



Rapport sur les résultats de l'audition

concernant l'ordonnance sur les aides financières au dossier électronique du patient (OFDEP)

22 mars 2017

Table des matières

1.	Contexte.....	3
2.	Procédure d'audition et principes d'évaluation	3
2.1	Procédure d'audition.....	3
2.2	Principes d'évaluation.....	3
3.	Sujets principaux.....	4
3.1	Réglementation pour les communautés de référence supracantoniales et suprarégionales	4
3.2	Pas de limitation à deux communautés de référence par canton	4
3.3	Précision des critères pour l'évaluation des demandes	4
3.4	Pas de prise de position par les cantons qui ne participent pas au cofinancement.....	4
3.5	Traitement des demandes par ordre chronologique de réception	4
3.6	Montant maximum et répartition	4
3.7	Prise en considération insuffisante des modèles SaaS	4
4.	Prises de position sur les différentes dispositions de l'OFDEP	5
4.1	Section 1 Dispositions générales	5
4.2	Section 2 Calcul des aides financières.....	7
4.3	Section 3 Procédure	11
4.4	Section 4 Entrée en vigueur	15
4.5	Annexe (art. 6).....	16
5.	Annexes	17
5.1	Liste des participants	17
5.2	Autres abréviations et désignations	23
5.3	Organisations dont les prises de position sont identiques à celles de VAKA	24

1. Contexte

La loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP ; RS 816.11) a été adoptée par le Parlement le 19 juin 2015. Il est prévu qu'elle entre en vigueur en 2017. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a ouvert le 22 mars 2016 la procédure d'audition relative au droit d'exécution de la LDEP. L'audition a duré jusqu'au 29 juin 2016 et portait concrètement sur trois textes d'ordonnance : l'ordonnance sur le dossier électronique du patient (ODEP), l'ordonnance du DFI sur le dossier électronique du patient (ODEP-DFI) et l'ordonnance sur les aides financières au dossier électronique du patient (OFDEP). L'ODEP règle les niveaux de confidentialité et les droits d'accès (chapitre 1), les prescriptions relatives à l'attribution et à la gestion des numéros d'identification du patient (chapitre 2), les exigences à l'égard des communautés et des communautés de référence (conditions de certification ; chapitre 3), les moyens d'identification (chapitre 4), la procédure d'accréditation (chapitre 5), la certification (chapitre 6) et les services de recherche de données (chapitre 7). L'ODEP-DFI concrétise l'ODEP. Elle règle tous les aspects techniques du dossier électronique du patient (DEP) et comprend neuf articles et huit annexes. L'OFDEP concrétise les prescriptions énoncées aux art. 20 à 23 LDEP, qui règlent les aides financières au niveau de la loi.

Le présent rapport contient exclusivement les réponses à l'audition sur l'OFDEP. Les résultats de l'audition sur l'ODEP et l'ODEP-DFI sont résumés dans un rapport à part.

2. Procédure d'audition et principes d'évaluation

Ce chapitre présente, d'une part, un tableau synoptique indiquant le nombre de prises de position reçues ainsi que leurs auteurs et, d'autre part, une description des principes d'évaluation pour les chapitres 3 (sujets principaux) et surtout 4 (prises de position sur les différentes dispositions de l'OFDEP).

2.1 Procédure d'audition

Tableau 1 : Aperçu des réponses reçues

Catégorie	Cantons, CDS	Partis	Associations faitières de l'économie	Autres organisations	Participants non officiels	Total
Nombre / catégorie	27	3	3	30*	74**	137

Dans leurs réponses, *curafutura, l'ASA et la **VKZS ont renoncé expressément à prendre position.

2.2 Principes d'évaluation

Les prises de position sont très nombreuses et très diverses. Pour donner un tableau aussi complet que possible, elles ont été retranscrites sous forme résumée dans le présent rapport. Les prises de position détaillées reçues dans le cadre de la consultation peuvent être consultées sur :

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

Les avis concernant les différentes dispositions de l'OFDEP sont présentées au chapitre 4.

Le chapitre 3 donne un aperçu des sujets principaux.

3. Sujets principaux

Les prises de position sur les différentes dispositions de l'OFDEP sont présentées au chapitre 4. Le présent chapitre est consacré aux sujets principaux. Ceux-ci incluent les dispositions qui ont suscité le plus d'objections, de souhaits de modification et de réserves, mais aussi d'avis favorables.

3.1 Réglementation pour les communautés de référence supracantoniales et suprarégionales

Quinze participants craignent que la réglementation prévue ne défavorise les grandes communautés et les grandes communautés de référence, arguant du fait que le montant variable (art. 5 AP-OFDEP) alloué par personne domiciliée dans le rayon d'activité est trop bas parce que plafonné à partir d'un bassin de population de 750 000 personnes.¹

3.2 Pas de limitation à deux communautés de référence par canton

On ne peut exclure qu'il se forme dans un canton plusieurs communautés de référence, toutes susceptibles d'apporter une contribution substantielle aux soins de santé. En outre, plusieurs communautés pourraient fort bien avoir leur siège dans un même canton mais s'étendre géographiquement.²

3.3 Précision des critères pour l'évaluation des demandes

Les critères nécessaires à l'évaluation des demandes souffrent d'un manque de transparence. L'OFDEP doit fixer clairement les critères sur la base desquels les aides financières sont octroyées.³

3.4 Pas de prise de position par les cantons qui ne participent pas au cofinancement

Il est inutile qu'un canton se prononce sur un projet qu'il ne soutient pas financièrement. Cela pose en outre le risque qu'un canton refuse son soutien à un tel projet, rendant de facto impossible le versement d'aides financières par la Confédération (cf. art. 3, al. 2, AP-OFDEP).⁴

3.5 Traitement des demandes par ordre chronologique de réception

Cette solution peut entraîner une distribution inadéquate des aides financières dans la mesure où certaines communautés et certaines communautés de référence pourraient être soutenues, avant l'entrée en vigueur d'un ordre de priorité, par des ressources qui seraient mieux investies dans le développement d'autres communautés.⁵

3.6 Montant maximum et répartition

Certains participants à l'audition proposent de renoncer à la mention d'un montant maximum (pour la contribution de base [art. 4 AP-OFDEP] comme pour la composante variable [art. 5 AP-OFDEP]). Ils demandent aussi de laisser tomber la répartition du montant maximum entre les différents secteurs d'intervention (art. 4, al. 2 et 3, et art. 5, al. 2, AP-OFDEP), les coûts pouvant varier grandement selon les activités à financer.⁶

3.7 Prise en considération insuffisante des modèles SaaS

Comparé à l'acquisition « traditionnelle » d'une infrastructure informatique, le modèle « logiciel en tant que service » (SaaS) est défavorisé, car l'infrastructure technique ne doit pas être développée, mais mise à disposition contre rémunération.⁷

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

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

³ K3, VZK, LUKS, santésuisse, ZG, ZH, VGIch, 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, La Poste

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

⁶ Pour la répartition précise des éléments mentionnés, voir le rapport détaillé (chapitre 4) et les prises de position de : 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

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

4. Prises de position sur les différentes dispositions de l'OFDEP

Ce chapitre présente les prises de position sur les différents articles du projet. Lorsque cela a été possible, les propositions de formulation ont été reprises telles quelles. Pour une meilleure lisibilité, les compléments proposés au texte législatif sont soulignés. Les souhaits généraux de modification, les demandes de suppression et les propositions de textes d'ordonnance supplémentaires sont également mentionnés dans le texte, sans être spécialement mis en évidence.

4.1 Section 1 Dispositions générales

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.

Al. 1 : *AR* fait remarquer que des aides financières pourraient déjà être nécessaires durant la constitution des communautés et communautés de référence et pas seulement à partir de la date où ces communautés seront formées. *BS* propose d'introduire une let. c pour habiliter les cantons à soumettre une demande d'aide financière. Une telle aide serait subordonnée à une participation financière du canton à la constitution d'une communauté de référence.

Al. 2 : Treize participants⁸ indiquent que la réglementation est insuffisante pour les besoins des communautés et communautés de référence suprarégionales et nationales. De l'avis de seize participants⁹, limiter l'aide financière à deux communautés ou communautés de référence au maximum est une mesure inadaptée, notamment pour les grands cantons très peuplés qui comptent de nombreux utilisateurs potentiels. *CURAVIVA*, *Insos*, *senesuisse* et *TG* ont de sérieux doutes quant à la conformité de cette limitation au principe de légalité. *Spitex* et *ASPS* font valoir que le principe du « premier arrivé, premier servi » désavantage les fournisseurs de prestations ambulatoires, et *KSOW* soulève la question de savoir comment les petits cantons qui manquent de ressources suffisantes pourront introduire et appliquer la LDEP conformément à la loi.

Dix participants¹⁰ exigent que l'al. 2 soit supprimé dans sa forme actuelle. *CURAVIVA* et *Insos* demandent soit sa suppression, soit une justification plus étayée. *VGIch* souhaite soit la suppression, soit une formulation plus ouverte, tandis que la *FMH*, *economiesuisse*, *IG eHealth*, *PH CH* et *La Poste* se prononcent pour la levée de la limitation de l'aide à deux communautés par canton. *IG eHealth*, *PH CH* et *La Poste* proposent de remplacer cette limitation par l'instauration d'une taille minimale pour les communautés et communautés de référence. *BE* approuve le principe de l'aide financière à deux communautés de référence au maximum par canton. *SCH* propose d'introduire un al. 4 ayant la teneur suivante : « Pour les communautés ou communautés de référence multicantonales, la communauté de référence n'est assignée à aucun canton ». *HÄ CH* et *ÄTG* proposent d'examiner la possibilité d'étendre l'octroi d'aides financières ou d'autres incitatifs aux professionnels de la santé membres de communautés. *AG* observe que la possibilité de soumettre une demande d'aide financière devrait exister dès les premières phases de constitution d'une communauté ou d'une communauté de référence.

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

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

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

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.

BINT et *Integic* constatent que les modifications des systèmes rendues nécessaires par le dossier électronique du patient sont délibérément exclues du texte soumis. *Integic* signale que les coûts des modifications qu'il faudra apporter aux systèmes pourraient entraîner des hausses de coûts cachées et que l'on ne saurait éluder cet aspect.

Al. 1 : 30 participants¹¹ jugent inadéquat le principe du « premier arrivé, premier servi » pour l'octroi d'aides financières. Dix participants¹² préconisent de fixer des critères transparents pour l'examen des demandes, tandis que seize autres¹³ estiment que de tels critères devraient être clairement rédigés sous la forme d'une liste des priorités (art. 7). *Economiesuisse*, *IG eHealth* et *PH CH* trouveraient en outre très souhaitable que la liste des priorités mentionne, parmi les critères d'adjudication, les incitatifs favorisant l'utilisation du dossier électronique du patient, formulant à cet égard des propositions concrètes. *Santésuisse* fait remarquer que l'élaboration d'objectifs et de critères prend du temps et que les acteurs concernés devraient être intégrés dans ce processus. *VGIch* et *SSIM* souhaitent que l'on définit une procédure d'opposition. *SCH* propose que l'OFSP traite les demandes d'aide financière une fois par mois et que l'examen formel aie lieu dans un délai de deux mois.

Six cantons¹⁴ observent que l'al. 1 est une répétition de l'art. 21, al. 2, LDEP, raison pour laquelle il doit être supprimé. La *FMH* aussi demande la suppression de l'al. 1.

Al. 2 : Pour *economiesuisse*, *IG eHealth*, *PH CH*, *La Poste* et *PKS*, le rôle multiple exercé par les cantons (auteur d'avis, décideur du cofinancement et régulateur de l'offre de soins) pose problème. Ils exigent que le droit de regard des cantons qui ne versent pas de participation financière soit limité au minimum. Par ailleurs, *economiesuisse* souhaite que l'al. 2 soit complété par le texte suivant : « [...] a émis un avis favorable ou si le financement est complété par des sources privées. » et que les cantons qui ne participent pas au cofinancement n'aient aucun droit de veto sur l'attribution de fonds fédéraux. Dix cantons¹⁵ ainsi que *CDS* proposent que le texte législatif soit adapté de manière à préciser d'emblée que *CDS* ne prend position que sur des sujets intéressant les communautés et communautés de référence actives au niveau national, les autres relevant de la compétence des cantons concernés. *BE* demande que soient définis les critères d'après lesquels le siège d'une communauté ou d'une communauté de référence supracantonale sera désigné. *PKS*, *SSIM* et *FMH* sont d'avis que la décision d'attribution des aides financières doit être confiée à une institution neutre.

¹¹ BRH, FR, *economiesuisse*, *IG eHealth*, AR, K3, VZK, LUKS, PH CH, *santésuisse*, BL, CDS, GL, LU, OW, UR, La Poste, 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 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
- 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.

Sept cantons¹⁶ indiquent qu'il est difficile pour une communauté ou une communauté de référence d'estimer la répartition des coûts entre les exigences organisationnelles et juridiques, l'infrastructure informatique et la certification. De plus, certaines communautés pourraient renoncer à créer une infrastructure centrale et louer le service d'un fournisseur externe (ex. : La Poste, Swisscom). Ces cantons souhaitent la suppression de l'al. 2 ainsi que des let. a à c de l'al. 3. Six¹⁷ de ces cantons demandent en outre que l'aide financière aux communautés et aux communautés de référence visée à l'al. 3 soit limitée à 100 000 francs et que l'aide aux communautés de référence visée à l'al. 1 soit augmentée en conséquence et portée à 600 000 francs. *BFH* se déclare en faveur d'une observation impérative des let. a et b de l'al. 1 pour les communautés de référence et d'une suppression de la mention des communautés de référence à l'al. 3.

ZG propose de renoncer au plafonnement des aides financières prévu à l'art. 4 et de rendre leur montant dépendant du nombre de membres et d'utilisateurs potentiels. Il convient également de s'assurer que les fonds fédéraux alloués aux aides financières sont entièrement utilisés. *KSOW* exige de son côté que les fonds soient définis en fonction des patients et des personnes escomptés dans le rayon d'activité. *STSAG* souligne qu'une communauté de référence ne devrait pas toucher en plus les aides financières allouées aux communautés ordinaires.

Al. 1 : *Santésuisse* veut savoir comment statuer, p. ex. sur la demande d'une communauté de référence (suprarégionale) représentant tous les professionnels de la santé d'une certaine discipline et comment les régions de prise en charge sont définies. *SUVA* souhaite également une définition de la notion de « région de prise en charge ». *BE* et *SG* exigent que l'on définisse le terme « accessible » à la let. a. *SG* souhaite à ce propos que l'on détermine si, et dans quelle mesure, d'éventuelles conditions à l'admission de professionnels de la santé sont recevables. *BE* demande en outre une définition de la notion de « possibilité » visée à la let. b. *SBC* propose de compléter la let. a comme suit : « [...] elles sont accessibles à tous les professionnels de la santé moyennant le paiement éventuel d'une cotisation d'affilié, et [...] » *Spitex* et l'*ASPS* plaident pour que les fournisseurs de prestations ambulatoires puissent adhérer en tout temps à une communauté ou à une communauté de référence existante.

Insos, *CURAVIVA*, *TG* et *senesuisse* font remarquer que l'al. 1 (tout comme l'al. 2) équivaut à limiter le nombre de communautés et de communautés de référence, ce qui porte atteinte au principe de légalité.

¹⁶ NE, FR, GE, VS, VD, JU, TI

¹⁷ NE, FR, GE, VS, VD, JU

Al. 2 : VAKA¹⁸, K3, VZK et La Poste s'opposent à une répartition et à la fixation de la somme de 500 000 francs. SG exige, quant à lui, la suppression des let. a à c, et *santésuisse* est d'avis que la décision de répartir les aides financières entre les trois catégories devrait être du ressort des communautés et des communautés de référence. IG eHealth, *economiesuisse*, PH CH et La Poste déplorent que seuls les investissements bénéficient des aides financières fédérales et qu'aucune contribution financière ne soit prévue pour des modèles SaaS. Ils proposent de compléter l'al. 2, let. b, comme suit : « [...] pour fournir les infrastructures ou services informatiques nécessaires au traitement [...] ». De même, *Insel* exige l'égalité de traitement entre les différents modèles de financement et *VGIch* propose une indemnité d'infrastructure définie en fonction de la taille du domaine d'affinité (AD) et indépendante de l'acquisition d'une infrastructure propre ou de l'octroi de modèles SaaS.

Al. 3 : VAKA¹⁹, K3, VZK, *santésuisse* et SG expriment le même avis que pour l'al. 2.

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 million 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.

Al. 1 : *Spitex* et *ASPS* font remarquer que les charges administratives qu'implique la constitution d'une communauté ou d'une communauté de référence sont élevées, même pour les petits cantons, et jugent insuffisante la limite inférieure d'au moins 100 000 francs pour la part variable. *UDC* critique la fixation d'un montant minimum, qu'elle juge inadaptée aux objectifs. S'il se trouvait des communautés de référence demandant moins de 100 000 francs, il serait inefficace de leur allouer plus d'argent en raison de ce seuil.

CDS ainsi que dix cantons²⁰ indiquent que le montant maximum, limité à 1,5 million de francs, doit être augmenté substantiellement, tandis que 7 autres cantons²¹ souhaitent que la mention de cette limite maximale soit supprimée de l'al. 1. Au total, 19 participants²² demandent que les fonds fédéraux alloués aux aides financières soient entièrement utilisés. Sept participants²³ préconisent que le montant des aides financières allouées aux communautés de référence soit fixé en fonction du nombre de membres et d'utilisateurs potentiels et que l'on renonce par conséquent au plafonnement prévu aux art. 4 et 5. *IG eHealth* écrit en outre qu'à son avis, le financement devrait être bien plus fortement déterminé par le nombre de patients potentiels dans le rayon d'activité d'une communauté de référence. Le caractère judicieux de la limitation à 1,5 million de francs de la composante variable est également contesté par *economiesuisse*, *LUKS*, *IG eHealth* et *PH CH*. Alors qu'*economiesuisse* demande la suppression de ce plafond, *LUKS* propose que les aides financières restantes qui n'auraient pas été complètement utilisées en raison de cette limite soient réparties entre les communautés de référence. *BE* et *SCH* estiment que le plafonnement de la composante variable désavantagerait les cantons de plus de 750 000 habitants. *BE* observe en outre que le calcul de l'aide financière alloué à des communautés de référence dont les rayons d'activité se recoupent est imprécis et propose un octroi conditionnel de la composante variable pour la période de 3 ans dont disposent les demandeurs, en remplacement du principe du « premier arrivé, premier servi ». Si pendant cette période, une autre communauté de référence au rayon d'activité similaire venait à demander une aide financière, les deux se verraient accorder un mon-

¹⁸ Sans Bethesda

¹⁹ Avec 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

tant réparti à parts égales. *IG eHealth* et *PH CH* déclarent que face à des demandes de plusieurs communautés de référence qui se recoupent, il appartient à l'OFSP de décider à laquelle attribuer le montant variable de 2 francs par personne. Ils retiennent comme priorité à cet égard la proximité géographique des patients par rapport à l'établissement de soins et, à proximité comparable, le souci d'adresser la personne à la plus petite des communautés de référence entrant en ligne de compte. *TI* craint une sorte de concurrence entre communautés qui résulterait du chevauchement des rayons d'activité et réclame, à l'instar de *FMH* et de *SUVA*, une définition plus claire de la notion de « rayon d'activité ». *SUVA* se demande en outre dans quelle mesure la limitation, prévue à l'art. 2, de l'aide fédérale à deux communautés ou communautés de référence par canton est compatible avec l'art. 5. *KSOW* émet le même avis que pour l'art. 4.

Al. 2 : *SCH* fait remarquer que la mise en place de l'infrastructure informatique est sensiblement plus chère que la constitution d'une communauté de référence, d'où sa proposition de privilégier une répartition des ressources à raison de 40 % pour les conditions organisationnelles et juridiques et de 60 % pour l'infrastructure informatique. *SUVA* est également d'avis que l'on donne trop de poids au financement de la composante juridique et organisationnelle. En référence à ses remarques concernant l'art. 4, al. 2 et 3, *VAKA* fait valoir que le partage à parts égales ne doit pas être érigé en principe absolu. *SG* et *SUVA* estiment plus prudent de renoncer à une répartition fixe, car celle-ci équivaut à une surréglementation et entrave inutilement l'action entrepreneuriale des communautés de référence. *SG* exige la suppression pure et simple de l'art. 5, al. 2, tandis que *SUVA* propose la formulation suivante : « Ce montant doit être utilisé pour : [...] ».

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.

LUKS, *K3*, *VZK* et *VAKA* rappellent que les modèles SaaS doivent également être pris en compte dans les frais imputables. *KSOW* exprime le même avis que pour les art. 4 et 5.

Al. 2 : *AG* approuve le choix de rendre également imputables les coûts encourus avant le dépôt de la demande. *VAKA* fait remarquer qu'il faudrait également imputer les charges et les coûts des travaux qui ont servi à créer les communautés de référence et qui, pour certains, ont été fournis exclusivement par les prestataires concernés. *AG* et *VAKA* plaident pour que soient également pris en considération les projets pilotes qui concernent des sous-systèmes du dossier électronique du patient (p. ex., la plateforme de référencement eCom). Ils proposent en outre que figure dans une annexe à l'art. 6 un inventaire plus précis, des coûts encourus avant le dépôt de la demande. *BE* demande que l'exigence d'une liste finale des coûts imputables soit remplacée par celle d'une liste provisoire, vu qu'il est difficile d'estimer si la liste est effectivement complète en l'état actuel.

Al. 3 : *SG* veut savoir ce que l'on entend par « hors de proportion par rapport aux tarifs usuels du marché » et exige la déclaration des références à un « marché de comparaison » reconnu, ou alors la suppression pure et simple de ce passage. *FMH* aimerait qu'on lui explique comment se baser sur les « tarifs usuels du marché » quand ce « marché » n'existe même pas encore en Suisse. Elle observe qu'il convient plutôt de parler d'une plausibilisation des coûts sur la base de critères définis. *SCH* propose que l'al. 3 soit adapté comme suit : « [...] en refuser l'imputation. Pour déterminer les tarifs usuels du marché, l'OFSP se base sur des études, des recommandations de groupes de spécialistes et sur tous les documents soumis à l'appui des demandes d'aide financière ». *FRC* est d'avis que la formulation n'est pas assez stricte et qu'il faut absolument empêcher les coûts inutiles. Si des coûts s'avèrent hors de proportion par rapport au marché, l'OFSP doit 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.

Vingt-deux participants²⁴ souhaitent que les critères d'établissement de l'ordre de priorité soient repris dans l'OFDEP. Sept cantons²⁵ signalent que cet article constitue une répétition de l'art. 21, al. 2, LDEP, à laquelle il manque cependant l'addendum précisant qu'il faut veiller à une distribution régionale équilibrée dans l'établissement de l'ordre de priorité. Selon eux, cet article est inutile dans sa forme actuelle et doit être supprimé. En lieu et place de la suppression, *FR* propose l'introduction des critères de priorisation et *NE* au moins la restitution complète de la loi. *FMH* insiste sur l'importance d'accorder les aides financières selon des critères d'évaluation clairement définis. Treize participants²⁶ font remarquer que pour l'attribution d'aides financières, les communautés de référence doivent avoir la priorité sur les communautés. Sept participants²⁷ plaident pour l'établissement le plus rapide possible d'un ordre de priorité transparent. La *CDS* et dix cantons²⁸ exigent pour leur part des informations concrètes sur la date à laquelle le DFI créera une liste de priorité.

IG eHealth, *PH CH* et *ZAD* renvoient à leurs commentaires sur l'art. 3, al. 1. *K3* et *VZK* soulignent que l'ordre chronologique de réception ne saurait être un critère pour l'octroi d'aides financières. Pareillement, *SSIM* souhaite que les institutions déposant leurs demandes plus tard puissent aussi bénéficier d'aides financières. Les *PKS* demandent que les acteurs privés soient explicitement autorisés à participer lors de l'établissement d'un ordre de priorité.

²⁴ VAKA, BFH, K3, VZK, LUKS, CDS, BL, GL, LU, OW, UR, AI, AR, TG, NW, SZ, AG, BE, ZG, ZH, La Poste, 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, La Poste, IG eHealth, PH CH

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

4.3 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.

PKS est d'avis que cette disposition risque de discriminer les acteurs privés et craint que la Confédération et les cantons ne veuillent empêcher la création de communautés de référence privées actives. L'article doit être reformulé de manière à rendre possible une concurrence équitable entre communautés de référence. *FRC* demande si l'on ne devrait pas pouvoir recourir à long terme au dossier électronique du patient et exiger d'ores et déjà de pouvoir le faire ici, sauf si les patients concernés s'y opposent.

Al. 1 : *SG* trouve gênant qu'il soit possible à n'importe quelle organisation de déposer une demande en tant que communauté sans en avoir préalablement discuté avec le canton. Il propose d'ajouter à l'alinéa une let. f formulée comme suit : « l'avis du canton dans lequel la communauté ou la communauté de référence a son siège ». Cela rendrait superflu l'art. 9, al. 1, qui devrait dès lors être supprimé. On compléterait alors l'al. 1 d'une dernière let. g où figureraient les informations de l'art. 9, al. 2, let. b, ch. 1 à 3.

Al. 1, let. b : *BE* déplore que l'art. 9, al. 2, oblige les cantons à juger de l'importance d'une communauté sur la base de critères imposés, alors que l'art. 8, al. 1, let. b, n'affiche pas le même souci du détail. Le demandeur devrait avoir pour tâche et pour obligation de fournir toutes les informations requises pour l'évaluation par le canton.

Al. 1, let. d : Six cantons²⁹ font remarquer que les exigences formulées dans le texte de l'ordonnance sont irréalistes et pratiquement impossibles à satisfaire de façon sérieuse. Ils proposent que la let. d soit reformulée comme suit : « un budget et un plan de financement pour la constitution de la communauté ou de la communauté de référence ». *ZH, ZAD, K3* et *VZK* considèrent eux aussi les objectifs prescrits comme quasi impossibles à satisfaire et préféreraient l'énoncé suivant : « un budget et un plan de financement pour la constitution et l'exploitation de la communauté ou de la communauté de référence ». *SCH* précise qu'à la let. d, il est question d'un projet informatique classique dont les coûts de constitution seraient connus après la signature du contrat. Il importe de veiller à ce que les offres SaaS ne soient pas désavantagées ; compléter aussi les explications à ce sujet.

Al. 1, let. e : *OFAC* demande si le terme de « tiers » a un sens limitatif ou s'il peut s'agir d'une société privée (p. ex., de l'industrie pharmaceutique).

Al. 2 : *VAKA, K3, VZK* ainsi que les cantons *AG* et *FR* indiquent que les directives et les formulaires pour le dépôt d'une demande doivent être publiés et mis à disposition suffisamment tôt. Pareillement, *CDS* ainsi que sept cantons³⁰ demandent que les directives pour le dépôt d'une demande et les formulaires à remplir soient publiés en temps utile.

²⁹ GE, VS, VD, JU, FR, NE

³⁰ BL, GL, LU, OW, UR, SZ, AR

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.

PKS formule le même avis que pour l'art. 8, et *economiesuisse* renvoie à son commentaire sur l'art. 3, al. 2. *KSOW* plaide pour une redirection ou un transfert des ressources financières pour le cas où des petits cantons seraient dans l'impossibilité de mettre à disposition et d'exploiter l'infrastructure requise. En contrepartie, les grandes communautés devraient être en mesure d'accueillir de plus petits participants.

Al. 1 : La CDS et dix cantons³¹ précisent qu'en vertu du projet d'ordonnance, le canton dans lequel la communauté a son siège doit prendre l'avis des autres cantons concernés et soumettre à l'OFSP une prise de position commune. Ils proposent d'ajouter au rapport explicatif la précision selon laquelle les éventuelles opinions divergentes des cantons concernés doivent y être exposées de manière transparente.

Al. 2 : De l'avis de trois cantons (*SZ*, *ZG* et *AG*) et de *SCH*, le délai de deux mois est problématique parce que trop court. Les trois cantons demandent qu'il soit porté à trois mois au minimum et *SCH* propose de compléter l'al. 2 comme suit : « [...] les indications suivantes. L'OFSP fixe un délai supplémentaire adéquat aux cantons qui n'auraient pas soumis une prise de position suffisante à l'expiration de ce premier délai ».

Al. 2, let. a : Quinze participants déplorent que la notion de « mérite [...] d'être soutenue » n'ait pas été clarifiée et demandent qu'elle soit définie dans l'ordonnance.

Al. 2, let. b : Six cantons³² estiment qu'il est juste de pouvoir donner leur avis sur les aides financières aux communautés et aux communautés de référence, mais se demandent comment procéder pour vérifier les indications fournies. Ils se demandent également si les cantons doivent faire eux-mêmes l'analyse du rayon d'activité d'une communauté ou d'une communauté de référence ou s'ils doivent lui demander un plan de financement. Enfin, ils demandent la suppression du mot « affiliés » au ch. 1. *SCH* propose l'énoncé suivant : « du type et du nombre de professionnels de la santé et d'institutions de santé prévus, ». *SZ* fait remarquer qu'un relevé du nombre de professionnels de la santé est trop complexe à réaliser. Selon lui, il faut vérifier si les indicateurs décrits dans cet alinéa peuvent être relevés de façon vraiment fiable et sans effort disproportionné. En conséquence, seuls des indicateurs dont le relevé est simple et fiable doivent être utilisés. CDS et onze cantons³³ souhaitent que l'art. 8, al. 1, oblige explicitement les communautés (de référence ou non) demandeuses d'aides fédérales à fournir les informations figurant à l'art. 9, al. 2, let. b. *BFH* propose le cas échéant de préciser plus clairement le ch. 2, au cas où il viserait aussi la possibilité explicite pour les patients d'accéder à leur dossier électro-

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

nique. Au ch. 3, BFH conseille en outre de formuler des critères qui concrétisent la notion de « rapports ». Par analogie à sa prise de position sur l'art. 5, *TI* demande une meilleure définition de la notion de « rayon d'activité ». *FMH* tient à répéter ici que les critères d'évaluation ne sont pas clairement définis, qu'il faut prévoir une possibilité de recours et que la décision d'octroi doit être confiée à une institution neutre.

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.

PKS réitère ici son commentaire relatif aux art. 8 et 9.

Al. 1 : *LUKS* et *FMH* souhaitent que soient formulés les critères selon lesquels s'effectue l'évaluation. *VAKA* observe qu'une réglementation claire des communautés et des communautés de référence suprarégionales (et pas seulement nationales) à fort effectif serait utile pour examiner et régler les demandes d'aide financière. Dans le même esprit, *La Poste* suggère une clarification des concepts « régional », « cantonal » et « national » utilisés ici.

Al. 2 : *CDS* et sept cantons³⁴ sont d'accord pour que l'on prenne l'avis de la CDS avant toute décision d'octroi d'aides financières à des communautés ou communautés de référence actives au niveau national. A l'exception de *FR*, tous ces cantons indiquent qu'ils sont disposés à rendre leur avis dans les deux mois. Ils rendent toutefois attentif au fait qu'en raison des processus internes au comité directeur de la CDS, un délai de trois mois pourrait être nécessaire pour obtenir une réponse. Les cantons de *ZG*, *NW* et *ZH* ainsi que *ZAD* jugent problématiques les délais définis aux art. 9, al. 2, et 10, al. 2. Ils se demandent ce qu'il adviendrait en cas de non-observation et demandent que l'on examine la possibilité de supprimer ces délais. La solution minimale qu'ils préconisent est de porter ces délais de deux à trois mois dans les deux articles. La formulation de cet alinéa conduit *La Poste* à se demander si l'avis de la CDS équivaut à une décision finale ou si cette dernière est prise par l'OFSP. *La Poste* suggère que cet aspect soit précisé. *PH CH* et *IG eHealth* soulignent que le projet d'ordonnance prévoit l'attribution d'aides financières uniquement à des communautés et à des communautés de référence qui fournissent une contribution suffisante aux soins de santé en Suisse. Ils proposent de la compléter par une réglementation supplémentaire permettant le financement de communautés et de communautés de référence régionales et supracantoniales, puisque celles-ci sont appelées à se développer.

³⁴ BL, GL, LU, OW, UR, SZ, FR

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.

La Poste tient à signaler ici que des communautés et des communautés de référence régionales peuvent se développer par-delà les frontières cantonales mais que seules les fusions à l'échelle nationale sont réglementées, d'où le besoin de nouvelles règles de financement pour les communautés et communautés de référence régionales.

Al. 1 : *SCH* propose que l'al. 1 soit adapté comme suit : « [...] soient remaniées ou coordonnées avec d'autres projets avec l'appui des cantons compétents. » *FMH* estime que le passage : « ou coordonnées avec d'autres projets » n'est pas clair et propose pour cette raison la suppression de l'al. 1.

Al. 2 : *PKS* considère que l'art. 11, al. 2, est également de nature à favoriser la discrimination d'acteurs non cantonaux et exige pour cette raison la suppression de cet alinéa. *CDS* et sept cantons³⁵ font remarquer qu'avec la définition d'un ordre de priorité, l'OFSP dispose déjà d'une marge d'appréciation suffisante pour l'octroi d'aides financières. Une extension supplémentaire de la marge d'appréciation sur la base de cet alinéa mériterait, de manière générale, d'être plus amplement motivée, mais on peut aussi y renoncer et biffer cet alinéa. S'y ajoute que le critère d'« insuffisance » est trop flou et a besoin d'être précisé. Sept participants³⁶ se prononcent pour une suppression pure et simple de cet alinéa. Les cantons de *NW*, *ZH*, *ZG* et *SG*, ainsi que *ZAD* justifient cette suppression en arguant que l'OFSP ne devrait pas être habilité à écarter des demandes, tandis que *LUKS* et *FMH* critiquent le manque de clarté de la formule « contribution insuffisante ». Celle-ci est aussi jugée trop floue par *SSIM*, qui propose, sinon la suppression de l'alinéa, une définition plus précise de ce critère. La même solution est proposée par *santésuisse*, qui ajoute que l'apport d'une « contribution suffisante aux soins de santé en Suisse » n'est ni la mission première des communautés et des communautés de référence, ni l'objectif et la raison d'être véritables du dossier électronique du patient et des aides financières. *BFH* fait remarquer que l'on ne dispose pas des critères quantitatifs nécessaires à cette évaluation ; il propose des exigences minimales quant au nombre de professionnels de la santé affiliés, au degré de maturité du portail d'accès et à la possibilité pour les patients d'y accéder.

Al. 3 et 4 : *SCH* et *SUVA* demandent que l'OFSP soit tenu de se justifier d'une éventuelle incapacité à respecter le délai de trois mois. *SCH* soumet à cette fin une proposition concrète d'énoncé pour l'al. 3 : « [...] du canton. Si ce délai ne peut être respecté, l'OFSP doit communiquer au requérant jusqu'à quelle date il lui rendra sa décision. » *SUVA* propose de reformuler comme suit l'al. 4 : « [...] prévu à l'al. 3, il informe la communauté ou la communauté de référence requérante de la date à laquelle il compte rendre sa décision au plus tard ».

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;

³⁵ BL, GL, OW, UR, LU, SZ, TG

³⁶ ZH, ZG, SG, NW, ZAD, LUKS, FMH

- 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.

FRC et *AG* approuvent la conclusion de contrats de prestations, tandis que *LUKS* redoute que des contrats de prestations individuels créent le doute et la confusion, raison pour laquelle un contrat-type pour tous est préférable. *Integic* propose une caractérisation plus détaillée des contrats, p. ex. au moyen d'un cahier des charges ou d'un catalogue de critères. *SCH* souligne que la durée maximale doit être la même pour tous les requérants et que le texte ne dit rien sur la date des versements. L'organisation propose deux let. c et d qui stipuleraient respectivement que « Les contrats de prestations sont conclus dans un délai de 3 mois » (let. c) et que « Le versement des prestations a lieu avec la certification de la communauté de référence et de la communauté » (let. d).

Al. 2, let. d : *La Poste* fait remarquer que les motifs amenant à conclure à l'inexécution d'un contrat doivent être indiqués de façon à préserver les chances d'un remboursement. Quatorze participants³⁷ souhaitent que les mesures prévues en cas d'inexécution des contrats de prestations soient énumérées dans le texte de l'ordonnance. En particulier, une disposition doit y être incluse aux termes de laquelle le remboursement total ou partiel des aides financières peut être décidé selon la gravité de la violation du contrat.

4.4 Section 4 Entrée en vigueur

Art. 14

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

La Poste se demande pourquoi des cantons déjà occupés à mettre en œuvre des projets doivent déposer une demande dans un délai de six mois. C'est extrêmement ambitieux, aussi propose-t-elle un délai transitoire d'au moins douze mois pour les cantons se trouvant dans cette situation.

Art. 15 (nouveau) : *LUKS* exige la rédaction d'un art. 15 qui définisse une instance et une procédure de recours.

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

4.5 Annexe (art. 6)

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;

[...]

TI fait valoir que de nombreux cantons ont déjà beaucoup investi dans des systèmes avant même que ceux-ci soient autorisés. D'autres investissements sont actuellement consacrés à la prestation de travaux de coordination et à la création d'un cadre juridique adéquat pour l'exécution de la loi. La liste des coûts imputables doit donc être complétée par les éléments suivants :

- élaboration du cadre juridique cantonal,
- travaux de coordination et d'organisation,
- travaux de préparation à la certification.

1.1.1 : FMH fait remarquer que le fait d'avoir des contrats différents pour les communautés et les communautés de référence peut créer la confusion ; elle exige par conséquent la conception d'un contrat-type pour tous.

Six cantons³⁸ signalent que quelques cantons romands ont déjà utilisé des ressources considérables pour leurs projets de cybersanté avant même l'entrée en vigueur de la LDEP ; ils proposent l'ajout d'un point 1.2.4 avec la formulation suivante : « la mise en place d'un cadre juridique cantonal et l'aide organisationnelle et de coordination fournie par un service administratif d'un canton à une communauté de référence. »

3 Coûts imputables pour la certification

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.

Six cantons³⁹ exigent que les sommes déjà investies par les cantons, y compris les frais de personnel, soient imputables. Ils se prononcent en outre pour une inclusion explicite des coûts de la préparation à la certification figurant dans l'annexe 3.

³⁸ GE, VS, VD, JU, NE, FR

³⁹ GE, VS, VD, JU, NE, FR

5. Annexes

5.1 Liste des participants

Cette liste, conforme au tableau 1, comprend tous les participants à l'audition du droit d'exécution de la LDEP.

Abréviation	Cantons
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
Abréviation	Partis
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
Abréviation	Associations faitières de l'économie

economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation
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)
Abréviation	Autres organisations
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 assicuratori-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 direttrici 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 del 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 Médicale (SSIM) Società Svizzera d'Informatica Medica (SSIM)
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)
VGIch	Vereinigung Gesundheitsinformatik Schweiz
Abbréviation	Participants non officiels et particuliers
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 Ärztesgesellschaften (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 Autres abréviations et désignations

Abréviation	Titre
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 Organisations dont les prises de position sont identiques à celles de VAKA

Dans tous les endroits de ce rapport où les organisations suivantes ne sont pas expressément mentionnées, leurs prises de position correspondent à celles de VAKA

Abréviation	Nom
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