



Réponses aux questions fréquemment posées sur les adaptations apportées à la structure tarifaire TARMED au 1^{er} janvier 2018

Foire aux questions (FAQ), version du 5 juillet 2019

I. Limitations et nouvelles positions pour certains groupes de patients.....	1
II. Prestations médicales et prestations techniques	3
III. Matériel à usage courant et médicaments	6
IV. Base de données Access et navigateur CHM	7
V. Valeurs cantonales du point tarifaire.....	7

I. Limitations et nouvelles positions pour certains groupes de patients

1. La durée de la consultation auprès du médecin est-elle désormais limitée à 20 minutes?

Les adaptations de la structure tarifaire TARMED au 1^{er} janvier 2018, adoptées par le Conseil fédéral le 18 octobre 2017, comprennent aussi une limitation de la consultation de base à 20 minutes, ou à 30 minutes pour les enfants de moins de 6 ans et les personnes de plus de 75 ans, ainsi que pour les patients présentant un besoin accru en soins. La consultation de base comprend notamment les salutations à l'arrivée et au départ du patient, les examens et actes médicaux ne faisant pas l'objet d'une tarification spéciale, l'accompagnement du patient pour le confier au personnel soignant ainsi que la lecture du dossier médical et les annotations immédiatement avant et après la consultation. Mais il existe d'autres positions tarifaires qui peuvent être facturées en sus de la consultation de base si les interprétations desdites positions sont respectées, par ex. la « consultation spécifique par le spécialiste de premier recours », l'« entretien d'information avant une intervention diagnostique ou thérapeutique », ou le « petit examen » ou l'« examen complet par le spécialiste de premier recours ». Si le traitement comprend plus que la consultation de base et l'examen, d'autres positions tarifaires encore peuvent être facturées (réduction d'une fracture digitale, traitement de plaie, radiographie, analyses de laboratoire, etc.). La durée maximale pour le diagnostic et le traitement n'est donc nullement limitée à 20 ou 30 minutes.

2. Pourquoi faut-il maintenant détailler les prestations médicales en l'absence du patient ?

Les positions tarifaires désignant des « prestations médicales en l'absence du patient » ont accusé ces dernières années une forte augmentation de volume. Il est probable que les fournisseurs de prestations facturent cette position pour des activités qui n'ont pas lieu en contact direct avec le patient bien que certaines d'entre elles soient déjà rémunérées par le biais de la productivité, c'est-à-dire par le temps non productif.

C'est pourquoi le Conseil fédéral a apporté dans la structure tarifaire adoptée trois modifications concernant le groupe des « prestations médicales en l'absence du patient » (00.0141 ss) : d'abord, une position tarifaire distincte est indiquée pour chaque prestation possible en l'absence du patient (par ex. étude de dossier, obtention de renseignements auprès de tiers), afin que l'on sache

clairement ce qu'a fait le fournisseur de prestations. Ensuite, la limitation pour ces prestations est en principe réduite de 60 à 30 minutes, afin d'agir contre l'augmentation de volume évoquée plus haut. Enfin, la limitation est activée pour les spécialistes facturant par voie électronique.

Compte tenu des résultats de la consultation, la limitation appliquée aux prestations médicales en l'absence du patient a été maintenue à 60 minutes pour certains groupes de patients, à commencer par les enfants de moins de 6 ans et les personnes de plus de 75 ans. Pour les patients dans une situation de maladie grave ou instable, les prestations en l'absence du patient peuvent aussi être maintenues à 60 minutes en raison d'un besoin accru en soins (voir chiffre 3).

3. Quand parle-t-on de besoin accru en soins ?

Le besoin accru en soins est défini plus en détail dans le commentaire de la modification d'ordonnance : « Un besoin accru en soins, dans le sens d'un besoin exceptionnellement accru en temps, peut par exemple apparaître chez les patients multimorbides, chez les patients avec une limitation cognitive moyenne ou sévère, chez les patients avec des troubles psychiques sévères ou chez les patients dans une situation de maladie instable et grave (par ex. syndrome coronarien aigu ou une maladie cancéreuse instable). Le traitement de tels patients n'autorise toutefois pas automatiquement l'utilisation des limitations plus élevées, le besoin accru en soins d'un patient est à justifier auprès de l'assureur. » Il faut donc un motif médicalement solide pour faire valoir un besoin accru en soins.

Les positions correspondant à un besoin accru en soins ne sont pas cumulables avec les positions concernant les enfants, les personnes âgées ou les patients ne présentant pas un tel besoin (par ex. 00.0026 et 00.0020 ne sont pas cumulables). Si une limitation est prévue pour un laps de temps défini (p. ex. interdiction de cumuler 00.0415 et 00.0417), l'interdiction de cumul ne vaut pas pour une séance mais pour l'entier de la durée de la limitation. La période de temps de la limitation commence à compter du 1er jour de traitement. Les limitations, qui ont été définies ou modifiées par l'ordonnance, s'appliquent depuis le 1er janvier 2018. Le médecin doit opter avant la facturation, en fonction du patient ou de la patiente, pour l'une ou l'autre position. S'il n'y a pas de besoin accru en soins au début du traitement, aucune position à ce titre ne peut plus être facturée dans le délai fixé pour la limitation, et cela pour empêcher que les limitations puissent être contournées.

4. Sous quelle forme le besoin accru en soins doit-il être motivé vis-à-vis de l'assureur ?

L'OFSP a mis sur pied un groupe de travail avec les partenaires tarifaires pour la mise en œuvre de la structure tarifaire valable depuis le 1er janvier 2018. Sur la base de la discussion menée au sein de ce groupe, l'OFSP table sur la procédure suivante : les fournisseurs de prestations inscrivent dans le dossier du patient les motifs pour lesquels celui-ci a un besoin accru en soins, ou pour lesquels des positions séparées sont utilisées. Les assureurs demandent aux fournisseurs de prestations d'indiquer ces motifs s'ils soupçonnent que la position a été utilisée à tort, par exemple en raison des autres prestations facturées ou d'autres anomalies dans le comportement de facturation (positions trop souvent facturées par rapport à d'autres fournisseurs de prestations comparables ou aux taux de dépassement antérieurs). Dans ces cas, le fournisseur de prestations doit motiver par écrit, ex post à l'aide de ses inscriptions dans le dossier du patient, le besoin accru en soins de celui-ci. Il n'y a pas lieu de demander un accord préalable.

5. Si l'assurance demande une justification écrite pour un besoin accru en soins, le médecin peut-il facturer un rapport ?

Non, les rapports ne peuvent pas être facturés. La justification du besoin accru doit être formulée de manière complète et claire dans le dossier médical, de sorte à être compréhensible pour l'assureur. Cette tâche fait partie des devoirs du médecin et elle est prise en compte par le biais de la productivité. La demande de l'assureur ne devrait donc pas engendrer de travail supplémentaire pour le médecin. Le travail généré par une documentation incomplète ou incompréhensible ne doit pas être facturé en sus. L'interprétation générale IG-14 stipule que la documentation et le rapport font partie intégrante de la prestation et sont rémunérées avec elle, même si le paramètre « rapport » ne comporte aucun minutage.

6. La limitation peut-elle être dépassée pour les positions correspondant à un besoin accru en soins ?

Non. Il est vrai qu'une limitation plus élevée s'applique pour ces positions ; toutefois, celle-ci ne peut être dépassée, comme c'est d'ailleurs le cas pour toutes les positions tarifaires faisant l'objet d'une limitation. La protection tarifaire s'applique (voir chiffre 13). Concernant les exceptions possibles, se reporter au chiffre 7.

7. Comment le fournisseur de prestations doit-il procéder lorsqu'il existe, pour les prestations fournies, des prescriptions que les nouvelles limitations ne permettent plus de respecter ?

Les limitations servent par principe à garantir l'économicité de la fourniture des prestations au sens de l'art. 56 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). L'OFSP est d'avis qu'une solution pour la facturation de ces cas peut être recherchée avec les assureurs ou leurs médecins-conseils exclusivement lorsque des prescriptions légales claires concernant la fourniture des prestations sont en contradiction ou en conflit avec les limitations inscrites dans la structure tarifaire. Il convient d'éclaircir directement avec les assureurs dans quelle mesure, dans un cas concret, les prescriptions faites justifient une telle manière de procéder. En fin de compte, l'application du TARMED reste l'affaire des partenaires tarifaires, à savoir des fournisseurs de prestations et des assureurs. Sur la base des dispositions de la LAMal en la matière, des tarifs forfaitaires ou des tarifs au temps consacré peuvent être convenus avec les assureurs pour les prestations ou les cas concernés.

8. Y a-t-il aussi des limitations dans les médecines complémentaires ?

Il existe en principe aussi des limitations pour les prestations de médecine complémentaire (cf. par ex. 00.1820). Ces limitations ne se réfèrent toutefois pas à une séance (comme pour la consultation), mais à un laps de temps donné (6 mois en règle générale). La période de temps de la limitation commence à compter du 1^{er} jour de traitement. Les limitations, qui ont été définies ou modifiées par l'ordonnance, s'appliquent depuis le 1^{er} janvier 2018. Une limitation est également inscrite pour la position 00.1890 (2 fois par séance).

En ce qui concerne la phytothérapie, la tarification se réfère à une décision de la Commission tarifaire paritaire (CTP) du 22 août 2012, qui a proposé que les prestations de phytothérapie soient tarifées dans le TARMED selon la même structure que celle adoptée pour l'acupuncture, la thérapie neurale, l'homéopathie, la médecine traditionnelle chinoise et la médecine anthroposophique, y compris les prestations médicales et les prestations techniques correspondantes. Cette décision de la CPT n'avait cependant pas encore été mise en œuvre dans la structure tarifaire TARMED. Elle l'a finalement été suite à la remarque faite par la Société suisse de phytothérapie médicale (SSPM) lors de la consultation relative aux adaptations du TARMED par intervention du Conseil fédéral à titre subsidiaire.

II. Prestations médicales et prestations techniques

9. Faut-il encore calculer les points tarifaires facturables sur la base de la valeur intrinsèque de 0,985 ?

Non, les points tarifaires pour toutes les positions qui doivent être appliquées à compter du 1^{er} janvier 2018 ont déjà été calculés avec la nouvelle valeur intrinsèque. On peut les consulter dans la structure tarifaire publiée sur le site Internet de l'OFSP (base de données Access et navigateur CHM) et sur celui de la Chancellerie fédérale (fichier PDF).

10. Comment puis-je savoir si je peux facturer une prestation donnée ?

Lorsqu'il s'agit de savoir si, avec votre valeur intrinsèque qualitative, vous pouvez ou non facturer une prestation donnée dans le TARMED, nous vous prions de contacter la FMH (tarife.ambulant@fmh.ch), qui gère une base de données des valeurs intrinsèques. En effet, le Conseil fédéral n'a procédé à aucune adaptation à ce sujet au 1^{er} janvier 2018. Les médecins qui facturent leurs prestations ambulatoires à la charge des assurances sociales au moyen du TARMED ont besoin pour cela de certaines valeurs intrinsèques qualitatives. On entend par là la qualification, autrement dit les titres de spécialiste, les programmes de formation postgraduée et les certificats qui sont décrits dans la réglementation pour la formation postgraduée.

Le TARMED spécifie pour chaque prestation la valeur intrinsèque qualitative qui autorise la facturation.

11. La durée de la formation postgraduée a-t-elle un impact sur le niveau des points tarifaires facturables ?

Le Conseil fédéral a unifié au 1^{er} janvier 2018 les valeurs intrinsèques inscrites dans la structure tarifaire. Comme la durée de formation, conformément à la loi du 23 juin 2006 sur les professions médicales (LPMéd, RS 811.11), est de cinq ou six ans pour tous les titres de spécialiste, rien ne justifie des valeurs intrinsèques différentes, qui auraient notamment pour effet de violer le principe d'équité. C'est pourquoi une valeur intrinsèque uniforme est désormais associée à toutes les prestations. La seule exception concerne les médecins détenteurs du titre fédéral de formation postgraduée « Médecin praticien ». Comme la LPMéd prévoit dans leur cas une durée de formation de trois ans, un facteur d'échelle (0,93 fois les points tarifaires pour les prestations médicales) correspondant à l'avantage qui découle pour eux de l'unification de la valeur intrinsèque leur est appliqué (s'ils détiennent uniquement ce titre).

La valeur intrinsèque quantitative est donc la même pour toutes les positions tarifaires, ce qui signifie que les points tarifaires par minute (taux de coûts par minute) pour les prestations médicales ne diffèrent plus – abstraction faite de l'exception mentionnée plus haut – pour ce qui est de la valeur intrinsèque quantitative. Mais ils continuent de différer selon l'unité fonctionnelle (lieu où la prestation est fournie) à laquelle la prestation est attribuée. Dans l'unité OP I, ce taux est plus élevé que dans l'unité Salle de consultation, car la productivité (proportion de prestations facturables) y est moindre.

12. Comment appliquer le facteur d'échelle aux médecins praticiens ?

Lorsqu'un médecin détenteur du titre fédéral de formation postgraduée « Médecin praticien » facture à partir du 1^{er} janvier 2018 une prestation dans la structure tarifaire TARMED, les points tarifaires attribués à la prestation médicale (PM) doivent être multipliés par 0,93. Cela est précisé dans l'interprétation générale IG-52 du TARMED : « Pour toutes prestations facturées par les médecins détenteurs du titre fédéral de formation postgraduée « Médecin praticien », un facteur d'échelle de 0,93 doit être appliqué sur les PM. Un certificat supplémentaire (p. ex., en médecine complémentaire) ne change rien à ce fait ; le facteur d'échelle s'applique tout de même (cf. aussi ch. 13).

Le facteur d'échelle réduit ainsi les points tarifaires pour les prestations médicales (mais non pour les prestations techniques) de toute position tarifaire facturée par un médecin praticien, et doit être appliqué indépendamment de la valeur cantonale du point tarifaire. Il faut déjà tenir compte du facteur d'échelle lors de la facturation.

Un médecin praticien uniquement détenteur de ce titre postgrade doit toujours appliquer le facteur d'échelle (indépendamment du fait qu'il facture avec son numéro de RCC personnel ou avec le numéro de RCC d'une institution visée à l'art. 36a LAMal ou avec celui d'un hôpital). La vérification pourrait ainsi être effectuée via le numéro GLN du médecin praticien. Unique exception : lorsqu'un médecin praticien suit une formation postgrade auprès d'un médecin détenteur d'un titre fédéral de spécialiste (p. ex., en médecine générale interne) et que ce dernier est totalement responsable sur le plan médical du traitement des patients, c'est donc à lui qu'il revient de facturer avec son numéro GLN les prestations fournies par le médecin praticien, selon sa valeur intrinsèque ; autrement dit, le facteur d'échelle n'est pas appliqué. Dans ces cas, la vérification du titre postgrade fédéral devrait toujours être effectuée en se basant sur le numéro GLN du médecin responsable. Le médecin praticien qui suit une formation postgrade est ainsi traité comme un médecin-assistant ne possédant pas encore de titre postgrade.

Le facteur d'échelle a été enregistré, pour des raisons techniques, pour chaque position tarifaire. Mais cela ne change rien aux valeurs intrinsèques qualitatives inscrites dans le TARMED, à savoir aux diverses prestations de la structure TARMED que les divers médecins spécialistes peuvent facturer. Les médecins détenteurs du titre fédéral de formation postgraduée « Médecin praticien » peuvent donc continuer de facturer uniquement les positions tarifaires pour lesquelles, sous « Valeur intrinsèque », figurent les indications « Toutes » ou « Médecin praticien ». Les médecins praticiens ne peuvent pas facturer d'autres prestations.

13. Les médecins-praticiens ayant suivi une formation en médecine complémentaire (certificat) doivent-ils appliquer le facteur d'échelle ?

Oui, car il ne s'agit, pour les formations postgraduées en médecine complémentaire, que de certificats et non pas de titres de spécialiste. Les médecins-praticiens disposant de ces certificats doivent donc aussi appliquer le facteur d'échelle. Ils sont toujours considérés comme médecins détenteurs du titre fédéral de formation postgraduée « Médecin praticien ».

14. Comment le contact par courriel avec les patients peut-il être facturé ?

La structure tarifaire TARMED actuellement en vigueur ne contient pas de position spécifique pour une consultation par courriel. Les versions précédentes du TARMED n'en comprenaient pas non plus. S'agissant de l'assurance obligatoire des soins (AOS), la structure tarifaire ne contient pas de liste exhaustive des prestations médicales. Pour qu'une prestation médicale soit prise en charge par l'AOS, il faut toutefois, conformément à l'art. 32 LAMal, qu'elle soit efficace, appropriée et économique (critères EAE). Il n'existe pas de catalogue exhaustif des prestations médicales. C'est le principe de confiance qui s'applique, selon lequel il est présumé que les prestations fournies par les médecins répondent à ces critères. Seules les prestations médicales dont l'efficacité, l'adéquation ou l'économicité ont été contestées sont examinées et portent dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) une mention relative à l'obligation de prise en charge. Il appartient aux assureurs de vérifier au cas par cas si les prestations appliquées satisfont aux critères EAE.

Si la consultation par courriel répond à ces critères, elle peut en principe être facturée. Mais, selon les circonstances, elle peut aussi être problématique sous l'angle de la sécurité des données. L'entretien et la mise en œuvre de la structure tarifaire restent – comme mentionné précédemment – du ressort des partenaires tarifaires. Ceux-ci doivent s'accorder sur la question de savoir si une consultation par courriel peut être facturée et, dans l'affirmative, sous quelle position. Les partenaires tarifaires restent donc appelés à trouver, lorsqu'il le faut, des solutions pour les prestations qui ne sont pas explicitement tarifées. C'est d'ailleurs pour cela que différentes commissions, notamment la Commission paritaire d'interprétation (CPI), ont été instituées.

Au cas où les partenaires tarifaires ne s'accordent pas sur la question de savoir si la consultation satisfait aux critères EAE, il existe une possibilité de clarification, soit par le biais d'une demande de prise en charge présentée par les fournisseurs de prestations, soit par une demande de clarification du caractère controversé de la prestation présentée par les assureurs à la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP). Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) décide de l'obligation de prise en charge après avoir pris connaissance de la recommandation de la commission.

15. En tant que fournisseur de prestations, dois-je me conformer à la structure tarifaire TARMED 1.09 définie par le Conseil fédéral ?

Oui, les médecins et les secteurs ambulatoires des hôpitaux doivent se conformer à la structure tarifaire TARMED et ne peuvent pas facturer de coûts supplémentaires aux patients pour les prestations fournies. La protection tarifaire s'applique.

En raison de l'exigence d'uniformité de l'art. 43. al. 5, LAMal, la structure tarifaire est applicable par tous les fournisseurs de prestations aussitôt qu'ils facturent leurs prestations avec un tarif à la prestation. Au sens de l'art. 44 LAMal, les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente ; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (protection tarifaire). Le fournisseur de prestations qui refuse de fournir des prestations conformément à la présente loi (récusation) doit l'annoncer à l'organisme désigné par le gouvernement cantonal. Il n'a aucun droit à la rémunération au sens de la présente loi. Si un assuré s'adresse à un tel fournisseur de prestations, celui-ci doit d'abord l'en informer. Selon l'art. 45 LAMal, si, du fait de la récusation de fournisseurs de prestations, le traitement des assurés n'est pas garanti conformément à la présente loi, le gouvernement cantonal veille à ce qu'il le soit.

III. Matériel à usage courant et médicaments

16. Comment peut-on à l'avenir facturer le matériel à usage courant ?

Selon l'interprétation générale IG-20, le matériel à usage courant peut être facturé séparément, pour autant que le prix d'achat dépasse 3 francs par pièce. Il faut facturer le prix unitaire du matériel à usage courant ainsi que des implants découlant de la quantité annuelle, après déduction des rabais et des remises de prix. Si des prix plus bas ont été convenus, ceux-ci sont valables. Un supplément de 10 % sur le prix d'achat du matériel à usage courant et des implants ne peut plus être facturé.

Dans le modèle de coûts servant au calcul des points tarifaires TARMEC, les frais généraux (Sach- und Umlagekosten, SUK) sont ajoutés en tant que frais d'infrastructure pour toutes les unités fonctionnelles sous la forme d'un pourcentage fixe des frais d'infrastructure et de personnel. Ces SUK comprennent aussi les frais d'achat et de stockage central ainsi que l'infrastructure, l'assistance et le service (service technique, logistique, transports internes et externes, informatique, etc.). Le taux SUK couvre dès lors déjà les frais généraux.

La référence à la liste des moyens et appareils (LiMA) a été supprimée, car celle-ci règle la remise des moyens et appareils qui sont utilisés par l'assuré lui-même ou par une personne qui participe à l'examen ou au traitement à titre non professionnel. Pour les moyens et appareils remis qui relèvent du champ d'application de la LiMA, l'assurance obligatoire des soins prend en charge, au plus, le montant maximum remboursé (MMR) inscrit dans la LiMA.

17. Le port/les frais liés à l'achat de matériel peuvent-ils être facturés séparément ?

Non, le port et les frais que le fournisseur met à la charge du fournisseur de prestations lors de l'achat de matériel ne peuvent pas être facturés séparément. Ils sont déjà rémunérés par le biais du taux des frais généraux SUK (Sach- und Umlagekosten), qui est pris en compte lors du calcul des points tarifaires des prestations techniques (voir chiffre 16).

18. Les médicaments administrés à titre diagnostique ou thérapeutique peuvent-ils aussi être facturés ?

La facturation de médicaments employés lors de prestations diagnostiques ou à des fins thérapeutiques fait l'objet de l'interprétation générale IG-19 du TARMEC. Celle-ci dit que les médicaments employés lors de prestations diagnostiques spéciales (produits de contraste, médicaments pour tests endocrinologiques ou métaboliques, pour induction de stress, etc.) sont indemnisés séparément. Les médicaments prescrits et administrés par le spécialiste à des fins thérapeutiques peuvent aussi être facturés séparément. Les autres médicaments et moyens pharmaceutiques employés lors de prestations diagnostiques (gouttes pour les yeux, le nez et les oreilles, anesthésiques locaux, lubrifiants, désinfectants, etc.) font partie de la prestation technique.

Une réglementation spéciale se trouve dans le chapitre « Imagerie médicale » du TARMEC : les cathéters, produits de contraste, produits radiopharmaceutiques, kits et produits équivalents dont le prix d'achat (TVA comprise) est supérieur à 3 francs la pièce peuvent être facturés en plus s'ils sont utilisés dans le cadre d'une prestation d'imagerie. Il faut facturer le prix unitaire découlant de la quantité annuelle, après déduction des rabais et des remises de prix. Si des prix plus bas ont été convenus, ceux-ci sont valables. Le matériel nécessaire à la documentation (film, radiographie, support de données) fait partie intégrante de la prestation technique et ne peut donc pas être facturé en plus.

19. Y a-t-il des prestations AOS qui ne peuvent plus être facturées ?

Non. Pour éviter que les renvois faits dans la structure tarifaire doivent être corrigés à chaque modification de la loi, des ordonnances, de la liste des analyses ou de la liste des spécialités, ils ont tous été supprimés au 1^{er} janvier 2018. Mais la loi et ses ordonnances d'application doivent être respectées indépendamment des renvois faits dans la structure tarifaire. Les partenaires tarifaires restent libres d'intégrer dans leurs systèmes de facturation ces renvois et les éventuelles conditions de prise en charge par l'AOS qui s'y rapportent.

IV. Base de données Access et navigateur CHM

20. Comment faire lorsque la base de données Access et le navigateur tarifaire ne concordent pas ?

Après la décision du Conseil fédéral du 18 octobre 2017 concernant la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2018, divers cas de points inexacts dans la base de données TARMED 1.09 ont été signalés à l'Office fédéral de la santé publique. Ceux-ci sont collectés et corrigés périodiquement dans la base de données et, si nécessaire, dans le navigateur ou le fichier PDF de la structure tarifaire, et sont publiés en temps opportun.

Dans l'intervalle, les points en question et les corrections à faire dans la base de données et dans le navigateur sont répertoriés sur le site Internet de l'OFSP. Les corrections à faire dans la base de données peuvent être effectuées par l'utilisateur lui-même.

21. Les documents peuvent-ils aussi être utilisés sur Mac ?

Vous pouvez accéder à la base de données Access et au navigateur tarifaire (CHM) par le site Internet de l'OFSP. Si vous voulez ouvrir le navigateur avec Mac, nous vous recommandons de le faire avec l'application « Viewer Free », que vous pouvez télécharger sur Internet et installer (<https://itunes.apple.com/fr/app/chm-viewer-free/id650683226?mt=12>). Le site de l'OFSP fournit aussi un lien vers le site de la Chancellerie fédérale (<https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/droit-federal/verweispublikationen.html>), où vous trouverez également le TARMED au format PDF. La base de données Access n'est toutefois pas accessible aux utilisateurs de Mac.

V. Valeurs cantonales du point tarifaire

22. Les adaptations apportées par le Conseil fédéral à la structure tarifaire TARMED ont-elles un impact sur les valeurs cantonales du point tarifaire ?

Les modifications apportées à la structure tarifaire TARMED n'exigent aucune adaptation des valeurs cantonales du point tarifaire. Ces modifications visent en particulier à améliorer l'adéquation de la structure tarifaire, c'est-à-dire le rapport entre les différentes prestations. Elles ne peuvent donc pas justifier une adaptation de la valeur du point tarifaire au niveau cantonal.