marge elle-même, on se base sur la période allant de juin 199z à juin 200x.<sup>3</sup>

La valeur médiane de la marge correspond à la moyenne pondérée des coûts par cas calculée à partir des 13 dernières moyennes par série de 12 mois où la dernière moyenne (de janvier à décembre 2003) reçoit le coefficient 13 et la première (de janvier à décembre 2002) la valeur 1.

---

<sup>3</sup> Le modèle consiste en la formule suivante :  $\overset{\circ}{SCC} = c + a \cdot t + b \cdot t^{1/2}$  (SCC = stabilisation des coûts par cas).

t représente le temps ou, plus précisément, le numéro de la série temporelle. La racine permet de tenir compte de la tendance modératrice des secteurs de coûts «global», «cabinet médical» et «ambulatoire hôpital».

La valeur médiane de la marge est le résultat d'un calcul, alors que la marge doit encore être définie en tant que mesure statistique de  $2\sigma$  (écart-type) des variations résiduelles sur la base de la disposition paramétrée d'un modèle linéaire général, selon la méthode de minimisation de la variance.

Du 1<sup>er</sup> au 12<sup>e</sup> mois, la marge de tolérance est établie de manière linéaire de b(1) à b(12). Le processus esquisse doit garantir que durant le processus de fluctuation, il ne faille pas intervenir inutilement.

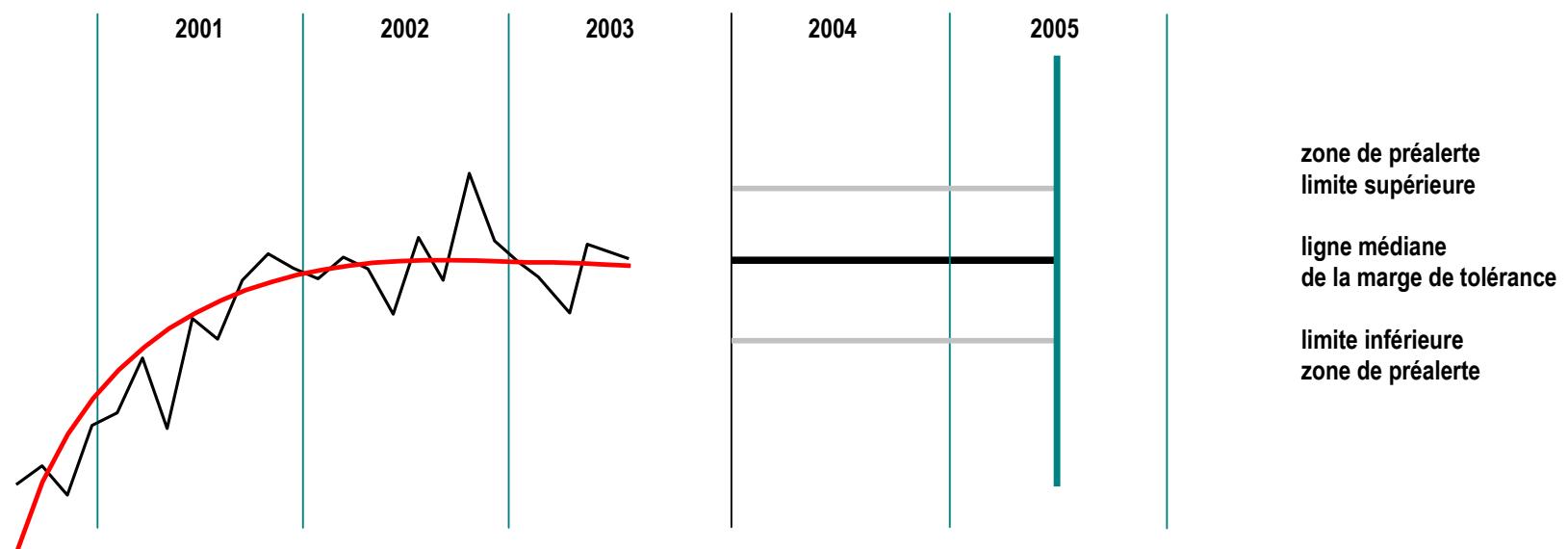
Etendue de la marge de tolérance au cours du 1<sup>er</sup> mois :  $b(1) = b \times 1.2$  (plus ou moins 10 %).

Etendue de la marge de tolérance au cours du 12<sup>e</sup> mois :  $b(12) = b(13) = b$ .

Ce modèle atténue l'effet des valeurs extrêmes. Il permet d'éviter que les corrections se basent sur des valeurs aberrantes ou soient effectuées trop tôt.

**Graphique 3 : Représentation graphique du principe de la marge de tolérance des coûts par cas**

**Moment du changement de tarif, y compris l'adaptation éventuelle en cas de variation des coûts**



Elément	Période	Calcul	Fixation
Niveau (valeur médiane de la marge)	6.2001 / 6.2003	Moyenne arithmétique des 13 dernières moyennes par série de 12 mois	Empirique (sur la base du calcul)
Limite supérieure/inférieure (marge de tolérance)	du 6.2000 au 6.2003	Mesure statistique de la dispersion avec lissage des moyennes par série de 12 mois (modèle linéaire général)	Normative (s'appuyant sur le calcul)

## 2.3 Ecarts par rapport à la stabilisation des coûts par cas

### 2.3.1 Principe de base

Une évolution des coûts en dehors de la marge définie viole en principe le postulat de la stabilisation des coûts. Dans un tel cas, il s'agit en premier lieu d'analyser l'évolution des coûts dans son ensemble (tous les fournisseurs de prestations) ainsi que séparément selon le secteur cabinets médicaux (y compris les médecins hospitaliers qui établissent des factures au moyen de leur propre code EAN) et le secteur ambulatoire hospitalier. Lorsqu'il y a écart par rapport au niveau de stabilité, la valeur du point tarifaire est adaptée.

Pour effectuer une évaluation plus détaillée, il faut prendre en compte les 3 situations présentant des écarts par rapport à la stabilité des coûts par cas:

- l'écart ne peut être attribué à aucun groupe de fournisseurs de prestations ni à une prestation particulière ni à un groupe de prestations;
- l'écart est dû au comportement d'un groupe de fournisseurs de prestations;
- l'écart est en rapport avec une prestation ou un groupe de prestations, mais sans liaison univoque à un groupe de fournisseurs de prestations particulières.

### 2.3.2 Correction de la valeur du point tarifaire

Il y a écart par rapport à la stabilité des coûts par cas lorsque les coûts effectifs sur la base du nouveau tarif TARMED s'éloignent de la valeur médiane de la marge, laquelle a été fixée en fonction de l'évolution des coûts selon l'ancien tarif. L'écart est la distance effective par rapport à la valeur médiane de la marge à un moment t. Cela ne signifie toutefois pas qu'il faille déjà procéder à une adaptation du tarif. En revanche, le tarif doit être adapté si la limite supérieure ou inférieure de la marge est dépassée.

Pour la représentation et l'évaluation des écarts de même que pour l'établissement des conclusions, on procède de la manière suivante :

- Utilisation de la méthode des moyennes par série de 12 mois.
- L'évaluation des adaptations tarifaires à effectuer ne se fait pas sur la base des moyennes par séries de 12 mois, mais sur la base de la valeur effective des coûts par cas mensuels.
- L'écart indique la mesure de l'adaptation de la valeur du point tarifaire sous la forme d'un facteur de correction. (On renonce à compenser les anciens écarts effectifs, étant donné que l'on part du principe que les variations s'équilibrivent avec le temps).

### 2.3.3 Algorithme de correction

Après l'introduction du tarif, l'évolution des coûts sera surveillée et un rapport sera établi tous les mois (cf. point 4.3). Si le mois X, on constate un écart par rapport au niveau de stabilité, alors l'adaptation du point tarifaire sera en principe effectuée simultanément pour les domaines AA/AM/AI au cours du mois X+3. La valeur du point tarifaire ainsi calculée sera arrondie au centime près.

## **3 Adaptation de la valeur du point et de la structure tarifaires**

### **3.1 Principes de base**

Les écarts par rapport au niveau de stabilité des coûts sont appréciés par une commission d'évaluation. Les parties contractantes ont un mois pour décider des corrections nécessaires de la valeur du point ou de la structure tarifaire.

### **3.2 Commission d'évaluation (CE)**

#### **3.2.1 Tâches et compétences**

La CE analyse les résultats conformément au rapport mensuel et décide des mesures de correction qui s'imposent à l'intention des parties à la convention.

#### **3.2.2 Composition**

La CE se compose de 3 représentants de H+ et de 3 autres de la CTM/AM/AI.

La commission siège au moins une fois par mois.

#### **3.2.3 Coordination**

La CE coordonne ses travaux avec la Commission d'évaluation FMH-CTM/AM/AI, ainsi qu'avec santésuisse pour ce qui est des corrections apportées à la structure tarifaire.

### **3.3 Corrections de la valeur du point tarifaire**

L'analyse mensuelle des données implique une adaptation globale ne se limitant pas à un groupe de prestations ou de fournisseurs de prestations spécifique. Dans ce cas, les corrections sont effectuées par le biais de la valeur uniforme du point tarifaire.

### **3.4 Correction de la structure tarifaire**

L'analyse mensuelle des données montre que la variation des coûts par cas se rapporte à un groupe précis de prestations ou de fournisseurs de prestations.

Les corrections nécessaires sont alors effectuées par le biais d'une augmentation ou d'une diminution du nombre de points tarifaires pour le groupe concerné.

Les modifications résultant de la valeur relative des prestations concernées sont documentées dans un index.

### **3.5 Approbation des mesures de correction**

Les corrections nécessaires de la valeur du point tarifaire ou de parties de la structure tarifaire sont soumises tous les mois aux parties à la convention pour approbation. Si l'une des parties concernées ne donne pas son aval, la dénonciation selon l'article 17, alinéa 4 de la convention du 1er octobre 2003 demeure réservée.

## **4 Rapport mensuel**

Tous les mois, les parties à la convention se remettent chacune un rapport standard sur la stabilité des coûts par cas. Les rapports peuvent être établis déjà avant l'entrée en vigueur du tarif dans le but de se familiariser avec les énoncés.

Les rapports mensuels contiennent des informations de base, des représentations des coûts par cas sous forme de graphiques ou de tableaux, le commentaire du mois et l'analyse d'induction selon le concept. Si les résultats nécessitent des analyses complémentaires au niveau 3, celles-ci se fondent sur la statistique des soins de santé globaux ou sur la statistique structurelle de la Suva ou encore sur les statistiques correspondantes de l'assurance militaire ou de l'assurance-invalidité.

Afin de faciliter la lecture sur l'évolution par rapport au niveau de stabilité des coûts par cas, les données sont reportées sur une échelle relative. Par niveau « 0 » (zéro), on entend le niveau de stabilité, par « -1 », la limite inférieure de la marge de tolérance (niveau SCC moins  $2\sigma$  des valeurs résiduelles de la courbe idéalisée) et par « +1 », la limite supérieure de la marge de tolérance (niveau SCC plus  $2\sigma$ ).

Les partenaires à la convention se communiquent mutuellement les données.

### **4.1 Information de base**

- Données concernant le volume des coûts en pour-cent, le nombre de cas par cantons et le nombre de médecins et d'hôpitaux, éventuellement selon la spécialité.
- Explications d'ordre général, définitions de termes.
- Explications quant aux types et aux groupes de constellation.
- N° de rapport, p. ex.: n° 1/04.2004.
- Par secteur de coûts: indication du niveau de stabilité des coûts par cas et de la marge de tolérance.
- Historique : liste des mois où des écarts par rapport au niveau de stabilité ont été observés et indication du type de correction et de la date d'entrée en vigueur.

## 4.2 Tableaux et graphiques

Représentation, sous forme de tableau, du nombre de cas, des frais de soins et des coûts par cas des 12 derniers mois, ainsi que des valeurs moyennes par série de 12 mois pour chaque secteur de coûts (global, cabinet médical, hôpital ambulatoire). La liste des valeurs absolues figure en annexe.

Représentation graphique (série temporelle) par secteur des moyennes des coûts par cas des 12 derniers mois en tenant compte du niveau de stabilité des coûts et de la marge de tolérance. Utilisation d'une échelle relative. Mise en évidence claire si le mois faisant l'objet du rapport se trouve en dehors de la marge de tolérance et visualisation des valeurs mises à jour au moyen des facteurs de correction.

## 4.3 Exemple

Admettons que le rapport mensuel X montre un écart dans la stabilisation des coûts par cas. On adaptera et mettra en évidence, dès le mois X, le facteur de correction k nécessaire à l'adaptation tarifaire, dans la statistique des moyennes de coûts par cas par série de 12 mois de manière à éviter les mesures inadaptées et répétitives. La raison en est le retard entre le fait de reconnaître qu'une adaptation tarifaire est nécessaire et l'introduction de cette dernière. Le facteur k est donc pondéré comme suit :

Pour les mois précédant l'entrée en vigueur de l'adaptation du point tarifaire (mois X, X + 1 et X + 2), k reçoit le coefficient de 1. Pour les 2 mois suivants, la valeur de k est abaissée progressivement de manière non linéaire jusqu'à obtention d'un coefficient de 0,8 pour X + 3 et de 0,2 pour X + 4. A partir du mois X + 5, les valeurs mensuelles ne sont plus corrigées (coefficient 0). Pour lesdits coefficients, on part du principe qu'avant l'entrée en vigueur du tarif, toutes les factures ont été établies selon l'ancienne valeur du point tarifaire. Au cours du premier mois (X + 3) après l'adaptation de la valeur du point, environ 80 % des factures seront encore établies sur la base de l'ancienne valeur du point, au mois X+4 seuls 20 % le seront et ce n'est qu'au mois X+5 que toutes les factures seront établies selon la nouvelle valeur du point. Il en résulte que, dans les calculs, l'adaptation de la valeur du point tarifaire a un effet jusqu'au mois X+15, étant donné qu'elle englobe les moyennes par série des mois X + 4 à X + 15.

S'il y a superposition de plusieurs corrections en même temps, celles-ci sont traitées indépendamment l'une de l'autre. Il en résulte que les facteurs de correction et leurs coefficients de pondération se multiplient en conséquence.