

Concetto di stabilizzazione dei costi per caso

Versione ottobre 2003

Indice

Riassunto.....	3
1 Fondamenti della stabilizzazione dei costi per caso	5
1.1 Obiettivi.....	5
1.2 Oggetto e livelli.....	5
1.3 Principi di base e condizioni quadro.....	9
1.4 Coordinamento con l'assicurazione malattia.....	9
2 Operazionalizzazione della stabilizzazione dei costi per caso	10
2.1 Costi per caso mensili medi.....	10
2.2 Margine di tolleranza dei costi per caso.....	10
2.3 Scarto rispetto alla stabilizzazione dei costi per caso	13
2.3.1 Principio.....	13
2.3.2 Correzione del valore del punto.....	13
2.3.3 Algoritmo di correzione.....	13
3 Adeguamento del valore del punto e della struttura tariffaria	14
3.1 Principi.....	14
3.2 Commissione di valutazione (CV)	14
3.2.1 Compiti, competenze.....	14
3.2.2 Composizione.....	14
3.2.3 Coordinamento.....	14
3.3 Correzioni del valore del punto.....	14
3.4 Correzione della struttura tariffaria	14
3.5 Approvazione delle misure correttive	15
4 Rapporto mensile	15
4.1 Informazione di base	15
4.2 Tabelle e grafici	16
4.3 Esempio.....	16

Riassunto

Sommaro	Punti chiave	Dettagli a pagina
1 Fondamenti della stabilizzazione dei costi per caso	Al momento di elaborare TARMED si trattava, da un lato, di ristrutturare il catalogo delle prestazioni e, dall'altro, di rivalutare le prestazioni mediche e tecniche. Un adeguamento tariffario teso a mantenere la stabilità dei costi per caso deve tener conto anche degli obiettivi così perseguiti.	5
1.1 Obiettivi	<p>La stabilizzazione dei costi per caso vuole esprimere in sostanza che i costi per caso indotti da TARMED non subiscono nessuna modifica notevole rispetto ai costi per caso esistenti prima dell'introduzione della nuova tariffa.</p> <p>Con la stabilizzazione dei costi per caso si vogliono contrastare i rischi di un aumento massiccio dei costi (presso gli assicuratori) come pure un regresso sproporzionato del fatturato (presso i fornitori di prestazioni).</p>	5
1.2 Oggetto e livelli	<p>La stabilizzazione dei costi per caso si riferisce alle fatture pagate allestite per prestazioni figuranti nella nomenclatura e fornite da studi medici o nel settore ambulatoriale dell'ospedale nel campo AINF/AM/AI.</p> <p>La stabilizzazione dei costi per caso deve essere stabilita e controllata separatamente, però secondo i medesimi principi, per i tre settori di costi «globale (studio medico e ambulatorio ospedale), «studio medico» (ossia medici liberamente praticanti) e «ambulatorio ospedale».</p> <p>L'evoluzione di altri settori di costi dell'assistenza sanitaria (stazionario ospedale, fisioterapia ecc.) sarà oggetto di un'analisi e una valutazione supplementari.</p>	5
1.3 Principi di base e condizioni quadro	<p>La stabilizzazione dei costi per caso viene fissata in comune per l'AINF, l'AM e l'AI.</p> <p>Essa deve essere realizzata e controllata sulla base delle statistiche degli assicuratori e dei fornitori di prestazioni concernenti le prestazioni remunerate.</p>	9
1.4 Coordinamento con l'assicurazione malattia	La salvaguardia della struttura tariffaria uniforme prevista dalla legge esige, in relazione all'adeguamento strutturale della tariffa (adeguamenti del numero di punti), un coordinamento con l'assicurazione malattia.	9

Sommar io	Punti chiave	Dettagli a pagina
2 Operazionalizza- zione della stabi- lizzazione dei costi per caso		10
2.1 Costi per caso mensili medi	La fissazione e la sorveglianza della stabilizzazione dei costi per caso si fonda- no sui costi mensili medi (media mobile su 12 mesi).	
2.2 Margine di tolle- ranza dei costi per caso	La stabilit� dei costi per caso � ottenuta in modo vincolante fissando un margine di tolleranza dei costi per caso (livello, larghezza di banda ossia limiti superiore e inferiore ammissibili dell'evoluzione dei costi). Per determinare il livello del margine di tolleranza dei costi per caso ci si basa sulla media ponderata dei costi per caso per ciascuno dei 13 ultimi mesi calcola- ta sulla base delle medie mobili su 12 mesi. La larghezza di banda deve essere determinata in maniera normativa sulla scorta della dispersione dei valori degli ultimi 36 mesi. Fuori della banda non sussiste stabilizzazione dei costi per caso.	10
2.3 Scarto rispetto alla stabilit� dei costi	Il momento dell'adeguamento tariffario a causa di uno scarto richiedente una correzione � pure determinato con l'aiuto di medie mensili mobili. L'entit� dell' adeguamento tariffario risulta dall'adeguamento del valore mensile effettivo dei costi al valore del livello (o valore mediano del margine).	13
3 Adeguamento del valore del punto	Le correzioni del valore del punto e le evoluzioni dei costi che le rendono ne- cessarie sono confermate ufficialmente dalle parti contraenti.	14
3.1 Principi	Si corregge dapprima il valore del punto per tutti i fornitori di prestazioni. La violazione globale della stabilizzazione dei costi viene corretta attraverso un adeguamento del valore del punto.	
3.2 Commissione di valutazione (CV)	Compiti, composizione	14
3.3 Adeguamento del valore del punto	Correzione senza identificazione di eventuali responsabili	14
3.4 Correzione della struttura tariffaria	Correzione concernente un gruppo preciso di prestazioni o di fornitori di presta- zioni	14
3.5 Approvazione delle misure correttive		15
4 Rapporto mensile		15
4.1 Informazione di base		15
4.2. Tabelle e grafici		15
4.3. Esempio		16

1 Fondamenti della stabilizzazione dei costi per caso

1.1 Obiettivi

L'espressione «stabilizzazione dei costi per caso» implica che i costi secondo la cifra 1.2 per le prestazioni fornite dagli ospedali non devono subire variazioni importanti in seguito all'introduzione della nuova tariffa.

La garanzia della stabilità dei costi ha in particolare l'obiettivo di evitare che

- gli assicuratori debbano sopportare rischi inaccettabili sotto forma di un aumento dei costi nel quadro del cambiamento di tariffa,
- i fornitori di prestazioni o un gruppo di essi siano esposti nella fase di transizione a rischi inaccettabili di un regresso del fatturato e nel peggiore dei casi alla mancanza di liquidità,
- le spese degli assicuratori in relazione al presente concetto portino ad aumenti dei premi o a scadimento della qualità,
- l'economia e la società debbano sopportare in ultima istanza oneri inaccettabili risultanti dal cambiamento di tariffa.

La stabilizzazione dei costi per caso deve portare una certa sicurezza nell'applicazione della nuova tariffa e permettere ad assicuratori e fornitori di prestazioni di procedere a pianificazioni aziendali durante una fase transitoria.

La stabilizzazione dei costi per caso non può tuttavia significare che al passaggio dalla vecchia alla nuova struttura tariffaria non ci saranno né modifiche né favoriti o svantaggiati. In altre parole, la stabilizzazione dei costi non può rendere inefficace la revisione tariffaria né le correzioni tariffarie volute.

La stabilizzazione dei costi per caso deve infine permettere di procedere ad adeguamenti strutturali in accordo con gli obiettivi della revisione tariffaria, dato che gli effetti della nuova tariffa non possono essere valutati integralmente prima dell'introduzione (statistica delle frequenze).

1.2 Oggetto e livelli

Tutte le prestazioni regolate dalla struttura tariffaria TARMED (nomenclatura) sono oggetto della stabilizzazione dei costi per caso.

La stabilizzazione dei costi per caso viene quindi fissata esclusivamente sulla base del volume di prestazioni della TARMED. Solo gli importi delle fatture pagate dagli assicuratori possono essere oggetto della stabilizzazione dei costi per caso, poiché solo queste indicano il flusso netto delle liquidità che a sua volta costituisce la base di una determinazione corretta dei premi. Ne consegue che gli importi delle fatture respinte o contestate non entrano in linea di conto nelle considerazioni sulla stabilizzazione dei costi per caso.

I valori di riferimento centrali per la stabilizzazione dei costi sono i costi per caso mensili medi indotti dalle prestazioni della TARMED, ossia la media mensile dei costi per caso (vedi cifra 2.1).

La stabilizzazione dei costi per caso può essere determinata e rappresentata con riferimento a TARMED su diversi livelli per differenti settori di costi (vedi grafico 1). Sono determinanti il primo e il secondo livello, quindi i gruppi di costi per

- l'insieme delle prestazioni fatturate secondo la TARMED che sono fornite dai medici liberamente praticanti e dal settore ambulatorio degli ospedali (= globale),
- le prestazioni fornite dai medici liberamente praticanti (= studio medico)¹,
- le prestazioni fornite dal settore ambulatorio degli ospedali (= ambulatorio ospedale)¹.

Inoltre l'evoluzione dei costi deve parimenti essere sorvegliata a livello delle specialità e dei tipi d'ospedale.

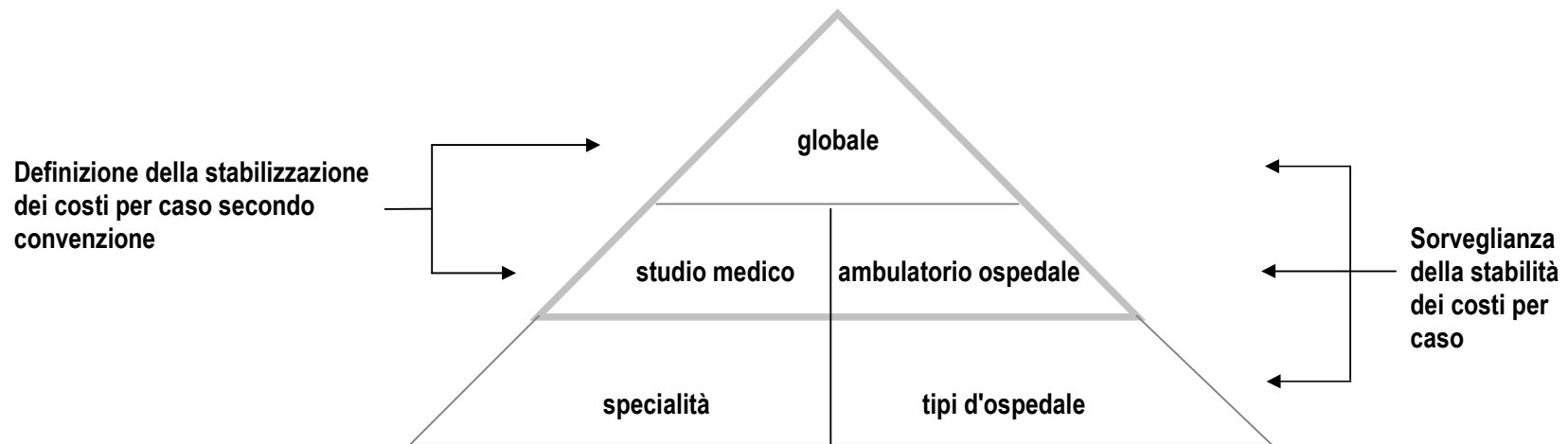
Di conseguenza:

- la stabilizzazione dei costi per caso, sia sul piano globale che per gli studi medici o il settore ospedaliero ambulatorio, implica che occorre riconoscere la necessità di procedere immediatamente ad adeguamenti della tariffa in presenza di uno scarto;
- la sorveglianza supplementare dell'evoluzione dei costi a livello delle specialità e dei tipi d'ospedale comporta un margine di manovra, vale a dire che con l'intesa delle parti contraenti si può procedere a un adeguamento della struttura tariffaria.

Sotto i tre livelli citati di stabilizzazione dei costi per caso esistono altri tre livelli (modelli di costi GRAT, modelli di costi delle unità funzionali INFRA, singole prestazioni), che non possono tuttavia essere registrati con i metodi statistici disponibili oggi. Ne scende che non si può ancora procedere a un monitoraggio di routine istituzionalizzato (vedi grafico 2). Questi livelli assumeranno importanza soltanto in occasione di un adeguamento della tariffa attraverso il numero di punti, ossia in caso di intervento sulla struttura tariffaria, ed esigono un'analisi approfondita del sistema di tariffa (vedi grafico 2).

¹ L'attività quale medico accreditato figura – secondo il modo di fatturazione – in uno dei due gruppi di costi «studio medico» o «ambulatorio ospedale». Si parte dal principio che il modo di fatturazione non subirà modifiche sostanziali.

Grafico 1: livelli di stabilizzazione e di sorveglianza dei costi per caso secondo la convenzione.



Globale: tutti i costi indotti da TARMED per la fornitura di prestazioni mediche e tecniche, di cui:

Studio medico: costi delle prestazioni forniti da medici liberamente praticanti

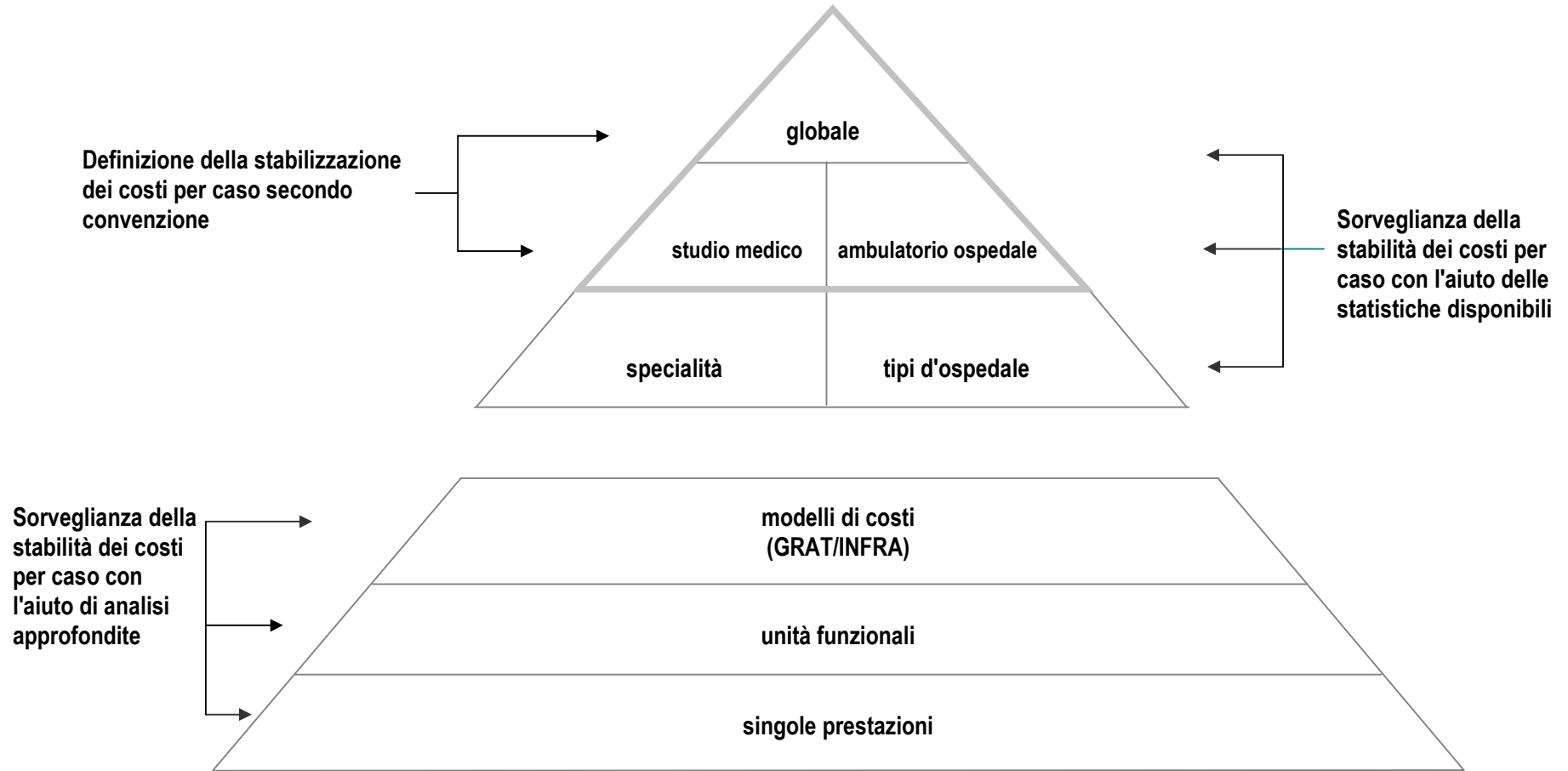
Ambulatorio ospedale: costi delle prestazioni fornite nel campo ambulatorio degli ospedali

Specialità: costi delle prestazioni fornite secondo le specialità (studio medico)

Tipi d'ospedale²: costi delle prestazioni fornite secondo il tipo d'ospedale (ambulatorio ospedale)

² Qui rientrano gli ospedali universitari, gli ospedali acuti pubblici e privati nonché altri ospedali.

Grafico 2: livelli di stabilizzazione dei costi per caso e struttura profonda statistica e analitica



1.3 Principi di base e condizioni quadro

La stabilizzazione dei costi per caso deve essere effettuata conformemente ai principi di base e alle condizioni quadro che seguono:

- Va tenuto conto dei campi dell'assicurazione infortuni, dell'assicurazione militare e dell'assicurazione invalidità. In questo contesto si tratta
 - di trarre conclusioni per l'intero settore dell'assicurazione infortuni sulla base dei dati della Suva,
 - di rilevare separatamente i dati dell'assicurazione militare, traendo però conclusioni in merito alla stabilizzazione dei costi in una considerazione comune con l'assicurazione infortuni,
 - di trattare in maniera autonoma il settore dell'assicurazione invalidità; di procedere tuttavia a un'eventuale correzione tariffaria in sintonia con l'assicurazione infortuni e l'assicurazione militare.
- Inoltre per i tre settori si deve tener conto in modo determinante dei dati forniti dalla FMH o da H+.
- L'oggetto è costituito dalle prestazioni fatturate secondo TARMED in confronto con l'attuale Catalogo delle prestazioni ospedaliere risp. Tariffa medica AINF/AM/AI e retribuite dagli assicuratori.
- I costi per caso mensili medi devono restare stabili all'interno di una banda (vedi grafico 3 e punto 2.2).
- La durata d'osservazione è di 18 mesi a partire dalla data d'introduzione di TARMED; in altre parole, 6 mesi per la fase del cambiamento di tariffa e per l'allestimento delle fatture e 12 mesi per la gestione effettiva della stabilità dei costi per caso.
- L'adattamento eventualmente necessario del valore del punto avviene su base mensile.
- Il punto di partenza sono i costi mensili medi degli anni n-1 – n-3 (n = 200x quale anno di riferimento per fissare la stabilizzazione dei costi per caso).
- Gli interventi tariffari possono aver luogo in modo differenziato. Si tratta principalmente di incitare i fornitori di prestazioni responsabili per la violazione della stabilità dei costi ad adottare un comportamento adeguato e di modificare o eventualmente sopprimere le posizioni tariffarie che danno luogo a uno sfruttamento eccessivo della tariffa o che generano costi importanti. Si tien conto qui degli elementi di riduzione dei costi.

1.4 Coordinamento con l'assicurazione malattia

Gli elementi comuni tra assicurazione infortuni, assicurazione militare e assicurazione invalidità, da un lato, e assicurazione malattia, dall'altro, si limitano nel caso della stabilizzazione dei costi per caso

- agli obiettivi,
- al mantenimento della struttura tariffaria uniforme per tutta la Svizzera.

Devono essere definiti in maniera specifica

- la procedura e gli elementi concreti di riferimento quanto alla fissazione del margine di tolleranza (valori di riferimento, anni di riferimento, livello, margine di tolleranza ecc.),
- le durate d'osservazione inferiori a un anno,
- l'adeguamento del valore del punto (oggetto, ammontare, data).

2 Operazionalizzazione della stabilizzazione dei costi per caso

2.1 Costi per caso mensili medi

Questi costi rappresentano il valore di riferimento centrale per la sorveglianza e la garanzia della stabilità dei costi nei settori determinanti (vedi punto 1.3). Parallelamente è necessario un aggiornamento delle statistiche secondo le prestazioni della TARMED. In altri termini, i medicinali e la fisioterapia (tra l'altro) sono da eliminare dall'osservazione dei costi. I costi per caso mensili risultano dalla somma delle fatture pagate durante un mese civile in relazione a un caso. Per caso si intende un trattamento di una persona assicurata, caratterizzato dal numero d'infortunio o dall'identificazione della rispettiva assicurazione, con pagamento di spese di cura. È quindi possibile che nei periodi d'osservazione di più di un mese il caso sia menzionato diverse volte (caso attivo durante più mesi).

Un aumento del numero di fatture da parte del fornitore di prestazioni (ripartizione su più mesi) può portare in teoria a un aumento del numero di casi per mese e quindi a costi per caso mensili medi più bassi. Occorre perciò sorvegliare un possibile aumento del numero di fatture e quindi di casi, segnatamente paragonando il numero cumulato di casi più volte contati per mese con il numero totale di casi per anno. Si può così constatare una possibile modifica del numero di fatture. Per esperienza si sa che il fattore «fatture per caso di trattamento» è di circa 1,4.

2.2 Margine di tolleranza dei costi per caso

La stabilizzazione dei costi per caso può essere rappresentata in forma di margine di tolleranza (vedi grafico 3).

Questo margine di tolleranza fissa il limite (superiore o inferiore) che non può essere superato. Se ciò è il caso, si impone un adeguamento della tariffa.

Si tratta segnatamente di fissare

- la durata d'osservazione (18 mesi dall'introduzione della tariffa),
- il centro della banda (= livello al 1° luglio 200x)
- il margine stesso (attorno al valore mediano).

Questa larghezza di banda deve prendere in considerazione la tolleranza economica e sociopolitica, nonché calcolare globalmente le imprecisioni statistiche inevitabili.

Quali anni di base per calcolare il valore mediano del margine si prende il periodo che va da giugno 200x a giugno 200x. Per calcolare il margine stesso, ci si basa sul periodo che va da giugno 199x a giugno 200x.³

Il centro della banda del margine corrisponde alla media ponderata dei costi per caso calcolata a partire dagli ultimi 13 valori della serie temporale composta dalle medie mobili su 12 mesi in cui l'ultima media (gennaio – dicembre 2003) riceve il peso 13 e la prima media mobile su 12 mesi (gennaio – dicembre 2002) il peso 1.

³ Il modello consiste nella formula seguente: $SCC = c + a \cdot t + b \cdot t^{1/2}$ (SCC = stabilizzazione dei costi per caso).

t rappresenta il tempo o più precisamente il numeratore della serie temporale. La radice permette di tener conto della tendenza moderatrice dei settori di costi globale, studio medico e ambulatorio ospedale.

Il centro della banda è il risultato di un calcolo, mentre la banda deve ancora essere definita come misura statistica di 2σ (scarto standard) delle variazioni residuali sulla base della disposizione parametrizzata di un modello lineare generale, secondo il metodo della minimizzazione degli scarti quadratici.

Dal 1° al 12° mese, il margine di tolleranza è stabilito in maniera lineare da b(1) a b(12). Il procedimento schizzato deve garantire che durante il processo di fluttuazione non si debba intervenire inutilmente.

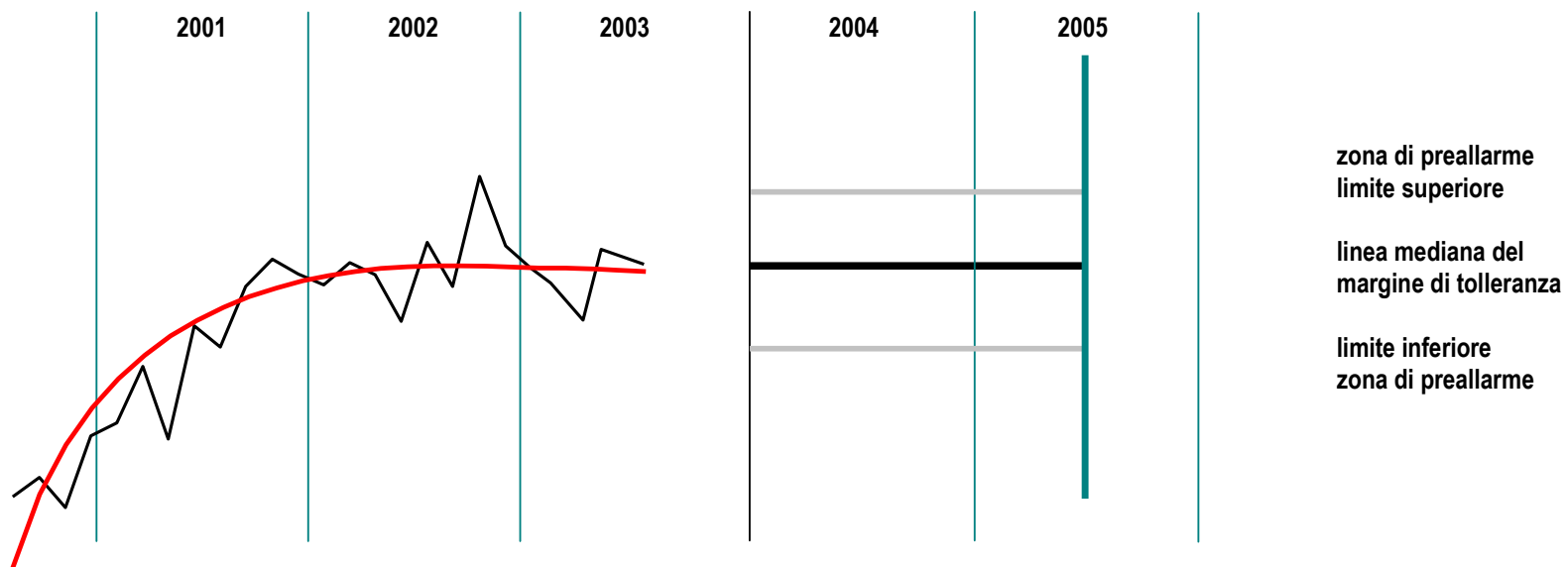
Ampiezza della banda di tolleranza nel corso del 1° mese: $b(1) = b \times 1.2$ (più o meno 10%).

Ampiezza della banda di tolleranza nel corso del 12° mese: $b(12) = b(13) = b$.

Questo modello attenua l'effetto dei valori estremi. Permette di evitare che le correzioni si basino su valori aberranti o siano effettuate troppo presto.

Grafico 3: rappresentazione di principio della banda di tolleranza dei costi per caso

Momento del cambiamento di tariffa, incluso l'eventuale adeguamento in caso di variazione dei costi



Elemento	Periodo	Calcolo	Fissazione
Livello (centro della banda)	6.2001 / 6.2003	Media aritmetica delle ultime 13 medie mobili su 12 mesi	Empirica (sulla base del calcolo)
Limite superiore / inferiore (margine di tolleranza)	da 6.2000 a 6.2003	Misura statistica della dispersione con perequazione della media mobile su 12 mesi (modello lineare generale)	Normativa (allineandosi sul calcolo)

2.3 Scarto rispetto alla stabilizzazione dei costi per caso

2.3.1 Principio

La stabilizzazione dei costi per caso può essere violata di principio attraverso l'evoluzione dei costi al di fuori del margine definito. In un caso del genere si tratta in primo luogo di osservare l'evoluzione dei costi nel suo insieme (tutti i fornitori di prestazioni) nonché separatamente secondo il settore studio medico (inclusi medici ospedalieri che fatturano con il proprio numero EAN) e il settore ambulatorio ospedaliero. In caso di violazione della stabilizzazione dei costi per caso si procede a una correzione del valore del punto.

Per effettuare a una valutazione più approfondita occorre tener conto delle seguenti tre situazioni:

- violazione non attribuibile ad alcun gruppo di fornitori di prestazioni né a una prestazione localizzabile o a un gruppo di prestazioni
- violazione constatabile in un gruppo di fornitori di prestazioni
- violazione in relazione con una prestazione o un gruppo di prestazioni, senza chiaro riferimento a un gruppo di fornitori di prestazioni

2.3.2 Correzione del valore del punto

Uno scarto rispetto alla stabilizzazione dei costi per caso risulta dall'evoluzione dei costi effettivi sulla base della nuova tariffa TARMED in confronto al valore mediano del margine, fissato in funzione dell'evoluzione dei costi secondo la vecchia tariffa. Lo scarto esprime la distanza effettiva rispetto al valore mediano del margine nel momento t. Ciò non significa tuttavia che da questo scarto debba già risultare la necessità di un adeguamento tariffario. Invece la tariffa va adeguata se il limite superiore o inferiore del margine viene superato.

Per rappresentare e valutare degli scarti nonché per trarre conclusioni su adeguamenti del valore del punto si procede nel modo seguente:

- Si applica il metodo della media mobile su 12 mesi.
- La deduzione diretta dell'entità dell'adeguamento tariffario non avviene sulla base della media mobile su 12 mesi bensì del valore effettivo dei costi per caso mensili.
- Lo scarto indica l'entità dell'adeguamento del valore del punto sotto forma di un fattore di correzione. (Si rinuncia a compensare i vecchi scarti effettivi, in quanto si parte dall'idea che le variazioni si equilibrano col tempo.)

2.3.3 Algoritmo di correzione

Dopo l'introduzione, l'evoluzione dei costi sarà sorvegliata e documentata in un rapporto mensile (vedi punto 4.3). Se nel mese X si riscontra una violazione della stabilizzazione dei costi per caso, l'adeguamento del valore del punto che ne risulta sarà per principio effettuato simultaneamente per i settori AINF/AM/AI nel corso del mese X + 3. I valori del punto così calcolati vengono arrotondati al centesimo.

3 Adeguamento del valore del punto e della struttura tariffaria

3.1 Principi

Gli scarti constatati rispetto al livello di stabilità dei costi sono giudicati da una Commissione di valutazione. Le parti contraenti hanno un mese di tempo per decidere le necessarie correzioni del valore del punto o della struttura tariffaria.

3.2 Commissione di valutazione (CV)

3.2.1 Compiti, competenze

La CV analizza i risultati secondo il rapporto mensile e decide le misure di correzione che si impongono all'intenzione delle parti contraenti.

3.2.2 Composizione

La CV si compone di tre rappresentanti ciascuno di H+ e della CTM/AM/AI.

La commissione si riunisce in seduta almeno una volta il mese.

3.2.3 Coordinamento

La CV coordina i suoi lavori con la Commissione di valutazione FMH-CTM/AM/AI, nonché pure con santésuisse per quanto concerne le correzioni della struttura tariffaria.

3.3 Correzioni del valore del punto

Dall'analisi mensile dei dati risulta un bisogno di adeguamento globale che non si limita a un gruppo di prestazioni o di fornitori di prestazioni specifico. La correzione viene effettuata per il tramite del valore uniforme del punto.

3.4 Correzione della struttura tariffaria

L'analisi mensile dei dati indica che la variazione dei costi per caso va riferita a un gruppo preciso di prestazioni o di fornitori di prestazioni.

Le correzioni necessarie sono in tal caso effettuate attraverso un aumento o una diminuzione del numero di punti per il gruppo in questione.

Le modifiche della valutazione relativa delle prestazioni in questione che ne risultano sono documentate in un indice.

3.5 Approvazione delle misure correttive

Le correzioni necessarie del valore del punto o di parti della struttura tariffaria sono sottoposte ogni mese per approvazione alle parti contraenti. Se una delle parti non dà il proprio avallo, resta riservata la disdetta secondo l'articolo 17, capoverso 4 della Convenzione del 1° ottobre 2003.

4 Rapporto mensile

Ogni mese le parti contraenti si mettono reciprocamente a disposizione un rapporto standard sulla stabilizzazione dei costi per caso. I rapporti possono essere allestiti già prima dell'entrata in vigore della tariffa allo scopo di familiarizzarsi con quanto enunciato.

I rapporti mensili contengono informazioni di base, rappresentazioni dei costi per caso sotto forma di grafici o di tabelle, i commenti del mese e l'analisi di induzione secondo il concetto. Se i risultati necessitano di analisi complementari al livello 3, queste si fondano sulla statistica del 100% delle spese di cura o sulla statistica strutturale della Suva oppure sulle statistiche corrispondenti dell'assicurazione militare o dell'assicurazione invalidità.

Per facilitare la lettura, nella parte principale i dati concernenti l'evoluzione in rapporto al livello di stabilità dei costi per caso sono riportati su una scala relativa. Con livello «0» (zero) si intende il livello di stabilità dei costi, con «-1» il limite inferiore del margine di tolleranza (livello SCC meno 2σ dei valori residuali della curva idealizzata) e con «+1» il limite superiore del margine di tolleranza (livello SCC più 2σ .)

Le parti contraenti si comunicano mutuamente tutti i dati.

4.1 Informazione di base

- Dati concernenti i volumi dei costi in per cento, numero di casi per cantone, numero di medici e ospedali, eventualmente secondo la specialità
- Spiegazioni generali, definizioni di termini
- Spiegazioni quanto ai tipi e ai gruppi di costellazione
- Numero del rapporto, ad es. n. 1/04.2004
- Per settore di costi: indicazione del livello di stabilità dei costi per caso e del margine di tolleranza
- Cronistoria: elenco dei mesi con violazione della stabilizzazione dei costi per caso e indicazione del tipo di correzione e della data d'entrata in vigore.

4.2 Tabelle e grafici

Rappresentazione sotto forma di tabella del numero di casi, delle spese di cura e dei costi per caso per gli ultimi 12 mesi, nonché dei valori medi mobili su 12 mesi per ogni settore di costi (globale, studio medico e ambulatorio ospedale). Lo specchio dei valori assoluti figura nell'annesso.

Rappresentazione grafica (serie temporale) per settore di costi delle medie mobili su 12 mesi dei costi per caso tenendo conto del livello di stabilità dei costi e della banda di tolleranza. Utilizzazione di una scala relativa. Chiara evidenziazione se il mese oggetto del rapporto si trova fuori del margine di tolleranza e visualizzazione dei valori epurati mediante fattori di correzione.

4.3 Esempio

Supponiamo che il rapporto mensile X mostri una violazione della stabilizzazione dei costi per caso. Si adatterà e si evidenzierà, dal mese X , il fattore di correzione k calcolato per l'adeguamento tariffario nella statistica delle medie mobili su 12 mesi dei costi per caso al fine di evitare le misure ingiustificate e ripetitive. La ragione di questo è il ritardo tra il fatto di riconoscere la necessità di un adeguamento del valore del punto (VPt) e la messa in vigore. Il fattore k viene quindi ponderato come segue:

Per i mesi fino alla messa in vigore dell'adeguamento del VPt (mesi X , $X + 1$ e $X + 2$), k riceve il coefficiente 1. Per i due mesi successivi, il valore di k è abbassato progressivamente in modo non lineare fino al coefficiente 0.8 per $X + 3$ e 0.2 per $X + 4$. Dal mese $X + 5$ i valori mensili non sono più corretti (coefficiente 0). Per tali coefficienti si è partiti dal principio che prima dell'entrata in vigore tutte le fatture sono allestite secondo il vecchio VPt; nel primo mese dopo l'entrata in vigore della modifica del VPt ($X + 3$) circa l'80% delle fatture sono ancora allestite secondo il vecchio VPt, nel mese $X + 4$ solo il 20% lo saranno ancora e soltanto nel $X + 5$ tutte le fatture applicheranno il nuovo VPt. Ne scende che nei calcoli una correzione del valore del punto avrà effetto fino al rapporto del mese $X + 15$, in quanto ingloba la media mensile mobile dei mesi $X + 4$, ..., $X + 15$.

Se vi è sovrapposizione di diverse correzioni nello stesso tempo, queste saranno trattate indipendentemente l'una dall'altra. Ne consegue che i fattori di correzione e i loro coefficienti si moltiplicano.