



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFA

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Unità di direzione politica della sanità

Rapporto sui risultati dell'indagine conoscitiva

Ordinanza sugli aiuti finanziari per la cartella informatizzata del paziente (OFCIP)

22 marzo 2017

Indice

1.	Situazione iniziale	3
2.	Procedura di indagine conoscitiva e principi di valutazione	3
2.1	Procedura di indagine conoscitiva	3
2.2	Principi di valutazione	3
3.	Tematiche centrali	4
3.1	Disciplinamento delle comunità di riferimento intercantonal e interregionali	4
3.2	Nessuna limitazione a due CR per Cantone	4
3.3	Precisazione dei criteri per la valutazione delle domande	4
3.4	Rinuncia al parere cantonale in caso di mancato cofinanziamento da parte del Cantone ..	4
3.5	Trattamento delle domande in ordine cronologico	4
3.6	Importo massimo e sua suddivisione	4
3.7	I modelli SaaS non vengono presi in sufficiente considerazione	5
4.	Pareri sulle singole disposizioni dell'OFCIP	6
4.1	Sezione 1: Disposizioni generali	6
4.2	Sezione 2: Calcolo degli aiuti finanziari	8
4.3	Sezione 3: Procedura	12
4.4	Sezione 4: Entrata in vigore	16
4.5	Allegato (art. 6)	17
5.	Allegati	18
5.1	Elenco dei pareri pervenuti	18
5.2	Altre abbreviazioni e termini	24
5.3	Organizzazioni con un parere identico a quello di Aargauische Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (VAKA)	25
5.4	Progetto di ordinanza sugli aiuti finanziari per la cartella informatizzata del paziente (OFCIP) in francese	26

1. Situazione iniziale

Il 19 giugno 2015 il Parlamento ha adottato la legge federale sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP; RS 816.1) che entrerà in vigore nel 2017. Il 22 marzo 2016 il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha avviato l'indagine conoscitiva sul diritto d'esecuzione della LCIP. L'indagine conoscitiva, che si è conclusa il 29 giugno 2016, verteva su tre ordinanze: l'ordinanza sulla cartella informatizzata del paziente (OCIP), l'ordinanza del DFI sulla cartella informatizzata del paziente (OCIP-DFI) e l'ordinanza sugli aiuti finanziari per la cartella informatizzata del paziente (OFCIP). L'OCIP disciplina i gradi di riservatezza e i diritti d'accesso (capitolo 1), le disposizioni sull'attribuzione e la gestione del numero d'identificazione del paziente (capitolo 2), le prescrizioni per le comunità e le comunità di riferimento (condizioni di certificazione; capitolo 3), gli strumenti d'identificazione (capitolo 4), l'accreditamento (capitolo 5), la certificazione (capitolo 6) e i servizi di consultazione (capitolo 7). L'OCIP-DFI concretizza l'OCIP. Costituita da 9 articoli con 8 allegati, questa ordinanza disciplina esclusivamente alcuni aspetti molto tecnici della cartella informatizzata del paziente (CIP). L'OFCIP concretizza le prescrizioni degli articoli 20 - 23 LCIP, che disciplinano gli aiuti finanziari a livello di legge.

Il presente rapporto contiene esclusivamente le risposte all'indagine conoscitiva sull'OFCIP. I risultati dell'indagine conoscitiva sull'OCIP e l'OCIP-DFI sono raccolti in un rapporto separato.

2. Procedura di indagine conoscitiva e principi di valutazione

Questo capitolo contiene una tabella, che indica il numero dei pareri pervenuti dai diversi partecipanti, e illustra i principi di valutazione applicati al capitolo 3 (tematiche centrali) e soprattutto al capitolo 4 (pareri sulle singole disposizioni dell'OFCIP).

2.1 Procedura di indagine conoscitiva

Tabella 1: panoramica delle risposte pervenute

Categoria	Cantoni, CDS	Partiti	Associazioni mantello svizzere dell'economia	Altre organizzazioni	Organizzazioni non interpellate e privati	Totale
Numero / categoria	27	3	3	30*	74**	137

*curafutura, SVV e **VKZS hanno espressamente rinunciato a esprimere il loro parere nella risposta

2.2 Principi di valutazione

Al fine di offrire un quadro generale il più completo possibile, il presente rapporto riassume e riporta con accuratezza i pareri, che sono stati numerosi e svariati nel loro contenuto. I pareri dettagliati pervenuti nell'ambito dell'indagine conoscitiva sono disponibili al seguente indirizzo:

<https://www.bag.admin.ch/bag-it/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-ehealth-schweiz/bundesgesetz-elektronische-patientendossier/anhoeerung-ausfuehrungsrechts-bundesgesetz-elektronische-patientendossier.html>

I pareri relativi ai singoli articoli dei testi sono riportati nel capitolo 4.

Il capitolo 3 anticipa le tematiche centrali in modo da offrire una visione d'insieme sugli aspetti salienti.

3. Tematiche centrali

I pareri sulle singole disposizioni dell'OFCIP sono illustrati nel capitolo 4. Il presente capitolo è dedicato alle tematiche principali, ossia alle disposizioni che hanno provocato il maggior numero di perplessità, richieste di modifica e riserve, ma anche di commenti favorevoli da parte dei partecipanti.

3.1 Disciplinamento delle comunità di riferimento intercantonal e interregionali

È stato espresso il timore di una possibile penalizzazione delle comunità di riferimento e delle comunità più grandi, poiché l'importo variabile (art. 5 AP-OFCIP) corrisposto pro capite nel bacino di utenza è troppo basso a causa del tetto massimo previsto per bacini di utenza a partire da 750 000 persone.¹

3.2 Nessuna limitazione a due CR per Cantone

Non si può escludere la creazione in uno stesso Cantone di più comunità di riferimento che potrebbero tutte contribuire in modo rilevante all'assistenza sanitaria. Diverse comunità potrebbero inoltre avere la loro sede in un Cantone ed estendersi anche in altre direzioni.²

3.3 Precisazione dei criteri per la valutazione delle domande

Manca la trasparenza per i criteri necessari all'esame delle domande. L' OFCIP deve stabilire con chiarezza in base a quali criteri vengono concessi gli aiuti finanziari.³

3.4 Rinuncia al parere cantonale in caso di mancato cofinanziamento da parte del Cantone

Non è necessario il parere del Cantone su un progetto al quale non partecipa finanziariamente. Vi è inoltre il rischio che un Cantone rifiuti il suo sostegno al progetto, cosa che di fatto renderebbe impossibile la concessione di aiuti finanziari da parte della Confederazione (cfr. art. 3 cpv. 2 AP-OFCIP).⁴

3.5 Trattamento delle domande in ordine cronologico

Questa soluzione potrebbe comportare una ripartizione inappropriata degli aiuti finanziari, poiché in attesa dell'entrata in vigore dell'ordine di priorità si potrebbero sostenere comunità e comunità di riferimento con mezzi finanziari che invece sarebbero meglio investiti nella creazione di altre comunità o comunità di riferimento.⁵

3.6 Importo massimo e sua suddivisione

Sarebbe opportuno evitare di menzionare un importo massimo (sia per l'importo di base [art. 4 AP-OFCIP], sia per le componenti variabili [art. 5 AP-OFCIP]). Anche la suddivisione dell'importo massimo nei diversi «settori da incentivare» (art. 4 cpv. 2 e 3 nonché art. 5 cpv. 2 AP-OFCIP) dovrebbe essere stralciata, visto che i costi per ogni settore possono essere molto disparati.⁶

¹ ASPS, BRH, Insel, AR, LUKS, pharmaSuisse, Spitex, FMH, economiesuisse, IG eHealth, PH CH, Post, SUVA, santésuisse, VAKA

² H+, K3, VZK, santésuisse, LU, NW, SZ, ZG, ZH, SCH, ZAD, economiesuisse, IG eHealth, PH CH, SGMI, Post, SUVA, PLR

³ K3, VZK, LUKS, santésuisse, ZG, ZH, VGlch, ZAD, UDC, FMH, BRH, FR, economiesuisse, IG eHealth, AR, PH CH, BL, CDS, GL, LU, OW, UR, NW, SH, SZ, TG

⁴ economiesuisse, IG eHealth, PH CH, PKS, Post

⁵ BRH, FR, economiesuisse, IG eHealth, AR, K3, VZK, LUKS, PH CH, santésuisse, BL, CDS, GL, LU, OW, UR, Post, NW, SH, SZ, TG, ZG, ZH, SCH, VGlch, ZAD, PKS, UDC, FMH, EHS

⁶ Per la ripartizione precisa degli elementi menzionati, vedi rapporto dettagliato (capitolo 4) e pareri di: NE, FR, GE, VS, VD, JU, TI, BL, GL, LU, OW, UR, SH, SZ, TG, AR, SO, CDS, ZG, VAKA, K3, VZK, Spitex, ASPS, UDC, ZH, ZAD, NW, SUVA, SCH, SG, LUKS, IG eHealth, PH CH, economiesuisse

3.7 I modelli SaaS non vengono presi in sufficiente considerazione

I modelli Software-as-a-Service (SaaS) sono discriminati rispetto agli acquisti «tradizionali» di infrastruttura informatica delle comunità e delle comunità di riferimento, poiché in questi modelli l'infrastruttura tecnica non viene creata, ma messa a disposizione dietro pagamento.⁷

⁷ IG eHealth, economiesuisse, PH CH, Post, LUKS, K3, VZK, SCH, VAKA

4. Pareri sulle singole disposizioni dell'OFCIP

Questo capitolo presenta i pareri sui singoli articoli del testo. Nei limiti del possibile, le diverse proposte di modifica sono state riportate alla lettera. In caso di richieste di integrazione del testo di un atto normativo attuale, l'aggiunta è stata sottolineata per motivi di trasparenza. Le richieste generali di modifica, di stralcio e di aggiunta concernenti altri atti normativi sono menzionate nel testo, ma non espressamente contrassegnate.

4.1 Sezione 1: Disposizioni generali

Art. 2 Berechtigte

¹ Um Finanzhilfen ersuchen können:

- a. Gemeinschaften nach Artikel 2 Buchstabe d EPDG;
- b. Stammgemeinschaften nach Artikel 2 Buchstabe e EPDG.

² Pro Kanton werden höchstens zwei Gemeinschaften oder Stammgemeinschaften mit Finanzhilfen unterstützt.

³ Es besteht kein Anspruch auf Finanzhilfen.

Capoverso 1: *AR* osserva che gli aiuti finanziari potrebbero essere utili già durante la costituzione di comunità e di comunità di riferimento e non solo a partire dal momento in cui queste sono già istituite. *BS* propone l'introduzione di una lettera c, che autorizzerebbe i Cantoni a presentare una domanda di aiuti finanziari a condizione di partecipare finanziariamente alla costituzione della comunità di riferimento.

Capoverso 2: 13 pareri⁸ obiettano che il disciplinamento per le comunità e comunità di riferimento inter-regionali o nazionali è troppo riduttivo. Secondo 16 pareri⁹ la limitazione degli aiuti finanziari a un massimo di due comunità e comunità di riferimento è inadeguata in particolare per i grandi Cantoni densamente popolati e con numerosi potenziali utenti. *CURAVIVA, Insos, senesuisse e TG* mettono in dubbio che tale limitazione sia conforme al principio di legalità. *Spitex e ASPS* considerano che il principio «first come – first served» costituisca uno svantaggio per i fornitori di prestazioni ambulatoriali. *KSOW* dubita che nei piccoli Cantoni sprovvisti di sufficienti risorse si possa introdurre e applicare la LCIP nel rispetto della legge.

10 pareri¹⁰ chiedono lo stralcio del capoverso 2 nella sua forma attuale. *CURAVIVA e Insos* propongono lo stralcio o in alternativa una motivazione fondata. Mentre *VG/Ch* sostiene o lo stralcio o l'apertura, *FMH, economiesuisse, IG eHealth, PH CH e Post* sono contrari a limitare gli aiuti finanziari a due comunità per Cantone. *IG eHealth, PH CH e Post* propongono come alternativa l'introduzione di una dimensione minima per le comunità o comunità di riferimento. *BE* si dichiara favorevole al sostegno finanziario al massimo di due comunità di riferimento per Cantone. *SCH* propone di aggiungere un capoverso 4: «In caso di comunità di riferimento o comunità multicantonali, la comunità di riferimento non è attribuita a nessun Cantone». *HÄ CH e ÄTG* invitano a vagliare la possibilità di concedere aiuti finanziari o altri «incentivi» anche ad altri professionisti della salute partecipanti. *AG* sottolinea che dovrebbe essere possibile presentare la domanda di aiuti finanziari già in una fase precoce della costituzione della comunità o comunità di riferimento.

⁸ ASPS, BRH, Insel, AR, LUKS, pharmaSuisse, Spitex, FMH, economiesuisse, IG eHealth, PH CH, Post, SUVA

⁹ H+, K3, VZK, santésuisse, LU, NW, SZ, ZG, ZH, SCH, ZAD, economiesuisse, IG eHealth, PH CH, SGMI, Post, PLR

¹⁰ Insel, K3, VZK, LU, NW, SZ, ZH, ZAD, PKS

Art. 3 Behandlung der Gesuche und Gewährung der Finanzhilfen

¹ Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) behandelt die Gesuche für die Finanzhilfen nach dem chronologischen Eingang. Vorbehalt bleibt Artikel 7.

² Es gewährt Finanzhilfen nur, wenn der Kanton, in dem die Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft ihren Sitz hat, oder die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (Art. 10) eine positive Stellungnahme abgegeben haben.

BINT e Integic osservano che le trasformazioni da apportare nei sistemi per introdurre la cartella informatizzata del paziente sono state di proposito accantonate. *Integic* evidenzia che i costi per le necessarie modifiche dei sistemi potrebbero comportare un aumento occulto dei costi e che la questione deve essere affrontata.

Capoverso 1: 30 partecipanti¹¹ sono contrari al principio «first come – first served» per la concessione di aiuti finanziari e 10¹² ritengono più opportuno stabilire criteri trasparenti per le domande di finanziamento. Altri 16 partecipanti¹³ preferiscono che i criteri vengano stilati sotto forma di un ordine di priorità ben chiaro (art. 7). *Economiesuisse, IG eHealth e PH CH* auspicano che l'ordine di priorità indichi criteri di aggiudicazione capaci di incentivare l'impiego della cartella informatizzata del paziente e formulano proposte concrete di incentivi. *Santésuisse* fa notare che l'elaborazione di obiettivi e criteri richiede tempo e che i diversi attori devono essere coinvolti nel processo. *VGICH e SGMI* chiedono che si definisca una procedura di opposizione. *SCH* propone che l'UFSP esamini le domande mensilmente. L'esame formale deve avvenire entro due mesi.

6 Cantoni¹⁴ rilevano che il capoverso 1 è una ripetizione dell'articolo 21 capoverso 2 LCIP e che deve quindi essere stralciato. Anche *FMH* chiede lo stralcio del capoverso 1.

Capoverso 2: *Economiesuisse, IG eHealth, PH CH, Post e PKS* ritengono problematica la sovrapposizione dei ruoli dei Cantoni, che sono chiamati a redigere pareri, decidere del cofinanziamento e regolamentare l'assistenza sanitaria. Chiedono che il diritto di consultazione dei Cantoni che non partecipano finanziariamente sia limitato al minimo. *Economiesuisse* vorrebbe inoltre completare il capoverso 2 con il seguente testo: «[...] un parere positivo oppure se il finanziamento parziale è assicurato da privati.» e chiede al contempo di privare del diritto di voto per la concessione di aiuti federali i Cantoni che non partecipano al finanziamento. 10 Cantoni¹⁵ e *CDS* propongono di specificare il testo in modo da chiarire che la *CDS* può dare il suo parere solo per le comunità e le comunità di riferimento che operano a livello nazionale, altrimenti questo diritto spetta ai Cantoni competenti. *BE* chiede la definizione di criteri per le sedi delle comunità o comunità di riferimento intercantonal. *PKS, SGMI e FMH* ritengono che le decisioni sulla concessione di aiuti finanziari debbano essere prese da un'istituzione neutrale.

¹¹ BRH, FR, economiesuisse, IG eHealth, AR, K3, VZK, LUKS, PH CH, santésuisse, BL, CDS, GL, LU, OW, UR, Post, NW, SH, SZ, TG, ZG, ZH, SCH, VGICH, ZAD, PKS, UDC, FMH, EHS

¹² K3, VZK, LUKS, santésuisse, ZG, ZH, VGICH, ZAD, UDC, FMH

¹³ BRH, FR, economiesuisse, IG eHealth, AR, PH CH, BL, CDS, GL, LU, OW, UR, NW, SH, SZ, TG

¹⁴ FR, NE, GE, VS, VD, JU

¹⁵ BL, GL, LU, OW, UR, TG, FR, SZ, BE, AG

4.2 Sezione 2: Calcolo degli aiuti finanziari

Art. 4 Höchstbetrag

¹ Einen Betrag von höchstens 500 000 Franken erhalten Stammgemeinschaften, die in ihrem Versorgungsgebiet:

- a. für alle Gesundheitsfachpersonen zugänglich sind; und
- b. für alle Patientinnen und Patienten die Möglichkeit bieten, ein elektronisches Patientendossier zu erstellen.

² Stammgemeinschaften nach Absatz 1 erhalten höchstens:

- a. 200 000 Franken für die Schaffung der organisatorischen und rechtlichen Voraussetzungen;
- b. 250 000 Franken für die Bereitstellung der für die Bearbeitung der Daten des elektronischen Patientendossiers notwendigen Informatikinfrastruktur;
- c. 50 000 Franken für die erfolgreiche Zertifizierung.

³ Einen Betrag von höchstens 200 000 Franken erhalten Gemeinschaften sowie Stammgemeinschaften, die die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht erfüllen; davon höchstens:

- a. 75 000 Franken für die Schaffung der organisatorischen und rechtlichen Voraussetzungen;
- b. 100 000 Franken für die Bereitstellung der für die Bearbeitung der Daten des elektronischen Patientendossiers notwendigen Informatikinfrastruktur;
- c. 25 000 Franken für die erfolgreiche Zertifizierung.

7 Cantoni¹⁶ dichiarano che per una comunità o comunità di riferimento è difficile stimare la ripartizione dei costi tra le esigenze organizzative e giuridiche, l'infrastruttura informatica e la certificazione. Alcune comunità e comunità di riferimento potrebbero rinunciare a creare un'infrastruttura informatica centrale ricorrendo ai servizi di un fornitore esterno (p. es. Post, Swisscom). I Cantoni menzionati chiedono lo stralcio del capoverso 2 e delle lettere a - c del capoverso 3. ⁶¹⁷ di questi Cantoni chiedono inoltre la limitazione degli aiuti finanziari a 100 000 franchi per le comunità e comunità di riferimento di cui al capoverso 3 e invece un aumento a 600 000 franchi per le comunità di riferimento indicate al capoverso 1. *BFH* sostiene il rispetto obbligatorio della lettera a e b del capoverso 1 per le comunità di riferimento e lo stralcio delle comunità di riferimento dal capoverso 3.

ZG propone di rinunciare a stabilire un tetto per gli aiuti come previsto nell'articolo 4 e di fissarne l'entità in base al numero di membri e utenti potenziali. Chiede inoltre di garantire che i mezzi stanziati dalla Confederazione per gli aiuti finanziari vengano utilizzati interamente. *KSOW* chiede di definire gli aiuti in base al numero previsto di pazienti / persone in un determinato settore di attività. *STSAG* obietta che una comunità di riferimento non deve ricevere aiuti finanziari anche come comunità.

Capoverso 1: *Santésuisse* solleva due interrogativi: come deve essere valutata p. es. la domanda di una comunità di riferimento (interregionale) che riunisce tutti i professionisti della salute di una determinata specialità e come si devono definire i bacini di utenza. Anche *SUVA* vuole una definizione del termine «Versorgungsgebiet» (bacino di utenza). *BE* e *SG* chiedono la definizione del termine «zugänglich» (accessibile) alla lettera a. A riguardo, *SG* chiede di stabilire se e in quale misura è ammesso prevedere eventuali condizioni per l'ammissione di professionisti della salute. *BE* sollecita inoltre anche la definizione del termine «Möglichkeit» (possibilità) contenuto nella lettera b. Secondo *SBC* è necessario aggiungere nella lettera a il seguente testo: „[...] accessibili a tutti i professionisti della salute, eventualmente dietro pagamento di quote di adesione.» *Spitex* e *ASPS* sono del parere che i fornitori di prestazioni ambulatoriali debbano avere la possibilità di aderire in qualsiasi momento a una comunità o comunità di riferimento già esistente.

Insos, CURAVIVA, TG e senesuisse osservano che il capoverso 1 (così come il cpv. 2) equivale a una

¹⁶ NE, FR, GE, VS, VD, JU, TI

¹⁷ NE, FR, GE, VS, VD, JU

limitazione del numero delle comunità e comunità di riferimento e che ciò violerebbe il principio di legalità.

Capoverso 2: *VAKA*¹⁸, *K3*, *VZK* e *Post* sono contrari alla ripartizione o fissazione dei 500 000 franchi. *SG* chiede concretamente la soppressione delle lettere a – c mentre *santésuisse* è del parere che la decisione sulla ripartizione degli aiuti finanziari nelle tre categorie dovrebbe essere di competenza delle comunità e comunità di riferimento. *IG eHealth*, *economiesuisse*, *PH CH* e *Post* criticano che gli aiuti finanziari della Confederazione siano concessi solo in caso d'investimento e non prevedano contributi finanziari ai modelli SaaS. Propongono di completare la lettera b del capoverso 2 come segue: «[...] l'infrastruttura informatica o i servizi informatici necessari». Nello stesso ordine d'idee, *Insel* vuole la parità di trattamento per tutti i modelli di finanziamento e *VG/CH* propone un'indennità d'infrastruttura commisurata alle dimensioni dell'«Affinity Domain», indipendentemente dall'acquisto di propria infrastruttura o dall'assegnazione di modelli SaaS.

Capoverso 3: *VAKA*¹⁹, *K3*, *VZK*, *santésuisse* e *SG* ripetono sul capoverso 3 quanto già dichiarato per il capoverso 2.

Art. 5 Variable Komponente

¹ Stammgemeinschaften nach Artikel 4 Absatz 1 erhalten zusätzlich zum Höchstbetrag nach Artikel 4 Absatz 1 pro Person, die ihren Wohnsitz im Einzugsgebiet hat, zwei Franken, mindestens aber 100 000 und höchstens 1,5 Millionen Franken.

² Je die Hälfte des Betrags ist einzusetzen für:

- a. die Schaffung der organisatorischen und rechtlichen Voraussetzungen;
- b. die Bereitstellung der für die Bearbeitung der Daten des elektronischen Patientendossiers notwendigen Informatikinfrastruktur.

Capoverso 1: *Spitex* e *ASPS* fanno notare che l'onere amministrativo per la costituzione di una comunità o di una comunità di riferimento è elevato anche per i piccoli Cantoni e considerano troppo basso il limite inferiore della quota variabile pari a 100 000 franchi. *UDC* ritiene poco opportuno fissare un importo minimo perché se una comunità di riferimento dovesse richiedere meno di 100 000 franchi, sarebbe poco efficiente concederle più fondi solo a causa di tale limite inferiore.

CDS e 10 Cantoni²⁰ ritengono necessario aumentare l'importo massimo, attualmente limitato a 1,5 milioni di franchi, mentre altri 7 Cantoni²¹ preferiscono stralciare il limite massimo dal capoverso 1. In sintesi, 19 pareri²² chiedono che i mezzi stanziati dalla Confederazione per gli aiuti finanziari vengano in ogni caso interamente utilizzati. 7 partecipanti²³ auspicano che l'entità degli aiuti finanziari destinati alle comunità di riferimento dipenda dal numero di potenziali membri e utenti della comunità di riferimento e che venga eliminato il tetto negli articoli 4 e 5. *IG eHealth* aggiunge che il finanziamento dovrebbe essere maggiormente commisurato ai potenziali pazienti del bacino di utenza di una comunità di riferimento. Anche *economiesuisse*, *LUKS*, *IG eHealth* e *PH CH* considerano poco opportuna la limitazione della componente variabile a 1,5 milioni di franchi. Mentre però *economiesuisse* chiede di cancellare il tetto massimo, *LUKS* preferisce distribuire gli aiuti finanziari restanti alle comunità di riferimento, qualora questi non dovessero essere interamente utilizzati a causa della limitazione. *BE* e *SCH* fanno notare che la definizione di un tetto per la componente variabile penalizzerebbe i Cantoni con più di 750 000 abitanti. *BE* sottolinea inoltre che per le comunità di riferimento con bacini di utenza sovrapposti il calcolo è poco chiaro. Come alternativa al principio «first come – first served» propone una concessione con riserva della componente variabile sul triennio di validità della domanda: se nello stesso periodo un'altra comunità di riferimento con bacino di utenza simile dovesse richiedere gli aiuti finanziari, le due comunità riceverebbero ciascuna la metà. *IG eHealth* e *PH CH* ritengono che in caso

¹⁸ Senza Bethesda

¹⁹ Con Bethesda

²⁰ BL, GL, LU, OW, UR, SH, SZ, TG, AR, SO

²¹ FR, GE, VS, VD, JU, NE, TI

²² CDS, BL, GL, LU, OW, UR, SH, SZ, TG, AR, FR, AG, ZH, BE, ZG, K3, VZK, ZAD, VAKA

²³ ZH, K3, VZK, ZAD, NW, SZ, ZG

di comunità di riferimento con bacino di utenza sovrapposto debba essere l'UFSP a valutare quale comunità di riferimento debba ricevere l'importo variabile di 2 franchi pro capite. Le priorità da considerare sono: la prossimità geografica del paziente alla struttura sanitaria e, in caso di equidistanza, l'assegnazione del paziente alla comunità di riferimento più piccola. *TI* teme che la sovrapposizione dei bacini di utenza possa creare una sorta di concorrenza fra le comunità e chiede, alla stessa stregua di *FMH* e *SUVA*, una definizione più chiara del termine «bacino di utenza». *SUVA* s'interroga su come la limitazione a due comunità di riferimento o due comunità per Cantone prevista dall'articolo 2 possa essere conciliata con l'articolo 5. *KSOW* ribadisce la posizione espressa nell'ambito dell'articolo 4.

Capoverso 2: *SCH* fa notare che la creazione dell'infrastruttura informatica è notevolmente più costosa della costituzione di una comunità di riferimento e privilegia quindi una ripartizione del 40% per i requisiti organizzativi e legali e il 60% per l'infrastruttura informatica. Anche *SUVA* condivide l'opinione che si dia troppo peso in termini finanziari alla componente organizzativa e legale. Con riferimento ai commenti sull'articolo 4 capoverso 2 e 3, *VAKA* dichiara che la ripartizione al 50% non deve essere fissata in modo assoluto. *SG* e *SUVA* consigliano di evitare una ripartizione fissa, considerata una regolamentazione eccessiva e, secondo *SG*, un'inutile limitazione della libertà imprenditoriale. Mentre *SG* preferisce stralciare l'articolo 2 capoverso 2, *SUVA* propone la seguente formulazione: «Questo importo deve essere impiegato per: [...].».

Art. 6 Anrechenbare Kosten

1. Für die Bemessung der Finanzhilfen sind die anrechenbaren Kosten nach dem Anhang massgebend.
2. Vor der Gesuchseinreichung angefallene Kosten sind anrechenbar.
3. Weichen die ausgewiesenen Kosten in unverhältnismässigem Umfang von den marktüblichen Kosten ab, so kann das BAG die Anrechnung dieser marktunüblichen Kosten verweigern.

LUKS, *K3*, *VZK* e *VAKA* evidenziano che nei costi computabili bisogna prendere in considerazione anche i modelli SaaS. *KSOW* ribadisce la posizione espressa sugli articoli 4 e 5.

Capoverso 2: *AG* considera opportuno contabilizzare anche i costi assunti prima della presentazione della domanda. *VAKA* puntualizza che bisognerebbe computare anche gli oneri e i costi che sono destinati alla costituzione di comunità di riferimento e che in parte sono stati sostenuti esclusivamente dai fornitori di prestazioni direttamente interessati. *AG* e *VAKA* chiedono di includere anche i progetti pilota che riguardano sistemi parziali della cartella informatizzata del paziente (p.es. la piattaforma di invio al ricovero in ospedale eCom). Propongono inoltre di evidenziare con maggiore precisione nell'allegato all'articolo 6 i costi generati prima della presentazione della domanda. *BE* chiede di trasformare l'elenco esaustivo dei costi computabili in uno non esaustivo, poiché è difficile al momento rendersi conto se l'elenco attuale è effettivamente completo.

Capoverso 3: *SG* vuole sapere cosa significa «in unverhältnismässigem Umfang von den marktüblichen Kosten» (in misura sproporzionata rispetto ai costi di mercato) e chiede o una dichiarazione degli elementi utilizzati per definire il «mercato di riferimento» oppure lo stralcio di questo passaggio. *FMH* si domanda come sia possibile basarsi sulle tariffe di mercato, se tale «mercato» non esiste ancora in Svizzera. Osserva che sarebbe opportuno parlare invece di una plausibilizzazione dei costi basata su criteri definiti. *SCH* propone la seguente aggiunta alla fine del capoverso 3: «[...]. Per calcolare i costi di mercato, l'UFSP si basa su studi, raccomandazioni di organi di esperti e tutti i documenti presentati con le domande di aiuto finanziario. *FRC* ritiene che la formulazione non sia abbastanza rigorosa e che si debbano assolutamente evitare costi inutili. Se i costi indicati sono sproporzionati, l'UFSP deve semplicemente rifiutarne l'attribuzione.

Art. 7 Prioritätenliste

Sobald sich abzeichnet, dass die vorliegenden Gesuche die verfügbaren Mittel übersteigen, erlässt das EDI eine Prioritätenliste.

22 pareri²⁴ chiedono d'introdurre nell'OFCIP i criteri destinati alla definizione dell'ordine di priorità. 7 Cantoni²⁵ fanno osservare che questo articolo è sostanzialmente una ripetizione dell'articolo 21 capoverso 2 LCIP, ma senza il riferimento alla necessità di assicurare un'equa ripartizione tra le regioni. In questa forma l'articolo 7 OFCIP è superfluo e deve pertanto essere stralciato. In alternativa allo stralcio, *FR* propone di includere i criteri per la definizione delle priorità, mentre *NE* osserva che bisognerebbe almeno riprendere interamente il testo della legge. *FMH* fa notare che l'attribuzione degli aiuti finanziari deve avvenire secondo chiari criteri di valutazione. 13 partecipanti²⁶ sono del parere che l'attribuzione degli aiuti finanziari debba privilegiare le comunità di riferimento rispetto alle comunità. 7 partecipanti²⁷ ritengono che l'ordine di priorità debba essere elaborato in modo tempestivo e trasparente. CDS e 10 Cantoni²⁸ esigono un'indicazione chiara di quando il DFI elaborerà un ordine di priorità.

IG eHealth e *PH CH* nonché *ZAD* rinviano ai loro commenti sull'articolo 3 capoverso 1. *K3* e *VZK* sottolineano che l'ordine di arrivo delle domande non può essere considerato un criterio per la concessione degli aiuti finanziari. Analogamente, *SGMI* ritiene che anche le strutture che fanno domanda in un secondo tempo debbano ancora poter ottenere gli aiuti finanziari. *PKS* chiede che nell'elaborazione dell'ordine di priorità si ammettano esplicitamente anche operatori privati.

²⁴ VAKA, BFH, K3, VZK, LUKS, CDS, BL, GL, LU, OW, UR, AI, AR, TG, NW, SZ, AG, BE, ZG, ZH, Post, ZAD

²⁵ GE, VS, VD, JU, NE, FR, ZH

²⁶ VAKA, FR, CDS, BL, GL, LU, OW, UR, AI, AR, TG, NW, SZ

²⁷ VAKA, BFH, HIN, BE, Post, *IG eHealth*, *PH CH*

²⁸ BL, GL, LU, OW, UR, AI, AR, TG, NW, SZ

4.3 Sezione 3: Procedura

Art. 8 Gesuch

¹ Das Gesuch um Finanzhilfen muss folgende Angaben enthalten:

- a. die geplante Zusammensetzung der Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft;
- b. einen Beschrieb der Bedeutung der Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft für die Versorgungsregion;
- c. einen Zeitplan für den Aufbau der Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft;
- d. ein detailliertes Budget und ein Finanzierungskonzept für den Aufbau und den langfristigen Betrieb der Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft mindestens für die ersten sechs Jahre;
- e. einen Nachweis über die Höhe der von einem Kanton oder Dritten geleisteten oder in Aussicht gestellten finanziellen Beiträge.

² Das BAG erlässt eine Wegleitung über die Gesuchseinreichung und erstellt die entsprechenden Formulare.

PKS individua il rischio di una discriminazione dei privati e teme che la Confederazione e i Cantoni vogliano impedire l'attività di comunità di riferimento private. Chiede pertanto che l'articolo venga ri elaborato in modo da consentire un'equa concorrenza tra le comunità di riferimento. *FRC* chiede se non sia possibile già in questa sede esigere un impegno a ricorrere alla cartella informatizzata del paziente in modo sistematico e a lungo termine (salvo in caso di opposizione del paziente).

Capoverso 1: *SG* critica il fatto che in linea di massima qualsiasi organizzazione può presentarsi come comunità e presentare una domanda, senza prima aver consultato il Cantone. Propone quindi l'aggiunta di una lettera h con il seguente tenore: «il parere del Cantone in cui è domiciliata la comunità o la comunità di riferimento». Ciò renderebbe superfluo l'articolo 9 capoverso 1, che potrebbe essere così stralciato. Chiede inoltre l'aggiunta di una lettera g contenente le informazioni di cui all'articolo 9 capoverso 2 lettera b numeri da 1 a 3.

Capoverso 1, lettera b: *BE* lamenta che l'articolo 9 capoverso 2 esige dai Cantoni di valutare l'importanza di una comunità in base a criteri predefiniti, mentre l'articolo 8 capoverso 1 lettera b non entra altrettanto nel dettaglio. Dovrebbe essere compito e dovere del richiedente fornire tutte le informazioni rilevanti per la valutazione da parte del Cantone.

Capoverso 1, lettera d: 6 Cantoni²⁹ segnalano che i requisiti definiti nell'ordinanza sono irrealistici e impossibili da soddisfare in modo serio. Propongono la seguente formulazione della lettera d: «un budget e un progetto di finanziamento per la costituzione della comunità o della comunità di riferimento». Anche *ZH, ZAD, K3 e VZK* ritengono che i requisiti siano pressoché impossibili da soddisfare e propongono la seguente formulazione: «un budget e un progetto di finanziamento per la costituzione e la gestione della comunità o della comunità di riferimento». *SCH* scrive che la lettera d presuppone un progetto IT di tipo classico, in cui i costi della costituzione insorgerebbero dopo la stipula del contratto. Bisogna assicurare che le offerte SaaS non siano discriminate e ciò deve essere specificato nel rapporto esplicativo.

Capoverso 1, lettera e: *OFAC* chiede se il termine «terzi» sia inteso in senso restrittivo oppure includa anche società private (p. es. del settore farmaceutico).

Capoverso 2: *VAKA, K3, VZK* nonché *AG* e *FR* sottolineano che occorre emanare una direttiva sulla presentazione delle domande e allestire i corrispondenti moduli al più presto. Analogamente, *CDS* e 7 Cantoni³⁰ chiedono che la direttiva sulla presentazione delle domande e i moduli siano emanati per tempo.

Art. 9 Kantonale Stellungnahme

²⁹ GE, VS, VD, JU, FR, NE

³⁰ BL, GL, LU, OW, UR, SZ, AR

¹ Das BAG holt die Stellungnahme des Kantons ein, in dem die Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft ihren Sitz hat.

² Die kantonale Stellungnahme hat innert zwei Monaten zu erfolgen und enthält insbesondere folgende Angaben:

- a. die Beurteilung, ob eine Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft aus Sicht des betroffenen Kantons unterstützungswürdig im Sinne von Artikel 3 Absatz 2 ist;
- b. Bedeutung der Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft für die Gesundheitsversorgung im Kanton, insbesondere anhand von:
 1. Art und Anzahl der angeschlossenen Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen,
 2. Anzahl Personen, die ihren Wohnsitz im Einzugsgebiet der Stammgemeinschaft haben,
 3. Verhältnis zu allenfalls bestehenden Gemeinschaften oder Stammgemeinschaften.
- c. Beurteilung der für die ersten sechs Jahre vorgesehenen Finanzierung;
- d. die Höhe der durch Kantone oder Dritte zugesicherten finanziellen Beiträge;
- e. die Beurteilung von allenfalls weiteren betroffenen Kantonen.

Riguardo a questo articolo *PKS* ripete il suo commento sull'articolo 8 ed *economiesuisse* rimanda alle sue osservazioni sull'articolo 3 capoverso 2. *KSOW* chiede una riallocazione o un trasferimento dei mezzi finanziari nel caso in cui i piccoli Cantoni non siano in grado di approntare e gestire l'infrastruttura. In compenso, le comunità più grandi dovrebbero essere capaci di accogliere partecipanti di minori dimensioni.

Capoverso 1: CDS e 10 Cantoni³¹ ricordano che, secondo l'avamprogetto di ordinanza, il Cantone in cui è domiciliata la comunità deve consultare gli altri Cantoni interessati e presentare all'UFSP un parere consolidato. Propongono di aggiungere nel rapporto esplicativo che le opinioni divergenti dei Cantoni interessati devono essere indicate chiaramente nel parere.

Capoverso 2: Secondo *SZ*, *ZG* e *AG* come pure *SCH*, il termine di due mesi è rispettivamente problematico o troppo breve. I tre Cantoni chiedono una proroga ad almeno tre mesi e *SCH* propone la seguente aggiunta al capoverso 2: «[...] le seguenti indicazioni. In mancanza di un parere cantonale sufficiente entro la scadenza prevista, l'UFSP fissa un adeguato termine supplementare».

Capoverso 2 lettera a: 15 partecipanti obiettano che il termine «unterstützungswürdig» (che merita di essere sostenuto) non è chiaro e chiedono di inserire una definizione nell'ordinanza.

Capoverso 2 lettera b: 6 Cantoni³² ritengono giusto poter esprimere il loro parere sugli aiuti finanziari concessi a una comunità o a una comunità di riferimento. Si chiedono però come valutare le indicazioni fornite. Un'altra questione che si pongono è se i Cantoni debbano svolgere loro stessi un'analisi del bacino di utenza della comunità e della comunità di riferimento oppure se debbano chiedere un business plan a quest'ultima. Inoltre chiedono di stralciare il termine «angeschlossenen (affiliés)» nel numero 1. *SCH* propone la seguente formulazione: «tipo e numero delle strutture sanitarie e dei professionisti della salute previsti». *SZ* fa notare che il rilevamento del numero dei professionisti della salute è troppo complesso. Bisogna verificare se gli indicatori descritti in questo capoverso siano veramente affidabili e possano essere rilevati senza un onere eccessivo. Occorre quindi utilizzare solo gli indicatori che sono facili da rilevare e affidabili. CDS e 11 Cantoni³³ auspicano che le comunità e comunità di riferimento richiedenti di cui all'articolo 8 capoverso 1 siano esplicitamente tenute a fornire le informazioni previste dall'articolo 9 capoverso 2 lettera b. *BFH* propone di specificare meglio il numero 2, nel caso in cui si intenda far riferimento alla possibilità esplicita di accesso dei cittadini alla cartella informatizzata del paziente. Riguardo al numero 3, ritiene opportuno concretizzare il concetto di «Verhältnis» (rapporto). Rifacendosi al suo parere sull'articolo 5, *TI* chiede una migliore definizione del «bacino di utenza». A questo proposito *FMH* ripete che i criteri di valutazione non sono chiaramente definiti, che occorre prevedere una possibilità di ricorso e che l'assegnazione deve avvenire tramite un'istituzione neutrale.

³¹ BL, GL, LU, OW, UR, AR, NW, SZ, TG, FR

³² GE, VS, VD, JU, FR, NE

³³ BL, GL, LU, OW, UR, FR, AR, TG, SZ, ZG, SG

Art. 10 Stellungnahme der Gesundheitsdirektorenkonferenz

¹ Das BAG erarbeitet eine Einschätzung zu national tätigen Gemeinschaften oder Stammgemeinschaften.

² Es unterbreitet diese Einschätzung der Gesundheitsdirektorenkonferenz. Diese nimmt zur Einschätzung des BAG innert zwei Monaten Stellung.

PKS ripete a questo proposito i suoi commenti sugli articoli 8 e 9.

Capoverso 1: *LUKS* e *FMH* auspicano che siano specificati i criteri utilizzati per la valutazione. *VAKA* osserva che ai fini della verifica e del disciplinamento degli aiuti finanziari, sarebbe utile disciplinare in modo chiaro anche le grandi comunità e comunità di riferimento interregionali (e non solo nazionali). Analogamente, *Post* propone di specificare i termini utilizzati (regionale, cantonale e nazionale).

Capoverso 2: *CDS* e 7 Cantoni³⁴ approvano il fatto che per la decisione di assegnazione degli aiuti finanziari alle comunità e comunità di riferimento operanti su scala nazionale venga chiesto il parere della *CDS*. Ad eccezione di *FR*, questi Cantoni dichiarano di essere pronti a fornirlo entro due mesi, ma fanno notare che, a causa dei processi interni del Comitato direttivo della *CDS*, potrebbe essere necessario un termine di risposta di tre mesi. *ZG*, *NW* e *ZH* nonché *ZAD* considerano problematici i termini definiti nell'articolo 9 capoverso 2 e nell'articolo 10 capoverso 2. Si chiedono cosa avvenga in caso di mancato rispetto di tali termini e chiedono di esaminarne lo stralcio. Come minimo chiedono comunque di estendere i termini previsti nei due articoli da due a tre mesi. Vista la formulazione di questo capoverso, *Post* si domanda se il parere della *CDS* non equivalga a una decisione oppure se sia l'*UFSP* a prendere la decisione finale. Propone pertanto una precisazione. *PH CH* e *IG eHealth* fanno notare che l'avamprogetto prevede la concessione di aiuti finanziari solo alle comunità di riferimento e alle comunità che forniscono un sufficiente contributo all'assistenza sanitaria della Svizzera. Tuttavia, poiché possono svilupparsi anche comunità regionali e intercantonal, propongono un ulteriore disciplinamento per il loro finanziamento.

³⁴ *BL*, *GL*, *LU*, *OW*, *UR*, *SZ*, *FR*

Art. 11 Behandlung der Gesuche

- ¹ Das BAG kann verlangen, dass Gesuche überarbeitet oder mit anderen Vorhaben koordiniert werden.
- ² Es kann Gesuche von Gemeinschaften und Stammgemeinschaften, die einen unzureichenden Beitrag an die Gesundheitsversorgung der Schweiz leisten, abweisen. Die Beurteilung richtet sich nach Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe b.
- ³ Es entscheidet über die Gesuche in der Regel spätestens innert 3 Monaten ab Eingang der Stellungnahme des Kantons.
- ⁴ Hält das BAG eine Ordnungsfrist nach Absatz 3 nicht ein, so kann die gesuchstellende Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft von ihm verlangen, dass es die Überschreitung der Frist schriftlich begründet und ihr mitteilt, bis wann der Entscheid voraussichtlich zu erwarten ist. Dies gilt nicht, solange die gesuchstellende Person einer Aufforderung, die Gesuchsunterlagen zu überarbeiten oder mit einem anderen Vorhaben zu koordinieren, nicht nachgekommen ist.

Post segnala a questo proposito che le comunità e comunità di riferimento regionali possono espandersi al di là dei confini cantonali, mentre la norma fa riferimento solo a entità nazionali; per questo motivo è necessario un nuovo disciplinamento del finanziamento per le comunità e comunità di riferimento regionali.

Capoverso 1: *SCH* propone una modifica del capoverso 1: «[...] rielaborate o coordinate con altri progetti con il sostegno dei Cantoni competenti.» *FMH* considera poco chiaro il passaggio: «oder mit anderen Vorhaben koordiniert werden» (o coordinate con altri progetti) e suggerisce lo stralcio del capoverso 1.

Capoverso 2: *PKS* vede anche nell'articolo 11 capoverso 2 un pericolo di discriminazione degli attori non cantonali e chiede pertanto lo stralcio di questo capoverso. CDS e 7 Cantoni³⁵ evidenziano che, con la definizione di un elenco di priorità, l'*UFSP* ha già ricevuto un sufficiente potere discrezionale per la concessione di aiuti finanziari. Un'estensione del potere discrezionale, come prevista da questo capoverso, dovrebbe essere in generale motivata meglio. Altrimenti bisognerebbe rinunciarvi e stralciare l'intero capoverso. Inoltre il criterio «unzureichend» (insufficiente) è troppo vago e necessita di una precisazione. Lo stralcio del capoverso, senza proposte alternative, è chiesto da 7 partecipanti³⁶. *NW, ZH, ZG e SG* nonché *ZAD* motivano la loro richiesta con il fatto che l'*UFSP* non dovrebbe essere autorizzato a respingere le domande, mentre *LUKS* e *FMH* obiettano che la formulazione «unzureichender Beitrag» (contributo insufficiente) non è abbastanza chiara. La mancanza di chiarezza è criticata anche da *SGMI*, che oltre allo stralcio del capoverso propone una definizione più precisa come possibile soluzione. La stessa proposta viene da *santésuisse*, secondo la quale «fornire un contributo sufficiente all'assistenza sanitaria in Svizzera» non è il compito primario delle comunità e comunità di riferimento, né il vero obiettivo della cartella informatizzata del paziente e degli aiuti finanziari. *BFH* avverte che mancano dei criteri quantitativi per la valutazione e propone requisiti minimi riguardo al numero dei professionisti della salute affiliati, al grado di maturità del portale di accesso e alle possibilità di accesso per i cittadini.

Capoversi 3 e 4: *SCH* e *SUVA* chiedono un obbligo di motivazione per l'*UFSP* quando non è possibile rispettare il termine di tre mesi. *SCH* avanza la seguente proposta concreta per la formulazione del capoverso 3: «[...] del Cantone. Se questo termine non può essere rispettato, occorre comunicare al richiedente entro quando riceverà la decisione.» *SUVA* propone di modificare il tenore del capoverso 4 come segue: «[...] non rispetta il termine, comunica alla comunità o alla comunità di riferimento richiedente quando prevede di prendere la sua decisione.»

Art. 12 Leistungsverträge

- ¹ Das BAG schliesst mit den Empfängerinnen und Empfängern von Finanzhilfen Leistungsverträge ab.
- ² Die Leistungsverträge regeln insbesondere:
- die zu erreichenden Ziele;

³⁵ BL, GL, OW, UR, LU, SZ, TG

³⁶ ZH, ZG, SG, NW, ZAD, LUKS, FMH

- b. die Höhe und die Dauer der finanziellen Beteiligung des Bundes;
- c. die Zahlungsmodalitäten;
- d. die Folgen einer Nichterfüllung;
- e. die Modalitäten für eine periodische Berichterstattung;
- f. die periodische Vorlage von Budgetierung und Rechnungslegung.

FRC e AG si esprimono a favore della stipula di contratti di prestazioni, mentre *LUKS* teme che i contratti individuali di prestazioni provochino confusione e incertezza, e chiede pertanto di elaborare un contratto modello per tutti. *Integic* propone di concretizzare il grado di dettaglio dei contratti, per esempio attraverso un capitolato d'oneri o un catalogo di criteri. *SCH* osserva che la durata massima dovrebbe essere la stessa per tutti i richiedenti e che manca un'indicazione sul momento del versamento. Propone una lettera c: «i contratti di prestazioni sono stipulati entro 3 mesi» e una lettera d: «il versamento delle prestazioni avviene con la certificazione della comunità di riferimento o della comunità».

Capoverso 2 lettera d: *Post* segnala che tra le conseguenze dell'inadempimento bisognerebbe indicare i motivi, in modo da lasciare un'opportunità di rimborso. 14 partecipanti³⁷ auspicano che l'ordinanza elenchi le misure previste in caso di inadempimento dei contratti di prestazioni. In particolare bisognerebbe introdurre una disposizione secondo la quale, a seconda del grado di violazione, si possa disporre il rimborso totale o parziale degli aiuti finanziari.

4.4 Sezione 4: Entrata in vigore

Art. 14

Diese Verordnung tritt am in Kraft und gilt 3 Jahre.

Post si chiede perché i Cantoni che realizzano già dei progetti debbano presentare una domanda già entro sei mesi. Considerato il termine molto ambizioso propone un periodo transitorio di almeno 12 mesi per questi Cantoni.

Art. 15 (nuovo): *LUKS* chiede di introdurre un articolo 15 in cui definire un'istanza e una procedura di ricorso.

³⁷ ZAD, LUKS, CDS, BL, GL, LU, OW, UR, ZH, TG, FR, SZ, NW, ZG

4.5 Allegato (art. 6)

1 Anrechenbare organisatorisch-rechtliche Kosten

1.1 Anrechenbar sind Kosten für:

- 1.1.1 den Aufbau der allgemeinen Administration und Organisation der Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft, insbesondere Beratungskosten für die juristische Klärung der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachpersonen innerhalb der Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft und zur Erarbeitung der entsprechenden Verträge.

[...]

TI fa notare che molti Cantoni hanno già investito in modo sostanzioso in sistemi conformi alla LCIP ancora prima che essa fosse approvata. Altri stanno investendo ora fornendo coordinamento e creando un quadro giuridico cantonale adeguato all'applicazione della legge. La lista dei costi imputabili deve essere quindi completata con i seguenti elementi:

- la preparazione del quadro giuridico cantonale;
- le attività di coordinamento e organizzative;
- le attività di preparazione alla certificazione.

1.1.1: *FMH* obietta che la diversità dei contratti stipulati con le comunità e comunità di riferimento può causare molta confusione e chiede pertanto l'allestimento di una convenzione modello valida per tutti.

6 Cantoni³⁸ segnalano che alcuni Cantoni romandi hanno già investito ingenti risorse nei loro progetti di eHealth già prima dell'entrata in vigore della LCIP e propongono di aggiungere un punto 1.2.4: «la messa in atto di un quadro giuridico cantonale e l'aiuto organizzativo e di coordinamento fornito da un servizio amministrativo cantonale a una comunità di riferimento.»

3 Anrechenbare Kosten für die Zertifizierung

Anrechenbar sind Kosten, die der Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft im Zusammenhang mit dem Zertifizierungsverfahren entstanden sind. Dazu gehören insbesondere die Kosten, die von der Zertifizierungsstelle in Rechnung gestellt werden.

6 Cantoni³⁹ chiedono che i costi di investimento già pagati dai Cantoni, incluse le spese per il personale, siano considerati come costi computabili. Inoltre propongono di inserire esplicitamente nell'allegato 3 i costi di preparazione alla certificazione.

³⁸ GE, VS, VD, JU, NE, FR

³⁹ GE, VS, VD, JU, NE, FR

5. Allegati

5.1 Elenco dei pareri pervenuti

L'elenco comprende tutti i partecipanti all'indagine conoscitiva relativa al diritto d'esecuzione della LCIP in base alla tabella 1.

Abbreviazione	Cantoni
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'Etat du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'Etat du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'Etat du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'Etat du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'Etat du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'Etat du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'Etat du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'Etat du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'Etat du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'Etat du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'Etat du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'Etat du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'Etat du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'Etat du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo

OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'Etat du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'Etat du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'Etat du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'Etat du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'Etat du canton de Schwyz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'Etat du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'Etat du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'Etat du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'Etat du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'Etat du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'Etat du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'Etat du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
Abbreviazione Partiti	
FDP	FDP. Die Liberalen
PLR	PLR. Les Libéraux-Radicaux
PLR	PLR. I Liberali Radicali
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti socialiste suisse
PSS	Partito socialista svizzero
SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union démocratique du Centre
UDC	Unione democratica di Centro
Abbreviazione Associazioni mantello svizzere dell'economia	
economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere

SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)
Abbreviazione	Altre organizzazioni
CCC	Chaos Computer Club Schweiz
ChiroSuisse	Schweizerischen Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse (SCG) Association suisse des chiropraticiens ChiroSuisse (ASC) Associazione svizzera dei chiropratici ChiroSuisse (ASC)
curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuatori-malattia innovativi
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
FRC	Fédération romande des consommateurs (frc)
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz Conférence nationale suisse les ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK)
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
CDS	Conferenza svizzera delle diretrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri
HIN	Health Info Net AG
HL7	HL7 Benutzergruppe Schweiz
IG eHealth	Verein IG eHealth
IHE	IHE Suisse
ISSS	Information Security Society Switzerland
HÄ CH	Hausärzte Schweiz – Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Médecins de famille Suisse – Association des médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia Svizzera – Associazione dei medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
OFAC	Berufsgenossenschaft der Schweizer Apotheker La cooperative professionnelle des pharmaciens suisses La cooperativa professionale dei farmacisti svizzeri
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
PH CH	Public Health Schweiz Santé publique Suisse Salute pubblica Svizzera

Physioswiss	Schweizerischer Physiotherapie-Verband Association suisse de physiothérapie Associazione svizzera di fisioterapia
PKS	Privatkliniken Schweiz Cliniques privées suisses Cliniche private svizzere
privatim	privatim, Die schweizerischen Datenschutzbeauftragten privatim, Les préposé(e)s suisses à la protection des données privatim, Gli incaricati svizzeri della protezione dei dati
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI)
SGMI	Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Informatik Société Suisse d'Informatique Medicale Società Svizzera d'Informatica Medica
Spitex	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
SPO	Stiftung SPO Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)
Stiftung refdata	Stiftung refdata Fondation refdata Fondazione refdata
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG) Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé (FSAS) Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitari (FSAS)
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) Association suisse d'assurances (ASA) Associazione svizzera d'assicurazioni (ASA)
VGlch	Vereinigung Gesundheitsinformatik Schweiz
Abbreviazione	Organizzazioni e privati non interpellati
ahdis	ahdis gmbh
AHE	Altersheimverein Eigenamt
ALM	Alterszentrum Moosmatt
APP	Alters- und Pflegeheim Pfauen
ASG	Alterszentrum Schiffländi Gränichen
ASPS	Association Spitex privée Suisse
ÄTG	Ärztegesellschaft Thurgau
AZB	Alterszentrum Blumenheim
AZK	Alterszentrum Sunnmatte
AZSH	Alterszentrum Suhrhard AG

BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern Société des médecins du canton de Berne (SMCB) Società dei medici del Cantone di Berna (SMCB)
Bethesda	Bethesda Alterszentren AG
BFG	Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen Entente Système de santé libéral
BFH	Berner Fachhochschule – Institute for Medical Informatics / Spitalzentrum Biel
BINT	BINT GmbH
Bleuer	Juerg P. Bleuer
BRH	Berner Reha Zentrum AG Heiligenschwendi
BüAeV	Bündner Ärzteverein BüAeV
DSBAG	Beauftragte für Öffentlichkeit und Datenschutz des Kantons Aargau
DSF	Datenschutz-Forum Schweiz
EHS	Verein eHealth Südost
FAAG	Asana Gruppe AG, Altersresidenz Falkenstein
FER	Fédération des entreprises romandes
GAeSO	Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn
GS1	GS1 Schweiz
HospizAG	Hospiz Aargau
ICTS	ICT Switzerland
Insel	Inselspital Universitätsspital Bern Hôpital universitaire de l'Île, Berne Inselspital Ospedale universitario di Berna
Insos	Nationaler Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Behinderung Association de branche nationale des institutions pour personnes avec handicap
Integic	Integic AG
K3	Konferenz Kantonale Krankenhausverbände
KAeG SG	Ärztegesellschaft des Kantons St. Gallen
KBAG	Klinik Barmelweid AG
KDSBSON	Datenschutzbeauftragter der Kantone Schwyz, Ob- und Nidwalden
KFSAG	Klinik für Schlafmedizin AG
KKA	Konferenz der kantonalen Ärztegesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)
KMUF	KMU-Forum
KSOW	Kantonsspital Obwalden
KSSG	Kantonsspital St.Gallen
LEUG	Asana Gruppe AG, Spital Leuggern
Lovis	Christian Lovis
LUKS	Luzerner Kantonsspital
Medgate	Medgate AG
medshare	medshare GmbH
MENZ	Asana Gruppe AG, Spital Menziken
Moeri	Thomas Moeri
PINK	Schweizerische Schwulenorganisation PINK CROSS
Post	Post CH AG Poste CH SA Posta CH SA
PSV	Pflegeheim Sennhof AG
RCA	RehaClinic AG

RPB	Regionales Pflegezentrum Baden AG
RZPB	Reusspark Zentrum für Pflege und Betreuung
SBC	Serge Bignens Consulting
SBV	Schweizerischer Blinden- und Sehbehindertenverband Fédération Suisse des aveugle et malvoyants
SCH	Swisscom Health
SDG	Schweizerische Diabetesgesellschaft (SDG) Association suisse du diabète (ASD) Associazione svizzera per il diabete (ASD)
senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées
SMAG	Salina Medizin AG
SMCF	Société de Médecine du Canton de Fribourg
SQS	Schweizerische Vereinigung für Qualitäts- und Management Systeme (SQS) Association suisse pour systèmes de qualité et de management (SQS) Associazione svizzera per sistemi di qualità e di Management (SQS)
SteHAG	Verein der Stammgemeinschaft des Kanton Aargau
STSAG	Spital STS AG
SWICO	SWICO
SWISS REHA	Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz
SWOR	Swiss Orthoptics
SZW	Seniorenzentrum Wasserflue
Tessaris	Tessaris Integrated Security AG
USB	Universitätsspital Basel
VAKA	Verband Aargauische Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
VDPS	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz Association des directeurs de cliniques et hôpitaux psychiatriques en Suisse
VKZS	Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz (VKZS) Association des médecins dentistes cantonaux de Suisse (AMDCS) Associazione dei medici dentisti cantonali della Svizzera (AMDCS)
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS) Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS) Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri (AMDOS)
VZK	Verband Zürcher Krankenhäuser
ZAD	Verein Trägerschaft ZAD

5.2 Altre abbreviazioni e termini

Abbreviazione	Titolo
BAG	Bundesamt für Gesundheit
OFSP	Office fédéral de la santé publique
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DFI	Dipartimento federale dell'interno
SaaS	Software as a Service

5.3 Organizzazioni con un parere identico a quello di Aargauische Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (VAKA)

Il presente rapporto non riporta esplicitamente il parere delle seguenti organizzazioni quando coincide con quello di VAKA

Abbreviazione	Nome
AHE	Altersheimverein Eigenamt
ALM	Alterszentrum Moosmatt
APP	Alters- und Pflegeheim Pfauen
ASG	Alterszentrum Schiffländi Gränichen
AZB	Alterszentrum Blumenheim
AZK	Alterszentrum Sunnmatte
AZSH	Alterszentrum Suhrhard AG
Bethesda	Bethesda Alterszentren AG
FAAG	Asana Gruppe AG, Altersresidenz Falkenstein
HospizAG	Hospiz Aargau
KBAG	Klinik Barmelweid AG
KFSAG	Klinik für Schlafmedizin AG
LEUG	Asana Gruppe AG, Spital Leuggern
MENZ	Asana Gruppe AG, Spital Menziken
PSV	Pflegeheim Sennhof AG
RCA	RehaClinic AG
RPB	Regionales Pflegezentrum Baden AG
RZPB	Reusspark Zentrum für Pflege und Betreuung
SMAG	Salina Medizin AG
SteHAG	Verein der Stammgemeinschaft des Kanton Aargau
SZW	Seniorenzentrum Wasserflue

5.4 Progetto di ordinanza sugli aiuti finanziari per la cartella informatizzata del paziente (OF-CIP) in francese

Ordonnance sur les aides financières au dossier électronique du patient (OFDEP) *Version du 22 mars 2016 pour l'audition*

Le Conseil fédéral suisse,

vu l'art. 22, al. 3, de la loi fédérale du ... sur le dossier électronique du patient¹ (LDEP),

arrête:

Section 1 Dispositions générales

Art. 1 Objet

La présente ordonnance règle l'octroi des aides financières visées à l'art. 20, al. 1, let. a à c, LDEP.

Art. 2 Ayants droit

¹ Peuvent demander des aides financières:

- a. les communautés au sens de l'art. 2, let. d, LDEP;
- b. les communautés de référence au sens de l'art. 2, let. e, LDEP.

² Par canton, deux communautés ou communautés de référence au plus sont soutenues par des aides financières.

³ Il n'existe aucun droit à des aides financières.

Art. 3 Traitement des demandes et octroi des aides financières

¹ L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) traite les demandes d'aide financière selon leur ordre chronologique de réception. L'art. 7 est réservé.

² Il n'alloue des aides financières que si le canton dans lequel la communauté ou communauté de référence a son siège, ou la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (art. 10) a émis un avis favorable.

Section 2 Calcul des aides financières

Art. 4 Montant maximum

¹ Les communautés de référence reçoivent un montant de 500 000 francs au plus si, dans leur région de prise en charge:

- a. elles sont accessibles à tous les professionnels de la santé, et

¹ RS 816.11

- b. elles offrent à tous les patients la possibilité de constituer un dossier électronique du patient.

² Les communautés de référence visées à l'al. 1 reçoivent tout au plus:

- a. 200 000 francs pour créer les conditions organisationnelles et juridiques;
- b. 250 000 francs pour fournir l'infrastructure informatique nécessaire au traitement des données du dossier électronique du patient;
- c. 50 000 francs pour l'obtention d'une certification.

³ Les communautés et les communautés de référence qui ne satisfont pas aux conditions visées à l'al. 1 reçoivent un montant de 200 000 francs au plus, dont tout au plus:

- a. 75 000 francs pour créer les conditions organisationnelles et juridiques;
- b. 100 000 francs pour fournir l'infrastructure informatique nécessaire au traitement des données du dossier électronique du patient;
- c. 25 000 francs pour l'obtention d'une certification.

Art. 5 Composante variable

¹ Les communautés de référence visées à l'art. 4, al. 1, reçoivent, en plus du montant maximum visé à l'art. 4, al. 1, deux francs par personne domiciliée dans le rayon d'activité, mais au minimum 100 000 francs et au maximum 1,5 millions de francs.

² Ce montant est réparti à parts égales pour:

- a. créer les conditions organisationnelles et juridiques;
- b. fournir l'infrastructure informatique nécessaire au traitement des données du dossier électronique du patient.

Art. 6 Coûts imputables

¹ Les coûts imputables visés à l'annexe sont déterminants pour le calcul des aides financières.

² Les coûts antérieurs au dépôt de la demande sont imputables.

³ Si les coûts établis sont hors de proportion par rapport aux tarifs usuels du marché, l'OFSP peut en refuser l'imputation.

Art. 7 Ordre de priorité

S'il apparaît que les demandes en cours excèdent les ressources disponibles, le DFI dresse un ordre de priorité.

Section 3 Procédure

Art. 8 Demande

¹ La demande d'aide financière doit comporter les indications suivantes:

- a. la composition prévue de la communauté ou de la communauté de référence;
- b. une description de l'importance de la communauté ou de la communauté de référence pour la région de prise en charge;
- c. un calendrier pour la constitution de la communauté ou de la communauté de référence;
- d. un budget détaillé et un plan de financement pour la constitution et l'exploitation à long terme de la communauté ou de la communauté de référence, pour les six premières années au moins;
- e. une preuve du montant des contributions financières allouées ou prévues par un canton ou un tiers.

² L'OFSP édicte des instructions sur le dépôt des demandes et crée les formulaires correspondants.

Art. 9 Avis du canton

¹ L'OFSP demande l'avis du canton dans lequel la communauté ou la communauté de référence a son siège.

² L'avis du canton est rendu dans les deux mois et comporte en particulier les indications suivantes:

- a. l'évaluation permettant de déterminer si une communauté ou une communauté de référence mérite, du point de vue du canton concerné, d'être soutenue comme prévu à l'art. 3, al. 2;
- b. l'importance de la communauté ou de la communauté de référence pour les soins de santé dans le canton, en particulier au regard:
 1. du type et du nombre de professionnels de la santé et d'institutions de santé affiliés,
 2. du nombre de personnes domiciliées dans le rayon d'activité de la communauté de référence,
 3. des rapports avec les éventuelles communautés ou communautés de référence existantes.
- c. l'évaluation du financement prévu pour les six premières années;
- d. le montant des contributions financières assurées par des cantons ou des tiers;
- e. l'évaluation éventuelle d'autres cantons concernés.

Art. 10 Avis de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

¹ L'OFSP effectue une évaluation des communautés ou des communautés de référence actives à l'échelle nationale.

² Il soumet cette évaluation à la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Celle-ci rend à l'OFSP un avis correspondant dans les deux mois.

Art. 11 Traitement des demandes

¹ L'OFSP peut exiger que des demandes soient remaniées ou coordonnées avec d'autres projets.

² Il peut rejeter des demandes de communautés et de communautés de référence qui fournissent une contribution insuffisante aux soins de santé en Suisse. L'évaluation se conforme à l'exigence de l'art. 9, al. 2, let. b.

³ Il prend en général sa décision au plus tard dans les trois mois qui suivent la réception de l'avis du canton.

⁴ Si l'OFSP ne respecte pas le délai de traitement prévu à l'al. 3, la communauté ou la communauté de référence requérante peut exiger qu'il justifie par écrit ce retard et qu'il lui communique la date à laquelle il compte prendre sa décision. Ceci n'est pas applicable tant que le requérant n'a pas donné suite à une éventuelle demande de remaniement du dossier ou de coordination avec un autre projet.

Art. 12 Contrats de prestations

¹ L'OFSP conclut des contrats de prestations avec les bénéficiaires d'aides financières.

² Les contrats de prestations règlent en particulier:

- a. les objectifs à atteindre;
- b. le montant et la durée de la participation financière de la Confédération;
- c. les modalités de paiement;
- d. les conséquences de l'inexécution des contrats;
- e. les modalités de compte rendu périodique;
- f. la présentation périodique du budget et des comptes.

Art. 13 Communication de changements

Les bénéficiaires d'aides financières sont tenus d'informer sans délai l'OFSP de changements substantiels des conditions requises pour les aides financières.

Section 4 Entrée en vigueur

Art. 14

La présente ordonnance entre en vigueur le et a effet trois ans à compter de cette date.

1 Coûts imputables sur le plan organisationnel et juridique

1.1 Sont imputables les coûts liés à:

- 1.1.1 la mise en place de l'administration et de l'organisation générales de la communauté ou de la communauté de référence, en particulier les frais de conseil pour la clarification juridique de la collaboration entre les professionnels de la santé au sein de la communauté ou de la communauté de référence et pour l'élaboration des contrats correspondants;
- 1.1.2 la création des bases importantes pour l'organisation de la communauté ou de la communauté de référence, notamment la documentation de l'organisation structurelle et fonctionnelle ainsi que les documents de formation internes;
- 1.1.3 la constitution de l'infrastructure organisationnelle de la communauté ou de la communauté de référence; en particulier pour le personnel nécessaire et l'infrastructure correspondante;
- 1.1.4 la formation des professionnels de la santé à l'utilisation du dossier électronique du patient;
- 1.1.5 l'élaboration du système de gestion de la protection et de la sécurité des données (art. 11 ODEP).

1.2 Pour les communautés de référence, sont aussi imputables les coûts liés à:

- 1.2.1 la mise en place d'un stockage physique ou électronique des déclarations de consentement;
- 1.2.2 la création d'un service d'information pour les patients;
- 1.2.3 la création de services d'inscription décentralisés pour les patients.

2 Coûts imputables pour l'infrastructure informatique nécessaire au traitement des données entre communautés et communautés de référence

2.1 Sont imputables les coûts liés à la mise en place:

- 2.1.1 de l'index des patients (Master Patient Index), qui regroupe les identificateurs locaux d'un patient utilisés dans les systèmes primaires et qui les associe au numéro d'identification du patient;
- 2.1.2 du répertoire des professionnels de la santé, qui répertorie tous les professionnels de la santé qui travaillent au sein de la communauté ou de la communauté de référence, avec leur identité électronique valable;
- 2.1.3 du point d'accès pour la communication intercommunautaire;
- 2.1.4 du registre pour la gestion des métadonnées et des lieux de stockage des données saisies dans le dossier électronique du patient;
- 2.1.5 des lieux de stockage des données au sein de la communauté;
- 2.1.6 du système pour la gestion et l'application des droits d'accès des patients et des professionnels de la santé;

Ordonnance sur les aides financières au dossier électronique du patient

- 2.1.7 du système pour l'application des mesures prévues dans le cadre du système de gestion de la protection et de la sécurité des données;
- 2.1.8 du portail d'accès interne destiné aux professionnels de la santé.
- 2.2 Pour les communautés de référence, sont aussi imputables les coûts liés à la mise en place du portail d'accès interne destiné aux patients.

3 Coûts imputables pour la certification

- 3.1 Sont imputables les coûts qui sont supportés par la communauté ou la communauté de référence en lien avec la procédure de certification. Il s'agit en particulier des coûts facturés par l'organisme de certification.