

Planification de la médecine hautement spécialisée: mise en œuvre par les cantons et compétence subsidaire du Conseil fédéral

Rapport du Conseil fédéral

en réponse au postulat 13.4012, Commission
de la sécurité sociale et de la santé publique
du Conseil national, 8 novembre 2013

du 25 mai 2016

Résumé

La planification de la médecine hautement spécialisée (MHS) vise à concentrer les prestations dans le domaine des interventions et des thérapies rares, complexes et coûteuses. Il convient d'éviter que ces prestations ne soient proposées dans de trop nombreux centres pour en préserver la qualité et en optimiser l'efficacité. La révision du 21 décembre 2007 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal¹) dans le domaine du financement hospitalier a introduit pour les cantons l'obligation d'établir conjointement une planification de la MHS pour l'ensemble de la Suisse (art. 39, al. 2^{bis}, LAMal). Les dispositions transitoires prévues dans le cadre de la révision de la LAMal accordaient aux cantons un délai allant jusqu'à fin 2014 pour satisfaire à cette obligation. Une intervention du Conseil fédéral est uniquement envisagée dans le cas où les cantons ne s'acquitteraient pas de leur tâche en temps voulu.

Le postulat 13.4012 «Planification de la médecine hautement spécialisée. Etat des lieux» invite le Conseil fédéral à faire le bilan de la coordination de la MHS et à dresser un catalogue de mesures dans ce domaine, son analyse devant notamment déterminer dans quelle mesure les dispositions légales sont appropriées, en particulier celles qui portent sur la qualité, l'économie et les progrès médicaux. Par ailleurs, le Conseil fédéral a rappelé l'établissement d'un rapport dans sa réponse à l'interpellation 14.4043, et expliqué également dans d'autres prises de position sur diverses interventions qu'il décidera après l'expiration du délai fixé à fin 2014 si, et le cas échéant, comment il entend faire usage de sa compétence subsidiaire. Le présent rapport répond au postulat 13.4012, rend compte de l'état de la planification MHS et des mesures restant à prendre et informe sur la question de la compétence subsidiaire du Conseil fédéral.

L'examen de la planification MHS par le Conseil fédéral se fonde aussi bien sur le rapport de situation élaboré par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) à l'intention du Département fédéral de l'intérieur (DFI)² que sur des informations fournies par le Secrétariat de projet MHS et la CDS et différents documents publiés.

Les cantons ont inscrit des dispositions relatives à l'organisation, aux critères et au financement de la planification MHS conjointe pour l'ensemble de la Suisse dans la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS). Ratifiée par tous les cantons, celle-ci est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009. Par cette convention, les cantons ont transféré à l'organe de décision MHS la compétence de planification en la matière et institué un Secrétariat de projet MHS. Cette organisation s'avère appropriée pour l'établissement de la planification MHS conjointe intercantonale. Dans le but de fixer les conditions applicables pour les travaux de planification concrets dans le domaine de la MHS, les cantons ont convenu dans la CIMHS de principes de planification qui complètent de manière spécifique et adéquate les critères de planification énoncés par le Conseil fédéral (art. 58a à 58e de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, OAMal³).

Dans son arrêt du 26 novembre 2013, le Tribunal administratif fédéral (TAF) a précisé que la planification MHS devait s'effectuer en deux étapes. En premier lieu, il convient de procéder à la détermination d'un domaine partiel comme relevant de la MHS; l'attribution des mandats de prestations aux fournisseurs de prestations n'intervient que dans un second temps. Cette procédure permet de garantir aux hôpitaux le droit d'être entendu. Le TAF a de plus souligné l'obligation de mettre en œuvre les exigences liées aux critères de planification du Conseil fédéral, notamment concernant l'analyse des besoins et l'économie. La planification MHS doit être ajustée et complétée en conséquence. Les critiques formulées par le TAF dans ses

¹ RS 832.10

² Cf. CDS: Informations sur l'état de la mise en œuvre de la planification de la médecine hautement spécialisée, Rapport de situation à l'intention du DFI, 27 avril 2015, disponible sur le site <http://www.gdk-cds.ch>

³ RS 832.102

différents jugements contribuent d'ores et déjà à faire évoluer la planification MHS et montrent qu'il y a un potentiel d'amélioration.

La liste des hôpitaux MHS inclut déjà les décisions d'attribution pour 39 domaines partiels MHS. Pour chacune de ces décisions, elle précise le statut concernant la limitation dans le temps et la force de chose jugée suite aux arrêts du TAF. La liste hospitalière MHS concerne 9250 cas par an. Selon la CDS, seuls 441 de ces cas sont concernés par des recours. Selon l'estimation de l'organe scientifique, les 39 domaines de prestations réglementés à ce jour correspondent environ aux trois quarts des principaux domaines MHS en Suisse. Si l'on considère le nombre total de cas pris en charge dans les hôpitaux suisses, qui se montait à 1'374'454 en 2013, la proportion de cas relevant de la MHS est relativement réduite.

Il faut tenir compte du fait que toutes les décisions MHS ont une durée limitée⁴ – la plupart jusqu'à fin 2014 et 2015 – et qu'elles doivent être soumises à une réévaluation avant l'expiration du délai. Compte tenu des exigences émises par le TAF concernant la procédure de planification, il n'était pas possible pour les organes MHS d'adopter les nouvelles attributions des prestations à temps. En raison de la lacune dans la réglementation qui en découle pour le domaine de la MHS, ce sont les mandats de prestation cantonaux qui sont appliqués. Dans la plupart des cantons les prestations concernées ou les domaines de prestations qui les incluent ont été réglés au niveau cantonal sous réserve des décisions MHS. La réévaluation des domaines MHS, dont les attributions des prestations ont déjà expiré ou expireront fin 2016, est la priorité principale des organes MHS.

Dans un premier temps, le processus de concentration a été très modéré. Cette approche est compréhensible car les cantons, avec la planification MHS, s'aventuraient sur un terrain inconnu. La liste des hôpitaux MHS établie à ce jour permet de limiter l'élargissement de l'offre dans les domaines concernés. La planification MHS vise également l'organisation, la coordination et l'optimisation de la prise en charge. Dans le cadre du processus de planification en continu, les organes MHS poursuivent de toute manière la planification MHS. Ils ont déjà classé par degré de priorité les futurs domaines MHS qui, selon les demandes des sociétés spécialisées, des hôpitaux et d'autres milieux, sont susceptibles de relever de la MHS.

Du point de vue de l'organe de décision MHS, la planification ciblée de la MHS est compliquée par des dynamiques telles que les réserves de fond en ce qui concerne le renforcement de la coordination de la chaîne de traitement ou le renforcement de la concentration des prestations du traitement initial. Une étude de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) et de INTERFACE *Politikstudien Forschung Beratung* a montré que les représentants des hôpitaux s'étaient montrés plus critiques que les autres groupes de personnes à l'égard des attributions de prestations réalisées jusqu'ici. Pour les auteurs de l'étude, cette attitude tient au fait que la planification MHS ne constitue un gain que pour peu d'hôpitaux et de médecins, et que pour beaucoup elle comporte des inconvénients.

Les cantons ont déployé des efforts importants pour s'acquitter de leur mandat légal. Leurs prochains travaux de planification dans le domaine de la MHS comprennent, d'une part, la réévaluation de décisions déjà rendues, dans le but d'éliminer les lacunes dans la réglementation dans le domaine des attributions de prestations échues. D'autre part, ils comprennent la poursuite du processus de concentration avec le complément de la planification de la MHS dans d'autres domaines partiels. De nouveaux domaines de prestations de la MHS sont également à définir pour tenir compte des évolutions médicales et techniques.

Dans le cadre de son évaluation de la mise en œuvre de la planification MHS, le Conseil fédéral constate que les cantons ont travaillé de manière compétente et qu'ils demeurent disposés à mettre en place des procédures conformes aux prescriptions du TAF et à poursuivre les travaux de planification en mobilisant suffisamment de ressources. Aussi juge-t-il qu'il n'est à l'heure actuelle ni utile ni opportun de faire usage de la compétence subsidiaire en matière

⁴ Cf. annexe 3

de planification MHS qui lui est conférée par l'art. 39, al. 2^{bis}, LAMal. Le Conseil fédéral évaluera à l'avenir également si les cantons engagent en temps voulu les prochaines mesures en lien avec la planification et s'il est nécessaire qu'il fasse usage de sa compétence subsidiaire. Il réalisera cet examen et actualisera le présent rapport de manière périodique, pour la première fois dans trois ans. Il continuera de plus à suivre l'évolution et, si nécessaire – sans toutefois faire usage de sa compétence subsidiaire en matière de planification MHS –, pourra prendre des mesures visant à éviter que le processus de planification ne soit inutilement bloqué par des procédures de recours. Le Conseil fédéral peut notamment, à cet effet, inscrire dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS⁵) des conditions visant à renforcer la qualité d'une ou de plusieurs prestations MHS.

⁵ RS 832.112.31

Sommaire

1	Introduction	6
1.1	<i>Planification conjointe par les cantons et compétence subsidiaire du Conseil fédéral</i>	6
1.2	<i>Interventions parlementaires</i>	6
1.3	<i>Rapport du Conseil fédéral: bases</i>	7
1.4	<i>Structure du rapport</i>	7
2	Caractéristiques de la planification de la médecine hautement spécialisée (MHS)	8
2.1	<i>Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)</i>	8
2.1.1	Contenu	8
2.1.2	Bilan	8
2.2	<i>Organisation de la planification MHS</i>	9
2.2.1	Organe de décision MHS	9
2.2.2	Organe scientifique MHS	9
2.2.3	Secrétariat de projet MHS	10
2.2.4	Bilan	10
2.3	<i>Principes et bases de la planification</i>	10
2.3.1	Critères de planification du Conseil fédéral	10
2.3.2	Caractère national et limitation dans le temps des attributions de prestations MHS	11
2.3.3	Critères de la CIMHS pour le rattachement des traitements	11
2.3.4	Critères de la CIMHS pour l'attribution des mandats de prestations	12
2.3.5	Principes généraux de planification	12
2.3.6	Processus de planification en deux temps	13
2.3.7	Bilan	13
2.4	<i>Choix des domaines MHS</i>	14
2.4.1	Bases	14
2.4.2	Représentation des prestations MHS	14
2.4.3	Transparence concernant l'objet de la concentration	16
2.4.4	Bilan	16
2.5	<i>Elaboration de la planification MHS</i>	16
2.5.1	Analyse des besoins	16
2.5.2	Qualité des structures, des processus et des résultats	17
2.5.3	Personnel hautement spécialisé, formation d'équipe et disciplines de soutien	19
2.5.4	Nombres minimaux de cas	19
2.5.5	Economicité	23
2.5.6	Sécurité des soins et exécution du mandat de prestations	25
2.5.7	Recherche et enseignement	25
2.5.8	Compétitivité internationale	25
2.5.9	Procédure de candidature	26
2.5.10	Réévaluation périodique des attributions de prestations	26
2.5.11	Bilan	26
3	Mise en œuvre de la planification MHS	27
3.1	<i>Planification pour la période 2009–2014</i>	27
3.1.1	Etablissement de la liste des hôpitaux MHS	27
3.1.2	Exemples	27
3.1.3	Arrêts du Tribunal administratif fédéral (TAF)	29
3.1.4	Conséquences sur le domaine ambulatoire	31
3.1.5	Bilan	31
3.2	<i>Limitation dans le temps des décisions MHS</i>	32
3.2.1	Création de lacunes dans la réglementation MHS	32
3.2.2	Décisions MHS et planification hospitalière cantonale	32
3.2.3	Mesures visant à combler les lacunes dans la réglementation de la MHS	32
3.2.4	Monitoring de la fourniture des prestations	33

3.2.5	Bilan	33
3.3	<i>Autres travaux</i>	34
3.3.1	Futurs domaines MHS	34
3.3.2	Priorités de la planification 2016 et perspectives 2017	35
3.3.3	Bilan	37
3.4	<i>Evaluation du processus de planification MHS actuel</i>	37
3.4.1	Evaluation du processus MHS par les parties impliquées	37
3.4.2	Organe de décision MHS	38
3.4.3	Bilan des cantons parties à la CIMHS	38
3.4.4	Prise en charge de la population suisse	38
3.4.5	Bilan	39
4	Bilan des mesures	39
5	Conclusion	40
	Annexe 1: Interventions et réponses du Conseil fédéral	42
	Annexe 2: Rattachement à la MHS du traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux	54
	Annexe 3: Liste des décisions relatives à la MHS (état: avril 2015)	57
	Annexe 4: Priorités de la planification pour la période 2009-2014	75

1 Introduction

1.1 Planification conjointe par les cantons et compétence subsidiaire du Conseil fédéral

La médecine hautement spécialisée (MHS) concerne les interventions et les thérapies rares, complexes et coûteuses. Si de telles prestations sont proposées dans des centres trop nombreux, la qualité en souffre car, d'une part, les spécialistes manquent de routine et de connaissances spécialisées. D'autre part, une efficacité maximale ne peut être atteinte, ce qui justement dans le domaine de la MHS a des répercussions importantes sur les coûts. Pour les raisons précitées, il faut concentrer la MHS pour accroître l'efficacité ainsi que la qualité et pour éliminer les redondances.

La révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal⁶) dans le domaine du financement hospitalier impose aux cantons d'établir en commun une planification à l'échelle nationale pour la MHS. Les dispositions transitoires prévues dans la modification du financement hospitalier du 21 décembre 2007 prévoient le délai de fin 2014 pour l'adaptation des planifications au niveau cantonal et pour mettre en place une planification MHS pour l'ensemble de la Suisse. Si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil fédéral doit déterminer quels hôpitaux doivent figurer pour quelles prestations sur les listes cantonales (art. 39, al. 2^{bis}, LAMal). En ce sens, le Conseil fédéral dispose d'une compétence subsidiaire d'intervenir.

1.2 Interventions parlementaires

Depuis l'entrée en vigueur de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, le 1^{er} janvier 2009, plusieurs interventions ont été déposées concernant la planification MHS. Le Conseil fédéral a rappelé dans ses réponses aux interpellations 13.3609, 13.4272, 14.3205 et 14.3432⁷ qu'il décidera après l'expiration du délai transitoire fixé pour l'établissement de la planification de la MHS par les cantons s'il fera usage de sa compétence subsidiaire. En outre, le postulat 13.4012 invite le Conseil fédéral à faire le bilan de la coordination de la MHS et à dresser un catalogue de mesures dans ce domaine, son analyse devant notamment déterminer dans quelle mesure les dispositions légales sont appropriées, en particulier celles qui portent sur la qualité, l'économie et les progrès médicaux. Le Conseil fédéral a également rappelé l'établissement d'un rapport dans sa réponse à l'interpellation Feller 14.4043. Le présent rapport répond au postulat 13.4012 et à l'exigence d'examiner l'état de la planification MHS, les mesures restant à prendre et la question de l'usage de la compétence subsidiaire du Conseil fédéral.

L'annexe 1 comprend la liste des interventions déposées en lien avec la planification MHS ainsi que le résumé des questions posées et des réponses du Conseil fédéral. Les interventions portent notamment sur des questions relatives à la discrimination des hôpitaux privés, à l'effet sur les prestations complémentaires des divisions semi-privées et privées, à l'influence de la planification sur les soins ambulatoires, à l'éventuelle reprise par le Conseil fédéral de la tâche des cantons, à la composition des organes responsables de la planification MHS, à la pertinence des critères de détermination des domaines qui relèvent de la MHS et à la consultation des milieux intéressés.

⁶ RS 832.10

⁷ Interventions, cf. Annexe 1 et banque de données des objets parlementaires Curia Vista à l'adresse <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/curia-vista>

1.3 Rapport du Conseil fédéral: bases

Eu égard à la compétence subsidiaire dont dispose le Conseil fédéral, il lui incombe de déterminer si les cantons ont rempli leur mandat s'agissant de la planification MHS pour l'ensemble de la Suisse. A cette fin, le chef du Département fédéral de l'intérieur (DFI), le Conseiller fédéral Alain Berset, a invité en décembre 2014 la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) à élaborer à l'intention du DFI un rapport sur l'état actuel et les prochaines étapes de la planification MHS. Ce rapport de situation a été transmis au DFI le 27 avril 2015.⁸

Le présent rapport du Conseil fédéral offre une description et un commentaire de l'état de la mise en œuvre de la planification MHS. Les informations nécessaires à son élaboration proviennent notamment du rapport de situation de la CDS à l'intention du DFI mentionné précédemment. Il repose également sur des documents publiés ainsi que sur des documents internes de l'organe de décision MHS et de l'organe scientifique MHS, de même que sur différents renseignements du secrétariat de projet MHS et de la CDS.

1.4 Structure du rapport

Le présent rapport décrit et commente la mise en œuvre de la planification hospitalière MHS. Il a pour but de répondre à la question de savoir si le Conseil fédéral doit ou non faire usage de sa compétence subsidiaire.

A titre liminaire, il convient de noter les éléments suivants: la planification est un processus continu; l'expérience permet de développer et de compléter la méthode de planification. Il est de plus possible de planifier progressivement de nouveaux domaines de prestations MHS, et ce faisant, de compléter la planification MHS. Par conséquent, il est important non seulement que le Conseil fédéral examine la planification MHS à l'aune des décisions d'attribution déjà prises et inscrites dans la liste des hôpitaux MHS, mais aussi qu'il rende compte du développement de la méthode de planification et des domaines de prestations restant à régler.

Le chap. 2 du rapport contient une description des caractéristiques de la planification MHS. Après le rappel concernant la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) [chap. 2.1] suivent l'organisation de la planification MHS [chap. 2.2], les principes et les bases de la planification [chap. 2.3], le choix des domaines MHS [chap. 2.4], puis l'élaboration de la planification MHS [chap. 2.5]. Ce chapitre inclut également les éléments qui ont été développés par les organes MHS selon les garde-fous posés par le Tribunal administratif fédéral (TAF), mais qui n'avaient pas encore été intégrés dans le processus de planification sur lequel ont été fondées les 39 décisions d'attributions prises jusqu'à fin 2014. Ces éléments sont la procédure en deux temps, l'examen de l'économicité des hôpitaux et l'application systématique des critères de planification du Conseil fédéral.

Le chap. 3 traite de la mise en œuvre de la planification MHS; il porte sur la planification MHS conclue pour la période 2009–2014 [chap. 3.1], sur les remarques sur les lacunes de réglementation à la suite de l'expiration de la durée de validité des décisions MHS [chap. 3.2], sur la suite des travaux de planification [chap. 3.3] ainsi que sur l'évaluation du processus de planification actuel [chap. 3.4].

Le chap. 4, quant à lui, résume les mesures destinées aussi bien à adapter la méthode de planification qu'à compléter la planification pour les autres domaines de prestations.

Enfin, le chap. 5 présente les conclusions du rapport.

⁸ Cf. CDS: Informations sur l'état de la mise en œuvre de la planification de la médecine hautement spécialisée, Rapport de situation à l'intention du DFI, 27 avril 2015, sur le site <http://www.gdk-cds.ch>; par la suite, CDS: Rapport de situation, 27 avril 2015.

2 Caractéristiques de la planification de la médecine hautement spécialisée (MHS)

2.1 Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)

2.1.1 Contenu

Le 14 mars 2008, les cantons ont adopté à l'unanimité la CIMHS de la CDS, qu'ils ont ensuite ratifiée. La convention est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009.⁹

La CIMHS contient des dispositions concernant les aspects suivants:¹⁰

- But et exécution de la convention;
- Organisation de la planification MHS: organe de décision MHS, organe scientifique MHS, secrétariat de projet MHS, méthode de travail;
- Principes généraux de la planification, principes spécifiques de la planification des capacités et répercussions sur les listes cantonales;
- Répartition des coûts;
- Règlement des différends;
- Recours et droit de procédure;
- Adhésion et retrait, information/rapport, entrée en vigueur, durée de validité et abrogation, modification de la convention.

2.1.2 Bilan

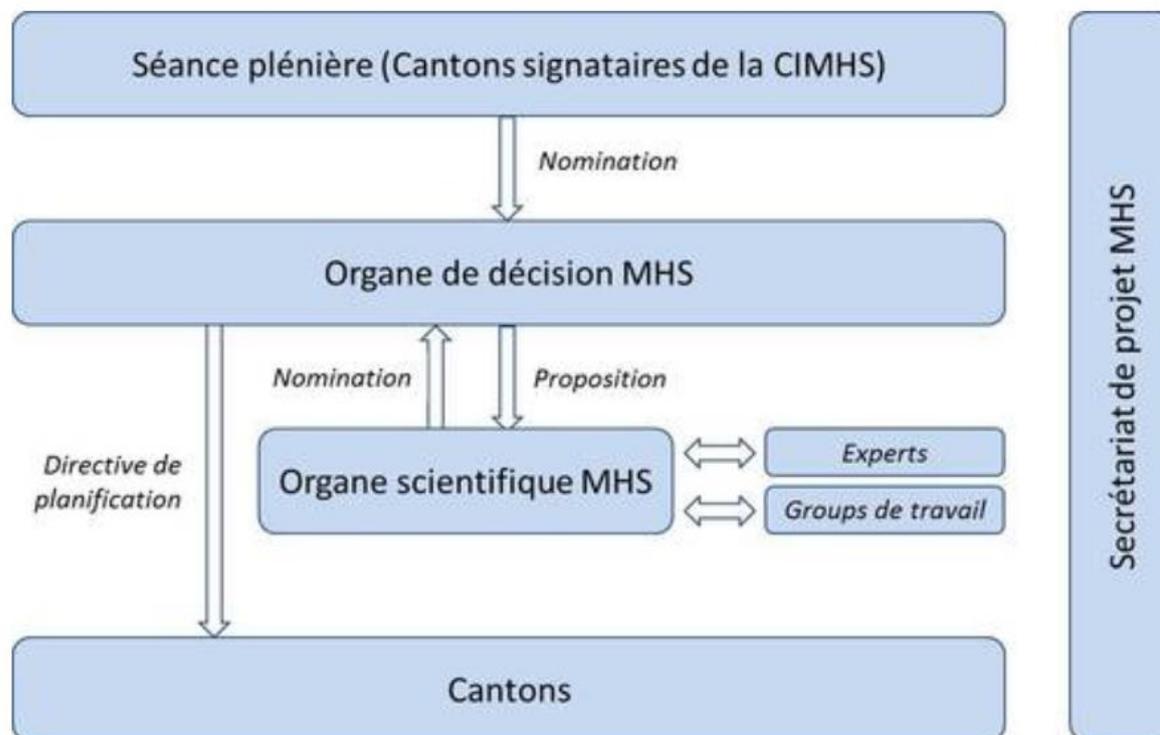
La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier a été adoptée le 21 décembre 2007, pour entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2009. Les cantons ont entamé à l'avance les travaux visant à poser les bases d'une planification commune de la MHS pour l'ensemble de la Suisse. Ainsi, deux ans après l'adoption de la révision, ils s'étaient déjà entendus sur l'organisation, les principes et le financement de la planification MHS à l'échelle de la Suisse. La CIMHS constitue un jalon essentiel dans l'établissement de la première planification commune pour l'ensemble de la Suisse.

⁹ Cf. CDS: Communiqué de presse du 30 janvier 2009, Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée: tous les cantons ont adhéré, disponible à l'adresse <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=765&L=1>

¹⁰ Cf. CDS: CIMHS du 14 mars 2008, disponible à l'adresse <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=903&L=1>

2.2 Organisation de la planification MHS¹¹

Figure 1: Organisation de la planification MHS



2.2.1 Organe de décision MHS

L'organe de décision MHS est en charge de la planification MHS et de l'exécution de la CIMHS. Il prend les décisions de planification et d'attribution et établit la liste intercantonale commune des hôpitaux dans le domaine de la MHS. L'organe de décision MHS est nommé par les membres de la CDS. Il se compose de dix directrices et directeurs de la santé, d'une part des cinq cantons possédant un hôpital universitaire (Berne, Bâle-Ville, Genève, Vaud et Zurich), et d'autre part de cinq autres cantons, dont au moins deux cantons avec un grand hôpital de centre remplissant des tâches de prestations intercantionales. De plus, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Swissuniversities¹² et santésuisse sont chacun représentés avec voix consultative dans l'organe de décision MHS.

2.2.2 Organe scientifique MHS

L'organe de décision MHS est conseillé par l'organe scientifique MHS. Ce dernier se compose d'experts scientifiques indépendants de Suisse et de l'étranger qui sont nommés par l'organe de décision MHS; il a été présidé à partir de 2009 par le prof. Peter Suter, à qui a succédé le 1^{er} juin 2015 le prof. Daniel Scheidegger.¹³ L'organe scientifique se compose actuellement de

¹¹ Figure et ch. 2.2.3: cf. CDS, Organes de la CIMHS, à l'adresse <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=606>; ch 2.2.1-2.2.2: cf. CDS, Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 5-6.

¹² En raison de la dissolution de la Conférence universitaire suisse (CUS) fin 2015, Swissuniversities (<http://www.swissuniversities.ch/fr/>) a pris cette place.

¹³ Cf. communiqué de presse de la CDS du 29 mai 2015, Passage du témoin dans la médecine hautement spécialisée, à l'adresse http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=745&no_cache=1&no_cache=1&L=1

14 experts. Il a pour mission d'élaborer les bases de décision médico-scientifiques pour l'organe de décision MHS, ce qui implique l'observation des nouveaux développements, la présentation et l'examen des demandes d'intégration d'un domaine dans la MHS, la fixation des conditions spécifiques qui doivent être remplies pour l'exécution d'un mandat de prestations MHS et la préparation des décisions de l'organe de décision MHS.

2.2.3 Secrétariat de projet MHS

Le Secrétariat de projet MHS, qui est rattaché au Secrétariat central de la CDS, est en charge de l'exécution des tâches organisationnelles et administratives en lien avec la planification MHS et de la coordination des travaux de l'organe de décision et de l'organe scientifique.

2.2.4 Bilan

Les cantons ont délégué la compétence de planification en matière de MHS à l'organe de décision. Ce dernier, lors de sa séance du 28 mai 2010, a examiné les premières propositions de l'organe scientifique MHS concernant différents domaines de la MHS et a pris de premières décisions de planification et d'attribution.¹⁴ L'organe de décision comprend, en tant que membres avec droit de vote, uniquement des conseillers d'Etat, ce qui correspond aux prescriptions légales, vu que la loi prévoit que les cantons sont compétents en matière de planification (art. 39, LAMal). L'organe scientifique MHS est un collège d'experts qui doit être composé de spécialistes indépendants issus du milieu académique et, surtout, libres de tout lien d'intérêt. Ces experts doivent être guidés exclusivement par leur avis scientifique et ne représenter aucun intérêt particulier.

L'organisation de la planification intercantonale de la MHS est adéquate et permet de garantir que les décisions relatives à la planification et à l'attribution soient prises dans le respect de la loi, et notamment sans pénaliser les prestataires privés. Il est dans l'intérêt des cantons de consulter les parties au cours du processus de planification et de tenir compte des avis émis lors de l'élaboration de la décision de planification. Le TAF annulerait une décision qui ne serait pas conforme à la loi sur la base d'un recours déposé par les hôpitaux concernés en vertu de l'art. 53, LAMal.¹⁵

2.3 Principes et bases de la planification

2.3.1 Critères de planification du Conseil fédéral

Le 22 octobre 2008, le Conseil fédéral a adopté les dispositions d'exécution relatives à la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. En particulier, il a édicté aux art. 58a à 58e de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal¹⁶) des critères de planification uniformes. Ces critères de planification du Conseil fédéral revêtent pour les cantons un caractère contraignant, et s'appliquent aussi bien aux planifications cantonales qu'aux planifications conjointes entre plusieurs cantons, donc à la planification MHS.

Les critères de planification fixent les exigences en matière de planification hospitalière au sens de la LAMal et constituent ainsi un cadre. Etant donné qu'il s'agit de prescriptions abstraites, les cantons disposent d'une grande marge de manœuvre pour les appliquer. Lors de

¹⁴ Cf. communiqué de presse de la CDS du 28 mai 2010, Premières décisions dans la planification de la médecine hautement spécialisée, à l'adresse http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=745&no_cache=1&no_cache=1&L=1

¹⁵ Cf. réponse du Conseil fédéral du 31 août 2011 à la motion Bortoluzzi 11.1058 «Discrimination dans le cadre de l'attribution de la médecine hautement spécialisée du 16 juin 2011».

¹⁶ RS 832.102

la planification, les cantons doivent tenir compte des critères de qualité, d'économicité et d'efficacité et garantir le traitement hospitalier à leurs habitants. Il leur faut pour cela déterminer le besoin en soins et garantir que soit retenue sur la liste l'offre adéquate pour assurer la couverture des besoins. Pour la sélection des établissements à inscrire sur la liste, les cantons doivent tenir compte des critères d'économicité et de qualité de la fourniture des prestations en tant que condition d'une fourniture de prestations appropriée et de haute qualité, tout en étant la plus avantageuse possible.¹⁷

Dans son arrêt de principe du 26 novembre 2013 concernant le traitement des brûlures graves chez les enfants, le TAF a confirmé que les critères de planification du Conseil fédéral (art. 58a à 58e OAMal) doivent également être pris en compte dans le cadre de la planification MHS. Il renvoie à l'analyse des besoins, à la détermination de l'offre et au choix de l'offre à retenir pour la liste sur la base de la qualité et de l'économicité de la fourniture des prestations, de l'accès des patients au traitement dans un délai utile, ainsi que de la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations. Lors de l'examen de l'économicité et de la qualité, il convient en particulier de prendre en considération l'efficacité de la fourniture de prestations, la justification de la qualité nécessaire, les nombres minimaux de cas et l'exploitation des synergies.¹⁸

2.3.2 Caractère national et limitation dans le temps des attributions de prestations MHS

Dans la CIMHS, les cantons ont établi que les attributions de prestations effectuées selon la planification MHS commune prévalent sur les attributions de prestations cantonales (art. 9, al. 2), que la liste MHS est examinée périodiquement et que les décisions d'attribution MHS sont limitées dans le temps (art. 3, al. 4).

2.3.3 Critères de la CIMHS pour le rattachement des traitements

Dans le but de distinguer les domaines médicaux de la MHS des autres domaines médicaux, et ainsi de déterminer quand un domaine de prestations passe de la compétence de planification cantonale à la compétence de planification intercantonale (art. 3, al. 3, CIMHS), les cantons ont convenu dans la CIMHS de la règle selon laquelle les domaines et les prestations médicales devaient remplir le critère de la rareté et au minimum deux des autres critères énumérés ci-dessous (art. 1, al. 1, CIMHS):

- Haut potentiel d'innovation;
- Investissement humain ou technique élevé;
- Méthodes de traitement complexes.

Des critères supplémentaires doivent en outre être remplis pour l'intégration dans la liste des domaines MHS (art. 4, al. 4, ch. 1 et 3, CIMHS):

- Efficacité;
- Utilité;
- Durée d'application technique et économique;
- Coûts de la prestation;

¹⁷ Cf. également Bases de la planification hospitalière et pistes de développement, Rapport du Conseil fédéral, 18 décembre 2013, p. 13-14, à l'adresse <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04216/index.html?lang=fr>

¹⁸ Cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral du 26 novembre 2013 (C-6539/2011), consid. 5.9 et 7.2, sur le site <http://www.bvger.ch/index.html?lang=fr>

- Importance du lien avec la recherche et l'enseignement;
- Compétitivité internationale.

2.3.4 Critères de la CIMHS pour l'attribution des mandats de prestations

Pour l'attribution des domaines de la MHS aux centres mandatés pour la fourniture des prestations définies (art. 3, al. 4, CIMHS), les cantons ont fixé dans la CIMHS les critères suivants (art. 4, al. 4, ch. 2 et 3, CIMHS):

- Qualité;
- Disponibilité de personnel hautement qualifié et formation d'équipe;
- Disponibilité des disciplines de soutien;
- Economicité;
- Potentiel de développement;
- Importance du lien avec la recherche et l'enseignement;
- Compétitivité internationale.

2.3.5 Principes généraux de planification

Principes de planification complémentaires concernant le choix des fournisseurs de prestations et l'établissement de la liste des hôpitaux (art. 7 et 8, CIMHS):

- Afin de bénéficier de synergies, il convient de veiller à ce que les prestations hautement spécialisées soient concentrées dans un nombre limité de centres universitaires ou multidisciplinaires.
- La planification prévue par la convention doit être concertée avec celle du domaine de la recherche. Des incitations à la recherche doivent être créées et coordonnées.
- La planification tient compte des interdépendances entre les différents domaines médicaux hautement spécialisés.
- La planification comprend les prestations qui sont cofinancées par les assurances sociales suisses.
- On tiendra compte dans la planification de l'accès aux soins urgents.
- La planification tient compte des prestations du système de santé suisse en faveur de l'étranger.
- Lors de la planification, la coopération avec les pays voisins peut être favorisée.
- La planification peut s'effectuer par étapes.
- Les principes suivants sont à respecter lors du rattachement des capacités:
 - a) La totalité des capacités disponibles en Suisse est calculée de telle façon qu'elle ne dépasse pas le nombre de traitements prévisible d'après une appréciation critique complète.
 - b) Le nombre de cas de traitement obtenu pour une installation particulière et pour une période donnée ne doit pas se situer en dessous de la masse critique en termes de sécurité médicale et de rentabilité.
 - c) Les possibilités de collaboration avec des centres étrangers peuvent être prises en compte.

2.3.6 Processus de planification en deux temps

Dans son arrêt de principe du 26 novembre 2013, le TAF a notamment édicté des prescriptions concernant la procédure de décision. Selon celles-ci, la planification MHS doit s'effectuer selon une procédure en deux temps, le premier consistant à déterminer les traitements qui relèvent de la MHS (détermination), le second à attribuer les mandats de prestations aux fournisseurs (attribution). Si la détermination et la définition d'un domaine ne sont pas déjà entérinées au moment de l'audition relative à l'attribution, les fournisseurs de prestations intéressés ne peuvent que difficilement faire valoir leur droit d'être entendus.¹⁹

Figure 2: Représentation schématique du processus de planification MHS²⁰



Dans son communiqué de presse du 27 janvier 2014, la CDS indique que l'organe de décision MHS appliquera dorénavant une procédure en deux temps. Les décisions concernant la définition du domaine MHS, d'une part, et l'attribution concrète de prestations à un hôpital donné, d'autre part, interviendront donc de manière échelonnée. Ainsi, une première étape définit quelles interventions et traitements relèvent de la MHS et l'attribution des prestations proprement dite se fait ensuite dans une deuxième phase. Cette division formelle de la procédure assure le respect du droit d'être entendus des hôpitaux. Une reconsidération des décisions d'attribution contestées est prévue; les attributions déjà formellement entrées en force ne sont toutefois pas concernées. La CDS souligne qu'au cours des quatre dernières années, l'organe de décision MHS a pris des décisions d'attribution dans 39 domaines partiels et que la majeure partie de ces décisions n'a pas été contestée. Les jugements relatifs aux décisions contestées ont maintenant été rendus. Le TAF a fourni les éclaircissements nécessaires au sujet des questions ouvertes en matière de procédure. A l'avenir, une procédure en deux temps sera appliquée; la planification sera ainsi adaptée aux directives du TAF.²¹

2.3.7 Bilan

Dans le but de fixer les conditions applicables pour les travaux de planification concrets dans le domaine de la MHS, les cantons ont défini, outre une organisation appropriée, des principes de planification. Ainsi, les critères de planification prévus dans la CIMHS complètent de manière spécifique et adéquate les critères de planification du Conseil fédéral (art. 58a à 58e, LAMal), qui fixent notamment le cadre pour la planification hospitalière au sens de la LAMal. Le TAF a apporté dans ses arrêts les précisions nécessaires, en particulier en lien avec l'analyse des besoins, l'examen de l'économicité et la procédure de planification, que les organes chargés de la planification MHS sont tenus de respecter. Le fait que la planification MHS n'ait jusqu'ici pas rempli l'intégralité des conditions tient notamment à la nouveauté de la planification dans ce domaine spécifique de même qu'à l'échelle à laquelle celle-ci doit être réalisée, à savoir pour l'ensemble de la Suisse. L'important est que l'exécution de la planification MHS

¹⁹ Cf. arrêt du TAF du 26 novembre 2013 (C-6539-2011), notamment consid. 6.4.1 et 7.3, et communiqué de presse du TAF du 29 novembre 2013 sur le site

<http://www.bvger.ch/medien/medienmitteilungen/00704/index.html?lang=fr>

²⁰ CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 7.

²¹ Cf. communiqué de presse de la CDS du 27 janvier 2014, sur le site

http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=745&no_cache=1&no_cache=1&L=1

contribue également à affiner et à développer les critères, les principes et, partant, les instruments et les méthodes correspondants. Les critiques formulées par le TAF dans ses différents jugements contribuent d'ores et déjà à faire évoluer la planification MHS et montrent qu'il y a un potentiel d'amélioration. En particulier, il convient de réorganiser la procédure de planification en deux étapes distinctes et d'intégrer à la méthodologie de planification l'examen de l'économicité.²²

2.4 Choix des domaines MHS

2.4.1 Bases²³

Pour le choix des domaines, on s'est inspiré de l'expertise mandatée en 2006 par les cantons de Zurich, Bâle-Ville et Berne, ainsi que d'autres travaux préparatoires de la CDS, du canton de Berne et de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Les critères de rattachement à la MHS de la CIMHS s'inspiraient eux de la définition formelle de la médecine de pointe proposée par des experts internationaux dans le cadre de l'expertise demandée.²⁴

2.4.2 Représentation des prestations MHS

Les prestations MHS répondent à une définition médicale. Depuis 2012, elles sont en outre décrites au moyen des codes des maladies (CIM²⁵) et des opérations (CHOP²⁶), afin de pouvoir encore mieux classer les prestations et aussi de permettre un monitoring de la fourniture des prestations dans l'ensemble de la Suisse.²⁷

Les représentations de l'annexe 2 illustrent un exemple de rattachement à la MHS (Décision concernant le rattachement du traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux à la médecine MHS du 10 mars 2015). Souvent, la classification CHOP ne permet pas de représenter avec précision les prestations MHS. Des associations professionnelles et la CDS ont donc déposé auprès de l'OFS des demandes destinées à faire évoluer la classification CHOP. La délimitation des domaines MHS s'inspire de la description des domaines de prestations précisée dans le cadre des planifications hospitalières cantonales. Le tableau ci-après illustre le rattachement à la MHS.²⁸

²² Cf. ch. 2.5.5.

²³ Cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p.8.

²⁴ A ce sujet, la CDS renvoie aux publications suivantes:

Daniel, H.-D., *Gutachten Spitzenmedizin - Zusammenfassung und Dokumentation der Stellungnahmen ausländischer Experten zu den Fragen des Regierungsrates des Kantons Zürich sowie einer Zusatzfrage der Schweizerischen Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur hochspezialisierten Medizin (Spitzenmedizin)*, 2006.

Collerette, P.M., Peter; Paumgartner, Gustav, *Organisation der Hochspezialisierten Medizin in der Schweiz mit besonderer Berücksichtigung der Kantone Basel-Stadt und Bern; Empfehlungen an die Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Bern*, 2006.

OFS, *La médecine hautement spécialisée en Suisse. Cas traités, fournisseurs de soins et coûts des traitements en 2005*, 2007.

Sous-commission «Médecine de pointe» de la Commission des soins hospitaliers, *Identification des prestations médicales hautement spécialisées dans le canton de Berne*, 2008.

²⁵ Classification internationale des maladies (en anglais: International Classification of Diseases, ICD).

²⁶ Classification suisse des interventions chirurgicales.

²⁷ Cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 8.

²⁸ Cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 8.

Tableau 3: Domaines de prestations MHS et nombre de cas par domaine de prestations²⁹

Domaine MHS	Nombre de cas (moyenne)*
Protonthérapie	330
Brûlures graves chez l'adulte	850
Transplantations de cellules souches hématopoïétiques allogéniques chez l'adulte	160
Implants cochléaires	150
Transplantations d'organes chez l'adulte	455
– Transplantations cardiaques	35
– Transplantations hépatiques	90
– Transplantations pulmonaires	35
– Transplantations rénales	270
– Transplantations pancréatiques	25
Neurochirurgie	1210
– Traitement chirurgical de l'épilepsie réfractaire chez l'adulte	55
– Chirurgie stéréotaxique des mouvements anormaux / involontaires et stimulation cérébrale profonde (deep brain stimulation) chez l'adulte	110
– Pathologies vasculaires du système nerveux central autres que les anomalies vasculaires complexes	720
– Traitement neurochirurgical des anomalies vasculaires complexes du système nerveux central	265
– Tumeurs rares de la moelle épinière	60
Traitement hautement spécialisé des accidents vasculaires cérébraux	550
Prise en charge des blessés graves	800
Pédiatrie et chirurgie pédiatrique hautement spécialisées	1440
– Examens spéciaux pour les immunodéficiences primitives (génétiques) chez l'enfant	20
– Traitement des brûlures graves chez l'enfant	155
– Chirurgie trachéale complexe élective chez l'enfant	20
– Chirurgie complexe élective du foie et des voies biliaires chez l'enfant	16
– Transplantations d'organes (poumons, foie, reins) chez l'enfant	20
– Traitement du rétinoblastome chez l'enfant	4
– Soins intensifs pour les nouveau-nés	820
– Traitement des mono et polytraumatismes graves, y compris les traumatismes cranio-cérébraux, chez l'enfant	300
– Diagnostic et prise en charge des troubles métaboliques congénitaux spéciaux du métabolisme chez l'enfant	50
– Bilan préopératoire spécifique pour le traitement neurochirurgical de l'épilepsie chez l'enfant	35
Oncologie pédiatrique	395
– Traitement des enfants et adolescents cancéreux en milieu hospitalier	230
– Application des transplantations de cellules souches hématopoïétiques (autologues et allogéniques)	40
– Traitement des neuroblastomes	15
– Traitement des sarcomes des tissus mous et des tumeurs osseuses malignes	30
– Traitement des tumeurs du système nerveux central	80

²⁹ CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 40-41; exploitation interne de la CDS d'après les données de la statistique médicale des hôpitaux, diverses années.

Domaine MHS	Nombre de cas (moyenne)*
Chirurgie viscérale hautement spécialisée	2910
– Résection œsophagienne	360
– Résection hépatique	610
– Résection pancréatique	690
– Résection rectale profonde	500
– Chirurgie bariatrique complexe	750
Total	9250

* Les nombres de cas correspondent à la moyenne des deux dernières années disponibles.

2.4.3 Transparence concernant l'objet de la concentration

Dans son arrêt du 26 novembre 2013 concernant le traitement des brûlures graves chez les enfants, le TAF a indiqué que l'organe de décision MHS est tenu, dans le cadre de l'attribution concrète d'un domaine, d'assurer une transparence adéquate pour que les institutions intéressées prennent connaissance et s'informent de manière satisfaisante sur la situation, et ainsi sur l'objet du domaine de prestations devant être concentré et attribué. Ce n'est qu'une fois qu'il a été déterminé de façon suffisamment précise qu'un domaine relève de la MHS et sa délimitation qu'un hôpital peut s'exprimer de manière suffisamment éclairée sur une décision d'attribution et soumettre des demandes concrètes ou formuler des objections.³⁰ Or cette condition n'est pas remplie lorsque, comme dans le cas des brûlures graves chez les enfants, une dérogation délègue une compétence de rattachement des brûlures dans les domaines limites aux centres pour brûlés, ce qui n'est pas prévu dans la CIMHS. Il manque pour ce faire les points de repère indiquant sur la base de quels critères et dans quels cas les exceptions peuvent être autorisées. Il n'y a donc pas de définition claire du domaine MHS.³¹

2.4.4 Bilan

Vu que la planification MHS uniforme à l'échelle de la Suisse constitue une première, sa mise en œuvre donne lieu à un processus d'apprentissage et de développement. Celui-ci, qui découle en particulier des examens spécifiques des décisions de détermination et d'attribution de l'organe MHS par le TAF, entraîne des corrections et des évolutions. Les organes MHS se sont matériellement attelés aux travaux visant à mettre en place les bases pour le choix des domaines MHS qui font l'objet de la planification MHS pour l'ensemble de la Suisse. Toutes les conditions sont remplies pour que les organes MHS améliorent et complètent sans encombre la planification MHS, y compris concernant le choix des domaines MHS, sur la base des considérations du TAF.

2.5 Elaboration de la planification MHS

2.5.1 Analyse des besoins³²

Les critères de planification du Conseil fédéral prévoient que les cantons déterminent les besoins selon une démarche vérifiable et qu'ils se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons (art. 58b, al. 1, OAMal).³³ La détermination des

³⁰ Cf. C-6539/2011, considération 6.4.1.

³¹ Cf. C-6539/2011, considérations 6.3.6.2 et 6.3.6.3.

³² Selon informations du Secrétariat de projet MHS.

³³ Cf. ch. 2.3.1.

besoins constitue la première étape de la planification. La planification hospitalière liée aux prestations considère avant tout les données relatives aux prestations, comme par exemple les données par cas respectivement les données par cas en fonction du diagnostic. La MHS est caractérisée par un nombre de cas restreint.³⁴ De surcroît, les besoins dans le cadre des transplantations d'organes ne dépendent pas directement de la morbidité ou du nombre de patients qui nécessitent une transplantation, mais de la disponibilité des organes. De fait, le nombre des organes nécessaires est supérieur à celui des organes disponibles. Ces dernières années, les délais d'attente n'ont cessé d'augmenter, les transplantations rénales affichant les plus longs délais.

Contrairement aux transplantations d'organes, le traitement des blessés graves ne relève pas de la chirurgie électorale; il s'agit d'interventions d'urgence. Avant que ce domaine soit réglé de manière contraignante dans le cadre de la MHS, la prise en charge initiale des blessés graves pouvait avoir lieu dans de nombreux hôpitaux, grands et petits, en fonction de la personne ou entité responsable du transport. Souvent, les patients n'étaient transférés dans des centres de traumatologie que dans un second temps. Seule la Garde aérienne suisse de sauvetage (REGA) disposait d'une certaine politique d'affectation des patients à des institutions compétentes en matière de prise en charge des blessés graves. Parfois, les besoins dans le domaine des blessures graves présentent des variations saisonnières considérables. Le nombre de cas devrait légèrement s'accroître à l'avenir, compte tenu de l'augmentation continue du nombre d'habitants, de celle des blessés graves chez les personnes âgées, de la hausse des blessures et de leur gravité dans les sports à risques et du recul des blessures liées à la circulation routière.

L'organe de décision MHS a chargé la direction de la santé du canton de Zurich de fournir des conseils techniques en matière d'analyse des besoins et prévisions pour l'avenir prenant en compte les différents facteurs. Les prestations MHS doivent se refléter dans les systèmes de classification utilisés dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux établie par l'OFS, CIM-10 et CHOP. D'après le modèle décrit par la direction de la santé du canton de Zurich, les prévisions portant sur les futurs besoins en prestations couvrent un horizon de 10 ans; elles doivent s'appuyer sur la demande actuelle en prestations de même que sur les facteurs qui l'influencent et leur évolution. Le modèle de prévision doit permettre d'anticiper le nombre de cas et non la durée d'hospitalisation, cette dernière ne primant pas dans le cadre de la MHS. Parmi les facteurs pertinents, on retient notamment les évolutions démographiques, médico-techniques, épidémiologiques et économiques. Sur la base de ces évolutions et à l'aide du nombre de cas par domaine de prestations en 2014, il a été possible d'obtenir des prévisions pour le nombre de cas par domaine de prestations en 2025. Les prévisions ont été effectuées selon différents scénarios qui dépendent des estimations d'experts et diffèrent selon les domaines de prestations MHS.

2.5.2 Qualité des structures, des processus et des résultats³⁵

Les organes MHS apprécient la qualité de la fourniture des prestations en s'appuyant sur les conditions requises pour les aspects suivants:

- Qualité des structures:
 - infrastructure (p. ex., service d'urgences, équipement technique, services indispensables dans l'établissement, spécialistes médicaux et personnel soignant nécessaires, y compris leur disponibilité).
- Qualité des processus:

³⁴ Cf. figure 3, ch. 2.4.2.

³⁵ Cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 12.

obligation de documentation (p. ex. participation à un registre, parcours clinique du patient, participation à un tumor board ou mise en réseau systématique avec d'autres fournisseurs de prestations).

Dans le cadre de la planification MHS, les prescriptions en matière de qualité des structures et des processus s'appuient sur les directives des associations professionnelles ou sur d'autres normes nationales ou internationales reconnues. Elles comprennent également les conditions relatives à la disponibilité d'un personnel hautement spécialisé et à la formation d'équipe, ainsi qu'à la disponibilité des disciplines de soutien (art. 4, al. 3, CIMHS). Dans certains domaines, des conditions relatives à la certification ou à la reconnaissance ont été fixées en ce qui concerne l'assurance qualité.

L'obligation de participation à un registre permettra à l'avenir d'évaluer la qualité des résultats à l'aide d'indicateurs de qualité internationalement validés (tels que la mortalité à 30 ou à 90 jours).

Afin de garantir la qualité des résultats et dans un souci d'assurance qualité, des nombres minimaux de cas ont été également fixés dans quelques domaines.³⁶

Tableau 4: Synopsis des registres par domaine de prestations MHS³⁷

Domaine MHS	Nom du registre	Forme	Statut
Transplantations d'organes	Swiss Transplant Cohort Study	Registre existant	En service
Transplantations de cellules souches	Registre STABMT	Registre existant	En service
Implants cochléaires	Base de données CICH	Remise à neuf d'un registre existant	En service
Brûlures graves	MHS minimal dataset for burns patients	Ensemble minimum de données de deux registres (internes à un service) existants	En service (depuis le 1.1.2014)
Blessés graves	Registre suisse de traumatologie (RST)	Nouveau registre	En service (depuis le 1.1.2015)
Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux	Swiss Stroke Registry	Nouveau registre	En service (depuis le 1.1.2014)
Neurochirurgie	Swiss HSM Registry Neuro	Nouveau registre	En cours de création
Oncologie pédiatrique	Registre suisse du cancer de l'enfant	Registre existant	En service
Chirurgie viscérale	Registre MHS de chirurgie viscérale	Rattachement au registre AQC existant	En service (depuis le 1.7.2014)

³⁶ Cf. ch. 2.5.4.

³⁷ CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 42.

2.5.3 Personnel hautement spécialisé, formation d'équipe et disciplines de soutien³⁸

La disponibilité temporelle d'un personnel spécialisé et d'un personnel soignant hautement qualifié de même que la détermination des disciplines de soutien nécessaires à un traitement MHS déterminé font partie intégrante de la qualité des processus.

Pour chaque domaine MHS, l'organe scientifique MHS procède à l'établissement de la liste des spécialités nécessaires ainsi qu'à la détermination du nombre de ces spécialistes, afin de pouvoir garantir la disponibilité temporelle requise. Ainsi, les centres sont en mesure de traiter eux-mêmes les complications post-opératoires sans avoir à transférer les patients, ce qui réduit le risque de complications. Selon la discipline concernée, l'opérationnalisation de ce critère CIMHS répond également à certaines exigences spécifiques concernant la formation des spécialistes, notamment un titre de médecin spécialiste ou une formation approfondie³⁹, ou encore une formation continue ou post-graduée spécifique.

Dans de nombreux domaines MHS, le traitement relève d'une équipe multidisciplinaire. Cette étroite collaboration permet de garantir une qualité maximale dans la chaîne de prise en charge et de traitement. L'opérationnalisation de ce critère CIMHS comprend l'établissement de la liste des spécialités nécessaires ainsi que la disponibilité temporelle requise; selon la discipline concernée, elle obéit également à certaines exigences spécifiques concernant la mise en réseau des disciplines à différents niveaux de prise en charge.

2.5.4 Nombres minimaux de cas

Les nombres minimaux de cas pour certaines interventions médicales particulières servent à assurer et à accroître la sécurité des patients et la qualité des résultats. Ce critère de qualité est reconnu au niveau international.⁴⁰ Les nombres minimaux de cas par établissement permettent en outre de garantir que les coûts relatifs à l'infrastructure sont répartis sur un nombre de patients suffisamment important, ce qui permet d'augmenter la productivité. En Allemagne, des nombres minimaux de cas variant entre 10 et 25 par établissement sont proposés pour certaines interventions sélectionnées. Une étude de l'OFS de 2007⁴¹ révèle qu'en appliquant le critère de 20 cas par intervention quel que soit le domaine MHS considéré, environ 70 % des hôpitaux en Suisse n'atteignaient pas ce seuil en 2005, ce qui montre que la fourniture des prestations est encore très fragmentée dans quelques domaines de la MHS.⁴²

³⁸ Cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 13-14.

³⁹ Les spécialistes peuvent se perfectionner dans 34 formations approfondies et élargir ainsi leurs connaissances dans un domaine partiel précis; cf. <http://www.fmh.ch/fr/formation-isfm.html> (domaines spécialisés). Dans la spécialité chirurgie, il y a par exemple les formations approfondies pour chirurgie générale et traumatologie ou chirurgie viscérale.

⁴⁰ A ce sujet, la CDS renvoie aux publications suivantes:

Parks, R.W., et al., *Benefits of specialisation in the management of pancreatic cancer: results of a Scottish population-based study*. Br J Cancer, 2004. 91(3): p. 459-65.

Van Heek, N.T., et al., *Hospital volume and mortality after pancreatic resection: a systematic review and an evaluation of intervention in the Netherlands*. Ann Surg, 2005. 242(6): p. 781-8, discussion 788-90.

Borowski, D.W., et al., *Volume-outcome analysis of colorectal cancer-related outcomes*. Br J Surg, 2010. 97(9): p. 1416-30.

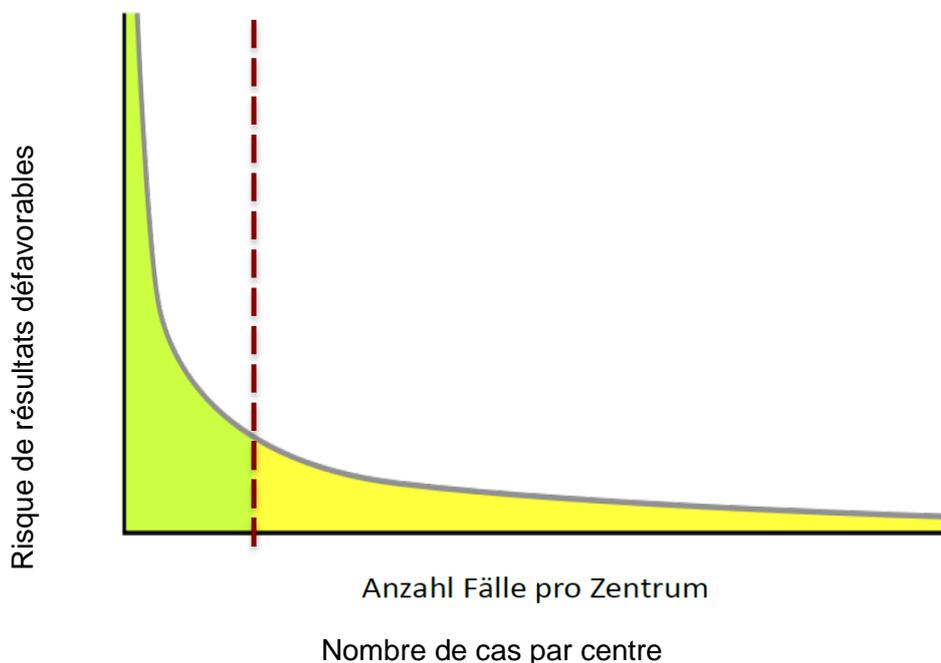
Birkmeyer, J.D., et al., *Hospital volume and surgical mortality in the United States*. N Engl J Med, 2002. 346(15): p. 1128-37.

Birkmeyer, J.D., et al., *Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States*. The New England Journal of Medicine, 2003. 349(22): p. 2117-27.

⁴¹ Cf. OFS, *La médecine hautement spécialisée en Suisse. Cas traités, fournisseurs de soins et coûts des traitements en 2005, 2007*, à l'adresse <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/01/dos/01.html>

⁴² Cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 12.

Tableau 5: Schéma montrant l'association supposée entre le nombre de cas par centre et le risque de résultats défavorables⁴³



Une étude réalisée par l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne sur mandat des organes MHS a examiné les limites définies pour les nombres minimaux de cas dans différents pays européens pour le domaine de la chirurgie viscérale. Seule la Suisse a défini un seuil national pour le nombre annuel d'interventions, les autres pays passés en revue ayant fixé des volumes minimaux par centre. Il est généralement accepté qu'il existe un lien entre le nombre d'interventions effectuées dans un centre et les résultats post-opératoires. Il est aussi communément accepté que les preuves disponibles ne permettent pas de définir précisément un nombre minimal de cas par centre pour limiter les décès intra-hospitaliers et d'autres effets indésirables ainsi que pour optimiser les résultats à long terme. Avec l'exemple de la résection pancréatique et des interventions complexes effectuées sur l'œsophage, l'étude de l'Université de Berne a trouvé que les décès durant l'hospitalisation sont réduits de respectivement 27 et 30 % dans les centres à fort volume par rapport aux centres à faible volume.⁴⁴

Pour plusieurs domaines, les décisions MHS contiennent des prescriptions sur les nombres minimaux de cas, en partie sous forme de nombres minimaux de cas provisoires pour une période transitoire, en partie sous forme de recommandations pour l'attribution de mandats de prestations avec des délais plus éloignés dans le temps.⁴⁵

⁴³ Peter Jüni, Stefanie Hossmann, Julie Rat, Andreas Limacher, Anne W. S. Rutjes, Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne, *La rareté comme critère pour la concentration de la médecine hautement spécialisée*, Résumé, 30 avril 2014, p. 5, à l'adresse <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=606&L=1> (Résumé). L'étude complète est aussi disponible à la même adresse (en anglais uniquement).

⁴⁴ Cf. Peter Jüni et al., Université de Berne, Résumé du 30 avril 2014, p. 7.

⁴⁵ Sur la limitation dans le temps des décisions MHS et sur les lacunes dans la réglementation de la MHS cf. ch. 3.2.

Tableau 6: Nombres minimaux de cas (1)⁴⁶

Domaine	Nombres minimaux de cas						
	NL	AU	DE	FR	EN	DK	CH
Résection œsophagienne par centre par chirurgien	20	10	10	30	60 15.20	80-100 20-30	15 ¹
Résection pancréatique par centre par chirurgien	20 ²	10	10	30	80 12	80-100 30	20 ¹
Résection hépatique par centre par chirurgien	20	10 ⁵	20 ⁷	30	150 ⁸ 15 ⁹	80-100 30	20 ¹
Résection rectale profonde par centre par chirurgien	20 ³	15 ^{3,5}		30 ³		80-100 ³ 30 ³	25 ¹
Chirurgie bariatrique complexe par centre par chirurgien	100 ⁴	25 ⁶			100 50	80-100 ¹⁰ 30 ¹⁰	25 ¹
Traitement chirurgical de l'épilepsie réfractaire chez l'adulte							25
Chirurgie stéréotaxique des mouvements anormaux / involontaires et stimulation cérébrale profonde (deep brain stimulation) chez l'adulte							20
Traitement neurochirurgical des pathologies vasculaires du système nerveux central (SNC) autres que les anomalies vasculaires complexes							20
Traitement neurochirurgical des anomalies vasculaires complexes du système nerveux central (SNC)							20
Tumeurs rares de la moelle épinière							10
Transplantations de cellules souches hématopoïétiques (TCSH) chez l'adulte							10

¹ Nombre minimal de cas pour la période transitoire de 2 ans jusqu'à fin 2015: 10 cas par centre.

² Toutes les résections du pancréas ou des voies biliaires.

³ Inclut toutes les résections du rectum.

⁴ Inclut les chirurgies bariatriques non complexes.

⁵ Nombre minimal de cas suggéré, non obligatoire.

⁶ A partir de 2015.

⁷ Inclut les transplantations hépatiques.

⁸ Au moins 75 interventions doivent être majeures (impliquant au moins trois segments).

⁹ Au moins 10 interventions doivent être majeures.

¹⁰ Relatifs aux ré-opérations seulement.

La décision concernant les listes hospitalières MHS fixe des exigences minimales spécifiques pour le traitement hautement spécialisé des accidents vasculaires cérébraux.

⁴⁶ OFSP, d'après les informations des décisions MHS (à l'adresse <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=903&L=1>) et de l'étude de Peter Jüni et al., Université de Berne, Résumé du 30 avril 2014, p. 4, à l'adresse <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=606&L=1> (Résumé).

Tableau 7: Nombres minimaux de cas (2)⁴⁷

Domaine	Nombres minimaux de cas CH
Traitement hautement spécialisé des accidents vasculaires cérébraux	Chaque centre atteint les nombres minimaux de cas suggérés par prestation spécialisée en fonction du statut, c.-à-d. que: <ul style="list-style-type: none"> i. chaque année, dans un primary stroke center (PSC), au moins 30 thrombolyses sont réalisées et 150 patients sont admis et traités pour un accident vasculaire cérébral ischémique; ii. chaque année, dans un comprehensive stroke center (CSC), au moins 50 thrombolyses sont réalisées et 250 patients sont admis et traités pour un accident vasculaire cérébral ischémique.

Pour d'autres domaines, les nombres minimaux de cas ne sont pas directement précisés dans les décisions de l'organe de décision MHS:

Tableau 8: Nombres minimaux de cas (3)⁴⁸

Domaine	Nombres minimaux de cas CH
Oncologie pédiatrique: Application des transplantations de cellules souches hématopoïétiques (autologues et allogéniques)	Respect des normes JACIE ⁴⁹
Implants cochléaires	Respect des directives élaborées par la conférence des centres IC de Suisse (CICH)

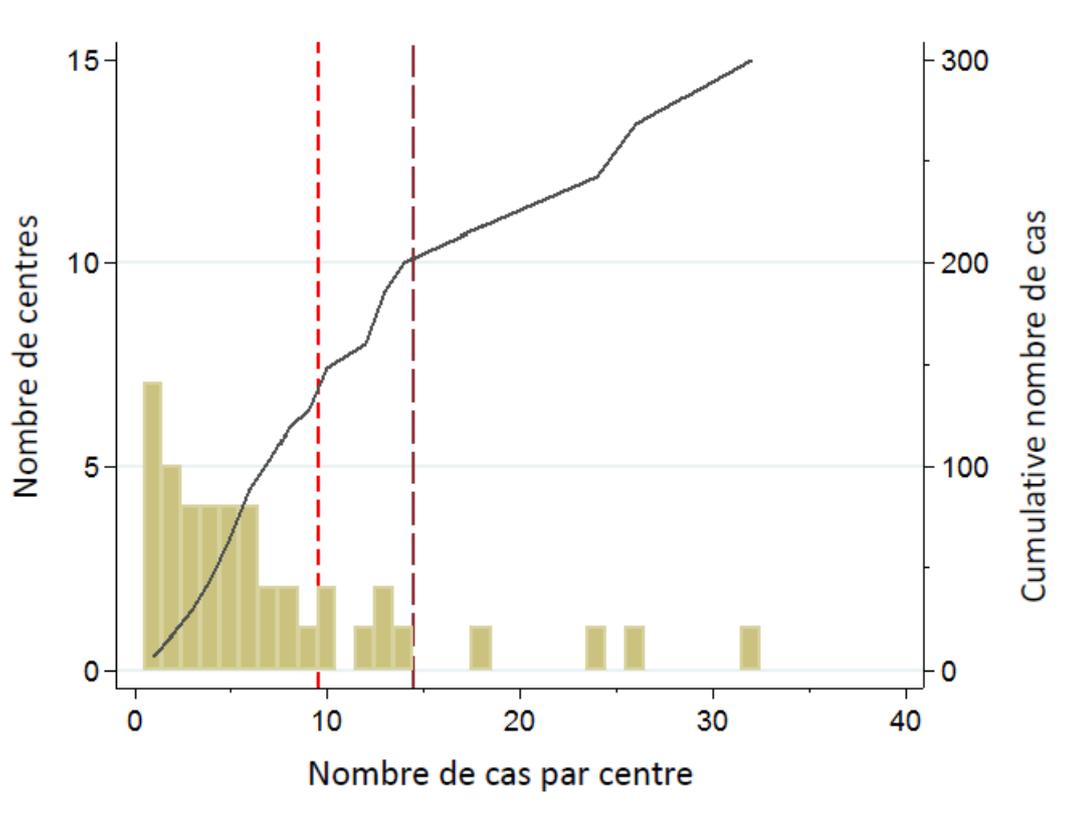
L'étude de l'Université de Berne a montré qu'en 2011, 33 centres suisses ont enregistré moins de dix cas dans l'année (ligne rouge clair en pointillés, figure 9), alors qu'il s'agissait du nombre minimal exigé pour les interventions complexes sur l'œsophage. Cette année-là, 128 des 300 patients qui ont subi une intervention complexe sur l'œsophage (42,7 %) ont été opérés dans des centres pratiquant moins de 10 interventions par an.

⁴⁷ OFSP, d'après les informations des décisions MHS.

⁴⁸ OFSP, d'après les informations des décisions MHS.

⁴⁹ Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (haematopoietic stem cell transplant assessor), cf. <http://www.jacie.org/>

Tableau 9: *Histogramme du nombre de centres et de leur nombre de cas d'interventions complexes sur l'œsophage en Suisse en 2011*⁵⁰



La ligne rouge clair en pointillés représente la limite provisoire du nombre minimal de cas par an défini pendant la période de transition; la ligne rouge foncé en pointillés représente le nombre minimal de cas recommandé pour l'attribution de mandats de prestations limités dans le temps sur une plus longue durée; la ligne noire diagonale représente le nombre cumulé d'interventions.

2.5.5 Économicité

Les organes MHS ont décidé de ne pas procéder à un examen de l'économicité des hôpitaux au début de la planification, estimant que celle-ci était déjà contrôlée dans le cadre de la planification hospitalière cantonale et que dès lors qu'un hôpital figurait sur une liste cantonale, il satisfaisait aux exigences relatives à l'économicité.⁵¹ Or, dans son arrêt de principe du 26 novembre 2013 concernant le traitement des brûlures graves chez les enfants,⁵² le TAF a considéré que l'économicité devait également être examinée dans le cadre de la planification MHS. Les organes MHS ont donc décidé que les hôpitaux doivent fournir, dans le cadre de la procédure de candidature, les données relatives aux coûts nécessaires pour l'examen de l'économicité – qui se fonde sur des comparaisons entre établissements –, en particulier la

⁵⁰ Peter Jüni et al., Université de Berne, Résumé du 30 avril 2014, p. 6, à l'adresse <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=606&L=1> (Résumé).

⁵¹ Cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 13.

⁵² Cf. C-6539/2011, consid. 7.2 et C-5647-2011, consid. 5.3.4.

présentation des coûts conformément au modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation (ITAR_K)⁵³ et les données relatives aux coûts et aux prestations de SwissDRG⁵⁴ AG. ITAR-K est une méthode de calcul développée par H+ Les hôpitaux de Suisse et qui permet de calculer les charges d'exploitation pertinentes aux vues du calcul des tarifs.

En 2014, l'organe de décision MHS a chargé un groupe d'experts composé de représentants de différentes directions cantonales de la santé de se pencher sur l'examen de l'économicité dans le cadre de la CIMHS. Le groupe d'experts a étudié deux approches. Il a conclu qu'une comparaison sur la base des coûts par cas des hôpitaux, corrigés en fonction de la lourdeur des cas, selon le modèle ITAR-K permettait d'obtenir des informations sur l'économicité pour l'ensemble des domaines de prestations, et donc de montrer si la production d'un hôpital est efficiente dans sa globalité, et non seulement pour quelques domaines de prestations. La seconde possibilité, consistant à comparer les coûts par cas des hôpitaux, corrigés en fonction de la lourdeur des cas, dans un domaine MHS délimité sur la base des données SwissDRG, permettrait d'évaluer le caractère économique d'un hôpital dans le domaine MHS spécifique. Cette approche ne peut toutefois être employée que si les conditions nécessaires sont réunies (p. ex., représentation des prestations dans CIM/CHOP, nombre de cas suffisant). Les informations obtenues selon les deux méthodes seraient complémentaires. Le groupe d'experts préconise, dans le cadre d'une procédure d'attribution concrète, de tenir compte de l'exactitude avec laquelle le domaine de prestations MHS a pu être identifié dans le système DRG, du nombre de cas qui peuvent être inclus dans une comparaison des coûts et de la qualité globale estimée des données disponibles concernant les coûts.⁵⁵

Lors de sa séance du 25 juin 2015, l'organe de décision MHS a décidé qu'un examen de l'économicité doit être effectué dans chaque domaine MHS pour l'évaluation et le choix de l'offre à retenir pour la liste. Cet examen doit en premier lieu s'appuyer sur le modèle ITAR-K, et, si possible, sur l'approche basée sur les SwissDRG. Cet examen complémentaire de l'économicité peut être effectué si le domaine MHS est codable dans le système de classification CIM/CHOP et que proportionnellement peu d'hôpitaux présentent des nombres de cas très limités. Si ces deux conditions ne sont pas remplies, l'examen de l'économicité ne peut être réalisé que sur la base des données ITAR-K. L'insuffisance ou l'absence de données sur les coûts ou encore un nombre de cas trop restreint pour permettre une analyse statistique ne peuvent conférer à un fournisseur de prestations un avantage pour son évaluation dans le cadre de l'examen de l'économicité.⁵⁶

Le TAF n'a pas remis en question le principe de l'applicabilité du modèle ITAR-K ni de REKOLE[®]⁵⁷; il a toutefois examiné la conformité à la loi des directives de calcul contenues dans ces modèles et a pris position à ce sujet.⁵⁸ En outre, le TAF rend attentif à l'importance d'une présentation transparente des coûts relatifs aux prestations obligatoirement à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Il est notamment indispensable, pour mener les comparaisons entre établissements, que la qualité des données des hôpitaux à comparer soit conforme aux exigences en matière de transparence. C'est pourquoi les hôpitaux sont tenus de calculer les coûts avec soin et dans le respect des exigences légales et les cantons d'effectuer des contrôles minutieux.⁵⁹ L'exactitude de l'examen de l'économicité dépend ainsi de la transparence des données figurant dans ITAR-K.

⁵³ Cf. H+: ITAR-K, modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation, à l'adresse http://www.hplus.ch/fr/prestations/gestion/itar_k/

⁵⁴ DRG est l'acronyme pour Diagnosis Related Groups (en français: groupes de cas liés au diagnostic).

⁵⁵ Selon informations du Secrétariat de projet MHS.

⁵⁶ Selon informations du Secrétariat de projet MHS.

⁵⁷ Cf. H+: REKOLE[®] – Comptabilité analytique à l'hôpital, à l'adresse http://www.hplus.ch/fr/dienstleistungen/betriebswirtschaft/rechnungswesen_spital/

⁵⁸ Cf. notamment arrêt du TAF du 7 avril 2014 (C-1698/2013), consid. 3.4.3 ss.

⁵⁹ Cf. par exemple arrêt du TAF du 24 avril 2015 (C-2255/2013), consid. 8.1 et 12.2.

Dans le but d'assurer la sécurité des patients, la qualité de la fourniture des prestations est un critère primordial de l'attribution des prestations MHS. Il convient par conséquent, lors du choix des fournisseurs de prestations, d'évaluer pour chaque domaine de prestations le poids devant être accordé au critère nécessaire supplémentaire de l'économicité.⁶⁰

2.5.6 Sécurité des soins et exécution du mandat de prestations⁶¹

La planification MHS concentre les prestations hautement spécialisées sur un nombre limité de centres de compétences. Il convient donc de s'interroger sur la garantie des capacités suffisantes et sur les trajets à parcourir. Dans la planification actuelle, des mandats de prestations ont été également attribués à des hôpitaux périphériques afin d'assurer une organisation des urgences couvrant l'ensemble du territoire national. Ceci concerne avant tout la prise en charge des blessés graves et des accidents vasculaires cérébraux ainsi que le traitement neurochirurgical des pathologies vasculaires du système nerveux central.⁶² En ce qui concerne les domaines MHS de la pédiatrie et de la chirurgie pédiatrique, il est important de maintenir des services hospitaliers pas trop éloignés du lieu de résidence des patients et de garantir une offre de soins dans les diverses régions linguistiques. De plus, dans le cadre de la procédure de candidature, la question de la disponibilité à remplir le mandat de prestations a été posé à tous les hôpitaux candidats. Quant à la capacité d'un hôpital à remplir le mandat de prestations, elle est contrôlée en particulier à l'aune des dispositions relatives à la qualité des processus et des structures.

2.5.7 Recherche et enseignement⁶³

La concentration de la médecine clinique hautement spécialisée vise également à favoriser la recherche. L'activité de recherche est attestée entre autres par la participation à des mesures d'encouragement du Fonds national suisse et d'autres institutions, la participation à des projets de recherche, en particulier la participation active à des études cliniques et multicentriques, la recherche pour le développement de nouvelles approches diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que l'activité de publication correspondante. On attache également de l'importance au montant des fonds de tiers engagés pour la réalisation des projets de recherche ainsi qu'à l'encouragement des jeunes chercheurs, y compris la direction et l'encadrement de thèses et de masters. Pour assurer la pérennité des compétences médicales spécialisées en Suisse, la participation active à l'enseignement, et ainsi à la promotion de la relève dans les domaines MHS correspondants, est capitale. L'activité d'enseignement est attestée par exemple par la reconnaissance comme établissement de formation postgraduée pour un titre de spécialiste ou une formation approfondie spécifique, par les activités dans la formation continue spécifique ainsi que par une activité d'enseignement à la faculté de médecine.

2.5.8 Compétitivité internationale

La compétitivité internationale est d'une grande importance pour l'attractivité du pôle de recherche, les soins cliniques et le développement économique de la Suisse. La concentration des prestations hautement spécialisées sur un nombre limité de centres nationaux contribue à la formation de centres de compétences concurrentiels au niveau national et international. De plus, l'augmentation du nombre de cas par centre liée au processus de concentration concourt à l'amélioration de la qualité et renforce le développement des compétences.

⁶⁰ Selon informations du Secrétariat de projet MHS.

⁶¹ Cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 13.

⁶² Cf. Feuille fédérale n° 25 du 21 juin 2011.

⁶³ Ch. 2.5.7 à 2.5.10; cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 14-15.

2.5.9 Procédure de candidature

Dans chaque domaine MHS, tous les fournisseurs de prestations intéressés ont l'occasion de se porter candidats à l'attribution d'un mandat de prestations. Cette mesure permet de garantir le droit à être entendu (art. 29, al. 2, de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, Cst.⁶⁴), l'interdiction de l'arbitraire (art. 9, Cst.) et le principe de l'égalité de traitement des concurrents, autrement dit la neutralité de la concurrence étatique (art. 27 et 94, Cst.). L'organe scientifique MHS établit les bases détaillées pour la procédure de candidature. De ces bases résultent les critères de qualification et les critères complémentaires déterminants. Les exigences s'appuient sur les dispositions déterminantes de la LAMal, de l'OAMal et de la CIMHS. Dans le cadre de la procédure de candidature, les hôpitaux sont tenus de fournir la preuve du degré de respect des conditions requises et de présenter les documents nécessaires à l'évaluation.

2.5.10 Réévaluation périodique des attributions de prestations

Le dispositif décisionnel des décisions d'attribution précise des conditions, qui sont publiées dans la Feuille fédérale. Ces conditions imposées aux prestataires ont notamment trait à l'assurance qualité, au fonctionnement en réseau et à la participation à un registre. Les attributions de prestations de la MHS sont, selon l'art. 3, al. 4, CIMHS, limitées dans le temps. Elles sont périodiquement soumises à une réévaluation, qui sert à contrôler l'état de mise en œuvre des conditions imposées et à apprécier la prise en charge assurée par les divers fournisseurs de prestations MHS. Cette réévaluation périodique permet également de procéder à une nouvelle analyse de la situation en matière de soins, une démarche nécessaire vu que de nombreux domaines de la MHS sont soumis à des mutations médico-technologiques ou peuvent être touchés par une éventuelle extension d'indication (p. ex. la protonthérapie ou stimulation cérébrale profonde par exemple), toutes choses qui pourraient se répercuter sur les besoins.

2.5.11 Bilan

Les directives applicables à la planification hospitalière dans le cadre de la LAMal prévoient une analyse des besoins et un choix des fournisseurs de prestations qui se fondent notamment sur l'économicité et la qualité de la fourniture des prestations, l'accès des patients au traitement en temps utile, ainsi que la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations.⁶⁵ En conséquence des considérations de l'arrêt de principe du TAF du 26 novembre 2013, l'organe de décision MHS a notamment abordé la mise en œuvre des exigences liées aux critères de planification du Conseil fédéral concernant l'analyse des besoins et l'économicité.

Or les décisions d'attribution rendues jusqu'ici ne tiennent pas compte de tous les aspects de la planification visés par cette jurisprudence; tel est notamment le cas de l'examen de l'économicité. Le développement de la méthode de planification dans le nouveau domaine de prestations de la MHS est un processus qui demande beaucoup de temps, et qui est aussi amené à être complété et corrigé grâce à l'expérience acquise. L'examen effectué par le TAF sur les décisions d'attribution de l'organe de décision MHS dans le cadre de procédures de recours ont d'ores et déjà contribué à ce développement. L'examen de la méthode d'élaboration de la planification MHS réalisé dans le cadre de la rédaction du présent rapport a mis en évidence que ce développement est bien avancé et que les travaux intensifs des organes MHS permettront de continuer à l'affiner. En ce sens, le fait que toutes les décisions d'attribution n'aient pas été prises par l'organe de décision compte tenu de l'intégralité des éléments de planification ne doit pas être considéré comme une anomalie. Aussi ces décisions seront examinées

⁶⁴ RS 101

⁶⁵ Cf. ch. 2.3.1.

et, le cas échéant, adaptées, dans le cadre des réévaluations des attributions de prestations prévues.

La création de registres de qualité sert à la mise en œuvre des exigences légales concernant l'évaluation de la qualité des prestations. Un audit des registres est indispensable pour assurer la qualité et l'exhaustivité des données fournies. Or un tel audit n'a pas encore été réalisé pour le moment. Pour améliorer la pertinence des registres, il est essentiel de mettre en place ces audits.

Si des difficultés ayant trait à la qualité sont rencontrées dans le cadre de la mise en œuvre de la planification MHS commune pour l'ensemble de la Suisse, la Confédération a la possibilité d'inscrire des conditions dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS⁶⁶). De cette manière, elle peut renforcer la qualité d'une ou de plusieurs prestations MHS sans pour autant faire usage de sa compétence subsidiaire dans le domaine de la planification MHS.

3 Mise en œuvre de la planification MHS

3.1 Planification pour la période 2009–2014

3.1.1 Etablissement de la liste des hôpitaux MHS

L'annexe 3 du présent rapport reproduit la liste des hôpitaux MHS figurant dans le rapport de situation de la CDS du 27 avril 2015. Cette liste porte sur les décisions d'attribution pour 39 domaines partiels, ce qui correspond, selon l'estimation de l'organe scientifique MHS, environ aux trois quarts des principaux domaines MHS en Suisse.⁶⁷ Pour chacune de ces décisions, la liste des hôpitaux précise le statut concernant la limitation dans le temps et l'entrée en force. La liste des hôpitaux MHS de même que les décisions individuelles peuvent être consultées sur le site Internet de la CDS.⁶⁸ Elle concerne environ 9250 cas par an. En 2013, 1'374'454 cas ont été pris en charge dans les hôpitaux suisses.⁶⁹ Le tableau 3 présente le nombre moyen de cas annuel par domaine de prestations MHS, tandis que l'annexe 4 énumère les priorités de la planification pour la période 2009–2014.

Les attributions de prestations valides de la liste intercantonale MHS prévalent sur les listes hospitalières cantonales, de sorte que les éventuelles divergences dans les autorisations de listes hospitalières des cantons pour les domaines MHS sont considérées comme nulles. Toutefois, dans la mesure où la plupart des décisions MHS étaient limitées dans le temps, jusqu'à fin 2014, respectivement 2015 et que l'organe de décision MHS n'a pas encore pu adopter les réévaluations, il en est résulté une lacune dans la réglementation MHS. Sur cette question, nous renvoyons au ch. 3.2 du présent rapport. La lacune dans la réglementation MHS concerne aussi les exemples suivants relatifs à la prise en charge d'accidents vasculaires cérébraux et des blessés graves.

3.1.2 Exemples

a) Protonthérapie⁷⁰

Le traitement de certaines tumeurs est remboursé dans le cadre de l'AOS. L'adéquation et le caractère économiquement défendable (économicité) de la protonthérapie ne sont à ce jour scientifiquement avérés que pour un petit nombre de tumeurs. Pour l'organe de décision MHS,

⁶⁶ RS 832.112.31

⁶⁷ Cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 33.

⁶⁸ Cf. site Internet de la CDS, à l'adresse <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=903&L=1>

⁶⁹ Cf. OFS: Statistique médicale des hôpitaux, tableaux B2 et C1, à l'adresse <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/01/data/01/05.html>

⁷⁰ Cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 17-18 et 28-29.

les unités de traitement actuelles et nouvellement créées à l'Institut Paul Scherrer (PSI) (cinq postes de traitement au total, pour 500 à 600 patients par an) suffisent aussi bien pour couvrir les besoins de l'AOS que pour assurer les capacités indispensables à la réalisation d'études cliniques. Les besoins actuels pour les patients suisses sont d'environ 200 à 250 patients par an. La Suisse dispose d'un poste de traitement pour 1,6 million d'habitants et présente ainsi la plus importante densité mondiale en matière de stations de protonthérapie. La construction d'un nouveau centre de protonthérapie aurait coûté environ 350 millions de francs (projet Proton Therapy Center Zürichersee) ou 200 millions de francs (projet de l'Inselspital Berne).

b) Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux⁷¹

Le traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux a été défini comme domaine médical de la MHS pour la première fois en 2011. Dans le cadre de la réévaluation, le respect des critères a été examiné; les résultats sont compilés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 10: Critères CIMHS pour le traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux⁷²

Domaine MHS	Art. 1 CIMHS					Art. 4, al. 4, CIMHS						
	Rareté	Potentiel d'innovation	Investissement humain	Investissement technique	Complexité du traitement	Efficacité	Utilité	Durée d'application technique et économique	Coûts de la prestation	Recherche et enseignement	Compétitivité internat.	
Traitement complexe des AVC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pondération	A	B	A	B	A	A	A	B	A	A	B	

X, critère CIMHS rempli; A, importance haute; B, importance moyenne.

Environ 800 patients parmi les 20'000 personnes qui sont victimes chaque année d'accidents vasculaires cérébraux nécessitent une prise en charge complexe hautement spécialisée dans des centres assurant des soins maximaux. Le fait de bénéficier initialement d'un traitement optimal accroît les chances de survie et peut réduire l'importance des handicaps permanents. L'interaction de spécialistes tels que neurologues, internistes, neurochirurgiens, radiologues, etc., permet de mettre immédiatement en œuvre les étapes nécessaires du traitement. La présence de personnel expérimenté et des importantes prestations de réserve sont également indispensables. Pour toutes ces raisons, il est logique de regrouper les patients victimes

⁷¹ Cf. CDS: Réévaluation, Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux, Rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée. Rapport final du 19 février 2015, p. i et 8-9, à l'adresse <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1114&L=1> et CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 18 et 27-28.

⁷² CDS: Réévaluation, Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux, 19 février 2015, p. 13.

d'accidents vasculaires cérébraux qui nécessitent un traitement hautement spécialisé dans un nombre limité de centres.

En 2009, la prise en charge complexe des accidents vasculaires cérébraux a été attribuée à huit hôpitaux, à charge pour ceux-ci de se faire certifier comme structure de soins de niveau «Stroke Center» et de se regrouper en réseaux de soins régionaux comprenant également des hôpitaux de niveau «Stroke Unit», le but étant de garantir une prise en charge optimisée et hiérarchisée. Le processus de certification a été confié aux associations professionnelles de neurologie, de neurochirurgie et de neuroradiologie. Cette organisation a permis de mettre en place des normes de qualité en matière de prise en charge, de définir des parcours de soins et de donner le coup d'envoi à la formation de réseaux de soins coordonnés au niveau régional. Elle a de plus permis de réaliser des économies considérables.

c) Blessés graves⁷³

Outre les coûts en cas de maladie, l'AOS couvre les coûts liés aux accidents des assurés qui ne sont pas couverts par une assurance-accidents (art. 1a, al. 2, let. b, et art. 8 à 10, LAMal). En 2013, 4'260'615 personnes étaient au bénéfice d'une couverture-accidents AOS.⁷⁴

L'organe de décision MHS a décidé que les blessés graves doivent être traités d'emblée dans un hôpital prodiguant des soins maximaux (centre de traumatologie). Du fait de son caractère imprévisible, la prise en charge de patients dont le pronostic vital est engagé exige énormément en termes d'organisation des urgences et de gestion des processus et nécessite un traitement interdisciplinaire spécialisé aussi rapide que possible. Par rapport à une prise en charge dans des centres non spécialisés, le traitement des blessés graves dans des centres de traumatologie permet de réduire les décès évitables et d'améliorer l'outcome fonctionnel.

Le processus MHS a mis en place un registre suisse de traumatologie, qui permettra à l'avenir de chiffrer le coût des soins.

3.1.3 Arrêts du Tribunal administratif fédéral (TAF)

Différents hôpitaux ont déposé un recours contre 17 des 39 attributions de prestations devant le TAF.⁷⁵ Dans ses arrêts, le TAF a annulé les décisions de l'organe de décision MHS pour des raisons de procédure et ordonné une procédure de planification en deux temps, la détermination d'un domaine à la MHS devant précéder l'attribution des mandats de prestations correspondants à des hôpitaux. Or l'organe de décision MHS avait procédé dans ses décisions à la fois à la détermination et à l'attribution des domaines de prestations, ce qui avait privé les acteurs concernés de leur droit d'être entendus. Selon la CDS, il faut compter environ une année et demi depuis le début de la consultation sur la procédure de rattachement à la MHS jusqu'à l'adoption de l'attribution des prestations.⁷⁶ Le TAF a de plus souligné dans ses arrêts que les critères de planification du Conseil fédéral devaient également être pris en compte dans le cadre de la planification MHS, ce qui implique en particulier d'effectuer une analyse des besoins et de choisir les hôpitaux en vertu du principe de l'économicité.⁷⁷

Les assureurs ne sont pas légitimés à recourir contre les décisions de planification des cantons.⁷⁸ Seuls les fournisseurs de prestations peuvent déposer des recours. L'abrogation par le

⁷³ Cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 18-19 et 28.

⁷⁴ OFSP: Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2013, tableau T. 11.16, à l'adresse <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/index.html?lang=fr>

⁷⁵ Cf. à ce sujet les arrêts du TAF C-6539/2011, C-4155/2011, C-4153/2011, C-4154/2011, C-6504/2011.

⁷⁶ Cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 25.

⁷⁷ Cf. ch. 2.3.1.

⁷⁸ Cf. arrêt du TAF du 8 septembre 2010 (C-623/2009).

TAF d'une décision d'attribution contestée de prestations MHS ne produit ses effets qu'envers les hôpitaux ayant intenté une action récursoire.⁷⁹ Il s'agit des hôpitaux qui ont mis en cause une décision de non-attribution de prestations dans un domaine partiel MHS. En cas d'abrogation d'une décision d'attribution dans un domaine partiel MHS, ces hôpitaux ont droit, jusqu'à la nouvelle décision de l'organe de décision MHS, de continuer à fournir des prestations dans le domaine concerné si une planification cantonale les y autorise. En revanche, une décision d'attribution MHS reste valable pour les hôpitaux qui ont reçu un mandat de prestation – ils sont autorisés à fournir des prestations dans le domaine partiel concerné – de même que pour les hôpitaux n'ayant pas contesté la validité de la décision de non-attribution; ces derniers ne peuvent pas fournir les prestations correspondantes. A noter que les décisions MHS non contestées acquièrent force de chose jugée. En résumé, selon le rapport de situation de la CDS du 27 avril 2015, seulement 441 des 9250 cas inclus dans la planification MHS sont concernés par les recours.⁸⁰

Tableau 11: Récapitulatif des nombres de cas concernés par les recours⁸¹

Domaine MHS	Nombre de cas concernés par les recours	Nombre total de cas traités	Pourcentage par rapport à l'ensemble des cas
Chirurgie viscérale (5 domaines partiels)	256	2910	8,8 %
Oncologie pédiatrique (4 domaines partiels)	53	395	13,4 %
Traitement complexe des AVC	12	550	2,2 %
Neurochirurgie (3 domaines partiels)	45	1210	3,7 %
Brûlures graves chez l'enfant	35	155	22,6 %
Néonatalogie*	40	820	4,9 %
Total	441	9250	4,7 %

*: estimation: 5 % de l'ensemble des cas

Source: Statistique médicale des hôpitaux, diverses années, exploitation interne.

⁷⁹ Cf. arrêt du TAF du 17 décembre 2013 (C-6994/2013), consid. 3.1.

⁸⁰ Cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 23.

⁸¹ CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 23.

3.1.4 Conséquences sur le domaine ambulatoire

En ce qui concerne l'autorisation d'exercer à la charge de l'OAS, la LAMal prévoit une planification et une liste uniquement pour le domaine stationnaire (art. 39, al. 1, let. d, LAMal). Les prestations ambulatoires peuvent être fournies par les fournisseurs de prestations qui satisfont aux conditions personnelles et techniques pour ce faire et remplissent les conditions d'autorisation correspondantes. Ces règles valent aussi bien pour les services hospitaliers ambulatoires que pour les autres fournisseurs de prestations ambulatoires. L'organe de décision MHS a observé qu'afin de pouvoir garantir une prise en charge optimale centrée sur les patients, une meilleure coordination de toute la chaîne de traitement est souhaitable dans de nombreux domaines MHS, en particulier entre les soins hospitaliers et ambulatoires, et que, dans l'idéal, le traitement ambulatoire doit être réalisé en étroite coopération avec un centre MHS.⁸²

Dans sa décision concernant l'attribution du mandat de prestations pour le traitement en milieu hospitalier des enfants et adolescents cancéreux, l'organe de décision MHS a précisé les éléments suivants:

«La rareté du diagnostic ainsi que la fréquente complexité du traitement des cancers de l'enfant justifient, au nom de l'assurance qualité, le renforcement de la coordination de la chaîne des soins et la mise en réseau systématique des institutions et des spécialistes concernés. Les neuf hôpitaux précités sont donc chargés d'élaborer, avec le concours du SPOG⁸³, un concept de prise en charge en 3 réseaux régionaux.»⁸⁴

L'organe de décision MHS a fondé les recommandations mentionnées ci-avant sur une vision globale de la chaîne de traitement, à savoir des soins tant hospitaliers qu'ambulatoires. Les propositions en matière de coordination et portant sur une mise en réseau systématique ont valeur de recommandation. Ces recommandations visent notamment à améliorer la coordination du traitement des cancers rares entre les centres de compétence oncologiques et non à centraliser l'ensemble de la chaîne de traitement ambulatoire et stationnaire.⁸⁵

3.1.5 Bilan

La CDS est consciente que, dans la perspective d'une concentration par étapes, on a dans un premier temps mis en route un processus de concentration très modéré.⁸⁶ Cette approche s'explique par le fait que les cantons s'aventuraient sur un terrain inconnu. Les organes MHS ont déployé des efforts importants et ont d'ores et déjà établi une liste cohérente d'hôpitaux MHS, qui porte sur 39 domaines partiels MHS et 9250 cas par an. La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux et celle des blessés graves constituent des exemples de l'organisation, de la coordination et de l'optimisation de la prise en charge qui sont réalisées dans le cadre de la planification MHS.

⁸² Cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 30.

⁸³ Groupe d'Oncologie Pédiatrique Suisse.

⁸⁴ Décision de l'organe de décision du 10 septembre 2013 sur le traitement en milieu hospitalier des enfants et adolescents cancéreux, Considérations, à l'adresse <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1021&L=1> (publiée dans la Feuille fédérale du 10 septembre 2013).

⁸⁵ Selon informations du Secrétariat de projet MHS.

⁸⁶ Cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 29.

3.2 Limitation dans le temps des décisions MHS

3.2.1 Création de lacunes dans la réglementation MHS⁸⁷

Toutes les décisions MHS ont une durée limitée et doivent être soumises à une réévaluation avant l'expiration du délai.⁸⁸ La plupart des délais étaient fixés pour fin 2014 ou fin 2015. En raison des exigences du TAF concernant la procédure de planification, qui doit s'effectuer en deux étapes, il n'était pas possible pour les organes MHS d'adopter les nouvelles attributions des prestations à temps. En raison de la lacune dans la réglementation qui en découle, les mandats de prestation cantonaux sont applicables, et ce, jusqu'au moment où les organes MHS procéderont à une nouvelle attribution et adopteront des nouveaux mandats de prestations MHS.

3.2.2 Décisions MHS et planification hospitalière cantonale⁸⁹

Dans la plupart des cantons, les prestations concernées ou les domaines de prestations qui les incluent ont été réglés sous réserve des décisions MHS. Là où tel n'était toutefois pas le cas, il s'agissait pour les hôpitaux concernés de passer des accords transitoires (provisoires) correspondants avec les directions de la santé. La représentation dans les catalogues de codage (CHOP et CIM)⁹⁰ est une condition indispensable pour l'intégration des décisions MHS dans le concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH).⁹¹ Vingt-quatre cantons appliquent le concept GPPH développé par le canton de Zurich et recommandé par la CDS. Le canton de Zurich met à la disposition des autres cantons le concept actualisé GPPH, y compris la répartition des prestations MHS pour les groupes de prestations respectifs.

Les organes MHS élaborent une première représentation dans le système de classification CHOP et CIM pour la répartition des prestations MHS qui ont été attribuées avant l'année 2013 et qui concernent les domaines MHS qui n'ont pas encore été intégrés dans le concept GPPH.

3.2.3 Mesures visant à combler les lacunes dans la réglementation de la MHS⁹²

Au cours des années 2014 et 2015, l'organe de décision MHS a attentivement examiné la question de savoir comment garantir la sécurité des soins malgré l'imminence de la lacune réglementaire dans la MHS. Dans la mesure où la plupart des cantons avaient déjà réglé les prestations concernées ou les domaines de prestations sous réserve des décisions MHS, il était possible de recourir, à titre subsidiaire, à la planification cantonale.

Lors de sa séance du 18 septembre 2014, l'organe de décision MHS a adopté le texte suivant, qu'il a recommandé d'intégrer dans les listes d'hospitalières cantonales :

"Les listes hospitalières cantonales figurent dans le domaine de la médecine hautement spécialisée sous réserve des décisions d'approbations divergentes et exécutoires prises par la CIMHS. Des exigences spécifiques en matière de qualité sont valables pour les mandats de prestations CIMHS. Les décisions CIMHS sont publiées sur le site web de la Conférence des directeurs de la santé (CDS): (...)."

Cela doit permettre de garantir l'application, à titre subsidiaire, des listes hospitalières cantonales ainsi que l'application des conditions spécifiques relatives à l'assurance de qualité en cas d'extinction d'une disposition par la liste des hôpitaux MHS. La CDS ne dispose d'aucune

⁸⁷ Selon les renseignements de la CDS.

⁸⁸ Cf. ch. 2.5.10.

⁸⁹ Selon les renseignements de la CDS.

⁹⁰ Cf. ch. 2.4.2.

⁹¹ Cf. Groupes de prestations pour la planification hospitalière Soins somatiques aigus, sous <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=624&L=1>

⁹² Selon les renseignements de la CDS.

indication laissant supposer que des hôpitaux fournissent à nouveau des prestations MHS qui n'étaient pas prévues dans les décisions d'attributions MHS échues. Pour les domaines partiels de résections œsophagiennes, pancréatiques et hépatiques, l'organe de décision MHS a pour l'instant décidé, en date du 19 novembre 2015, de ne pas lever les mandats de prestations provisoires, de manière à ce que l'autorisation demeure applicable jusqu'à l'adoption des nouveaux mandats de prestations mais au plus tard jusqu'au 31 décembre 2017.

3.2.4 **Monitoring de la fourniture des prestations**⁹³

Les attributions de prestations MHS s'accompagnent d'une limitation dans le temps et de conditions imposées aux prestataires, notamment en ce qui concerne l'assurance qualité, le fonctionnement en réseau et la participation à un registre. Le monitoring des conditions en matière d'assurance qualité s'effectue dans le cadre de la réévaluation périodique. Celle-ci sert à contrôler l'état de mise en œuvre des conditions imposées et à apprécier la prise en charge assurée par les divers fournisseurs de prestations MHS. Elle permet également de procéder à une nouvelle analyse de la situation en matière de soins; cette démarche est nécessaire car de nombreux domaines sont soumis à des mutations médico-technologiques ou peuvent être touchés par une éventuelle extension d'indication, toutes choses qui pourraient se répercuter sur les besoins. Les fournisseurs doivent aussi, pendant la lacune dans la réglementation MHS, remplir les exigences et conditions posées dans le cadre de la planification hospitalière MHS. A défaut, ils risquent de ne pas être admis sur la liste MHS pour la période suivante.

L'organe décisionnel MHS a décidé d'adopter, dans toute la Suisse, un concept de monitoring et d'exécution harmonisé, lequel règle les rôles et responsabilités des organes MHS et des cantons d'implantation au regard du devoir de surveillance.

Pour garantir que les prestations MHS sont fournies et sont remboursées exclusivement dans les centres désignés, dans le cadre de l'évolution de la procédure MHS, il est prévu de renforcer à l'avenir le monitoring de la fourniture des prestations.

3.2.5 **Bilan**

Les organes MHS sont particulièrement sollicités pour combler les lacunes dans la réglementation dues à l'expiration des délais des décisions d'attribution de prestations existantes. En outre, les organes MHS poursuivront le processus de concentration en intégrant les autres domaines de prestations destinés à être rattachés à la MHS et au travers de réévaluations; ils tiendront de plus compte des avancées techniques et médicales, qui au fil du temps amèneront de nouveaux domaines de prestations à rattacher à la MHS. Le Conseil fédéral continuera à suivre la planification MHS en relation avec les mesures de planification à venir; il évaluera régulièrement si les cantons effectuent leurs tâches à temps et s'il lui est nécessaire de faire usage de sa compétence subsidiaire. Le présent rapport sera par conséquent mis à jour régulièrement, pour la première fois dans trois ans. Le Conseil fédéral continuera de plus à suivre l'évolution et, si nécessaire – sans toutefois faire usage de sa compétence subsidiaire en matière de planification MHS –, pourra prendre des mesures visant à éviter que le processus de planification ne soit inutilement bloqué par des procédures de recours.

⁹³ Selon les renseignements de la CDS et le rapport de situation de la CDS du 27 avril 2015, p. 15 et 34.

3.3 Autres travaux

3.3.1 Futurs domaines MHS⁹⁴

Les associations professionnelles, les hôpitaux et d'autres acteurs concernés ont déposé des demandes d'inclusion de domaines de prestations dans la MHS. S'agissant des futurs domaines MHS, l'organe scientifique a effectué la première priorisation suivante :

Tableau 12: Liste des demandes déposées pour les futurs domaines MHS à envisager⁹⁵

Domaine	Remarque	Priorité
Domaine MHS de la chirurgie vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> – Demande déposée par la Société suisse de chirurgie vasculaire en 2011. – Décision de l'organe de décision du 18.9.2014: les interventions sur la carotide ne doivent pas être incluses dans le domaine du traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux, mais être réglementées dans le cadre de la chirurgie vasculaire. 	Haute
Domaine MHS de la cardiologie	<ul style="list-style-type: none"> – Demande déposée par la Société suisse de chirurgie cardiaque pour l'analyse des interventions complexes dans ce domaine, 2011. – Décision de l'organe de décision du 9.9.2013 d'étudier à l'avenir les transplantations cardiaques dans le cadre de l'examen global de l'insuffisance cardiaque terminale (comprehensive heart failure centres). 	Haute
Domaine MHS de la chirurgie thoracique	<ul style="list-style-type: none"> – Demande déposée par la Société suisse de chirurgie vasculaire en 2011. – Les interventions hautement spécialisées au sein de la chirurgie thoracique sont réalisées sur un trop grand nombre de sites, si bien que les exigences qualitatives requises (nombre minimal de cas notamment) ne peuvent pas être partout remplies. Qui plus est, le petit nombre de cas dans bien des hôpitaux compromet une formation postgraduée de bon aloi. 	Haute
Accidents vasculaires cérébraux chez l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> – Demande de la Société suisse de pédiatrie et de la FMH. 	Moyenne
Médecine hyperbare	<ul style="list-style-type: none"> – Demande du canton de Genève, 2014. – La situation particulière et l'importance clinique de ce domaine exigent une appréciation immédiate et spécifique. 	Moyenne
Tumeurs oculaires	<ul style="list-style-type: none"> – Demande de l'hôpital Jules-Gonin (CHUV), 2015. – L'examen de ce domaine est à l'étude conjointement avec celui du traitement des cancers rares. 	Basse
Interventions chirurgicales complexes en gynécologie	<ul style="list-style-type: none"> – Les interventions chirurgicales complexes en gynécologie présentent un risque élevé de complications et peuvent, si elles ne sont pas réalisées de manière appropriée, affecter considérablement la qualité de vie des patientes opérées. 	Basse

⁹⁴ Cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 33-34.

⁹⁵ Cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 33-34.

Domaine	Remarque	Priorité
	– L'examen de certains domaines partiels conjointement avec celui du traitement des cancers rares est à l'étude.	

3.3.2 Priorités de la planification 2016 et perspectives 2017⁹⁶

En raison de la limitation dans le temps des décisions d'attribution MHS, l'organe de décision MHS a d'ores et déjà prévu des réévaluations. Les prescriptions du TAF impliquent cependant aussi la réévaluation à l'aide d'une procédure en deux étapes et une planification plus poussée.⁹⁷

En raison des nombreuses réévaluations de domaines MHS existants, la marge de manœuvre sera, en 2016, plus restreinte en ce qui concerne les nouveaux domaines MHS ; tel est en particulier le cas pour les travaux de rattachement du nouveau domaine MHS dans le domaine de la médecine cardiaque congénitale, dont la procédure de rattachement devrait commencer durant le 3^{ème} trimestre 2016. Le calendrier 2016 est présenté en détail dans le tableau 13. Celui-ci se fonde sur l'hypothèse que les travaux des partenaires externes seront présentés sans retard significatif. Il montre que l'organe de décision MHS a déjà rendu quatre décisions de rattachement jusqu'à fin 2016, et que, contre deux d'entre elles, des recours ont été présentés (état au 14 mars 2016). Par conséquent, aucune autre mesure ne peut être prise dans ces domaines jusqu'au jugement du TAF. Ce dernier devra notamment répondre à la question de savoir si les décisions de rattachement sont contestables.

En 2017, la réévaluation des attributions de prestations déjà adoptés continuera d'occuper une place importante dans la fixation des priorités. Les travaux se focaliseront sur la procédure de candidature et d'attribution dans les domaines MHS, pour lesquels il existe une décision de rattachement entrée en force. En ce qui concerne la détermination future de domaines MHS et l'attribution des prestations qui suivra, l'organe scientifique MHS et le secrétariat de projet MHS devront traiter suffisamment tôt les nouveaux domaines sur le plan scientifique et technique. A cet égard, l'organe scientifique examinera, pendant l'année en cours, les définitions MHS de la chirurgie thoracique et vasculaire et des maladies cancéreuses chez les adultes. L'élaboration conceptuelle du domaine médical de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque pour le traitement d'insuffisance cardiaque terminale est également prévue.

⁹⁶ Selon les renseignements de la CDS.

⁹⁷ Cf. ch. 2.3.1 et 2.3.6.

Tableau 13: Calendrier des travaux 2016, état au 14 Mars 2016⁹⁸

	Domaine MHS	Prochaine étape	Départ
Le rattachement a eu lieu	Traitement d'attaques cérébrales complexes (limité jusqu'au 31.12.2014)	Consultation relative à l'attribution de prestations	En fonction du jugement du TAF
	Neurochirurgie et neuroradiologie complexes (5 domaines partiels) (limité jusqu'au 31.12.2014)	Procédure de candidature	En fonction du jugement du TAF
	Chirurgie viscérale hautement spécialisée (5 domaines partiels) (limité jusqu'au 31.12.2015/2017)	Procédure de candidature	Délai de recours pour la décision de rattachement court jusqu'au 9 mars 2016
	Traitement de blessés graves (limité jusqu'au 31.12.2014)	Procédure de candidature Consultation relative à l'attribution de prestations	1 ^{er} trimestre 2016 (a déjà commencé) 3 ^{ème} trimestre 2016
Lancement imminent de la consultation relative au rattachement	Pédiatrie et chirurgie pédiatrique (10 domaines partiels) (limité jusqu'au 31.12.2015)	Consultation relative au rattachement	2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestre 2016
	Oncologie pédiatrique (5 domaines partiels) (limité jusqu'au 31.12.2015/2016)	Consultation relative au rattachement	2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestre 2016
	Brûlures graves (limité jusqu'au 31.12.2016)	Consultation relative au rattachement	2 ^{ème} trimestre 2016
	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques (limité jusqu'au 31.12.2016)	Consultation relative au rattachement	2 ^{ème} trimestre 2016
	Transplantations d'organes (5 domaines partiels) (limité jusqu'au 31.12.2016/2019)	Consultation relative au rattachement	2 ^{ème} trimestre 2016
	Protonthérapie (limité jusqu'au 31.12.2016)	Consultation relative au rattachement	3 ^{ème} et 4 ^{ème} trimestre 2016
	Médecine cardiaque congénitale (nouveau domaine MHS)	Consultation relative au rattachement	2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestre 2016

⁹⁸ Selon les renseignements de la CDS.

3.3.3 Bilan

Les années 2015 et 2016 sont essentiellement consacrées à la consolidation de la planification MHS, avec les réévaluations et la mise en œuvre des dispositions du Tribunal administratif fédéral. Selon l'organe scientifique MHS, les 39 domaines de prestations réglementés à ce jour correspondent environ aux trois quarts des principaux domaines MHS.⁹⁹ L'organe scientifique MHS a déjà classé par degré de priorité les futurs domaines MHS. Il est dans la nature des choses que cette planification MHS entièrement nouvelle reste à compléter. La planification demande du temps et des ressources, et elle peut être affinée et corrigée notamment grâce à l'expérience acquise et à la mise en œuvre concrète des décisions d'attribution. On peut donc comprendre que la planification n'englobe pas à l'heure actuelle l'intégralité du domaine MHS. Les organes MHS procèdent par domaines partiels, ce qui témoigne de la qualité du processus de planification. L'important est qu'ils parviennent, dans le meilleur délai possible, à compléter la planification et établir une liste MHS permettant de fournir l'ensemble de l'offre dans le domaine MHS de manière économique et avec le niveau de qualité requis. Les prestations pour les maladies rares pourraient de plus figurer dans les nouveaux domaines de prestations HSM à définir. A ce sujet, il y a lieu d'observer en particulier la manière dont la concentration de l'infrastructure pour les maladies rares se développe et de prendre les mesures adéquates. Le Conseil fédéral a fixé comme un objectif déterminant dans son concept sur les maladies rares l'amélioration de la prise en charge, respectivement que le diagnostic soit posé à un stade précoce de la maladie et que la qualité des soins médicaux soit assurée au cours de l'évolution de la maladie.¹⁰⁰

3.4 Evaluation du processus de planification MHS actuel

3.4.1 Evaluation du processus MHS par les parties impliquées¹⁰¹

L'organe scientifique MHS et la CDS ont commandé une étude dans le but de faire un premier bilan intermédiaire de la planification MHS. Différents experts et des représentants des hôpitaux, des associations, des sociétés spécialisées et de la politique nationale ont été interrogés dans le cadre de cette étude menée par l'Observatoire suisse de la santé et *INTERFACE Politikstudien Forschung Beratung*.

Les représentants des hôpitaux ont porté un jugement plus critique que les autres groupes de personnes sur les attributions effectuées jusqu'alors. Pour les auteurs, ce résultat n'est pas étonnant dans la mesure où la planification MHS ne constitue un gain que pour peu d'hôpitaux et de médecins, et que pour beaucoup elle comporte des inconvénients. Par ailleurs, l'étude préconise d'associer plus tôt aux travaux les milieux médicaux, d'augmenter la transparence et d'améliorer la communication dans les processus de décision.

Pour que la MHS puisse être planifiée efficacement à l'avenir et que les décisions soient largement acceptées, les auteurs soulignent l'importance d'assurer une transparence élevée dans toutes les phases du processus, de justifier clairement les critères d'attribution et les décisions prises, et d'entretenir des contacts réguliers et constructifs avec toutes les parties prenantes dans le but d'augmenter la clarté des décisions et de procéder à un monitoring méthodique des attributions déjà décidées.

⁹⁹ Cf. CDS : Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 33.

¹⁰⁰ Cf. Concept maladies rares du 15 octobre 2014 et plan de mise en œuvre du 13 mai 2015, à l'adresse <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/13248/index.html?lang=fr>

¹⁰¹ Cf. Diebold, Monika; Schmid, Tina; Niederhauser, Andrea; Oetterli, Manuela; Balthasar, Andreas (Interface / Observatoire suisse de la santé): Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), Etat des lieux et analyse du potentiel, Résumé, 21 janvier 2014, p. 1, 4 et 11-14, à l'adresse <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=606&L=1>

3.4.2 Organe de décision MHS¹⁰²

Pour l'organe de décision MHS, la concentration des prestations qui a pu être initiée dans bon nombre de domaines MHS s'est traduite par une amélioration de la qualité des soins. En outre, les conditions en matière d'assurance qualité liées à la fourniture de prestations garantissent que les fournisseurs de prestations satisfont aux exigences requises en termes de spécialistes, d'infrastructure et de processus. L'introduction de registres dans de nombreux domaines a permis pour la première fois de documenter la qualité des résultats. La planification appropriée de la MHS est compliquée par des dynamiques telles que les réserves de fond en ce qui concerne le renforcement de la coordination de la chaîne de traitement ou le renforcement de la concentration des prestations du traitement initial. Les hôpitaux et les cantons périphériques en particulier craignent que les modèles de prise en charge hiérarchisée n'aboutisse à une détérioration des soins prodigués aux patients dans les établissements proches de leur domicile, qu'il puisse faire perdre la liberté de traitement et l'autonomie des hôpitaux et des spécialistes, ce qui entamerait leur réputation et s'accompagnerait d'une diminution de la qualité des soins, et aurait finalement des répercussions négatives sur l'attractivité de l'établissement et sur le recrutement du personnel nécessaire.

3.4.3 Bilan des cantons parties à la CIMHS¹⁰³

A l'occasion de l'Assemblée plénière du 21 novembre 2014, les cantons signataires de la CIMHS ont échangé sur la planification MHS, sur l'interprétation de la CIMHS ainsi que sur la poursuite de la planification.

Les cantons signataires de la CIMHS ont soutenu la planification mise en œuvre à ce jour par les organes MHS et ont salué la réglementation contraignante des 39 domaines de prestations MHS. Pour les cantons il est important que les dispositions du TAF soient mises en œuvre de façon systématique et que le droit procédural des cantons signataires de la CIMHS et la confiance dans le processus de planification soient encore renforcés. Les cantons entendent continuer à assumer le mandat que la loi leur confère et ne voient actuellement pas le besoin de transférer la responsabilité de la planification MHS à la Confédération.

3.4.4 Prise en charge de la population suisse¹⁰⁴

La planification MHS s'effectue par étapes (art. 7, CIMHS), et compte tenu des régions linguistiques et de la topographie du pays. S'agissant des traitements d'urgence, par exemple en cas de traitements de blessés graves ou d'accidents vasculaires cérébraux complexes, il est primordial d'assurer à tous les habitants un accès satisfaisant à une prise en charge adéquate.

L'application de nombres minimaux de cas par hôpital, comme le propose la littérature spécialisée, signifierait que certains traitements hautement spécialisés devraient être concentrés sur un seul centre ou sur un nombre limité de centres. Dans la perspective d'une concentration par étapes, on a dans un premier temps mis en route un processus de concentration très modéré en Suisse. Il s'agissait en particulier d'accroître la qualité de la prise en charge par une meilleure coordination de la chaîne de traitement, la création de synergies et le transfert systématique des patients vers des centres MHS. Souvent, pour assurer une prise en charge aussi proche que possible du domicile des patients, le traitement initial est concentré dans un centre MHS qui assume un rôle important de coordination, et des traitements individuels se déroulent à proximité du domicile des patients.

En comparaison internationale, la Suisse dispose d'un nombre relativement important de fournisseurs de prestations MHS. Par exemple, elle possède pour le traitement des enfants et des

¹⁰² Cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 31.

¹⁰³ Cf. CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 32.

¹⁰⁴ Cf. CDS: CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 29-30.

adolescents cancéreux un centre pour 0,9 million d'habitants, alors que l'Allemagne en compte un pour 1,6 million d'habitants, le Royaume-Uni un pour 3,4 millions d'habitants et les Pays-Bas, un centre pour 16,4 millions d'habitants.

Les décisions prises à ce jour garantissent l'accès aux prestations MHS et qu'il n'existe pas de sous-capacité dans quelque domaine que ce soit. Il existerait dans certains domaines plutôt une surcapacité par rapport à ce que l'on observe à l'étranger.

3.4.5 Bilan

La planification MHS et les objectifs en matière de concentration et de coordination des prestations apportent une dynamique importante dans la structure de l'offre du domaine MHS. Ils suscitent également des craintes, notamment en termes d'attractivité pour les hôpitaux qui se sont vu signifier une non-attribution de prestations MHS.¹⁰⁵ Ces réserves compliquent une planification ciblée de la MHS. Vu les circonstances, il est d'autant plus important d'impliquer au plus tôt les milieux spécialisés, d'améliorer la transparence et la communication dans les processus de décision afin de renforcer la confiance dans le processus de planification. Les cantons font montre de la volonté de continuer l'exécution du mandat législatif portant sur la planification MHS et les organes MHS poursuivront les travaux de manière intensive dans la perspective d'une concentration par étapes.

4 Bilan des mesures

Les organes MHS sont tenus de mettre en œuvre les mesures visant à corriger la méthode de planification pour les prochaines décisions d'attribution de même que de compléter la planification en rattachant de nouveaux domaines à la MHS et en procédant avec le temps aux différentes adaptations dans la perspective d'une planification en continu. Dans ses différents arrêts, le TAF a fourni les éléments essentiels aussi bien pour adapter le processus de planification que pour compléter la méthode de planification. L'étude «Etat des lieux et analyse du potentiel» réalisée en 2013 a également livré une série d'exigences. Les principales mesures peuvent être résumées comme suit:

- Processus de planification en deux temps, d'abord détermination des prestations puis attribution des prestations. De cette manière, le respect du droit d'être entendu des hôpitaux est assuré.¹⁰⁶
- Conformité avec les critères de planification du Conseil fédéral (art. 58a ss., OAMal), notamment conduite d'une analyse des besoins et d'un examen de l'économicité. Les critères de planification fixent les exigences en matière de planification hospitalière au sens de la LAMal.¹⁰⁷
- Réévaluation et adoption de nouvelles attributions pour les domaines de prestations MHS qui sont concernés par une lacune dans la réglementation MHS en raison de l'expiration du délai de validité des décisions MHS.¹⁰⁸
- Réévaluation d'attributions de prestations dans le sens d'un processus de planification en continu.¹⁰⁹

¹⁰⁵ Cf. CDS: CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 31.

¹⁰⁶ Cf. ch. 2.3.6.

¹⁰⁷ Cf. ch. 2.3.1.

¹⁰⁸ Cf. ch. 3.2.

¹⁰⁹ Cf. ch. 2.5.10 et 3.2.1.

- Intégration dans la planification MHS des autres domaines partiels restant à définir. L'organe scientifique MHS a effectué un classement des domaines de prestations à traiter en priorité.¹¹⁰
- Détermination de nouveaux domaines de prestations MHS du fait des avancées techniques et médicales.¹¹¹
- Monitoring méthodique pour la surveillance des conditions et pour garantir que les prestations MHS soient fournies exclusivement dans les centres désignés.¹¹²
- Renforcement de la communication dans les processus de décision par des contacts réguliers et constructifs avec toutes les parties prenantes dans le but d'augmenter la clarté des décisions.¹¹³
- Assurance de la mobilisation des ressources aux fins de compléter, affiner et corriger la planification MHS.¹¹⁴

5 Conclusion

Dans la CIMHS, les cantons ont convenu de l'organisation et des critères pour la détermination des domaines MHS. Les organes en charge de la mise en œuvre de la planification MHS ont pour mission tant de délimiter les domaines MHS qui doivent être planifiés pour l'ensemble de la Suisse que de mettre en œuvre la planification sur la base des instruments et critères nécessaires pour ce faire.

L'organe de décision MHS a pris des décisions d'attribution dans 39 domaines partiels. La planification MHS sera complétée avec les domaines partiels restant à définir. Elle prévoit en outre une réévaluation de décisions d'attribution édictées. A ce sujet, en raison des exigences du TAF concernant la procédure de planification, qui doit s'effectuer en deux étapes, les organes MHS n'ont pas pu adopter les nouvelles attributions des prestations à temps, avec comme conséquence l'application des mandats de prestation cantonaux pour les décisions d'attributions MHS dont les délais ont expiré. Dans la plupart des cantons les prestations concernées ou les domaines de prestations qui les incluent ont été réglés au niveau cantonal sous réserve des décisions MHS. La priorité de travail des organes MHS réside dans la réévaluation des domaines MHS, dont les attributions de prestations ont déjà expiré ou expireront fin 2016.

La planification est un processus continu, elle est amenée à être améliorée et affinée par l'expérience acquise. En ce sens, il importe dans le cadre du présent examen non seulement d'évaluer l'avancée de la mise en œuvre de la planification MHS et quelles décisions d'attribution ont été prises, mais aussi d'exposer les travaux que les organes MHS doivent encore effectuer.

L'examen de la planification doit notamment tenir compte du fait que les cantons, avec cette planification MHS commune pour l'ensemble de la Suisse, se sont aventurés sur un terrain inconnu. Le législateur a octroyé aux cantons la compétence de planification, ce qui est approprié eu égard à leur compétence concernant l'approvisionnement en soins, et notamment leur expérience en la matière. Les cantons ont montré qu'ils sont compétents pour établir la planification MHS au sens de la LAMal et qu'ils sont disposés à le faire. Les arrêts du TAF ont permis d'apporter des clarifications quant à l'organisation juridique des processus et d'appeler à une application systématique des critères de planification du Conseil fédéral; les organes MHS ont déjà orienté leurs travaux en ce sens, en particulier concernant l'analyse des besoins et l'examen de l'économicité. Dans ses arrêts, le TAF a notamment montré qu'il existe un

¹¹⁰ Cf. ch. 3.3.

¹¹¹ Cf. ch. 3.2.5.

¹¹² Cf. ch. 3.2.4.

¹¹³ Cf. ch. 3.4.1.

¹¹⁴ Cf. ch. 3.3.3.

potentiel d'amélioration de la planification MHS et que les organes MHS doivent veiller à mettre en place une planification minutieuse et systématique.

Les organes MHS doivent continuer de manière intensive le processus de concentration pour exécuter le mandat législatif, de façon à ce que les prestations ne soient pas proposées dans de trop nombreux centres, que la qualité n'en souffre pas et que l'efficacité puisse être optimisée. Ils sont invités à combler les lacunes réglementaires MHS ainsi qu'à compléter la liste MHS dans le meilleur délai possible puis à continuer de l'entretenir, de manière à garantir l'économicité et la qualité de l'offre MHS. Il leur faudra pour ce faire continuer à travailler avec le même engagement et à investir les ressources nécessaires.

Les prestations pour les maladies rares pourraient figurer dans domaines de prestations HSM à définir. A cet égard, il y a lieu d'observer la concentration de l'infrastructure et de prendre les mesures adéquates.

On peut conclure de l'examen de la planification MHS qu'un recours à la compétence subsidiaire du Conseil fédéral, telle que prévue à l'art. 39, al. 2^{bis}, n'est pas indiqué à l'heure actuelle. Périodiquement, le Conseil fédéral réexaminera la planification MHS et actualisera le présent rapport – pour la première fois dans trois ans –, et vérifiera s'il doit faire usage de sa compétence subsidiaire. De plus, en cas de besoin, il pourra prendre des mesures visant à éviter que le processus de planification ne soit inutilement bloqué sans pour autant faire usage de sa compétence subsidiaire en matière de planification. En particulier, il a la possibilité d'inscrire dans l'OPAS des conditions et ainsi de renforcer la qualité d'une ou de plusieurs prestations MHS.

Annexe 1: Interventions et réponses du Conseil fédéral

Parlement		Conseil fédéral	
Intervention	Question (extrait)	Réponse (extrait)	du
07.3200 Motion Kie- ner Nellen Margret 07.3237 – Motion Weyeneth Hermann <i>Registre national des prestations mé- dicales hautement spécialisées</i>	Le Conseil fédéral est chargé d'élaborer la base légale permettant de créer un registre national dans lequel seront enregistrées toutes les prestations MHS fournies dans un hôpital (ou institut) privé ou public, de même que des indications sur la qualité des résultats. Le registre inclura, sous une forme anonymisée, les données des patients nécessaires pour garantir l'assurance de la qualité.	<ul style="list-style-type: none"> • L'OFSP examine, en collaboration avec l'OFS, la possibilité de se servir des données de la Statistique médicale pour recenser et publier des données concernant la qualité dans le domaine hospitalier. • Dans deux ans, dans le cadre de la nouvelle loi sur la transplantation, des données de qualité seront recensées pour ce domaine MHS. • Dans le cadre de la révision en cours de la LAMal concernant le financement hospitalier, la base légale pour le recensement et la publication des données de qualité sera améliorée. • Le Conseil fédéral est d'avis que cette dernière ainsi que les bases légales déjà existantes sont suffisantes pour créer des registres de qualité nationaux destinés à compléter les données existantes. <p><i>Motion rejetée</i></p>	8.6.2007
07.3209 – Motion Humbel Ruth <i>Création d'un centre de traitement ambu- latoire à l'unité de protonthérapie de l'Institut Paul Scher- rer</i>	Le Conseil fédéral est chargé de créer les bases et d'engager les mesures nécessaires pour faire de l'unité de protonthérapie de l'Institut Paul Scherrer (IPS), à Villigen, l'unique centre de traitement ambulatoire pour toute la population suisse.	<ul style="list-style-type: none"> • La mise en place de l'infrastructure médicale et la gouvernance de l'approvisionnement en soins relève de la compétence des cantons. • En ce qui concerne la coordination de la MHS, la réforme de la péréquation et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons prévoit la possibilité d'obliger les cantons à coopérer dans un certain nombre de domaines, dont celui de la médecine de pointe et des cliniques spéciales (art. 48a Cst.). • Le Conseil fédéral n'a pas la compétence pour faire de l'IPS le centre unique de protonthérapie ambulatoire pour l'approvisionnement en soins de la population suisse. <p><i>Motion rejetée</i></p>	8.6.2007

Parlement		Conseil fédéral	
Intervention	Question (extrait)	Réponse (extrait)	du
09.3473 – Interpellation urgente groupe PDC/PEV/PVL <i>Assurance-maladie. Mesures immédiates de lutte contre l'augmentation des primes.</i> (Question 7)	7. Que pense le Conseil fédéral de l'évolution de la planification de la médecine de pointe dans les cantons? Y a-t-il besoin d'une planification au niveau fédéral?	<ul style="list-style-type: none"> • L'obligation pour les cantons de décider d'une planification de la MHS pour l'ensemble de la Suisse a été inscrite dans la LAMal dans le cadre de la révision du financement des hôpitaux entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, • Le 1^{er} janvier 2009, le Conseil fédéral a également édicté des critères uniformes de planification. • La CIMHS adoptée par la CDS le 14 mars 2008 a été ratifiée par tous les cantons et constitue le cadre d'une planification nationale. Il est encore trop tôt pour décider si une planification de la médecine de pointe au niveau fédéral est nécessaire. 	5.6.2009
09.3684 – Motion Vischer Daniel <i>Pilotage centralisé de la santé publique</i>	Les bases permettant à la Confédération de piloter la planification hospitalière doivent être créées. La Confédération doit également obtenir la compétence d'imposer des restrictions à la médecine high-tech.	<ul style="list-style-type: none"> • La Confédération n'est dotée que de compétence subsidiaire et indirecte en matière de planification (art. 39, al. 2^{bis} et 2^{ter} LAMal). • Par la publication de critères de planification, le Conseil fédéral procède à un certain pilotage, sans pour autant s'ériger en planificateur à la place des cantons, conformément à la réglementation des compétences susmentionnée. • Dans le domaine de la MHS, les cantons ont l'obligation d'établir une planification commune pour l'ensemble de la Suisse. La CDS a approuvé la CIMHS, qui a été ratifiée par tous les cantons. Cette convention constitue le cadre pour une planification au niveau national. • La nouvelle réglementation relative à la planification hospitalière ainsi que le pilotage uniforme qui en découle répondent donc à la requête présentée dans la motion. Le Conseil fédéral ne voit donc pas l'utilité de procéder à des travaux supplémentaires. <p><i>Motion rejetée</i></p>	26.8.2009

Parlement		Conseil fédéral	
Intervention	Question (extrait)	Réponse (extrait)	du
10.3313 – Interpellation Kiener Nellen Margret <i>La transparence et l'efficacité des coûts s'appliquent-elles aussi à l'unité de protonthérapie de l'Institut Paul Scherrer?</i> (Questions 1 et 5)	1. La plus grande attention possible doit-elle être accordée aux critères d'évaluation et de choix de l'offre visés à l'art. 58b, al. 4, OAMal?	<ul style="list-style-type: none"> • L'article 58b, al. 4, OAMal est applicable à la fois à l'organe de décision MHS et aux cantons. • Les décisions des organes MHS concerneront en premier lieu les listes des hôpitaux et, en deuxième lieu seulement, les prestations ambulatoires. 	4.6.2010
	5. Quelles exigences poser à l'organe de décision MHS en ce qui concerne la comparaison exhaustive des offres afin de garantir le respect de l'égalité de traitement?	<ul style="list-style-type: none"> • Les organes MHS accomplissent leur mission conformément à la CIMHS. 	
10.3843 – Interpellation Flückiger-Bäni Sylvia <i>Renforcer la position de la recherche suisse dans le domaine de la thérapie protonique</i>	1. Nombre de cas appelant un traitement par thérapie protonique: faut-il s'attendre à un nombre de cas supérieur à 2000 par an?	<ul style="list-style-type: none"> • La définition d'une prestation comme faisant partie de la MHS est du ressort de la CDS. • Les critères de la CDS pour définir la rareté ne comprennent pas de valeur seuil. En plus du critère obligatoire de la rareté, la prestation doit remplir deux des trois critères suivants: un haut potentiel d'innovation, un investissement humain ou technique élevé et des méthodes de traitement complexes. • D'autre part, les organes MHS doivent prendre en considération l'efficacité, l'utilité, la durée d'application technique et économique et les coûts de la prestation, l'importance du lien avec la recherche et l'enseignement ainsi que la compétitivité internationale. 	17.12.2010
	3. Le Conseil fédéral est-il prêt à autoriser la mise sur pied d'initiatives privées dans le domaine de la santé? Connaît-il le PTCS (Proton Therapy Center Switzerland AG)?	<ul style="list-style-type: none"> • Que les prestations soient fournies par le secteur public ou privé ne joue pas de rôle. • La planification des structures hospitalières est du domaine de compétence des cantons, y compris pour la MHS, bien qu'en effet la Confédération puisse intervenir si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps. 	

Parlement		Conseil fédéral	
Intervention	Question (extrait)	Réponse (extrait)	du
	4. Le Conseil fédéral ne pense-t-il pas aussi qu'il est impératif de développer les infrastructures cliniques - en partenariat avec l'IPS - si l'on veut renforcer la position de la recherche suisse?	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'est pas du ressort de la Confédération de décider de la nécessité de la construction d'un nouveau centre de thérapie protonique, ni du degré d'urgence de cette construction, cette tâche étant de la compétence des cantons. 	
11.3007 Motion Weibel Thomas <i>Protonthérapie à l'Institut Paul Scherrer</i>	Tant que d'autres indications de la protonthérapie ne sont pas déclarées obligatoirement prises en charge par l'assurance-maladie, le Conseil fédéral désigne l'Institut Paul Scherrer comme seul centre de protonthérapie, conformément à l'art. 58, al. 3, let. b, LAMal.	<ul style="list-style-type: none"> • Les thérapies à la charge de l'AOS peuvent être aujourd'hui réalisées à l'Institut Paul Scherrer sans délai. Il n'y a donc pas lieu pour le moment de désigner un autre centre. <p><i>Acceptation de la motion</i></p>	25.5.2011
11.1058 Question Bortoluzzi Toni <i>Discrimination dans le cadre de l'attribution de la MHS</i>	1. Les hôpitaux privés suisses n'ont de représentant ni dans l'organe scientifique MHS ni dans l'organe de décision MHS.	<ul style="list-style-type: none"> • Les cantons sont compétents pour établir la planification (art. 39 LAMal). Tous les membres de l'organe de décision disposant du droit de vote étant des conseillers d'Etat, la loi a été respectée. • L'organe scientifique, quant à lui, est un collège d'experts qui doit être composé de spécialistes indépendants issus du milieu académique et, surtout, libres de tout lien d'intérêt (ils ne représentent aucun intérêt particulier). • L'organisation de la planification intercantonale en matière de MHS est adéquate. 	31.8.2011
	2. Prise en considération adéquate des organismes privés. 3. Pas de mandats de prestations confiés à des fournisseurs de prestations privés.	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif premier est d'assurer la coordination et la concentration de manière à accomplir les tâches avec plus d'efficacité et d'efficacités au niveau intercantonal. • Le processus de planification doit reposer sur des critères d'évaluation objectifs comme la disponibilité des disciplines de soutien et du personnel hautement qualifié ainsi que la formation d'équipes efficaces. 	

Parlement		Conseil fédéral	
Intervention	Question (extrait)	Réponse (extrait)	du
	4. Une orientation anticipée est-elle donnée au domaine relevant de la Loi sur le contrat d'assurance (LCA)?	<ul style="list-style-type: none"> • L'AOS fournit ses prestations indépendamment du fait que le patient soit ou non au bénéfice d'une assurance supplémentaire selon la loi sur le contrat d'assurance. • Les mêmes critères d'admission doivent être appliqués à toutes les divisions hospitalières. 	
	5. Discrimination des fournisseurs de prestations privés (pas de consultation, compétence des cantons de déterminer l'étendue de la MHS).	<ul style="list-style-type: none"> • Les cantons sont chargés de la planification du domaine hospitalier stationnaire. • Les parties concernées par les décisions de planification ont la possibilité de déposer un recours (art. 53 LAMal). Le TAF annulerait une décision contraire à la loi. • Il est donc dans l'intérêt même des cantons de consulter les parties au cours du processus de planification. • Les dispositions légales actuelles garantissent que l'établissement de la planification MHS est organisé de manière à ne pas discriminer les fournisseurs de prestations privés. 	
12.3625 – Interpellation Joder Rudolf <i>Transplantations cardiaques. Pour une plus grande transparence des décisions de planification et de concentration.</i>	1. Décisions d'attribution des transplantations cardiaques: les considérations qui les ont motivées ne doivent-elles pas être exposées clairement et en toute transparence dans un rapport public et les propositions et recommandations de l'organe scientifique MHS rendues publiques?	<ul style="list-style-type: none"> • La planification MHS est une tâche qui relève de la compétence des cantons. • Les cantons sont tenus de respecter les critères de planification du Conseil fédéral définis aux art. 58a à 58e OAMal. • La séparation des deux niveaux de décision, scientifique (organe scientifique MHS) et politique (organe de décision MHS), vise en particulier à garantir la transparence des décisions et du processus de prise de décision dans le domaine de la MHS. • Des mesures suffisantes sont prises pour rendre les décisions compréhensibles. En raison de la réglementation des compétences rappelée 	29.8.2012

Parlement		Conseil fédéral	
Intervention	Question (extrait)	Réponse (extrait)	du
		dans la réponse du Conseil fédéral, celui-ci n'est pas en mesure d'ordonner la publication des rapports scientifiques.	
	2. Le principe de transparence ne s'applique-t-il pas en l'espèce?	<ul style="list-style-type: none"> L'organe scientifique MHS n'est pas une autorité au sens de l'art. 2, al. 1, de la loi sur la transparence (LTrans, RS 152.3) et ses recommandations ne constituent pas des actes normatifs ni des décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA, RS 172.021). La consultation de ces documents ne peut être exigée sur la base de la LTrans. 	
	3. Le Conseil fédéral est-il prêt à prendre les dispositions nécessaires pour que le rapport de l'organe scientifique MHS concernant l'attribution des transplantations cardiaques aux centres retenus soit publié?	<ul style="list-style-type: none"> Pour les raisons indiquées aux chiffres 1 et 2 et sur la base des prescriptions du droit fédéral, le Conseil fédéral n'est pas en mesure d'ordonner à l'organe scientifique MHS de publier ses rapports. 	
13.3098 Interpellation Feller Oliver <i>Où va la planification de la MHS?</i>	<p>Selon la proposition de l'organe scientifique MHS, les patients atteints de cancers dits rares devraient obligatoirement être traités dans les Comprehensive Cancer Centers (CCC).</p> <p>Sur la base de quelle disposition légale l'organe scientifique MHS a-t-il pu faire des propositions concernant la médecine ambulatoire?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Au mois de décembre 2012, l'organe scientifique MHS a organisé une audition relative au traitement d'adultes atteints de cancers dits rares. Dès lors, la question reste ouverte de savoir quelle sera la conclusion définitive concernant le traitement d'adultes atteints de cancers dits rares. Une intervention de la Confédération n'est prévue que si les cantons n'établissent pas à temps la planification MHS pour l'ensemble de la Suisse et pas dans le cadre d'une procédure en cours. Les parties concernées ont, pour leur part, la possibilité d'utiliser les voies de droit (art. 52 LAMal, Recours au TAF). 	22.5.2013

Parlement		Conseil fédéral	
Intervention	Question (extrait)	Réponse (extrait)	du
13.3609 Interpellation Rutz Gregor A. <i>Difficultés dans la planification en matière de MHS</i>	1. Sur la base de quels critères le Conseil fédéral détermine-t-il si les cantons ont effectué leurs tâches à temps?	<ul style="list-style-type: none"> • Les critères de planification établis par le Conseil fédéral (art. 58a à 58e OAMaI, RS 832.102) s'appliquent également à la MHS. • Un délai transitoire, courant jusqu'à fin 2014, est prévu pour adapter les planifications. • Les cantons ont décidé l'organisation et les objectifs de la planification de la MHS pour l'ensemble de la Suisse et les travaux des organes décisionnel et scientifique en charge du dossier sont en cours. 	21.8.2013
	2. De quelle manière s'assure-t-il de la conformité à la loi de la mise en œuvre?	<ul style="list-style-type: none"> • Parmi les objectifs définis dans la stratégie «Santé 2020» du Conseil fédéral: concentration de la MHS afin d'éliminer inefficacité et doublons dans les infrastructures et d'améliorer la qualité des soins. • Intervention de la Confédération si les cantons n'effectuent pas à temps la planification de la MHS. • Au terme du délai transitoire, fin 2014, le Conseil fédéral décidera s'il y a lieu d'utiliser sa compétence subsidiaire et, le cas échéant, de quelle façon. 	
	3. Si nécessaire, est-il en mesure d'assumer le rôle des cantons en la matière?	<ul style="list-style-type: none"> • En déterminant des critères de planification, le Conseil fédéral a établi un cadre pour les cantons. • Si le Conseil fédéral venait à utiliser sa compétence subsidiaire dans le cadre de la MHS, la Confédération s'appuierait sur les bases cantonales et sur le savoir des experts (organe scientifique de la MHS). 	
	4. Que pense-t-il des problèmes actuels liés à la mise en œuvre et des critiques des milieux spécialisés?	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre de la planification, les parties concernées ont la possibilité de donner leur avis sur les options d'attribution et sur la procédure. • Elles peuvent déposer des recours auprès du TAF contre des décisions rendues par l'organe de décision MHS, qui annulerait toute décision qui ne serait pas conforme à la loi. 	

Parlement		Conseil fédéral	
Intervention	Question (extrait)	Réponse (extrait)	du
13.4012 Postulat du Conseil national <i>Planification de la MHS. Etat des lieux.</i>	Le Conseil fédéral est invité à faire le bilan de la coordination de la MHS et à dresser un catalogue de mesures dans ce domaine. Son analyse devra notamment déterminer dans quelle mesure les dispositions légales sont appropriées, en particulier celles qui portent sur la qualité, l'économicité et les progrès médicaux.	<i>Acceptation du postulat</i>	13.12.2013
13.4272 Interpellation Humbel Ruth <i>Processus de répartition de la MHS. Eviter la paralysie.</i>	1. L'organe de décision MHS respecte-t-il la LAMal dans sa gestion de la MHS?	<ul style="list-style-type: none"> • Les cantons disposent de la compétence pour déterminer la procédure de la planification. • Critique du TAF dans son jugement C-6539/2011 (26 novembre 2013): <ul style="list-style-type: none"> - pas de distinction entre la détermination d'un domaine relevant de la MHS et son attribution à différents fournisseurs de prestations; violation du droit d'être entendu; - ni l'exposé des motifs de la décision ni le dossier de la cause ne laissent supposer que la procédure de planification tient compte des critères de planification du Conseil fédéral. • Il n'appartient pas au Conseil fédéral, en l'état, de juger la manière de procéder des cantons ni la décision du TAF. 	12.2.2014
	3. Trois classes d'acteurs au sein de la CDS: cantons universitaires, membres de l'organe de décision, non-membres de l'organe de décision.		

Parlement		Conseil fédéral	
Intervention	Question (extrait)	Réponse (extrait)	du
	<p>4. Quelles seraient les conséquences si, du fait de nombreux recours, les attributions étaient déclarées non valables?</p> <p>5. Ne serait-il pas utile que les responsables des organes MHS tirent les conséquences de manière à ce que l'attribution se fonde strictement sur la loi et sur des faits scientifiques au lieu d'être livrée à l'arbitraire de la politique cantonale et régionale?</p>	<p>les conséquences nécessaires pour le déroulement et la conception de la procédure.</p>	
	<p>6. Quelles mesures le Conseil fédéral prend-il en accord avec les cantons?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le Conseil fédéral a examiné l'état de la planification hospitalière (rapport «Bases de la planification hospitalière et pistes de développement» du 18 décembre 2013). • Les cantons ont jusqu'à fin 2014 pour adapter leur planification. • Il est prévu que le Conseil fédéral puisse intervenir dans le domaine MHS, mais uniquement dans le cas où les cantons n'effectueraient pas leurs tâches à temps (art. 39, al. 2^{bis}, LAMal). • En conséquence, ce n'est qu'après l'expiration du délai transitoire que le Conseil fédéral décidera sur la base des décisions de planification des cantons si, et sous quelle forme, il fera usage de sa compétence subsidiaire. 	
<p>14.3205 Interpellation Gutzwiller Felix</p> <p><i>Processus de répartition de la MHS. Les cantons ont-ils accompli leurs tâches?</i></p>	<p>1. Le Conseil fédéral convient-il que les cantons ont déjà accompli les tâches que leur assigne l'art. 39, al. 2^{bis}, LAMal?</p> <p>2. Dans la négative, quels domaines de spécialité les organes MHS devraient-ils encore répartir pour y satisfaire?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La planification de la MHS se fait par étapes, selon les domaines choisis. • Des recours contre plusieurs de ces décisions ont été déposés auprès du TAF (art. 53 LAMal). • Dans son arrêt C-6539/2011 (26 novembre 2013), le TAF a critiqué le fait qu'il n'existe pas de distinction entre la détermination d'un domaine relevant de la MHS et son attribution à certains fournisseurs de prestations et, de ce fait, la violation du droit d'être entendus des fournisseurs de 	14.5.2014

Parlement		Conseil fédéral	
Intervention	Question (extrait)	Réponse (extrait)	du
		<p>prestations. Il a considéré qu'une procédure en deux temps était nécessaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'organe de décision MHS doit réexaminer les décisions d'attribution annulées tout en poursuivant la planification pour les autres domaines de la MHS. • L'organe scientifique et l'organe de décision poursuivent leurs travaux de manière intensive. • Ce n'est qu'après l'échéance de fin 2014 que le Conseil fédéral décidera si et, le cas échéant, sous quelle forme il fera usage de sa compétence subsidiaire. 	
	3. Le Conseil fédéral envisage-t-il une planification par un institut fédéral chargé de surveiller la qualité des prestations médicales? Quel rôle assumera un tel institut?	<ul style="list-style-type: none"> • Tel qu'il est prévu, le centre pour la qualité dans l'AOS devra notamment renforcer et coordonner les activités concernant l'assurance qualité et la sécurité des patients, favorisant ainsi la mise en œuvre de la stratégie de la Confédération en matière de qualité. • Le centre ne devra pas s'occuper de la planification hospitalière. • Il devra jouer un rôle actif lors de l'élaboration, par la Confédération, des bases en vue de fixer des prescriptions en matière de qualité. Il pourra ainsi s'acquitter de certains travaux préparatoires pour les cantons. 	
14.3432 Interpellation Feller Oliver <i>Gouvernance de la HSM</i>	<p>1. Les critères mentionnés à l'art. 1 de la CIMHS (rareté, haut potentiel d'innovation, investissement humain ou technique élevé et méthodes de traitement complexes) sont-ils suffisamment précis pour déterminer les domaines qui relèvent de la MHS?</p> <p>2. Le critère visé à l'art. 4, al. 4, ch. 3, de la CIMHS (activités en matière de recherche et d'enseignement) n'a-t-il pas pour seul</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le délai prévu pour la planification de la MHS par les cantons arrive à échéance fin 2014. • Ce n'est qu'après l'expiration du délai transitoire que le Conseil fédéral décidera si et, le cas échéant, sous quelle forme il fera usage de sa compétence subsidiaire. • La planification MHS et les critères appliqués sont vérifiés par le TAF en cas de recours (art. 53 LAMal). 	27.8.2014

Parlement		Conseil fédéral	
Intervention	Question (extrait)	Réponse (extrait)	du
	but de favoriser les hôpitaux universitaires au détriment des établissements privés (discrimination)?		
	3. Est-ce que l'organe de décision consulte les milieux intéressés avant de rendre ses décisions? Si oui, selon quelles modalités?	<ul style="list-style-type: none"> Le TAF a demandé que soient séparées la définition d'un domaine relevant de la MHS et son attribution à certains fournisseurs de prestations afin de garantir le droit d'être entendu (cf. arrêt du 26 novembre 2013, C-6539/2011). 	
	4. L'organe scientifique se compose exclusivement de professeurs. Dans un souci de diversité, ne serait-il pas judicieux d'y intégrer également quelques représentants de sociétés médicales? 5. Qui exerce la haute surveillance sur l'organe de décision et l'organe scientifique? L'Assemblée fédérale? Les parlements cantonaux?	<ul style="list-style-type: none"> Les cantons sont compétents pour décider des règles à adopter pour la planification de la MHS et des organes préposés à son exécution, y compris la composition de ces derniers. En cas de recours, le TAF apprécie les griefs soulevés et garantit ainsi que la planification est conforme à la loi. 	
14.4043 Interpellation Feller Oliver <i>Surveillance parlementaire sur la MHS</i>	1. Qui exerce la haute surveillance parlementaire sur l'organe de décision? Le Parlement fédéral ou les parlements cantonaux? 2. Le Conseil fédéral ne devrait-il pas utiliser sa compétence subsidiaire pour clarifier la question de la haute surveillance parlementaire?	<ul style="list-style-type: none"> Dans la mesure où la planification est du ressort des cantons, la haute surveillance sur l'organe de décision incombe aux autorités cantonales ad hoc. Cela étant, le Conseil fédéral devant veiller à la mise en œuvre de la législation fédérale, l'Assemblée fédérale doit exercer une surveillance indirecte sur l'exécution du droit fédéral dans le domaine de la MHS, tâche qui a été déléguée par les cantons à l'organe de décision de la CIMHS. Dans l'éventualité où les cantons n'accompliraient pas leur tâche à temps, le Conseil fédéral est habilité à déterminer de manière subsidiaire quels hôpitaux figurent pour quelles prestations sur les listes cantonales. 	25.2.2015

Parlement		Conseil fédéral	
Intervention	Question (extrait)	Réponse (extrait)	du
		<ul style="list-style-type: none"> • Cette compétence subsidiaire, telle qu'elle est formulée à l'art. 39, al. 2^{bis}, LAMal, n'induit toutefois pas le transfert au Parlement de la haute surveillance sur l'organe de décision MHS, le Conseil fédéral n'étant pas habilité à agir par l'organe de décision, mais en lieu et place de ce dernier. • Un rapport sera élaboré concernant l'avancement de la planification MHS et l'éventuelle nécessité pour le Conseil fédéral d'intervenir. 	

Annexe 2: Rattachement à la MHS du traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux¹¹⁵

Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Classification SPLG 2015.0.X (pour l'année 2015) du 14 octobre 2014

La répartition des prestations médicales dans les groupes de prestations est effectuée à l'aide du catalogue suisse des interventions chirurgicales (**CHOP 2014**) et de la classification internationale des maladies (**CIM-10 GM 2012**).

Remarques

Dans le présent tableau, seuls sont mentionnés les codes CHOP et CIM, y compris les titres surlignés en gris, attribués aux groupes de prestations.

Certaines prestations ne sont attribuées à un groupe de prestations que de façon combinée, c'est-à-dire uniquement en cas de codage de deux codes spécifiques. Il s'agit la plupart du temps de combinaisons de codes CHOP et CIM. Les combinaisons sont indiquées dans la colonne IndOP. On a mentionné le type de combinaison nécessaire: avec un code CHOP (AND_CHOP) ou bien avec un code CIM (AND_ICD).

CHOP

Comprend les codes figurant dans la version 2015 de la classification CHOP.

Les codes CHOP surlignés en gris sont des titres qui ne sont pas codables avec la version CHOP 2014.

CIM

Comprend les codes de la classification CIM-10-GM 2012.

Bases

La définition de ce domaine MHS s'appuie sur les documents suivants:

Décision concernant le rattachement du traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux à la médecine hautement spécialisée (MHS), publiée dans la feuille fédérale du 10 mars 2015.

Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux, Rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée. Rapport final du 19 février 2015.

¹¹⁵ CDS: Décision concernant le rattachement du traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux à la MHS, publiée dans la feuille fédérale du 10 mars 2015, CHOP/ICD-Set, traduction des tableaux à l'adresse <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1114&L=1>, Présentation des tableaux adaptée par l'OFSP.

Attribution à NEU3.1 Troubles cérébrovasculaires (Stroke Center) (CIMHS)**Définition du traitement MHS des accidents vasculaires cérébraux**

Condition 1: AVC aigu

Z99.BA.11/12 Traitement neurologique complexe des AVC aigus dans un Stroke Center (SC)

et

Condition 2: traitement complexe selon la CIMHS

Affectation à *ANG4 Interventions sur les vaisseaux intracrâniens* ou à *GEF4 Interventions sur les vaisseaux intracrâniens* (tableaux ANG4 et GEF4)

ou

Interventions neurochirurgicales spécifiques (sous-ensemble de *NCH1 Neurochirurgie crânienne* = voir codes dans le tableau NCH1)

Remarques sur la définition MHS

Avec la sélection susmentionnée, seuls les AVC aigus sont sélectionnés par le code *Z99.BA.11/12 Traitement neurologique complexe de l'accident vasculaire cérébral en Stroke Center (SC)*.

NEU3.1 Troubles cérébrovasculaires (Stroke Center) V2015.0.8

Catégorie	Code	Désignation	IndOP
CHOP	C16	Mesures diagnostiques et thérapeutiques diverses (87–99)	
CHOP	Z99	Autres techniques non chirurgicales	
CHOP	Z99.B	Traitement spécifique et/ou complexe	
CHOP	Z99.B8	Traitement complexe dans une Intermediate-Care Unit (IMCU)	
CHOP	Z99.BA.1	Traitement neurologique complexe d'un AVC aigu dans un Stroke Center (SC)	
CHOP	Z99.BA.11	Traitement neurologique complexe d'un AVC aigu dans un Stroke Center (SC), d'une durée comprise entre 24 heures au moins et 72 heures au plus	
CHOP	Z99.BA.12	Traitement neurologique complexe d'un AVC aigu dans un Stroke Center (SC), plus de 72 heures	

et

Attribution à *ANG4 Interventions sur les vaisseaux intracrâniens* ou à *GEF4 Interventions sur les vaisseaux intracrâniens* (tableaux ANG4 et GEF4)

ou

Interventions neurochirurgicales spécifiques (sous-ensemble de *NCH1 Neurochirurgie crânienne*)

ANG4 Interventions sur les vaisseaux intracrâniens V2015.0.8 <i>(extrait)</i>			
Catalogue	Code	Désignation	IndOP
...
CHOP	Z39.79.89	Fermeture d'artère par cathéter à radiofréquence, autres vaisseaux, autre	AND_ICD
CHOP	C16	Techniques diagnostiques et thérapeutiques diverses (87–99)	
CHOP	Z88	Autre radiologie diagnostique et techniques apparentées	
CHOP	Z88.6	Phlébographie	
CHOP	Z88.61	Phlébographie des veines de la tête et du cou (avec matériel de contraste)	
CHOP	Z88.61.0	Détail de la sous-catégorie 88.61	
ICD	I60	Hémorragie sous-arachnoïdienne	
ICD	I60.0	Hémorragie sous-arachnoïdienne de la bifurcation et du siphon carotidien	AND_CHOP
ICD	I60.1	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère cérébrale moyenne	AND_CHOP
...

GEF4 Interventions sur les vaisseaux intra-crâniens V2015.0.8 <i>(extrait)</i>			
Catalogue	Code	Désignation	IndOP
...
CHOP	C7	Opérations du système cardiovasculaire (35–39)	
CHOP	Z38	Incision, excision et occlusion de vaisseaux	
CHOP	Z38.0	Incision de vaisseau	
CHOP	Z38.01	Incision de vaisseaux intracrâniens	
...

NCH1 Neurochirurgie crânienne (sous-ensemble) V2015.0.8 <i>(extrait)</i>			
Catalogue	Code	Désignation	IndOP
CHOP	C1	Opérations du système nerveux (01–05)	
CHOP	Z01	Incisions et excisions du crâne, du cerveau et des méninges cérébrales	
CHOP	Z01.1	Techniques diagnostiques concernant le crâne, le cerveau et les méninges	
CHOP	Z01.10	Monitoring de la pression intracrânienne	
...

Annexe 3: Liste des décisions relatives à la MHS (état: avril 2015)¹¹⁶

Décision	Date	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
Neurochirurgie Traitement chirurgical de l'épilepsie réfractaire chez l'adulte	21.6.2011	FF 2011 4317	- Universitätsspital Basel - Universitätsspital Zürich - Hôpitaux Universitaires de Genève	31.12.2014
Neurochirurgie Chirurgie stéréotaxique des mouvements anormaux / involontaires et stimulation cérébrale profonde (deep brain stimulation) chez l'adulte	21.6.2011	FF 2011 4322	- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne - Inselspital Bern - Kantonsspital St. Gallen - Universitätsspital Zürich	31.12.2014
Neurochirurgie Pathologies vasculaires du système nerveux central (SNC) autres que les anomalies vasculaires complexes	21.6.2011	FF 2011 4327	- Universitätsspital Zürich - Universitätsspital Basel - Inselspital Bern - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Hôpitaux Universitaires de Genève - Kantonsspital Aarau - Kantonsspital St. Gallen - Ente Ospedaliero Cantonale, site de l'Ospedale Regionale di Lugano - Hirslanden Klinik Zürich*	31.12.2014

¹¹⁶ CDS: Rapport de situation du 27 avril 2015, p. 43-60.

Décision	Date	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
Neurochirurgie Traitement neurochirurgical des anomalies vasculaires complexes du système nerveux central (SNC)	21.6.2011	FF 2011 4333	<ul style="list-style-type: none"> - Universitätsspital Zürich - Inselspital Bern - Hôpitaux Universitaires de Genève - Hirslanden Klinik Zürich* 	31.12.2014
Neurochirurgie Tumeurs rares de la moelle épinière	21.6.2011	FF 2011 4338	<ul style="list-style-type: none"> - Universitätsspital Zürich - Kantonsspital St. Gallen - Universitätsspital Basel - Inselspital Bern - Kantonsspital Luzern - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne - Hôpitaux Universitaires de Genève - Hirslanden Klinik Zürich* 	31.12.2014
Traitement hautement spécialisé des accidents vasculaires cérébraux	21.6.2011	FF 2011 4343	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpitaux Universitaires de Genève - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Inselspital Bern - Universitätsspital Basel - Universitätsspital Zürich - Kantonsspital St. Gallen - Kantonsspital Aarau - Ente Ospedaliero Cantonale, site de l'Ospedale Regionale di Lugano - Hirslanden Klinik Zürich* 	31.12.2014

Décision	Date	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
Traitement des blessés graves	21.6.2011	FF 2011 4350	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpitaux Universitaires de Genève - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Inselspital Bern - Universitätsspital Basel - Universitätsspital Zürich - Kantonsspital St.Gallen - Luzerner Kantonsspital - Kantonsspital Aarau - Kantonsspital Graubünden* - Kantonsspital Winterthur - Ente Ospedaliero Cantonale, site de l'Ospedale Regionale di Lugano - Gesundheitsnetz Wallis, site de Sion 	31.12.2014
Examens spéciaux pour les immunodéficiences primitives (génétiques) chez l'enfant	1.11.2011	FF 2011 7432	<ul style="list-style-type: none"> - Kinderspital Zürich 	31.12.2015
Traitement des brûlures graves chez l'enfant	1.11.2011	FF 2011 7435	<ul style="list-style-type: none"> - Centre universitaire romand des brûlés (CURB) sis dans le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) à Lausanne - Centre pour brûlés du Kinderspital Zürich - Kantonsspital Aarau* - Inselspital Bern* - Universitäts-Kinderspital beider Basel* - Luzerner Kantonsspital* - Ente Ospedaliero Cantonale* 	31.12.2015

Décision	Date	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
Chirurgie trachéale complexe élective chez l'enfant	1.11.2011	FF 2011 7441	- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne	31.12.2015
Chirurgie complexe élective du foie et des voies biliaires chez l'enfant	1.11.2011	FF 2011 7444	- Hôpitaux Universitaires de Genève	31.12.2015
Transplantations d'organes (poumons, foie, reins) chez l'enfant <i>Les transplantations combinées de plusieurs organes (cœur-poumon, foie-rein notamment) ne font pas partie de cette décision d'attribution.</i>	1.11.2011	FF 2011 7447	<i>Transplantations pulmonaires:</i> - Universitätsspital Zürich <i>Transplantations hépatiques</i> - Hôpitaux Universitaires de Genève <i>Transplantations rénales</i> - Universitätsspital Zürich (USZ) (conjointement avec le Kinderspital Zürich) - Inselspital Bern - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois <i>Donneurs vivants de reins chez les enfants plus âgés: la transplantation peut avoir lieu à l'hôpital universitaire de Bâle sous réserve de l'accord de l'Inselspital de Berne.</i>	31.12.2015
Traitement du rétinoblastome chez l'enfant	1.11.2011	FF 2011 7452	- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV (Hôpital ophtalmique Jules-Gonin)	31.12.2015
Soins intensifs pour les nouveau-nés	1.11.2011	FF 2011 7456	- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Inselspital Bern - Universitäts-Kinderspital beider Basel - Universitätsspital Zürich (USZ) (conjointement avec	31.12.2015

Décision	Date	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			le Kinderspital Zürich) - Ostschweizer Kinderspital St. Gallen (conjointement avec le Kantonsspital St. Gallen) - Luzerner Kantonsspital (LUKS) - Kantonsspital Aarau (KSA) - Kantonsspital Graubünden (KSGR) - Kantonsspital Winterthur*	
Traitement des mono et polytraumatismes graves, y compris les traumatismes crano-cérébraux, chez l'enfant	20.12.2011	FF 2011 8508	- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Inselspital Bern - Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) - Kinderspital Zürich - Ostschweizer Kinderspital (conjointement avec le Kantonsspital St. Gallen) - Luzerner Kantonsspital (LUKS) - Kantonsspital Graubünden (KSGR) avec restrictions	31.12.2015
Diagnostic et prise en charge des troubles métaboliques congénitaux spéciaux du métabolisme chez l'enfant	20.12.2011	FF 2011 8514	- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Inselspital Bern - Kinderspital Zürich	31.12.2015
Bilan préopératoire spécifique pour le traitement neurochirurgical de l'épilepsie chez l'enfant	20.12.2011	FF 2011 8517	- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Schweizerisches Epilepsiezentrum (conjointement avec le Kinderspital Zürich)	31.12.2015
Oncologie pédiatrique Traitement des enfants et adolescents cancéreux	10.9.2013	FF 2013 6051	- Kantonsspital Aarau (service de pédiatrie) - Inselspital Bern (Kinderspital)	31.12.2015

Décision	Date	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
en milieu hospitalier			<ul style="list-style-type: none"> - Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) - Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) (Hôpital des Enfants) - Luzerner Kantonsspital (service de pédiatrie) - Ostschweizer Kinderspital - Ospedale Regionale di Bellinzona (service de pédiatrie) - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV (Hôpital des Enfants) - Kinderspital Zürich - Kantonsspital Graubünden* 	
Oncologie pédiatrique Application des transplantations de cellules souches hématopoïétiques (autologues et allogéniques)	10.9.2013	FF 2013 6059	<i>Transplantations de cellules souches autologues:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Inselspital Bern - Kinderspital Zürich <i>Transplantations de cellules souches allogéniques:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) - Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Kinderspital Zürich 	31.12.2016
Oncologie pédiatrique Traitement des neuroblastomes	10.9.2013	FF 2013 6062	<ul style="list-style-type: none"> - Inselspital Bern (Kinderspital) - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants) - Kinderspital Zürich - Luzerner Kantonsspital* - Ostschweizer Kinderspital* 	31.12.2015

Décision	Date	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
Oncologie pédiatrique Traitement des sarcomes des tissus mous et des tumeurs osseuses malignes	10.9.2013	FF 2013 6065	<p><i>Membres (jambes, bras):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) - Hôpital universitaire de Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants) - Kinderspital Zürich (en collaboration avec l'Universitätsklinik Balgrist) <p><i>Tronc (bassin, abdomen et thorax):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inselspital Bern (Kinderspital) - Hôpital universitaire de Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants) - Kinderspital Zürich (en collaboration avec l'Universitätsklinik Balgrist) - Luzerner Kantonsspital* - Ostschweizer Kinderspital* 	31.12.2015
Oncologie pédiatrique Traitement des tumeurs du système nerveux central	10.9.2013	FF 2013 6068	<ul style="list-style-type: none"> - Inselspital Bern (Kinderspital) - Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) - HUG Genève (Hôpital des Enfants) - Hôpital universitaire de Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants) - Kinderspital Zürich - Luzerner Kantonsspital* - Ostschweizer Kinderspital* 	31.12.2015

Décision	Date	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
Chirurgie viscérale hautement spécialisée Résection œsophagienne	10.9.2013	FF 2013 6071	<p><i>Mandat de prestations définitif (4 ans)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - BE: Inselspital Bern/Spitalnetz Bern (site de l'Inselspital) - BS: St. Claraspital Basel - FR: Hôpital fribourgeois (site de Fribourg) - GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - SG: Kantonsspital St. Gallen (site de St.-Gall) - VD: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - ZH: Universitätsspital Zürich, Kantonsspital Winterthur <p><i>Mandat de prestations provisoire (2 ans)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - AG: Kantonsspital Baden - BE: Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG) - BL: Kantonsspital Baselland (site de Liestal) - BS: Universitätsspital Basel - LU: Luzerner Kantonsspital (site de Lucerne) - VS: Hôpital du Valais (RSV) (site de l'hôpital de Sion) - ZH: Stadtspital Triemli, Klinik Hirslanden Zürich AG - AG: Kantonsspital Aarau* - BE: Privatklinik Linde* - BE: Lindenhof AG* - GE: La Tour Réseau de Soins SA* - GL : Kantonsspital Glarus* - GR : Kantonsspital Graubünden* 	<p><u>Définitif:</u> 31.12.2017</p> <p><u>Provisoire:</u> 31.12.2015</p>

Décision	Date	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			<ul style="list-style-type: none"> - LU: Klinik St. Anna* - TG: Spital Thurgau* - VD: Hirslanden Lausanne SA* - VD: Clinique de la Source* - ZG: Zuger Kantonsspital* 	
Chirurgie viscérale hautement spécialisée Résection hépatique	10.9.2013	FF 2013 6080	<p><i>Mandat de prestations définitif (4 ans)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - BE: Inselspital Bern/Spitalnetz Bern (site de l'Inselspital) - BL: Kantonsspital Baselland (site de Liestal) - BS: Universitätsspital Basel - GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - SG: Kantonsspital St. Gallen - VD: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - ZH: Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli <p><i>Mandat de prestations provisoire (2 ans)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - AG: Kantonsspital Baden, Kantonsspital Aarau - BE: Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG) - BS: St. Claraspital Basel - GR: Kantonsspital Graubünden (site de Coire) - LU: Luzerner Kantonsspital (site de Lucerne) - TG: Spital Thurgau AG (site du Kantonsspital Münstertlingen) 	<p><u>Définitif:</u> 31.12.2017</p> <p><u>Provisoire:</u> 31.12.2015</p>

Décision	Date	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			<ul style="list-style-type: none"> - TI: Ente Ospedaliero Cantonale (site de l'Ospedale Regionale di Lugano) - VS: Hôpital du Valais (RSV) (site de l'hôpital de Sion) - ZH: Kantonsspital Winterthur, Klinik Hirslanden Zürich AG - AG: Hirslanden Klinik Aarau* - BE: Privatklinik Linde* - GE: Clinique La Colline* - GE: La Tour Réseau de Soins SA* - GL : Kantonsspital Glarus* - GR : Kantonsspital Graubünden* - LU: Klinik St. Anna* - SZ: Krankenhausgesellschaft Schwyz* - TG: Spital Thurgau* - VD: Hirslanden Lausanne SA* - VD: Clinique de la Source* - ZG: Zuger Kantonsspital* - ZH: Klinik Im Park AG* 	
Chirurgie viscérale hautement spécialisée Résection pancréatique	10.9.2013	FF 2013 6088	<i>Mandat de prestations définitif (4 ans)</i> <ul style="list-style-type: none"> - BE: Inselspital Bern/Spitalnetz Bern (site de l'Inselspital) - BS: St. Claraspital Basel - GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - LU: Luzerner Kantonsspital (site de Lucerne) 	<u>Définitif:</u> 31.12.2017 <u>Provisoire:</u> 31.12.2015

Décision	Date	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			<ul style="list-style-type: none"> - SG: Kantonsspital St. Gallen (site de St.-Gall) - TG: Spital Thurgau AG (site du Kantonsspital Münstertlingen) - VD: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - ZH: Universitätsspital Zürich, Kantonsspital Winterthur, Stadtspital Triemli <p>Mandat de prestations provisoire (2 ans)</p> <ul style="list-style-type: none"> - AG: Kantonsspital Baden, Kantonsspital Aarau - BE: Spitalzentrum Biel-Bienne, Spitalnetz Bern/Inselspital (site du Tiefenauspital), Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), Lindenhofspital - BL: Kantonsspital Baselland (site de Liestal) - BS: Universitätsspital Basel - GR: Kantonsspital Graubünden (site de Coire) - SO: Solothurner Spitäler AG (site du Bürgerspital Solothurn) - TI: Ente Ospedaliero Cantonale (site de l'Ospedale Regionale di Lugano) - VS: Hôpital du Valais (RSV) (site de l'hôpital de Sion) - ZH: Klinik Hirslanden Zürich AG - AG: Hirslanden Klinik Aarau* - BE: Privatklinik Linde* - FR: Hôpital Fribourgeois* 	

Décision	Date	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			<ul style="list-style-type: none"> - GE: Clinique Générale-Beaulieu* - GE: Clinique La Colline* - GE: La Tour Réseau de Soins SA* - GL : Kantonsspital Glarus* - GR : Kantonsspital Graubünden* - LU: Klinik St. Anna* - SZ: Krankenhausgesellschaft Schwyz* - TG: Spital Thurgau* - UR: Kantonsspital Uri* - VD: Hirslanden Lausanne SA* - VD: Clinique de la Source* - ZG: Zuger Kantonsspital* - ZH: Klinik Im Park AG* 	
Chirurgie viscérale hautement spécialisée Résection rectale profonde	10.9.2013	FF 2013 6097	Mandat de prestations provisoire (2 ans) <ul style="list-style-type: none"> - AG: Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden - BE: Inselspital/Spitalnetz Bern (site de l'Inselspital), Spitalnetz Bern/Inselspital (site du Tiefenauspital), Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), Spitalregion Oberaargau SRO (site du Spital Langenthal), Spital STS AG (site du Spital Thun) - BL: Kantonsspital Baselland (site de Liestal) - BS: Universitätsspital Basel, St. Claraspital Basel - FR: Hôpital fribourgeois (site de Fribourg) 	31.12.2015

Décision	Date	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			<ul style="list-style-type: none"> - GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - GR: Kantonsspital Graubünden (site de Coire) - LU: Luzerner Kantonsspital (sites de Lucerne/Sursee), Hirslanden Klinik St. Anna AG - NE: Hôpital Neuchâtelois (site de Neuchâtel) - SG: Kantonsspital St. Gallen (site de St.-Gall) - SH: Spitäler Schaffhausen (site de Schaffhausen) - SO: Solothurner Spitäler AG (sites du Bürgerspital Solothurn / Kantonsspital Olten) - TG: Spital Thurgau AG (site du Kantonsspital Münstertlingen) - TI: Ente Ospedaliero Cantonale (site de l'Ospedale Regionale di Lugano) - VD: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (site d'Yverdon-les-Bains), Ensemble Hospitalier de La Côte (site de Morges), Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique (site de l'hôpital de Nyon) - VS: Hôpital du Valais (RSV) (site de l'hôpital de Sion) - ZG: Zuger Kantonsspital Baar - ZH: Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli, Stadtspital Waid, Klinik Hirslanden Zürich AG, Kantonsspital Winterthur, 	

Décision	Date	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			Spital Limmattal, Spital Uster, - AG: Hirslanden Klinik Aarau* - BE: Privatklinik Linde* - BE: Regionalspital Emmental* - BE: Spitalzentrum Biel* - FR: Hôpital Daler* - GE: Clinique Générale-Beaulieu* - GE: La Tour Réseau de Soins SA* - GL : Kantonsspital Glarus* - GR : Kantonsspital Graubünden* - SZ: Klinik Stephanshorn (Hirslanden)* - SZ: Krankenhausgesellschaft Schwyz* - TG: Spital Thurgau* - TI: Clinica Luganese SA* - UR: Kantonsspital Uri* - VD: Hirslanden Lausanne SA* - VD: Clinique de la Source* - VD/VS: Hôpital du Chablais, Hôpital Riviera-Chablais* - ZG: Zuger Kantonsspital* - ZH: Spitalverband Bülach* - ZH: Spital Männedorf*	

Décision	Date	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
Chirurgie viscérale hautement spécialisée Chirurgie bariatrique complexe	10.9.2013	FF 2013 6106	Mandat de prestations provisoire (2 ans) <ul style="list-style-type: none"> - AG: Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden - BE: Inselspital/Spitalnetz Bern (site de l'Inselspital), Spitalnetz Bern/Inselspital (site du Tiefenauspital), Spitalzentrum Biel-Bienne, Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG) - BS: St. Claraspital Basel, Universitätsspital Basel - FR: Hôpital fribourgeois (site de Fribourg) - GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - GR: Kantonsspital Graubünden (site de Coire) - LU: Luzerner Kantonsspital (site de Lucerne) - SG: Kantonsspital St. Gallen (site de St.-Gall) - SH: Spitäler Schaffhausen (site de Schaffhausen) - SO: Solothurner Spitäler AG (site du Kantonsspital Olten) - SZ: Spital Lachen - TG: Spital Thurgau AG (site du Kantonsspital Frauenfeld) - TI: Ente Ospedaliero Cantonale (site de l'Ospedale Regionale di Bellinzona) - VD: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique (site de l'hôpital de Nyon) - VD/VS: Hôpital du Chablais - ZH: Universitätsspital Zürich, 	31.12.2015

Décision	Date	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			Stadtpital Triemli, Klinik Hirslanden Zürich AG, Spital Limmattal, GZO Spital Wetzikon - BL: Kantonsspital Baselland (Bruderholz) * - BE: Privatklinik Linde* - FR: Hôpital Daler* - GE: La Tour Réseau de Soins SA* - GR : Kantonsspital Graubünden* - LU: Luzerner Kantonsspital* - LU: Klinik St. Anna* - SZ: Klinik Stephanshorn (Hirslanden)* - SZ: Krankenhausgesellschaft Schwyz* - TG: Spital Thurgau* - VD: Hirslanden Lausanne SA* - VD: Clinique de la Source* - VD: Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois*	
Brûlures graves chez l'adulte	27.11.2013	FF 2013 7923	- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (Centre Universitaire Romand des Brûlés (CURB)) - Universitätsspital Zürich (Centre des brûlés)	31.12.2016
Protonthérapie	27.11.2013	FF 2013 7927	- Paul Scherrer Institut (PSI) à Villigen	31.12.2016
Transplantations d'organes chez l'adulte Transplantations cardiaques	27.11.2013	FF 2013 7930	- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Inselspital Universitätsspital Bern	31.12.2016

Décision	Date	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			- Universitätsspital Zürich	
Transplantations d'organes chez l'adulte Transplantations hépatiques	27.11.2013	FF 2013 7933	- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Inselspital Universitätsspital Bern - Universitätsspital Zürich	31.12.2016
Transplantations d'organes chez l'adulte Transplantations pulmonaires	27.11.2013	FF 2013 7936	- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Universitätsspital Zürich	31.12.2016
Transplantations d'organes chez l'adulte Transplantations rénales	27.11.2013	FF 2013 7939	- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Inselspital Universitätsspital Bern - Kantonsspital St. Gallen - Universitätsspital Basel - Universitätsspital Zürich	31.12.2019
Transplantations d'organes chez l'adulte Transplantations pancréatiques	27.11.2013	FF 2013 7942	- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Universitätsspital Zürich	31.12.2016
Transplantations de cellules souches hématopoïétiques (TCSH) chez l'adulte	27.11.2013	FF 2013 7945	- Universitätsspital Basel - Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Universitätsspital Zürich	31.12.2016
Implants cochléaires	27.11.2013	FF 2013 7948	- Universitätsspital Basel - Inselspital Universitätsspital Bern - Centre Romand d'Implants Cochléaires (CRIC) (HUG/CHUV)	31.12.2019

Décision	Date	Feuille fédérale	Prestations attribuées à	Décision limitée jusqu'au
			<ul style="list-style-type: none"> - Luzerner Kantonsspital - Universitätsspital Zürich 	

Légende:

* : Pas d'attribution d'un mandat de prestations ayant force légale par l'organe de décision MHS. Un éventuel mandat de prestations donnant droit à une facturation par le biais de l'OAS dans ce domaine est déterminé en fonction d'un éventuel mandat de prestations cantonal, et ce, jusqu'à l'existence d'une autre décision de l'organe de décision MHS.

Annexe 4: Priorités de la planification pour la période 2009-2014¹¹⁷

A) <u>Médecine adulte</u>	Cas
<p><i>a) Transplantations d'organes</i></p> <p>Décisions d'attribution:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Transplantations cardiaques: 3 centres (hôpitaux universitaires de Lausanne, Berne, Zurich). – Transplantations pulmonaires: 2 centres (hôpitaux universitaires de Lausanne, Zurich). – Transplantations hépatiques: 3 centres (hôpitaux universitaires de Genève, Berne, Zurich). – Transplantations pancréatiques: 2 centres (hôpitaux universitaires de Genève, Zurich). – Transplantations rénales: 6 centres (5 hôpitaux universitaires et hôpital cantonal de St.-Gall). <p>Critères:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bons résultats des centres 	455
<p><i>b) Protonthérapie¹¹⁸</i></p> <p>Décision d'attribution:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Institut Paul Scherrer (PSI) à Villigen (AG) <p>Critères:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Capacités actuelles suffisantes; – Pas de nouvelles données justifiant la construction d'autres sites de traitement; – le PSI est un acteur de premier rang au niveau mondial pour cette technologie; – L'attribution des prestations au PSI a permis de réaliser d'importantes économies en Suisse. 	330
<p><i>c) Implants cochléaires, brûlures graves et transplantations de cellules souches</i></p> <p>Décisions d'attribution:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Transplantations de cellules souches: 3 centres (hôpitaux universitaires de Bâle, Genève, Zurich). – Brûlures graves: 2 centres (hôpitaux universitaires de Lausanne, Zurich). – Implants cochléaires: 6 centres (5 hôpitaux universitaires, hôpital cantonal de St.-Gall, hôpital cantonal de Lucerne). <p>Critères:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bons résultats des centres 	1160

¹¹⁷ Vue d'ensemble reprenant les informations du Rapport de situation de la CDS du 27 avril, p. 17-23, 40-41 et 43 ss.

¹¹⁸ Cf. exemple au ch. 3.1.2.

<p>d) <i>Accidents vasculaires cérébraux – la première cause d’invalidité permanente à l’âge adulte</i>¹¹⁹</p>	550
<p>Décisions d’attribution à 12 «Stroke Centers» (unités dédiées aux accidents vasculaires cérébraux hautement spécialisées):</p>	
<ul style="list-style-type: none"> – 5 hôpitaux universitaires – Hôpital cantonal de St.-Gall – Hôpital cantonal Aarau – Ente Ospedaliero Cantonale, site de l’hôpital régional de Lugano 	
<p>En sus, mise en réseau sur l’ensemble du territoire national avec intégration des hôpitaux selon un schéma de prise en charge hiérarchisée des AVC.</p>	
<p>Critères:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> – Rapidité de la prise en charge des patients; – Amélioration de la qualité; – Assurance d’une prise en charge des patients dans un centre non éloigné de leur domicile. 	
<p>e) <i>Prise en charge des blessés graves</i>¹²⁰</p>	800
<p>Décisions d’attribution à 12 centres de traumatologie:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> – 5 hôpitaux universitaires – Hôpital cantonal de St.-Gall – Hôpital cantonal de Lucerne – Hôpital cantonal Aarau – Hôpital cantonal des Grisons – Hôpital cantonal Winterthur – Ente Ospedaliero Cantonale, site de l’hôpital régional de Lugano – Réseau Santé Valais, site de Sion 	
<p>Critères:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> – Réglementation de la prise en charge initiale des blessés graves et limitation à 12 centres; – Promotion de la mise en place de réseaux; – Prévention de transferts inutiles; – Gain de temps pour assurer un traitement optimal; – Meilleure prise en charge initiale. 	
<p>f) <i>Neurochirurgie hautement spécialisée</i></p>	1210
<p>Décisions d’attribution:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> – Traitement chirurgical de l’épilepsie réfractaire: 3 centres: hôpitaux universitaires de Bâle, Zurich, Genève. – Chirurgie stéréotaxique des mouvements anormaux / involontaires et stimulation cérébrale profonde: 4 centres: hôpitaux universitaires de Lausanne, Berne et Zurich ainsi que l’hôpital cantonal de St.-Gall. – Pathologies vasculaires du système nerveux central autres que les anomalies vasculaires complexes: 8 centres: 5 hôpitaux universitaires ainsi que les hôpitaux cantonaux de St.-Gall, Aarau et Ente Ospedaliero Cantonale (site de l’hôpital régional de Lugano). – Traitement neurochirurgical des anomalies vasculaires complexes du système nerveux central: 3 centres: hôpitaux universitaires de Genève, Berne, Zurich. 	

¹¹⁹ Cf. exemple au ch. 3.1.2.

¹²⁰ Cf. exemple au ch. 3.1.2.

<ul style="list-style-type: none"> – Tumeurs rares de la moelle épinière: 7 centres: 5 hôpitaux universitaires ainsi que les hôpitaux cantonaux de Lucerne et de St.-Gall. <p>Critères:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Concentration sur un nombre limité de sites 	
<p><i>g) Chirurgie viscérale hautement spécialisée</i></p> <p>Décisions d'attribution¹²¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Résection œsophagienne: mandat de prestations définitif (4 ans): 7 hôpitaux; mandat de prestations provisoire (2 ans): 7 hôpitaux. – Chirurgie de résection pancréatique: mandat de prestations définitif (4 ans): 8 hôpitaux; mandat de prestations provisoire (2 ans): 13 hôpitaux. – Chirurgie de résection hépatique: mandat de prestations définitif (4 ans): 8 hôpitaux; mandat de prestations provisoire (2 ans): 11 hôpitaux. – Résections rectales profondes: mandat de prestations provisoire (2 ans): 37 hôpitaux. – Opérations bariatriques complexes: mandat de prestations provisoire (2 ans): 27 hôpitaux. <p>Critères:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Centres disposant de l'infrastructure et du personnel spécialisé nécessaires, et pouvant attester d'une expérience suffisante; – Consolidation graduelle des activités, d'où la période de transition accordée à certains hôpitaux; – Concentration des prestations à des fins d'assurance qualité, diminution du risque de complications (seulement la moitié des fournisseurs de prestations actuels); – Réalisation d'économies. 	2910
Total des cas médecine adulte	7415

B) Pédiatrie	Cas
<p><i>a) Une prise en charge optimale des très grands prématurés</i></p> <p>Décisions d'attribution¹²²:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 9 centres de périnatalogie <p>Critères:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Expérience et infrastructure nécessaires 	820
<p><i>b) Traitement des enfants souffrant de brûlures graves</i></p> <p>Décisions d'attribution:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Centres pour grands brûlés de l'hôpital pédiatrique de Zurich et de l'hôpital universitaire de Lausanne <p>Critères:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Infrastructure de pointe et longue expertise 	155

¹²¹ Cf. annexe 3.

¹²² Cf. annexe 3.

c) <i>Transplantations d'organes</i>	20
Décisions d'attribution:	
<ul style="list-style-type: none"> – Transplantations pulmonaires: hôpital universitaire de Zurich. – Transplantations hépatiques: hôpitaux universitaires de Genève. – Transplantations rénales: hôpitaux universitaires de Berne, Lausanne, Zurich. 	
Critères:	
<ul style="list-style-type: none"> – Rareté (les transplantations rénales sont un peu moins rares) 	
d) <i>Traitement des tumeurs oculaires</i>	4
Décisions d'attribution:	
<ul style="list-style-type: none"> – Hôpital universitaire de Lausanne 	
Critères:	
<ul style="list-style-type: none"> – L'hôpital universitaire de Lausanne dispose d'une expertise remarquable 	
e) <i>Opérations très complexes en chirurgie pédiatrique</i>	36
Décisions d'attribution:	
<ul style="list-style-type: none"> – Hôpitaux Universitaires de Genève (chirurgie du foie et des voies biliaires / transplantations hépatiques) – Hôpital universitaire de Lausanne (interventions complexes sur la trachée) 	
Critères:	
<ul style="list-style-type: none"> – Grande expérience des deux centres 	
f) <i>Examens spéciaux pour les pathologies auto-immunes</i>	20
Décision d'attribution:	
<ul style="list-style-type: none"> – Hôpital pédiatrique de Zurich 	
Critères:	
<ul style="list-style-type: none"> – Expertise hautement spécialisée 	
f) <i>Diagnostic et prise en charge des troubles congénitaux du métabolisme</i>	50
Décisions d'attribution:	
<ul style="list-style-type: none"> – Hôpitaux universitaires de Lausanne et de Berne, Hôpital pédiatrique de Zurich 	
Critères:	
<ul style="list-style-type: none"> – Expertise et personnel spécialisé 	
g) <i>Examens spéciaux dans l'épilepsie sévère</i>	35
Décisions d'attribution:	
<ul style="list-style-type: none"> – Centre suisse de l'épilepsie (conjointement avec l'hôpital pédiatrique de Zurich) et hôpitaux universitaires de Genève 	
Critères:	
<ul style="list-style-type: none"> – Expertise hautement spécialisée, spécialistes nécessaires et infrastructure spécifique; 	

<ul style="list-style-type: none"> – Assurance qualité. 	
<p><i>h) Traitement des enfants victimes de blessures graves</i></p> <p>Décisions d'attribution:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hôpitaux universitaires de Genève, Lausanne, Berne – Hôpital pédiatrique universitaire de Bâle-Ville et Bâle-Campagne – Hôpital pédiatrique de Zurich – Hôpital pédiatrique de la Suisse orientale (conjointement avec l'hôpital cantonal de St.-Gall) – Hôpital cantonal de Lucerne – Hôpital cantonal des Grisons, avec restrictions <p>Critères:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Amélioration de la qualité; – Infrastructure nécessaire et personnel spécialisé correspondant; – Garantie d'une prise en charge adéquate et axée sur les priorités 24h/24. 	300
<p><i>i) Oncologie pédiatrique</i></p> <p>Décisions d'attribution:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hôpitaux universitaires de Berne, Lausanne, Genève – Hôpital pédiatrique de Zurich – Hôpital pédiatrique universitaire de Bâle-Ville et Bâle-Campagne – Hôpital cantonal Aarau (service de pédiatrie) – Hôpital cantonal de Lucerne (service de pédiatrie) – Hôpital pédiatrique de la Suisse orientale – Hôpital régional de Bellinzone (service de pédiatrie) <p>Critères:</p> <ul style="list-style-type: none"> – assurance qualité 	395
Total des cas en pédiatrie	1835
Total médecine adulte et pédiatrique	9250