



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren

Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé

Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità

Médecine hautement spécialisée

Haus der Kantone
Speichergasse 6, CH-3001 Bern

+41 31 356 20 20
office@gdk-cds.ch

www.gdk-cds.ch

Réévaluation

Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée,
domaines partiels des résections rectales profondes
chez l'adulte et de la chirurgie bariatrique complexe

Rapport explicatif pour l'attribution des prestations

RAPPORT FINAL

Berne, 2 juin 2023

Table des matières

1.	Résumé	4
2.	Mandat	8
3.	Contexte	8
4.	Critères de planification.....	10
4.1	Principes de planification selon la CIMHS	10
4.2	Critères de planification des soins	10
5.	Critères d'évaluation des fournisseurs de prestations	11
6.	Résections rectales profondes chez l'adulte.....	13
6.1	Analyse des besoins en matière de soins	13
6.1.1	Analyse de la situation actuelle	13
6.1.2	Prévisions des besoins	15
6.2	Evaluation des candidatures soumises	16
6.2.1	Engagement à remplir le mandat de prestations.....	17
6.2.2	Qualité.....	17
6.2.3	Nombres minimaux de cas	18
6.2.4	Enseignement, formation postgrade et recherche	19
6.2.5	Economicité	20
6.2.6	Résumé de l'évaluation des candidatures reçues.....	23
6.3	Garantie du droit d'être entendu	27
6.3.1	Avis	28
6.3.2	Appréciation de l'organe scientifique MHS.....	30
6.4	Recommandation pour l'attribution de la fourniture des prestations MHS	31
7.	Chirurgie bariatrique complexe	39
7.1	Analyse des besoins en matière de soins	39
7.1.1	Analyse de la situation actuelle	39
7.1.2	Prévisions des besoins	41
7.2	Evaluation des candidatures soumises	43
7.2.1	Engagement à remplir le mandat de prestations.....	44
7.2.2	Qualité.....	44
7.2.3	Nombres minimaux de cas	44
7.2.4	Enseignement, formation postgrade et recherche	45
7.2.5	Economicité	46
7.2.6	Résumé de l'évaluation des candidatures reçues.....	49
7.3	Garantie du droit d'être entendu	53
7.3.1	Avis	53
7.3.2	Appréciation de l'organe scientifique MHS.....	55
7.4	Recommandation pour l'attribution de la fourniture des prestations MHS	56
8.	Perspectives	65

Annexes.....	66
A1 Part des soins par fournisseur de prestations pour l'analyse des besoins.....	66
Résections rectales profondes.....	66
Chirurgie bariatrique complexe.....	72
A2 Nombre de cas des fournisseurs de prestations candidats à un mandat de prestations.....	78
Résections rectales profondes chez l'adulte	78
Chirurgie bariatrique complexe.....	79
A3 Méthodologie de l'examen de l'économicité MHS.....	81
A4 Sous-capacités et capacité totale prospective des candidats	84
Résections rectales profondes chez l'adulte	84
Chirurgie bariatrique complexe.....	86
A5 Références.....	90
A6 Liste des destinataires de l'audition	91
A7 Abréviations	95

1. Résumé

Dans le cadre de la mise en œuvre de la convention relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), le domaine de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée (« Interventions lourdes et rares de chirurgie viscérale ») a été pour la première fois réglementé de façon légalement contraignante en 2013 et les premiers mandats de prestations attribués à différents centres. Les mandats de prestations – et par conséquent les listes des hôpitaux MHS dans ce domaine MHS – étaient limités jusqu'au 31 décembre 2015 ou jusqu'au 31 décembre 2017. Par la suite, on a procédé à la première réévaluation. Conformément aux dispositions du Tribunal administratif fédéral, il convient, pour la planification de la MHS, de suivre une procédure formellement séparée en deux temps qui distingue entre **rattachement** d'un domaine de prestations à la MHS (définition du domaine MHS) et **attribution** des prestations (établissement de la liste des hôpitaux MHS).

La décision de l'organe de décision MHS du 21 janvier 2016 sur la poursuite du rattachement de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée à la MHS a été publiée dans la *Feuille fédérale* du 9 février 2016. Les domaines partiels suivants ont été définis :

- Résections œsophagiennes
- Résections pancréatiques
- Résections hépatiques
- Résections rectales profondes
- Chirurgie bariatrique complexe

Conformément à l'arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2251/2015 du 9 juin 2016, les décisions de rattachement à la MHS ne sont pas susceptibles de recours et ont donc force exécutoire.

Après avoir organisé une procédure de candidature, l'organe de décision MHS a statué le 31 janvier 2019 sur l'attribution des prestations pour les trois premiers domaines partiels. En revanche, les domaines partiels des résections rectales profondes chez l'adulte et de la chirurgie bariatrique complexe ont été renvoyés pour réexamen à l'organe scientifique MHS avec mission de prévoir une concentration plus poussée des soins.

L'organe scientifique MHS s'est acquitté de ce mandat ; il a élaboré de nouveaux critères pour ces deux domaines partiels et une deuxième procédure de candidature pour l'intégration sur la liste des hôpitaux MHS a été organisée du 16 juin au 17 septembre 2020. 43 fournisseurs de prestations ont posé leur candidature, dont 37 pour les résections rectales profondes chez l'adulte et 33 pour la chirurgie bariatrique complexe. Par la suite, une candidature a été retirée dans chaque domaine partiel.

Lors de l'établissement de la liste des hôpitaux MHS, on a tenu compte aussi bien des critères de planification de la CIMHS que des critères de planification des soins figurant dans la LAMal et l'OAMal. Les exigences spécifiques aux prestations concernées, qui ont été fixées par l'organe scientifique, sont basées sur ces critères qui ont été inclus dans l'évaluation des fournisseurs de prestations.

Après avoir procédé à une analyse du degré de respect des exigences requises des fournisseurs de prestations, de l'offre de soins et de l'évolution prévisible des nombres de cas d'ici 2028, l'organe scientifique MHS a élaboré une proposition d'attribution des prestations qui a été soumise pour avis à un large éventail de destinataires dans le cadre d'une audition (qui s'est déroulée du 8 décembre 2021 au 31 janvier 2022). Après avoir minutieusement analysé les réactions à l'audition, l'organe de décision MHS est parvenu aux conclusions suivantes :

Dans le domaine partiel des **résections rectales profondes chez l'adulte**, il convient d'attribuer des mandats de prestations aux 15 fournisseurs de prestations suivants : Kantonsspital Baden AG, Baden ; Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern ; Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern ; Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern ; Kantonsspital Baselland, Liestal ; St. Claraspital, Clarunis Universitäre Bauchzentrum Basel, Basel ; Hôpitaux universitaires de Genève, Genève ; Luzerner Kantonsspital, Luzern ; Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen ; Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano ; Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne ; Kantonsspital Winterthur, Winterthur ; Klinik Hirslanden AG, Zürich ; Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich ; Universitätsspital Zürich, Zürich. Ces fournisseurs de prestations satisfont actuellement aux exigences et sont nécessaires pour assurer les besoins. Il convient d'attribuer des mandats de prestations pour une période de six ans.

Dans la mesure où une exigence supplémentaire a été imposée de manière prospective, à savoir que seuls sont autorisés à opérer les chirurgiens réalisant au moins dix opérations par an, tous les mandats de prestations doivent être liés à l'obligation de fournir un rapport prouvant le respect de cette exigence trois ans après l'entrée en vigueur du mandat. L'Insel Gruppe AG, l'Inselspital Universitätsspital Bern et le Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich, sont de surcroît soumis à l'obligation particulière d'améliorer leur taux de mortalité et sont également tenus de remettre un rapport à ce sujet.

Les autres fournisseurs de prestations ayant posé leur candidature à un mandat de prestations ne remplissent pas une ou plusieurs des exigences pour l'obtention d'un mandat de prestations dans le domaine partiel des résections rectales profondes chez l'adulte, et ne sont pas essentiels pour assurer la couverture des besoins. Ils ne doivent donc pas recevoir de mandat de prestations.

En ce qui concerne la **chirurgie bariatrique complexe**, l'organe de décision MHS parvient à la conclusion qu'il convient d'attribuer des mandats de prestations aux 21 fournisseurs de prestations suivants : Kantonsspital Baden AG, Baden ; Stiftung Spital Muri, Muri ; Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern ; Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern ; Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern ; St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel ; Hôpitaux universitaires de Genève, Genève ; Luzerner Kantonsspital, Luzern ; Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès, Neuchâtel ; Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen ; Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten ; Spital Thurgau AG, Frauenfeld ; Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Klinik Hirslanden AG, Zürich ; Spital Limmattal, Schlieren ainsi que Universitätsspital Zürich, Zürich. Ces fournisseurs de prestations satisfont actuellement à toutes les exigences et sont nécessaires pour assurer les besoins. Il convient de leur attribuer un mandat de prestations pour six ans. Les établissements suivants sont également nécessaires pour assurer les besoins : Klinik Stephanshorn, St. Gallen ; Spital Lachen AG, Lachen ; Hôpital Riviera-Chablais – Vaud-Valais, Renaz et GZO AG, Wetzikon. Toutefois, ils présentent des lacunes en matière d'enseignement, de formation postgraduée et de recherche et il convient donc de leur attribuer un mandat de prestations avec une obligation particulière, à savoir qu'ils doivent satisfaire à l'ensemble des exigences dans un délai de trois ans. S'ils remplissent l'exigence imposée au cours des trois premières années, leur mandat de prestations sera valable six ans, sinon il conviendra de vérifier s'il doit/peut leur être retiré. Il convient également d'attribuer un mandat de prestations à un hôpital en Suisse italophone, en l'occurrence à l'Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, à Lugano. Contrairement à l'autre candidat, il satisfait à toutes les exigences sauf le nombre minimal de cas. Compte tenu de la concentration des mandats de prestations, il y a lieu de penser qu'il satisfera aux nombres minimaux de cas à partir de l'entrée en vigueur du mandat. Il lui revient de prouver cela au bout de trois ans, sinon la situation devra être réexaminée.

Dans la mesure où une exigence supplémentaire a été imposée de manière prospective, à savoir que seuls sont autorisés à opérer les chirurgiens réalisant au moins dix opérations par an, tous les mandats de prestations sont liés à l'obligation de fournir obligatoirement un rapport prouvant le respect de cette exigence au bout de trois ans après l'entrée en vigueur du mandat.

Les autres fournisseurs de prestations ayant posé leur candidature à un mandat de prestations ne remplissent pas une ou plusieurs des exigences pour l'obtention d'un mandat de prestations dans le domaine partiel de la chirurgie bariatrique complexe, et ne sont pas essentiels pour assurer la couverture des besoins. Ils ne doivent donc pas se voir attribuer un mandat de prestations.

L'attribution des mandats de prestations dans ces deux domaines partiels réalise une concentration importante, ce qui obligera également les fournisseurs de prestations à adapter leurs capacités. Il conviendra de veiller à ce que ceux-ci disposent d'un temps suffisant pour s'y préparer lorsqu'il s'agira de fixer le délai pour l'entrée en vigueur des mandats. Dans le domaine partiel de la chirurgie bariatrique complexe, il conviendra d'observer si une concentration plus poussée serait indiquée ultérieurement (planification par étapes selon l'article 7, al. 8 CIMHS).

Décision d'attribution des prestations

Compte tenu de l'analyse du degré de respect des exigences requises par les fournisseurs de prestations, de l'offre de soins et de l'évolution prévue du nombre de cas, ainsi que de l'examen de l'économicité des fournisseurs de prestations candidats, et compte tenu de la recommandation de l'organe scientifique MHS, l'organe de décision MHS attribue un mandat de prestations MHS limité à six ans aux prestataires suivants :

Résections rectales profondes chez l'adulte

- Kantonsspital Baden AG, Baden
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern
- Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern (*mandat de prestations avec obligation particulière*)
- Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern
- Kantonsspital Baselland, Liestal
- St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel
- Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève
- Luzerner Kantonsspital, Luzern
- Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen
- Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Kantonsspital Winterthur, Winterthur
- Klinik Hirslanden AG, Zürich
- Stadtpital Zürich, Triemli, Zürich (*mandat de prestations avec obligation particulière*)
- Universitätsspital Zürich, Zürich

Chirurgie bariatrique complexe

Attribution d'un mandat de prestations limité à six ans aux établissements suivants :

- Kantonsspital Baden AG, Baden
- Stiftung Spital Muri, Muri
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern
- Insel Gruppe AG, Inselepital Universitätsspital Bern
- Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern
- St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel
- Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève
- Luzerner Kantonsspital, Luzern
- Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès
- Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen
- Klinik Stephanshorn, St. Gallen (*mandat de prestations avec obligations particulières*)
- Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten
- Spital Lachen AG, Lachen (*mandat de prestations avec obligations particulières*)
- Spital Thurgau AG, Frauenfeld
- Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano (*mandat de prestations avec obligation particulière*)
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Hôpital Riviera-Chablais – Vaud-Valais ; Rennaz (*mandat de prestations avec obligation particulière*)
- GZO AG, Wetzikon (*mandat de prestations avec obligation particulière*)
- Klinik Hirslanden AG, Zürich
- Spital Limmattal, Schlieren
- Universitätsspital Zürich, Zürich

2. Mandat

Les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS) (art. 39, al. 2^{bis} LAMal¹). C'est à cette fin qu'ils ont signé la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)², et se sont ainsi engagés, dans l'intérêt d'une prise en charge médicale adaptée aux besoins, de haute qualité et économique, à planifier et à attribuer de conserve les prestations hautement spécialisées. Les décisions d'attribution prises dans le cadre de la mise en œuvre de la CIMHS ont force légale dans toute la Suisse et, en vertu de l'article 9, alinéa 2 de la CIMHS, prévalent sur les attributions de prestations cantonales.

3. Contexte

Dans le cadre de la mise en œuvre de la CIMHS, le domaine de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée (« Interventions lourdes et rares de chirurgie viscérale ») a été pour la première fois réglementé de façon légalement contraignante en 2013 et les premiers mandats de prestations attribués à différents centres.³ Les mandats de prestations – et par conséquent les listes des hôpitaux MHS dans ce domaine MHS – étaient limités jusqu'au 31 décembre 2015 ou jusqu'au 31 décembre 2017.

Divers candidats avaient déposé un recours contre la non-attribution d'un mandat de prestations (définitif), à la suite de quoi le Tribunal administratif fédéral avait abrogé presque toutes les décisions contestées en 2014. Ces hôpitaux pouvaient ou peuvent, en vertu de l'existence éventuelle d'un mandat de prestations cantonal, continuer à fournir des prestations dans leur domaine partiel. Etaient ou sont concernés

- Dans les domaines partiels des résections œsophagiennes, des résections pancréatiques et des résections hépatiques divers hôpitaux : voir rapport final pour l'attribution des prestations du 31 janvier 2019⁴.
- Dans le domaine partiel des résections rectales profondes : Hirslanden Klinik Aarau, Regionalspital Emmental, Spitalzentrum Biel-Bienne, Privatklinik Linde, Hôpital Daler, Clinique Générale-Beaulieu, La Tour Réseau de Soins SA, Kantonsspital Glarus, Kantonsspital Graubünden, Klinik Stephanshorn (Hirslanden), Krankenhausgesellschaft Schwyz, Spital Thurgau AG, Clinica Luganese SA, Kantonsspital Uri, Clinique de la Source, Hirslanden Lausanne SA, Hôpital Riviera Chablais, Zuger Kantonsspital Baar, Spitalverband Bülach, Spital Männedorf.
- Dans le domaine partiel de la chirurgie bariatrique complexe : Privatklinik Linde, Kantonsspital Baselland Standort Liestal, Hôpital Daler, La Tour Réseau de Soins SA, Kantonsspital Graubünden, Luzerner Kantonsspital, Hirslanden Klinik St. Anna AG, Klinik Stephanshorn (Hirslanden), Krankenhausgesellschaft Schwyz, Spital Thurgau AG, Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois site d'Yverdon-les-Bains, Clinique de la Source, Hirslanden Lausanne SA.

Par la suite, on a procédé à la première réévaluation. Conformément aux dispositions du Tribunal administratif fédéral, il convient, pour la planification de la MHS, de suivre une procédure formellement séparée en deux temps qui distingue entre **rattachement** d'un domaine de prestations à la MHS (définition du domaine MHS) et **attribution** des prestations (établissement de la liste des hôpitaux MHS).

La décision de l'organe de décision MHS du 21 janvier 2016 sur la poursuite du rattachement de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée à la MHS a été publiée dans la *Feuille fédérale* du 9 février 2016⁵. Les domaines partiels suivants ont été à nouveau définis :

¹ Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), RS 832.10.

² Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) du 14 mars 2008.

³ Les premières attributions de prestations dans le domaine de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée ont été publiées dans la *Feuille fédérale* (FF 2013 6071, FF 2013 6088, FF 2013 6080, FF 2013 6097 et FF 2013 6106) et se trouvent sous les liens suivants : [résections œsophagiennes](#) ; [résections pancréatiques](#) ; [résections hépatiques](#) ; [résections rectales profondes](#) ; [chirurgie bariatrique complexe](#). On peut également les consulter sur le site de la Conférence des directrices et directeurs de la santé (<https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/spitalliste> et <https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee/archives/decisions-cimhs>).

⁴ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/hsm_spitalliste/BT_Visz_Re1_Zuteil_SchlussBT_Pub_20190219_def_f.pdf, page 5 sqq.

⁵ La décision de rattachement du domaine de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée à la MHS a été publiée dans la *Feuille fédérale* (FF 2016 724) et peut être consultée sur le site internet de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (<https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee/domaines>).

- Résections œsophagiennes
- Résections pancréatiques
- Résections hépatiques
- Résections rectales profondes
- Chirurgie bariatrique complexe

Conformément à l'arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2251/2015 du 9 juin 2016, les décisions de rattachement à la MHS ne sont pas susceptibles de recours et ont donc force exécutoire.

Les prestations médicales qui relèvent des divers domaines partiels sont définies précisément à l'aide du catalogue suisse des interventions chirurgicales (CHOP) et de la classification internationale des maladies (CIM). Ces systèmes de classification sont régulièrement adaptés. Compte tenu de cela, la représentation des prestations MHS dans ces deux systèmes doit également être mise à jour chaque année. La définition actuellement valable (en 2023) est publiée sur le site web de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (<https://www.gdk-cds.ch>).

Après avoir organisé une procédure de candidature, l'organe de décision MHS a statué le 31 janvier 2019 sur l'attribution des prestations pour les résections œsophagiennes, des résections pancréatiques et des résections hépatiques.⁶ Dans onze cas, un recours contre les décisions a été déposé auprès du Tribunal administratif fédéral, et une procédure est encore en instance.⁷ Cet hôpital peut continuer à fournir les prestations correspondantes en vertu d'un mandat de prestations cantonal (cf. liste des hôpitaux MHS sur le site web de la CDS). Les autres décisions d'attribution acquièrent force de chose jugée.

Dans les domaines partiels des rectales profondes chez l'adulte et de la chirurgie bariatrique complexe, l'organe de décision MHS n'a en revanche pas encore statué sur l'attribution des prestations, car il n'était pas d'accord de prendre en compte un si grand nombre de prestataires et de permettre ainsi des surcapacités. Il a donc demandé à l'organe scientifique MHS de réexaminer ces domaines partiels dans le but d'aboutir à une concentration plus poussée des prestations.

L'organe scientifique MHS s'est acquitté de ce mandat. Il a élaboré de nouveaux critères pour ces deux domaines partiels. Une deuxième procédure de candidature pour l'intégration sur la liste des hôpitaux MHS a été organisée du 16 juin au 17 septembre 2020. Tous les hôpitaux ont en principe la possibilité de se porter candidat à un mandat de prestations. Il n'existe cependant pas de droit à l'attribution de mandats de prestations (voir ATF 133 V 123 consid 3.3, ainsi que TAF, arrêt C-401/2012 consid. 10.2 du 28 janvier 2014 ou C-4967/2019 consid. 10 du 8 juin 2021). Outre la garantie de soins conformes aux besoins de la population, la planification hospitalière vise à réduire les coûts, notamment par la suppression des surcapacités (voir TAF, arrêt C-6266/2013 du 29 septembre 2015, en partic. consid. 4.3 sqq ainsi que 4.5). C'est la raison pour laquelle il est prévu de ne pas prendre en considération tous les fournisseurs de prestations candidats, mais de concentrer la décision de planification sur les prestataires couvrant au mieux les soins dans leur ensemble. Il est exclu d'autoriser des hôpitaux inutiles aux besoins. Toutefois, l'article 7, alinéa 8 de la CIMHS prévoit que la planification peut également s'effectuer par étapes.

Le présent rapport relatif à l'attribution des mandats analyse l'offre actuelle de soins, expose les critères de planification à examiner et évalue en conséquence les candidatures des fournisseurs de prestations intéressés. Il mentionne finalement les décisions d'attribution des prestations prises par l'organe de décision MHS.

Un rapport explicatif contenant les propositions d'attribution a été soumis pour avis, dans le cadre d'une audition, à un large éventail de destinataires (annexe A6). Le présent rapport final sur l'attribution des prestations, qui prend en considération les objections formulées pendant l'audition, est diffusé sur le site web de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (www.gdk-cds.ch) et la décision définitive d'attribution des prestations publiée dans la *Feuille fédérale*. Les fournisseurs de prestations non

⁶ Les attributions de prestations pour les domaines partiels mentionnés ont fait l'objet d'une publication dans la *Feuille fédérale* (FF 2019 1476, FF 2019 1472 et FF 2019 1468) et peuvent être consultées sur la page d'accueil de la Conférence des directrices de la santé (<https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee/liste-des-hopitaux-medecine-hautement-specialisee>).

⁷ Le Tribunal a rendu cinq arrêts au sujet des résections œsophagiennes, quatre au sujet des résections pancréatiques et un au sujet des résections hépatiques (C-1313/2019 / C-2654/2019, C-1361/2019, C-1409/2019, C-2731/2019, C-3026/2019 ; C-1306/2017 / C-2651/2019, C-3194/2019, C-1405/2019, C-2759/2019 ; C-2585/2019). A une exception près, le Tribunal administratif fédéral a rejeté tous les recours.

retenus reçoivent une justification individuelle séparée sous la forme d'une décision susceptible de recours.

4. Critères de planification

4.1 Principes de planification selon la CIMHS

La CIMHS fixe certains principes qui doivent être respectés dans la planification de la MHS à l'échelle nationale (art. 7, al. 1–3 CIMHS). Ne sont concernées que les prestations cofinancées par les assurances sociales suisses, en particulier l'assurance obligatoire des soins (AOS) (art. 7, al. 4 CIMHS). Afin de parvenir à des synergies, il convient de veiller à ce que les prestations médicales faisant l'objet d'une concentration soient attribuées à un petit nombre de centres universitaires ou d'autres centres multidisciplinaires (art. 7, al. 1 CIMHS). La planification doit dûment inclure l'enseignement et la recherche et tenir compte des interdépendances entre les différents domaines médicaux hautement spécialisés (art. 7, al. 2 et 3 CIMHS). Enfin, la planification tient compte des prestations du système de santé suisse en faveur de l'étranger (art. 7, al. 6 CIMHS).

4.2 Critères de planification des soins

Outre les bases de planification, il importe, lors de l'établissement de la liste intercantonale des hôpitaux MHS, de respecter en principe les mêmes exigences prescrites par les dispositions de la LAMal et de ses ordonnances d'exécution que pour la liste cantonale des hôpitaux (art. 39, al. 1 LAMal, art. 58a et suiv. OAMal⁸). On doit également tenir compte des autres principes spécifiques de la planification des capacités au sens de l'article 8 CIMHS. L'approche suivie dans l'application de ces critères de planification est expliquée ci-après.

L'*offre à retenir* est déterminée sur la base des données de la statistique médicale des hôpitaux (SM) de l'Office fédéral de la statistique (OFS). La distinction des cas concernés selon la définition du domaine MHS correspondant (= rattachement à la MHS) s'est faite sur la base du groupement par groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH), à l'aide du logiciel groupeur de la direction de la santé du canton de Zurich. En chirurgie bariatrique complexe, outre les opérations définies par les codes CHOP et CIM, il existe toutefois aussi des opérations dites liés à l'état des patients qui sont considérées comme hautement spécialisées, c'est-à-dire des interventions chez des patients de plus de 65 ans ou de moins de 18 ans, avec un indice de masse corporelle de 50 ou davantage et/ou un score ASA⁹ supérieur à 3. Ces paramètres ne sont pas représentés dans la statistique médicale. Pour cette raison, leurs données ont été complétées par des chiffres extrapolés à partir du registre de chirurgie viscérale de la Société suisse de chirurgie viscérale (SSCV)/Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB) (ci-après « registre »).

Les *besoins de la population* en matière de prestations dans le domaine MHS correspondant sont liés à l'évolution actuelle et future sur le plan démographique, épidémiologique et médico-technique en Suisse. En ce qui concerne la prévision des besoins futurs, fondée sur l'analyse de la situation actuelle des soins, on a fait appel aux scénarios de l'évolution démographique de l'OFS ainsi qu'aux résultats des enquêtes menées auprès des experts sur les répercussions des évolutions épidémiologiques et technico-médicales.

En ce qui concerne l'évaluation de l'*offre* nécessaire, il importe de noter que les traitements attendus dans le futur peuvent être assurés par les fournisseurs de prestations proposés, mais qu'en termes de sécurité médicale et de qualité du traitement, le nombre annuel d'opérations dans les différents établissements ne descend pas au-dessous d'un volume critique (nombre minimal de cas).

Par ailleurs, lors de l'attribution des prestations, il importe de s'assurer que *les patients ont accès au traitement dans un délai utile*. Afin d'analyser les *flux de patients* en vue d'une offre suffisante, l'OFS a défini

⁸ Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) ; RS 832.102.

⁹ Il s'agit d'un système de classification du risque de morbidité et de mortalité de l'American Society of Anesthesiologists (ASA). Le risque péri-opératoire est réparti en six classes. ASA 1 = patient normal/ par ailleurs en bonne santé ; ASA 2 = patient avec maladie systémique légère ; ASA 3 = patient avec maladie systémique sévère ; ASA 4 = patient avec maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital ; ASA 5 = patient moribond dont la survie est improbable en l'absence d'intervention chirurgicale ; ASA 6 = patient déclaré en état de mort cérébrale, candidat au don d'organes (source : <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system> ; consulté le 6 juillet 2021).

les régions suivantes : Arc lémanique (GE, VD, VS) ; Plateau suisse (BE, JU, NE, FR, SO) ; nord-ouest de la Suisse (BS, BL, AG) ; Zurich (ZH) ; Suisse orientale (SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR) ; Suisse centrale (LU, ZG, UR, NW, OW, SZ) ; Tessin (TI). Il convient toutefois de signaler que dans les domaines de la MHS, il n'existe pas de régions ni de cantons prédéfinis où les patients doivent être obligatoirement adressés. C'est le libre choix de l'hôpital qui s'applique ici, ce qui signifie que l'hôpital ou le médecin traitant sont libres d'adresser les patients dans le centre MHS de leur choix, d'où la nécessité de tableer sur une variation annuelle des cantons d'origine des patients dans ces centres. En outre, la MHS a pour principal objectif la planification pour l'ensemble de la Suisse.

La déclaration d'engagement relative à la *disponibilité et à la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations* constitue un prérequis pour l'attribution des prestations et est demandée directement aux hôpitaux postulant à un mandat de prestations (autodéclaration).

Enfin, comme cela est expliqué au chapitre suivant, la qualité et l'économicité des fournisseurs de prestations sont également prises en considération lors de l'attribution des prestations.

5. Critères d'évaluation des fournisseurs de prestations

L'évaluation des fournisseurs de prestations pour l'attribution d'un mandat de prestations MHS se fonde en principe sur les critères de la CIMHS (art. 4, al. 4) et sur les dispositions de l'OAMal (art. 58b, al. 4 et 5). Ces prescriptions réglementaires fondamentales sont résumées dans le Tableau 1.

Selon l'article 4, alinéa 3, chiffre 3, de la CIMHS, l'organe scientifique MHS fixe les conditions qui doivent être remplies pour l'exécution d'une prestation ou d'un domaine de prestations en ce qui concerne le nombre de cas, les ressources en termes de personnel et de structures, ainsi que les disciplines de soutien. Dans ce contexte, en se fondant sur les critères de la CIMHS et de l'OAMal, l'organe scientifique MHS définit pour chaque domaine MHS des exigences spécifiques au domaine concerné (cf. catalogue des exigences relatives à la candidature du 12 février 2020¹⁰, dénommé par la suite « *catalogue des exigences* »). Le catalogue des exigences standardisé soumis aux prestataires intéressés dans le cadre de la procédure de candidature comprend notamment ces exigences spécifiques.

Tableau 1 : exigences auxquelles les fournisseurs de prestations doivent satisfaire selon la CIMHS et l'OAMal

Exigence	Opérationnalisation de l'exigence
Qualité de la fourniture des prestations, y compris :	Les fournisseurs de prestations déclarent le degré de respect de la qualité des structures et des processus et l'efficacité de la fourniture des prestations par rapport aux exigences spécifiques au domaine concerné (cf. catalogue des exigences). Le contrôle du respect des exigences repose, outre l'autodéclaration des hôpitaux candidats, sur les éléments suivants, qui servent de preuve de qualité déterminante : preuves de reconnaissance comme établissement de formation postgraduée par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM), de reconnaissance ou certification des unités de soins intensifs par la Société suisse de médecine intensive (SSMI), ainsi que, pour la chirurgie bariatrique complexe, de reconnaissance comme centre de référence par la Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB) ou les exigences respectives imposées par ces réglementations.
Personnel hautement qualifié et fonctionnement en équipe	
Disciplines de soutien	
Exploitation des synergies	

¹⁰ On trouvera ce document sous le lien suivant :

https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/Konsultationen_und_Bewerbungen/Bewerbung_Zuteilung_ViszRB_f.zip.

Nombres minimaux de cas

Réalisation de 20 traitements par an dans le domaine partiel MHS concerné conformément à la liste des codes CHOP/CIM (cf. annexe A1 du rapport final sur le rattachement à la MHS du 21 janvier 2016, actualisée chaque année sur le site web de la CDS), ou en chirurgie bariatrique complexe en plus chez les « patients complexes ».

Les nombres de cas sont recueillis à partir des données des registres, la période déterminante étant celle qui va du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019. Le nombre de cas est calculé sur la moyenne de ces trois années.

De plus, un nombre minimal de dix opérations par an et par opérateur est exigé (dans un hôpital possédant un mandat de prestations MHS correspondant). Ce nombre minimal est recueilli que durant les trois années suivant l'obtention du mandat de prestations. Le mode de comptage suit les règles exposées dans l'annexe A3 du catalogue des exigences. Le fournisseur de prestations doit s'engager à saisir les données correspondantes dans le registre.

Enseignement, formation post-grade et recherche

Les activités en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche sont recueillies par le biais du questionnaire de candidature et évaluées à l'aide du schéma d'évaluation standardisé de l'organe scientifique MHS (cf. annexe A2 du catalogue des exigences). En outre on vérifie la reconnaissance comme établissement de formation postgraduée pour la chirurgie viscérale (V1 ou V2) par l'ISFM.

L'*examen de l'économicité* se fait par des comparaisons entre établissements. Deux approches différentes ont été retenues pour ce faire – une comparaison sur la base des coûts par cas pondérés selon le degré de gravité et une analyse des coûts moyens par cas des hôpitaux dans les domaines partiels MHS définis (voir annexe A3).

La *compétitivité internationale et le potentiel de développement* ne peuvent pas être considérés isolément, mais uniquement en relation avec la qualité de la fourniture des prestations ainsi qu'avec l'enseignement, la formation postgrade et la recherche en place. En fournissant des prestations de haut niveau, en encourageant la relève médicale ainsi que la formation postgrade de la génération montante et en se consacrant activement à la recherche, les prestataires contribuent au renforcement de leur compétitivité internationale et du développement de concepts thérapeutiques innovants.

6. Résections rectales profondes chez l'adulte

6.1 Analyse des besoins en matière de soins

Selon l'article 39 LAMal et l'article 58a-e OAMal, les cantons sont tenus d'assurer que l'offre de soins hospitaliers est conforme aux besoins. Dans le cadre de la planification MHS, il convient de tenir compte du fait que lors de l'analyse des besoins en soins, les cas des établissements ne figurant pas sur la liste des hôpitaux MHS seront dans le futur transférés sur les fournisseurs de prestations possédant un mandat de prestations MHS.

Les besoins en soins à couvrir correspondent au total du nombre de cas recensés à ce jour auquel s'ajoute la croissance prévue des nombres de cas. La demande de certaines prestations médicales peut varier par exemple en raison d'un renouvellement technique significatif. La variation de la demande se reflète directement dans le nombre de cas traités et doit être prise en compte dans la planification.

Compte tenu de ces considérations, l'analyse des besoins en soins dans le domaine partiel des résections rectales profondes a été réalisée par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). Dans un premier temps, on a étudié la situation actuelle des soins, y compris les nombres de cas actuels (demande de prestations). L'évolution prévisionnelle des nombres de cas a tenu compte de l'effet actuel et à venir de l'évolution démographique, épidémiologique et médicale.

6.1.1 Analyse de la situation actuelle

L'analyse des besoins se fonde essentiellement sur les données de la SM ; celles-ci comprennent toutes les hospitalisations dans les hôpitaux suisses. A l'aide du logiciel groupeur GPPH de la direction de la santé du canton de Zurich, tous les cas de la SM sont classés dans un groupe de prestations pour la planification hospitalière (GPPH). Les domaines MHS sont représentés dans le système GPPH, où ils correspondent à un ou plusieurs GPPH. L'exploitation des données qui suit s'appuie sur les données de la SM groupées selon le système GPPH.

Situation actuelle

Pour l'analyse de l'offre de soins actuelle, on s'est servi des données les plus récentes disponibles au moment de la procédure de candidature. Pour le domaine partiel des résections rectales profondes, il s'agit des années 2016 à 2018. On s'est donc servi, dans toutes les analyses qui suivent, des données de la SM de toutes les hospitalisations de 2016 à 2018 qui, selon le groupeur GPPH, ont été rattachées au domaine partiel des résections rectales profondes (SPLG VIS1.5).

La SM de l'OFS mentionne en moyenne 783 cas pour la période 2016–2018 qui peuvent être imputés à la médecine hautement spécialisée dans le domaine partiel des résections rectales profondes chez l'adulte. Ces cas sont répartis sur 89 sites hospitaliers, dont 85 % traitaient moins de 20 cas¹¹ par an. 50 sites hospitaliers affichaient même seulement cinq cas ou moins par an. Trois sites hospitaliers rendent compte d'au moins 5 % des opérations réalisées sur l'ensemble de la période analysée.

Flux de patients

Le tableau 2 ci-après présente les flux de patients pendant la période 2016–2018 selon la région de l'hôpital concerné et la région d'origine des patients. La part des soins par région permet d'évaluer dans quelle mesure les fournisseurs de prestations ont une importance suprarégionale pour la couverture des soins.

Le taux d'exportation indique dans quelle mesure la population d'une région dépend des fournisseurs de prestations d'autres régions. En complément du taux d'exportation, le taux d'importation montre la proportion de patients extra-régionaux parmi le total des traitements réalisés dans les hôpitaux d'une région donnée. On peut en déduire l'importance suprarégionale des fournisseurs de prestations (voir Tableau 3).

¹¹ 20 = nombre minimal de cas exigé.

Tableau 2 : flux de patients par région pour la période 2016–2018 (chiffres combinés)

Région/ site hospitalier	Nombre de patients par région								
	Région lémanique	Plateau suisse	Nord-ouest de la Suisse	Zurich	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres	Total
Région lémanique : GE, VD, VS,	271	13		2				6	292
Plateau suisse : BE, JU, NE, FR, SO	22	484	15	2	1	3		3	530
Nord-ouest de la Suisse : BS, BL, AG		42	380		4	5	2	10	443
Zurich : ZH		1	13	431	30	21	3	7	506
Suisse orientale : SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR				3	293	1		8	305
Suisse centrale : LU, ZG, UR, NW, OW, SZ		1	3	2	1	172		1	180
Tessin : TI							92		92
Total	293	541	411	440	329	202	97	35	2'348

Source : statistique médicale des hôpitaux (SM). Traitement des données et illustration réalisés par l'Obsan.

Tableau 3 : taux d'exportation et d'importation par région, 2016–2018 (combinés)

Région/ site hospitalier	Taux d'exportation	Taux d'importation
Région lémanique : GE, VD, VS,	8 %	7 %
Plateau suisse : BE, JU, NE, FR, SO	11 %	9 %
Nord-ouest de la Suisse : BS, BL, AG	8 %	14 %
Zurich : ZH	2 %	15 %
Suisse orientale : SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	11 %	4 %
Suisse centrale : LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	15 %	4 %
Tessin : TI	5 %	0 %

Source : statistique médicale des hôpitaux (SM). Traitement des données par l'Obsan.

Une forte majorité des patients sont opérés dans un hôpital situé dans leur région de résidence. Les flux de patients dans les autres régions ne sont pas significatifs dans le domaine partiel MHS VIS1.5. En conséquence, le taux d'exportation pendant la période 2016–2018 est inférieur à 20 % dans toutes les régions.

Il en va de même pour le taux d'importation, autrement dit la proportion de traitements dans un hôpital qui est due à des patients d'une autre région. Ce pourcentage n'excède pas non plus 15 % quelle que soit la région considérée. Les régions couvrent ainsi pour l'essentiel leurs besoins toutes seules. L'annexe A1 récapitule la part des soins par fournisseur de prestations.

6.1.2 Prévisions des besoins

A partir de l'analyse de la situation actuelle en matière de soins (cf. chapitre 6.1.1 « Analyse de la situation actuelle »), la prévision des besoins futurs en soins a été évaluée en se fondant sur l'évolution attendue sur les plans démographique, épidémiologique et technico-médical. L'année de référence pour la prévision des besoins est 2018 et l'horizon prévisionnel 2028. Pour l'évaluation de la situation actuelle de l'offre de soins, on a inclus les patients résidant à l'étranger dans le cadre de l'analyse de la situation actuelle décrite au chapitre précédent. Pour les prévisions, seuls les besoins de la population suisse résidante ont en revanche fait l'objet d'une estimation. On trouvera ci-après dans un premier temps une analyse de l'impact des divers facteurs (démographie, épidémiologie et évolution médico-technique) sur la prévision des besoins, puis, dans un deuxième temps, des prévisions consolidées des besoins futurs prenant en considération tous les paramètres.

Démographie

Si l'on ne tient compte que de l'évolution démographique, on peut tabler sur une augmentation du nombre de cas de 21 % (soit 936 cas) d'ici 2028 dans le domaine partiel MHS VIS1.5. L'augmentation attendue est ainsi supérieure à la croissance attendue de la population générale (+10 %). Cela tient au fait que la tranche des 60–79-ans, chez lesquels sont réalisés la plupart de ces opérations, connaîtra une croissance supérieure à la moyenne d'ici 2028 (+23 %).

Epidémiologie et évolution technico-médicale

Les paramètres qui détermineront les besoins futurs en soins en MHS comprennent l'évolution des facteurs épidémiologiques tels que les facteurs de risque significatifs (par ex. exposition environnementale), les changements de comportement ayant un effet sur la santé (tabagisme ou alimentation notamment) ainsi que d'éventuelles mesures de prévention. Afin de quantifier ces répercussions, une enquête a été menée auprès d'experts. Au total, compte tenu des évolutions épidémiologiques, on table sur une augmentation des nombres de cas de 5,9 %. Selon les estimations des experts, l'augmentation attendue varie en fonction de la tranche d'âge. C'est dans la tranche d'âge des 40–59 ans que l'augmentation attendue est la plus forte (9 %).

Par ailleurs, les experts ont été interrogés sur les effets à attendre des évolutions dans le domaine technico-médical. En conséquence, dans le domaine partiel MHS VIS1.5, on peut tabler, du fait des évolutions technico-médicales, sur une augmentation des nombres de cas de 5,6 % d'ici 2028 (moyenne des estimations des experts). Le principal moteur de cette évolution est l'augmentation prévue des examens de dépistage, parfois aussi chez les patients plus jeunes. Davantage de carcinomes rectaux sont ainsi diagnostiqués, la précocité du diagnostic permettant alors de traiter (chirurgicalement) les patients.

Prévisions consolidées

Compte tenu des prévisions démographiques de l'OFS ainsi que de l'avis des experts au sujet des évolutions épidémiologiques et technico-médicales, l'Obsan estime qu'on peut tabler sur une augmentation des nombres de cas de 34 %¹² dans le domaine partiel MHS VIS1.5. Pratiquement, on prévoit que le nombre de cas passera à 262 d'ici 2028. L'augmentation prévue tient essentiellement à l'évolution démographique.

Même si des prévisions ponctuelles aboutissent à un chiffre concret pour les besoins futurs, cela ne doit pas donner l'impression que les prévisions actuelles des besoins peuvent prédire précisément l'évolution future des nombres de cas. Afin d'éviter une telle conclusion erronée, il convient de souligner ici que les besoins futurs en médecine hautement spécialisée dépendent de divers développements qui ne peuvent être prédits de manière définitive à l'heure actuelle. Il s'y ajoute par ailleurs des variations aléatoires dont certaines sont déjà évidentes dans l'analyse rétrospective. L'évolution démographique et ses conséquences sur les besoins attendus en matière de soins peuvent être estimées avec un degré de certitude

¹² Y compris l'effet de 1 % dû à l'interaction entre facteurs démographiques et épidémiologiques.

relativement élevé (prévisions démographiques). L'incertitude est en revanche plus grande en ce qui concerne les évolutions épidémiologiques et technico-médicales dont les effets sur les besoins futurs ont été intégrés à l'estimation des prévisions sur la base d'une enquête auprès d'experts.

6.2 Evaluation des candidatures soumises

Au cours de la procédure de candidature qui a eu lieu du 16 juin au 17 septembre 2020, le secrétariat de projet MHS a reçu 37 candidatures pour l'obtention d'un mandat de prestations MHS dans le domaine partiel des résections rectales profondes chez l'adulte. Les hôpitaux suivants se sont portés candidats à un mandat de prestations dans ce domaine partiel MHS :

- Kantonsspital Aarau, Aarau (KSA)
- Kantonsspital Baden, Baden (KSB)
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern (HL-BS)
- Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern (INSEL)
- Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern (LiH)
- Regionalspital Emmental AG, Burgdorf (RSE)
- Spital STS AG, Spital Thun, Thun (STS)
- Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel (SZB-CHB)
- Kantonsspital Baselland, Liestal (KSBL)
- St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel (CLARU)
- Hôpital Fribourgeois, Fribourg (HFR)
- Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève (HUG)
- Kantonsspital Graubünden, Chur (SGR)
- Klinik St. Anna AG, Luzern (HL-StA)
- Luzerner Kantonsspital, Luzern (LUKS-Lu)
- Luzerner Kantonsspital, Sursee (LUKS-Sur)
- Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès, Neuchâtel (RHNe)¹³
- Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen (KSSG)
- Klinik Stephanshorn, St. Gallen (HL-Steph)
- Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn, Solothurn (BSS)
- Spital Lachen AG, Lachen (LACH)
- Spital Thurgau AG, Frauenfeld (STG-F)
- Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano (MONCUC)
- Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano (EOC)
- Kantonsspital Uri, Altdorf (KSU)
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne CHUV)
- Clinique de la Source, Lausanne (SOURCE)
- Ensemble Hospitalier de la Côte, Hôpital de Morges, Morges (EHC)
- Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne (HL-Ce)

¹³ Par une lettre datée du 18 février 2021, le Réseau hospitalier neuchâtelois a retiré sa candidature.

- Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz (HRC)
- Hôpital du Valais, Sion (HVS)
- Kantonsspital Winterthur, Winterthur (KSW)
- Klinik Hirslanden AG, Zürich (HL-Z)
- Spital Limmattal, Schlieren (LIMM)
- Spital Uster, Uster (UST)
- Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich (TRIEM)
- Universitätsspital Zürich, Zürich (USZ)

On trouvera ci-après la présentation des résultats de l'évaluation des candidatures. De plus, si, dans le cadre de l'audition, les hôpitaux ont fourni des informations ou des documents supplémentaires ayant un impact sur le fait de savoir si une exigence est considérée comme remplie, il en est fait mention.

6.2.1 Engagement à remplir le mandat de prestations

Tous les candidats se déclarent prêts à assumer les missions de soins définies dans le rapport relatif au rattachement à la MHS¹⁴ et à satisfaire aux exigences liées à la fourniture des prestations de soins (cf. catalogue des exigences).

6.2.2 Qualité

Remise d'un rapport d'activité aux organes de la CIMHS et participation au registre

Tous les candidats se sont déclarés d'accord avec l'obligation de remettre un rapport d'activité aux organes de la CIMHS, ainsi que pour assumer les obligations prévues de tenue d'un registre, y compris son financement.

Qualité des structures et qualité des processus.

Presque tous les candidats satisfont aux exigences concernant la qualité des structures et des processus stipulées dans le catalogue des exigences. Ils disposent aussi bien des médecins spécialistes nécessaires à la réalisation des interventions dans le domaine partiel des résections rectales profondes que des autres professionnels qui doivent être disponibles dans le centre MHS ou sont contractuellement tenus de l'être, ainsi que de l'infrastructure nécessaire. En outre, ils présentent les cas dans un tumor board interdisciplinaire. Le KSU représente une exception, car il ne dispose ni d'une *équipe* chirurgicale ni d'un service de radiologie diagnostique disponible 24 h/24 et 7 j/7.

Qualité des résultats

Pour la première fois était exigée une mortalité inférieure ou égale à 3 %. Lors de l'exploitation des résultats, il s'est avéré que ce seuil ne peut pas être fixé de manière absolue, car la mortalité dépend des facteurs de risque des patients, en l'occurrence directement de l'âge, des comorbidités (index de Charlson, ASA) ainsi que du type de l'intervention (palliative, intervention en urgence et reprise chirurgicale). L'IMC n'a pas d'effet sur la mortalité. Il existe diverses références dans la littérature à ce sujet, les publications montrant toutes le même résultat [1–6]. Afin de garantir que les hôpitaux pourront à l'avenir prendre aussi en charge les patients à haut risque, il convient de procéder à une pondération du risque. C'est la raison pour laquelle l'organe de décision MHS attribue néanmoins aux hôpitaux qui remplissent toutes les exigences, à l'exception de ce paramètre, et sont nécessaires pour couvrir les besoins, un mandat de prestations assorti d'une obligation particulière. Une analyse plus détaillée des données de mortalité n'a été effectuée que pour les hôpitaux éligibles à un mandat de prestations parce qu'ils satisfaisaient aux autres exigences fixées.

¹⁴ Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée, rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée. Rapport final du 21 janvier 2016.

Les données issues des questionnaires et du registre ne concordent pas toujours. On s'est fondé sur les chiffres du registre. Bien que ceux-ci contiennent également les données fournies par les hôpitaux eux-mêmes, ils font toutefois l'objet d'un audit. Lors de l'appréciation, on ne considère pas chaque année séparément, mais on examine les trois années ensemble, ce qui aboutit à un certain effet de lissage. La mortalité étant exprimée en pourcentage des patients traités, un décès enregistré lorsque le nombre de cas est très faible a un effet particulièrement important.

Quelques hôpitaux ont déjà commenté leurs chiffres élevés de mortalité. L'INSEL explique que les deux patients décédés au cours des trois années considérées, qui souffraient déjà beaucoup, ne voulaient plus entendre parler d'autres traitements. Le LUKS-Sur n'a pas fait état de décès dans le questionnaire, mais le registre montre une mortalité trop élevée. Le BBS indique une mortalité moindre que dans le registre. Il explique que le décès tenait à une maladie sous-jacente grave. De même, le STG-F et l'HVS affichent une mortalité bien plus élevée dans le registre que celle déclarée dans le questionnaire. A l'inverse, l'HRC et l'UST déclarent chacun un décès qui ne figure pas dans le registre. L'UST explique également les décès par l'évolution de la pathologie sous-jacente, dans un cas le décès n'est pas dû à l'opération. Le TRIEM affiche également une mortalité excessive. Il indique comme raison les risques élevés des patients (âge avancé, score ASA, urgence, récurrence, situation palliative) ; de plus, la littérature internationale confirme que ces facteurs entraînent une mortalité accrue.

Rappelons que la mortalité – et les données sur la qualité des résultats en général – sont utilisées pour la première fois pour apprécier la candidature d'un fournisseur de prestations. Il semble indiqué de procéder à un ajustement du risque, mais il a été montré que les patients avec certaines caractéristiques ont un risque bien plus élevé de mourir après une opération. L'introduction de ce critère ne doit pas aboutir à ce que les fournisseurs de prestations ne veuillent plus traiter des tels patients. On propose donc que les hôpitaux remplissant tous les autres exigences reçoivent un mandat de prestations assorti d'une obligation particulière ; ledit mandat sera réexaminé au bout de quatre ans pour voir si la situation s'est améliorée au cours des trois années écoulées et si l'obligation est remplie.

6.2.3 Nombres minimaux de cas

Autodéclaration

Selon leurs propres indications, 17 candidats satisfont au nombre minimal de 20 cas par an (moyenne sur trois ans du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019), mais 19 pas.

KSA et BSS expliquent cela par un changement de chef de service au cours de la période en question et ont confiance d'atteindre à l'avenir le nombre de cas requis. BBS renvoie à une réforme structurelle qui a été menée et au fait que les deux hôpitaux de Soleure et le cabinet du nouveau responsable ont eu plus de 30 cas en 2017–2019. STS estime que le nombre de cas requis devrait être plus faible, car la définition de l'intervention par la Société allemande d'oncologie (DKG), sur laquelle se fonde le nombre minimal de cas requis de 20, est différente de la définition suisse. Celle-ci définit le rectum profond comme allant jusqu'à 16 cm de la marge anale, alors que la MHS fixe jusqu'à 12 cm. Par ailleurs, le relèvement du nombre minimal de cas n'était pas connu auparavant, c'est pourquoi il ne devrait pas être mis en œuvre rétroactivement, mais appliqué de manière prospective, par analogie avec le nombre de cas par chirurgien. En outre, il estime que des mandats de prestations « provisoires » sont à prévoir de nouveau. SZB-CHB et RHNe supposent qu'ils peuvent additionner leurs nombres de cas parce qu'ils sont engagés dans une coopération. La même argumentation est soutenue par le KSGR qui dispose d'un accord de coopération avec l'hôpital cantonal de Glaris. L IMM souhaite également atteindre le nombre de cas avec le nouveau réseau ZHnet, les hôpitaux de Bülach et de Zollikerberg lui adressent à présent les patients. L'UST annonce la fusion avec le GZO, ce qui devrait conduire à un plus grand nombre de cas, même si cette fusion ne trouvait pas de majorité lors d'un référendum, parce que ces établissements travailleront quoi qu'il en soit désormais en étroite collaboration. HFR explique que le nombre de cas varie d'une année sur l'autre, et devrait être de 25–30 en 2020. HL-StA signale qu'il utilise des techniques moderne d'exérèse endoscopique, notamment la TEM, ce qui explique qu'il a moins de cas MHS proprement dit. Le LUKS-Sur doute des données du registre et veut se fier uniquement aux comptes rendus opératoires ; il estime qu'en dépit de la pandémie, il atteint le nombre de cas requis en 2020. Le HRC fait état de la restructuration et de la réorganisation du paysage hospitalier dans la région. En ce qui concerne les résections rectales profondes, Monthey avait d'abord été désigné comme centre, mais cela a eu pour conséquence une perte massive de patients. Rennaz a été inauguré il y a dix mois et est en train de devenir le centre de référence de la région. HVS souligne l'évolution positive des nombres de cas.

Chiffres du registre et autres vérifications

Le respect du nombre minimal de cas a été contrôlé sur la base des cas inscrits dans le registre ; à des fins de plausibilisation, une comparaison avec la statistique médicale des hôpitaux (SM) a par ailleurs été effectuée. Cependant, on ne s'est pas fondé sur cette dernière, car cela ne faisait pas partie des critères exigés. On s'est fondé pour ce faire sur la moyenne annuelle pendant la période du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019. Les services ayant indiqué atteindre le nombre minimal de cas dans l'autodéclaration, mais pour lesquels le nombre annuel de cas d'après le registre était inférieur au nombre minimal de cas, ainsi que d'autres hôpitaux contrôlés de façon aléatoire, ont été priés de fournir les comptes rendus opératoires concernés. De plus, les candidats devaient fournir les rapports de rectoscopie rigide ou, à défaut, de colonoscopie ainsi qu'une capture d'écran d'une IRM de profil avant traitement néoadjuvant, avec indication des distances (bord supérieur du sphincter et bord inférieur de la tumeur visibles), afin de pouvoir contrôler de façon incontestable si la définition MHS de la résection rectale profonde avait été respectée. Ces documents ont ensuite été examinés par des experts pour déterminer s'il s'agissait de cas MHS selon la définition retenue pour le rattachement à la MHS. Ce contrôle a été réalisé pour les établissements suivants : INSEL, KSBL, LUKS-Lu, BSS, STG-F, EOC et HVS. Chez ces candidats, c'est le nombre de cas ainsi contrôlé qui a été utilisé. Pour tous les hôpitaux, seuls ont été pris en compte les cas qui avaient été traités sur le site candidat à un mandat de prestations.

D'après la vérification des chiffres du registre et/ou des comptes rendus opératoires, 15 candidats atteignent encore le nombre minimal de cas par rapport à l'autodéclaration, mais 21 pas (cf. Tableau 5 et annexe A2).

Nombres de cas par opérateur

Une nouvelle exigence consistant en un nombre minimal de cas par opérateur a été fixée, avec un seuil de dix opérations. Il s'agit de fournir la preuve de l'expérience des chirurgiens dans la réalisation de ces interventions spécifiques. Cette exigence étant nouvelle, elle n'a pas été recueillie rétrospectivement de façon contraignante. Les intéressés ont été informés qu'elle serait contrôlée deux ans après l'attribution du mandat de prestations. Les centres bénéficiant d'un mandat de prestations pour les résections rectales profondes chez l'adulte s'engagent à ce que ce ne soient que des chirurgiens atteignant ce nombre de cas qui effectuent ces opérations, ainsi qu'à consigner ces nombres de cas dans le registre et à les communiquer au secrétariat de projet MHS (à l'intention de l'organe scientifique MHS). Les centres ont toutefois déjà été priés de fournir les données correspondantes pour la période 2017–2019. Les hôpitaux ont également donné des indications, accompagnées parfois d'explications, sur les raisons pour lesquelles le nombre n'a pas encore pu (pour tous) être atteint. Toutefois, du fait de la mauvaise qualité des données à cet égard dans le registre, un contrôle n'a pas pu être effectué. On a donc préféré ne pas énumérer ici les divers commentaires.

Le catalogue des critères précise que les mandats de prestations expirent automatiquement si l'exigence n'est pas remplie deux ans après l'entrée en vigueur du mandat (mandat de prestations conditionnel). Du fait de la mauvaise qualité actuelle des données et de l'incertitude qui en découle quant à l'évolution de la situation, il est pour l'heure impossible d'estimer si une proportion significative d'hôpitaux satisfera à cette exigence. Afin de ne pas compromettre la fourniture des soins à ce moment-là, il convient donc de ne pas attribuer des mandats de prestations assortis de conditions, mais d'une obligation correspondante. De plus, la période d'observation a été portée à trois ans pour faire en sorte que le contrôle ait lieu au cours de la quatrième année. Cela permet de vérifier le respect de l'exigence dans son intégralité et de prendre les mesures appropriées.

6.2.4 Enseignement, formation postgrade et recherche

Le respect des exigences requises en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche a été évalué à l'aide d'un schéma d'évaluation standardisé ; celui-ci tient compte des activités des fournisseurs de prestations dans la formation, la formation postgraduée, la recherche clinique ainsi que des publications dans le domaine MHS de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée. Selon les résultats du schéma d'évaluation standardisé, 13 candidats satisfont aux exigences, mais 23 pas (entièrement). Lors de l'audition, le KSA, le LiH, le STS, le SZB-CHB, l'HFR, le KSGR et l'HL-Z ont fourni des publications ou des études supplémentaires ou bien leurs études et publications ont été réexaminées, de sorte que ces hôpitaux satisfont désormais à cette exigence (voir tableau 5).

Par ailleurs, la reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour la chirurgie viscérale, catégorie V1 ou V2, était exigée. Les statuts « reconnu » et « en cours de réévaluation » ont été considérés comme valables, aucun hôpital ne possédait le statut « provisoire ». On ne s'est pas fondé ici sur l'autodéclaration, mais sur le contrôle direct de la liste de l'ISFM des établissements de formation postgraduée reconnus publiée sur le site de ce dernier. Au moment du dépôt des candidatures, 26 candidats disposaient d'une reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour la chirurgie viscérale V1 ou V2, mais 10 pas. Quelques candidats ont indiqué avoir demandé à passer dans la catégorie supérieure (V3 à V2) ou remplir déjà l'exigence requise. Entre-temps, le RSE, MONCUC ainsi que le HRC ont satisfait également à cette exigence.¹⁵

Les cliniques Hirslanden contestent sur le principe que les exigences en matière d'enseignement, de formation postgraduée et de recherche puissent être requises pour un mandat de prestations en chirurgie viscérale MHS et demandent qu'ils ne soient pas appliqués. HFR souligne son rôle dans la formation des étudiants en médecine à l'université de Fribourg, où une filière de master est à présent également proposée. L'HL-StA explique qu'elle est reconnue comme établissement de formation postgraduée V3 et coopère avec les autres cliniques Hirslanden dans le cadre du réseau HIMED, ce que signale également HL-Steph. Ils sont également en discussion avec les responsables pour participer au Joint Medical Master de l'Université de Saint-Gall. LACH a demandé à l'ISFM sa reconnaissance comme établissement de formation postgraduée en chirurgie viscérale. La MONCUC a tout récemment reçu sa reconnaissance comme établissement de formation postgraduée B2 et a à présent déposé une demande pour V2.¹⁶ HL-Ce signale son étroite collaboration avec HL-BS en matière de formation postgraduée et de recherche. L'HRC explique qu'en raison de la restructuration du paysage hospitalier de sa région, en l'occurrence le report de l'ouverture du site de Rennaz, il n'a pas encore pu déposer de demande de reconnaissance comme établissement de formation postgraduée, mais que cela est prévu.¹⁷ HL-Z indique qu'elle est un hôpital de formation de l'université de Zurich. L'enseignement est coordonné par HIMED. L'UST signale que son corps médical est engagé dans des projets de recherche en collaboration avec l'université de Bâle et l'USZ.

6.2.5 Economicité

L'analyse des données pour l'examen de l'économicité des fournisseurs de prestations a été effectuée par un tiers mandaté pour ce faire. Le groupe d'experts « examen de l'économicité MHS » s'est penché sur les analyses puis a établi un rapport avec les principales conclusions de l'examen de l'économicité. Les résultats de cet examen sont résumés dans le Tableau 4 et la démarche méthodologique dans l'annexe A3.

Les analyses se basent sur la comparaison des coûts moyens par cas pour chaque hôpital ajustés pour le case-mix (valeurs de base) de 2018. Outre l'évaluation au niveau de l'ensemble de l'hôpital, on a également tenu compte de l'économicité de la fourniture des prestations MHS. Deux approches différentes ont donc été employées :

1. **Méthodologie ITAR_K®** : dans l'évaluation des données relatives aux coûts selon la méthode ITAR_K®, les coûts des hôpitaux à prendre en compte pour le calcul des valeurs de base ajustées pour le case-mix sont déterminés en s'inspirant des « Recommandations pour l'examen de l'économicité »¹⁸ formulées par la CDS. La médiane des hôpitaux candidats sert de valeur de référence¹⁹ (CHF 9'873) (cf. tableau 4, colonne de gauche).
2. **Méthodologie SwissDRG** : dans l'évaluation selon la méthode de SwissDRG, les valeurs de base calculées des hôpitaux ajustées pour le case-mix sont déterminées pour les cas du spectre MHS spécifique concernés. Les valeurs de référence sont ici d'une part la médiane des hôpitaux candidats (CHF 12'029) (cf. tableau 4, colonne du milieu) et, d'autre part, la moyenne pondérée pour le nombre de cas (PNC) des hôpitaux candidats¹⁹ (CHF 12'838) (cf. tableau 4, colonne de droite).

¹⁵ Les données consultées ont été mises à jour le 4 janvier 2023 et de nouveau le 8 mai 2023.

¹⁶ Les données consultées le 8 mai 2023 montrent que la MONCUC est reconnu comme établissement de formation postgraduée V2.

¹⁷ Les données consultées le 8 mai 2023 montrent que le HRC est reconnu comme établissement de formation postgraduée V2.

¹⁸ Les recommandations relatives à l'examen de l'économicité valent aussi par analogie pour l'examen de l'économicité MHS.

¹⁹ Le rapport sur l'examen de l'économicité a été établi avant que deux hôpitaux ne retirent leur candidature (chacun dans un domaine partiel) et sont donc encore inclus dans les comparaisons.

On ne tient compte des différences de coûts de nature régionale pour l'appréciation de l'économicité ni dans l'utilisation de la publication des coûts selon la méthode ITAR_K®, ni dans les données SwissDRG. C'est ainsi que, faute d'une méthodologie largement acceptée, la variation locale des coûts salariaux n'est pas corrigée. De même, on n'a pas non plus tenu compte de la qualité des résultats médicaux dans le cadre de l'examen de l'économicité MHS. En outre, il n'a pas été effectué de distinction entre les catégories d'hôpital. Bien que les hôpitaux universitaires aient en général tendance à avoir une valeur de base plus élevée que les hôpitaux de centre ou les hôpitaux régionaux, il n'existe toutefois pas de méthodologie valable de standardisation.

Tableau 4. Classement des hôpitaux en « économiques »^a, « plutôt économiques »^b, « neutres »^c, « plutôt pas économiques »^d et « pas économiques »^e selon trois méthodes différentes

Prestataires	Méthodologie		
	ITAR_K®	SwissDRG	Moyenne pondérée pour le nombre de cas
Valeur de référence	Médiane	Médiane	
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	–	0	+
Kantonsspital Baden AG, Baden	0	+	+
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	0	+	++
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitäts-spital Bern	–	--	--
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	–	+	+
Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	+	0	+
Spital STS AG, Spital Thun, Thun	+	+	++
Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel	0	--	--
Kantonsspital Baselland, Liestal	--	--	--
St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel	–	--	–
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	–	0	+
Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève	--	--	--
Kantonsspital Graubünden, Chur	+	+	++
Klinik St. Anna AG, Luzern	+	+	+
Luzerner Kantonsspital, Luzern	0	(--)	(-)
Luzerner Kantonsspital, Sursee	+	(--)	(-)
Klinik Stephanshorn, St. Gallen	+	[--]	[--]

Prestataires	Valeur de référence	Méthodologie		Moyenne pondérée pour le nombre de cas
		ITAR_K®	SwissDRG	
		Médiane	Médiane	
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen		–	+	++
Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn, Solothurn		(–)	(–)	(0)
Spital Lachen AG, Lachen		+	ND	ND
Spital Thurgau AG, Frauenfeld		0	+	++
Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano		+	[0]	[+]
Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civ., Lugano		+	++	++
Kantonsspital Uri, Altdorf		0	[+]	[+]
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne		--	+	+
Clinique de la Source, Lausanne		--	ND	ND
Ensemble Hospitalier de la Côte, Hôpital de Morges, Morges		–	[–]	[–]
Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne		+	[– –]	[– –]
Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz		–	++	++
Hôpital du Valais, Sion		+	[+]	[+]
Kantonsspital Winterthur, Winterthur		0	--	--
Klinik Hirslanden AG, Zürich		–	--	--
Spital Limmattal, Schlieren		+	+	++
Spital Uster, Uster		0	[– –]	[–]
Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich		–	0	+
Universitätsspital Zürich, Zurich		--	--	--

^a «++» : la valeur de base de l'hôpital est inférieure de plus de 10 % à la valeur de référence.

^b «+» : la valeur de base de l'hôpital est située entre 10 % et au moins 1,01 % au-dessous de la valeur de référence.

^c «0» : la valeur de base de l'hôpital est du même ordre que la valeur de référence, c'est-à-dire qu'elle varie entre -1 % et +1 % par rapport à celle-ci.

^d «–» : la valeur de base de l'hôpital est située entre 10 % et au moins 1,01 % au-dessus de la valeur de référence.

^e «- -» : la valeur de base de l'hôpital excède de plus de 10 % la valeur de référence..

[] : Le nombre de cas est inférieur à 12, une appréciation statistique est difficilement possible.

() : Non spécifique à un site

ND : il est impossible de se prononcer, car le fournisseur de prestations ne traitait pas de cas pendant l'année analysée.

Les analyses concernant l'économicité de la fourniture des prestations ont été réalisées avec les méthodes précitées – la première (ITAR_K®) incluant l'hôpital dans son ensemble, la seconde (SwissDRG) avec des données plus spécifiques pour le domaine MHS, deux-sous méthodes ayant en plus été employées avec cette dernière. La méthode ITAR_K® ne permet pas d'imputer des cas à un domaine ou à un domaine partiel MHS spécifique, ce qui signifie que la comparaison des coûts par cas avec cette méthode se réfère à l'ensemble de la palette de prestations aiguës stationnaires de l'hôpital ou du site concerné. Avec la méthodologie « SwissDRG », il est en revanche possible de procéder à des comparaisons de coûts entre les hôpitaux se limitant à un domaine ou un domaine partiel MHS spécifique. Dans la mesure où il convient de tenir compte de l'économicité de la fourniture des prestations dans le présent domaine partiel MHS et moins de celle de l'hôpital dans son ensemble, on doit préférer la méthodologie « SwissDRG » à « ITAR_K® ». Dans la méthodologie « SwissDRG », les hôpitaux ayant un nombre de cas important sont davantage pris en compte en employant la « moyenne SwissDRG pondérée pour le nombre de cas » que la « médiane SwissDRG ». Pour la présente appréciation, conformément à la recommandation du groupe d'experts « Examen de l'économicité MHS », on a appliqué la méthodologie « moyenne SwissDRG pondérée pour le nombre de cas ».

Résultats selon la méthodologie « moyenne SwissDRG pondérée pour le nombre de cas » (voir Tableau 4, colonne de droite)

Parmi les 33 hôpitaux ayant pu être inclus dans l'examen, 40 % étaient moins économiques que la moyenne et 58 % plus économiques. Quatre des non économiques se situaient à plus de 20 % au-dessus de la moyenne, cinq à plus de 10 %. La dispersion était un peu moindre parmi les hôpitaux économiques, huit affichaient des valeurs de plus de 10 % et onze entre 5 et 10 % au-dessous de la moyenne. HRC, EOC et STG-F obtiennent les meilleurs résultats, HL-Ce, HL-Z et KSBL les plus mauvais. Pour les sites du Luzerner Kantonsspital et des Solothurner Spitaler, on ne disposait pas de chiffres distincts pour chaque site. Quant à la SOURCE, on ne disposait absolument d'aucun chiffre. LACH n'avait aucun cas en 2018, que ce soit dans SwissDRG, dans le registre ou dans la SM, même s'il a indiqué onze cas dans le questionnaire. HL-Steph, MONCUC, KSU, EHC, HVS et UST affichaient moins de douze cas. L'évaluation selon SwissDRG ne permet pas de se prononcer de façon statistiquement fiable lorsque le nombre de cas est faible. La fiabilité du calcul des coûts est donc restreinte. Les énoncés sur l'économicité doivent donc être relativisés.

6.2.6 Résumé de l'évaluation des candidatures reçues

Le tableau 5 résume l'évaluation des candidatures qui nous ont été soumises.

Tableau 5 : respect des exigences par les fournisseurs de prestations

Prestataire	Engagement à remplir le mandat de prestations ¹⁾	Disponibilité à remettre un rapport, tenue du registre ¹⁾	Nombre minimal de cas ²⁾	Qualité des structures et des processus ^{1), 3)}	Qualité des résultats (mortalité) ²⁾	Etablissement de formation postgradué V1 ou V2 ⁴⁾	Enseignement, formation postgrade et recherche ⁵⁾	Economicité ⁶⁾
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui ^{nouveau}	+
Kantonsspital Baden AG, Baden	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	+

Prestataire	Engagement à remplir le mandat de prestations ¹⁾	Disponibilité à remettre un rapport, tenue du registre ¹⁾	Nombre minimal de cas ²⁾	Qualité des structures et des processus ^{1), 3)}	Qualité des résultats (mortalité) ²⁾	Etablissement de formation postgraduée V1 ou V2 ⁴⁾	Enseignement, formation postgrade et recherche ⁵⁾	Economicité ⁶⁾
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	++
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitäts-spital Bern	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	--
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui ^{nouveau}	+
Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui ^{nouveau}	Non	+
Spital STS AG, Spital Thun, Thun	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui ^{nouveau}	++
Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui ^{nouveau}	--
Kantonsspital Baselland, Liestal	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	--
St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	-
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui ^{nouveau}	+
Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	--
Kantonsspital Graubünden, Chur	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui ^{nouveau}	++
Klinik St. Anna AG, Luzern	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	+

Prestataire	Engagement à remplir le mandat de prestations ¹⁾	Disponibilité à remettre un rapport, tenue du registre ¹⁾	Nombre minimal de cas ²⁾	Qualité des structures et des processus ^{1), 3)}	Qualité des résultats (mortalité) ²⁾	Etablissement de formation postgraduée V1 ou V2 ⁴⁾	Enseignement, formation postgrade et recherche ⁵⁾	Economicité ⁶⁾
Luzerner Kantonsspital, Luzern	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	(-)
Luzerner Kantonsspital, Sursee	Oui	Oui	Non	Oui	Non ²⁾ *	Non	Non	(-)
<i>Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès, Neuchâtel²⁰</i>								
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	++
Klinik Stephanshorn, St. Gallen	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	[- -]
Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn, Solothurn	Oui	Oui	Non	Oui	Non ²⁾ *	Oui	Oui ^{nouveau}	(0)
Spital Lachen AG, Lachen	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	ND
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	++
Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui ^{nouveau}	Non	[+]
Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	++
Kantonsspital Uri, Altdorf	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	[+]
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	+

²⁰ Par une lettre datée du 18 février 2021, le Réseau hospitalier neuchâtelois a retiré sa candidature.

Prestataire	Engagement à remplir le mandat de prestations ¹⁾	Disponibilité à remettre un rapport, tenue du registre ¹⁾	Nombre minimal de cas ²⁾	Qualité des structures et des processus ^{1), 3)}	Qualité des résultats (mortalité) ²⁾	Etablissement de formation postgraduée V1 ou V2 ⁴⁾	Enseignement, formation postgrade et recherche ⁵⁾	Economicité ⁶⁾
Clinique de la Source, Lausanne	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	ND
Ensemble Hospitalier de la Côte, Hôpital de Morges, Morges	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui ^{nouveau}	[-]
Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	[- -]
Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz	Oui	Oui	Non	Oui	Oui ^{2)*}	Oui ^{nouveau}	Non	+ +
Hôpital du Valais, Sion	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	[+]
Kantonsspital Winterthur, Winterthur	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	--
Klinik Hirslanden AG, Zürich	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui ^{nouveau}	--
Spital Limmattal, Schlieren	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	+ +
Spital Uster, Uster	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	[-]
Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	+
Universitätsspital Zürich, Zurich	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	--

Fond vert = exigence remplie.

Fond rouge = exigence non remplie.

¹⁾ Evaluation basée sur l'autodéclaration des fournisseurs de prestations

²⁾ Appréciation basée sur les données du registre. Nombres de cas : en cas de divergences par rapport à l'autodéclaration, les nombres de cas ont été contrôlés sur la base des comptes rendus opératoires (y c. rapport de rectoscopie rigide ou de colonoscopie ainsi que capture d'écran d'une IRM de profil). Mortalité : les divergences importantes (« rempli »/« non rempli ») par rapport à l'autodéclaration sont signalées par ^{2)*}.

³⁾ Contrôle d'après le catalogue des exigences.

⁴⁾ Vérification fondée sur la liste des établissements de formation postgraduée reconnus de l'ISFM ; mise à jour le 4 janvier 2023 et le 8 mai 2023.

⁵⁾ Contrôle d'après le schéma d'évaluation standardisé sur l'enseignement, la formation postgrade et la recherche

⁶⁾ Conformément à la recommandation du groupe d'experts pour l'examen de l'économicité, c'est la « moyenne SwissDRG pondérée pour le nombre de cas » qui a été prise en considération. Les cinq catégories de résultats ont été traduites en points : ++ (économique), + (plutôt économique), 0 (neutre), – (plutôt pas économique) et – – (pas économique). Les [crochets] signifient qu'en raison des faibles nombres de cas (moins de 12), les calculs relatifs à l'économicité sont statistiquement peu fiables. Les (parenthèses) signifient qu'on ne disposait pas des données spécifiques à un site donné, si bien qu'il est impossible de se prononcer.

ND : pas de données ou pas de nombres de cas.

^{nouveau} Mise à jour depuis la candidature, p. ex. parce que des documents supplémentaires ont été fournis dans le cadre de l'audition. L'exigence n'était pas remplie ou jugée comme telle au moment de la première évaluation de la candidature, mais est considérée comme remplie après l'analyse des résultats de l'audition.

6.3 Garantie du droit d'être entendu

Le projet de rapport pour l'attribution prévue des prestations du 4 octobre 2021²¹ a été soumis pour audition (garantie du droit d'être entendu) le 8 décembre 2021. L'organe scientifique MHS y recommandait d'attribuer un mandat de prestations limité à 6 ans aux fournisseurs de prestations suivants :

- Kantonsspital Baden AG, Baden
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern
- Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern, Bern (*mandat de prestations conditionnel*)
- Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern (*mandat de prestations conditionnel*)
- Kantonsspital Baselland, Liestal
- St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel
- Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève
- Luzerner Kantonsspital, Luzern
- Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen
- Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Kantonsspital Winterthur, Winterthur
- Klinik Hirslanden AG, Zürich (*mandat de prestations conditionnel*)
- Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich (*mandat de prestations conditionnel*)
- Universitätsspital Zürich, Zürich

Les acteurs suivants ont été invités à participer à l'audition : tous les cantons, les fournisseurs de prestations concernés, cinq (associations d')assureurs, les décanats des facultés de médecine des cinq universités avec hôpital universitaire, douze sociétés savantes et 13 autres institutions et organisations. Le secrétariat de projet MHS a reçu en tout 57 prises de position. Parmi les hôpitaux concernés, le KSB, les HUG, le KSU, la SOURCE et l'UST n'ont pas pris part à l'audition. De plus, l'USB a participé à l'audition, bien qu'il n'ait pas lui-même fait acte de candidature.

²¹ Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée, domaines partiels des résections rectales profondes et de la chirurgie bariatrique complexe, rapport explicatif pour l'attribution des prestations, projet pour la garantie du droit d'être entendu, 4 octobre 2021.

6.3.1 Avis

Une majorité des participants à l'audition approuve l'attribution des prestations dans le domaine partiel des résections rectales profondes chez l'adulte, tandis que du côté des hôpitaux, une courte majorité s'est prononcée contre. Pour des raisons faciles à concevoir, les avis défavorables émanent pour la plupart d'hôpitaux auxquels le projet de rapport soumis pour audition préconise de ne pas attribuer de mandat de prestations. On trouvera résumés ci-après les avis critiques.

Les cantons en faveur du non craignent souvent un impact négatif sur l'offre de soins, que ce soit dans la discipline elle-même ou sous la forme de répercussions sur l'attractivité de leurs hôpitaux. Certains toutefois se prononcent pour une concentration plus poussée des prestations. Des voix critiquent le fait que plusieurs mandats de prestations soient parfois attribués dans les centres urbains, alors que les régions périphériques, par exemple le sud-est de la Suisse ou le Valais, ne bénéficient plus d'aucun mandat de prestations. Un canton se réjouit que la mortalité à 30 jours ne soit pas utilisée comme critère d'exclusion. Quelques cantons soutiennent leurs hôpitaux et se prononcent pour qu'ils obtiennent des mandats de prestations.

Quelques participants à l'audition remettent en question le rattachement à la MHS (cliniques Hirslanden, KSGR). L'un d'eux estime en particulier que les résections rectales profondes ne sont pas rares (HL-BS).

Certains hôpitaux (KSA, RSE, STS, SZB-CHB, HFR, soH et STG) ont rédigé une lettre commune accompagnée de pièces jointes (« document de base »), dans laquelle ils prennent position sur les critères exigés et leur évaluation. Ils déplorent que l'organe scientifique MHS ne retienne que les nombres minimaux de cas comme indicateur de qualité, bien que des paramètres directs soient également disponibles en chirurgie rectale. La mortalité n'en fait pas vraiment partie, elle constitue plutôt un marqueur de la qualité de l'indication que de la qualité du traitement. Les nombres minimaux de cas occupent une place éminente dans toute la procédure, mais leur niveau n'est pas scientifiquement établi. Si l'on se fonde sur les directives de la DKG, il faudrait alors se baser sur la même définition des interventions, ce qui n'est pas le cas ; la DKG prend en compte les résections rectales jusqu'à 16 cm. Tant qu'à faire, il faudrait utiliser les nombres de cas par opérateur. Dans la mesure où cette exigence n'est recueillie que de manière prospective, les opérateurs ne prendraient plus en compte, en cas de changement de poste, que les hôpitaux disposant d'un mandat de prestations MHS, de sorte qu'on peut se demander comment d'autres hôpitaux pourraient à nouveau postuler à un mandat de prestations MHS. Selon ces avis, les nombres minimaux de cas ne constituent donc pas un critère d'exclusion approprié dans la procédure d'attribution des prestations. Par ailleurs, les hôpitaux critiquent le fait qu'on n'ait pas vérifié les rectoscopies rigides de tous les cas. Il existe donc un risque qu'on ait pris en compte des cas qui, s'ils avaient été vérifiés par cette technique, se seraient avérés comme ne relevant pas d'une intervention MHS. Du reste, les comptes rendus opératoires n'ont pas non plus été vérifiés dans tous les cas. En outre, la taille de la tumeur – et pas seulement sa localisation – est aussi un indicateur pour une intervention complexe. En ce qui concerne les exigences en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche, ils critiquent le caractère inintelligible de la logique qui fait que seul n'est plus reconnu que le niveau supérieur V2 (au lieu de V3) pour les exigences relatives aux établissements de formation postgraduée. De surcroît, il convient d'élargir la prise en compte des sujets de recherche et la durée, car les connaissances scientifiques ne peuvent souvent être acquises que sur une longue période. Enfin, l'économicité de la fourniture des prestations ne doit pas être négligée.

Nombres minimaux de cas : on soulève la question des fondements scientifiques du relèvement du nombre minimal de cas de 12 à 20. Le KSGR doute que cela permette d'aboutir à une meilleure qualité. Les BSS estiment que ce relèvement constitue une décision déloyale et souhaite qu'on se fonde sur de nouveaux nombres de cas. Le LImm aurait souhaité au moins une période de transition. La HL-StA est d'avis qu'il faut également prendre en compte des nombres de cas plus récents que ceux de la période d'observation et estime que cela relève de l'appréciation de l'organe scientifique MHS. Dans le cas contraire, celui-ci sous-utilise la latitude d'appréciation qui lui incombe. Divers hôpitaux font remarquer que la DKG se base sur une autre définition des résections rectales profondes, de sorte que le nombre minimal de cas qu'elle a fixé ne peut pas être repris tel quel.

Un certain nombre d'hôpitaux expliquent qu'ils n'ont pas atteint le nombre minimal de cas durant la période de recueil des données en raison d'un changement de médecin-chef, que les nombres de cas ont augmenté depuis et seront atteints à l'avenir, ou ils renvoient à un nombre croissant de cas qui atteint le seuil

exigé après la période de recueil des données (KSA, HFR, KSGR, BSS, EHC). Outre l'évolution démographique, l'EHC justifie cette situation par l'ouverture d'un centre digestif régional et d'un centre spécialisé en proctologie. D'autres contestent le nombre de cas recensé (RSE, HFR). L'HVS n'est pas d'accord avec la période de recueil des données, car il se trouvait justement alors en pleine restructuration.

Maints hôpitaux signalent qu'ils sont engagés dans une coopération avec un autre hôpital, et que cela devrait s'accompagner d'une augmentation du nombre de cas (HFR, CAPS). La HL-Steph estime que les nombres minimaux de cas peuvent être atteints en association avec d'autres services, tandis que les BSS et le STG-F souhaitent pouvoir additionner les nombres de cas avec ceux de leur autre site. Le STG-F se réfère à un arrêt du Tribunal administratif fédéral selon lequel il n'est pas possible de fixer des directives relatives à l'attribution de prestations spécifiquement pour un site. Ce même hôpital déduit de l'attribution d'un mandat de prestations conditionnel à un hôpital tessinois qui ne satisfait pas aux nombres minimaux de cas qu'il a également droit à un tel mandat.

Mortalité : on regrette que, à côté de la mortalité, d'autres indicateurs de la qualité des résultats n'aient pas été examinés (KSGR, MONCUC). Les BSS remettent en question la pertinence de la mortalité comme marqueur de la qualité des résultats : en effet, le nombre de cas est si faible qu'un seul décès, même s'il n'est pas dû à une qualité insuffisante, a un impact massif. La MONCUC fait remarquer qu'une mortalité élevée pourrait également être due à une mauvaise indication. Le STG-F émet également des doutes à ce sujet et renvoie aux facteurs de risques.

Enseignement, formation postgrade et recherche : le KSA, le LiH²² et le STS ont soumis d'autres études/publications. Quelques hôpitaux (RSE, STS, BSS) estiment que leurs études et publications n'ont pas été correctement évaluées et critiquent le manque de transparence des critères d'évaluation. L'EHC n'arrive pas non plus à comprendre la raison pour laquelle ses activités ne sont pas suffisantes et demande de bénéficier au moins d'un mandat de prestations conditionnel, car cela est nécessaire aux besoins de sa région. Un établissement (HFR) se réfère à la nouvelle filière d'études de médecine et considère qu'un mandat de prestations est nécessaire eu égard à la chaire de chirurgie.

Les cliniques Hirslanden et la MONCUC soutiennent que l'exigence relative à l'enseignement, à la formation postgraduée et à la recherche ne devrait pas faire l'objet d'une évaluation, car elle ne se fonde pas sur la LAMal ni ne sert directement aux patients, et défavorise de surcroît les hôpitaux privés. Ce critère devrait du moins être utilisé avec une grande circonspection ; on devrait notamment tenir compte également des groupements de formation postgraduée ou ne pas appliquer cette exigence à un site spécifique.

Etablissement de formation postgraduée : le RSE a obtenu le statut d'établissement de formation postgraduée V2. La HL-StA et la HL-Steph sont encore classées V3, mais promettent de passer en V2 si elles disposent d'un mandat de prestations. Quelques hôpitaux ne comprennent pas pourquoi on ne tient désormais plus compte de V3 et souhaitent une justification (RSE) ou être consultés au préalable (HL-Steph). Faute d'un mandat de prestations, le KSGR craint de perdre son statut d'établissement de formation postgraduée V1. La MONCUC et le HRC disent qu'ils ont soumis une demande à l'ISFM.²³ L'HFR explique que cela n'était pas possible plus tôt, car le nouvel hôpital se trouve en phase de démarrage.

Economicité : ce sont surtout les hôpitaux affichant une bonne economicité qui souhaitent qu'on tienne davantage compte de celle-ci. Selon la MONCUC, il conviendrait d'accorder plus d'importance à l'économicité qu'à l'enseignement, à la formation postgraduée et à la recherche.

Offre de soins : certains hôpitaux arguent de leur contribution à l'offre de soins dans leur région, parfois en se référant à la ou aux langue(s) et à l'accessibilité (SZB-CHB). Les patients du sud-est de la Suisse seront pris en charge en Suisse orientale, sans tenir compte des distances. De plus, la région de soins est en train de s'organiser avec des hôpitaux partenaires (KSGR). La HL-Steph estime que les propositions placent la Suisse orientale en situation de sous-capacité, car elle disposait après tout jusqu'à présent d'un mandat de prestations cantonal. Le STG-F considère également que, sans son offre de soins, la région se trouvera en situation de sous-capacité. Quant à l'HVS, il trouve que la répartition régionale laisse à désirer, les centres bénéficiant de plusieurs prestataires contrairement aux régions périphériques.

Autres : quelques hôpitaux renvoient à leur certification comme centre de tumeurs intestinales par la DKG ou à une certification Iso (KSA, STS, BSS, MONCUC). Certains mentionnent qu'ils disposent d'un robot

²² Dans le cadre d'une seconde audition. Celle-ci a été organisée parce que l'organe scientifique MHS, après la première audition, où il avait laissé entrevoir au LiH la possibilité de lui accorder un mandat de prestations conditionnel, ne voulait cependant plus attribuer de tels mandats.

²³ Les données consultées le 8 mai 2023 montrent que la MONCUC et le HRC sont reconnus comme établissements de formation postgraduée V2.

chirurgical – la HL-StA prétend qu'elle est leader en Suisse dans ce domaine – ou signalent qu'ils ont obtenu de bons résultats (STS, HFR) lors de l'audit du registre de chirurgie viscérale (contrôle de la qualité des données). L'INSEL se prononce en faveur d'offres d'hôpitaux publics comme privés dans toutes les régions. Le RSE met en question l'indépendance de l'organe scientifique MHS. Le KSGR n'est pas d'accord avec la manière dont les exigences de la LAMal sont mises en œuvre ; il estime que le nombre minimal de cas est le critère pratiquement exclusif d'attribution des prestations, mais pas l'économicité ni l'accessibilité au traitement. La HL-BS juge qu'il n'est pas correct que les exigences soient spécifiques à un site donné. L'HRC craint que la perte du mandat de prestations pour les résections rectales profondes puisse aussi avoir des répercussions négatives sur d'autres offres de l'hôpital.

Le RHNe a retiré sa candidature, qu'il avait à l'origine déposée conjointement avec le SZB-CHB, mais souhaite revenir sur sa décision, car il s'était pour ce faire basé sur des données erronées. Il voulait ainsi accroître les chances pour l'SZB-CHB d'obtenir un mandat de prestations. Selon ses indications, ils atteignent à eux deux un nombre minimal de dix interventions.

6.3.2 Appréciation de l'organe scientifique MHS

L'objectif de l'organe scientifique MHS est de parvenir à offrir une prise en charge médicale adaptée aux besoins et de haute qualité dans le domaine de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée.

La littérature scientifique démontre amplement que la qualité de l'offre augmente lorsque les fournisseurs de prestations disposent d'une grande expérience. Il est généralement admis que cette expérience se reflète dans le nombre minimal de cas, même s'il n'est pas possible d'indiquer un seuil précis au-dessous duquel la qualité serait mauvaise et au-dessus duquel elle serait bonne. Les nombres minimaux de cas sont prévus par l'OAMal (art. 58d, al. 4 et art. 58f, al. 4, let. f) et étayés par la jurisprudence.²⁴ Le Tribunal administratif fédéral a en particulier confirmé à plusieurs reprises qu'un relevé rétrospectif des nombres de cas n'est pas contestable.²⁵

La formation postgraduée est importante pour la qualité globale des traitements. La médecine doit également évoluer pour offrir une bonne qualité, et cela ne peut se faire que par l'enseignement, la formation postgraduée et la recherche. Cette exigence s'appuie sur la CIMHS (art. 4, al. 4, ch. 2 et 3).

Eu égard à l'économicité, les données disponibles ne permettent pas d'évaluer tous les hôpitaux avec la même fiabilité, raison pour laquelle on a accordé un poids plus important à d'autres critères.

Dans ses recommandations pour l'attribution des prestations, l'organe scientifique MHS prend en considération l'ensemble des exigences définies et ne se fonde pas exclusivement sur un seul critère de qualité. Pour l'attribution des prestations, il propose les candidats qui, dans l'ensemble, satisfont le plus largement aux exigences requises et couvrent au mieux les soins concernés.

La MHS vise une planification pour l'ensemble de la Suisse. Le présent domaine partiel ne comprend aucune intervention en urgence et ne nécessite donc pas de disposer d'une répartition régionale équilibrée des centres MHS. L'accessibilité a néanmoins été prise en compte et les besoins sont couverts dans l'ensemble de la Suisse. Il n'est donc pas nécessaire d'attribuer un mandat de prestations aux hôpitaux qui ne satisfont pas aux exigences.

²⁴ Arrêt du TAF C-2585/2019 du 7 juin 2022 consid. 8.1.2.

²⁵ Arrêt du TAF C-2887/2019 du 26 janvier 2021 consid. 8.4 sqq, Arrêt du TAF C-2827/2019 du 18 mars 2021 consid. 7.4, Arrêt du TAF C-1306/2019, C-2651/2019 du 21 septembre 2021 consid. 7.1.5, Arrêt du TAF C-1313/2019, C-2654/2019 du 11 novembre 2021 consid. 7.1.4

6.4 Attribution de la fourniture des prestations MHS

Afin d'évaluer si les besoins futurs en soins peuvent être couverts, on doit également déterminer si les candidats étaient en sous-capacité et de quelles capacités supplémentaires ils pourront disposer à l'avenir. Ces informations ont été recueillies au moyen du questionnaire de candidature (cf. annexe A4).

En 2018 et 2019, selon les fournisseurs de prestations s'étant portés candidats, aucun patient chez lequel une résection rectale profonde chez l'adulte était indiquée n'a dû être refusé ou transféré en raison de problèmes de sous-capacité (cf. tableau 22 dans l'annexe A4). Il n'existait par conséquent aucune sous-capacité.

Après avoir pris en compte tous les aspects importants, et sur recommandation de l'organe scientifique MHS, l'organe de décision MHS décide d'attribuer les mandats suivants pour la fourniture des prestations MHS. Les mandats de prestations sont attribués pour une période de six ans, ce qui offre une sécurité de planification aux hôpitaux. De plus, le processus de réévaluation en deux étapes prend beaucoup de temps. Par ailleurs, en vue de la prochaine réévaluation de l'attribution des prestations, il est nécessaire de disposer d'un nombre suffisant de données de bonne qualité provenant du registre. L'attribution d'un mandat de prestations pour six ans est donc justifiée. Le respect des exigences doit être surveillé pendant toute cette durée au moyen du monitoring et du contrôle des données des registres. Les nombres de cas par opérateur doivent être contrôlés la quatrième année après l'attribution du mandat de prestations. Le respect de cette exigence vaut pour tous les fournisseurs de prestations. Les autres obligations particulières doivent également être vérifiées au bout de trois ans.

Attribution d'un mandat de prestations aux 15 centres suivants :

Tableau 6 : Attribution de mandats de prestations MHS dans le domaine partiel « résections rectales profondes chez l'adulte »

Prestataires	Mandat de prestations	Justification de l'attribution des prestations
Kantonsspital Baden AG, Baden	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Kantonsspital Baselland, Liestal	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins
St. Claraspital, Clarunis-Bauchzentrum Basel, Basel	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins

Prestataires	Mandat de prestations	Justification de l'attribution des prestations
Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins
Luzerner Kantonsspital, Luzern	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins
Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins
Kantonsspital Winterthur, Winterthur	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins
Klinik Hirslanden AG, Zürich	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Universitätsspital Zürich, Zurich	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.

Tableau 7 : Attribution de mandats de prestations MHS avec obligations particulières dans le domaine partiel « résections rectales profondes chez l'adulte »

Prestataires	Mandat de prestations	Justification de l'attribution des prestations
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern, Bern	Limité à six ans ; avec l'obligation particulière suivante : <ul style="list-style-type: none"> • La mortalité à 30 j doit être enregistrée chaque année et ne pas excéder 3 % sur trois ans, sauf si un potentiel de risque accru peut être démontré. 	Satisfait à toutes les exigences hormis la mortalité à 30 j qui ne doit pas excéder 3 % sur trois ans. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins
Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich	Limité à six ans ; avec l'obligation particulière suivante : <ul style="list-style-type: none"> • La mortalité à 30 j doit être enregistrée chaque année et ne pas excéder 3 % sur trois ans, sauf si un potentiel de risque accru peut être démontré. 	Satisfait à toutes les exigences hormis la mortalité à 30 j qui ne doit pas excéder 3 % sur trois ans. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins

Les hôpitaux recevant un mandat de prestations MHS remplissent les exigences. L'exigence selon laquelle seuls les chirurgiens qui opèrent au moins dix fois par an sont autorisés à réaliser des interventions chirurgicales ne devait pas encore être remplie. Elle est formulée comme obligation, et est contrôlée trois ans après l'entrée en vigueur du mandat de prestations.

Comme cela est précisé au paragraphe « Qualité des résultats » (p. 19), l'évaluation des données sur la mortalité n'est pas encore suffisamment au point pour que les candidats puissent être exclus sur la base d'une mortalité accrue à 30 jours. Cette évaluation est complexe, car une mortalité élevée n'indique pas automatiquement une mauvaise qualité du traitement, mais est associée à des risques tels que l'âge avancé des patients, une comorbidité (score ASA ou index de Charlson élevé), des reprises chirurgicales ainsi que des situations palliatives. Cela est décrit de façon concordante dans la littérature. Toutefois, il convient de surveiller les hôpitaux ayant présenté une augmentation de la mortalité à 30 jours au cours de la période concernée et, le cas échéant, d'envisager le retrait du mandat de prestations s'il s'avère que le problème persiste. C'est la raison pour laquelle les deux hôpitaux qui remplissent par ailleurs tous les exigences, doivent recevoir un mandat de prestations assorti d'une condition particulière.

Si l'on ne prenait en compte que les candidats classés comme économiques ou plutôt économiques (KSB, HL-BS, KSSG, EOC, CHUV, TRIEM), les besoins ne pourraient de loin pas être couverts, même si le KSSG déclare n'en connaître « aucune restriction » en matière de possibilités de traitement. On doit donc faire appel à d'autres candidats pour garantir la prise en charge. L'étape de la concentration des prestations doit également être prise en considération. Les hôpitaux à bénéficier d'un mandat de prestations ne sont plus que 15. Jusqu'à présent 89 sites hospitaliers réalisaient des résections rectales profondes ou, si l'on ne tient compte que de ceux pratiquant plus de cinq opérations, 39 sites hospitaliers. Cela signifie que les 15 hôpitaux retenus doivent prendre en charge les cas des 24 autres sites hospitaliers. On a tenu compte de cette situation pour fixer le délai pour l'entrée en vigueur des mandats de prestations.

Les candidats retenus sont nécessaires aux besoins et satisfont ou bien intégralement ou bien très largement aux exigences. L'accès des patients au traitement dans un délai utile est garanti (art. 58, al. 4, let. b OAMal), puisque des fournisseurs de prestations de toutes les régions sont bien pris en considération.

Tableau 8 : Non-attribution de mandats de prestations MHS dans le domaine partiel « résections rectales profondes chez l'adulte »

Prestataires	Motif de la non-attribution
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	N'atteint pas le nombre minimal de cas.
Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	N'atteint pas le nombre minimal de cas ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation post-graduate et de recherche.
Spital STS AG, Spital Thun, Thun	N'atteint pas le nombre minimal de cas.
Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel	N'atteint pas le nombre minimal de cas.
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	N'atteint pas le nombre minimal de cas.
Kantonsspital Graubünden, Chur	N'atteint pas le nombre minimal de cas.
Klinik St. Anna AG, Luzern	N'atteint pas le nombre minimal de cas ; n'est pas un établissement de formation postgraduée V1 ou V2 ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche.
Luzerner Kantonsspital, Sursee	N'atteint pas le nombre minimal de cas ; n'est pas un établissement de formation postgraduée V1 ou V2 ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche ; [mortalité élevée]*.
Klinik Stephanshorn, St. Gallen	N'atteint pas le nombre minimal de cas ; n'est pas un établissement de formation postgraduée V1 ou V2 ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche.
Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn, Solothurn	N'atteint pas le nombre minimal de cas ; [mortalité élevée]*.
Spital Lachen AG, Lachen	N'atteint pas le nombre minimal de cas ; n'est pas un établissement de formation postgraduée V1 ou V2 ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche.
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	N'atteint pas le nombre minimal de cas ; [mortalité élevée]*.
Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	N'atteint pas le nombre minimal de cas ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation post-graduate et de recherche.
Kantonsspital Uri, Altdorf	Pas de service de radiologie diagnostique, un seul chirurgien au lieu d'une équipe (au moins deux) ; n'atteint pas le nombre minimal de cas ; n'est pas un établissement de formation postgraduée V1 ou V2 ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche.
Clinique de la Source, Lausanne	N'atteint pas le nombre minimal de cas ; n'est pas un établissement de formation postgraduée V1 ou V2 ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche.

Prestataires	Motif de la non-attribution
Ensemble Hospitalier de la Côte, Hôpital de Morges, Morges	N'atteint pas le nombre minimal de cas.
Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne	N'atteint pas le nombre minimal de cas ; n'est pas un établissement de formation postgraduée V1 ou V2 ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche.
Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz	N'atteint pas le nombre minimal de cas ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche.
Hôpital du Valais, Sion	N'atteint pas le nombre minimal de cas ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche ; [mortalité élevée]*.
Spital Limmattal, Schlieren	N'atteint pas le nombre minimal de cas.
Spital Uster, Uster	N'atteint pas le nombre minimal de cas ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche ; [mortalité élevée]*.

* Entre crochets, car le critère n'a pas été analysé en détail.

Conclusion : domaine partiel des résections rectales profondes chez l'adulte

Un mandat de prestations limité à six ans est attribué aux fournisseurs de prestations suivants :

- Kantonsspital Baden AG, Baden
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern
- Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern (*mandat de prestations avec obligation particulière : la mortalité à 30 jours doit être relevée chaque année et ne doit pas excéder 3 % sur trois ans, sauf si l'existence d'un potentiel de risque accru peut être démontrée.*)
- Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern
- Kantonsspital Baselland, Liestal
- St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel
- Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève
- Luzerner Kantonsspital, Luzern
- Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen
- Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Kantonsspital Winterthur, Winterthur
- Klinik Hirslanden AG, Zürich
- Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich (*mandat de prestations avec obligation particulière : la mortalité à 30 jours doit être relevée chaque année et ne doit pas excéder 3 % sur trois ans, sauf si l'existence d'un potentiel de risque accru peut être démontrée.*)
- Universitätsspital Zürich, Zürich

En raison de la concentration de la fourniture des prestations MHS prescrite par la LAMal ainsi que du non-respect des exigences, il n'est pas attribué d'autres mandats de prestations.

Afin de laisser suffisamment de temps aux hôpitaux pour s'adapter à l'attribution ou à la non-attribution d'un mandat de prestations, les mandats de prestations entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Le mandat de prestations MHS est lié au respect des obligations suivantes qui doivent toutes être remplies par les fournisseurs de prestations bénéficiant d'un mandat MHS pendant toute la période d'attribution des prestations. Le non-respect d'une obligation peut conduire au retrait du mandat de prestations.

Obligations générales

1. Assurer les tâches de soins et respecter les exigences qui y sont liées.
2. Les dispositions de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) concernant les hôpitaux doivent être respectées, en particulier celles entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Remise d'un rapport d'activité aux organes de la CIMHS et obligation de documentation

3. La remise d'un rapport d'activité aux organes de la CIMHS, adressé au secrétariat de projet MHS, comprend les aspects suivants :
 - a) Divulgence immédiate des éventuels manquements aux exigences de qualité et des modifications intervenues en termes de structures et de personnel qui affectent l'assurance qualité

(notamment restructuration du centre, vacance de la direction du service ou de la direction médicale ou paramédicale).

- b) Remise annuelle d'un extrait, défini par l'organe scientifique, des données relatives à la qualité des processus et des résultats, y compris les nombres de cas, recueillies dans le cadre de l'ensemble minimal de données MHS (voir annexe A1 du catalogue des exigences pour la candidature du 12 février 2020). Les centres soumettent de façon coordonnée les données standardisées et directement comparables au secrétariat de projet MHS et désignent à cet effet une personne responsable.
- c) Remise d'une autorisation donnant droit à l'organisme exploitant le registre (secrétariat) de communiquer les données collectées dans le registre au secrétariat de projet MHS.
- d) Rapport relatif à l'enseignement, la formation postgrade et la recherche deux et cinq ans après l'attribution des prestations.

Obligations spécifiques au domaine concerné

Qualité des processus

- 4. Recueil uniforme et transmission des données de l'ensemble minimal de données (annexe A1 du catalogue des exigences requises pour la candidature du 12 février 2020) au registre pour chaque patient MHS.
- 5. Audits indépendants réguliers des données recueillies dans le registre à des fins d'assurance qualité et prise en charge des frais en résultant. Les résultats de l'audit sont communiqués aux organes de la CIMHS et les centres audités y sont nommément mentionnés.
- 6. Prise en charge des frais d'exploitation du registre. Les frais sont répartis entre tous les centres recevant un mandat de prestations MHS.
- 7. Qualité des données : à l'exception du follow-up, l'ensemble de données doit être complet à 98 % au moins (pas plus de 2 % de points de données manquants).
- 8. Qualité des données : l'ensemble de données concernant le follow-up doit être complet à au moins 85 %.

Enseignement, formation postgraduée et recherche

- 9. Participation active à la recherche et au développement dans le domaine de la chirurgie viscérale, ainsi qu'engagement dans la formation postgrade sur le site de la fourniture des prestations pour assurer la pérennité des compétences médicales spécialisées :
 - a) Reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour la chirurgie viscérale V1, V2²⁶
 - b) Participation active au programme de formation postgraduée de l'ISFM pour la chirurgie avec formation approfondie en chirurgie viscérale du 1^{er} juillet 2022²⁶
 - c) Prise en considération particulière du domaine partiel de la chirurgie viscérale dans le concept de formation postgrade, le contenu de celui-ci étant librement accessible au public.

Obligations spécifiques au domaine partiel

Qualité des structures

- 10. Chirurgien responsable au bénéfice d'une formation approfondie en chirurgie viscérale (indépendamment des conditions d'emploi ou des relations contractuelles).
- 11. Conditions en termes de personnel et de structures pour que les centres puissent traiter eux-mêmes les complications post-opératoires sans avoir à transférer les patients :
 - a) Disponibilité 24 h/ 24 et 7 j/ 7 d'un service de radiologie à visée diagnostique.

- b) Disponibilité 24 h/24 et 7 j/ 7 d'une équipe chirurgicale spécialisée (titre de formation approfondie en chirurgie viscérale) avec possibilité de (ré)intervention chirurgicale dans un délai déterminé (1 h) ; exigence minimale : deux médecins disposant d'une formation approfondie en chirurgie viscérale.
- 12. Unité de soins intensifs reconnue par la Société suisse de médecine intensive (SSMI) dans l'établissement.
- 13. Disponibilité 24 h/24 et 7 j/ 7 d'un service d'endoscopie interventionnelle.
- 14. Service d'oncologie médicale dans l'établissement.
- 15. Disponibilité d'un service de radio-oncologie dans l'établissement ou dans le cadre d'une coopération contractuellement réglementée.
- 16. Stomathérapeutes qualifiés dans l'établissement.

Nombres minimaux de cas

- 17. Pour obtenir un mandat de prestations MHS dans le domaine partiel des « résections rectales profondes chez l'adulte », chaque site doit réaliser au moins 20 opérations par an. Les chiffres sont tirés du registre.
- 18. Un nombre minimal de dix opérations par an et par opérateur est exigé (dans un hôpital possédant un mandat de prestations MHS correspondant). Le mode de comptage suit les règles exposées dans l'annexe 3 du catalogue des exigences à une candidature du 12 février 2020. L'hôpital s'engage à consigner ces données dans le registre et à fournir les informations pertinentes au moment des contrôles.

Qualité des processus

- 19. Chaque cas est présenté à un tumor board interdisciplinaire (dont la composition est conforme aux directives des organes CIMHS). Les exigences sont définies dans l'annexe A4 du catalogue des exigences à une candidature du 12 février 2020.

Qualité des résultats

- 20. La mortalité à 30 jours doit être inférieure à 3 % ; à justifier en se fondant sur la moyenne des trois dernières années (chiffres du registre).

²⁶ Selon les critères définis par l'ISFM pour la classification des établissements de formation postgrade, décrits dans le programme de formation postgrade du 1^{er} juillet 2022 pour le spécialiste en chirurgie, accrédité par le Département fédéral de l'intérieur le 31 août 2018, dernière révision le 11 mars 2021, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2022 ; annexe II : formation approfondie en chirurgie viscérale du 13 juin 2019, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2020. Consultable à l'adresse suivante : <https://www.siwf.ch/fr/formation-postgraduate/titres-specialiste-formations/chirurgie.cfm>.

7. Chirurgie bariatrique complexe

7.1 Analyse des besoins en matière de soins

Selon l'article 39 LAMal et l'article 58a–e OAMal, les cantons sont tenus d'assurer que l'offre de soins hospitaliers est conforme aux besoins. Dans le cadre de la planification MHS, il convient de tenir compte du fait que lors de l'analyse des besoins en soins, les cas des établissements ne figurant pas sur la liste des hôpitaux MHS seront dans le futur transférés sur les fournisseurs de prestations possédant un mandat de prestations MHS.

Les besoins en soins à couvrir correspondent au total du nombre de cas recensés à ce jour auquel s'ajoute la croissance prévue des nombres de cas. La demande de certaines prestations médicales peut varier par exemple en raison d'un renouvellement technique significatif. La variation de la demande se reflète directement dans le nombre de cas traités et doit être prise en compte dans la planification.

Compte tenu de ces considérations, l'analyse des besoins en soins dans le domaine partiel de la chirurgie bariatrique complexe a été réalisée par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). Dans un premier temps, on a étudié la situation actuelle des soins, y compris les nombres de cas actuels (demande de prestations). L'évolution prévisionnelle des nombres de cas a tenu compte de l'effet actuel et à venir de l'évolution démographique, épidémiologique et médicale.

7.1.1 Analyse de la situation actuelle

L'analyse des besoins se fonde essentiellement sur les données de la SM ; celles-ci comprennent toutes les hospitalisations dans les hôpitaux suisses. A l'aide du logiciel groupeur GPPH de la direction de la santé du canton de Zurich, tous les cas de la SM sont classés dans un groupe de prestations pour la planification hospitalière (GPPH). Les domaines MHS sont représentés dans le système GPPH, où ils correspondent à un ou plusieurs GPPH. L'exploitation des données qui suit s'appuie d'une part sur les données de la SM (VIS1.4.1) groupées selon le système GPPH. Cependant, étant donné que les interventions sur les « patients complexes » qui, en vertu de la décision de rattachement à la MHS, font également partie des interventions MHS (voir explications p. 11), n'y sont pas représentées – l'IMC et le score ASA, qui sont des facteurs de risque cruciaux pour identifier les patients complexes, ne sont actuellement pas codés dans la SM –, on s'est d'autre part servi des données du registre comme source complémentaire de données. On ne disposait ici pour l'analyse des besoins que des données sur l'année de l'intervention et sur la tranche d'âge à laquelle appartenait les patients. Certaines évaluations dans l'analyse de la situation actuelle sont par conséquent limitées aux interventions complexes. Pour la prévision des besoins futurs en soins, la répartition des patients complexes par sexe et par région de résidence a été estimée sur la base de la répartition des interventions complexes.

Situation actuelle

Pour l'analyse de l'offre de soins actuelle, on s'est servi des données les plus récentes disponibles au moment de la procédure de candidature. Pour le domaine partiel MHS de la chirurgie bariatrique complexe, il s'agit des années 2016 à 2018. On s'est donc servi, dans toutes les analyses qui suivent, des données de la SM et du registre de toutes les hospitalisations de 2016 à 2018 qui, selon le groupeur GPPH ou sur la base de la définition MHS des « patients complexes » ont été rattachées au domaine MHS de la chirurgie bariatrique complexe.

La SM de l'OFS mentionne en moyenne 968 cas par an pour la période 2016–2018. De plus, on dénombre 385 « patients complexes » par an au cours de la même période, avec une nette augmentation pendant celle-ci. Cela donne un total de 1353 cas par an en moyenne qui peuvent être rattachés à la chirurgie bariatrique complexe.

Les 2910 cas de la SM pendant la période 2016–2018 sont répartis sur un total de 81 sites hospitaliers dont 78 % traitaient moins de 14²⁷ cas par an. 38 sites hospitaliers affichaient même seulement cinq cas ou moins par an. Si l'on considère l'ensemble de la période analysée (2016 à 2018), seuls six sites hospitaliers affichent une part des soins d'au moins 5 %.

²⁷ Si l'on extrapole ces 14 cas avec ceux des « patients complexes », on arrive à 20 cas, ce qui correspond au nombre minimal de cas exigé.

Flux de patients

Le Tableau 9 ci-après présente les flux de patients pendant la période 2016–2018 selon la région de l'hôpital concerné et la région d'origine des patients. La part des soins par région permet d'évaluer dans quelle mesure les fournisseurs de prestations ont une importance suprarégionale pour la couverture les soins.

Le taux d'exportation indique dans quelle mesure la population d'une région dépend des fournisseurs de prestations d'autres régions. En complément du taux d'exportation, le taux d'importation montre la proportion de patients extra-régionaux parmi le total des traitements réalisés dans les hôpitaux d'une région donnée. On peut en déduire l'importance suprarégionale des fournisseurs de prestations (voir tableau 10).

Tableau 9 : flux de patients par région pour la période 2016–2018 (chiffres mis en commun)

Région/ site hospitalier	Nombre de patients par région								
	Région lémanique	Plateau suisse	Nord-ouest de la Suisse	Zurich	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres	Total
Région lémanique : GE, VD, VS,	252	2						7	261
Plateau suisse : BE, JU, NE, FR, SO	49	646	90	22	13	17	2	4	843
Nord-ouest de la Suisse : BS, BL, AG		37	295	2		6	1	7	348
Zurich : ZH	1	4	66	662	64	28	1	9	835
Suisse orientale : SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR		2	3	30	249	4		7	295
Suisse centrale : LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	3	8	8	74	33	135	1	1	263
Tessin : TI			1				56	1	58
Total	305	699	463	790	359	190	61	36	2'903

Source : statistique médicale des hôpitaux (SM). Traitement des données et illustration réalisés par l'Obsan.

Tableau 10 : taux d'exportation et d'importation par région, 2016–2018 (combinés)

Région/ site hospitalier	Taux d'exportation	Taux d'importation
Région lémanique : GE, VD, VS,	17 %	3 %
Plateau suisse : BE, JU, NE, FR, SO	8 %	23 %
Nord-ouest de la Suisse : BS, BL, AG	36 %	15 %
Zurich : ZH	16 %	21 %

Région/ site hospitalier	Taux d'exportation	Taux d'importation
Suisse orientale : SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	31 %	16 %
Suisse centrale : LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	29 %	49 %
Tessin : TI	8 %	3 %

Source : statistique médicale des hôpitaux (SM). Traitement des données par l'Obsan.

La plus forte proportion de traitements extra-régionaux s'observe chez les patients du nord-ouest de la Suisse, 36 % des traitements stationnaires ayant eu lieu dans un hôpital situé dans une autre région. Outre l'offre de soins située dans le nord-ouest de la Suisse même, les établissements qui importent pour les patients de cette région sont avant tout les hôpitaux situés sur le Plateau suisse et dans la région de Zurich. Les autres principaux flux de patients s'observent de Zurich vers la Suisse centrale (74 interventions complexes entre 2016 et 2018) et de la Suisse orientale vers Zurich (64). C'est la Suisse centrale qui enregistre le taux d'importation le plus élevé pendant la période considérée. 49 % des interventions complexes dans les hôpitaux situés en Suisse centrale étaient dues à des patients d'autres régions. Bien qu'en chiffres absolus, le Tessin soit le seul canton où l'on effectue moins de traitements qu'en Suisse centrale, les flux de patients précités, avant tout depuis Zurich, font que la part relative de l'afflux n'est toutefois nulle part plus importante qu'en Suisse centrale. L'annexe A1 récapitule la part des soins par fournisseur de prestations.

7.1.2 Prévisions des besoins

A partir de l'analyse de la situation actuelle en matière de soins (cf. chapitre 7.1.1 « Analyse de la situation actuelle »), la prévision des besoins futurs en soins a été évaluée en se fondant sur l'évolution attendue sur les plans démographique, épidémiologique et technico-médical. L'année de référence pour la prévision des besoins est 2018 et l'horizon prévisionnel 2028. Pour l'évaluation de la situation actuelle de l'offre de soins, on a inclus les patients résidant à l'étranger dans le cadre de l'analyse de la situation actuelle décrite au chapitre précédent. Pour les prévisions, seuls les besoins de la population suisse résidante ont en revanche été estimés. On trouvera ci-après dans un premier temps une analyse de l'impact des divers facteurs (démographie, épidémiologie et évolution médico-technique) sur la prévision des besoins, puis, dans un deuxième temps, des prévisions consolidées des besoins futurs prenant en considération tous les paramètres.

Démographie

Si l'on ne tient compte que de l'évolution démographique, on peut tabler sur une augmentation du nombre de cas de 10 % (soit 1'527 cas) d'ici 2028 dans le domaine partiel MHS de la chirurgie bariatrique complexe. Cette augmentation correspond à la croissance démographique prévue pendant la même période. Bien que la distribution selon l'âge des patients dans VIS1.4.1 diffère sensiblement de celle de la population générale, plus de 80 % des hospitalisations pendant la période analysée (2016 à 2018) dans VIS1.4.1 concernaient des patients dont l'âge était compris entre 18 et 59 ans. D'après les prévisions démographiques de l'OFS, ces tranches d'âge connaîtront une croissance inférieure à la moyenne d'ici 2028 (+4 % et +2 %). Or c'est justement parmi les patients complexes que la proportion de personnes de plus de 60 ans, environ un quart, est toutefois relativement élevée. On peut par conséquent tabler sur une augmentation supérieure à la moyenne pour les patients complexes. Concrètement, les prévisions pour les patients complexes misent sur une croissance des traitements stationnaires de 19 %, alors que la hausse pour les interventions complexes n'est que de 5 %. Lorsqu'on combine ces chiffres, on arrive finalement à une augmentation prévue de 10 % dans le domaine partiel MHS VIS1.4.1.

Epidémiologie et évolution technico-médicale

Les paramètres qui détermineront les besoins futurs en soins en MHS comprennent l'évolution des facteurs épidémiologiques tels que les mesures de prévention et l'évolution de facteurs de risque comme l'exposition environnementale, l'alimentation, le tabagisme ainsi que d'autres comportements ayant un effet sur la santé. Afin de quantifier les répercussions, une enquête a été menée auprès d'experts. Au total, compte tenu des évolutions épidémiologiques, on table sur une augmentation des nombres de cas de 6,8 %. C'est dans la tranche d'âge des 18–39 ans que l'augmentation attendue est la plus forte (9 %). La raison citée pour expliquer l'augmentation prévue des nombres de cas dans le domaine partiel MHS de la chirurgie bariatrique complexe est essentiellement l'accroissement du nombre de patients obèses, sur lequel on se base en général.

Par ailleurs, les experts ont été interrogés sur les effets à attendre des évolutions dans le domaine technico-médical. En conséquence, on peut s'attendre à une évolution stable ou à une légère augmentation des nombres de cas (hausse de 0,8 % d'ici 2028 du fait des évolutions technico-médicales).

Prévisions consolidées

Compte tenu des prévisions démographiques de l'OFS ainsi que de l'avis des experts au sujet des évolutions épidémiologiques et technico-médicales, on peut tabler sur une augmentation du nombre de cas de 18 % dans le domaine partiel MHS de la chirurgie bariatrique complexe. Pratiquement, on prévoit qu'il y aura 251 cas de plus. L'évolution prévue est essentiellement due à la croissance démographique et à l'augmentation attendue de la prévalence de l'obésité.

Même si des prévisions ponctuelles aboutissent à un chiffre concret pour les besoins futurs, cela ne doit pas donner l'impression que les prévisions actuelles des besoins peuvent prédire précisément l'évolution future des nombres de cas. Afin d'éviter une telle conclusion erronée, il convient de souligner ici que les besoins futurs en médecine hautement spécialisée dépendent de divers développements qui ne peuvent être prédits de manière définitive à l'heure actuelle. Il s'y ajoute par ailleurs des variations aléatoires dont certaines sont déjà évidentes dans l'analyse rétrospective. L'évolution démographique et ses conséquences sur les besoins attendus en matière de soins peuvent être estimées avec un degré de certitude relativement élevé (prévisions démographiques). L'incertitude est en revanche plus grande en ce qui concerne les évolutions épidémiologiques et technico-médicales dont les effets sur les besoins futurs ont été intégrés à l'estimation des prévisions sur la base d'une enquête auprès d'experts.

7.2 Evaluation des candidatures soumises

Au cours de la procédure de candidature qui a eu lieu du 16 juin au 17 septembre 2020, le secrétariat de projet MHS a reçu 33 candidatures pour l'obtention d'un mandat de prestations MHS dans le domaine partiel de la chirurgie bariatrique complexe. Les hôpitaux suivants se sont portés candidats à un mandat de prestations dans ce domaine partiel MHS :

- Kantonsspital Aarau, Aarau (KSA)
- Kantonsspital Baden, Baden (KSB)
- Stiftung Spital Muri, Muri (MURI)
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern (HL-BS)
- Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern (INSEL)
- Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern (LiH)
- SRO AG, Langenthal (SRO)
- Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel (SZB-CHB)²⁸
- St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel (CLARU)
- Hôpital Fribourgeois, Fribourg (HFR)
- Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève (HUG)
- Kantonsspital Graubünden, Chur (SGR)
- Klinik St. Anna AG, Luzern (HL-StA)
- Luzerner Kantonsspital, Luzern (LUKS-Lu)
- Luzerner Kantonsspital, Sursee (LUKS-Sur)
- Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès, Neuchâtel (RHNe)
- Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen (KSSG)
- Klinik Stephanshorn, St. Gallen (HL-Steph)
- Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen (SpSH)
- Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten (KSO)
- Spital Lachen AG, Lachen (LACH)
- Spital Thurgau AG, Frauenfeld (STG-F)
- Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano (MONCUC)
- Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano (EOC)
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne CHUV)
- Clinique de la Source, Lausanne (SOURCE)
- Établissements hospitaliers du Nord vaudois, Yverdon-les-Bains (eHnv)
- Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne (HL-Ce)
- Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz (HRC)
- GZO AG, Wetzikon (GZO)
- Klinik Hirslanden AG, Zürich (HL-Z)
- Spital Limmattal, Schlieren (LIMM)
- Universitätsspital Zürich, Zürich (USZ)

²⁸ Par une lettre datée du 23 février 2021, le Biel AG/Centre hospitalier Bienne SA a retiré sa candidature.

On trouvera ci-après la présentation des résultats de l'évaluation des candidatures.

7.2.1 Engagement à remplir le mandat de prestations

Tous les candidats se déclarent prêts à assumer les missions de soins définies dans le rapport relatif au rattachement à la MHS²⁹ et à satisfaire aux exigences liées à la fourniture des prestations de soins (cf. catalogue des exigences).

7.2.2 Qualité

Remise d'un rapport d'activité aux organes de la CIMHS et participation au registre

Tous les candidats se sont déclarés d'accord avec l'obligation de remettre un rapport d'activité aux organes de la CIMHS, ainsi que pour assumer les obligations prévues de tenue d'un registre, y compris son financement. Seul le SRO a coché « non » ici, mais il ressort du commentaire qu'il n'était pas en mesure de s'y conformer *jusqu'à présent* en raison de l'absence d'un mandat de prestations.

Qualité des structures et qualité des processus.

La plupart des candidats satisfont aux exigences concernant la qualité des structures et des processus définies dans le catalogue des exigences. Ils disposent aussi bien des médecins spécialistes nécessaires à la réalisation des interventions dans le domaine partiel de la chirurgie bariatrique complexe que des autres professionnels qui doivent être disponibles dans le centre MHS ou sont contractuellement tenus de l'être, ainsi que de l'infrastructure nécessaire. Le KSA et le SpSH ne satisfont pas à l'exigence selon laquelle, pendant les années de référence, au moins deux chirurgiens bariatriques doivent avoir réalisé un certain nombre d'interventions non complexes et complexes ; le KSA atteint ce chiffre à partir de 2020, le SpSH l'atteindra vraisemblablement à partir de 2021. Au LACH ainsi qu'à l'USZ, le chirurgien responsable ne disposait pas du titre de formation approfondie en chirurgie viscérale.³⁰ On nous avait fait savoir que chacun des établissements présenterait ce titre plus tard, mais il ne l'a pas été à ce jour.

Qualité des résultats

Pour la première fois était exigée une mortalité inférieure ou égale à 3 %. Tous les candidats satisfont à cette exigence.

7.2.3 Nombres minimaux de cas

Autodéclaration

Selon leurs propres indications, 21 candidats satisfont au nombre minimal de 20 cas par an (moyenne sur trois ans du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019), mais 11 pas. Le KSA explique le fait que le nombre minimal de cas ne soit pas atteint par des changements de personnel et des arrêts de travail pour cause de maladie ; les nombres de cas sont en augmentation depuis 2018. Le SRO renvoie au fait qu'il n'est devenu un centre de référence SMOB que depuis mai 2020 et ne pouvait donc pas pratiquer d'interventions complexes auparavant.³¹ Grâce à un accord de coopération avec deux hôpitaux voisins, il espère d'atteindre à l'avenir le nombre de cas requis. L'EOC vient lui aussi récemment de devenir un centre de référence depuis novembre 2019. Cette reconnaissance a été rendue possible par une réorganisation, et les nombres de cas augmentent depuis lors. Ils accepteraient également un mandat de prestations provisoire. L'HFR mise également sur l'avenir : il veut reprendre les cas de deux hôpitaux de la région qui ne sont plus candidats. Le KSGR dispose d'un nouveau responsable de la chirurgie bariatrique et a signé un accord de coopération avec l'hôpital cantonal de Glaris ; il soupçonne une augmentation des nombres de cas depuis 2019. Le LUKS-Sur doute des données du registre et veut se fier uniquement aux comptes rendus opératoires. Le RHNE estime que la fixation du nombre minimal de cas est arbitraire. Cela se voit dans le fait que des nombres de cas tout à fait différents ont été fixés dans d'autres domaines MHS. Le nombre de cas a probablement été fixé en lorgnant le nombre de centres MHS souhaité.

²⁹ Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée, rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée. Rapport final du 21 janvier 2016.

³⁰ C'est chose faite désormais dans les deux hôpitaux.

³¹ Entre-temps, cet établissement a toutefois été déclassé en centre primaire par la SMOB.

Chiffres du registre et autres vérifications

Le respect du nombre minimal de cas a été contrôlé en se servant des cas saisis dans le registre. La statistique médicale des hôpitaux n'a pu être utilisée que de façon limitée pour la plausibilisation, car elle ne comprend pas les cas liés à l'état des patients et ne sert donc que pour ajuster les données concernant les cas complexes. On s'est fondé pour ce faire sur la moyenne annuelle pendant la période du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019. Les services ayant indiqué atteindre le nombre minimal de cas dans l'auto-déclaration, mais pour lesquels le nombre annuel de cas figurant dans le registre était inférieur au nombre minimal de cas ont été priés de fournir les comptes rendus opératoires concernés. Ceux-ci ont ensuite été examinés par des experts pour déterminer s'il s'agissait de cas MHS selon la définition retenue pour le rattachement à la MHS. C'était le cas pour le RHNe et le CHUV. Chez ces candidats, c'est le nombre de cas ainsi contrôlé qui a été utilisé. Pour tous les hôpitaux, seuls ont été pris en compte les cas qui avaient été traités sur le site candidat à un mandat de prestations.

D'après ce contrôle, par rapport à l'autodéclaration, 20 candidats atteignent le nombre minimal de cas requis, mais 12 pas (voir tableau 12 et annexe A2).

Nombres de cas par opérateur

Une nouvelle exigence consistant en un nombre minimal de cas par opérateur a été fixée, avec un seuil de dix opérations. Il s'agit de fournir la preuve de l'expérience des chirurgiens dans la réalisation de ces interventions spécifiques. Cette exigence étant nouvelle, on n'est pas tenu de la recueillir rétrospectivement. Les intéressés ont été informés qu'elle serait contrôlée deux ans après l'attribution du mandat de prestations. Les centres bénéficiant d'un mandat de prestations pour la chirurgie bariatrique complexe s'engagent à ce que ce ne soient que des chirurgiens atteignant ce nombre de cas qui effectuent ces opérations, ainsi qu'à consigner ces nombres de cas dans le registre et à les communiquer au secrétariat de projet MHS (à l'intention de l'organe scientifique MHS). Les centres ont toutefois déjà été priés de fournir les données correspondantes pour la période 2017–2019. Les hôpitaux ont également donné des indications, accompagnées parfois d'explications, sur les raisons pour lesquelles le nombre n'a pas encore pu (pour tous) être atteint. Toutefois, du fait de la mauvaise qualité des données à cet égard dans le registre, un contrôle n'a pas pu être effectué. On a donc préféré ne pas mentionner ici les divers commentaires.

Le catalogue des critères précise que les mandats de prestations expirent automatiquement si l'exigence n'est pas remplie deux ans après l'entrée en vigueur du mandat (mandat de prestations conditionnel). Du fait de la mauvaise qualité actuelle des données et de l'incertitude qui en découle quant à l'évolution de la situation, il est pour l'heure impossible d'estimer si une proportion significative d'hôpitaux satisfera à cette exigence. Afin de ne pas compromettre la fourniture des soins à ce moment-là, il convient donc de ne pas attribuer des mandats de prestations assortis de conditions, mais d'une obligation correspondante. De plus, la période d'observation a été portée à trois ans pour faire en sorte que le contrôle ait lieu au cours de la quatrième année. Cela permet de vérifier le respect de l'exigence dans son intégralité et de prendre les mesures appropriées.

7.2.4 Enseignement, formation postgrade et recherche

Le respect des exigences requises en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche a été évalué à l'aide d'un schéma d'évaluation standardisé ; celui-ci tient compte des activités des fournisseurs de prestations dans la formation, la formation postgraduée, la recherche clinique ainsi que des publications dans le domaine MHS de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée. Selon les résultats du schéma d'évaluation standardisé, 14 candidats satisfont aux exigences, mais 18 pas. Dans le cadre de l'audition, le KSA, la MURI, le LiH, l'HFR, le KSGR et la HL-Z ont soumis après coup des publications ou des études ou bien celles-ci ont été reconstruites, en sorte que ces hôpitaux satisfont désormais à cette exigence (voir Tableau 12).

Par ailleurs, la reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour la chirurgie viscérale, catégorie V1 ou V2, était exigée. Les statuts « reconnu » et « en cours de réévaluation » ont été considérés comme valables, aucun hôpital ne possédait le statut « provisoire ». On ne s'est pas fondé ici sur l'autodéclaration, mais sur le contrôle direct de la liste de l'ISFM des établissements de formation postgraduée reconnus publiée sur le site de ce dernier. 21 candidats disposent d'une reconnaissance par

l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour la chirurgie viscérale V1 ou V2, mais 11 pas – selon notre dernier pointage, 24 candidats satisfont à l'exigence.³²

Quelques candidats ont indiqué avoir demandé à passer dans la catégorie supérieure (V3 à V2) ou remplir déjà l'exigence requise. Cela n'était toutefois pas encore le cas au moment du contrôle effectué, sauf pour la MURI dont la demande de passage dans la catégorie supérieure (V2) a été reconnue par l'ISFM. Par ailleurs, les données consultées le 8 mai 2023 montrent que la MONCUC et le HRC sont désormais également reconnus comme établissements de formation postgraduée V2. La MURI clinique a laissé entrevoir qu'elle dispose d'autres publications et d'une étude monocentrique. Le SRO a également déposé une demande pour V2. Les cliniques Hirslanden contestent sur le principe que les exigences relatives à l'enseignement, à la formation postgraduée et à la recherche puissent être requises pour un mandat de prestations en chirurgie viscérale MHS et demandent qu'elles ne soient pas appliquées. HFR souligne son rôle dans la formation des étudiants en médecine à l'université de Fribourg, où une filière de master est à présent également proposée. HL-StA explique qu'elle est reconnue comme établissement de formation postgraduée V3 et coopère avec les autres cliniques Hirslanden dans le cadre du réseau HIMED, ce que signale également HL-Steph. Ils sont également en discussion avec les responsables pour participer au Joint Medical Master de l'Université de Saint-Gall. Le RHNe trouve que l'« académisation » est une erreur et que les exigences sont excessives. On peut également contribuer à la recherche à plus petite échelle en participant à des études multicentriques. Le LACH a demandé à l'ISFM sa reconnaissance comme établissement de formation postgraduée en chirurgie viscérale. MONCUC a tout récemment reçu sa reconnaissance comme établissement de formation postgraduée B2 et a déposé une demande pour V2, qui a entre-temps abouti. HL-Ce signale son étroite collaboration avec HL-BS en matière de formation postgraduée et de recherche. L'HRC explique qu'en raison de la restructuration du paysage hospitalier de sa région, en l'occurrence le report de l'ouverture du site de Rennaz, il n'a pas encore pu déposer de demande de reconnaissance comme établissement de formation postgraduée, mais que cela est prévu. Cette reconnaissance a elle aussi à présent abouti. HL-Z indique qu'elle est un hôpital de formation de l'université de Zurich. L'enseignement est coordonné par HIMED. L'UST signale que son corps médical est engagé dans des projets de recherche en collaboration avec l'université de Bâle et l'USZ.

7.2.5 Efficacité

L'analyse des données pour l'examen de l'efficacité des fournisseurs de prestations a été effectuée par un tiers mandaté pour ce faire. Le groupe d'experts « examen de l'efficacité MHS » s'est penché sur les analyses puis a établi un rapport avec les principales conclusions de l'examen de l'efficacité. Les résultats de cet examen sont résumés dans le tableau 11 et la démarche méthodologique dans l'annexe A3.

Les analyses se basent sur la comparaison des coûts moyens par cas pour chaque hôpital ajustés pour le case-mix (valeurs de base) de 2018. Outre l'évaluation au niveau de l'ensemble de l'hôpital, on a également tenu compte de l'efficacité de la fourniture des prestations MHS. Deux approches différentes ont donc été employées :

1. **Méthodologie ITAR_K®** : dans l'évaluation des données relatives aux coûts selon la méthode ITAR_K®, les coûts des hôpitaux à prendre en compte pour le calcul des valeurs de base ajustées pour le case-mix sont déterminés en s'inspirant des « Recommandations pour l'examen de l'efficacité »³³ formulées par la CDS. La médiane des hôpitaux candidats sert de valeur de référence³⁴ (CHF 9'984) (cf. tableau 11, colonne de gauche).
2. **Méthodologie SwissDRG** : dans l'évaluation selon la méthode de SwissDRG, les valeurs de base calculées des hôpitaux ajustées pour le case-mix sont déterminées pour les cas du spectre MHS spécifique concernés. Les valeurs de référence sont ici d'une part la médiane des hôpitaux candidats

³² Les données consultées ont été mises à jour le 4 janvier 2023 et de nouveau le 8 mai 2023.

³³ Les recommandations relatives à l'examen de l'efficacité valent aussi par analogie pour l'examen de l'efficacité MHS.

³⁴ Le rapport sur l'examen de l'efficacité a été établi avant que deux hôpitaux ne retirent leur candidature (chacun dans un domaine partiel) et ceux-ci sont donc encore inclus dans les comparaisons.

(CHF 9'967) (cf. tableau 4, colonne du milieu) et, d'autre part, la moyenne pondérée pour le nombre de cas (PNC) des hôpitaux candidats³⁵ (CHF 10'276) (cf. tableau 11, colonne de droite).

On ne tient compte des différences de coûts de nature régionale pour l'appréciation de l'économicité ni dans l'utilisation de la publication des coûts selon la méthode ITAR_K[®], ni dans les données SwissDRG. C'est ainsi que, faute d'une méthodologie largement acceptée, la variation locale des coûts salariaux n'est pas corrigée. De même, on n'a pas non plus tenu compte de la qualité des résultats médicaux dans le cadre de l'examen de l'économicité MHS. En outre, il n'a pas été effectué de distinction entre les catégories d'hôpital. Bien que les hôpitaux universitaires aient en général tendance à avoir une valeur de base plus élevée que les hôpitaux de centre ou les hôpitaux régionaux, il n'existe toutefois pas de méthodologie valable de standardisation.

Tableau 11 : classement des hôpitaux en « économiques »^a, « plutôt économiques »^b, « neutres »^c, « plutôt pas économiques »^d et « pas économiques »^e selon trois méthodes différentes

	Méthodologie		
	ITAR_K [®]	SwissDRG	
Valeur de référence	Médiane	Médiane	Moyenne pondérée pour le nombre de cas
Prestataires			
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	–	--	--
Kantonsspital Baden AG, Baden	0	–	0
Stiftung Spital Muri, Muri	0	--	--
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	+	–	–
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitäts- spital Bern	–	+	+
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	–	0	+
SRO AG, Langenthal	+	+	+
St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel	–	–	–
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	–	+	+
Hôpitaux Universitaires de Genève, Ge- nève	--	--	--
Kantonsspital Graubünden, Chur	+	+	++
Klinik St. Anna AG, Luzern	++	–	0
Luzerner Kantonsspital, Luzern	+	(++)	(++)
Luzerner Kantonsspital, Sursee	+	(++)	(++)
Réseau hospitalier neuchâtelois, Pour- talès, Neuchâtel	–	ND	ND
Klinik Stephanshorn, St. Gallen	+	+	+

³⁵ Le rapport sur l'examen de l'économicité a été établi avant que deux hôpitaux ne retirent leur candidature (chacun dans un domaine partiel) et ceux-ci sont donc encore inclus dans les comparaisons.

Prestataires	Valeur de référence	Méthodologie		Moyenne pondérée pour le nombre de cas
		ITAR_K®	SwissDRG	
		Médiane	Médiane	
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen		–	+	+
Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen		+	+	+
Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten		(0=	(--)	(--)
Spital Lachen AG, Lachen		+	+	+
Spital Thurgau AG, Frauenfeld		+	++	++
Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano		+	–	–
Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civ., Lugano		+	+	+
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne		--	++	++
Clinique de la Source, Lausanne		--	ND	ND
Établissements hospitaliers du Nord vaudois, Yverdon-les-Bains		–	–	–
Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne		+	++	++
Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz		–	–	–
GZO AG, Wetzikon		–	0	+
Klinik Hirslanden AG, Zürich		0	--	--
Spital Limmattal, Schlieren		+	++	++
Universitätsspital Zürich, Zurich		–	--	–

^a «++» : la valeur de base de l'hôpital est inférieure de plus de 10 % à la valeur de référence.

^b «+» : la valeur de base de l'hôpital est située entre 10 % et au moins 1,01 % au-dessous de la valeur de référence.

^c «0» : la valeur de base de l'hôpital est du même ordre que la valeur de référence, c'est-à-dire qu'elle varie entre -1 % et +1 % par rapport à celle-ci.

^d «–» : la valeur de base de l'hôpital est située entre 10 % et au moins 1,01 % au-dessus de la valeur de référence.

^e «--» : la valeur de base de l'hôpital excède de plus de 10 % la valeur de référence..

[] : Le nombre de cas est inférieur à 12, une appréciation statistique est difficilement possible.

() : Non spécifique à un site

ND : il est impossible de se prononcer, car le fournisseur de prestations ne traitait pas de cas pendant l'année analysée.

Les analyses concernant l'économicité de la fourniture des prestations ont été réalisées avec les méthodes précitées – la première (ITAR_K®) incluant l'hôpital dans son ensemble, la seconde (SwissDRG) avec des données plus spécifiques pour le domaine MHS, deux-sous méthodes ayant en plus été employées avec cette dernière. La méthode ITAR_K® ne permet pas d'imputer des cas à un domaine ou à un domaine

partiel MHS spécifique, ce qui signifie que la comparaison des coûts par cas avec cette méthode se réfère à l'ensemble de la palette de prestations aiguës stationnaires de l'hôpital ou du site concerné. Avec la méthodologie « SwissDRG », il est en revanche possible de procéder à des comparaisons de coûts entre les hôpitaux se limitant à un domaine ou un domaine partiel MHS spécifique. Dans la mesure où il convient de tenir compte de l'économicité de la fourniture des prestations dans le présent domaine partiel MHS et moins de celle de l'hôpital dans son ensemble, on doit préférer la méthodologie « SwissDRG » à « ITAR_K® ». Dans la méthodologie « SwissDRG », les hôpitaux ayant un nombre de cas important sont davantage pris en compte en employant la « moyenne SwissDRG pondérée pour le nombre de cas » que la « médiane SwissDRG ». Pour la présente appréciation, conformément à la recommandation du groupe d'experts « Examen de l'économicité MHS », on a appliqué la méthodologie « moyenne SwissDRG pondérée pour le nombre de cas ».

Résultats selon la méthodologie « moyenne SwissDRG pondérée pour le nombre de cas » (voir tableau 11, colonne de droite)

Parmi les 30 hôpitaux ayant pu être inclus dans l'examen, 40 % étaient moins économiques que la moyenne et 57 % plus économiques. Deux des hôpitaux non économiques se situaient à plus de 40 % au-dessus de la moyenne (SZB-CHB³⁶ et HUG) et quatre à plus de 10 %. Parmi les hôpitaux économiques, six affichaient des valeurs de plus de 10 % et onze entre 5 et 10 % au-dessous de la moyenne. Le LIMM, le LUKS et le CHUV obtiennent les meilleurs résultats ; pour les sites du Luzerner Kantonsspital et des Solothurner Spitaler, on ne disposait pas de chiffres séparés pour chaque site. Quant à la SOURCE, on ne disposait d'absolument aucun chiffre. La fiabilité du calcul des coûts est donc restreinte. Le KSA représente un cas à part. Une analyse de chaque cas a montré que quatre des 23 cas étaient extrêmement coûteux. Sans ces cas, l'hôpital aurait été classé dans la catégorie neutre.

7.2.6 Résumé de l'évaluation des candidatures reçues

Le tableau 12 résume l'évaluation des candidatures qui nous ont été soumises.

Tableau 12 : respect des exigences par les fournisseurs de prestations

Prestataire	Engagement à remplir le mandat de prestations ¹⁾	Disponibilité à remettre un rapport, tenue du registre ¹⁾	Nombre minimal de cas ²⁾	Qualité des structures et des processus ^{1), 3)}	Outcome (Mortalité)	Centre de référence SMOB ⁴⁾	Etablissement formation postgraduée V1 ou V2 ⁵⁾	Enseignement, formation postgrade et recherche ⁶⁾	Economicité ⁷⁾
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	Oui	Oui	Non	Oui ^{nou-veau}	Oui	Oui ^{nou-veau}	Oui	Oui ^{nou-veau}	-- ³⁷
Kantonsspital Baden AG, Baden	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	0
Stiftung Spital Muri, Muri	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui ^{nou-veau}	Oui ^{nou-veau}	--
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	-

³⁶ Non significatif, car cet hôpital a retiré sa candidature.

³⁷ On a pu prouver que le KSA avait quatre cas à coûts extrêmement élevés parmi 23, de sorte que l'indication est faussée (cf. texte sur l'économicité), page 49.

Prestateur	Engagement à remplir le mandat de prestations ¹⁾	Disponibilité à remettre un rapport, tenue du registre ¹⁾	Nombre minimal de cas ²⁾	Qualité des structures et des processus ^{1), 3)}	Outcome (Mortalité)	Centre de référence SMOB ⁴⁾	Etablissement formation postgraduée V1 ou V2 ⁵⁾	Enseignement, formation postgrade et recherche ⁶⁾	Economicité ⁷⁾
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	+
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui ^{nouveau}	+
SRO AG, Langenthal	Oui	(Oui)	Non	Oui	Oui	Non ^{nouveau}	Non	Non	+
<i>Spitalzentrum Biel AG/Centre hospitalier Bienne SA, Biel³⁸⁾</i>									
St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum, Basel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	-
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui ^{nouveau}	+
Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	--
Kantonsspital Graubünden, Chur	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui ^{nouveau}	++
Klinik St. Anna AG, Luzern	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	0
Luzerner Kantonsspital, Luzern	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	(++)
Luzerner Kantonsspital, Sursee	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	(++)
Réseau hosp. neuchâtelois, Pourtalès, Neuchâtel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Ja	ND

³⁸⁾ Par une lettre datée du 23 février 2021, le Spitalzentrum Biel AG/Centre hospitalier Bienne SA a retiré sa candidature.

Prestataire	Engagement à remplir le mandat de prestations ¹⁾	Disponibilité à remettre un rapport, tenue du registre ¹⁾	Nombre minimal de cas ²⁾	Qualité des structures et des processus ^{1), 3)}	Outcome (Mortalité)	Centre de référence SMOB ⁴⁾	Etablissement formation postgraduée V1 ou V2 ⁵⁾	Enseignement, formation postgrade et recherche ⁶⁾	Economicité ⁷⁾
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	+
Klinik Stephanshorn, St. Gallen	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	+
Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	+
Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	(--)
Spital Lachen AG, Lachen	Oui	Oui	Oui	Oui ^{nouveau}	Oui	Oui	Non	Non	+
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	++
Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui ^{nouveau}	Non	-
Ente Ospedaliero Cantonale, Osp. Regionale di Lugano	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	+
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	++
Clinique de la Source, Lausanne	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	ND
Établissements hospitaliers du Nord vaudois, Yverdon-les-B.	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	-
Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	++

Prestataire	Engagement à remplir le mandat de prestations ¹⁾	Disponibilité à remettre un rapport, tenue du registre ¹⁾	Nombre minimal de cas ²⁾	Qualité des structures et des processus ^{1), 3)}	Outcome (Mortalité)	Centre de référence SMOB ⁴⁾	Etablissement formation postgraduée V1 ou V2 ⁵⁾	Enseignement, formation postgrade et recherche ⁶⁾	Economicité ⁷⁾
Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui ^{nouveau}	Non	–
GZO AG, Wetzi-kon	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	+
Klinik Hirslanden AG, Zürich	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui ^{nouveau}	– –
Spital Limmattal, Schlieren	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	++
Universitätsspital Zürich, Zurich	Oui	Oui	Oui	Oui ^{nouveau}	Oui	Oui	Oui	Oui	–

Fond vert = exigence remplie

Fond rouge = exigence non remplie

¹⁾ Evaluation basée sur l'auto-déclaration des fournisseurs de prestations.

²⁾ Appréciation basée sur les données du registre. Nombres de cas : en cas de discordance avec l'autodéclaration, les nombres de cas ont été contrôlés à l'aide des comptes rendus opératoires.

³⁾ Contrôle d'après le catalogue des exigences.

⁴⁾ Vérification fondée sur la liste des centres SMOB, version du 1^{er} novembre 2022 ; vérification fondée sur la liste des centres, version du 1^{er} mai 2023.³⁹

⁵⁾ Vérification fondée sur la liste des établissements de formation postgraduée reconnus de l'ISFM, mise à jour le 8 mai 2023.

⁶⁾ Contrôle d'après le schéma d'évaluation standardisé sur l'enseignement, la formation postgrade et la recherche.

⁷⁾ Conformément à la recommandation du groupe d'experts pour l'examen de l'économicité, c'est la « moyenne SwissDRG pondérée pour le nombre de cas » qui a été prise en considération. Les cinq catégories de résultats ont été traduites en points : ++ (économique), + (plutôt économique), 0 (neutre), – (plutôt pas économique) et – – (pas économique). Les [crochets] signifient qu'en raison des faibles nombres de cas (moins de 12), les calculs relatifs à l'économicité sont statistiquement peu fiables. Les parenthèses signifient qu'on ne disposait pas des données spécifiques à un site donné, si bien qu'il est impossible de se prononcer. ND : pas de données ou pas de nombres de cas.

^{nouveau} Mise à jour depuis la candidature, p. ex. parce que des documents additionnels ont été fournis dans le cadre de l'audition. L'exigence n'était pas remplie ou jugée comme telle au moment de la première évaluation de la candidature, mais est considérée comme remplie après l'analyse des résultats de l'audition.

³⁹ <https://www.smob.ch/de/listen/zentrumslisten>

7.3 Garantie du droit d'être entendu

Le projet de rapport pour l'attribution prévue des prestations du 4 octobre 2021⁴⁰ a été soumis pour audition (garantie du droit d'être entendu) le 8 décembre 2021. L'organe scientifique MHS y recommandait d'attribuer un mandat de prestations limité à 6 ans aux fournisseurs de prestations suivants :

- Kantonsspital Baden AG, Baden
- Stiftung Spital Muri, Muri (*mandat de prestations conditionnel*)
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern
- Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern
- Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern (*mandat de prestations conditionnel*)
- St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel
- Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève
- Luzerner Kantonsspital, Luzern
- Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès
- Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen
- Klinik Stephanshorn, St. Gallen (*mandat de prestations conditionnel*)
- Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten
- Spital Lachen AG, Lachen (*mandat de prestations conditionnel*)
- Spital Thurgau AG, Frauenfeld
- Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano (*mandat de prestations conditionnel*)
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Hôpital Riviera-Chablais – Vaud-Valais ; Rennaz (*mandat de prestations conditionnel*)
- GZO AG, Wetzikon (*mandat de prestations conditionnel*)
- Klinik Hirslanden AG, Zürich (*mandat de prestations conditionnel*)
- Spital Limmattal, Schlieren
- Universitätsspital Zürich, Zürich (*mandat de prestations conditionnel*)

Les acteurs suivants ont été invités à participer à l'audition : les 26 cantons, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers concernés, cinq (associations d')assureurs, les décanats des facultés de médecine des cinq universités avec hôpital universitaire, douze sociétés savantes et 13 autres institutions et organisations. Le secrétariat de projet MHS a reçu en tout 57 prises de position. Parmi les hôpitaux concernés, le KSB, la MUR, les HUG, le SpSH, la SOURCE et l'eHnv n'ont pas pris part à l'audition. Le STS, le SZB-CHB, l'USB, le KSW et le TRIEM ont participé à l'audition, bien qu'ils n'aient pas eux-mêmes soumis de candidature (pour ce domaine partiel).

7.3.1 Avis

Une nette majorité des participants à l'audition approuve l'attribution des prestations dans le domaine partiel de la chirurgie bariatrique complexe. Pour des raisons faciles à concevoir, les avis défavorables émanent pour la plupart d'hôpitaux auxquels le projet de rapport préconise de ne pas attribuer de mandat de prestations. C'est sans doute pour cette raison que les attributions dans ce domaine partiel sont mieux acceptées que pour les résections rectales profondes chez l'adulte, où il est prévu que davantage d'hôpitaux ne reçoivent pas de mandat de prestations.

⁴⁰ Chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée, domaines partiels des résections rectales profondes et de la chirurgie bariatrique complexe, rapport explicatif pour l'attribution des prestations, projet pour la garantie du droit d'être entendu, 4 octobre 2021.

On trouvera ci-après un résumé des avis critiques formulés.

Les cantons en faveur du non craignent souvent un impact négatif sur l'offre de soins, que ce soit dans la discipline elle-même ou sous la forme de répercussions sur l'attractivité de leurs hôpitaux. Certains toutefois se prononcent pour une concentration plus poussée des prestations. Des voix critiquent le fait que plusieurs mandats de prestations soient parfois attribués dans les centres urbains, alors que les régions périphériques, par exemple le sud-est de la Suisse ou le Valais, ne bénéficient plus d'aucun mandat de prestations. Un canton se réjouit que la mortalité à 30 jours ne soit pas utilisée comme critère d'exclusion. Quelques cantons font corps derrière leurs hôpitaux et se prononcent pour qu'ils obtiennent des mandats de prestations.

Quelques participants à l'audition remettent en question le rattachement à la MHS (cliniques Hirslanden, KSGR). Plus spécifiquement, selon le KSGR, la chirurgie bariatrique complexe n'est pas rare et de surcroît est bien réglementée par la SMOB.

Certains hôpitaux (KSA, RSE, STS, SZB-CHB, HFR, soH et STG) ont rédigé une lettre commune accompagnée de pièces jointes (« document de base »), dans laquelle ils prennent position sur les critères exigés et leur évaluation. Dans la mesure où l'argumentation qu'elle développe concrètement se rapporte en particulier aux résections rectales profondes (cf. 6.3.1), on ne reviendra pas encore dessus ici.

Nombres minimaux de cas : on pose la question de la justification scientifique du relèvement du nombre minimal de cas de 12 à 20. Le LImm estime qu'il aurait été juste de prévoir au moins une période de transition afin que les hôpitaux puissent s'adapter à la nouvelle exigence. Le KSGR doute que cela permette d'aboutir à une meilleure qualité et considère que ses chiffres n'ont pas été correctement comptés. C'est également le reproche que formule la HL-StA, car elle estime que les nombres de cas des années suivantes auraient également dû être pris en considération. Ceux-ci étaient certes beaucoup trop maigres, mais ils auraient montré une tendance à la hausse. Le RHNe ne comprend pas que le nombre minimal de cas diffère selon les domaines MHS. Quelques hôpitaux expliquent qu'ils n'ont pas atteint le nombre minimal de cas durant la période de recueil des données en raison d'un changement de chef de service, précisant que les nombres de cas ont depuis lors augmenté et qu'ils seront atteints à l'avenir (KSA, KSGR). D'autres contestent les nombres de cas recensés. Le KSGR souhaite qu'on ne compte son nombre de cas que depuis qu'il est un centre de référence SMOB. L'EOC ajoute que son nombre de cas est entre-temps passé à 40. Enfin, plusieurs hôpitaux font état d'un accord de coopération conclu avec un autre hôpital, ce qui devrait se traduire par une augmentation du nombre de cas.

Enseignement, formation postgrade et recherche : le KSA, le LiH⁴¹, le STS et le KSGR ont soumis d'autres études et/ou publications. Certains hôpitaux (RSE, STS, GZO) sont d'avis que leurs études et publications n'ont pas été justement évaluées et critiquent le manque de transparence des critères d'évaluation. Les cliniques Hirslanden et la MONCUC soutiennent que l'exigence relative à l'enseignement, à la formation postgraduée et à la recherche ne devrait pas faire l'objet d'une évaluation, car elle ne se fonde pas sur la LAMal ni ne sert directement aux patients, et défavorise de surcroît les hôpitaux privés. Ce critère devrait du moins être utilisé avec une grande circonspection ; on devrait notamment tenir compte également des groupements de formation postgraduée ou ne pas appliquer cette exigence à un site spécifique.

Etablissement de formation postgraduée : la HL-StA et la HL-Steph escomptent une reconnaissance comme établissement de formation postgraduée V2 en 2022 ou au moment de l'attribution des mandats de prestations. Quelques hôpitaux ne comprennent pas pourquoi on ne tient désormais plus compte de V3. Le KSGR craint de perdre son statut d'établissement de formation postgraduée V1. La MONCUC affirme qu'elle a soumis une demande à l'ISFM.⁴²

Economicité : ce sont surtout les hôpitaux affichant une bonne economicité qui souhaitent qu'on tienne davantage compte de celle-ci. Selon la MONCUC, il conviendrait d'accorder plus d'importance à l'économicité qu'à l'enseignement, à la formation postgraduée et à la recherche.

Offre de soins : certains hôpitaux arguent de leur contribution à l'offre de soins dans leur région, parfois en se référant à la ou aux langue(s) et à l'accessibilité. Les patients du sud-est de la Suisse seront pris en

⁴¹ Dans le cadre d'une seconde audition. Celle-ci a été organisée parce que l'organe scientifique MHS, après la première audition, où il avait laissé entrevoir au LiH la possibilité de lui accorder un mandat de prestations conditionnel, ne voulait cependant plus attribuer de tels mandats.

⁴² Les données consultées le 8 mai 2023 montrent que la MONCUC est reconnue comme établissements de formation postgraduée V2.

charge en Suisse orientale, sans tenir compte des distances. De plus, la région de soins est en train de s'organiser avec des hôpitaux partenaires (KSGR).

Autres : quelques hôpitaux renvoient à une certification Iso (KSA, STS). Certains mentionnent qu'ils disposent d'un robot chirurgical et possèdent une grande expérience en la matière, ou bien ils signalent qu'ils ont obtenu de bons résultats (STS) lors de l'audit du registre de chirurgie viscérale (contrôle de la qualité des données). L'INSEL se prononce en faveur d'offres d'hôpitaux publics comme privés dans toutes les régions. Le KSGR n'est pas d'accord avec la manière dont les exigences de la LAMal sont mises en œuvre ; il estime que le nombre minimal de cas est le critère pratiquement exclusif d'attribution des prestations, mais pas l'économicité ni l'accessibilité au traitement. La HL-BS juge qu'il n'est pas correct que les exigences soient spécifiques à un site donné. En chirurgie bariatrique, une surveillance à vie est nécessaire et, pour des raisons d'observance thérapeutique, elle doit avoir lieu dans le même centre que celui où l'intervention MHS s'est déroulée. Cet aspect revêt également une importance centrale pour la gestion des complications (KSGR). Le LUKS ne donne son consentement qu'à condition qu'aucun autre mandat de prestations ne soit attribué, sinon il souhaite également que le LUKS-Sur en reçoive un. Quant à la MONCUC, elle plaide pour que la MHS déclare que les décisions de la SMOB ont un caractère obligatoire.

7.3.2 Appréciation de l'organe scientifique MHS

L'objectif de l'organe scientifique MHS est de parvenir à offrir une prise en charge médicale adaptée aux besoins et de haute qualité dans le domaine de la chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée.

La littérature scientifique démontre amplement que la qualité de l'offre augmente lorsque les fournisseurs de prestations disposent d'une grande expérience. Il est généralement admis que cette expérience se reflète dans le nombre minimal de cas, même s'il n'est pas possible d'indiquer un seuil pour cela. Les nombres minimaux de cas sont prévus par l'OAMal (art. 58d, al. 4 et art. 58f, al. 4, let. f) et étayés par la jurisprudence.⁴³ Le Tribunal administratif fédéral a en particulier confirmé à plusieurs reprises qu'un relevé rétrospectif des nombres de cas n'est pas contestable.⁴⁴

La formation postgraduée est importante pour la qualité globale des traitements. La médecine doit également évoluer pour offrir une bonne qualité, et cela ne peut se faire que par l'enseignement, la formation postgraduée et la recherche. Cette exigence s'appuie sur la CIMHS (art. 4, al. 4, ch. 2 et 3).

Eu égard à l'économicité, les données disponibles ne permettent pas d'évaluer tous les hôpitaux avec la même fiabilité, raison pour laquelle on a accordé un poids plus important à d'autres critères.

Dans ses recommandations pour l'attribution des prestations, l'organe scientifique MHS prend en considération l'ensemble des exigences imposées et ne se fonde pas exclusivement sur un seul critère de qualité. Pour l'attribution des prestations, il propose les candidats qui, dans l'ensemble, satisfont le plus largement aux exigences requises et couvrent au mieux les soins concernés.

Le nombre d'hôpitaux auxquels on prévoit d'attribuer un mandat de prestations est élevé. On peut toutefois se demander si les hôpitaux qui satisfont à toutes les exigences peuvent couvrir suffisamment la demande ; en effet, parmi ceux qui présentent des lacunes en matière d'enseignement, de formation postgraduée et de recherche et/ou ne sont pas reconnus en tant qu'établissement de formation postgraduée V1 ou V2, il en est qui traitent un très grand nombre de cas. C'est la raison pour laquelle l'organe scientifique MHS recommande de suivre la planification par étapes prévue par la CIMHS. Il convient que ces hôpitaux reçoivent un mandat de prestations assorti d'une obligation particulière correspondant à leur situation, obligation qui stipule qu'ils doivent satisfaire à toutes les exigences au bout de trois ans. Si tel n'est pas le cas, on peut, en tenant compte de l'évolution des besoins et des capacités des autres hôpitaux, engager éventuellement une procédure de retrait du mandat de prestations avant l'expiration de celui-ci.

La MHS vise une planification pour l'ensemble de la Suisse. Bien que le présent domaine partiel ne comprenne aucune intervention primaire en urgence, la chirurgie bariatrique complexe s'accompagne toutefois d'exigences un peu plus spéciales en matière de prise en charge des patients, afin de ne pas compromettre l'observance du traitement, ainsi qu'en matière de traitement des complications, qui peuvent déboucher sur des urgences. Les révisions doivent elles aussi avoir lieu dans le même hôpital. Pour cette

⁴³ Arrêt du TAF C-2585/2019 du 7 juin 2022 consid. 8.1.2.

⁴⁴ Arrêt du TAF C-2887/2019 du 26 janvier 2021 consid. 8.4 sqq, Arrêt du TAF C-2827/2019 du 18 mars 2021 consid. 7.4, Arrêt du TAF C-1306/2019, C-2651/2019 du 21 septembre 2021 consid. 7.1.5, Arrêt du TAF C-1313/2019, C-2654/2019 du 11 novembre 2021 consid. 7.1.4

raison, l'organe scientifique MHS recommande, au moins dans un premier temps, de procéder à une concentration des prestations avec la circonspection nécessaire. Il convient notamment qu'une offre de prestations soit disponible dans le Tessin.

7.4 Attribution de la fourniture des prestations MHS

Afin d'évaluer si les besoins futurs en soins peuvent être couverts, on doit également déterminer si les candidats étaient en sous-capacité et de quelles capacités supplémentaires ils pourront disposer à l'avenir. Ces informations ont été recueillies au moyen du questionnaire de candidature (cf. annexe A4).

En 2018 et 2019, selon les fournisseurs de prestations s'étant portés candidats, aucun patient chez lequel une intervention de chirurgie bariatrique complexe était indiquée n'a dû être renvoyé ou transféré en raison de problèmes de sous-capacité (cf. tableau 24 dans l'annexe A4). Il n'existait par conséquent aucune sous-capacité.

Après avoir pris en compte tous les aspects importants, et sur recommandation de l'organe scientifique MHS, l'organe de décision MHS décide d'attribuer les mandats suivants pour la fourniture des prestations MHS. Les mandats de prestations sont attribués pour une période de six ans, ce qui offre une sécurité de planification aux hôpitaux. De plus, le processus de réévaluation en deux étapes prend beaucoup de temps. Par ailleurs, en vue de la prochaine réévaluation de l'attribution des prestations, il est nécessaire de disposer d'un nombre suffisant de données de bonne qualité provenant du registre. L'attribution d'un mandat de prestations pour six ans est donc justifiée. Le respect des exigences doit être surveillé pendant toute cette durée au moyen du monitoring et du contrôle des données des registres. Les nombres de cas par opérateur doivent être contrôlés la quatrième année après l'attribution du mandat de prestations. Le respect de cette obligation s'applique à tous les fournisseurs de prestations. Les autres obligations particulières posées doivent également être contrôlées au bout de trois ans.

Attribution d'un mandat de prestations aux 21 centres suivants :

Tableau 13 : Attribution de mandats de prestations MHS dans le domaine partiel « chirurgie bariatrique complexe »

Prestataires	Mandat de prestations	Justification de l'attribution des prestations
Kantonsspital Baden AG, Baden	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Stiftung Spital Muri, Muri	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.

Prestataires	Mandat de prestations	Justification de l'attribution des prestations
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum, Basel	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Luzerner Kantonsspital, Luzern	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès, Neuchâtel	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Klinik Hirslanden AG, Zürich	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.

Prestataires	Mandat de prestations	Justification de l'attribution des prestations
Spital Limmattal, Schlieren	Limité à six ans.	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Universitätsspital Zürich, Zurich	Limité à six ans	Satisfait à toutes les exigences. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.

Tableau 14 : Attribution de mandats de prestations MHS avec obligations particulières dans le domaine partiel « chirurgie bariatrique complexe »

Prestataires	Mandat de prestations	Justification de l'attribution des prestations
Klinik Stephanshorn, St. Gallen	Limité à six ans, avec les obligations particulières suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Être reconnu comme établissement de formation postgraduée V1 ou V2 par l'ISFM ainsi que remplir le critère concernant l'enseignement, la formation postgraduée et la recherche, selon la description figurant dans le catalogue de critères, au cours des trois premières années suivant l'attribution du mandat de prestations. 	Satisfait à toutes les exigences sauf la reconnaissance comme établissement de formation postgraduée V1 ou V2, ainsi que les activités en matière d'enseignement, de formation postgraduée et de recherche. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Spital Lachen AG, Lachen	Limité à six ans, avec les obligations particulières suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Être reconnu comme établissement de formation postgraduée V1 ou V2 par l'ISFM ainsi que remplir le critère concernant l'enseignement, la formation postgraduée et la recherche, selon la description figurant dans le catalogue de critères, au cours des trois premières années suivant l'attribution du mandat de prestations. 	Satisfait à toutes les exigences sauf la reconnaissance comme établissement de formation postgraduée V1 ou V2, ainsi que les activités en matière d'enseignement, de formation postgraduée et de recherche. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano	Limité à six ans, avec l'obligation particulière suivante : <ul style="list-style-type: none"> Le nombre minimal de 20 cas par an doit être atteint trois années civiles après la date d'attribution des prestations. 	Satisfait à toutes les exigences sauf le nombre minimal de cas. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est le Tessin nécessaire pour couvrir les besoins.

Prestataires	Mandat de prestations	Justification de l'attribution des prestations
Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz	Limité à six ans, avec l'obligation particulière suivante : <ul style="list-style-type: none"> • Remplir le critère concernant l'enseignement, la formation postgraduée et la recherche, selon la description figurant dans le catalogue de critères, au cours des trois premières années suivant l'attribution du mandat de prestations. 	Satisfait à toutes les exigences sauf celle concernant les activités en matière d'enseignement, de formation postgraduée et de recherche. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.
GZO AG, Wetzikon	Limité à six ans, avec l'obligation particulière suivante : <ul style="list-style-type: none"> • Remplir le critère concernant l'enseignement, la formation postgraduée et la recherche, selon la description figurant dans le catalogue de critères, au cours des trois premières années suivant l'attribution du mandat de prestations. 	Satisfait à toutes les exigences sauf celle ayant trait aux activités en matière d'enseignement, de formation postgraduée et de recherche. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est nécessaire pour couvrir les besoins.

Les hôpitaux qui reçoivent un mandat de prestations remplissent les exigences. L'exigence selon laquelle seuls les chirurgiens qui opèrent au moins dix fois par an sont autorisés à réaliser des interventions chirurgicales ne devait pas encore être remplie. Elle est formulée comme obligation, et est contrôlée trois ans après l'entrée en vigueur du mandat de prestations.

Comme cela est précisé au paragraphe « Qualité des résultats » (p. 17 s.), l'évaluation des données sur la mortalité n'est pas encore suffisamment au point pour que les candidats puissent être exclus sur la base d'une mortalité accrue à 30 j. Cela ne joue cependant aucun rôle dans la chirurgie bariatrique complexe, car tous les sites hospitaliers candidats remplissent ce critère.

En chirurgie bariatrique complexe, il existe plusieurs candidats qui ont effectué beaucoup d'interventions pendant la période d'observation et possèdent donc une grande expérience dans ce domaine – ils se sont parfois spécialisés en chirurgie bariatrique –, mais ne disposent pas des preuves requises en ce qui concerne l'enseignement, la formation postgraduée et la recherche et, pour certains aussi, de la reconnaissance comme établissement de formation postgraduée en chirurgie viscérale de catégorie V1 ou V2. Si ces hôpitaux n'étaient pas pris en considération pour l'attribution des prestations, on courrait le risque de compromettre l'offre de soins. On doit donc offrir à ces hôpitaux la possibilité de remédier à ce défaut dans un délai de trois ans. S'ils s'en avèrent incapables, il conviendra d'envisager un éventuel retrait de leur mandat de prestations. Il faudra de toute façon examiner si une concentration plus poussée est nécessaire dans un proche avenir.

Si l'on ne prenait en compte que les candidats classés comme économiques, plutôt économiques ou neutres en termes d'économicité (KSB, INSEL, LiH, LUKS-Lu, KSSG, LACH, STG-F, EOC, CHUV, GZO et LIMM), la couverture des besoins serait également sujette à caution, même si le KSSG déclare ne connaître « aucune restriction » en matière de possibilités de traitement et le STG-F évoque la perspective assez improbable de 500 interventions dès 2022, ce qui correspondrait à plus de quinze fois le nombre de cas actuels. On doit donc faire appel à d'autres candidats pour garantir la prise en charge. L'étape de la concentration des prestations doit également être prise en considération. À présent, les hôpitaux à recevoir un mandat de prestations ne sont plus que 21. Jusqu'à présent 81 sites hospitaliers réalisaient des interventions de chirurgie bariatrique complexe ou, si l'on ne tient compte que de ceux pratiquant plus de cinq opérations, 29 sites hospitaliers. Cela signifie que les hôpitaux retenus doivent prendre en charge les cas

des autres sites hospitaliers. On a tenu compte de cette situation pour fixer la date de l'entrée en vigueur de la liste des hôpitaux MHS, en accordant un délai raisonnable aux intéressés.

Le Tessin présente une situation particulière. Comme cela a déjà été précisé dans le rapport sur le rattachement à la MHS⁴⁵, « en chirurgie bariatrique (...), la complexité tient aux grandes exigences de la chaîne de traitement et de la prise en charge des patients, autrement dit à la complexité du bilan préopératoire et du suivi (qui supposent notamment de poser correctement l'indication et d'assurer un suivi parfois à vie). Ce n'est que lorsque ces conditions sont réunies qu'on peut garantir que l'opération bariatrique produira l'effet souhaité à long terme, c.-à-d. entraînera une diminution pondérale durable. » Il est donc indispensable pour la continuité de la prise en charge que les centres soient relativement proches du domicile des patients. Toutefois, les complications et les urgences qui nécessitent rapidement un traitement par l'hôpital MHS et qui ne peuvent être transférées à Zurich sont encore plus importantes. De même, les révisions doivent pouvoir être réalisées dans le même hôpital. Si l'offre est regroupée au Tessin, le nombre de cas est suffisant pour pouvoir atteindre le seuil minimal requis. Dans ce contexte, l'organe de décision MHS attribue un mandat de prestations avec obligation particulière à l'EOC, car ce dernier, contrairement à la MONCUC, remplit les exigences relatives à l'enseignement, la formation postgraduée et la recherche. Ces deux établissements n'ont pas atteint le nombre de cas requis pendant la période d'observation.

Les candidats retenus sont nécessaires aux besoins et satisfont ou bien intégralement ou bien très largement aux exigences. L'accès des patients au traitement dans un délai utile est garanti (art. 58, al. 4, let. b OAMal).

Tableau 15 : Non-attribution de mandats de prestations MHS dans le domaine partiel « chirurgie bariatrique complexe »

Prestataires	Motif de la non-attribution
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	N'atteint pas le nombre minimal de cas.
SRO AG, Langenthal	N'atteint pas le nombre minimal de cas ; n'est pas un centre de référence SMOB reconnu ; n'est pas un établissement reconnu de formation postgraduée V1 ou V2 ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche.
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	N'atteint pas le nombre minimal de cas.
Kantonsspital Graubünden, Chur	N'atteint pas le nombre minimal de cas.
Klinik St. Anna AG, Luzern	N'atteint pas le nombre minimal de cas ; n'est pas un établissement de formation postgraduée V1 ou V2 ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche.
Luzerner Kantonsspital, Sursee	N'atteint pas le nombre minimal de cas ; n'est pas un établissement de formation postgraduée V1 ou V2 ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche.
Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen	Ne dispose pas de deux chirurgiens bariatriques avec l'expérience d'au moins 300 ou 50 interventions bariatriques ; n'atteint pas le nombre minimal de cas ; n'est pas un établissement de formation postgraduée V1 ou V2 ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche.

⁴⁵ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/HSM-Bereiche/bt_viszchir_re1_zuord_schlussbericht_pub_20160209_f_def.pdf, page 6.

Prestataires	Motif de la non-attribution
Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	N'atteint pas le nombre minimal de cas ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche.
Clinique de la Source, Lausanne	N'atteint pas le nombre minimal de cas ; n'est pas un établissement de formation postgraduée V1 ou V2 ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche.
Établissements hospitaliers du Nord vaudois, Yverdon-les-Bains	N'atteignent pas le nombre minimal de cas ; ne sont pas un centre de référence SMOB ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche.
Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne	N'atteint pas le nombre minimal de cas ; n'est pas un établissement de formation postgraduée V1 ou V2 ; activités insuffisantes en matière d'enseignement, de formation postgrade et de recherche.

Conclusion : domaine partiel de la chirurgie bariatrique complexe

Un mandat de prestations limité à six ans est attribué aux fournisseurs de prestations suivants :

- Kantonsspital Baden AG, Baden
- Stiftung Spital Muri, Muri
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern
- Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern, Bern
- Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern
- St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel
- Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève
- Luzerner Kantonsspital, Luzern
- Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès, Neuchâtel
- Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen
- Klinik Stephanshorn, St. Gallen (*mandat de prestations avec obligations particulières : reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée V1 ou V2 ainsi que respect du critère relatif à l'enseignement, à la formation postgraduée et à la recherche, conformément au catalogue des exigences, dans les trois premières années après l'attribution du mandat de prestations.*)
- Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten
- Spital Lachen AG, Lachen (*mandat de prestations avec obligations particulières : reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée V1 ou V2 ainsi que respect du critère relatif à l'enseignement, à la formation postgraduée et à la recherche, conformément au catalogue des exigences, dans les trois premières années après l'attribution du mandat de prestations.*)
- Spital Thurgau AG, Frauenfeld
- Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano (*mandat de prestations avec obligation particulière : le nombre minimal de 20 cas doit être atteint trois ans après l'attribution du mandat de prestations.*)
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz (*mandat de prestations avec obligation particulière : respect du critère relatif à l'enseignement, à la formation postgraduée et à la recherche, conformément au catalogue des exigences, dans les trois premières années après l'attribution du mandat de prestations.*)
- GZO AG, Wetzikon (*mandat de prestations avec obligation particulière : satisfaire au critère relatif à l'enseignement, à la formation postgraduée et à la recherche, conformément au catalogue des exigences, dans les trois premières années après l'attribution du mandat de prestations.*)
- Klinik Hirslanden AG, Zürich
- Spital Limmattal, Schlieren
- Universitätsspital Zürich, Zürich

En raison de la concentration de la fourniture des prestations MHS prescrite par la LAMal ainsi que du non-respect des exigences, il ne convient pas d'attribuer d'autres mandats de prestations.

Afin de laisser suffisamment de temps aux hôpitaux pour s'adapter à l'attribution ou à la non-attribution d'un mandat de prestations, les mandats de prestations entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Le mandat de prestations MHS est lié au respect des obligations suivantes qui doivent toutes être remplies par les fournisseurs de prestations bénéficiant d'un mandat MHS pendant toute la période d'attribution des prestations. Le non-respect d'une obligation peut conduire au retrait du mandat de prestations.

Obligations générales

1. Assurer les tâches de soins et respecter les exigences qui y sont liées.
2. Les dispositions de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS **832.102**) concernant les hôpitaux doivent être respectées, en particulier celles entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Remise d'un rapport d'activité aux organes de la CIMHS et obligation de documentation

3. La remise d'un rapport d'activité aux organes de la CIMHS, adressé au secrétariat de projet MHS, comprend les aspects suivants :
 - a) Divulgence immédiate des éventuels manquements aux exigences de qualité et des modifications intervenues en termes de structures et de personnel qui affectent l'assurance qualité (notamment restructuration du centre, vacance de la direction du service ou de la direction médicale ou paramédicale).
 - b) Remise annuelle d'un extrait, défini par l'organe scientifique, des données relatives à la qualité des processus et des résultats, y compris les nombres de cas, recueillies dans le cadre de l'ensemble minimal de données MHS (voir annexe A1 du catalogue des exigences pour la candidature du 12 février 2020). Les centres soumettent de façon coordonnée les données standardisées et directement comparables au secrétariat de projet MHS et désignent à cet effet une personne responsable.
 - c) Remise d'une autorisation donnant droit à l'organisme exploitant le registre (secrétariat) de communiquer les données collectées dans le registre au secrétariat de projet MHS.
 - d) Rapport relatif à l'enseignement, la formation postgrade et la recherche deux et cinq ans après l'attribution des prestations.

Obligations spécifiques au domaine concerné

Qualité des processus

4. Recueil uniforme et transmission des données de l'ensemble minimal de données (annexe A1 du catalogue des exigences requises pour la candidature du 12 février 2020) au registre pour chaque patient MHS.
5. Audits indépendants réguliers des données recueillies dans le registre à des fins d'assurance qualité et prise en charge des frais en résultant. Les résultats de l'audit sont communiqués aux organes de la CIMHS et les centres audités y sont nommément mentionnés.
6. Prise en charge des frais d'exploitation du registre. Les frais sont répartis entre tous les centres recevant un mandat de prestations MHS.
7. Qualité des données : à l'exception du follow-up, l'ensemble de données doit être complet à 98 % au moins (pas plus de 2 % de points de données manquants).
8. Qualité des données : l'ensemble de données concernant le follow-up doit être complet à au moins 85 %.

Enseignement, formation postgraduée et recherche

9. Participation active à la recherche et au développement dans le domaine de la chirurgie viscérale, ainsi qu'engagement dans la formation postgrade sur le site de la fourniture des prestations pour assurer la pérennité des compétences médicales spécialisées :
 - a) Reconnaissance par l'ISFM comme établissement de formation postgraduée pour la chirurgie viscérale V1, V2⁴⁶
 - b) Participation active au programme de formation postgraduée de l'ISFM pour la chirurgie avec formation approfondie en chirurgie viscérale du 1^{er} juillet 2006⁴⁷
 - c) Prise en considération particulière du domaine partiel de la chirurgie viscérale dans le concept de formation postgrade, le contenu de celui-ci étant librement accessible au public.

Obligations spécifiques au domaine partiel

Qualité des structures

10. Chirurgien responsable au bénéfice d'une formation approfondie en chirurgie viscérale et avec au moins cinq années d'expérience en chirurgie bariatrique (indépendamment des conditions d'emploi ou des relations contractuelles).
11. Conditions en termes de personnel et de structures pour que les centres puissent traiter eux-mêmes les complications post-opératoires sans avoir à transférer les patients :
 - a) Disponibilité 24 h/24 et 7 j/7 d'un service de radiologie à visée diagnostique
 - b) Disponibilité 24 h /24 et 7j / 7 d'une équipe chirurgicale spécialisée (titre de formation approfondie en chirurgie viscérale) avec possibilité de (ré)intervention chirurgicale dans un délai déterminé (1 h) ; exigence minimale : deux médecins disposant d'une formation approfondie en chirurgie viscérale.
12. Au moins deux chirurgiens bariatriques dont un attestant d'une expérience d'au moins 300 opérations bariatriques (interventions non complexes et complexes) et un second d'une expérience d'au moins 50 opérations bariatriques.
13. Disponibilité 24 h/24 et 7 j/7 d'un service d'endoscopie interventionnelle.
14. Unité de soins intensifs reconnue par la Société suisse de médecine intensive (SSMI) dans l'établissement.

Nombres minimaux de cas

15. L'attribution d'un mandat de prestations MHS dans le domaine partiel « chirurgie bariatrique complexe » est conditionné par l'obtention d'un nombre minimal de 20 opérations bariatriques complexes par an et par site. Les chiffres sont tirés du registre.
16. Un nombre minimal de dix opérations par an et par opérateur est exigé (dans un hôpital possédant un mandat de prestations MHS correspondant). Le mode de comptage suit les règles exposées dans l'annexe A3 du catalogue des exigences pour la candidature du 12 février 2020. L'hôpital s'engage à consigner ces données dans le registre et à fournir les informations pertinentes au moment des contrôles.

Qualité des processus

⁴⁶ Selon les critères définis par l'ISFM pour la classification des établissements de formation postgrade, décrits dans le programme de formation postgrade du 1^{er} juillet 2006 pour le spécialiste en chirurgie, annexe II : formation approfondie en chirurgie viscérale.

⁴⁷ Consultable à l'adresse suivante : <https://www.sivf.ch/fr/formation-postgraduee/titres-specialiste-formations/chirurgie.cfm> ; accrédité par le Département fédéral de l'intérieur le 31 août 2018, dernière révision le 11 mars 2021, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2022 ; annexe II : formation approfondie en chirurgie viscérale du 13 juin 2019, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2020.

17. L'indication est posée par une équipe interdisciplinaire selon les directives de la SMOB sur le traitement chirurgical de l'obésité en vigueur depuis le 1^{er} 1. 2021 (chapitre 5).
18. Obligation de suivre les directives de la SMOB sur le traitement chirurgical de l'obésité en vigueur depuis le 1^{er} 1. 2021 concernant l'évaluation préopératoire, le traitement et le suivi des patients.
19. Compte rendu des contrôles de suivi conformément aux directives de la SMOB sur le traitement chirurgical de l'obésité en vigueur depuis le 1^{er} 1. 2021.

Reconnaissance

20. Reconnaissance par la SMOB comme centre de référence bariatrique.

Qualité des résultats

21. La mortalité à 30 jours doit être inférieure à 3 % ; à justifier en se fondant sur la moyenne des trois dernières années (chiffres du registre).

8. Perspectives

La décision d'attribution des prestations prise par l'organe de décision MHS dans le domaine MHS « chirurgie viscérale complexe hautement spécialisée », domaines partiels des résections rectales profondes et de la chirurgie bariatrique complexe est publiée dans la *Feuille fédérale*. Les décisions négatives sont notifiées personnellement aux candidats sous la forme d'une décision susceptible de recours.

Annexes

A1 Part des soins par fournisseur de prestations pour l'analyse des besoins

Résections rectales profondes

Tableau 16 : part des soins par fournisseur de prestations (site hospitalier), 2016–2018

Région / fournisseur de prestations	Part des soins en %			
	2016	2017	2018	Total
Région lémanique (GE, VD, VS,)	11 %	12 %	14 %	12 %
eHnv – Yverdon-les-Bains	1 %	1 %	0 %	1 %
eHnv – St. Loup	0 %			0 %
Clinique de Genolier	0 %	0 %	0 %	0 %
CHUV Centre Hospitalier Universitaire	2 %	3 %	4 %	3 %
Clinique Cecil	0 %	1 %	0 %	0 %
Ensemble Hospitalier de La Côte (EHC) – Morges	0 %	1 %	1 %	1 %
Clinique de la Source	1 %	1 %	2 %	1 %
GHOL– Hôpital de Nyon	1 %	1 %	0 %	1 %
HRC Vaud-Valais – Vevey Samaritain	0 %			0 %
Hôpital du Valais CHVR – Hôpital de Sion	1 %	1 %	1 %	1 %
Hôpital du Valais SZO – Spital Visp	0 %			0 %
Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais – Monthey	1 %	1 %	2 %	1 %
Clinique La Colline	0 %	0 %	0 %	0 %
Clinique Générale Beaulieu	0 %	0 %	1 %	0 %
Hôpital de La Tour	1 %	1 %		1 %
Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	1 %	2 %	3 %	2 %
Plateau suisse (BE, JU, NE, FR, SO)	24 %	21 %	23 %	23 %
Regionalspital Emmental (RSE) – Spital Burgdorf	2 %	1 %	2 %	2 %
Regionalspital Emmental (RSE) – Spital Langnau	0 %	0 %		0 %
Lindenhofgruppe– Lindenhofspital	3 %	3 %	4 %	4 %
Lindenhofgruppe – Sonnenhofspital		0 %		0 %
FMI - Spital Interlaken	1 %		0 %	0 %
Hirslanden Klinik Linde			0 %	0 %
SRO – Spital Langenthal	1 %	0 %	0 %	1 %
Inselspital Bern	4 %	2 %	2 %	3 %
Spitalzentrum Biel	2 %	2 %	2 %	2 %
STS – Spital Thun	2 %	3 %	2 %	2 %
Hirslanden Bern – Klinik Beau-Site	3 %	3 %	5 %	4 %
Insel Gruppe – Spital Tiefenau	0 %	0 %	0 %	0 %
Insel Gruppe– Spital Münsingen		0 %		0 %

Hôpital Jules Daler			0 %	0 %
Hôpital fribourgeois (HFR) – Fribourg	2 %	2 %	2 %	2 %
Hôpital fribourgeois (HFR) – Tafers		0 %	0 %	0 %
Privatklinik Obach		0 %	0 %	0 %
Solothurner Spitäler (soH) – Bürgerspital Solothurn	1 %	1 %	1 %	1 %
Solothurner Spitäler (soH) – Kantonsspital Olten	2 %	1 %	1 %	1 %
Hôpital neuchâtelois (HNE) – La Chaux-de-Fonds	0 %	0 %	0 %	0 %
Hôpital neuchâtelois (HNE) – Pourtalès	1 %	1 %	1 %	1 %
Nord-ouest de la Suisse (BS, BL, AG)	19 %	20 %	18 %	19 %
Claraspital	6 %	8 %	6 %	7 %
Universitätsspital Basel	1 %	1 %	1 %	1 %
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)	0 %			0 %
KSBL– Standort Liestal	3 %	2 %	2 %	2 %
KSBL– Standort Bruderholz	0 %	0 %		0 %
Hirslanden Klinik Aarau	3 %	3 %	2 %	3 %
Spital Muri		0 %	0 %	0 %
GZF – Spital Rheinfelden	0 %			0 %
GZF – Spital Laufenburg	0 %			0 %
Kantonsspital Aarau	2 %	2 %	3 %	2 %
Kantonsspital Baden	3 %	3 %	4 %	3 %
Spital Zofingen		0 %		0 %
Zurich (ZH)	23 %	21 %	21 %	22 %
Klinik Hirslanden Zurich	3 %	4 %	4 %	4 %
Stadtspital Triemli	4 %	4 %	3 %	4 %
Universitätsspital Zürich (USZ)	3 %	3 %	3 %	3 %
Privatklinik Bethanien	1 %	0 %	1 %	1 %
Privatklinik Lindberg		0 %		0 %
Spital Bülach	1 %	1 %	1 %	1 %
Spital Limmattal	2 %	2 %	2 %	2 %
Spital Zollikerberg	0 %			0 %
Kantonsspital Winterthur	6 %	4 %	4 %	5 %
Klinik Im Park	1 %	0 %	0 %	0 %
Spital Uster	1 %	1 %	1 %	1 %
Spital Männedorf	2 %	1 %	1 %	1 %
Stadtspital Waid	1 %	1 %	0 %	1 %

Suisse orientale (SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR)	10 %	15 %	13 %	13 %
Kantonsspital Glarus	0 %	1 %	0 %	0 %
Spitäler Schaffhausen – Kantonsspital Schaffhausen	1 %	0 %		0 %
SVAR– Spital Herisau		0 %		0 %
Hirslanden Klinik Stephanshorn	1 %	1 %	1 %	1 %
Kantonsspital St. Gallen (KSSG) – St. Gallen	4 %	7 %	8 %	7 %
Kantonsspital St. Gallen (KSSG) – Spital Rorschach	0 %	0 %	0 %	0 %
Spital Linth			0 %	0 %
Spitalregion RWS – Spital Grabs	0 %	0 %	0 %	0 %
Kantonsspital Graubünden	2 %	2 %	2 %	2 %
Spital Thurgau AG – Kantonsspital Frauenfeld	1 %	2 %	1 %	1 %
Spital Thurgau AG – Kantonsspital Münsterlingen	2 %	1 %	2 %	2 %
Suisse centrale (LU, ZG, UR, NW, OW, SZ)	8 %	7 %	8 %	8 %
Hirslanden Klinik St. Anna	3 %	2 %	2 %	2 %
Luzerner Kantonsspital (LUKS) – Standort Luzern	4 %	3 %	3 %	3 %
Luzerner Kantonsspital (LUKS) – Standort Sursee	1 %	0 %	1 %	1 %
Kantonsspital Uri	0 %	1 %	0 %	0 %
Spital Schwyz	0 %	0 %	1 %	0 %
Spital Lachen	0 %	0 %		0 %
Spital Einsiedeln		0 %	0 %	0 %
Zuger Kantonsspital	0 %	1 %	1 %	1 %
Tessin (TI)	5 %	4 %	3 %	4 %
Clinica Sant Anna	0 %	0 %		0 %
Clinica Luganese Moncucco SA Sede San Rocco			0 %	0 %
Spital Thurgau Moncucco SA Sede Moncucco	1 %	1 %	1 %	1 %
Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) – Lugano	3 %	2 %	2 %	2 %
Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) – San Giovanni	0 %	0 %		0 %
Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) – La Carità		0 %		0 %
Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) – Beata Vergine			0 %	0 %
Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) – Acquarossa	0 %	0 %		0 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : statistique médicale des hôpitaux (SM), statistique des hôpitaux (SH). Traitement des données par l'Obsan.

Tableau 16 : part des soins par fournisseur de prestations (site hospitalier) et région, 2016–2018 (chiffres combinés)

Région / fournisseur de prestations	Part des soins par région en %							
	Région lémanique	Plateau suisse	Nord-ouest de la Suisse	Zurich	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres
Région lémanique (GE, VD, VS)	92 %	2 %		0 %				17 %
eHnv – Yverdon-les-Bains	4 %	0 %						
eHnv – St. Loup	0 %							
Clinique de Genolier	1 %	0 %						3 %
CHUV Centre Hospitalier Universitaire	21 %	1 %		0 %				3 %
Clinique Cecil	3 %							
Ensemble hospitalier de la Côte (EHC) – Morges	5 %							
Clinique de la Source	10 %	0 %						
GHOL – Hôpital de Nyon	5 %							
HRC Vaud-Valais – Vevey Samaritain	0 %							
Hôpital du Valais CHVR – Hôpital de Sion	7 %							
Hôpital du Valais SZO – Spital Visp	1 %							
Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais – Monthey	10 %	0 %						
Clinique La Colline	2 %	0 %						
Clinique Générale Beaulieu	3 %							3 %
Hôpital de La Tour	4 %							
Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	17 %	0 %						9 %
Plateau suisse (BE, JU, NE, FR, SO)	8 %	90 %	3 %	0 %	0 %	1 %		9 %
Regionalspital Emmental (RSE) – Spital Burgdorf		8 %						
Regionalspital Emmental (RSE) – Spital Langnau		1 %						
Lindenhofgruppe – Lindenhofspital		15 %			0 %			
Lindenhofgruppe – Sonnenhofspital		0 %						
FMI – Spital Interlaken		1 %						
Hirslanden Klinik Linde		0 %						
SRO – Spital Langenthal		2 %						
Inselspital Bern	5 %	9 %	0 %	0 %		1 %		
Spitalzentrum Biel		9 %						
STS – Spital Thun	0 %	9 %						
Hirslanden Bern – Klinik Beau-Site	1 %	14 %	1 %	0 %		1 %		9 %
Insel Gruppe – Spital Tiefenau		1 %						
Insel Gruppe – Spital Münsingen		0 %						
Hôpital Jules Daler		0 %						
Hôpital fribourgeois (HFR) – Fribourg	1 %	4 %						
Hôpital fribourgeois (HFR) – Tavers		0 %						
Privatklinik Obach		0 %						

Région / fournisseur de prestations	Part des soins par région en %							
	Région lémanique	Plateau suisse	Nord-ouest de la Suisse	Zurich	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres
Solothurner Spitäler (soH) – Bürgerspital Solothurn		6 %						
Solothurner Spitäler (soH) – Kantonsspital Olten		4 %	2 %					
Hôpital neuchâtelois (HNE) – La Chaux-de-Fonds		0 %						
Hôpital neuchâtelois (HNE) – Pourtalès		3 %						
Nord-ouest de la Suisse (BS, BL, AG)		8 %	93 %		1 %	2 %	2 %	29 %
Claraspital		5 %	28 %		1 %	1 %	2 %	20 %
Universitätsspital Basel		1 %	5 %		0 %			3 %
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)								3 %
KSBL – Standort Liestal		1 %	12 %		0 %			
KSBL – Standort Bruderholz			0 %					
Hirslanden Klinik Aarau		1 %	15 %			1 %		
Spital Muri			1 %			1 %		
GZF – Spital Rheinfelden			0 %					
GZF – Spital Laufenburg			0 %					
Kantonsspital Aarau		1 %	13 %					
Kantonsspital Baden			19 %					3 %
Spital Zofingen						1 %		
Zurich (ZH)		0 %	3 %	98 %	9 %	10 %	3 %	20 %
Klinik Hirslanden Zürich		0 %	1 %	15 %	1 %	2 %	1 %	6 %
Stadtspital Triemli			0 %	17 %	1 %	2 %		
Universitätsspital Zürich (USZ)			0 %	13 %	1 %	3 %	1 %	9 %
Privatklinik Bethanien				3 %		1 %		
Privatklinik Lindberg					0 %			
Spital Bülach				5 %				
Spital Limmattal			1 %	8 %				3 %
Spital Zollikerberg				0 %				
Kantonsspital Winterthur				21 %	4 %	1 %	1 %	3 %
Klinik Im Park				2 %		1 %		
Spital Uster				5 %	1 %			
Spital Männedorf				6 %	2 %			
Stadtspital Waid				5 %				
Suisse orientale (SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR)				1 %	89 %	1 %		23 %
Kantonsspital Glarus					3 %			
Spitäler Schaffhausen – Kantonsspital Schaffhausen					3 %			
SVAR – Spital Herisau					0 %			
Hirslanden Klinik Stephanshorn					5 %			

Région / fournisseur de prestations	Part des soins par région en %							
	Région lémanique	Plateau suisse	Nord-ouest de la Suisse	Zurich	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres
Kantonsspital St. Gallen (KSSG) – St. Gallen				0 %	44 %	1 %		17 %
Kantonsspital St. Gallen (KSSG) – Spital Rorschach					2 %			
Spital Linth					0 %			
Spitalregion RWS – Spital Grabs					1 %			
Kantonsspital Graubünden					12 %			6 %
Spital Thurgau AG – Kantonsspital Frauenfeld				0 %	8 %			
Spital Thurgau AG – Kantonsspital Münsterlingen					11 %			
Suisse centrale (LU, ZG, UR, NW, OW, SZ)	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	85 %		3 %
Hirslanden Klinik St. Anna			0 %	0 %	0 %	24 %		3 %
Luzerner Kantonsspital (LUKS) – Standort Luzern	0 %					37 %		
Luzerner Kantonsspital (LUKS) – Standort Sursee			0 %			8 %		
Kantonsspital Uri						5 %		
Spital Schwyz						4 %		
Spital Lachen				0 %		1 %		
Spital Einsiedeln						1 %		
Zuger Kantonsspital			0 %			6 %		
Tessin (TI)							95 %	
Clinica Sant Anna							2 %	
Clinica Luganese Moncucco SA Sede San Rocco							1 %	
Clinica Luganese Moncucco SA Sede Moncucco							28 %	
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – Lugano							56 %	
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – San Giovanni							3 %	
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – La Carità							1 %	
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – Beata Vergine							1 %	
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – Acquarossa							3 %	
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : statistique médicale des hôpitaux (SM), statistique des hôpitaux (SH). Traitement des données par l'Obsan.

Chirurgie bariatrique complexe⁴⁸

Tableau 17 : part des soins par fournisseur de prestations (site hospitalier), 2016–2018

Région / fournisseur de prestations	Part des soins en %			
	2016	2017	2018	Total
Région lémanique (GE, VD, VS)	12 %	9 %	6 %	9 %
Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) – Payerne	0 %		0 %	0 %
Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) – Yverdon-les-Bains	1 %	0 %	0 %	0 %
Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) – St. Loup	0 %	0 %		0 %
Clinique de Genolier			0 %	0 %
CHUV Centre Hospitalier Universitaire	2 %	1 %	1 %	1 %
Clinique Cecil	1 %	3 %	1 %	2 %
Clinique de la Source	2 %	2 %	1 %	1 %
GHOL – Hôpital de Nyon			0 %	0 %
Hôpital du Valais, CHVR – Hôpital de Sion	0 %		0 %	0 %
Clinique Valère	0 %	0 %	0 %	0 %
Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais – Monthey	1 %	1 %	1 %	1 %
Clinique des Grangettes	1 %	0 %		0 %
Clinique La Colline	2 %	1 %	0 %	1 %
Clinique Générale Beaulieu			0 %	0 %
Hôpital de La Tour	0 %	0 %	0 %	0 %
Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	2 %	1 %	1 %	1 %
Plateau suisse (BE, JU, NE, FR, SO)	29 %	29 %	30 %	21 %
Lindenhofgruppe – Lindenhofspital	5 %	7 %	6 %	6 %
FMI – Spital Interlaken	0 %			0 %
Hirslanden Klinik Linde	1 %	0 %	0 %	0 %
SRO – Spital Langenthal	0 %	0 %	0 %	0 %
Inselspital Bern	4 %	3 %	5 %	4 %
Spitalzentrum Biel	0 %	1 %	0 %	0 %
STS – Spital Thun		0 %	0 %	0 %
Hirslanden Bern – Klinik Beau-Site	13 %	12 %	12 %	12 %
Hirslanden Bern – Salem-Spital		0 %		0 %
Insel Gruppe – Spital Tiefenau	0 %	0 %		0 %
Insel Gruppe – Spital Münsingen	0 %			0 %
Clinique Générale Ste-Anne		0 %		0 %
Hôpital Jules Daler	1 %	1 %	1 %	1 %
Hôpital fribourgeois (HFR) – Fribourg	1 %		0 %	0 %

⁴⁸ Il convient de souligner que la statistique médicale ne comprend que les interventions complexes, mais pas les interventions sur les « patients complexes ».

Solothurner Spitäler (soH) – Bürgerspital Solothurn	0 %	0 %	0 %	0 %
Solothurner Spitäler (soH) – Kantonsspital Olten	2 %	3 %	3 %	3 %
Solothurner Spitäler (soH) – Spital Dornach	0 %	0 %		0 %
Hôpital neuchâtelois (HNE) – Pourtalès	0 %	1 %	1 %	1 %
Hôpital du Jura (H-JU) – Delémont			0 %	0 %
Nord-ouest de la Suisse (BS, BL, AG)	12 %	12 %	12 %	12 %
Claraspital	4 %	5 %	5 %	5 %
Universitätsspital Basel	2 %	2 %	2 %	2 %
KSBL – Standort Liestal	1 %	1 %	0 %	0 %
KSBL – Standort Bruderholz	0 %		0 %	0 %
KSBL – Standort Laufen	0 %	0 %		0 %
Hirslanden Klinik Aarau	0 %			0 %
Spital Muri	3 %	3 %	3 %	3 %
Kantonsspital Aarau	0 %	1 %	1 %	1 %
Kantonsspital Baden	2 %	1 %	0 %	1 %
Spital Zofingen		0 %		0 %
Zurich (ZH)	26 %	31 %	29 %	29 %
Klinik Hirslanden Zürich	13 %	12 %	12 %	13 %
Stadtspital Triemli	0 %	0 %	0 %	0 %
Universitätsspital Zürich (USZ)	2 %	4 %	3 %	3 %
See-Spital – Standort Horgen	0 %	0 %	0 %	0 %
Privatklinik Bethanien			0 %	0 %
Privatklinik Lindberg	0 %	0 %		0 %
GZO Spital Wetzikon	2 %	2 %	1 %	2 %
Spital Bülach	0 %		0 %	0 %
Spital Limmattal	8 %	12 %	12 %	11 %
Klinik Im Park	0 %			0 %
Klinik Pyramide am See		0 %		0 %
Spital Uster	0 %			0 %
Spital Männedorf	0 %			0 %
Stadtspital Waid	0 %	0 %		0 %
Suisse orientale (SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR)	11 %	9 %	10 %	7 %
Kantonsspital Glarus	0 %	0 %		0 %
Hirslanden Klinik Belair	0 %	0 %		0 %
Spitäler Schaffhausen – Kantonsspital Schaffhausen	0 %		0 %	0 %
Hirslanden Klinik Stephanshorn	4 %	4 %	2 %	4 %
Kantonsspital St. Gallen (KSSG)	3 %	2 %	5 %	3 %
Spital Linth			0 %	0 %

Kantonsspital Graubünden	1 %	1 %	1 %	1 %
Spital Oberengadin	0 %			0 %
Spital Thurgau AG – Kantonsspital Frauenfeld	3 %	3 %	3 %	3 %
Spital Thurgau AG – Kantonsspital Münsterlingen			0 %	0 %
Suisse centrale (LU, ZG, UR, NW, OW, SZ)	8 %	9 %	10 %	9 %
Hirslanden Klinik St. Anna	1 %	1 %	1 %	1 %
Luzerner Kantonsspital (LUKS) – Luzern	2 %	1 %	2 %	2 %
Luzerner Kantonsspital (LUKS) – Sursee	1 %	1 %	1 %	1 %
Spital Schwyz	0 %			0 %
Spital Lachen	5 %	6 %	7 %	6 %
Kantonsspital Nidwalden	0 %	0 %		0 %
Zuger Kantonsspital	0 %		0 %	0 %
Tessin (TI)	2 %	2 %	2 %	2 %
Clinica Sant Anna	0 %			0 %
Clinica Luganese Moncucco SA Sede Moncucco	2 %	2 %	2 %	2 %
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – Lugano			1 %	0 %
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – San Giovanni		0 %	0 %	0 %
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – La Carità		0 %		0 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : statistique médicale des hôpitaux (SM), statistique des hôpitaux (SH). Traitement des données par l'Obsan.

Tableau 19 : part des soins par fournisseur de prestations (site hospitalier) et région, 2016–2018 (chiffres combinés)

Région / fournisseur de prestations	Part des soins par région en %							
	Région lémanique	Plateau suisse	Nord-ouest de la Suisse	Zurich	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres
Région lémanique (GE, VD, VS,)	83 %	0 %						19 %
Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) – Payerne	1 %	0 %						
Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) – Yverdon-les-Bains	4 %							
Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) – St. Loup	1 %							
Clinique de Genolier	0 %							
CHUV Centre Hospitalier Universitaire	10 %							
Clinique Cecil	15 %							3 %
Clinique de la Source	13 %							
GHOL – Hôpital de Nyon	1 %							
Hôpital du Valais, CHVR – Hôpital de Sion	1 %							

Région / fournisseur de prestations	Part des soins par région en %							
	Région lémanique	Plateau suisse	Nord-ouest de la Suisse	Zurich	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres
Clinique Valère	3 %							
Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais – Monthey	8 %							
Clinique des Grangettes	3 %							
Clinique La Colline	11 %							6 %
Clinique Générale Beaulieu	0 %							
Hôpital de La Tour	2 %							6 %
Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	11 %							6 %
Plateau suisse (BE, JU, NE, FR, SO)	16 %	92 %	19 %	3 %	4 %	9 %	3 %	11 %
Lindenhofgruppe– Lindenhofspital	1 %	19 %	8 %	0 %		2 %	2 %	
FMI - Spital Interlaken		0 %						
Hirslanden Klinik Linde		2 %						
SRO – Spital Langenthal		1 %						
Inselspital Bern	3 %	15 %	0 %	0 %		1 %		
Spitalzentrum Biel		2 %						
STS – Spital Thun		1 %						
Hirslanden Bern – Klinik Beau-Site	11 %	37 %	3 %	3 %	4 %	6 %	2 %	11 %
Hirslanden Bern – Salem-Spital		0 %						
Insel Gruppe – Spital Tiefenau	0 %	0 %						
Insel Gruppe – Spital Münsingen		0 %						
Clinique Générale Ste-Anne		0 %						
Hôpital Jules Daler	1 %	3 %						
Hôpital fribourgeois (HFR) – Fribourg		1 %						
Solothurner Spitäler (soH) – Bürgerspital Solothurn		0 %						
Solothurner Spitäler (soH) – Kantonsspital Olten		7 %	8 %			1 %		
Solothurner Spitäler (soH) – Spital Dornach		1 %	0 %					
Hôpital neuchâtelois (HNE) – Pourtalès		2 %						
Hôpital du Jura (H-JU) – Delémont		0 %						
Nord-ouest de la Suisse (BS, BL, AG)		5 %	64 %	0 %		3 %	2 %	19 %
Claraspital			3 %	25 %				2 %
Universitätsspital Basel			1 %	10 %				
KSBL – Standort Liestal			0 %	3 %				
KSBL – Standort Bruderholz			0 %	1 %				
KSBL – Standort Laufen			0 %	0 %				
Hirslanden Klinik Aarau				0 %				
Spital Muri			1 %	14 %	0 %		3 %	
Kantonsspital Aarau			0 %	4 %				

Région / fournisseur de prestations	Part des soins par région en %							
	Région lémanique	Plateau suisse	Nord-ouest de la Suisse	Zurich	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres
Kantonsspital Baden				7 %				
Spital Zofingen				0 %				
Zurich (ZH)	0 %	1 %	14 %	84 %	18 %	15 %	2 %	25 %
Klinik Hirslanden Zurich		0 %	4 %	35 %	13 %	8 %	2 %	19 %
Stadtspital Triemli				1 %				
Universitätsspital Zürich (USZ)			2 %	9 %	2 %	2 %		3 %
See-Spital – Standort Horgen			0 %	0 %	0 %	1 %		
Privatklinik Bethanien				0 %				
Privatklinik Lindberg					1 %			
GZO Spital Wetzikon			0 %	5 %	1 %			
Spital Bülach			0 %	0 %				
Spital Limmattal		0 %	7 %	33 %	1 %	3 %		
Klinik Im Park								3 %
Klinik Pyramide am See						1 %		
Spital Uster	0 %							
Spital Männedorf		0 %		0 %				
Stadtspital Waid				0 %	0 %			
Suisse orientale (SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR)		0 %	1 %	4 %	69 %	2 %		19 %
Kantonsspital Glarus					1 %			
Hirslanden Klinik Linde					1 %			
Spitäler Schaffhausen – Kantonsspital Schaffhausen				0 %	1 %			
Hirslanden Klinik Stephanshorn		0 %	0 %	3 %	21 %	1 %		6 %
Kantonsspital St. Gallen (KSSG)			0 %	0 %	22 %			11 %
Spital Linth					0 %			
Kantonsspital Graubünden					5 %			3 %
Spital Oberengadin					0 %			
Spital Thurgau AG – Kantonsspital Frauenfeld		0 %		1 %	19 %	1 %		
Spital Thurgau AG – Kantonsspital Münsterlingen					0 %			
Suisse centrale (LU, ZG, UR, NW, OW, SZ)	1 %	1 %	2 %	9 %	9 %	71 %	2 %	3 %
Hirslanden Klinik St. Anna				0 %		11 %		
Luzerner Kantonsspital (LUKS) Luzern		0 %				24 %	2 %	
Luzerner Kantonsspital (LUKS) Sursee	0 %					13 %		
Spital Schwyz						1 %		
Spital Lachen	1 %	1 %	2 %	9 %	9 %	22 %		3 %
Kantonsspital Nidwalden				0 %		1 %		
Zuger Kantonsspital			0 %			1 %		

Région / fournisseur de prestations	Part des soins par région en %							
	Région lémanique	Plateau suisse	Nord-ouest de la Suisse	Zurich	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres
Tessin (TI)			0 %				92 %	3 %
Clinica Sant Anna							2 %	
Clinica Luganese Moncucco SA Sede Moncucco			0 %				75 %	3 %
Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) – Lugano							10 %	
Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) – San Giovanni							3 %	
Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) – La Carità							2 %	
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : statistique médicale des hôpitaux (SM), statistique des hôpitaux (SH). Traitement des données par l'Obsan.

A2 Nombre de cas des fournisseurs de prestations candidats à un mandat de prestations

Les nombres de cas sont déterminés en se fondant sur les chiffres de la statistique médicale des hôpitaux de 2016, 2017 et 2018 (moyenne des trois années). En cas de divergences importantes par rapport à l'autodéclaration, les nombres de cas ont été vérifiés à l'aide des comptes rendus opératoires. Dans de tels cas (*), on s'est fondé sur le nombre de cas selon cette vérification.

Résections rectales profondes chez l'adulte

Tableau 18 : nombres de cas déterminants sur lesquels on s'est fondé pour déterminer si les exigences en matière de nombre minimal de cas étaient respectées : résections rectales profondes chez l'adulte

Prestataires	Nombres de cas
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	19
Kantonsspital Baden AG, Baden	26
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	28
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern	20*
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	25
Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	13
Spital STS AG, Spital Thun, Thun	18°
Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel	17°
Kantonsspital Baselland, Liestal	21*
St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel	38
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	18°
Hôpitaux universitaires de Genève, Genève	38
Kantonsspital Graubünden, Chur	12
Klinik St. Anna AG, Luzern	12
Luzerner Kantonsspital, Luzern	22*
Luzerner Kantonsspital, Sursee	6
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	66
Klinik Stephanshorn, St. Gallen	5
Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn, Solothurn	10*
Spital Lachen AG, Lachen	0
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	9*
Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	7
Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano	22*
Kantonsspital Uri, Altdorf	5

Prestataires	Nombres de cas
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	40
Clinique de la Source, Lausanne	11
Ensemble Hospitalier de la Côte, Hôpital de Morges, Morges	7
Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne	0
Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz	7
Hôpital du Valais, Sion	11*
Kantonsspital Winterthur, Winterthur	32
Klinik Hirslanden AG, Zürich	33
Spital Limmattal, Schlieren	12
Spital Uster, Uster	8
Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich	26
Universitätsspital Zürich, Zürich	26

° Différence par rapport au nombre de cas (communiqué par lettre du 18 janvier 2022) due à la saisie lors de l'audition et à la vérification par le gestionnaire du registre.

* Selon le contrôle des comptes rendus opératoires.

Chirurgie bariatrique complexe

Tableau 19 : nombres de cas déterminants sur lesquels on s'est fondé pour établir si les exigences en matière de nombre minimal de cas étaient respectées : chirurgie bariatrique complexe

Prestataires	Nombres de cas
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	15
Kantonsspital Baden AG, Baden	21
Stiftung Spital Muri, Muri	37
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	149
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern	46
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	64
SRO AG, Langenthal	2
St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel	68
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	5
Hôpitaux universitaires de Genève, Genève	21
Kantonsspital Graubünden, Chur	16
Klinik St. Anna AG, Luzern	6

Prestataires	Nombres de cas
Luzerner Kantonsspital, Luzern	30
Luzerner Kantonsspital, Sursee	13
Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès, Neuchâtel	21*
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	50
Klinik Stephanshorn, St. Gallen	55
Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen	7
Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten	46
Spital Lachen AG, Lachen	64
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	32
Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	18 [°]
Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano	11
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	20*
Clinique de la Source, Lausanne	13
Établissements hospitaliers du Nord vaudois, Yverdon-les-Bains	2
Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne	14
Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz	22
GZO AG, Wetzikon	37
Klinik Hirslanden AG, Zürich	109
Spital Limmattal, Schlieren	127
Universitätsspital Zürich, Zürich	61

* Selon le contrôle des comptes rendus opératoires.

[°] Différence par rapport au nombre de cas (communiqué par lettre du 18 janvier 2022) due à la saisie lors de l'audition et à la vérification ultérieure des comptes rendus opératoires.

A3 Méthodologie de l'examen de l'économicité MHS

L'organe de décision MHS a désigné un groupe d'experts chargé de l'examen de l'économicité dans le cadre de la CIMHS. Le traitement et l'analyse des données pour l'examen de l'économicité des fournisseurs de prestations candidats à un mandat de prestations MHS sont effectués par un tiers mandaté pour ce faire. La mission du groupe d'experts comprend en particulier l'interprétation des données traitées quantitativement, ainsi que la formulation de recommandations à l'intention de l'organe scientifique MHS du point de vue qualitatif. Dans son arrêt C-6539/2011 du 26 novembre 2013, le TAF renvoie à l'examen de l'économicité tel qu'il est effectué dans la planification hospitalière cantonale (*cf.* arrêt du TAF C-5647/2011 du 16 juillet 2013), mais ne se prononce pas sur la question de savoir si les comparaisons de coûts doivent se faire au niveau d'une prestation MHS donnée (c.-à-d. d'un domaine MHS déterminé), ou bien au niveau de l'ensemble de l'hôpital. Selon l'arrêt du TAF C-4232/2014 du 26 avril 2016, les examens de l'économicité dans le cadre de la planification hospitalière doivent se dérouler sur la base d'un benchmarking des coûts (consid. 5.1.2). Dans ces conditions, et compte tenu des ensembles de données disponibles, le groupe d'experts examine l'économicité des fournisseurs de prestations candidats à un mandat de prestations selon deux approches différentes.

1. *Exploitation données ITAR_K® relatives aux coûts*

- *Quels coûts font l'objet d'une comparaison ?*

Compte tenu des différences de taille des hôpitaux, autrement dit des différences en termes de nombre de cas et de case-mix, il aurait été absurde, pour l'évaluation de l'économicité, de se fonder sur les frais d'exploitation globaux des hôpitaux comme base pour la comparaison. On préfère comparer entre eux les coûts moyens par cas ajustés pour le case-mix, ce qu'on appelle les valeurs de base. Les informations nécessaires proviennent des publications des coûts ITAR_K® des hôpitaux candidats à un mandat de prestations de l'année la plus récente pour laquelle on dispose de statistiques (cas LAMal purement stationnaires aigus + LAMal assurés avec assurance complémentaire stationnaires aigus), ainsi que des publications des coûts préparées et plausibilisées (et axées sur les principaux paramètres) par les cantons. La CDS a imposé une méthodologie que les cantons suivent pour plausibiliser les publications des coûts. En outre, ils établissent un formulaire type contenant les informations utilisées pour l'examen de l'économicité MHS, en particulier la méthode de calcul pour les coûts d'exploitation à prendre en considération et la détermination des coûts moyens par cas pertinents pour le benchmarking.

Entre-temps, les relevés des coûts ITAR_K® sont également devenus disponibles presque sans exception pour chaque site d'un fournisseur de prestations donné. Si un hôpital possédant plusieurs sites d'activité se porte candidat à un mandat de prestations, on tient compte exclusivement du site où les prestations du domaine MHS concerné sont effectivement fournies pour l'examen de l'économicité.

Remarque importante concernant ITAR_K® : cette méthode ne permet pas d'imputer des cas à un domaine MHS spécifique, ce qui signifie que la comparaison des coûts par cas se réfère toujours à l'ensemble de la palette de prestations aiguës stationnaires de l'hôpital ou du site concerné.

- *Plausibilisation et correction d'ITAR_K®*

Les cantons dont dépendent les hôpitaux contrôlent les publications des coûts ITAR_K® selon les directives de la CDS pour l'échange de données relatives aux coûts convenu entre les cantons afin d'effectuer des comparaisons entre les établissements. Plusieurs domaines de contrôle ou problématiques sont à chaque fois utilisés pour la plausibilisation. Pour chaque hôpital, il existe un procès-verbal de plausibilisation ainsi qu'un fichier de profil avec les paramètres pertinents déterminants pour les comparaisons entre établissements, au besoin avec les données corrigées relatives aux coûts. Le secrétariat de projet MHS est en général en possession de ces deux documents pour chaque hôpital. Les tableaux types basés sur ITAR_K® qui sont employés pour l'examen de l'économicité MHS sont standardisés par la CDS. Pour la comparaison des coûts par cas, on se sert de la variable dénommée « coûts par cas ajustés pour la CMI » dans le tableau type.

- *Valeur de référence*

La valeur de référence utilisée pour l'évaluation de l'économicité selon ITAR_K® est la médiane des valeurs de base pertinentes pour le benchmarking des hôpitaux candidats, y compris les coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) selon l'OCP⁴⁹.

Si le nombre d'hôpitaux à se porter candidats est faible (<5), la valeur de référence n'est pas statistiquement robuste et ne doit être considérée que comme une valeur indicative pour l'appréciation de l'économicité.

2. Exploitation des données relatives aux coûts de SwissDRG SA.

- *Remarque préliminaire*

Comme nous l'avons déjà souligné, la publication des coûts selon la méthode ITAR_K® ne permet pas d'imputer des cas à un domaine MHS spécifique. Grâce à la définition des domaines MHS à l'aide de combinaisons définies de codes CIM et CHOP spécifiques, il est possible de procéder à des comparaisons de coûts entre les hôpitaux se limitant à un domaine MHS spécifique.

- *Quels coûts font l'objet d'une comparaison ?*

On compare les valeurs de base des hôpitaux ajustées pour le case-mix calculées sur la base des cas correspondants du spectre MHS spécifique. Pour ce faire, seuls sont sélectionnés les cas aigus stationnaires SwissDRG (LAMal + LAMal AC + AA/AM/AI) de l'année la plus récente pour laquelle on dispose de statistiques (sorties) rattachés au domaine MHS. Selon le domaine MHS considéré, on peut, outre les codes CIM et CHOP, faire intervenir d'autres limitations telles que l'âge (notamment âge des patients ≥ 18 ans).

- *Valeur de référence*

Comme valeurs de référence pour l'évaluation de l'économicité selon SwissDRG, on se sert d'une part de la médiane des valeurs de base calculées des hôpitaux candidats, y compris les coûts d'utilisation des immobilisations et, d'autre part, de la moyenne pondérée pour le nombre de cas des valeurs de référence calculées des hôpitaux candidats, y compris les coûts d'utilisation des immobilisations. Les coûts d'utilisation des immobilisations sont indiqués selon REKOLE®, car SwissDRG SA ne dispose pas d'un relevé des coûts d'utilisation des immobilisations selon l'OCP.

Si le nombre d'hôpitaux à se porter candidats est réduit (<5) et/ou le nombre de cas faible (<12), la valeur de référence n'est pas statistiquement robuste et ne doit être considérée que comme une valeur indicative pour l'appréciation de l'économicité.

Un domaine MHS peut être divisé en plusieurs domaines partiels pour l'attribution des prestations. Par conséquent, l'analyse SwissDRG est effectuée séparément pour chaque domaine partiel.

3. Evaluation de l'économicité

La classification suivante du degré d'économicité est présentée dans le rapport pour chaque hôpital candidat à un mandat de prestations après le traitement des données relatives aux coûts selon la méthode ITAR_K® et SwissDRG.

Economique :	la valeur de base de l'hôpital est inférieure de plus de 10 % à la valeur de référence.
Plutôt économique :	la valeur de base de l'hôpital est située entre 10% et au moins 1.01% au-dessous de la valeur de référence.
Neutre :	la valeur de base de l'hôpital est du même ordre que la valeur de référence, c'est-à-dire qu'elle varie entre -1 % et 1% par rapport à celle-ci.

⁴⁹ Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie, RS 832.104.

Plutôt pas économique : la valeur de base de l'hôpital est située entre 10% et au moins 1.01% au-dessus de la valeur de référence.

Pas économique : la valeur de base de l'hôpital excède de plus de 10% la valeur de référence.

Les deux méthodes ITAR_K® et SwissDRG peuvent éventuellement fournir des résultats contradictoires sur l'économicité pour certains hôpitaux. Cela est compréhensible, car la méthode basée sur ITAR_K examine l'hôpital dans son ensemble, celle basée sur SwissDRG seulement l'éventail des prestations MHS. Les considérations en rapport avec le spectre des prestations (« médiane SwissDRG » et « moyenne SwissDRG pondérée pour le nombre de cas ») doivent en cas de doute être préférées à celles en rapport avec l'ensemble de l'hôpital « médiane ITAR_K® », car elles sont centrées sur le domaine MHS spécifique.

A4 Sous-capacités et capacité totale prospective des candidats

Résections rectales profondes chez l'adulte

Tableau 20 : problèmes de sous-capacités en 2018 et 2019

Prestataires	Sous-capacités*	Prestataires	Sous-capacités*
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	0	Solothurner Spitäler AG, Bürger- spital Solothurn, Solothurn	0
Kantonsspital Baden AG, Baden	0	Spital Lachen AG, Lachen	0
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	0	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	0
Insel Gruppe AG, Inselspital Uni- versitätsspital Bern	0	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	0
Lindenhofgruppe AG, Linden- hofspital, Bern	0	Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano	0
Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	0	Kantonsspital Uri, Altdorf	0
Spital STS AG, Spital Thun, Thun	0	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	0
Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel	0	Clinique de la Source, Lausanne	0
Kantonsspital Baselland, Liestal	0	Ensemble Hospitalier de la Côte, Hôpital de Morges, Morges	0
St. Claraspital, Clarunis Univer- sit. Bauchzentrum Basel, Basel	0	Hirslanden Lausanne SA, Cli- nique Cecil, Lausanne	0
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	0	Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz	0
Hôpitaux Universitaires de Ge- nève, Genève	0	Hôpital du Valais, Sion	0
Kantonsspital Graubünden, Chur	0	Kantonsspital Winterthur, Win- terthur	0
Klinik St. Anna AG, Luzern	0	Klinik Hirslanden AG, Zürich	0
Luzerner Kantonsspital, Luzern	0	Spital Limmattal, Schlieren	0
Luzerner Kantonsspital, Sursee	0	Spital Uster, Uster	0
Klinik Stephanshorn, St. Gallen	0	Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich	0
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	0	Universitätsspital Zürich, Zurich	0

* Nombre de patientes et patients chez lesquels une résection rectale profonde était indiquée et qui n'ont pas pu être hospitalisés ou ont dû être transférés en 2018 et 2019 pour cause de sous-capacité. Autodéclaration des prestataires candidats à un mandat de prestations.

Tableau 21 : capacité totale prospective par hôpital candidat et couverture des besoins

Région	Prestataires	Capacité prospective ⁵⁰	
		2022	2028
Région lémanique : GE, VD, VS,	Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève	200	250
	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	120	140
	Clinique de la Source, Lausanne	20	nd
	Ensemble Hospitalier de la Côte, Hôpital de Morges, Morges	30	30
	Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne	30	30
	Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz	30	30
	Hôpital du Valais, Sion	45	50
Plateau suisse : BE, JU, NE, FR, SO	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	50	145
	Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern	95	140
	Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	50	50
	Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	50	nd
	Spital STS AG, Spital Thun, Thun	50	50
	Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel	70	100
	Hôpital Fribourgeois, Fribourg	40	40
	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn, Solothurn	50	50
Nord-ouest de la Suisse : BS, BL, AG	St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel	100	100
	Kantonsspital Baselland, Liestal	100	100
	Kantonsspital Aarau AG, Aarau	>50	>50
	Kantonsspital Baden AG, Baden	40–50	40–50
Zurich : ZH	Kantonsspital Winterthur, Winterthur	150	300
	Klinik Hirslanden AG, Zürich	50	50
	Spital Limmattal, Schlieren	50	70

⁵⁰ Indications d'après l'autodéclaration.

	Spital Uster, Uster	100	100
	Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich	100	100
	Universitätsspital Zürich, Zurich	60	60
Suisse orientale : SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	Klinik Stephanshorn, St. Gallen	« Pas de limitation »	
	Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	« Pas de limitation »	
	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	100	100
	Kantonsspital Graubünden, Chur	25	25
Suisse centrale : LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	Klinik St. Anna AG, Luzern	50	50
	Luzerner Kantonsspital, Luzern	45	60
	Luzerner Kantonsspital, Sursee	30	nd
	Kantonsspital Uri, Altdorf	30	30
	Spital Lachen AG, Lachen	21	28
Tessin : TI	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	25	25
	Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano	50	50

Chirurgie bariatrique complexe

Tableau 22 : problèmes de sous-capacités en 2018 et 2019

Prestataires	Sous-capacités*	Prestataires	Sous-capacités*
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	0	Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	0
Kantonsspital Baden AG, Baden	0	Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen	0
Stiftung Spital Muri, Muri	0	Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten	0
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	0	Spital Lachen AG, Lachen	0
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern	0	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	0
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	0	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	0
SRO AG, Langenthal	0	Ente Ospedaliero Cantonale, Osp. Regionale di Lugano	0

St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum, Basel	0	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	0
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	0	Clinique de la Source, Lausanne	0
Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève	0	Établissements hospitaliers du Nord vaudois, Yverdon-les-B.	0
Kantonsspital Graubünden, Chur	0	Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne	0
Klinik St. Anna AG, Luzern	0	Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz	0
Luzerner Kantonsspital, Luzern	0	GZO AG, Wetzikon	0
Luzerner Kantonsspital, Sursee	0	Klinik Hirslanden AG, Zürich	0
Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès	0	Spital Limmattal, Schlieren	0
Klinik Stephanshorn, St. Gallen	0	Universitätsspital Zürich, Zurich	0

* Nombre de patients chez lesquels une intervention dans le domaine partiel de la chirurgie bariatrique complexe était indiquée et qui n'ont pas pu être hospitalisés ou ont dû être transférés en 2018 et 2019 pour cause de sous-capacité. Autodéclaration des prestataires candidats à un mandat de prestations.

Tableau 23 : Capacité totale prospective par hôpital candidat et couverture des besoins

Région	Prestataires	Capacité prospective ⁵¹	
		2022	2028
Région lémanique : GE, VD, VS,	Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève	80	100
	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	60	80
	Clinique de la Source, Lausanne	20	nd
	Établissements hospitaliers du Nord vaudois, Yverdon-les-Bains	100	100
	Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne	30	30
	Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz	50	50
	Plateau suisse : BE, JU, NE, FR, SO	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	206
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern	180	280	
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	90	90	
SRO AG, Langenthal	30	50	
Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès	80	80	
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	40	40	
Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten	100	100+	
Nord-ouest de la Suisse : BS, BL, AG	St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel	150	150
	Kantonsspital Aarau AG, Aarau	70	>100
	Kantonsspital Baden AG, Baden	40–50	40–50
	Stiftung Spital Muri, Muri	90	100
Zurich : ZH	GZO AG, Wetzikon	300	300
	Klinik Hirslanden AG, Zürich	100	100
	Spital Limmattal, Schlieren	150	180
	Universitätsspital Zürich, Zurich	250	250

⁵¹ Indications d'après l'autodéclaration.

Suisse orientale : SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen	50	50
	Klinik Stephanshorn, St. Gallen	« pas de limitation »	
	Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	« pas de limitation »	
	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	500	500
	Kantonsspital Graubünden, Chur	25	25
Suisse centrale : LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	Klinik St. Anna AG, Luzern	50	50
	Luzerner Kantonsspital, Luzern	40	40
	Luzerner Kantonsspital, Sursee	40	40
	Spital Lachen AG, Lachen	300	420
Tessin : TI	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	30	30
	Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano	50	50

A5 Références

1. Andereggen, E., et al., *Outcome of surgery for rectal cancer in octogenarians*. Swiss Med Wkly, 2006. **136**(11–12): p. 185–8.
2. Novello, M., et al., *Post-operative outcomes and predictors of mortality after colorectal cancer surgery in the very elderly patients*. Heliyon, 2019. **5**(8): p. e02363.
3. Bos, A.C.R.K., et al., *Postoperative mortality in elderly patients with colorectal cancer: The impact of age, time-trends and competing risks of dying*. European Journal of Surgical Oncology, 2019. **45**(9): p. 1575–83.
4. Sigurdsson, H.K., et al., *Palliative surgery for rectal cancer in a national cohort*. Colorectal Disease, 2008. **10**(4): p. 336–43.
5. Morris, E.J.A., et al., *Thirty-day postoperative mortality after colorectal cancer surgery in England*. Gut, 2011. **60**(6): p. 806–13.
6. Baum, P., et al., *Mortality and Complications Following Visceral Surgery: A Nationwide Analysis Based on the Diagnostic Categories Used in German Hospital Invoicing Data*. Deutsches Arzteblatt international, 2019. **116**(44): p. 739–746.
7. Jüni, P., et al., *Inter-cantonal agreement on highly specialized Medicine (IVHSM): Rarity as the criterion for the centralization of highly specialized medicine*. Institute of Social and Preventive Medicine, University of Bern, 2014.
8. Birkmeyer, J.D., et al., *Hospital volume and surgical mortality in the United States*. N Engl J Med, 2002. **346**(15): p. 1128–37.
9. Birkmeyer, J.D., et al., *Surgeon volume and operative mortality in the United States*. N Engl J Med, 2003. **349**(22): p. 2117–27.
10. Archampong, D., D.W. Borowski, and H.O. Dickinson, *Impact of surgeon volume on outcomes of rectal cancer surgery: A systematic review and meta-analysis*. The Surgeon, 2010. **8**(6): p. 341–352.
11. Richardson, D., G. Porter, and P. Johnson, *Surgeon Knowledge Contributes to the Relationship Between Surgeon Volume and Patient Outcomes in Rectal Cancer*. Annals of Surgery, 2013. **257**(2): p. 295–301.
12. Chioreso, C., et al., *Association Between Hospital and Surgeon Volume and Rectal Cancer Surgery Outcomes in Patients With Rectal Cancer Treated Since 2000: Systematic Literature Review and Meta-analysis*. Diseases of the Colon & Rectum, 2018. **61**(11): p. 1320–1332.
13. Archampong, D., et al., *Workload and surgeon's specialty for outcome after colorectal cancer surgery*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012(3).
14. Huo, Y.R., et al., *Systematic review and a meta-analysis of hospital and surgeon volume/outcome relationships in colorectal cancer surgery*. Journal of Gastrointestinal Oncology, 2017. **8**(3): p. 534–546.
15. Ibrahim, A., et al., *Variation in Outcomes at Bariatric Surgery Centers of Excellence*. JAMA Surgery, 2017. **152**(7): p. 629–636.
16. Flum, D., et al., *The Use, Safety and Cost of Bariatric Surgery Before and After Medicare's National Coverage Decision*. Annals of Surgery, 2011. **254**(6): p. 860–865.
17. Varban, O.A., et al., *Hospital volume and outcomes for laparoscopic gastric bypass and adjustable gastric banding in the modern era*. Surgery for Obesity and Related Diseases, 2015. **11**(2): p. 343–349.
18. Poelemeijer, Y.Q.M., et al., *Perioperative Outcomes of Primary Bariatric Surgery in North-Western Europe: a Pooled Multinational Registry Analysis*. Obesity Surgery, 2018. **28**(12): p. 3916–3922.
19. Stenberg, E., et al., *Early Complications After Laparoscopic Gastric Bypass Surgery: Results From the Scandinavian Obesity Surgery Registry*. Annals of Surgery, 2014. **260**(6): p. 1040–1047.
20. Celio, A.C., et al., *Surgeon case volume and readmissions after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: more is less*. Surgical Endoscopy, 2017. **31**(3): p. 1402–1406.
21. Caiazzo, R., et al., *Impact of Centralized Management of Bariatric Surgery Complications on 90-day Mortality*. Annals of Surgery, 2018. **268**(5): p. 831–837.

A6 Liste des destinataires de l'audition

Adressatenliste / Liste des destinataires

Kantone / Cantons

- Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau
- Gesundheits- und Sozialdepartement Appenzell I.Rh.
- Departement Gesundheit Appenzell A.Rh.
- Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
- Gesundheits- Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern
- Direction de la santé et des affaires sociales du canton du Fribourg
- Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé du canton de Genève
- Departement Finanzen und Gesundheit des Kantons Glarus
- Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit Graubünden
- Département de la santé, des Affaires sociales et des Ressources humaines du canton du Jura
- Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern
- Département des finances et de la santé du canton de Neuchâtel
- Gesundheits- und Sozialdirektion des Kantons Nidwalden
- Finanzdepartement des Kantons Obwalden
- Gesundheitsamt des Kantons Schaffhausen
- Departement des Innern des Kantons Schwyz
- Departement des Innern des Kantons Solothurn
- Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen
- Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau
- Dipartimento della sanità et della socialità del Cantone Ticino
- Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri
- Département des finances, des institutions et de la santé du canton du Valais
- Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zug
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

Spitäler / Hôpitaux

*An die Spitaldirektionen der folgenden Leistungserbringer:
A l'attention de la direction des hôpitaux suivants :*

AG

- Kantonsspital Aarau AG, Aarau
- Kantonsspital Baden AG, Baden
- Stiftung Spital Muri, Muri

BE

- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern (*via Walder Wyss*)

- Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern
- Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern
- Regionalspital Emmental AG, Burgdorf
- SRO AG, Langenthal
- Spital STS AG, Thun
- Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel-Bienne

BL

- Kantonsspital Baselland, Liestal

BS

- St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel

FR

- Hôpital Fribourgeois, Fribourg

GE

- Les hôpitaux universitaires de Genève

GR

- Kantonsspital Graubünden, Chur

LU

- Klinik St. Anna AG, Luzern (*via Walder Wyss*)
- Luzerner Kantonsspital, Luzern
- Luzerner Kantonsspital, Sursee

NE

- Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès

SG

- Kantonsspital St. Gallen
- Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen (*via Walder Wyss*)

SH

- Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen

SO

- Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn, Solothurn
- Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten

SZ

- Spital Lachen AG; Lachen

TG

- Spital Thurgau AG, Frauenfeld (*via Walder Wyss*)

TI

- Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano
- Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano

UR

- Kantonsspital Uri, Altdorf

VD

- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Clinique de la Source, Lausanne
- Ensemble Hospitalier de la Côte, Morges
- Établissements hospitaliers du Nord vaudois, Yverdon-les-Bains
- Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne (*via Walder Wyss*)

VD/VS

- Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Rennaz

VS

- Hôpital du Valais, Sion

ZH

- GZO AG, Wetzikon
- Kantonsspital Winterthur
- Klinik Hirslanden AG, Zürich (*via Walder Wyss*)
- Spital Limmattal, Schlieren
- Spital Uster
- Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich
- Universitätsspital Zürich

Versicherer / Assureurs

- curafutura
- santésuisse
- Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) / Association Suisse d'Assurances (ASA)
- Suva
- Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) / Service central des tarifs médicaux LAA (SCTM)

Dekanate der medizinischen Fakultäten / Décanats médicaux

- Faculté de médecine de l'Université de Genève
- Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne
- Medizinische Fakultät der Universität Basel
- Medizinische Fakultät der Universität Bern
- Medizinische Fakultät der Universität Zürich

Fachgesellschaften / Sociétés savantes

Mit Bitte um Weiterleitung an allfällige weitere sub-spezifische Arbeitsgruppen, die von den behandelten Themenbereichen betroffen sind.

Merci de bien vouloir faire suivre à d'éventuels autres groupes de travail sous-spécifiques concernés par les domaines traités.

- Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie (SGVC)
- Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (SGC)
- Swiss Study Group for Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)
- Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)
- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)
- Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie (SGG / SSG)
- Schweizerische Gesellschaft für medizinische Onkologie (SGMO)
- Schweizerische Arbeitsgruppe für klinische Krebsforschung (SAKK)
- Schweizerische Gesellschaft für Radiologie (SGR / SSR)
- Arbeitsgemeinschaft Qualität in der Chirurgie (AQC)
- Oncosuisse
- Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften (fmCh)

Andere interessierte Institutionen und Organisationen / Autres institutions et organisations concernées

- Bundesamt für Gesundheit (BAG) / Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- H+ Die Spitäler der Schweiz / H+ Les Hôpitaux de Suisse
- Krebsliga Schweiz
- Privatkliniken Schweiz / Cliniques Privées Suisse
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) / Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)
- Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) / Association Suisse des Médecins indépendants travaillant en Cliniques privées et Hôpitaux (ASMI)
- Schweizerische Hochschulkonferenz (SHK) / Conférence suisse des hautes écoles (CSHE)
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) / Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM)
- Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften / Association suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive (fmCH)
- Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse) / Association Médecine Universitaire Suisse
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH / Fédération des médecins suisses FMH
- Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) / Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse AMDHS
- Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler (vns)

A7 Abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
ATF	Arrêt du Tribunal fédéral
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
CIM	Classification internationale des maladies
CIMHS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
DKG	Société allemande d'oncologie (Deutsche Krebsgesellschaft)
DRG	Diagnosis Related Groups (groupes apparentés par diagnostic)
HIMED	Hirslanden Institute for Medical Education
IMC	Indice de masse corporelle
ISFM	Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10)
MHS	Médecine hautement spécialisée
OAMal	Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102)
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OFS	Office fédérale de la statistique
Registre	Registre de chirurgie viscérale de la SSCV/SMOB
SM	Statistique médicale des hôpitaux
SMOB	Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders
SPLG	Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH)
SSCV	Société Suisse de chirurgie viscérale
TAF	Tribunal administratif fédéral
TEM	Exérèse transanale par microchirurgie endoscopique

Abréviations des hôpitaux employés dans ce document

BSS	Solothurner Spital AG, Bürgerspital Solothurn, Solothurn
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
CLARU	St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel
EHC	Ensemble Hospitalier de la Côte, Hôpital de Morges, Morges
eHnv	Établissements hospitaliers du Nord vaudois, Yverdon-les-Bains
EOC	Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano
GZO	GZO AG, Wetzikon
HFR	Hôpital Fribourgeois, Fribourg
HL-BS	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern
HL-Ce	Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne
HL-StA	Klinik St. Anna AG, Luzern

HL-Steph	Klinik Stephanshorn, St. Gallen
HL-Z	Klinik Hirslanden AG, Zürich
HRC	Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève, Genève
HVS	Hôpital du Valais, Sion
INSEL	Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern
KSA	Kantonsspital Aarau AG, Aarau
KSB	Kantonsspital Baden AG, Baden
KSBL	Kantonsspital Baselland, Liestal
KSGR	Kantonsspital Graubünden, Chur
KSO	Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten
KSSG	Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen
KSU	Kantonsspital Uri, Altdorf
KSW	Kantonsspital Winterthur, Winterthur
LACH	Spital Lachen AG, Lachen
LiH	Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern
LIMM	Spital Limmattal, Schlieren
LUKS-Lu	Luzerner Kantonsspital, Luzern
LUKS-Sur	Luzerner Kantonsspital, Sursee
MONCUC	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano
MURI	Stiftung Spital Muri, Muri
RHNe	Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès
RSE	Regionalspital Emmental AG, Burgdorf
SOURCE	Clinique de la Source, Lausanne
SpSH	Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen
SRO	SRO AG, Langenthal
STG-F	Spital Thurgau AG, Frauenfeld
STS	Spital STS AG, Spital Thun, Thun
SZB-CHB	Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel
TRIEM	Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich
UST	Spital Uster, Uster
USZ	Universitätsspital Zürich, Zürich