



Risposte a domande frequenti sugli adeguamenti della struttura tariffale TARMED dal 1° gennaio 2018

«Frequently Asked Questions» (FAQ), versione dell'5 luglio 2019

| | |
|--|----------|
| I. Limitazioni e nuove posizioni per determinati gruppi di pazienti | 1 |
| II. Prestazioni mediche e tecniche | 3 |
| III. Materiale d'uso e medicinali | 5 |
| IV. Banca dati Access e browser tariffe CHM..... | 6 |
| V. Valori del punto tariffale cantonali..... | 7 |

I. Limitazioni e nuove posizioni per determinati gruppi di pazienti

1. La durata di una consultazione medica verrà limitata a 20 minuti?

Tra gli adeguamenti alla struttura tariffale TARMED adottati dal Consiglio federale il 18 ottobre 2017 con effetto dal 1° gennaio 2018 vi è anche la limitazione della durata della consultazione di base a 20 minuti in generale e a 30 minuti per i bambini con meno di 6 anni, per le persone con più di 75 anni e per i pazienti con un bisogno più importante di cure. La consultazione di base comprende i saluti iniziali e di commiato, esami e azioni mediche non tariffati in modo specifico, l'accompagnamento e l'affidamento al personale ausiliario e la visione e la registrazione di atti immediatamente precedenti/successivi alla consultazione. Oltre alla consultazione di base possono essere fatturate altre posizioni tariffarie quali «consulenza specifica da parte del medico specialista in assistenza di base», «discussione preliminare di interventi diagnostici/terapeutici da parte del medico specialista» o «piccolo esame clinico/esame clinico approfondito da parte del medico specialista in assistenza di base», a condizione che le prestazioni siano state fornite conformemente alle interpretazioni delle posizioni tariffarie. Se il trattamento va oltre la consultazione di base e l'esame clinico, possono essere fatturate altre posizioni tariffarie (cura della frattura di un dito, di una ferita, radiografie, analisi di laboratorio ecc.). Pertanto, in nessun caso il tempo massimo per la diagnosi e il trattamento è limitato a 20 o 30 minuti.

2. Perché ora le prestazioni in assenza del paziente devono essere indicate in modo dettagliato?

Negli scorsi anni le posizioni tariffarie con la denominazione «prestazione medica in assenza del paziente» hanno fatto registrare un forte aumento in termini di volume. Si suppone che i fornitori di prestazioni utilizzino queste posizioni tariffarie per fatturare attività che non prevedono un contatto diretto con i pazienti, nonostante alcune di queste siano già remunerate attraverso la produttività, ossia il periodo non produttivo.

Per questo motivo, nella struttura tariffale appena adottata il Consiglio federale ha apportato tre modifiche alle posizioni relative alle prestazioni in assenza del paziente (posizioni 00.0141 segg.). Innanzitutto, per ogni possibile prestazione in assenza del paziente (p. es. studio degli atti, raccolta di informazioni presso terzi) verrà introdotta una posizione tariffale separata, in modo da creare

trasparenza sulle prestazioni effettivamente fornite. In secondo luogo, per contrastare il forte aumento quantitativo delle prestazioni in assenza del paziente, l'attuale limitazione per queste posizioni tariffali (00.0141 segg.) viene dimezzata da 60 a 30 minuti. In terzo luogo, verrà introdotta la limitazione anche per i medici specialisti che utilizzano il metodo di fatturazione elettronica.

Sulla base dei riscontri ricevuti nell'ambito della procedura di consultazione si è deciso di mantenere a 60 minuti le limitazioni per le prestazioni in assenza del paziente per singoli gruppi di pazienti, in particolare per i bambini con meno di 6 anni e per le persone con più di 75 anni. La limitazione è mantenuta a 60 minuti anche per i pazienti con un quadro clinico instabile o grave in ragione del bisogno più importante di cure (cfr. n. 3).

3. Cosa si intende per «bisogno più importante di cure»?

Il commento alle modifiche dell'ordinanza fornisce una definizione più precisa: «Un bisogno più importante di cure, nel senso di un bisogno eccezionalmente più importante in tempo, può, per esempio, rivelarsi necessario per pazienti con patologie multiple, per pazienti con limitazioni cognitive di gravità media o acuta, per pazienti con malattie mentali gravi o per pazienti in situazione di malattia grave (p. es. sindrome coronarica acuta o malattie oncologiche instabili). Tuttavia, il trattamento di tali pazienti non autorizza automaticamente l'uso di limitazioni superiori; il bisogno più importante di cure di un paziente deve essere motivato presso l'assicuratore.» Questo significa che per far valere un bisogno più importante di cure occorre un motivo valido dal punto di vista medico.

Le posizioni applicabili ai pazienti con un bisogno più importante di cure non possono essere cumulate con quelle applicabili ai bambini, agli anziani e ai pazienti che non hanno un bisogno più importante di cure (p. es. la posizione 00.0026 non è cumulabile con la posizione 00.0020). Se è stata depositata una limitazione per un determinato periodo (p. es. divieto di cumulo tra 00.0415 e 00.0417) il divieto vige non per una sola seduta, ma per tutto il periodo della limitazione depositata. Il periodo di limitazione inizia con il primo giorno di trattamento. Tuttavia le limitazioni fissate o modificate dall'ordinanza vigono dal 1° gennaio 2018. A seconda del paziente, il medico dovrà decidere se usare l'una o l'altra posizione prima di fatturare le prestazioni. Se all'inizio del trattamento il paziente non presenta un bisogno più importante di cure, entro il termine fissato per la limitazione non è più possibile fatturare posizioni con bisogno più importante di cure. In questo modo si vuole evitare che le limitazioni vengano aggirate.

4. Come dev'essere motivato il bisogno più importante di cure presso l'assicuratore?

Per l'attuazione della struttura tariffale in vigore dal 1° gennaio 2018 l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha istituito un gruppo di lavoro con i partner tariffali. In base alla discussione nella seduta del gruppo di lavoro, l'UFSP parte dal seguente presupposto: i fornitori di prestazioni indicano il motivo del ricorso alle posizioni separate e/o del bisogno più importante di cure nella cartella clinica del paziente. L'assicuratore esige una motivazione se sospetta che il fornitore di prestazioni abbia utilizzato la posizione tariffale in modo ingiustificato, per esempio in ragione della fatturazione di prestazioni supplementari o di anomalie nella prassi di fatturazione (posizioni fatturate con troppa frequenza rispetto agli altri fornitori o rispetto ai precedenti tassi di superamento). In questi casi il fornitore di prestazioni deve giustificare per scritto a posteriori il bisogno più importante di cure del paziente con l'aiuto dei motivi indicati nella cartella del paziente. Non è necessario ottenere previamente una garanzia di assunzione dei costi.

5. Se l'assicuratore richiede una motivazione scritta del bisogno più importante di cure, il medico può fatturare la stesura di un rapporto?

No, non è possibile fatturare la stesura di un rapporto. La motivazione del bisogno più importante di cure deve essere formulata in modo completo e comprensibile nella cartella clinica, in modo da poter essere compresa anche da parte dell'assicuratore. Si tratta di un compito che compete ai medici ed è compreso nella loro produttività. Pertanto una richiesta in tal senso dell'assicuratore non dovrebbe rappresentare un onere supplementare per il medico. L'onere causato da una documentazione incompleta o incomprensibile non può essere fatturato addizionalmente. Secondo l'interpretazione generale IG-14, la documentazione e il rapporto sono parte integrante della prestazione e sono con essa remunerati, anche se sotto il parametro «rapporto» non è indicato un minutaggio.

6. La limitazione nelle posizioni per pazienti con un bisogno più importante di cure può essere superata?

No: nonostante a queste posizioni venga applicata una limitazione più elevata, questa **non** può essere superata, come è d'altronde il caso per tutte le altre posizioni tariffali con limitazioni. Vigè la cosiddetta protezione tariffale (cfr. n. 13). Per le eventuali eccezioni, cfr. con il numero 7.

7. Come deve procedere un fornitore di prestazioni qualora vengano prescritti per la fornitura di prestazioni che non possono più essere rispettate con le nuove limitazioni?

In linea di massima le limitazioni servono a garantire l'economicità della fornitura di prestazioni ai sensi dell'articolo 56 della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). L'UFSP ritiene che sia possibile trovare una soluzione per la fatturazione con gli assicuratori o i loro medici di fiducia esclusivamente nei casi in cui, in ragione di chiare disposizioni giuridiche relative alla fornitura di prestazioni, si venisse a creare una contraddizione e/o un conflitto con le limitazioni previste nella struttura tariffale. Occorre chiarire direttamente con gli assicuratori in che misura in un caso concreto le prescrizioni legittimino un simile modo di procedere. In ultima analisi, l'applicazione del tariffario TARMED compete ai partner tariffali rispettivamente ai fornitori di prestazioni e agli assicuratori. Le disposizioni della LAMal relative alle tariffe prevedono la possibilità di concordare con gli assicuratori tariffe forfetarie o tariffe temporali.

8. Vi sono limitazioni anche per la medicina complementare?

In linea di massima vi sono limitazioni anche per le prestazioni della medicina complementare (cfr. p. es. posizione 00.1820). Tuttavia, le limitazioni non si riferiscono a una seduta (come nel caso delle consultazioni) bensì a un determinato lasso di tempo, generalmente sei mesi. Il periodo di limitazione inizia con il primo giorno di trattamento. Tuttavia le limitazioni fissate o modificate dall'ordinanza vigono dal 1° gennaio 2018. Si applica una limitazione anche per la posizione 00.1890 (massimo 2 volte per seduta).

La tariffazione per la fitoterapia si basa su una decisione della Commissione paritetica tariffaria (CPT) del 22 agosto 2012 che ha proposto di allineare la tariffazione delle prestazioni di fitoterapia a quella prevista da TARMED per le prestazioni della medicina complementare (agopuntura, terapia neurale, omeopatia, medicina tradizionale cinese) e della medicina antroposofica, incluse le relative PM e PT. Finora, però, questa decisione non era stata integrata nella struttura tariffale TARMED. L'attuazione della tariffazione proposta è il risultato delle osservazioni formulate dalla Società svizzera di fitoterapia medica (SSFM) nell'ambito della consultazione sull' adeguamento del tariffario TARMED mediante l'intervento sussidiario del Consiglio federale.

II. Prestazioni mediche e tecniche

9. I punti tariffali fatturabili devono ancora essere calcolati in base al fattore del valore intrinseco 0,985?

No. I punti tariffali per tutte le posizioni applicabili dal 1° gennaio 2018 sono già stati calcolati in base al nuovo fattore del valore intrinseco e possono essere consultati nella struttura tariffale pubblicata sul sito dell'UFSP (banca dati Access e browser CHM) e sul sito Internet della Cancelleria federale (in formato PDF).

10. Come faccio a sapere se posso fatturare una determinata prestazione?

Per sapere se con il Suo valore intrinseco qualitativo può fatturare o no una determinata prestazione nel tariffario TARMED, la preghiamo di contattare la FMH (tarife.ambulant@fmh.ch), che gestisce la banca dati dei valori intrinseci. Su questo punto il Consiglio federale non ha introdotto modifiche con effetto dal 1° gennaio 2018. I medici che fatturano le loro prestazioni a carico delle assicurazioni sociali con TARMED necessitano di determinati valori intrinseci qualitativi. Con essi si intendono la qualificazione professionale, concretamente i titoli di specialista, le formazioni approfondite e gli attestati di capacità disciplinati dal Regolamento del perfezionamento professionale. TARMED indica per ogni singola prestazione il valore intrinseco qualitativo che autorizza a fatturarla.

11. La durata del perfezionamento influisce sul valore dei punti tariffali fatturabili?

Il Consiglio federale ha uniformato i fattori del valore intrinseco definiti nella struttura tariffale con effetto dal 1° gennaio 2018. Poiché secondo la legge federale del 23 giugno 2006 sulle professioni mediche universitarie (legge sulle professioni mediche, LPMed; RS 811.11) la durata della formazione per tutti i titoli di medico specialista è di cinque o sei anni, i diversi fattori del valore intrinseco non sono giustificati e violano il principio dell'equità. Pertanto, tutte le prestazioni saranno registrate con un fattore del valore intrinseco uniforme. Fanno eccezione unicamente i medici che hanno ottenuto il titolo federale di perfezionamento di «medico generico». Poiché la loro formazione secondo la LPMed dura solo tre anni, viene introdotto un fattore di scala (0,93 sui punti tariffali delle prestazioni mediche) corrispondente alla condizione di vantaggio ottenuta con l'uniformazione del fattore del valore intrinseco (titolo singolo, senza doppio titolo).

Il valore intrinseco quantitativo sarà quindi uguale per tutte le posizioni tariffali. Questo significa che i punti tariffali al minuto per le prestazioni mediche (aliquota di costo al minuto) non si distingueranno più in base al valore intrinseco quantitativo, fatta salva l'eccezione summenzionata. Tuttavia, i punti tariffali al minuto per le prestazioni mediche (aliquota di costo al minuto) continuano a distinguersi a seconda dell'unità funzionale (luogo in cui è fornita la prestazione) alla quale la prestazione è attribuita. L'aliquota di costo al minuto per l'unità funzionale SO I è superiore a quella dell'unità «Sala visita», poiché nell'unità SO I la produttività (quota di prestazioni fatturabili) è più bassa.

12. Come va applicato il fattore di scala per i medici generici?

Dal 1° gennaio 2018 quando un medico con il titolo federale di perfezionamento di «medico generico» fattura le proprie prestazioni con TARMED si devono moltiplicare per il fattore 0,93 i punti tariffali definiti per la prestazione medica (PT PM). Questa regola è peraltro indicata nell'interpretazione generale IG-52 della struttura tariffale: «Per tutte le prestazioni che vengono computate da medici in possesso unicamente del titolo federale di perfezionamento di «medico generico», alla prestazione medica (PM) va applicato il fattore di scala 0,93». Il fatto che il medico possieda un ulteriore attestato di formazione complementare (p. es. in medicina complementare) non cambia nulla e il fattore di scala trova comunque applicazione (cfr. anche con il n. 13).

Il fattore di scala riduce dunque i punti tariffali per le prestazioni mediche (ma non per quelle tecniche) di ciascuna posizione tariffale fatturata dal medico generico e va applicato a prescindere dal valore del punto tariffale cantonale. Il fattore di scala dev'essere considerato già in sede di fatturazione.

Un medico generico che ha unicamente questo titolo di perfezionamento deve applicare sempre il fattore di scala (indipendentemente dal fatto che fatturi utilizzando un numero RCC proprio, di un istituto secondo l'articolo 36a LAMal o di un ospedale). La verifica potrebbe pertanto avvenire attraverso il numero GLN del medico generico. Unica eccezione: se il medico generico si sta perfezionando presso un medico con un titolo federale di medico specialista (p.es. medicina interna generale) e se quest'ultimo ha la piena responsabilità medica per il trattamento di un paziente, il medico responsabile fattura la prestazione fornita dal medico generico utilizzando il proprio numero GLN e il proprio valore intrinseco, ossia senza applicare il fattore di scala. In questi casi la verifica del titolo di perfezionamento avviene sempre per il numero GLN del medico responsabile. Il medico generico che si sta perfezionando è pertanto trattato esattamente come un medico assistente che non dispone ancora di un titolo di perfezionamento.

Per motivi tecnici il fattore di scala è predefinito per ogni posizione tariffale. Tuttavia, questo non incide sui valori intrinseci qualitativi definiti nella struttura tariffale TARMED, ossia non ha alcun impatto sulle prestazioni che i medici specialisti possono fatturare con TARMED. I medici con il titolo federale di perfezionamento di «medico generico» possono continuare ad utilizzare solo le posizioni tariffali con il valore intrinseco «tutti», nonché le posizioni per le quali è stato predefinito il valore intrinseco «medico generico». I medici generici non possono fatturare altre prestazioni.

13. Il fattore di scala deve essere applicato ai medici generici con perfezionamento in medicina complementare (attestato di formazione complementare)?

Sì, perché nel caso dei perfezionamenti in medicina complementare, trattandosi unicamente di attestati di formazione complementare e non di un titolo di medico specialista, il fattore di scala va applicato anche ai medici generici in possesso di questi attestati.

Essi continuano ad essere considerati quali medici titolari unicamente del titolo federale di perfezionamento «medico generico».

14. Come si possono fatturare le consulenze fornite via e-mail ai pazienti?

L'attuale struttura tariffale TARMED non prevede una posizione specifica per le consultazioni via e-mail, così come non lo prevedeva quella precedente. TARMED non contiene un elenco completo ed esaustivo delle prestazioni mediche rimborsate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). Secondo l'articolo 32 della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), per poter essere rimborsata dall'AOMS una prestazione dev'essere efficace, appropriata ed economica (EAE). Non esiste un catalogo esaustivo delle prestazioni mediche. Tuttavia, vige il cosiddetto «principio di fiducia», ovvero si parte dal presupposto che tutti i trattamenti prescritti dal medico corrispondano effettivamente ai criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità (EAE). Vengono esaminate solo le prestazioni la cui efficacia, appropriatezza ed economicità sono state messe in discussione e l'obbligatorietà o meno della remunerazione è stabilita nell'ordinanza sulle prestazioni (OPre). È compito dell'assicuratore verificare nel caso singolo se le prestazioni soddisfano i criteri EAE.

Se la consultazione per e-mail soddisfa i criteri EAE può, in linea di massima, essere fatturata. Tuttavia questo tipo di consultazione solleva, a seconda dei casi, questioni legate alla protezione dei dati. Come già menzionato inizialmente, la gestione e l'attuazione della struttura tariffale competono tuttora ai partner tariffali, che devono concordare se e con quale posizione tariffale una consultazione per e-mail può essere fatturata. In questo senso, essi erano e sono tuttora chiamati a trovare se del caso soluzioni per le prestazioni non esplicitamente tariffate. A tal fine sono state istituite commissioni specifiche, in particolare la Commissione paritetica d'interpretazione (CPI).

Se tra i partner tariffali non c'è intesa sull'adempimento dei criteri EAE, si può procedere a un chiarimento sia attraverso una richiesta di assunzione dei costi presentata dal fornitore di prestazioni, sia attraverso una richiesta di accertamento del carattere controverso presentata dall'assicuratore all'attenzione della Commissione federale delle prestazioni generali e delle questioni fondamentali (CFPF). Il Dipartimento federale dell'interno (DFI) decide dopo aver preso atto della raccomandazione della CFPF.

15. Come fornitore di prestazioni, devo attenermi alla struttura tariffale TARMED 1.09 fissata dal Consiglio federale?

Sì, i medici e gli ambulatori ospedalieri devono attenersi alla struttura tariffale TARMED e non possono fatturare ai pazienti costi supplementari per le prestazioni fornite. Vige la cosiddetta protezione tariffale.

A causa del requisito dell'uniformità di cui all'articolo 43 capoverso 5 LAMal, la struttura tariffale è applicabile a tutti i fornitori di prestazioni non appena iniziano a fatturare le loro prestazioni secondo una tariffa per singola prestazione. Secondo l'articolo 44 LAMal i fornitori di prestazioni devono attenersi alle tariffe e ai prezzi stabiliti dalla convenzione o dall'autorità competente e non possono esigere remunerazioni superiori per prestazioni previste dalla legge (protezione tariffale). Il fornitore di prestazioni che rifiuta di fornire prestazioni conformemente alla legge deve dichiararlo all'organo designato dal governo cantonale (ricusa). In tal caso non ha alcun diritto a remunerazioni ai sensi della LAMal. Se l'assicurato si rivolge a un tale fornitore di prestazioni, questi deve previamente avvertirlo della propria ricusa. Secondo l'articolo 45 LAMal, se la cura degli assicurati secondo la legge non è più garantita causa la ricusa di fornitori di prestazioni, il governo cantonale provvede a garantirla.

III. Materiale d'uso e medicinali

16. Come si potrà fatturare in futuro il materiale d'uso?

Secondo l'interpretazione generale 20 (IG-20) il materiale d'uso è fatturabile separatamente a condizione che il prezzo d'acquisto (IVA compresa) superi i 3 franchi per unità. È fatturato il prezzo unitario del materiale d'uso e degli impianti sulla base del quantitativo acquistato annualmente dedotti sconti e riduzioni del prezzo. Nel caso siano stati convenuti prezzi più bassi, valgono questi ultimi. Non sarà più possibile fatturare un supplemento del 10 per cento sul prezzo franco. Nel modello di costo per il calcolo del punto tariffale TARMED i costi generali sono aggiunti al calcolo

per tutte le unità funzionali come costi per il materiale e per i contributi con un'aliquota percentuale fissa di costi per l'infrastruttura e il personale (aliquota SUK). Tra questi costi per il materiale e per i contributi rientrano anche i costi per acquisto / stoccaggio centrale nonché infrastruttura, supporto e servizi (servizio tecnico, logistica, trasporti interni ed esterni, EDP/informatica ecc.). Pertanto con l'aliquota SUK sono già coperti i costi per il materiale e per i contributi. Anche il rimando all'Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp) viene stralciato. Nell'EMAp figurano i mezzi e gli apparecchi rimborsati dall'AOMS e utilizzati dalla persona assicurata da sola o con l'aiuto di una persona non professionista che collabora alla diagnosi e alla cura. L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie si assume i costi per i mezzi e gli apparecchi riportati nell'EMAp fino all'importo massimo rimborsabile (IMR) contenuto in tale elenco.

17. In caso di acquisto di materiale, l'invio e le spese sono fatturabili separatamente?

No, l'invio e le spese addebitati al fornitore di prestazioni per l'acquisto di materiale da fornitori esterni non possono essere fatturati separatamente. Questi costi sono già remunerati attraverso l'aliquota SUK (costi per il materiale e per i contributi), che confluisce nel calcolo del punto tariffale delle prestazioni tecniche (cfr. n. 16).

18. Possono essere fatturati anche i medicinali utilizzati a scopo diagnostico o terapeutico?

La possibilità di fatturare i medicinali utilizzati a scopo diagnostico/terapeutico è menzionata nell'interpretazione generale 19 (IG-19) del tariffario TARMED, secondo cui i medicinali utilizzati per particolari prestazioni diagnostiche (mezzo di contrasto; farmaci per test endocrini/metabolici, per induzione di stress ecc.) sono fatturati separatamente. Anche i medicinali applicati o somministrati dal medico specialista a scopo terapeutico possono essere fatturati separatamente. Altri medicinali e ausili farmacologici (gocce per gli occhi e per il naso, anestetici di superficie, lubrificanti, disinfettanti ecc.) utilizzati per prestazioni diagnostiche sono parte integrante della prestazione tecnica e non possono essere fatturati separatamente.

Il capitolo «Procedimenti di formazione di immagini» del tariffario TARMED prevede un disciplinamento specifico: sono fatturabili separatamente se utilizzati nel contesto della prestazione di formazione d'immagine cateteri, mezzi di contrasto, radiofarmaci, kit e prodotti analoghi, il cui prezzo d'acquisto unitario (IVA inclusa) superi i 3 franchi. È fatturato il prezzo unitario calcolato in base al quantitativo annuo acquistato dedotti sconti e riduzioni del prezzo. Nel caso siano stati convenuti prezzi più bassi, valgono questi ultimi. I materiali necessari alla documentazione (p. es. pellicole, radiografie, supporti dati) sono parte integrante della prestazione tecnica e non possono essere fatturati addizionalmente.

19. Ci sono prestazioni rimborsate dall'AOMS che non possono più essere fatturate?

No. Per evitare che in caso di modifiche della legge e/o delle ordinanze, nonché dell'elenco delle analisi o delle specialità, i rimandi nella struttura tariffale debbano essere via via adeguati, sono stati stralciati del tutto con effetto dal 1° gennaio 2018. La legge e le pertinenti ordinanze di esecuzione devono essere rispettate indipendentemente dai rimandi nella struttura tariffale. I partner tariffali sono liberi di salvare questi rimandi ed eventualmente i requisiti per la presa a carico dei costi da parte dell'AOMS nei loro sistemi di fatturazione.

IV. Banca dati Access e browser tariffe CHM

20. Come si risolvono le incoerenze nella banca dati Access e nel browser tariffe?

Dopo la decisione del Consiglio federale del 18 ottobre 2017 concernente la modifica dell'ordinanza sulla definizione e l'adeguamento delle strutture tariffali nell'assicurazione malattie con effetto dal 1° gennaio 2018, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha ricevuto diverse segnalazioni di inesattezze nella banca dati TARMED 1.09. Le segnalazioni verranno raccolte e si procederà a inserire periodicamente le dovute modifiche nella banca dati e, se necessario, nel browser tariffe o nel relativo file PDF. Le modifiche saranno pubblicate in tempo utile.

Nel frattempo le inesattezze e le eventuali correzioni nella banca dati Access e nel browser tariffe sono state elencate sul sito dell'UFSP. Gli adeguamenti nella banca dati Access possono essere effettuati dall'utilizzatore stesso.

21. La documentazione è accessibile anche agli utenti Mac?

La banca dati Access e il browser delle tariffe TARMED (CHM) sono disponibili sul sito Internet dell'UFSP. Per aprire il browser CHM con il sistema Mac consigliamo di utilizzare l'app «Viewer Free», che si può scaricare da Internet e installare (<https://itunes.apple.com/it/app/chm-viewer-free/id650683226?mt=12>). Il sito dell'UFSP riporta anche un link alla pagina Internet della Cancelleria federale <https://www.admin.ch/gov/it/pagina-iniziale/diritto-federale/Testi-integrali.html> sulla quale si trova il tariffario TARMED in formato PDF. La banca dati Access non è invece disponibile per gli utenti Mac.

V. Valori del punto tariffale cantonali

22. Gli adeguamenti della struttura tariffale TARMED decisi dal Consiglio federale hanno un impatto sui valori del punto tariffale cantonali?

Gli adeguamenti della struttura tariffale TARMED non rendono necessaria una modifica dei valori del punto tariffale cantonali, in quanto mirano in particolare a migliorare l'adeguatezza della struttura tariffale, vale a dire la relazione reciproca tra le prestazioni. Pertanto, le modifiche non possono servire a giustificare adeguamenti dei valori del punto tariffale a livello cantonale.